

Strategie zvládnání zátěže u sester na různých Zdravotnických pracovištích

Radka Poláchová

Bakalářská práce
2015



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Radka Poláčková**
Osobní číslo: **H120257**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Strategie zvládnání zátěže u sester na různých zdravotnických pracovištích**

Zásady pro vypracování:

Sběr informací a studium literatury zaměřené na stres a jeho zvládnání.
Stanovení podmínek, metod a cílů.
Sestavení dotazníku, výběr a oslovení vhodných respondentů.
Analýza a interpretace získaných dat.
Zhodnocení cílů, výzkumných záměrů a celé bakalářské práce.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry: syndrom vyhoření, mobbing, bossing. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006, 86 s. ISBN 80-701-3439-9.

KRASKA-LÜDECKE, Kerstin. Nejlepší techniky proti stresu. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 114 s. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-1833-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 128 s. ISBN 978-802-4731-490.

STAŇKOVÁ, Marta. České ošetřovatelství 11: sestra – reprezentant profese. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 2002, 78 s. Praktické příručky pro sestry. ISBN 80-701-3368-6.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011, 192 s. ISBN 978-802-4731-742.

Vedoucí bakalářské práce:

doc. PhDr. Josef Konečný, CSc.

Ústav zdravotnických věd

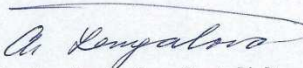
Datum zadání bakalářské práce:

26. ledna 2015

Termín odevzdání bakalářské práce:

22. května 2015

Ve Zlíně dne 26. ledna 2015


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 10.1.2015

Prachová

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, ušije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybného projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíží k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce se zaměřuje na problematiku zátěže, stresu a jeho zvládání v práci zdravotní sestry. První kapitola teoretické části definuje stres, zátěž a syndrom vyhoření. Další kapitola se zabývá charakteristikou sestry a její profese a charakteristikou chirurgického a interního oddělení. Poslední kapitola se věnuje strategiím zvládání zátěže a technikami zvládání stresu. Praktická část je tvořena pomocí dotazníku SVF 78, který zachycuje strategie zvládání zátěže u sester na vybraných odděleních. Doplnující dotazník S-S-1 sleduje projevy stresu vyskytujících se u sester při zátěži.

Klíčová slova:

Stres, zátěž, syndrom vyhoření, sestra, chirurgické oddělení, interní oddělení, strategie zvládání, techniky zvládání stresu, SVF 78.

ABSTRACT

This thesis focuses on the issue of stress, stress management in the work of nurses. The first chapter of the theoretical part defines stress, stress and burnout. Another chapter deals with the characteristics sisters and her profession and characteristics of surgical and internal departments. The last chapter is devoted to coping strategies and stress management techniques. The practical part is made using SVF 78, which captures the coping strategies of nurses in selected wards. Supplementary questionnaire S-S-1, the effects of stress encountered by nurses during exercise.

Keywords:

Stress, burnout syndrom, nurse, surgical department, an internal department, coping strategies, stress management techniques, SVF 78.

Poděkování

Děkuji panu doc. PhDr. Josefu Konečnému, CSc. za odborné vedení bakalářské práce, ochotný přístup, poskytování cenných rad a materiálů pro zpracování mé bakalářské práce.

Také bych chtěla poděkovat všem zdravotnickým pracovištím, která mi poskytly data potřebná pro zpracování praktické části.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	9
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 STRES A ZÁTĚŽ	11
1.1 STRES	11
1.1.1 Druhy stresu	11
1.1.2 Faktory stresu	12
1.1.3 Příznaky stresu	13
1.1.4 Důsledky stresu	13
1.2 ZÁTĚŽ	14
1.2.1 Druhy zátěže.....	15
1.3 SYNDROM VYHOŘENÍ	15
1.3.1 Prevence a léčba syndromu vyhoření.....	17
2 SESTRA A JEJÍ PROFESE	18
2.1 OSOBNOST SESTRY	18
2.2 ROLE SESTRY	18
2.3 NÁPLŇ PRÁCE SESTRY	19
2.3.1 Chirurgické oddělení.....	19
2.3.2 Interní oddělení	20
3 STRATEGIE ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE	21
3.1 COPING.....	22
3.1.1 Copingové strategie (vhodné způsoby zvládnání stresu)	23
3.1.2 Intervenující proměnné ve zvládnání zátěže	25
3.1.3 Sociální opora.....	26
3.1.4 Techniky zvládnání stresu.....	26
II PRAKTICKÁ ČÁST	29
4 METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	30
4.1 CÍLE A HYPOTÉZY	30
4.2 METODIKA VÝZKUMU	30
4.3 ORGANIZACE VÝZKUMU A POPIS RESPONDENTŮ.....	33
4.4 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	37
5 DISKUZE	57
ZÁVĚR	59
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	60
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	62
SEZNAM TABULEK	64
SEZNAM PŘÍLOH	65

ÚVOD

Slovo stres zná v dnešní době každý. Můžete přečíst mnoho knih, abyste dokázali definovat stres a snažit se jej nějakým způsobem zvládnout, nikdy se mu ale nedokážete úplně vyhnout. Stresové situace nás míjejí každým dnem, proto je potřeba toto téma neustále obnovovat. Dlouhotrvající nebo opakující se stres může mít velmi negativní účinky na fyzický i psychický stav člověka.

V práci zdravotní sestry hraje stres velmi významnou roli. Zátěž, která je na sestru kladena každý den v různých podobách, je pro veřejnost nepředstavitelná. Existuje mnoho negativních faktorů ovlivňujících práci sestry. Samotná práce s pacientem není vždy jednoduchá ani fyzicky, natož psychicky. Významnou roli hraje i nedostatečná nebo špatná spolupráce se členy zdravotnického týmu. Špatná organizace práce nebo četnost pracovních směn dokáže zasáhnout i do osobního života. Dobrý fyzický i duševní stav sestry je důležitý pro kvalitní výkony v její práci. Existuje spousta jednoduše dostupných relaxačních metod, ale je podstatné si pro ně vyhradit dostatečný čas a správným způsobem jej využít pro relaxaci a odpočinek.

Věčné téma stres a zátěž jsem si zvolila z důvodu jeho aktuálnosti. Díky sedmiletému studiu zdravotní sestry jsem absolvovala tisíce hodin odborné praxe. Stresové situace jsem prožívala téměř každý den v rozdílných podobách. Pro mě samotnou bylo náročné se s nimi vyrovnávat. Proto mne zajímalo, jakým způsobem se snaží sestry svou zátěž zvládat v jejich letité praxi. Mnoho studií se touto problematikou zabývá roky, přesto jsem se rozhodla se do tohoto tématu také zapojit.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 STRES A ZÁTĚŽ

1.1 Stres

„Stres lze chápat jako psychický a somatický stav, který znamená v určitém okamžiku nebo časovém úseku deletrující a/nebo silnější odchylku od obvyklé úrovně excitace. Somatické změny se týkají především vegetativních změn (patří k nim zvýšená aktivita sympatiku a endokrinní změny jako aktivace nadledvinek a produkce hormonů). Psychické změny se projevují jako emoční prožívání, cílené i bezcílné činnosti atd. Z toho vyplývá, že jde jak o biologicko-fyziologické adaptační mechanismy, tak psychické procesy které bychom mohli také označit jako zvládací způsoby a dovednosti (anglicky coping)“ (Bartošková, 2006, s. 7).

Stres není všemi výzkumníky chápán jednotně, ale obecně se spojuje s obtížnými situacemi výrazně naborávajícími rovnováhu organismu a změny v hormonálním, imunitním a oběhovém systému. Lze tedy stres pojmut jako zvláštní případ obecně chápané zátěže, kdy jeho míra přesahuje únosnou mez přizpůsobivých možností organismu za určitých podmínek. Stresové situace vznikají při výraznějším rozdílu mezi expozičními a dispozičními faktory (Paulík, 2009, s. 41).

Stres může představovat pozitivní zkušenost, ale zpravidla jde o nepříjemnou záležitost doprovázenou úzkostí, neklidem a depresí. V mnoha případech je stres původcem bolestí hlavy, hypertenze, žaludečních potíží a nespavosti (Lemon, 1997, s. 98).

1.1.1 Druhy stresu

Eustres lze považovat za pozitivní, snesitelný jev, který dokáže vyvolat radost. Tento psychický stav se děje například při narození dítěte. Naproti tomu distres je chápán jako negativní, nepříznivý stav, který ohrožuje jedince a za daných okolností přesahuje jeho možnosti, což přispívá k jeho přetížení. (Venglářová, 2011, s. 49)

Akutní stres nastává náhle a míra jeho síly je abnormální. Reakce organismu je neadekvátní podmínkám vzniku. Na rozdíl od chronického stresu, který nastává při dlouhodobých stavech, kterým se organismus lépe přizpůsobuje. Vyskytuje se v situacích, kdy situace není možné řešit ani je zvládnout. Tato dlouhodobá zátěž může vést k psychosomatickým onemocněním. (Kebza, 2012 cit. dle Humpl, 2013, s. 11)

Hans Selye definuje pojetí stresu jako obecný adaptační syndrom (General Adaptation Syndrom – GAS), který má tři fáze:

První fází je poplachová reakce, kdy organismus odpovídá na působení stresorů. Pokud je zátěž silnější, dostavuje se šok a utlumení obranných reakcí. Následuje mobilizace obrany, takzvaný protišok. Tento stav bývá provázen biochemickými změnami spojenými s vylučováním adrenalinu, glukózy a dalších látek do krve k okamžitému uvolnění energie.

Druhá fáze je provázena zvýšenou rezistencí, při níž nastává relativní zklidnění. Mobilizují se další zdroje energie. Pokud stále působí stresory a adaptace není dostatečně účinná, organismus setrvává v trvalém vypětí.

Třetí fáze je stav vyčerpanosti, ve kterém je působení stresorů tak dlouhé, že organismus nemá již sílu k adaptaci. Mohou se objevit fyziologické stavy z první fáze a různé další negativní důsledky (Paulík, 2009, s. 45, 46).

1.1.2 Faktory stresu

Salutory jsou pozitivně působící vlivy, které podporují člověka při zvládnání stresové situace. Jejich přítomnost v podobě životního optimismu a pozitivního myšlení v našem životě si zajišťujeme sami (Venglářová, 2011, s. 52). Stresory naopak negativně působící vlivy, které člověku způsobují stresovou reakci. Sestry při své práci narážejí na velké množství stresorů, které se dělí do několika skupin. Patří mezi ně ministresory, které z hlediska množství vlivů vyjadřují méně zatěžující situace způsobující stresovou reakci. Vyskytují se například tehdy, je-li člověk dlouhodobě ponižován od okolí nebo permanentně strádá láskou. Nebo makrostresory, které přesahují určité meze, s nimiž se už člověk není schopen vyrovnat. Z hlediska trvání je dále můžeme dělit na krátkodobé stresory, které mohou ovlivňovat sestru, například akutní záchrana života pacienta a dlouhodobé stresory jako například celková zodpovědnost sestry za pacienty nebo emoce a prožívání nemoci samotným pacientem (Venglářová, 2011, s. 51).

Další faktory:

Fyzikální faktory zahrnují všechny druhy fyzikálních zdrojů, které negativně ovlivňují pracovní prostředí zdravotníka, jako například nadměrný hluk, prudké světlo a radiace. Fyziologické faktory zahrnují všechny aspekty fyziologického přetěžování zdravotníka, jako například nadměrné namáhání páteře, nedodržování biorytmu, nevhodné stravování a nepřiměřený pohyb. Psychické faktory zahrnují nároky související s náplní zaměstnání

(pracovní zátěž a odpovědnost za pacienty), nedostatkem pozitivního myšlení, nadměrným očekáváním a věkových rozdílů. Sociální faktory zahrnují osobní vztahy a konflikty, organizaci práce, profesní výhledy do budoucna. Traumatické faktory zahrnují události v osobním životě jako je úmrtí, rozvod, ztráta zaměstnání, anebo chronické onemocnění. Vznik stresu v dětském věku je spojen s výrazně emocionálním stresem v raném věku, jako je týrání a zneužívání dětí, alkoholismus u rodičů, což může zanechat celoživotní následky (Venglářová, 2011, s. 52).

1.1.3 Příznaky stresu

Pro boj se stresem je velice důležité správně rozeznat jeho příznaky pomocí kognitivních funkcí, proto došlo prostřednictvím Světové zdravotnické organizace (WHO) k dohodě o typických charakteristikách stresu. Seznam symptomů stresových stavů zahrnuje tři druhy příznaků – fyziologické, psychologické a behaviorální (Křivohlavý, 2010, s. 22).

Klasickými příznaky stresového stavu objevujících se v chování a jednání jednotlivce jsou nerozhodnost; změna životního rytmu; bédování, nářky; nechutenství nebo přejídání; zhoršená koncentrace; vyhýbání se úkolům a práci; nárůst konzumace alkoholu, cigaret, drog; snížený pracovní výkon. Příznaky stresového stavu projevujících se v duševním životě jednotlivce jsou prudké změny nálad; zvýšená podrážděnost a úzkostnost; trápení se maličkostmi; pocity únavy; projevy hypochondrie; neschopnost empatie; zvýšené snění i přes den a omezení kontaktu s jinými lidmi. Fyziologickými příznaky stresového stavu jednotlivce jsou palpitace; bolesti hlavy; svalové napětí, bolesti páteře; nechutenství, plynatost, průjmy; pokles libida; změny menstruačního cyklu; poruchy vidění; nepříjemné pocity v krku (Křivohlavý, 2010, s. 22, 23, 24).

1.1.4 Důsledky stresu

Důsledky stresu se dělí z časového hlediska na bezprostřední projevy zátěže a stresu to znamená psychické odezvy a krátkodobé stavy jako například emoční reakce, nálady, únavy (snížená bdělost, ospalost, stereotyp, ztráta motivace, apod.) a somatické (bolest hlavy, břicha, změny tepu, peristaltika, apod.). Účinky trvalejšího rázu jsou rozděleny na psychologické symptomy (únava, vyčerpanost, apod.), somatické symptomy (oběhové a respirační potíže, permanentní bolesti hlavy, apod.), poruchy duševního zdraví (posttraumatická stresová porucha, reaktivní psychóza, apod.) (Paulík, 2010, s. 70, 71).

Jedním z nejčastějších důsledků stresu bývá únava, kterou v určitém časovém rámci vyvolává zátěž, běžná stimulace nebo naopak nedostatečná stimulace. Podle zátěže můžeme rozlišit únavu na psychickou a fyzickou, dále na běžnou a patologickou. Figley (1995) vysvětlil, že k psychické únavě dochází u jedinců, kteří pomáhají druhým v nouzi. Tito ošetřovatelé mohou být následně traumatizováni díky jejich snaze vcítit se a prokázat soucit. To často vede k neadekvátní sebezpečí a zvyšuje sebeobětování. Psychická únava byla také popsána jako sekundární traumatický stres (Figley, 1995), vyplývající z péče o pacienty ve fyzické nebo emocionální bolesti nebo stresu. Běžnou fyziologickou únavu lze eliminovat dostatečným odpočinkem. Patologická únava je nebezpečnější, protože je spojena s vyčerpáním energetických zdrojů a často souvisí s nedostatečnou výkonností organismu, například vinou nemoci nebo nesprávné výživy. Klasické příznaky únavy jsou zrychlená respirace a tepová frekvence, pocení, zhoršená koordinace pohybů atp. (Paulík, 2010, s. 70, 71).

Zátěž, která překročí běžné meze fyziologické přípustnosti, může vést k akutní nebo chronické patologické únavě, kterou můžeme rozdělit na dvě úrovně: přetížení a schvácení. Při přetížení se vyskytují bolesti hlavy, změna krevního tlaku, třes prstů, apatie, apod. Při schvácení se objevují symptomy jako zblednutí, nutkání na zvracení, křeče, apod. Chronická patologická únava, někdy také označovaná jako přepracování nebo přetřénovanost, vzniká v důsledku dlouhodobého permanentního přetěžování. Nejčastějšími příznaky bývají změny spánku, zvýšená dráždivost, výkyv nálad, pokles výkonnosti a pocity únavy. Další podstatným důsledkem únavy bývá exhaustivní syndrom zvaný syndrom vyhoření, kterému se věnujeme v samostatné kapitole (Paulík, 2010, s. 70, 71).

1.2 Zátěž

Nároky kladené na člověka vnějším a vnitřním prostředím, s nimiž je schopen se vyrovnat, nazýváme zátěží. Tento proces může být stimulující, pokud výrazně nezasahuje do stresových požadavků a pokud je jejich působení aktivně řešeno s pozitivním výsledkem a následnou relaxací. Zátěž je dokonce nezbytná pro organismus, aby nestagnoval ve vývoji, což neplatí jen pro člověka. Naopak dlouhodobé, neřešené účinky zátěže mohou být škodlivé a projeví se tam, kde má organismus své slabé místo, to znamená například u genetické dispozice (Kebza, 2005, s. 108).

„V některých studiích byl potvrzen předpoklad, že akutní, jednorázová či příležitostná expozice stresorů s následným zvládnutím situace, odpočinkem a zotavením může mít na organismus posilující vliv, neboť vede ke vzestupu tolerance ke stresu“ (Dienstbier, 1989 cit. dle Kebza, 2005, s. 108).

Kontrolované působení stresorů má stimulující dopady a vede k sebereflexi a sebepoznávání (Kebza, 2005, s. 108).

1.2.1 Druhy zátěže

Podle Mikšíka se zátěžové situace dělí z pohledu rozdílů mezi nároky, které situace klade na chování člověka a mezi jeho možnostmi tyto nároky splnit. Tento rozdíl pokládá za zdroj specifického motivačního chování a dělí je na pět základních typů zátěže.

1. *Nepřiměřené úkoly a požadavky* – vyjadřují přetěžování jedince velkým množstvím nároků překračujícími jeho možnosti. Tato nepřiměřenost se může odvíjet z nerespektování fyziologických a psychologických dispozic jedince.
2. *Problémové situace* – jsou vázány na nároky orientace jedince v nezvyklých a neznámých situacích, což znamená nutnost se krátkodobě nebo dlouhodobě adaptovat na nové podmínky. Mohou představovat výzvu pro jeho tvořivost.
3. *Překážky* – představují komplikace, které jedinci brání dosažení jeho cíle nebo cestu k němu výrazně ztěžují. To může vést k emocím jako je zlost, lítost, bezvýchodnost, což souhrnně nazýváme frustrací.
4. *Konfliktová situace* – je spojena s okolnostmi, v nichž se musí jedinec rozhodnout. Konflikty rozdělujeme na vnější, v němž se vnější požadavky střetávají s vnitřními sklony jedince a vnitřní, kdy si navzájem kolidují zájmy a motivy jedince.
5. *Stresové situace* – nastávají vlivem jistých rušivých okolností během určité činnosti a nedovolují jedinci tuto činnost úspěšně vykonávat. Nejčastějším důsledkem stresu je úzkost a nejistota, které maří pozitivní motivaci jedince (Mikšík, 1978 cit. dle Jobánková, 2003, s. 41, 42).

1.3 Syndrom vyhoření

Přestože je tento syndrom široce znám a analyzován i mezi laickou veřejností, dodnes neexistuje jeho jasná definice. Mezi autory psychologických studií převládá pojetí syndromu jako psychického stavu vyčerpání, které pramení z chronických stresových pracovních podmínek. Syndrom se vyskytuje převážně v profesích, které jsou

charakteristické svou vysokou pracovní náročností, intenzivním stykem s lidmi a často i podhodnocením vykonávané profese (Bartošíková, 2006, s. 20).

Syndrom vyhoření (burnout) vzniká při řešení situací, které jsou emocionálně náročné v dlouhém časovém úseku. Vyskytuje se při práci s lidmi, které se označují jako „pomáhající profese“. Vzniká kombinací nadměrného očekávání pracovníka (subjektivní příčiny) a zátěže vyplývajících z vysokých požadavků (objektivní podmínky). Opakující se frustrace pracovníka, který má pocit, že nemůže nároky splnit ve spojení s názorem, kdy nevěří ve výsledný efekt a ohodnocení vyústíje do procesu vyhoření. Tento syndrom je škodlivý jak z osobního hlediska, tak i z pohledu kvality poskytovaných služeb. Základy odolnosti nebo naopak náchylnosti k tomuto syndromu se skrývají v osobnosti pracovníka a v jeho hodnotovém systému. To se týká nejen zdravotníků, ale i sociálních pracovníků, učitelů, policistů, atp. Syndrom vyhoření provází několik druhů vyčerpání (Bartošíková, 2006, s. 20, 21).

Emocionální vyčerpání nastává, když člověk ztrácí empatii vůči ostatním lidem, kterým má pomáhat, odmítá řešit jejich problémy, reaguje podrážděně, mnohdy i nepřátelsky a kontakt s lidmi se pro něj stává nepříjemným jak v pracovním, tak v osobním životě.

Psychické vyčerpání přichází, když člověk ztrácí optimistický pohled na svět, stává se cynickým a pesimistickým. S tím bývá spojená i porucha soustředění, zapomětlivost, ztráta spontánnosti a jiné.

Tělesné vyčerpání bývá spojeno s chronickou únavou, svalovými bolestmi, člověk se cítí rychle vyčerpaný, pociťuje potřebu nadměrného spánku atp.

Změny v sociálních vztazích se projevují zejména straněním se sociálního kontaktu, od vyhýbání se pacientům až po izolování se od spolupracovníků a rodiny (Bartošíková, 2006, s. 20, 21).

Fáze syndromu vyhoření se dají definovat v určitém časovém úseku jako:

1. Fáze – kdy převládá nadšení a ideály a dochází k vlastnímu přetěžování.
2. Fáze – nastupuje vyčerpání jak fyzické, tak i psychické vyčerpání.
3. Fáze – je charakteristická odcizením, ztrátou empatie k okolí.
4. Fáze – kdy se dostavuj vyčerpání, lhostejnost, pesimizmus (Bartošíková, 2006, s. 29).

1.3.1 Prevence a léčba syndromu vyhoření

Nerovnováhu mezi požadavky na profesi a její realitou je možné snižovat jak na straně pracovníka jeho sebereflexí při stresogenních situacích, tak na straně zaměstnavatele jeho organizačním plánováním a kulturou (Bartošíková, 2006, s. 41).

Existují jednoduchá opatření, která lze použít při prevenci syndromu vyhoření. Taková opatření znamenají aplikaci na sebe sama, mezi která patří snížení nároků kladených na sebe, předcházení konfliktů asertivním jednáním, naučit se říkat ne, ventilovat své emoce, vyhledávat sociální a emocionální podporu, dbát na své zdraví, stanovit si priority, plánovat, pravidelně dodávat energii, vyhnout se negativnímu myšlení a využít čas pro pravidelné přestávky (Jeklová, Reitmayerová, 2006, s. 25, 26).

Jedna z nejvýznamnějších pomoci při léčbě syndromu vyhoření je sociální opora od našeho okolí. Velmi výraznou roli hrají pracovní podmínky v zaměstnání. S ujasněním pracovních úkolů souvisí dostatečné množství kompetencí, dovedností a znalostí, které zaměstnání obnáší a hlídání vlastních hranic, které znamená nepřekročení vlastních sil potřebných ke splnění daných úkolů. Prostým, ale osvědčeným prostředkem pro pracovní pohodlí je vytvoření vlastního pracovního místa, to znamená například dostatek světla, tepla a klidu (Jeklová, Reitmayerová, 2006, s. 24).

2 SESTRA A JEJÍ PROFESE

2.1 Osobnost sestry

Široké spektrum činnosti sestry stojí na několika základních etických principech, mezi něž patří například samostatnost spojená s větší osobní odpovědností sestry, angažování se v zájmech pacienta a péče o něj s co největším důrazem na jeho důstojnost a intimitu. Proto je důležité, aby měla sestra s pacientem a jeho blízkými vybudován aktivní vztah založený na maximální důvěře. Tyto vlastnosti je potřeba stále systematicky rozvíjet. Z pohledu pacienta, potažmo i veřejnosti, je důležitá kvalita práce sestry a všechny ostatní činnosti, které tyto vztahy doprovází. Pacienti, které sestra ošetřuje, jsou velmi vnímaví na její mezilidské chování, jež na ně uplatňuje. Pakliže tak činí dobře, může s pacientem navázat lepší vzájemný vztah, který vzhledem k dané situaci zkvalitňuje ošetřovatelský efekt, důvěru pacienta a jeho celkovou pohodu. Pokud naopak sestra jedná nevhodně, komplikuje tím celý ošetřovatelský proces včetně vztahu pacienta k její profesi. Sestra má velký vliv na budování důvěryhodnosti veřejnosti k ošetřovatelskému povolání a tuto důvěryhodnost musí neustále a systematicky posilovat. Základní rysy důvěryhodnosti sestry vyjadřují vztah k jejímu povolání, chování, slušnost, odborné znalosti a v neposlední řadě i její zevnějšek. Stejně jako v civilním zaměstnání, kde zevnějšek určuje vztah zákazníka k obchodnímu partnerovi, je i ve zdravotnictví důležité jak se sestra obléká a upravuje, protože tím dává pacientovi najevo vztah k němu a ke svému povolání (Staňková, 2002, s. 17, 18).

2.2 Role sestry

Jak se s pokrokem v medicíně a ošetřovatelské péči mění jejich výsledná role, mění se i role sestry, která se musí přizpůsobit nastupujícím trendům a novým poznatkům. Její práce se stává mnohem rovnocennější vůči ostatním zdravotnickým oborům. Se změnami kompetencí se mění i obsah její práce a stává se mnohem samostatnější (Staňková, 2002, s. 11).

Základní role sestry:

1. *Sestra - pečovatel* – je klasická a tradiční role poskytující ošetřovatelskou péči.
2. *Sestra – edukátor nemocného a jeho rodiny* – progresivní ošetřovatelství klade také důraz na edukační schopnosti sestry, která tím pomáhá nemocným a jejich blízkým lépe se orientovat v jejich stavu.

3. *Sestra – obhájce (advokát) nemocného* – pokud není pacient schopen dostatečně vyjádřit své potřeby, převezme tuto roli sestra, která by je měla umět rozeznat a předat dál.
4. *Sestra – koordinátor* – spolupracuje v týmu na plánování a uskutečňování ošetrovatelské péče.
5. *Sestra – asistent* – podílí se na diagnosticko-terapeutické lékařské péči (Staňková, 2002, s. 11, 12).

2.3 Náplň práce sestry

Všechny uvedené role musí sestra aplikovat v ošetrovatelském procesu, ať už v kontaktu s nemocnými nebo jejich blízkými, ale i se zdravými osobami. Moderní ošetrovatelství ze sestry dělá odborníka ve své profesi s velkým přesahem do dalších sfér občanského života. Sestra se de facto stává veřejným činitelem (Staňková, 2002, s. 13, 14).

Z hlediska náplně můžeme činnost sester rozdělit do následujících skupin:

- *Základní ošetrovatelská péče* – se zaměřují na rozpoznání a následné uspokojení základních potřeb pacienta.
- *Diagnosticko-terapeutická činnost* – zahrnuje činnosti, které provázejí různá specializovaná vyšetření.
- *Psychosociální činnosti* – jsou potřebné pro shromažďování údajů o pacientovi a pro vzájemnou spolupráci k vytvoření a realizaci ošetrovatelského plánu.
- *Administrativní práce* – jsou nezbytnou součástí práce sestry, ale nesmějí ji odvádět od její hlavní povinnosti ošetřovat pacienta.
- *Přípravné a dokončovací práce* – jsou činnosti spojené s přípravou diagnostických, ošetrovatelských a léčebných výkonů, péče o pomůcky, doplňování materiálů, léků, atd. (Staňková, 2002, s. 13, 14).

2.3.1 Chirurgické oddělení

Chirurgie je lékařský obor, který se zabývá operační léčbou onemocnění různých orgánů, včetně poranění. Určujícím znakem rozlišujícím chirurgii od ostatních medicínských oborů, je využití metody operace při diagnostice, ale především v léčbě. Z toho vyplývá, že převážnou náplní práce na oddělení je péče o pacienta před a po operaci. Od pacienta indikovaného k operaci je potřeba předoperační péče a vyšetření, intraoperační vyšetření, bezprostřední pooperační péče a následné přípravy na propuštění a rekonvalescenci. V

práci sestry na chirurgii je důležité včasné rozlišení anomálií běžného průběhu a varovných signálů komplikací s následným rychlým řešením ve spolupráci s ostatními členy týmu. Od sestry se vyžaduje pochopení dopadu chirurgického zákroku na pacienta (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 13, 14).

2.3.2 Interní oddělení

Interní oddělení se řadí mezi základní oddělení nemocniční péče. Hospitalizovaní pacienti se zde léčí s onemocněním vnitřních orgánů a jejich léčba probíhá pouze konzervativním způsobem. Lékařský obor zabývající se onemocněním vnitřních orgánů se nazývá vnitřní lékařství. Mezi obory vnitřního lékařství spadá: pneumologie, kardiologie, hematologie, revmatologie, gastroenterologie, endokrinologie, hepatologie, nefrologie, diabetologie. Interní oddělení zahrnuje i specializované ambulance, vyšetřovací oddělení, lůžkové oddělení a lůžka akutní péče (Šafránková, Nejedlá, 2006, s. 13).

Všeobecné sestry na lůžkovém oddělení zajišťují ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Pracovní doba všeobecných sester probíhá formou třisměnného provozu. Častými hospitalizovanými pacienty jsou starší chronicky nemocní lidé, pro které je většinou nutná komplexní ošetrovatelská péče. To pro sestry znamená velkou fyzickou i psychickou zátěž. Kromě ošetrovatelské péče sestry vykonávají diagnostickou, terapeutickou, preventivní a administrativní činnost. Mezi diagnostické činnosti patří například odběry biologického materiálu, příprava pacientů na vyšetření a jejich následné ošetřování, proto je nutné, aby sestra znala veškerá vyšetření pro správnou informovanost pacienta. Mezi terapeutické činnosti se řadí například správná příprava a podávání léků v různých formách a realizace základních rehabilitačních prvků. Preventivní činnosti vyžadují od sestry správný pedagogicko-psychologický přístup a trpělivost při nácviu dovedností jako je aplikace inzulínu a během edukace o prevencích chorob nebo výživě. Administrativní činnosti zahrnují shromažďování informací, záznam do dekursu a ošetrovatelské dokumentace, zakládání výsledků z vyšetření, psaní žádanek, objednávání pacientů k vyšetření a práci s počítačem (Šafránková, Nejedlá, 2006, s. 15, 16).

3 STRATEGIE ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE

Zvládnutí stresu se stalo samostatným oborem ve výzkumu stresu, který se snaží zjistit vzájemné působení bezprostředních reakcí ve stresových situacích, časově delších charakteristik vzorců lidského chování a následků prožitých stresových situací. S pokračujícím výzkumem se začalo upouštět od původního členění, které zahrnovalo zvládání a řešení vlastního problému a obranné reakce a začalo se rozlišovat mezi postupy zaměřenými na problém, který je příčinou situace, jež je potřeba zvládnout a postupy zaměřenými na prožitky svázanými se stresovou situací, zejména na zvládnutí emocí. Někteří výzkumníci rozlišují ještě třetí směr strategie a zvládání zátěže takzvaným *vyhýbavým zvládáním (avoidance – oriented coping)*, které se zaměřují na vyhnutí se stresové situaci tím, že se odvrátí pozornost jinam (Kebza, 2005, s. 120, 121).

Vyrovňování se stresovými situacemi můžeme všeobecně rozlišit na:

- adaptaci podmínek, prostředí a charakteru úloh možnostem jedince;
- vhodný výběr osob pro dané úlohy a situace;
- úmyslné navyšování tolerance vůči stresu různými technikami (Kebza, 2005, s. 120, 121).

Samotná strategie zvládání se podle dostupných zdrojů literatury člení na několik hlavních skupin, ale jejich pojetí a členění se liší. Například kategorizace rozčleněná na strategie kognitivní, behaviorální a fyziologické (Patel, 1994 cit. dle Kebza, 2005, s. 122) nebývá obecně přijímána jednotně, protože například fyziologické postupy jsou chápány různými autory rozdílně (Kebza, 2005, s. 120, 121).

Většina postupů zahrnuje kromě teoretických pojednání i praktické návody a doporučení jak si poradit se stresovou situací, například postup zvládání stresu podle C. Patelové (1989, 1994) je založen na mnemotechnické pomůcce „*Deset A pro zvládání stresu*“:

1. Uvědomění a rozpoznání stresu (Awareness)
2. Vyhnutí se stresu (resp. stresoru), jemuž se vyhnout lze (Avoidance)
3. Předvídání stresu (Anticipation)
4. Hodnocení stresu (Appraisal)
5. Osvojení postupů relaxace, vizualizace, meditace (Autonomic Relaxation)
6. Zvládání hněvu (Anger Management)
7. Osvojení zásad asertivity (Assertivness)

8. Naučit se odpouštět (Amnesty)
9. Využívat změny pohledu na věc (Altering Perspective)
10. Využívat sociální opory (Assistance) (Kebza, 2005, s. 120, 121).

3.1 Coping

Coping je výraz pro aktivní způsob zvládnání stresu a uplatňuje se tam, kde zátěž převyšuje nebo naopak nedosahuje osobní odolnosti a je potřeba ji nějakým způsobem vyrovnat (Paulík, 2009, s. 79).

R.S. Lazarus (1966) dělí coping na čtyři kategorie strategií:

1. útok na obtěžující a rušivý fenomén (noxa);
2. různé druhy aktivit směřujících k posilování vlastní obranyschopnosti vůči noxám;
3. vyhýbání se noxám;
4. apatie (pocit beznaděje, deprese, bezmocnosti) (Paulík, 2009, s. 80).

Lazarus dále definoval dva základní typy copingu podle jejich působení na coping zaměřený na problém a na coping zaměřený na emoce. Jestliže subjekt vyhodnotí, že je možné něco řešit, zvolí coping zaměřený na problém, který je založen na přímé akci s úsilím využít nezbytné informace a využít je ve změně vlastního chování nebo při intervencích do okolního prostředí. Jestliže subjekt vyhodnotí závěr, že situaci nezvládne, nastoupí coping zaměřený na emoce, který je založen na snaze usměrňovat emoce doprovázené stresovými situacemi. Subjekt se většinou snaží nevnímat pocity ohrožení, mění názory na dění kolem sebe atd. Někteří autoři rozlišují i jiná hlediska třídění typu copingu například C.S. Carver, M.F. Scheier a J.K. Weintraub (1989) rozdělují coping i na třetí skupinu, kterou charakterizují jako projevování negativních emocí, mentální a behaviorální oddálení, snaha uniknout z obtížné situace a vyhnout se nutnosti jejího řešení pomocí drog (Paulík, 2009, s. 80).

Definice zvládnání čtyř odlišných pojmů podle G. Prystava (1981):

- *zvládací schopnosti* jako souhrn osobnostních dispozic ovlivňujících zvládnání zátěží na kognitivní, emocionální i behaviorální úrovni;
- *zvládací zdroje* aktuální charakteristiky jedince (aktuální psychosomatický stav) a prostředí (sociální opora, bioklimatické vlivy, materiální podmínky apod.) důležité pro zvládnání;

- *zvládací procesy* jsou psychofyziologické děje, které nastávají v transakcích organismu a prostředí okamžiku vnímaného stresu;
- *zvládání strategie* (styly, vzorce), poměrně stabilní, habituální, vzorce poznávání, chování a prožívání, které jedinec užívá ve snaze adaptovat se na zátěž (Paulík, 2009, s. 80, 81).

Copingové styly a strategie

Coping lze vnímat jako děj. V mnoha proměnných tvořících základ, z něhož se odvíjejí sklony ke konzistentnímu způsobu chování ve stresu lze na základě uplatňování podobných a shodných prvků mluvit o zvládacím (copingovém) stylu. Mimo to se používá i pojem zvládací (copingové) strategie. Ty lze chápat jako obecné stabilní charakteristiky chování v zátěžových situacích vztahujících se na osobnost vrozené činitele. Na rozdíl od stylu jsou strategie méně obecné a jsou podmíněny vštěpováním přesněji daných úkonů. Dále se ještě používají taktiky zvládání, které lze chápat jako konkrétní kroky a postupy určené k vyřešení jisté zátěžové situace. Při zdůraznění určitých konkrétních dovedností můžeme v této souvislosti používat termín taktiky zvládání. Obecně je vhodné pojmové rozlišení chápat jako mnohostranný, vícedimenzionální, dynamický jev měnící se přiměřeně se změnou situace a odolnosti dané osobnostně dispozičními předpoklady (Paulík, 2009, s. 81, 82).

3.1.1 Copingové strategie (vhodné způsoby zvládání stresu)

Pro zvládání stresu lze použít behaviorální přístupy, které dávají důraz na změnu okolních podmínek a na změnu způsobu chování. Nebo lze použít kognitivní přístupy, které kladou důraz na vnitřní vlivy, jako představy, myšlenky, postoje. V závislosti na tom, co se dotyčný snaží učením změnit, můžeme tyto metody rozdělit na změnu systému přesvědčení (belief systém), na změnu pravidel, jimiž se řídí činnost či jednání (action controlling rules), na změnu příkazu vnitřní mluvy (samomluvy), tzv. inner soliloquy, na změnu kognitivního (myšlenkového) pojetí, tzv. cognitive concepts (Vašina, Strnadová, 2002, s. 249).

Janke a Erdmannová (2003) rozdělují copingové strategie především do dvou základních skupin: pozitivní strategie a negativní strategie zvládání zátěže. Mezi pozitivní copingové strategie řadí:

Podhodnocení: jde o tendenci podhodnocovat vlastní reakce na stres a jeho prožívání, snižovat významnost a hrozivost stresoru. Jde v podstatě o strategii, která má subjektu pomoci zachovat chladnou hlavu, nenechat se ovládnout negativními emocemi.

Odmítání viny: v rámci této strategie subjekt odmítá zodpovědnost za zátěž. Pozitivním copingem je tato strategie v případě, že jedinec nesahá této strategii apriori, ale až po zvážení. Jde v ní především o vyhnutí se neoprávněným pocitům viny.

Odklon: smyslem tohoto přístupu ke zvládnání stresu je navození si takových psychických stavů, které stres zmírňují. Často se jedná jen o snahu odklonit pozornost k něčemu jinému, než je prožívaný stres, ať už je to práce nebo příjemná činnost.

Náhradní uspokojení: jedinec si prostřednictvím jednání zaměřeného na kladné city posiluje vnitřní vyladění, které je inkompatibilní se stresovou reakcí. Děje se tak prostřednictvím dobrého jídla, příjemného zážitku nebo aktivity, atraktivní věci.

Kontrola situace: v této strategii jedinec získává kontrolu nad zátěžovou situací prostřednictvím tří kroků. Snaží se analyzovat aktuální situaci a příčiny jejího vzniku, plánuje opatření ke zlepšení stavu a aktivní zásah do situace – učinění opatření k vyřešení situace.

Kontrola reakcí: jde o snahu ovládat se v zátěžové situaci, zachovat klid, případně to na sobě alespoň nedat znát.

Pozitivní sebeinstrukce: tato strategie spočívá ve snaze jedince posilovat sám sebe v zátěžových situacích, dodávat si odvalu, navodit si pocit vlastní kompetentnosti situaci zvládnout.

K negativním copingovým strategiím Janke a Erdmannová (2003) řadí:

Únikové tendence: jde o rezignační tendenci, jedinec se snaží ze zátěžové situace uniknout, ať už fyzicky, nebo pomyslně, např. prostřednictvím užívání látek, které zmírňují prožívání negativních emočních stavů (alkohol, léky apod.).

Perseverance: jde o prodloužené přemítání, kdy se subjekt nedokáže odpoutat od prožívaných problémů a stále nad nimi přemýšlí, opakovaně si je zpřítomňuje. Negativní myšlenky a představy o zátěžové situaci se neustále vnučují a zabírají kapacitu myšlení jedince ve značné míře a po dlouhou dobu. Tím se prodlužuje zátěžová situace a s ní spojené rozrušení a ztěžuje se obnovení výchozí stavu.

Rezignace: zde je vyjádřen subjektivní nedostatek možnosti zvládat zátěžové situace. Patří sem pocity bezmocnosti a beznaděje ve vztahu k určité zátěžové situaci a k vlastním možnostem ji zvládnout, což vede k tomu, že se jedinec vzdává dalšího snažení o zdoání situace. Odevzdaně v ní setrvává.

Sebeobviňování: tato strategie úzce souvisí se sklíčeností a s přehnaným přisuzováním chyb vlastnímu jednání, bez toho, že by to vždy bylo opodstatněné.

Mezi pozitivní a negativní strategie autoři nezařadili potřebu sociální opory a vyhýbání se. Jedná se o tzv. singulární strategie. Autoři doporučují nahlížet na interpretaci jejich využívání v kontextu konkrétní situace.

Potřeba sociální opory: v tomto případě jedinec při stresu vyhledává kontakt s druhými lidmi, aby získal podporu při zpracování nebo řešení problému. Může jít o podporu ve formě rozhovoru, poskytnuté empatie, ale i získání konkrétní pomoci, rady.

Vyhýbání se: tato strategie představuje snahu vyhnout se konfrontaci se zátěžovou situací. Pozitivním způsobem reakce na zátěž je tehdy, když se snaží předcházet znovuprožívání stresu ve stejných situacích, nebo v případě, že se jedná o stresor, který nemůže sám ovlivnit. Negativní strategií se stává v případě, že se člověk snaží vyhýbat všem situacím, které vnímá jako zátěžové, aniž by se je kdy pokusil zvládnout konstruktivně (Sigmund, 2014).

Tabulka č. 1 - Hierarchický model copingových strategií

Příklonové strategie	Zaměřené na problém	Řešení problému
		Kognitivní restrukturalizace
Odklonové strategie	Zaměřené na emoce	Vyjádření emocí
		Sociální opora
Odklonové strategie	Zaměřené na problém	Vyhýbání se problému
		Fantazijní únik
		Sebeobviňování

(Tobin, Holroyd, Reynolds, 1984, cit. dle Kohoutek, Blatný, Bréda, 2003, s. 160)

3.1.2 Intervenující proměnné ve zvládnání zátěže

Pro činitele, které hraje úlohu v odolnosti vůči zátěži a v adaptaci na požadavky bývají často používány pojmy mediátory a moderátory. Moderátory jsou proměnné, které existují ještě před spuštěním stresové situace a nemají tedy vliv na průběh jeho zvládnání (například osobnostní vlastnosti, dovednosti, sociální vztahy, věk, pohlaví). Moderátory bývají více

propojeny s individuální charakteristikou jedince a jsou konzistentní a relativně stabilní. Mediátory jsou proměnné, které se formují až během vystavení jedince zátěži a následně ovlivňují vztahy mezi proměnnými. Na rozdíl od moderátorů jsou více variabilní a souvisí se zátěží i procesem jejího zvládnání. J. Mareš (2001, s. 6) nastiňuje úlohu mediátorů pomocí tří variant a tří konkrétních otázek, které shrnuje do zhruba dvou hlavních typů mediátorů zátěže: kognitivní hodnocení míry závažnosti ohrožení a míry vlastních možností tuto zátěž úspěšně zvládnout a míru pozornosti, kterou je jedinec schopen, případně ochoten stresoru a jeho zvládnání věnovat. Úlohu mediátorů emočních reakcí představuje například coping nebo sociální opora (Paulík, 2009, s. 97, 98).

3.1.3 Sociální opora

Významným aspektem ovlivňujícím pozitivně působení stresu je sociální opora v mezilidských vztazích, která je základní součástí saturování sociálních potřeb jednotlivce. Obsahuje vlivy blízkých lidí z okolí jednotlivce, kteří jej pozitivně oceňují a dávají mu najevo svou přízeň. Základním zdrojem bývá zejména rodina, kde se pozitivní stimulace, utváření pocitů bezpečí a jistoty formuje už od raného dětství, což společně s pocity sounáležitosti, důvěry vede k pocitu spokojenosti jedince se sebou samým a s jeho životem. Sociální opora se ukazuje jako velice důležitá u emocionálně namáhavých profesí v prevenci proti syndromu vyhoření. Sociální oporu lze také dělit na emocionální sociální oporu, která je založená na chování okolí jednotlivce, kterému vyjadřuje náklonnost, porozumění, starostlivost, lásku, na evaluační sociální oporu, která je charakteristická a poskytováním pozitivního hodnocení a na instrumentální sociální oporu, která spočívá v pomoci prostřednictvím konkrétních nástrojů (Paulík, 2010, s. 23, 24).

Někteří kritici upozorňují, že sociální oporu nelze izolovat od celkové sítě sociálních vazeb a některé výzkumy také upozorňují na oboustranný vliv sociálních vazeb, to znamená, že například rodina může být sama zdrojem stresu nebo její obětí (Hladký, 1993, s. 30).

3.1.4 Techniky zvládnání stresu

Základní technikou zvládnání stresu je relaxace, která se obvykle dělí do dvou skupin. Spontánní (samovolná) relaxace, která probíhá samovolně, například při odpočinku nebo spánku. Diferencovaná relaxace, která je charakteristická tím, že ji člověk provádí vlastním přičiněním a může ji provozovat kdykoliv během bdění (Křivohlavý, s. 34, 35)

V pracovních podmínkách se mohou krizové situace řešit hledáním kompromisu, pokud není optimální řešení možné; sebepoznáváním a kontrolou osobních agresivních sklonů; schopností naplánovat si pracovní čas tak, aby se jedinec nedostával do časového presu; pokusit se řešit velké problémy rozdělením na skupinu menších; ve vyhrocených situacích si ve zkratce napsat možná řešení a poté zvolit to nejlepší.

V domácích podmínkách si uvědomit, že už jedinec není v práci; vyhýbat se nezáživným povinnostem, které nemusí být za každou cenu vykonány; nenechat se tlačit časem; vyhradit si byť i krátký čas jen pro sebe; naučit se odkládat nepodstatné věci; naučit se říkat ne; nikdy neřešit rodinné problémy s prázdným žaludkem (hypoglykémie zvyšuje agresivitu); naučit se pravidelně jíst; vnímat a uvolňovat emoce prostřednictvím hudby, filmu, divadla, knih; správně relaxovat a zbavovat se nahromaděného napětí (Vašina, Strnadová, 2002, s. 267, 268).

Procházka je výborným způsobem relaxace. I třicetiminutová procházka mimo město, nejlépe v lese nebo alespoň v parku, může být velice osvěžující způsobem uvolnění nahromaděného stresu. Během procházky je důležité zcela z vědomí odsunout trápení, starosti, konflikty, problémy a soustředit se na ticho, svěží vzduch a vše pozitivní, co příroda nabízí (Křivohlavý, 2010, s. 35).

Přestože je dýchání samovolným procesem, můžeme jej ovlivňovat také svou vůlí, to znamená zvládat takzvané brániční dýchání, klíčkové dýchání a správné roztahování a stahování hrudního koše. Dále je důležité se soustředit na dechovou frekvenci (Křivohlavý, 2010, s. 35).

Základem svalové relaxace je střídavé napínání a uvolňování požadované skupiny svalů. Tato činnost se dá provádět v jakékoliv poloze, důležité je při tom se soustředit na vnitřní klid. Pomoci může i autosugesce, uklidňováním sebe sama (Křivohlavý, 2010, s. 36).

Ventilace emocí jsou způsobem, jak v souvislosti s relaxací uvolnit vnitřní napětí a dostat ze sebe emoce. Jedním ze způsobů je rozhovor buď se spřízněnou osobou nebo psychologem, nebo psaní deníku a tak podobně (Křivohlavý, 2010, s. 36).

Schultzův autogenní trénink je relaxační metoda, která využívá pasivní koncentraci a autosugesce. Základem je zaujmout pohodlnou pozici se zavřenýma očima se několikrát zhluboka nadechnout a vydechnout a soustředit se na ty části těla, kterým bude jedinec dávat pokyny tepla a tíhy. To navodí rozšíření artérií a zrychlení krevního oběhu, které

následně působí změny v nervovém systému, což má vliv na parasympatický systém (Vašina, Strnadová, 2002, s. 268).

Jacobsonova progresivní relaxace je metoda založená na uvědomování si stavu napětí a uvolnění, protože stresové situace navozují pomalé napětí ve svalech, které jedinec rozpozná, až když ho určité svaly bolí. Proto je záhodno si uvědomit, kdy tenze nastává a nedovolit, aby se stala trvalým jevem, který už jedinec ani nevnímá. Pro nácvik metody je potřeba zaujmout pohodlnou pozici, zavřít oči a zhluboka se několikrát nadechnout a vydechnout. Během výdechu se zbavovat všech myšlenek a starostí na každodenní problémy (Vašina, Strnadová, 2002, s. 269, 270).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

4.1 Cíle a hypotézy

Cílem mé práce je zjistit jaké strategie využívají sestry na jednotlivých odděleních, konkrétně chirurgických a interních, při zvládání zátěže. Dalším cílem je rozdělit sestry do věkových skupin, u kterých zjistíme vliv věku na výběr strategií zvládání zátěže. Následně věkové skupiny rozlišit v závislosti na vybraných typech oddělení. Posledním cílem je rozpoznat vybrané projevy vyskytující se při zátěži na celkovou zkoumanou skupinu sester. Dále je skupina rozdělena v závislosti na věku a vybraném oddělení.

Cíl č. 1: Zjistit, zda existují typické strategie zvládání zátěže, které využívají na vybraných odděleních (SVF-78).

Cíl č. 2: Zjistit a porovnat, jaké strategie zvládání zátěže využívají sestry různých věkových skupin na vybraných odděleních (SVF-78).

Cíl č. 3: Rozdělit skupiny podle výše úrovně stresových projevů vzhledem k věku a vybranému oddělení (S-S-1).

Hypotéza č. 1: Typ oddělení nemá výrazný vliv na výběr strategií zvládání zátěže.

Hypotéza č. 2: Mezi jednotlivými věkovými skupinami existují rozdíly při výběru strategií zvládání zátěže. Věková skupina 22 – 32 let volí více pozitivní strategie než ostatní věkové kategorie.

Hypotéza č. 3: Mezi jednotlivými věkovými skupinami existují rozdíly při výběru strategií zvládání zátěže. Věková skupina 44 – 58 let volí více negativní strategie než ostatní věkové kategorie.

Hypotéza č. 4: Mezi jednotlivými věkovými skupinami existuje rozdílná četnost projevů vyskytujících se při zátěži.

4.2 Metodika výzkumu

Pro získání dat potřebných k prozkoumání strategií zvládání zátěže u sester jsme zvolili dva standardizované dotazníky, nejčastěji využívaný nástroj kvantitativního výzkumu.

Dotazník je v podstatě standardizovaný soubor otázek, jež jsou předem připraveny na určitém formuláři. Techniku dotazníku charakterizuje nepřítomnost výzkumníka při

vyplňování dotazníku, přiměřená znalost šetřeného prostředí a nezbytnost převýzkumu (Kutnohorská, 2009, s. 41).

Pro dosažení prvního a druhého cíle je určující dotazník SVF-78 (Stressverarbeitungsfragebogen) od W. Janke a G. Erdmann. Zkrácenou verzi dotazníku přeložil do češtiny J. Švancara a v roce 2003 jej vydalo Testcentrum Praha. Jde o sebezpozorovací inventář, který má zachytit strategie zvládání zátěže. Umožňuje zachytit individuální postupy jedince, které si při zvládání zátěže prosazuje. Samotný dotazník je pouze jednou částí testového kompletu. Celý testový komplet se skládá z dotazníku, příručky, testového profilu a vyhodnocovacího listu. Přední strana dotazníku obsahuje stručné instrukce k jeho vyplnění. Na zbývajících stranách je v krátkých větách popsáno 78 reakcí na situaci, kdy byli respondenti „*něčím nebo někým poškozeni, vnitřně rozrušeni, nebo vyvedeni z míry*“. Respondent odpovídá dle jeho vlastního způsobu reagování na situaci na škále 0 – 4 (vůbec ne – spíše ne – možná – pravděpodobně – velmi pravděpodobně). Vybrané odpovědi se zaznamenávají do vyhodnocovacího listu, který obsahuje 13 subtestů, které jsou rozděleny na pozitivní strategie (Podhodnocení, Odmítání viny, Odklon, Náhradní uspokojení, Kontrola situace, Kontrola reakcí, Pozitivní sebeinstrukce) a negativní strategie (Úniková tendence, Perseverace, Rezignace, Sebeobviňování). Autor mezi pozitivní a negativní strategie neřadí subtest Potřeba sociální opory a Vyhybání se. Stručná charakteristika jednotlivých strategií je uvedena v tabulce č. 2.

Tabulka č. 2 – Charakteristika strategií podle SVF 78

NÁZEV STRATEGIE	CHARAKTERISTIKA
Podhodnocení	tendence podhodnocovat vlastní reakce ve srovnání s ostatními nebo je hodnotit příznivěji
Odmítání viny	chybí zde vlastní odpovědnost za zátěž, je spíše defenzivní strategií
Odklon	odvrácení se od zátěže nebo tendence navodit psychické stavy, které stres zmírňují
Náhradní uspokojení	tendence k jednání zaměřené na kladné city, které nejsou kompatibilní se stresem a vztahují se k sebeposílení vnějšími odměnami
Kontrola situace	tendence získat kontrolu nad zátěžovými situacemi, má tři komponenty - analýza aktuální situace a jejího vzniku, plánování opatření vedoucí ke zlepšení stavu a aktivní zásah do situace
Kontrola reakcí	tendence kontrolovat vlastní reakce při zátěži, nedovolit, aby došlo k vzrušení, případně je nedat na sobě znát, a vzniklému vzrušení čelit
Pozitivní sebeinstrukce	snaha přisuzovat kompetenci sobě, dodávat si odvalu v zátěžových situacích, zahrnuje kladné myšlenky a postoje zvyšující sebedůvěru a apely vydržet, nevzdát se
Potřeba sociální opory	tendence při stresu navázat kontakt s druhými za cílem získat podporu
Vyhýbání se	tendence vyhnout se zátěži, záměr zamezit další konfrontaci s podobnou situací
Úniková tendence	rezignační tendence vyváznout ze zátěže, snížená pohotovost nebo schopnost čelit zátěžové situaci, dlouhodobě stres spíše zvyšuje
Perseverace	prodloužené přemítání, neschopnost se myšlenkově odpoutat od prožívaných zátěží
Rezignace	subjektivní nedostatek možností zvládnout zátěžovou situace - pocity bezmocnosti, beznaděje, jedinec se v jejich důsledku vzdává dalšího snažení o zvládnutí situace
Sebeobviňování	sklon ke sklíčenosti a přisuzování chyb vlastnímu jednání v souvislosti se zátěžemi

Každý respondent obdrží dotazník, který po vyplnění odevzdá k vyhodnocení. Každý dotazník jsem jednotlivě zpracovala prostřednictvím vyhodnocovacího listu. Celkový počet respondentů jsem následně rozdělila do určitých skupin. Rozdělení jsem zvolila tak, aby bylo možné porovnat strategie vybraných oddělení interního a chirurgického typu. Další porovnání jsem provedla v závislosti na věku. Respondenty jsem rozdělila do tří věkových kategorií, které jsem vzájemně porovnávala. Nejmladší věková skupina zahrnovala věk 22 – 32 let, střední věková skupina byla v rozmezí 33 – 43 let a nejstarší věková skupina obsahuje respondenty ve věku 44 – 58 let. Získaná data jsem graficky znázornila do testového profilu.

Pro dosažení třetího cíle je určující dotazník S-S-1. Dotazník zjišťuje výskyt určitých projevů či reakcí, které mohou vyvolat některé zátěžové situace. Respondent odpovídá ANO či NE na 25 možných projevů, které se u něj pravděpodobně vyskytly v některých životních situacích nebo událostech. Mezi vybrané projevy patří: sucho v ústech, bušení srdce, napětí ve svalech, nucení na stolicí, nucení na močení, pocity ztráty rovnováhy, vnitřní chvění nebo třes, zvýšené pocení, dechová nepravidelnost, vzrušení, dezorientace, nerozhodnost, obtíže v soustředění, obtíže v řízení myšlenek, pocity nejistoty, zrychlený

tok myšlenek, objevují se nepříznivé představy, snížená rozhodnost a schopnost jednat, tělesný neklid, hněv, zlost, pocity zoufalství nebo beznaděje, stranění se kontaktu s druhými lidmi, obtížné ovládání emočních projevů, nepružnost, upoutávání pozornosti náhodnými jevy, obtíže při vybavování z paměti. Rozdělení jsem zvolila tak, aby bylo možné porovnat projevy vybraných oddělení interního a chirurgického typu. Další porovnání jsem provedla v závislosti na věku. Respondenty jsem rozdělila do tří věkových kategorií, které jsem vzájemně porovnála. Nejmladší věková skupina zahrnovala věk 22 – 32 let, střední věková skupina byla v rozmezí 33 – 43 let a nejstarší věková skupina obsahuje respondenty ve věku 44 – 58 let. Vyhodnocení jsem znázornila pomocí sloupcových grafů.

4.3 Organizace výzkumu a popis respondentů

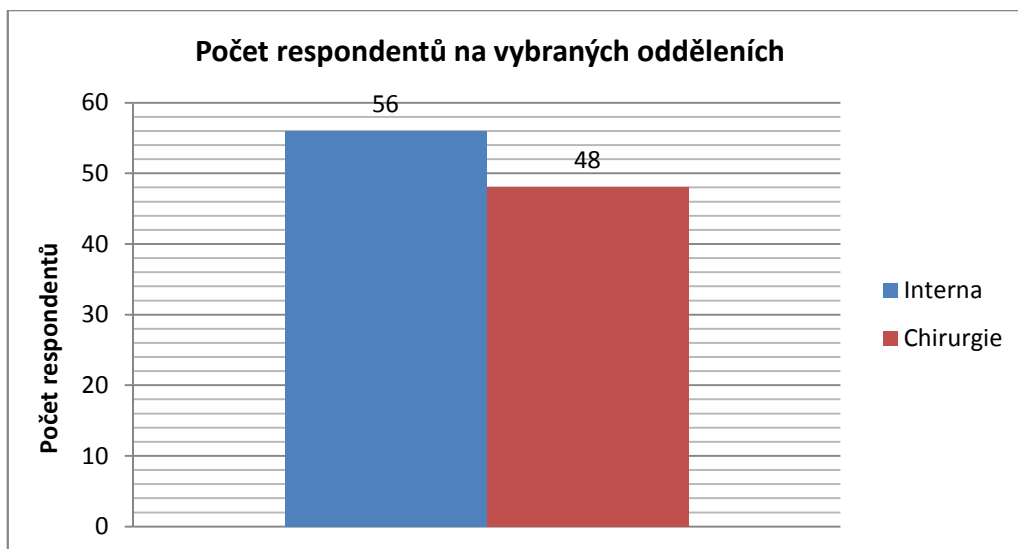
Dotazníkové šetření probíhalo měsíc ve třech nemocnicích zároveň. Oslovila jsem hlavní sestry z Krajské nemocnice Tomáše Bati a.s, Vojenské nemocnice Olomouc a Nemocnice Šumperk a.s, které mi umožnily dotazníkové šetření provést na vybraných odděleních. Výzkumu se zúčastnily všeobecné sestry z interních a chirurgických oddělení. Na každé chirurgické a interní oddělení vybraných nemocnic jsem rozdala 20 dotazníků. Z interního oddělení KNTB a.s. se vrátilo 17 vyplněných dotazníků, z VNOL se vrátilo 19 dotazníků a z NŠ a.s. všechny. Návratnost ve stejném pořadí nemocnic na chirurgickém oddělení byla 16, 14 a 19 vyplněných dotazníků. Sběr i distribuci dotazníků jsem prováděla osobně po předchozí domluvě se staniční sestrou.

Celkový počet rozdaných dotazníků byl 120, z celkového počtu bylo navraceno 104 dotazníků. Z počtu navracených dotazníků připadalo 56 dotazníků na interní oddělení a zbývajících 48 dotazníků se vrátilo z chirurgického oddělení. Výzkumu se zúčastnily pouze ženy, mužem nebyl vyplněn žádný navracený dotazník.

Tabulka č. 3 - Počet respondentů na vybraných odděleních

Oddělení	Počet respondentů
Interna	56
Chirurgie	48
Celkem	104

Graf č. 1 - Počet respondentů na vybraných odděleních

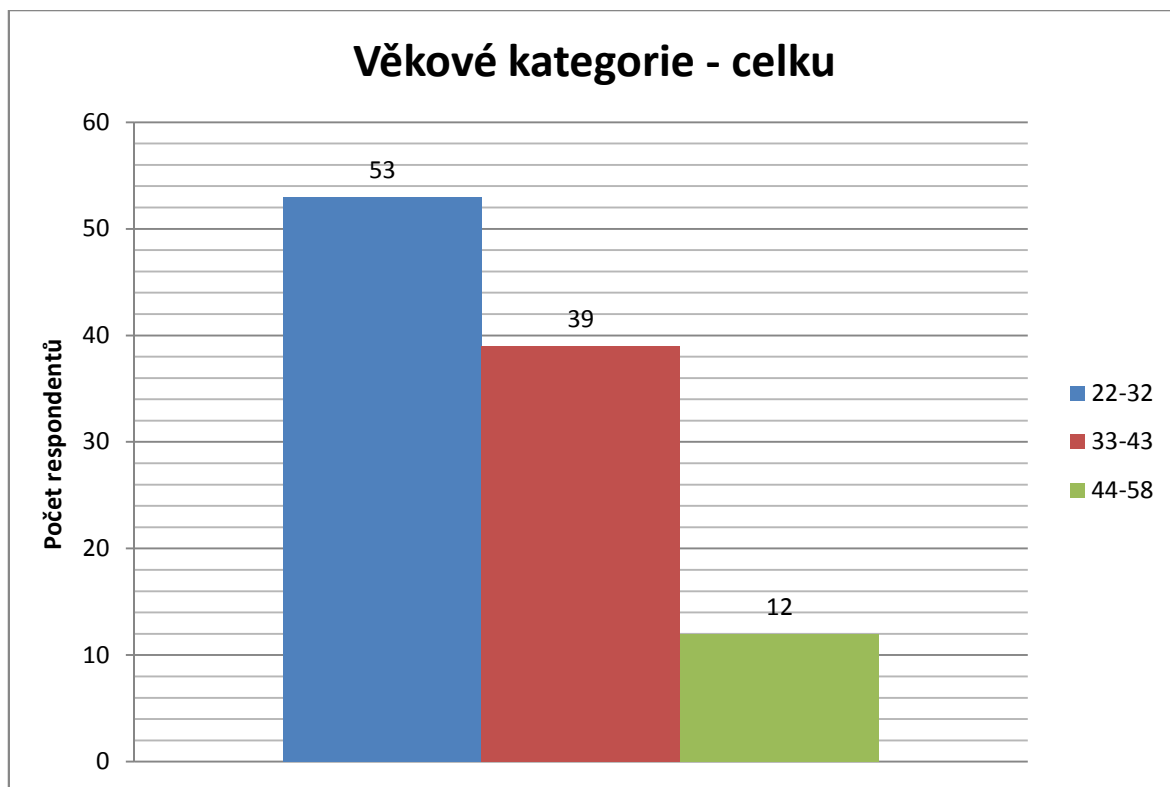


Respondenti byli rozděleni do tří věkových kategorií. Nejmladší věková skupina zahrnovala věk 22 – 32 let, střední věková skupina byla v rozmezí 33 – 43 let a nejstarší věková skupina obsahuje respondenty ve věku 44 – 58 let. Kategorie byly uplatněny jak na celek dotázaných respondentů, tak pro porovnání vybraných oddělení.

Tabulka č. 4 – Věkové kategorie - celku

Věkové kategorie	Počet respondentů
22-32	53
33-43	39
44-58	12
Celkem	104

Graf č. 2 – Věkové kategorie - celku

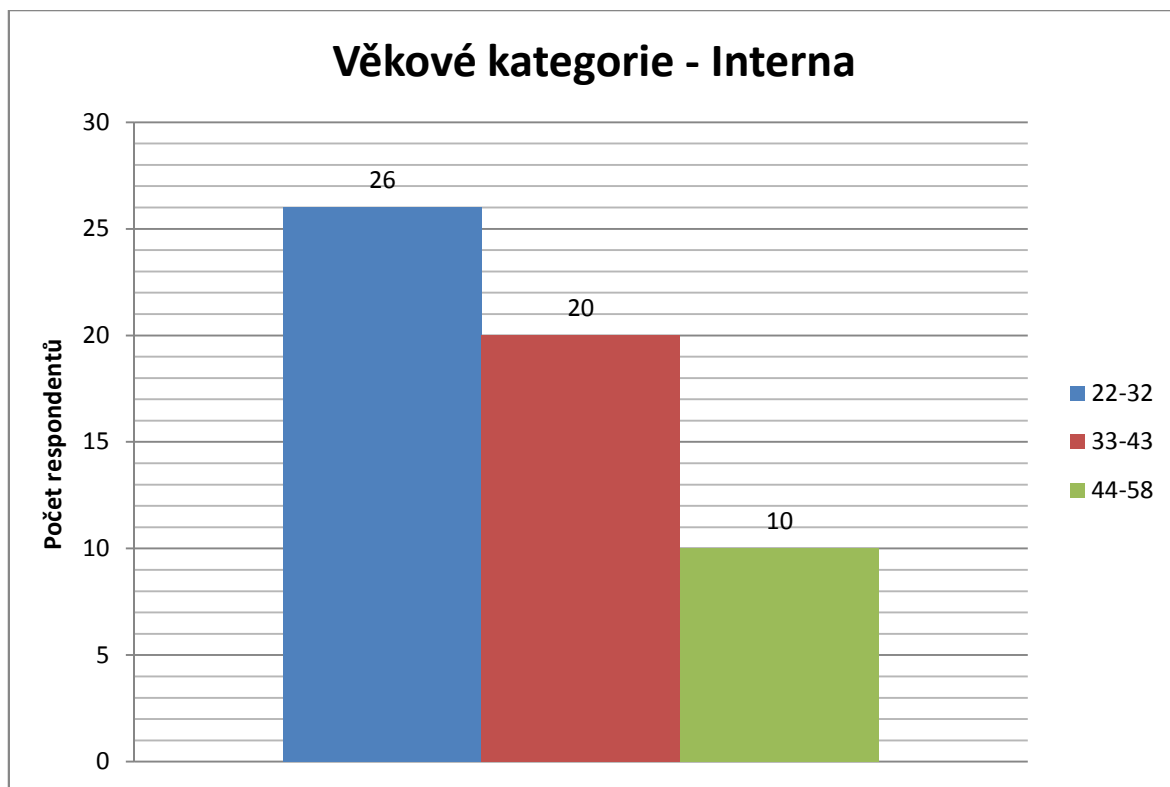


Z grafů č. 2 můžeme vyčíst, že nejpočetnější je věková kategorie 22 – 32 let. Z celkového počtu 104 respondentů do ní náleží 53 zúčastněných. Do střední věkové kategorie 33 – 43 let spadá 39 respondentů a do nejméně zastoupené věkové kategorie 44 – 58 let se zařadilo 12 respondentů.

Tabulka č. 5 – Věková kategorie - Interna

Věkové kategorie	Počet respondentů
22-32	26
33-43	20
44-58	10
Celkem	56

Graf č. 3 – Věková kategorie - Interna

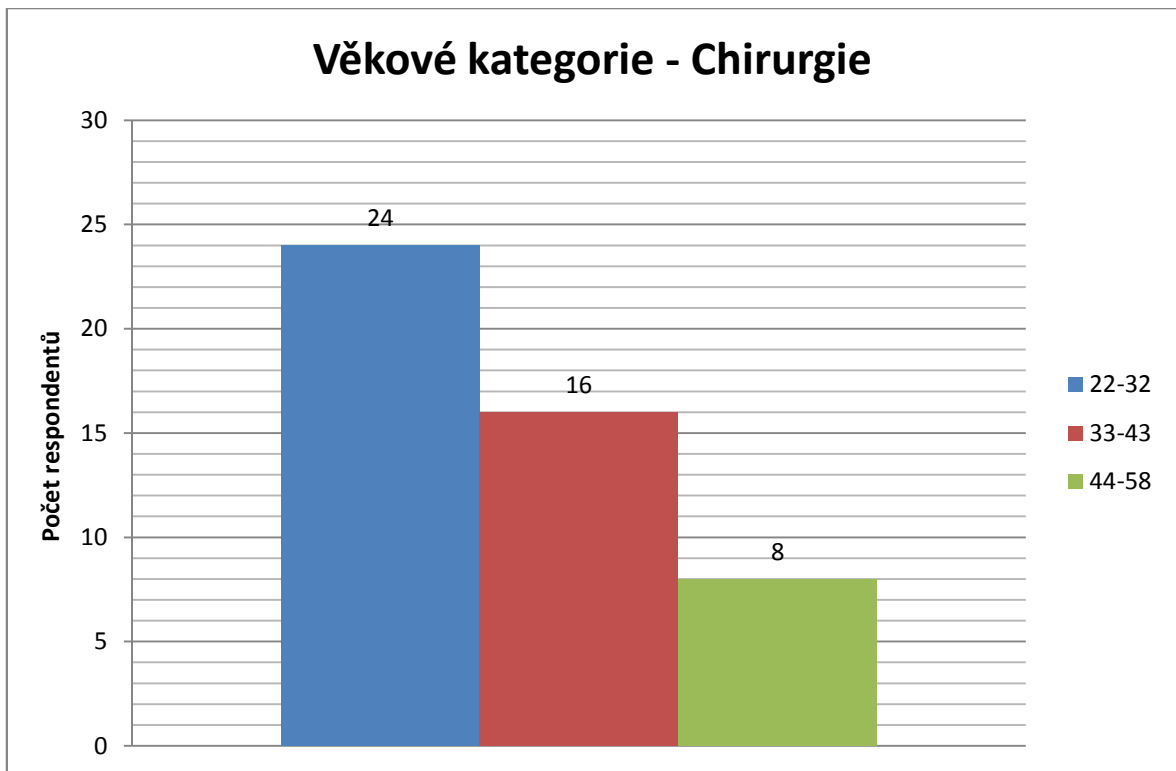


Z grafů č. 3 můžeme vyčíst, že nejpočetnější je věková kategorie 22 – 32 let. Z celkového počtu 56 respondentů do ní náleží 26 zúčastněných. Do střední věkové kategorie 33 – 43 let spadá 20 respondentů a do nejméně zastoupené věkové kategorie 44 – 58 let se zařadilo 10 respondentů.

Tabulka č. 6 – Věková kategorie - Chirurgie

Věkové kategorie	Počet respondentů
22-32	24
33-43	16
44-58	8
Celkem	48

Graf č. 4 – Věkové kategorie - Chirurgie



Z grafů č. 3 můžeme vyčíst, že nejpočetnější je věková kategorie 22 – 32 let. Z celkového počtu 48 respondentů do ní náleží 24 zúčastněných. Do střední věkové kategorie 33 – 43 let spadá 16 respondentů a do nejméně zastoupené věkové kategorie 44 – 58 let se zařadilo 8 respondentů.

4.4 Výsledky výzkumného šetření

V této kapitole si ukážeme výsledky šetření zabývající se strategií zvládnání zátěže na vybraných odděleních, porovnání oddělení v závislosti na věkových kategoriích a nakonec četnost projevů při zátěži.

Vliv oddělení na výběr strategií zvládnání zátěže (SVF 78)

Porovnání dvou vybraných oddělení bez závislosti na věkové kategorii je znázorněno v grafu č. 5. Hodnoty pro tento graf jsou zapsány v tabulce č. 7 a 8.

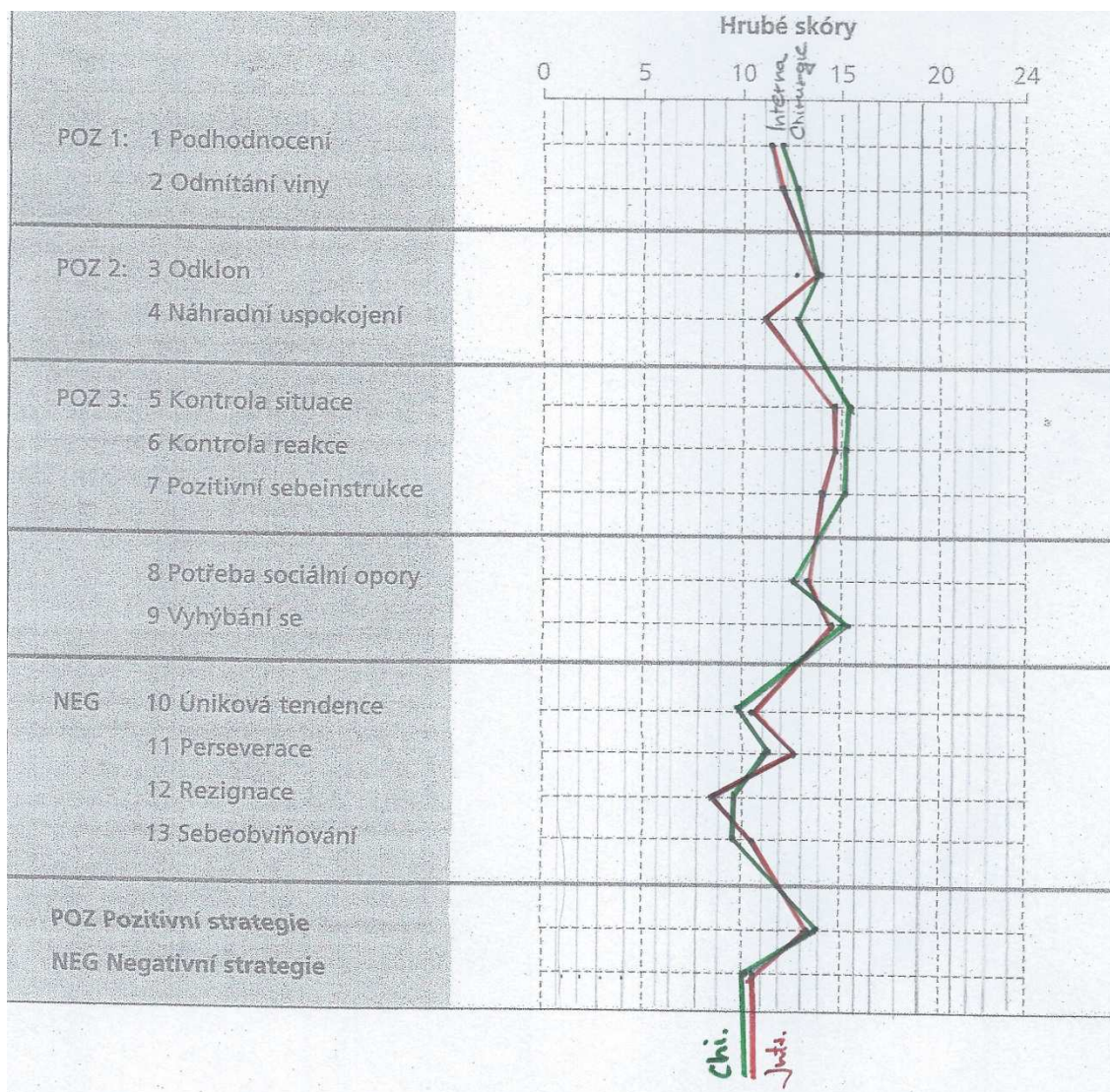
Tabulka č. 7 – Výběr strategií na interním oddělení

	Název strategie	Hrubý skór
1	Podhodnocení	11,1
2	Odmítání viny	11,7
3	Odklon	13,8
4	Náhradní uspokojení	11,0
5	Kontrola situace	14,7
6	Kontrola reakce	14,9
7	Pozitivní sebeinstrukce	14,3
8	Potřeba sociální potřeby	13,2
9	Vyhýbání se	14,6
10	Úniková tendence	10,5
11	Perseverace	12,8
12	Rezignace	8,7
13	Sebeobviňování	10,2
POZ 1	Strategie podhodnocení a devalvace viny	11,7
POZ 2	Strategie odklonu	12,3
POZ 3	Strategie kontroly	14,6
POZ	Pozitivní strategie	13,3
NEG	Negativní strategie	10,6

Tabulka č. 8 - Výběr strategií na chirurgickém oddělení

	Název strategie	Hrubý skór
1	Podhodnocení	11,7
2	Odmítání viny	12,6
3	Odklon	13,8
4	Náhradní uspokojení	12,9
5	Kontrola situace	15,9
6	Kontrola reakce	15,6
7	Pozitivní sebeinstrukce	15,4
8	Potřeba sociální potřeby	12,9
9	Vyhýbání se	15,6
10	Úniková tendence	10,0
11	Perseverace	11,3
12	Rezignace	9,9
13	Sebeobviňování	9,7
POZ 1	Strategie podhodnocení a devalvace viny	12,2
POZ 2	Strategie odklonu	13,1
POZ 3	Strategie kontroly	15,5
POZ	Pozitivní strategie	13,8
NEG	Negativní strategie	10,4

Graf č. 5 Znárodnění výběru strategií na vybraných pracovištích
(interna + chirurgie)



Z grafu č. 5 můžeme vyčíst, že mezi vybranými odděleními nejsou výrazné rozdíly mezi strategiemi. U strategie Podhodnocení, Odmítání viny, Odklon, Kontrola reakce, Potřeba sociální opory, Vyhýbání se, Úniková tendence, Sebeobviňování, Pozitivní strategie a Negativní strategie jsou hodnoty nepatrné. Číselná hodnota rozdílů je menší než jedna. Vyšší číselná hodnota rozdílu než jedna byla zjištěna u strategií Kontrola situace, Pozitivní sebeinstrukce, Perseverace a Rezignace. Úplně nejvyšší rozdíl byl u strategie Náhradní uspokojení, kde hodnoty na interním oddělení jsou nižší než na oddělení chirurgie. Interní oddělení je v grafu znázorněno červenou barvou a zelenou barvou je zakresleno chirurgické oddělení.

Výběr strategií zvládnání zátěže v závislosti na věku na interním oddělení (SVF 78)

Porovnání tří věkových kategorií na vybraném oddělení interna. Výběr strategií všech věkových kategorií je znázorněno v grafu č. 6. Hodnoty pro tento graf jsou zapsány v tabulce č. 9, 10 a 11.

Tabulka č. 9 - Výběr strategie věkové kategorie 22 - 32 let – interní oddělení

	Název strategie	Hrubý skór
1	Podhodnocení	11,3
2	Odmítání viny	12,3
3	Odklon	14,4
4	Náhradní uspokojení	12,3
5	Kontrola situace	15,0
6	Kontrola reakce	15,7
7	Pozitivní sebeinstrukce	15,3
8	Potřeba sociální opory	14,0
9	Vyhýbání se	14,9
10	Úniková tendence	10,3
11	Perseverace	12,2
12	Rezignace	7,9
13	Sebeobviňování	9,7
POZ 1	Strategie podhodnocení a devalvace viny	12,3
POZ 2	Strategie odklonu	13,1
POZ 3	Strategie kontroly	15,2
POZ	Pozitivní strategie	13,9
NEG	Negativní strategie	10,1

Tabulka č. 10 - Výběr strategie věkové kategorie 33 - 43 let - interní oddělení

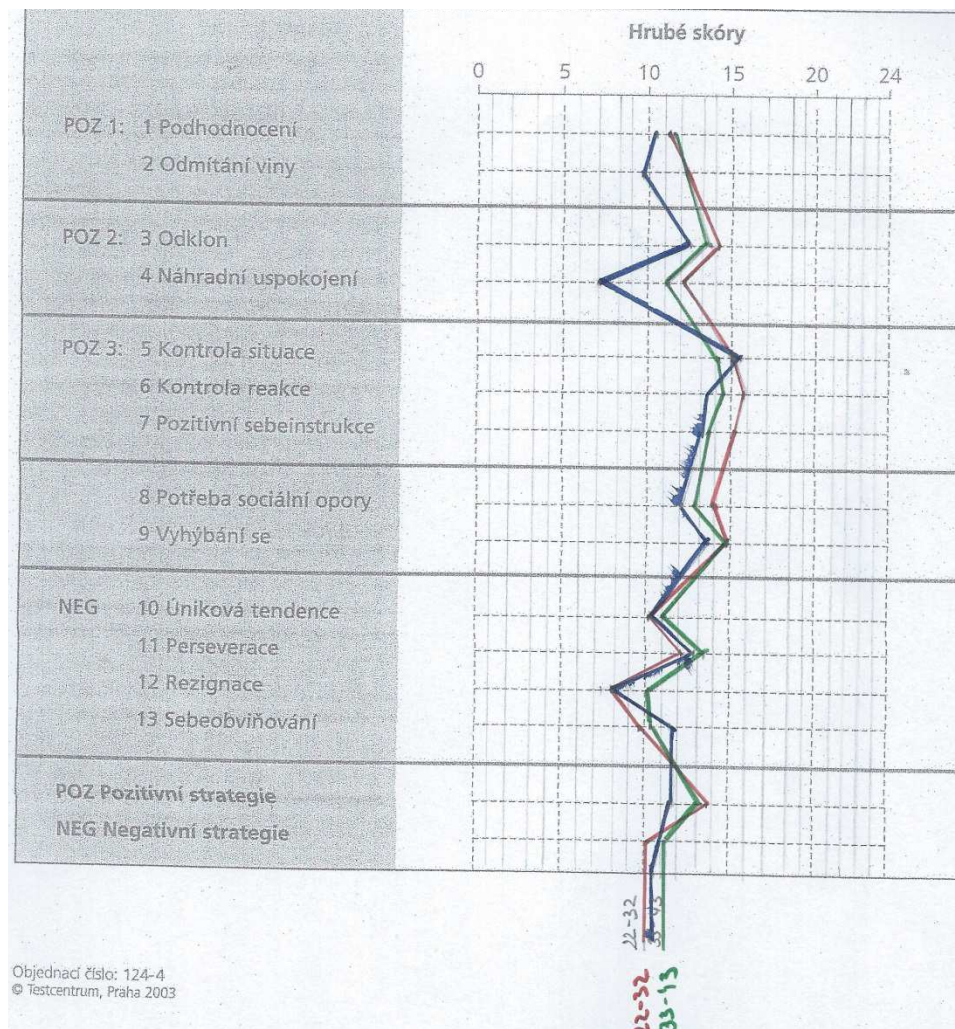
	Název strategie	Hrubý skór
1	Podhodnocení	11,5
2	Odmítání viny	12,3
3	Odklon	13,7
4	Náhradní uspokojení	11,2
5	Kontrola situace	14,1
6	Kontrola reakce	14,5
7	Pozitivní sebeinstrukce	13,8
8	Potřeba sociální opory	12,7
9	Vyhýbání se	14,8
10	Úniková tendence	11,0
11	Perseverace	13,5
12	Rezignace	10,2
13	Sebeobviňování	10,1

POZ 1	Strategie podhodnocení a devalvace viny	11,9
POZ 2	Strategie odklonu	12,5
POZ 3	Strategie kontroly	14,4
POZ	Pozitivní strategie	13,2
NEG	Negativní strategie	11,3

Tabulka č. 11 - Výběr strategie věkové kategorie 44-58 let - interní oddělení

	Název strategie	Hrubý skór
1	Podhodnocení	10,4
2	Odmítání viny	9,7
3	Odklon	12,6
4	Náhradní uspokojení	7,0
5	Kontrola situace	15,6
6	Kontrola reakce	13,5
7	Pozitivní sebeinstrukce	13,1
8	Potřeba sociální opory	12,1
9	Vyhýbání se	13,7
10	Úniková tendence	10,2
11	Perseverace	12,8
12	Rezignace	7,6
13	Sebeobviňování	11,5
POZ 1	Strategie podhodnocení a devalvace viny	10,1
POZ 2	Strategie odklonu	9,8
POZ 3	Strategie kontroly	13,7
POZ	Pozitivní strategie	11,7
NEG	Negativní strategie	10,6

Graf č. 6 – Znázornění výběru strategií všech věkových kategorií na interním oddělení



Z grafu č. 6 můžeme vyčíst rozdíly výběru strategií zvládnání zátěže u všech věkových kategorií z interního oddělení. Nejvíce odlišná je věková skupina 44 – 58 let. Zbývající dvě věkové kategorie jsou téměř stejné. Nejvýraznější rozdíl je u strategie Náhradní uspokojení. Nejmladší věková skupina 22 - 32 let je znázorněna červenou barvou, střední věková skupina 33 - 43 let je znázorněna zelenou barvou a poslední věková skupina v rozmezí 44 - 58 let je znázorněna modrou barvou.

Výběr strategií zvládnání zátěže v závislosti na věku na chirurgickém oddělení (SVF 78)

Porovnání tří věkových kategorií na vybraném chirurgickém oddělení. Výběr strategií všech věkových kategorií je znázorněno v grafu č. 7. Hodnoty pro tento graf jsou zapsány v tabulce č. 12, 13 a 14.

Tabulka č. 12 - Výběr strategie věkové kategorie 22 - 32 let - chirurgické oddělení

	Název strategie	Hrubý skór
1	Podhodnocení	11,8
2	Odmítání viny	12,8
3	Odklon	14,1
4	Náhradní uspokojení	13,3
5	Kontrola situace	15,6
6	Kontrola reakce	15,5
7	Pozitivní sebeinstrukce	14,4
8	Potřeba sociální opory	12,4
9	Vyhýbání se	15,1
10	Úniková tendence	10,5
11	Perseverace	8,6
12	Rezignace	9,5
13	Sebeobviňování	9,4
POZ 1	Strategie podhodnocení a devalvace viny	12,4
POZ 2	Strategie odklonu	13,7
POZ 3	Strategie kontroly	15,0
POZ	Pozitivní strategie	13,8
NEG	Negativní strategie	9,9

Tabulka č. 13- Výběr strategie věkové kategorie 33 - 43 let - chirurgické oddělení

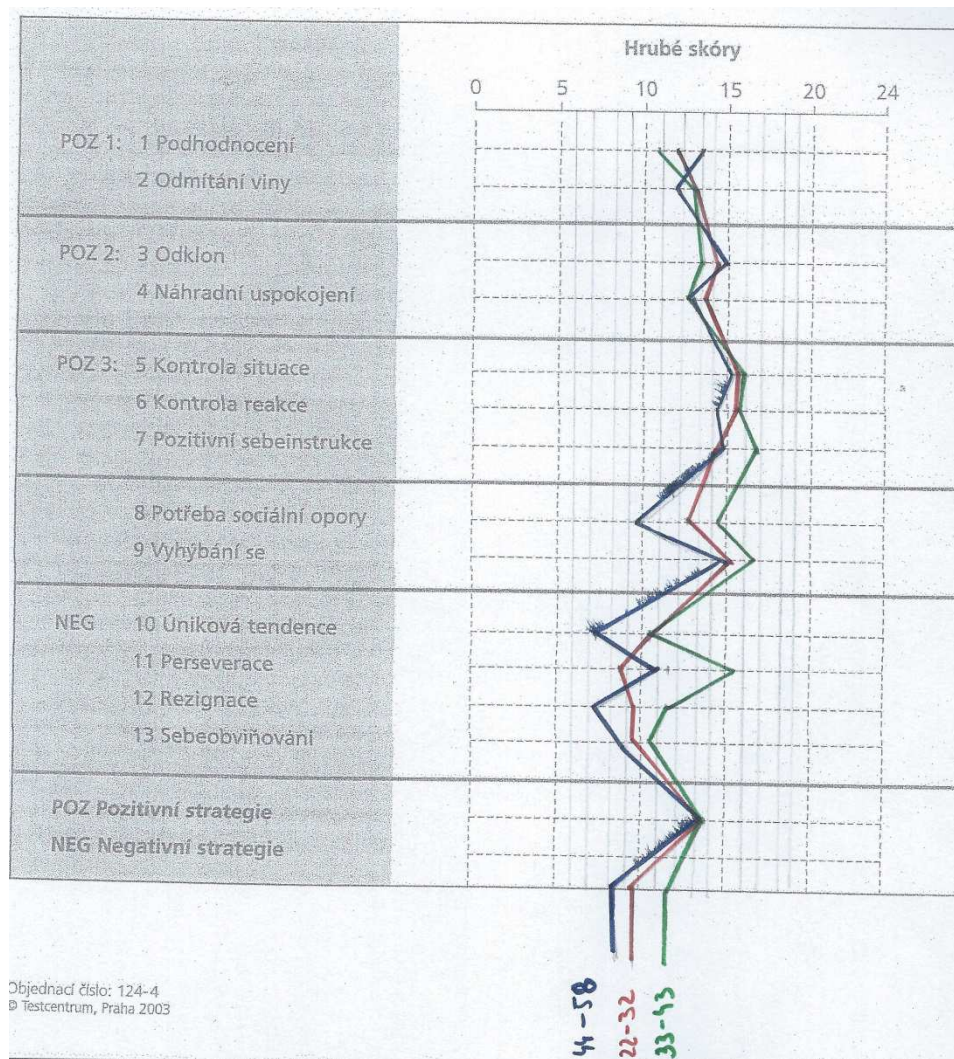
	Název strategie	Hrubý skór
1	Podhodnocení	10,9
2	Odmítání viny	12,4
3	Odklon	13,1
4	Náhradní uspokojení	12,4
5	Kontrola situace	16,0
6	Kontrola reakce	15,7
7	Pozitivní sebeinstrukce	16,9
8	Potřeba sociální opory	14,5
9	Vyhýbání se	16,5
10	Úniková tendence	10,4
11	Perseverace	15,2
12	Rezignace	11,5
13	Sebeobviňování	10,8

POZ 1	Strategie podhodnocení a devalvace viny	11,7
POZ 2	Strategie odklonu	12,3
POZ 3	Strategie kontroly	16,0
POZ	Pozitivní strategie	13,6
NEG	Negativní strategie	11,9

Tabulka č. 14 - Výběr strategie věkové kategorie 44 - 58 let - chirurgické oddělení

	Název strategie	Hrubý skór
1	Podhodnocení	13,0
2	Odmítání viny	11,9
3	Odklon	14,8
4	Náhradní uspokojení	12,5
5	Kontrola situace	16,3
6	Kontrola reakce	15,3
7	Pozitivní sebeinstrukce	14,8
8	Potřeba sociální opory	9,8
9	Vyhýbání se	14,8
10	Úniková tendence	7,4
11	Perseverace	10,8
12	Rezignace	7,4
13	Sebeobviňování	8,5
POZ 1	Strategie podhodnocení a devalvace viny	12,3
POZ 2	Strategie odklonu	12,6
POZ 3	Strategie kontroly	15,4
POZ	Pozitivní strategie	13,8
NEG	Negativní strategie	8,5

Graf č. 7 – Znázornění výběru strategií všech věkových kategorií na chirurgickém oddělení

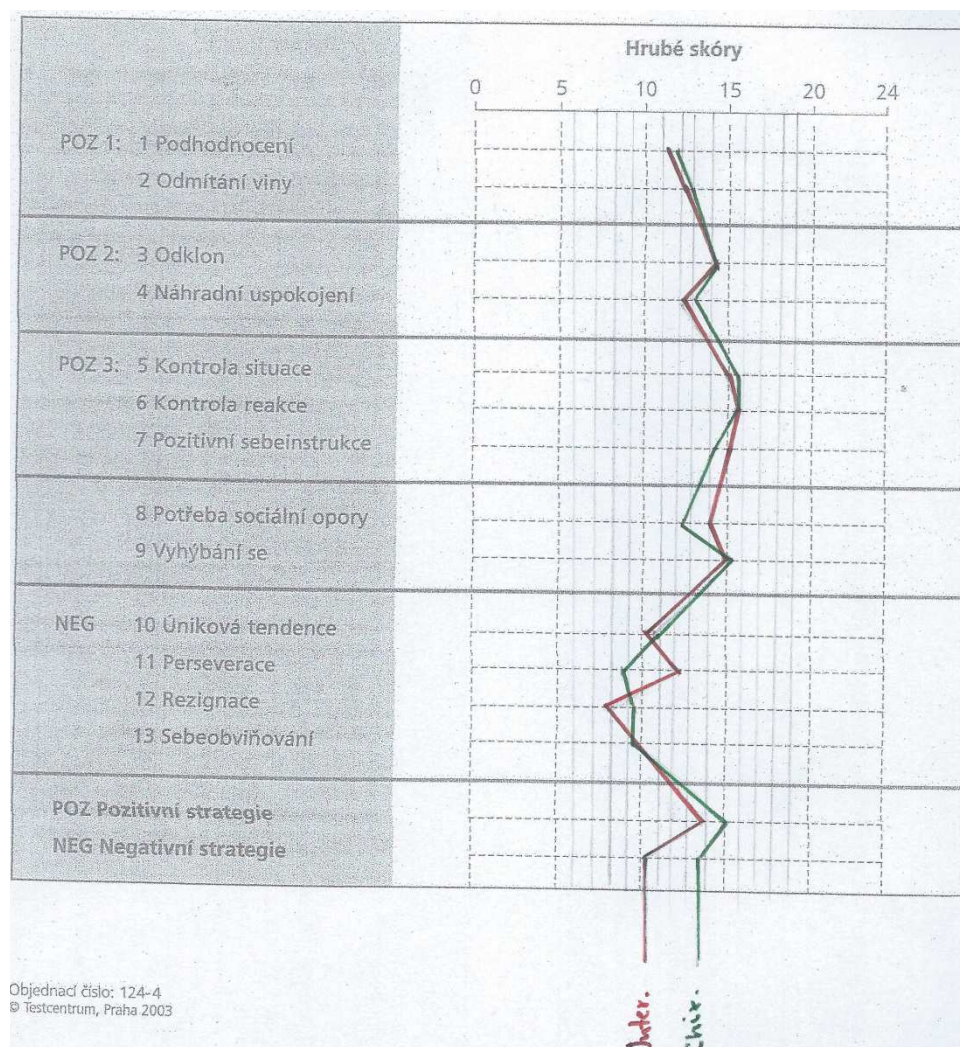


Z grafu č. 7 můžeme vypořádat rozdíly mezi skupinami rozdělenými podle věku. V první části grafu je vidět, že hodnoty jsou velmi podobné. V druhé části grafu, od strategie Pozitivní sebeinstrukce, jsou vidět značné rozdíly hodnot jednotlivých strategií. Nejmladší věková skupina 22 - 32 let je znázorněna červenou barvou, střední věková skupina 33 - 43 let je znázorněna zelenou barvou a poslední věková skupina v rozmezí 44 - 58 let je znázorněna modrou barvou.

Výběr strategií zvládnání zátěže věkové skupiny 22 - 32 let na vybraných odděleních (SVF 78)

Porovnání nejmladší věkové skupiny na vybraných pracovištích. Věkové rozmezí této skupiny je 22 - 32 let. Porovnání je znázorněno v grafu číslo 8. Data pro porovnání jsou zapsána v předchozích tabulkách č. 9 (Výběr strategie věkové kategorie 22 - 32 let – interní oddělení) a č. 12 (Výběr strategie věkové kategorie 22 - 32 let – chirurgické oddělení)

Graf č. 8 – Znázornění výběru strategií věkové skupiny 22 - 32 let na vybraných odděleních



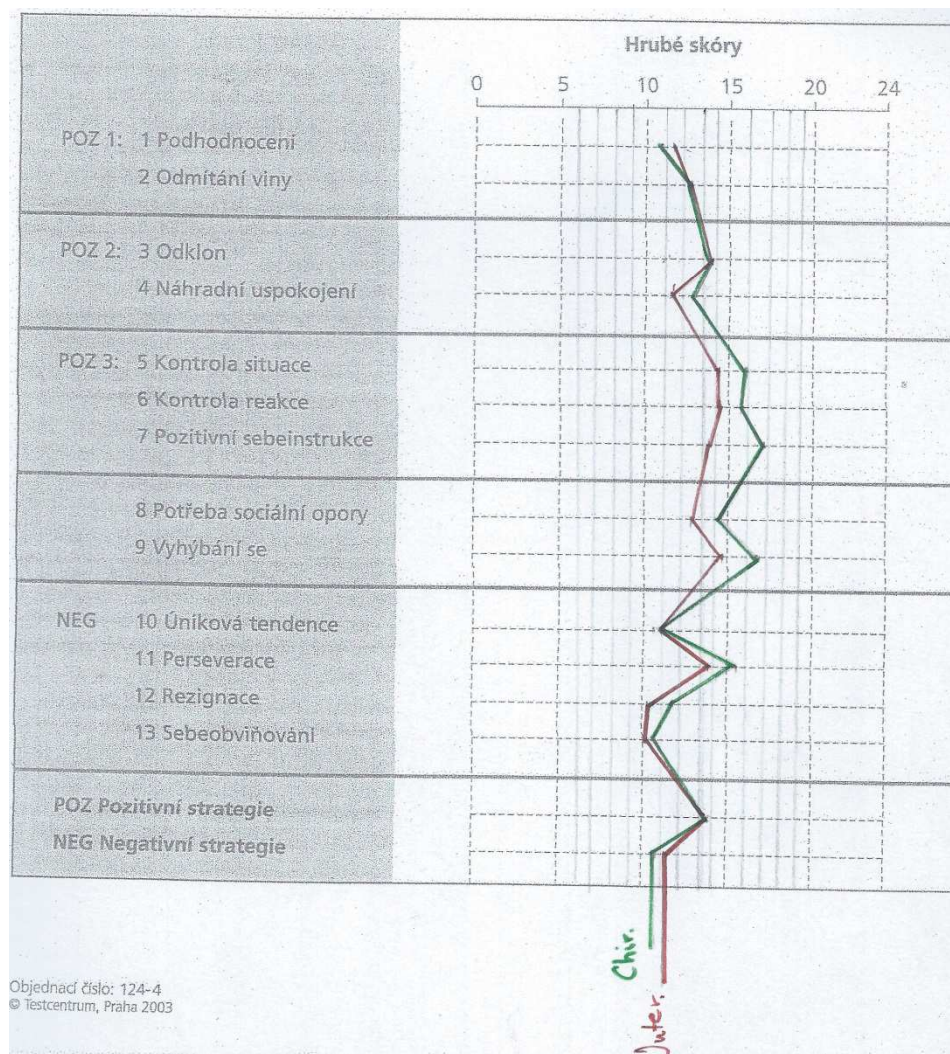
Z grafu č. 8 lze vyčíst, že hodnoty jednotlivých strategií jsou velmi podobné až na strategii Náhradní uspokojení, Potřeba sociální opory, Perseverance a Rezignace. U těchto strategií byl číselný rozdíl větší než jedna a u strategie Perseverance dosáhl číselný rozdíl hodnot

na 3,6. Interní oddělení je v grafu znázorněno červenou barvou a zelenou barvou je zakresleno chirurgické oddělení.

Výběr strategií zvládnání zátěže věkové skupiny 33-43 let na vybraných odděleních (SVF 78)

Porovnání střední věkové skupiny na vybraných pracovištích. Věkové rozmezí této skupiny je 33 - 43 let. Porovnání je znázorněno v grafu číslo 9. Data pro porovnání jsou zapsána v předchozích tabulkách č. 10 (Výběr strategie věkové kategorie 33 - 43 let – interní oddělení) a č. 13 (Výběr strategie věkové kategorie 33-43 let – chirurgické oddělení)

Graf č. 9 - Znáznornění výběru strategií věkové skupiny 33 - 43 let na vybraných odděleních



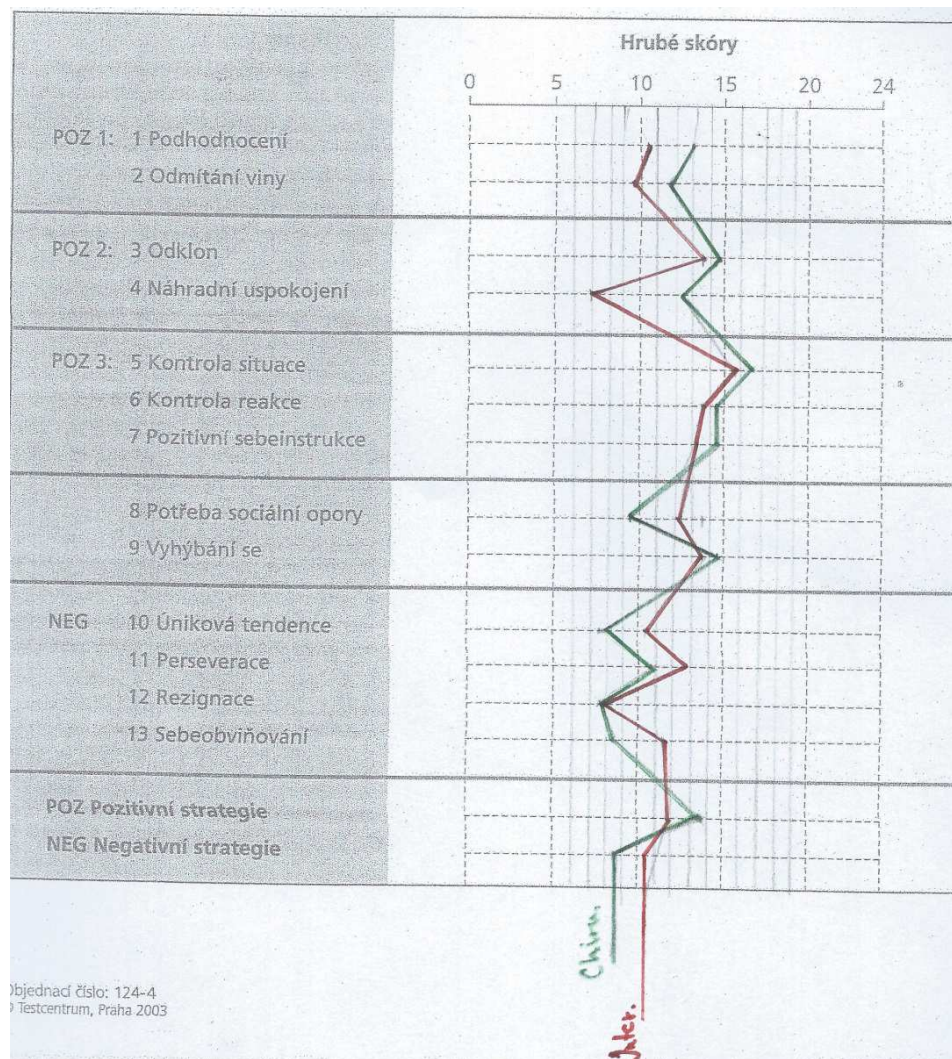
Z grafu č. 9 lze vyčíst, že hodnoty jednotlivých strategií jsou rozdílnější než u předchozí nejmladší věkové skupiny. Číselný rozdíl hodnot strategií menší než jedna je u

Podhodnocení, Odmítání viny, Odklon, Úniková tendence a Sebeobviňování. U strategií Náhradní uspokojení, Kontrola reakce, Potřeba sociální opory, Vyhýbání se, Perseverace a Rezignace je rozdíl číselných hodnot větší jak jedna a menší než dva. U zbylých strategií Kontrola situace a Pozitivní sebeinstrukce jsou hodnoty vyšší než dvě. Nejvyšší hodnota byla zjištěna u Pozitivní sebeinstrukce, která činí 3,1. Interní oddělení je v grafu znázorněno červenou barvou a zelenou barvou je zakresleno chirurgické oddělení.

Výběr strategií zvládnutí zátěže věkové skupiny 44 - 58 let na vybraných odděleních (SVF 78)

Porovnání nejstarší věkové skupiny na vybraných pracovištích. Věkové rozmezí této skupiny je 44 - 58 let. Porovnání je znázorněno v grafu číslo 10. Data pro porovnání jsou zapsána v předchozích tabulkách č. 10 (Výběr strategie věkové kategorie 44 - 58 let – interní oddělení) a č. 14 (Výběr strategie věkové kategorie 44 - 58 let – chirurgické oddělení)

Graf č. 10 - Znázornění výběru strategií věkové skupiny 44-58 let na vybraných odděleních

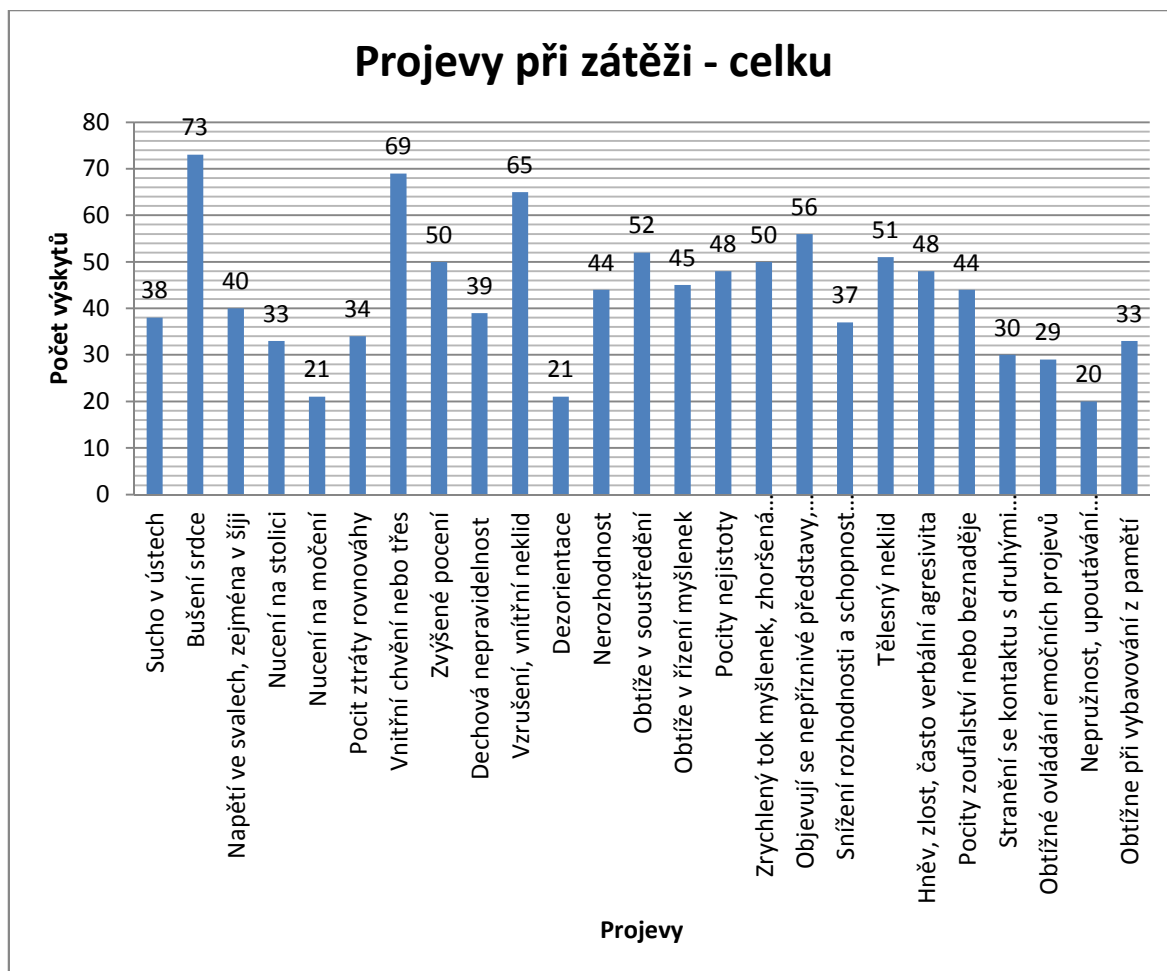


Z grafu č. 10 vyčteme, že hodnoty jednotlivých strategií jsou výrazně rozdílnější než u předchozích skupin. Číselný rozdíl hodnot strategií menší než jedna je pouze u dvou strategií a to konkrétně u strategie Kontrola situace Rezignace. Do rozmezí od jedné do dvou spadají strategie Kontrola reakce, Pozitivní sebeinstrukce, Vyhýbání se a Rezignace. U zbylých strategií jsou hodnoty vyšší než dvě. Nejvyšší hodnota byla zjištěna u strategie Náhradní uspokojení, která činí 5,5. Interní oddělení je v grafu znázorněno červenou barvou a zelenou barvou je zakresleno chirurgické oddělení.

Četnost projevů při zátěži (S-S-1)

Z vyplněných dotazníků S-S-1 zjistíme četnost jednotlivých projevů při zátěži. Respondenti nebyli tříděni ani podle oddělení ani řazení do věkových kategorií. Graf znázorňuje projevy všech respondentů, kteří vyplňovali dotazník S-S-1.

Graf č. 11 – Četnost projevů při zátěži všech respondentů

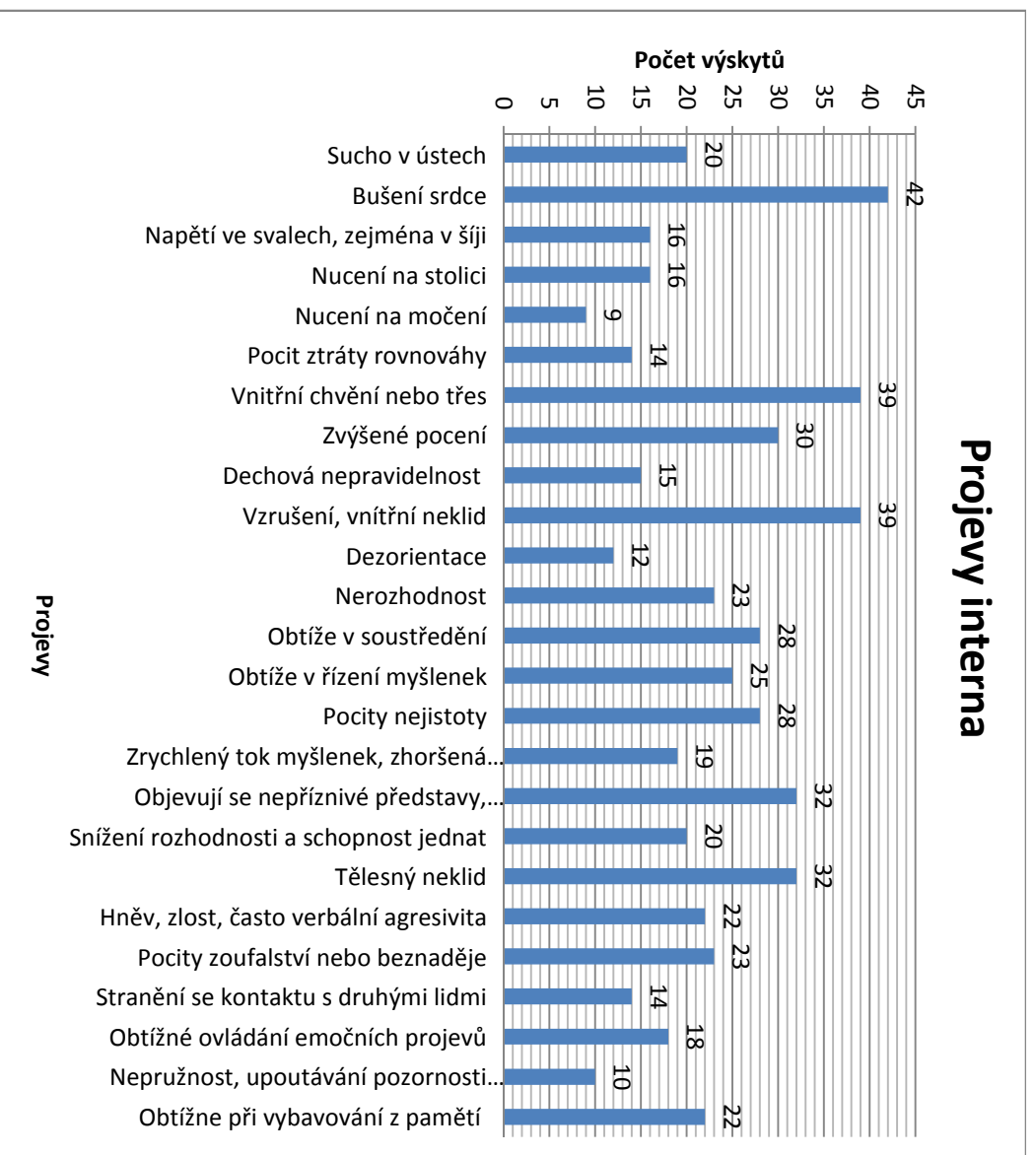


Z grafu č. 11 můžeme vyčíst, že nejčastějším projevem, u celé zkoumané skupiny bez jakéhokoli rozdělení, je bušení srdce. Dalším projevem s častým výskytem je Vnitřní chvění nebo třes. Třetím nejčastěji vyskytujícím je Vzrušení a vnitřní neklid. Naopak mezi nejméně časté projevy patří Nucení na močení, Dezorientace a Nepružnost. Zbývající četnost jednotlivých projevů lze vyčíst z grafu.

Četnost projevů při zátěži na vybraných odděleních (S-S-1)

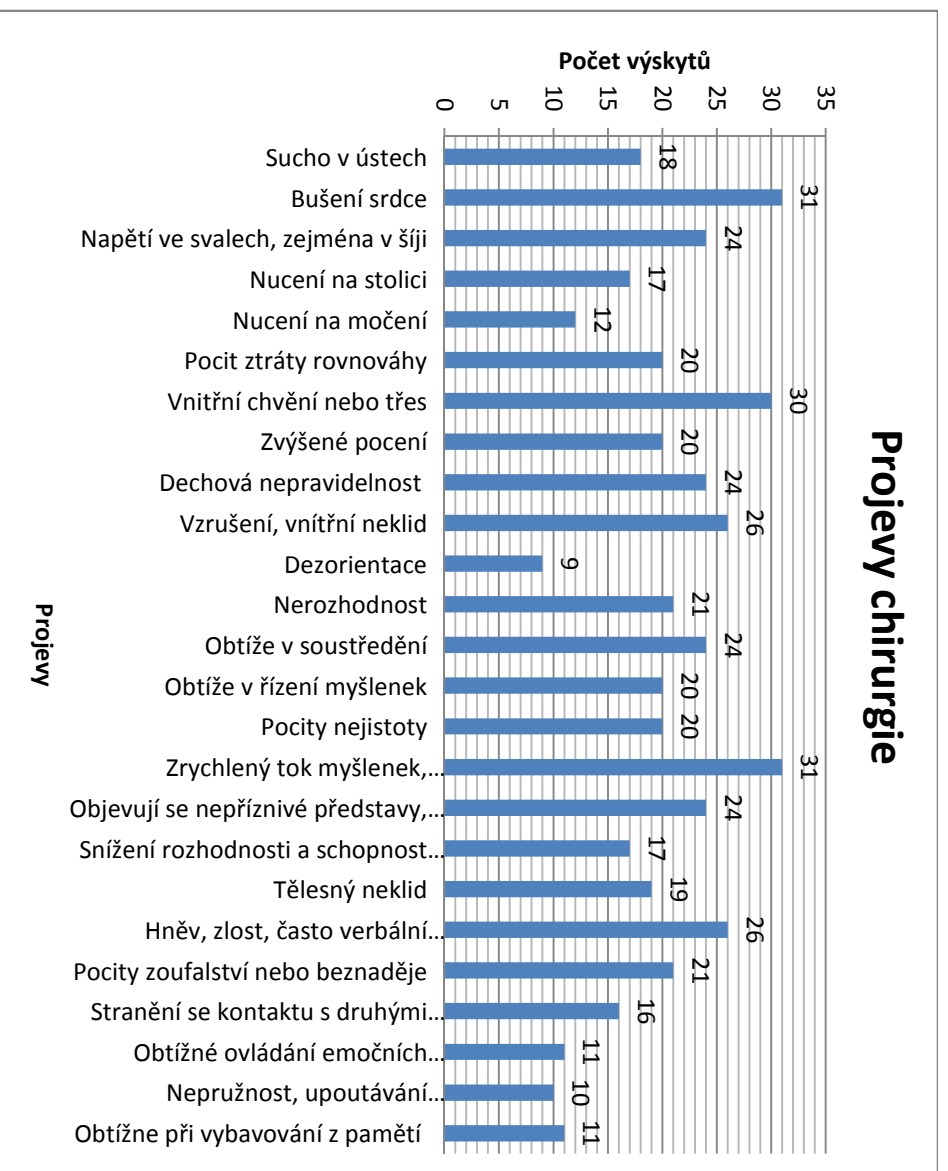
Při zpracování grafů nebyli respondenti dělení podle věku. Vybrané projevy jsou znázorněny v grafu pro každé oddělení zvlášť a získané hodnoty jsou následně porovnány v jednom porovnávacím grafu.

Graf č. 12 - Četnost projevů při zátěži na interním oddělení



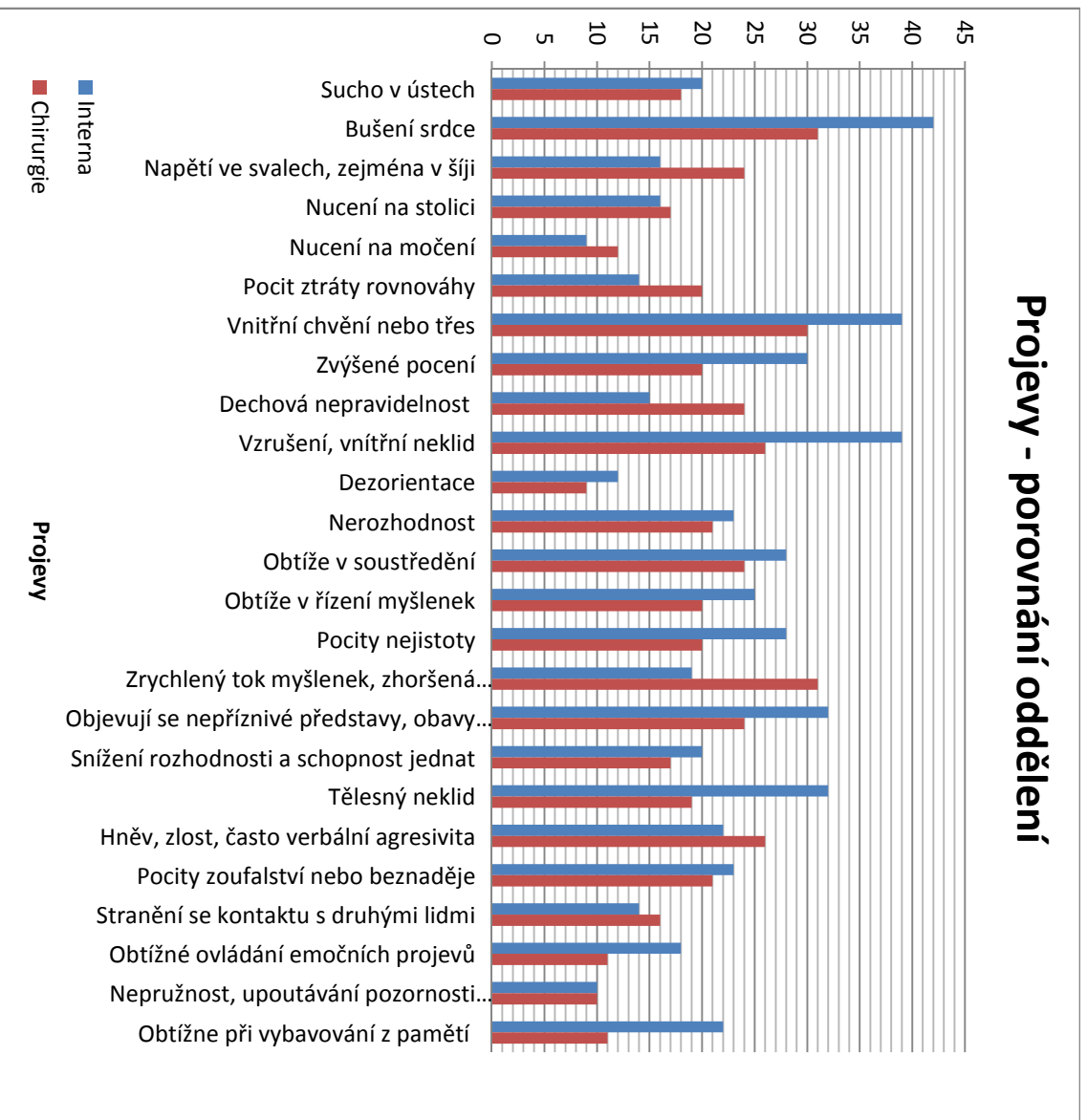
Z grafu č. 12 vyčteme, že na interním oddělení je nejčastější projev Bušení srdce. Mezi další četné projevy patří Vnitřní chvění nebo třes a Vzrušení – vnitřní neklid. Mezi nejméně zastoupené projevy na interním oddělení patří Nucení na močení, Dezorientace a Nepružnost.

Graf č. 13 - Četnost projevů při zátěži na chirurgickém oddělení



Z grafu č. 13 vyčteme, že na chirurgickém oddělení je nejčastější projev Bušení srdce a Zrychlený tok myšlenek. Mezi další čtené projevy patří Vnitřní chvění nebo třes, Hněv a Vzrušení – vnitřní neklid. Mezi nejméně zastoupené projevy na chirurgickém oddělení patří Nucení na močení, Dezorientace, Nepružnost a Obtížné ovládnání emočních projevů.

Graf č. 14 – Porovnání četnosti projevů vybraných oddělení

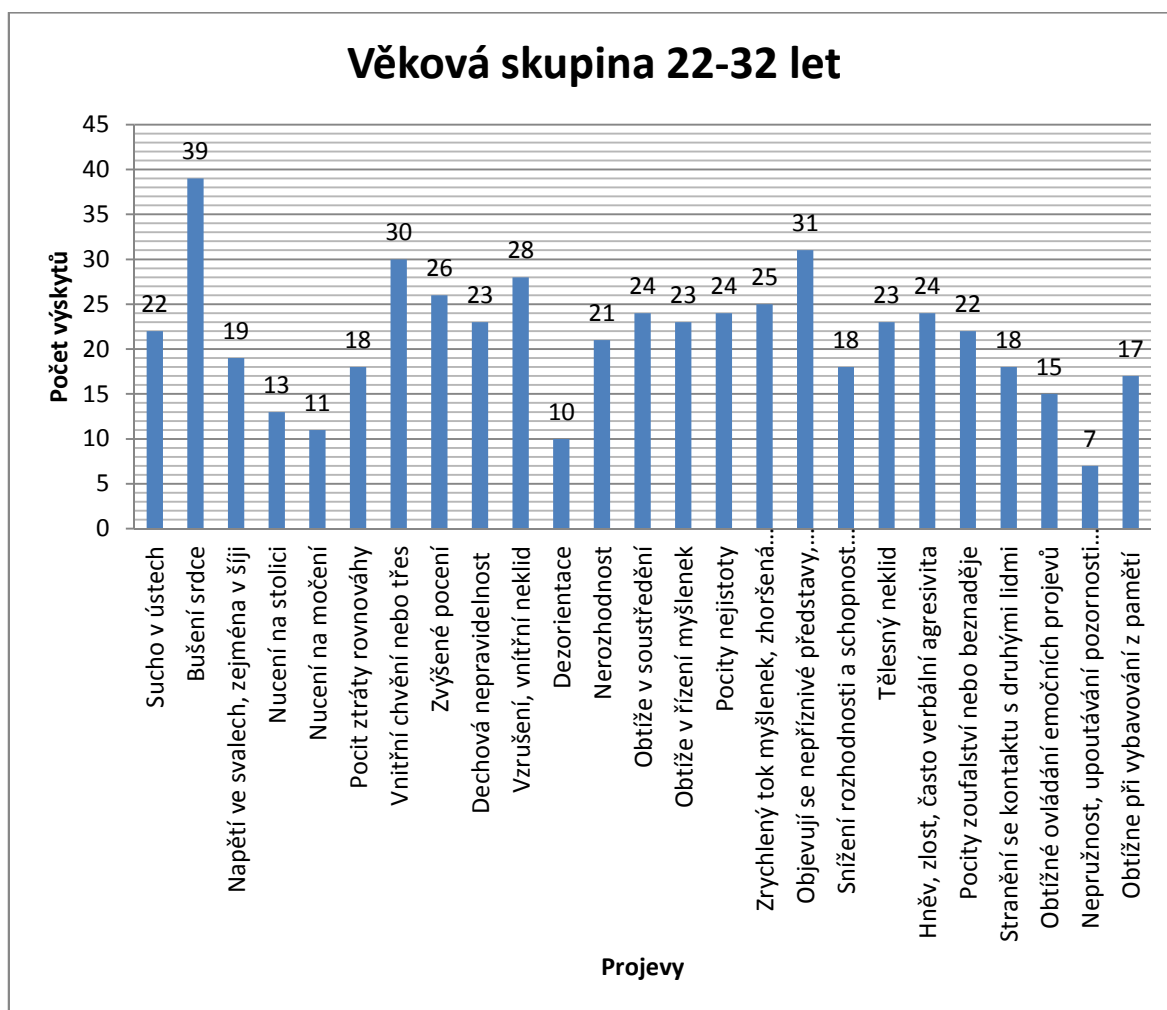


Z grafu č. 14 můžeme zjistit rozdíly v četnosti projevů mezi interním a chirurgickým oddělením. Pro obě oddělení je nejčetnějším projevem Bušení srdce, Vnitřní chvění nebo třes a Vzrušení a vnitřní neklid. Nejméně vyskytující se projevy na odděleních jsou Dezorientace, Nucení na močení a Nepružnost. Mezi ostatními projevy nejsou nijak výrazné rozdíly.

Četnost projevů při zátěži u vybraných věkových skupin (S-S-1)

Porovnání vybraných věkových skupin podle četnosti projevů při zátěži. Výzkum probíhal v širokém věkovém pásmu, proto byli respondenti do tří věkových skupin. Nejmladší věková skupina je v rozmezí 22 - 32 let, do střední věkové skupiny patří respondenti ve věku 33 - 43 let a do poslední nejstarší věkové skupiny patří respondenti ve věku 44 - 58 let.

Graf č. 15 - Četnost projevů při zátěži věkové skupiny 22 - 32 let



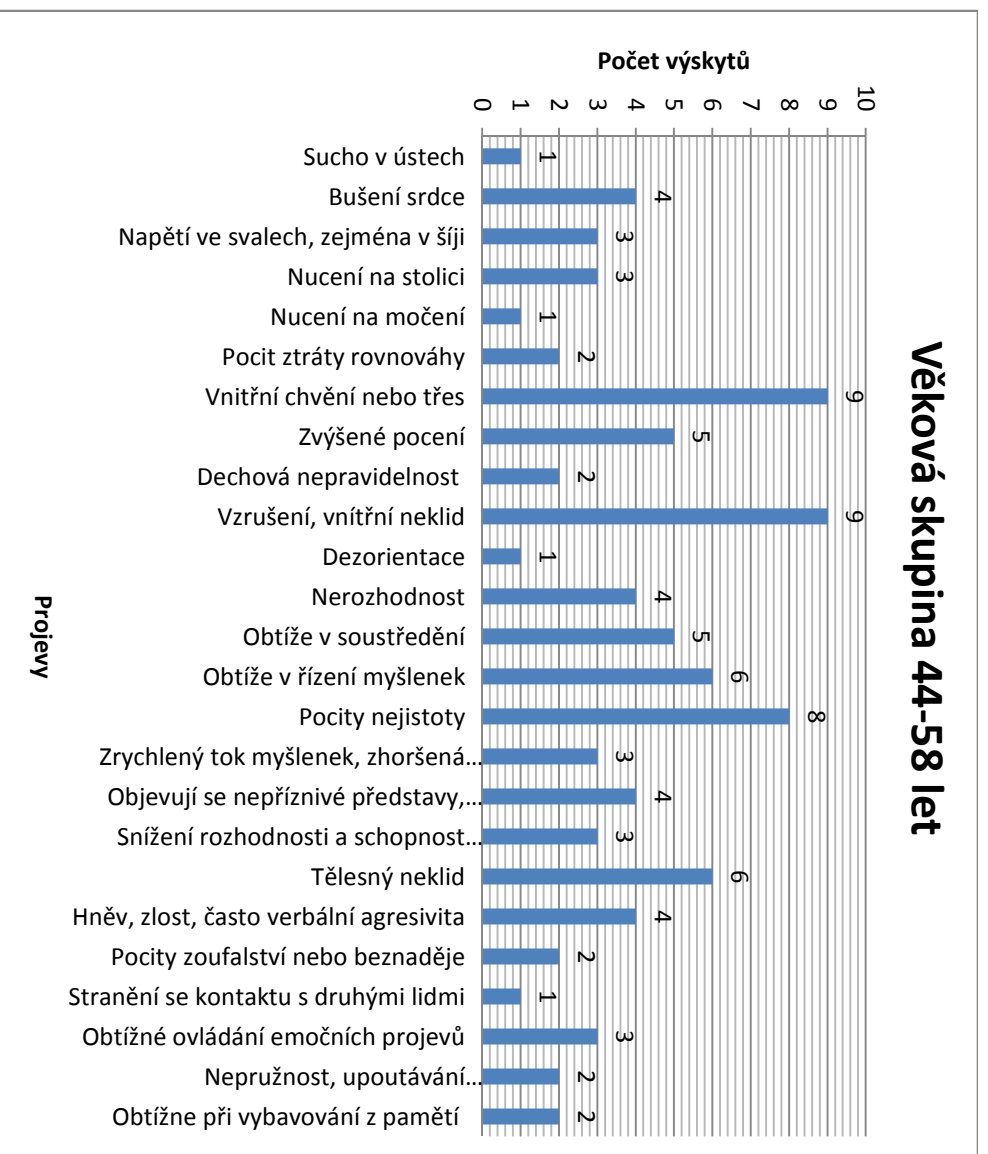
Z grafu č. 15 můžeme vyčíst, že nejčastějším projevem u zkoumané věkové skupiny je bušení srdce. Dalším projevem s častým výskytem je Objevování nepříznivé představy. Třetím nejčastěji vyskytujícím se projevem je Vnitřní chvění nebo třes. Naopak mezi nejméně časté projevy patří Nepružnost, Dezorientace a Nucení na močení. Zbývající četnost jednotlivých projevů lze vyčíst z grafu.

Graf č. 16 - Četnost projevů při zátěži věkové skupiny 33-43 let



Z grafu č. 16 můžeme vyčíst, že nejčastějším projevem u zkoumané věkové skupiny je Bušení srdce a současně Vnitřní chvění nebo třes. Dalším projevem s častým výskytem je Vzrušení a Vnitřní neklid. Naopak mezi nejméně časté projevy patří Nucení na močení, Dezorientace, Nepružnost, Obtížné ovládnání emočních pocitů a Stranění se kolektivu. Zbývající četnost jednotlivých projevů lze vyčíst z grafu.

Graf č. 17 - Četnost projevů při zátěži věkové skupiny 44 - 58 let



Z grafu č. 17 můžeme vyčíst, že nejčastějším projevem u zkoumané věkové skupiny je Vnitřní chvění nebo třes a současně Vzrušení a vnitřní neklid. Dalším projevem s častým výskytem jsou Pocity nejistoty. Naopak mezi nejméně časté projevy patří Nucení na močení, Dezorientace, Stranění se kontaktu s druhými lidmi a Sucho v ústech. Zbývající četnost jednotlivých projevů lze vyčíst z grafu.

5 DISKUZE

V této části práce se budeme věnovat hypotézám, které jsme si na začátku praktické části stanovili.

Hypotéza č. 1: Typ oddělení nemá výrazný vliv na výběr strategií zvládnání zátěže.

Respondenti byli rozděleni do skupin podle vybraných oddělení. Jedna skupina zahrnuje respondenty z interního oddělení a druhá respondenty z chirurgického oddělení. Nejvýraznější číselný rozdíl hodnot byl u strategie *Náhradní uspokojení*. V ostatních strategiích nebyl výrazný rozdíl.

Stanovená hypotéza, že typ oddělení nemá výrazný vliv na výběr strategií zvládnání zátěže, byla výzkumem potvrzena. Výraznější rozdíl byl zjištěn pouze u jedné strategie.

Hypotéza č. 2: Věková skupina 22 – 32 let volí více pozitivní strategie než ostatní věkové kategorie.

Rozdíly při výběru strategií zvládnání zátěže mezi věkovými skupinami jsme očekávali. Výsledky, které jsme získali z našeho výzkumu, odpovídají našim předpokladům. Vlivy věkových skupiny byly prokazatelné. Pozitivní strategii nejméně volí nejstarší věková skupina 44 – 58 let. Střední věková skupina 33 – 43 let volí o něco více pozitivní strategie než předchozí nejstarší. Rozdíl mezi těmito skupinami nebyl výrazně velký. Nejvíce pozitivní strategie volila nejmladší skupina 22 – 32 let.

Námi stanovená hypotéza, že věková skupina 22-32 let volí více pozitivní strategie než ostatní věkové skupiny, byla výzkumem potvrzena.

Hypotéza č. 3: Věková skupina 44 – 58 let volí více negativní strategie než ostatní věkové kategorie.

Stejně jako u předchozí hypotézy, jsme rozdíly mezi věkovými kategoriemi očekávali. S překvapením jsme zjistili, že negativní strategii nejméně volila nejstarší věková skupina 44 – 58 let. Věková skupina 22 – 32 let měla vyšší výskyt negativní strategie. Vůbec největší výskyt negativní strategie byl zjištěn u střední věkové kategorie 33 – 43 let.

Třetí stanovená hypotéza, že věková skupina 44 – 58 let volí více negativní strategie než ostatní věkové skupiny, nebyla potvrzena.

Hypotéza č. 4: Mezi jednotlivými věkovými skupinami existuje rozdílná četnost projevů vyskytujících se při zátěži.

U čtvrté hypotézy jsme znovu porovnávali věkové kategorie. Hledali jsme rozdíly mezi výskytem projevů při zátěži mezi věkovými skupinami. Naše očekávání bylo, že rozdíly mezi skupinami budou výrazné. Při bližším pohledu zjistíme, že projevy jsou u všech věkových skupin velmi podobné. U skupin jsme vybrali čtyři projevy, které se objevovaly nejčastěji. Z tohoto výběru lze vypořodovat, že nejčastěji vybraným společným projevem je *Vzrušení*. Mezi nejmladší věkovou skupinou a střední věkovou skupinou je navíc společným projevem *Bušení srdce*. Nejméně se u respondentů projevuje *Nucení na močení, Nepružnost a Dezorientace*. Tento výskyt projevů je společný pro všechny věkové skupiny.

Poslední námi stanovená hypotéza, že mezi jednotlivými věkovými skupinami existuje rozdílná četnost projevů vyskytujících se při zátěži, nebyla potvrzena ani vyvrácena.

ZÁVĚR

V naší práci jsme se zajímali o problematiku stresu, zátěže a jeho zvládnání. V teoretické části jsme definovali základy stresu, zátěže, profesi sestry a zvládnání zátěže. Praktická část obsahovala popis prováděného výzkumného šetření a následnou analýzu získaných výsledků, které jsme v konečné fázi interpretovali v diskusi.

Zkoumanou skupinu respondentů tvořily všeobecné sestry z chirurgického a interního oddělení. Z celkového počtu respondentů jsme vytvořily několik skupin. V jedné ze skupin jsme respondenty rozdělili podle jednotlivých oddělení a následně z nich vytvořily celkové porovnání obou oddělení. Respondenty jsme také roztřídili do tří věkových kategorií a vytvořili srovnání v závislosti na věku. Hlavním cílem u všech těchto uvedených skupin bylo zjistit výběr strategií zvládnání při zátěži.

Z výsledků jsme zjistili, že výběr strategií zvládnání zátěže je ovlivněn pouze věkem, nikoli oddělením. Podle našeho očekávání, se při výběru pozitivních strategií zvládnání nejvíce uplatňovala nejmladší věková kategorie. I přes naše očekávání, že nejméně negativních strategií volí nejstarší věková skupina, se naše tvrzení nepotvrdilo. Dotazník, zjišťující výskyt projevů při stresových situacích, nám neposkytl jednoznačný závěr. Z tohoto důvodu, jsme nemohli potvrdit nebo vyvrátit, zda existuje rozdílná četnost projevů při zátěži u všech věkových kategorií.

Z naší práce není zcela jednoznačný závěr, avšak naznačuje další možnosti pro nadcházející zkoumání v dané problematice. Pro přesnější výsledky by bylo vhodné využít nejen dotazník ale i doplňující rozhovor s respondentem.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006, 86 s. ISBN 80-7013-439-9.
- [2] HLADKÝ, Aleš. *Zdravotní aspekty zátěže a stresu*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 1993, 173 s. ISBN 8070667842.
- [3] HUMPL, Lukáš, PROKOP, Jiří a TOBIÁŠOVÁ, Alena. *První psychická pomoc ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. 134 s. ISBN 978-80-7013-562-4.
- [4] JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 249 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4412-4.
- [5] JANKE, Wilhelm a Hans ERDMANN. *Strategie zvládnutí stresu: příručka*. 1. české vyd. Praha: Testcentrum, 2003, 27 s. ISBN 8086471241.
- [6] JEKLOVÁ, Marta a Eva REITMAYEROVÁ. *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006, 32 s. ISBN 80-86991-74-1.
- [7] JOBÁNKOVÁ, Marta. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Vyd. 3., nezměn. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003, 225 s. ISBN 8070133902.
- [8] KEBZA, Vladimír. *Psychosociální determinanty zdraví*. Vyd. 1. Praha: Academia, 2005, 263 s. ISBN 80-200-1307-5.
- [9] KOHOUTEK, Tomáš, Marek BLATNÝ a Miroslav BRÉDA. *Zdravotní stesky, copingové strategie a kognitivně-emoční typologie osobnosti: analýza vzájemných souvislostí*. In *Sociální procesy a osobnost*. Brno: Psychologický ústav FF MU, 2003. s. 159-168. ISBN 80-86633-09-8.
- [10] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 119 s. ISBN 978-80-247-3149-0.
- [11] KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009, 175 s. Sestra. ISBN 9788024727134.
- [12] *LEMON 3: učební texty pro sestry a porodní asistentky*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997, 155 s., il. ISBN 8070132442.

- [13] VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 184 s. ISBN 978-80-247-3174-2.
- [14] PAULÍK, Karel. *Moderátory a mediátory zátěžové odolnosti*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Filozofická fakulta, 2009, 238 s. ISBN 978-80-7368-635-2.
- [15] PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 240 s. ISBN 978-80-247-2959-6.
- [16] SIGMUND, Martin, Jana KVINTOVÁ a Michal ŠAFÁŘ. *Vybrané kapitoly z manažerské psychologie* [online]. Univerzita Palackého v Olomouci, 2014 [cit. 2015-03-26]. Dostupné z: <https://publi.cz/admin/books/171/07.html>
- [17] STAŇKOVÁ, Marta. *Sestra - reprezentant profese*. Vyd. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002, 78 s. ISBN 80-7013-368-6.
- [18] ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ. *Interní ošetrovatelství*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1148-61.
- [19] VAŠINA, Lubomír a Věra STRNADOVÁ. *Psychologie osobnosti I*. 2. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2002, 299 s. ISBN 80-7041-401-4.
- [20] *Compassion fatigue: a nurse's primer*. (English) By: Lombardo B; Eyre C, Online Journal Of Issues In Nursing [Online J Issues Nurs], ISSN: 1091-3734, 2011 Jan 31; Vol. 16 (1), pp. 3; Publisher: American Nurses Association; PMID: 21800934;

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

SVF	Stressverarbeitungsfragebogen
KNTB	Krajská nemocnice Tomáše Bati
VNOL	Vojenská nemocnice Olomouc
NŠ	Nemocnice Šumperk

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 - Počet respondentů na vybraných odděleních	34
Graf č. 2 – Věkové kategorie - celku	35
Graf č. 3 – Věková kategorie - Interna	36
Graf č. 4 – Věkové kategorie - Chirurgie	37
Graf č. 5 Znázornění výběru strategií na vybraných pracovištích.....	39
Graf č. 6 – Znázornění výběru strategií všech věkových kategorií na interním oddělení	42
Graf č. 7 – Znázornění výběru strategií všech věkových kategorií na chirurgickém oddělení	45
Graf č. 8 – Znázornění výběru strategií věkové skupiny 22 - 32 let na vybraných odděleních	46
Graf č. 9 - Znázornění výběru strategií věkové skupiny 33 - 43 let na vybraných odděleních	47
Graf č. 10 - Znázornění výběru strategií věkové skupiny 44-58 let na vybraných odděleních	49
Graf č. 11 – Četnost projevů při zátěži všech respondentů	50
Graf č. 12 - Četnost projevů při zátěži na interním oddělení.....	51
Graf č. 13 - Četnost projevů při zátěži na chirurgickém oddělení.....	52
Graf č. 14 – Porovnání četnosti projevů vybraných oddělení.....	53
Graf č. 15 - Četnost projevů při zátěži věkové skupiny 22 - 32 let	54
Graf č. 16 - Četnost projevů při zátěži věkové skupiny 33-43 let	55
Graf č. 17 - Četnost projevů při zátěži věkové skupiny 44 - 58 let	56


SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 - Hierarchický model copingových strategií.....	25
Tabulka č. 2 – Charakteristika strategií podle SVF 78.....	32
Tabulka č. 3 - Počet respondentů na vybraných odděleních.....	33
Tabulka č. 4 – Věkové kategorie - celku	34
Tabulka č. 5 – Věková kategorie - Interna.....	35
Tabulka č. 6 – Věková kategorie - Chirurgie.....	36
Tabulka č. 7 – Výběr strategií na interním oddělení.....	38
Tabulka č. 8 - Výběr strategií na chirurgickém oddělení	38
Tabulka č. 9 - Výběr strategie věkové kategorie 22 - 32 let – interní oddělení.....	40
Tabulka č. 10 - Výběr strategie věkové kategorie 33 - 43 let - interní oddělení	40
Tabulka č. 11 - Výběr strategie věkové kategorie 44-58 let - interní oddělení	41
Tabulka č. 12 - Výběr strategie věkové kategorie 22 - 32 let - chirurgické oddělení.....	43
Tabulka č. 13- Výběr strategie věkové kategorie 33 - 43 let - chirurgické oddělení.....	43
Tabulka č. 14 - Výběr strategie věkové kategorie 44 - 58 let - chirurgické oddělení.....	44

SEZNAM PŘÍLOH

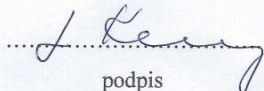
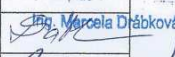
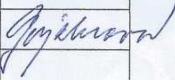
Příloha č. 1 – Žádost o umožnění dotazníkového šetření - KNTB	66
Příloha č. 2 – Žádost o umožnění dotazníkového šetření – VNOL	67
Příloha č. 3 – Žádost o umožnění dotazníkového šetření – NŠ	68
Příloha č. 4 – Dotazník SVF 78	69
Příloha č. 5 – Dotazník SVF 78	70
Příloha č. 6 – Dotazník SVF 78	71
Příloha č. 7 – Dotazník SVF 78	72
Příloha č. 8 – Vyhodnocovací list k dotazníku SVF 78	73
Příloha č. 9 – Testový profil k dotazníku SVF 78	74
Příloha č. 10 – Dotazník S-S-1	75

PŘÍLOHA P I: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ – KNTB

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

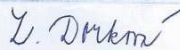
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční – kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Radka Poláchová	
Téma bakalářské práce	Strategie zvládnání zátěže u sester na různých zdravotnických pracovištích	
Vedoucí bakalářské práce	doc. PhDr. Josef Konečný, CSc.	
	 podpis	
Skupina respondentů	Všeobecné sestry	
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
INTERNÍ KLINIKA	Souhlasím Nesouhlasím	 Mgr. Marcela Dřábková
CHIRURGICKÉ ODDĚLENÍ	Souhlasím Nesouhlasím	
	Souhlasím Nesouhlasím	

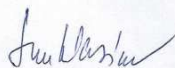
Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne ... 19. 12. 2014

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd



Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka Ústavu zdravotnických věd



Ústav zdravotnických věd, Úst. Bati, z. s.
Havlíčkovo náměstí 600
762 75 Zlín

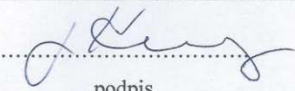
.....
razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA P II: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ – VNOL

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

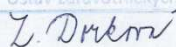
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční – kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Radka Poláchová	
Téma bakalářské práce	Strategie zvládání zátěže u sester na různých zdravotnických pracovištích	
Vedoucí bakalářské práce	doc. PhDr. Josef Konečný, CSc.	
	 podpis	
Skupina respondentů	Všeobecné sestry	
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
<i>Chirurgického oddělení</i>	Souhlasím Nesouhlasím	
<i>Interní oddělení</i>	Souhlasím Nesouhlasím	
<i>/</i>	Souhlasím Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 19-12-2014

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd



 Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
 ředitelka Ústavu zdravotnických věd

haukomin

VOJENSKÁ NEMOCNICE
Mgr. Hana Zrníková
náměstek ředitele
pro ošetrovatelskou péči
Sušilova nám. 5, 771 11 Olomouc

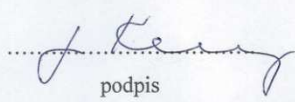
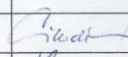
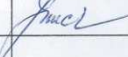
.....
 razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA P III: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ – NŠ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

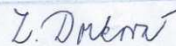
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční – kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Radka Poláchová	
Téma bakalářské práce	Strategie zvládnání zátěže u sester na různých zdravotnických pracovištích	
Vedoucí bakalářské práce	doc. PhDr. Josef Konečný, CSc.	
	 podpis	
Skupina respondentů	Všeobecné sestry	
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
Chirurgické oddělení	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím	
Interní oddělení	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím	
	<input type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 19 -12- 2014

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd



Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

 Šumperská nemocnice a.s.
člen skupiny AGE1
Bc. Martina Souřalová
náměstkyně ředitelky pro NLZP
Nerudova 640/41, 787 02 Šumperk
Tel: 583 335 003, 602 697 486

.....
razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA P IV: DOTAZNÍK SVF 78

DOTAZNÍK
SVF 78
Wilhelm Janke, Gisela Erdmannová

Jméno:

Věk: Pohlaví: muž žena

Povolání:

Datum:

Pokyny ke zpracování dotazníku:

Dotazník obsahuje řadu výroků – způsobů, jak člověk může reagovat v situacích, kdy je něčím nebo někým poškozen, vnitřně rozrušen, nebo vyveden z míry.

Přečtěte si, prosím, každý výrok a uveďte, nakolik odpovídá Vašemu způsobu reagování. Svou odpověď označte přeškrtnutím (křížkem **X**) zvoleného čísla na škále od **0 (vůbec ne)**, po **4 (velmi pravděpodobně)**:

vůbec ne	spíše ne	možná	pravděpodobně	velmi pravděpodobně
0	1	2	3	4

Příklad:

Když jsem něčím nebo někým poškozen(a), vnitřně rozrušen(a), nebo vyveden(a) z míry

vůbec ne	spíše ne	možná	pravděpodobně	velmi pravděpodobně
0	1	2	X	4

... zajdu navštívit dobré přátele nebo známé

V tomto případě je označeno číslo **3 (pravděpodobně)**. To znamená, že „navštívit dobré přátele nebo známé“ pravděpodobně odpovídá Vašemu způsobu reagování v této situaci.

Nevynechejte, prosím, žádný z uvedených výroků a při váhání se přikloňte vždy k vyjádření, které Vás nejlépe vystihuje.

*Pokud omylem označíte jinou odpověď a chcete se opravit, označte křížkem **X** správnou odpověď a navíc ji i výrazně podtrhněte.*

Pracujte plynule, ale pečlivě; nezdržujte se příliš u jednotlivých výroků. Ověřte prosím, zda jste vyplnil(a) údaje o Vás a začněte vyplňovat dotazník.

Objednací číslo: 124-2
© Testcentrum, Praha 2003

PŘÍLOHA P V: DOTAZNÍK SVF 78

Když jsem něčím nebo někým poškozen(a), vnitřně rozrušen(a), nebo vyveden(a) z míry ...	vůbec ne	spíše ne	možná	pravděpodobně	velmi pravděpodobně
1) ... snažím se soustředit své myšlenky na něco jiného	0	1	2	3	4
2) ... řeknu si, že se nedám vyvést z míry	0	1	2	3	4
3) ... snažím se, aby mě někdo jiný při řešení podpořil	0	1	2	3	4
4) ... cítím se nějak bezmocný(-á)	0	1	2	3	4
5) ... řeknu si, že si nemám co vyčítat	0	1	2	3	4
6) ... nemohu dlouhou dobu myslet na nic jiného	0	1	2	3	4
7) ... ptám se, co jsem už zase udělal(a) špatně	0	1	2	3	4
8) ... promyslím přesně své další jednání	0	1	2	3	4
9) ... mám tendenci od toho utéct	0	1	2	3	4
10) ... řeknu si, že to vydržím	0	1	2	3	4
11) ... vyhnu se napříště takovým situacím	0	1	2	3	4
12) ... vyrovnám se s tím rychleji než ostatní	0	1	2	3	4
13) ... snažím se ujasnit si všechny detaily situace	0	1	2	3	4
14) ... přejdu k nějaké jiné činnosti	0	1	2	3	4
15) ... požádám někoho o radu, jak bych měl(a) postupovat	0	1	2	3	4
16) ... sním něco dobrého	0	1	2	3	4
17) ... pak o tom přemyslím znovu a znovu	0	1	2	3	4
18) ... řeknu si: „co možná pryč od toho“	0	1	2	3	4
19) ... mám špatné svědomí	0	1	2	3	4
20) ... řeknu si: „musíš se sebrat“	0	1	2	3	4
21) ... řeknu si, že si přece nemusím dělat výčitky svědomí	0	1	2	3	4
22) ... příště se hned při prvních náznacích vyhnu takovým situacím	0	1	2	3	4
23) ... mám tendenci hned ustoupit	0	1	2	3	4
24) ... jsem sám (sama) se sebou nespokojen(a)	0	1	2	3	4
25) ... podívám se na něco pěkného v televizi	0	1	2	3	4
26) ... myslím si: „jen se nedat odradit“	0	1	2	3	4
27) ... prostě musím s někým o tom hovořit	0	1	2	3	4

PŘÍLOHA P VI: DOTAZNÍK SVF 78

Když jsem něčím nebo někým poškozen(a), vnitřně rozrušen(a), nebo vyveden(a) z míry ...	vůbec ne	spíše ne	možná	pravděpodobně	velmi pravděpodobně
28) ... přepadají mne myšlenky na útěk	0	1	2	3	4
29) ... udělám vše, abych odstranil(a) příčinu	0	1	2	3	4
30) ... jsem rád(a), že nejsem tak přecitlivělý(-á) jako druzí	0	1	2	3	4
31) ... zabývám se pak ještě dlouho touto situací	0	1	2	3	4
32) ... dělám něco, co mě od toho odvádí	0	1	2	3	4
33) ... umiňuji si, že se příště takovým situacím vyhnu	0	1	2	3	4
34) ... snažím se potlačit své vzrušení	0	1	2	3	4
35) ... řeknu si, že za to nemohu	0	1	2	3	4
36) ... řeknu si, že druzí by to tak snadno nestrávili	0	1	2	3	4
37) ... dělám si výčitky	0	1	2	3	4
38) ... řeknu si: „nesmíš to v žádném případě vzdát“	0	1	2	3	4
39) ... nevím, jak bych mohl(a) takové situaci čelit	0	1	2	3	4
40) ... udělám něco dobrého pro sebe	0	1	2	3	4
41) ... pouze si přeji, abych z této situace co nejrychleji vyvázl(a)	0	1	2	3	4
42) ... požádám někoho o pomoc	0	1	2	3	4
43) ... vytvořím si plán, jak mohu tyto nesnáze odstranit	0	1	2	3	4
44) ... myslím si, že já za tu situaci nezodpovídám	0	1	2	3	4
45) ... říkám si: „jen se nedat zbavit odvahy“	0	1	2	3	4
46) ... myslím si, že bych se nechtěl(a) v budoucnu dostat do takové situace	0	1	2	3	4
47) ... nejde mně ta situace dlouho z hlavy	0	1	2	3	4
48) ... snažím se, abych si zachoval(a) pevný postoj	0	1	2	3	4
49) ... všechno se mně zdá tak beznadějně	0	1	2	3	4
50) ... vrhnu se do práce	0	1	2	3	4
51) ... řeknu si, že to nakonec byla moje chyba	0	1	2	3	4
52) ... lépe se kontroloju než druzí v těžké situaci	0	1	2	3	4
53) ... koupím si něco, co už jsem dlouho chtěl(a) mít	0	1	2	3	4
54) ... obvykle se mně všechno zdá nesmyslné	0	1	2	3	4

PŘÍLOHA P VII: DOTAZNÍK SVF 78

Když jsem něčím nebo někým poškozen(a), vnitřně rozrušen(a), nebo vyveden(a) z míry ...	vůbec ne	spíše ne	možná	pravděpodobně ne	pravděpodobně vešmě
55) ... ujasním si, že mám možnosti situaci zvládnout	0	1	2	3	4
56) ... myslím si, že na tom nemám vinu	0	1	2	3	4
57) ... potřebuji k tomu slyšet mínění někoho jiného	0	1	2	3	4
58) ... snažím se o kontrolu svého chování	0	1	2	3	4
59) ... pokouším se vymanit se ze vzniklé situace	0	1	2	3	4
60) ... v myšlenkách si pak situaci znovu a znovu přehrávám	0	1	2	3	4
61) ... aktivně se snažím situaci změnit	0	1	2	3	4
62) ... řeknu si: „dokážeš se s tím vypořádat“	0	1	2	3	4
63) ... přece se zase uklidním rychleji než ostatní	0	1	2	3	4
64) ... dbám na to, aby příště k takovým situacím vůbec nedocházelo	0	1	2	3	4
65) ... hledám něco, co by mě mohlo potěšit	0	1	2	3	4
66) ... snažím se od toho odpoutat pozornost	0	1	2	3	4
67) ... hledám vinu sám (sama) u sebe	0	1	2	3	4
68) ... snažím se s někým o problému hovořit	0	1	2	3	4
69) ... prostě se pak nemohu zbavit myšlenek na tuto situaci	0	1	2	3	4
70) ... myslím si, že k tomu nedošlo mou vinou	0	1	2	3	4
71) ... řeknu si, že se nesmím dát vyvést z klidu	0	1	2	3	4
72) ... splním si nějaké dlouho vytoužené přání	0	1	2	3	4
73) ... beru to lehčeji než jiní ve stejné situaci	0	1	2	3	4
74) ... nějak se od toho odpoutám	0	1	2	3	4
75) ... mám sklon rezignovat	0	1	2	3	4
76) ... snažím se přesně si ujasnit důvody, které k situaci vedly	0	1	2	3	4
77) ... uvažuji, jak se mohu příště vyhnout takovým situacím	0	1	2	3	4
78) ... nejraději bych od toho jednoduše utekl(a)	0	1	2	3	4

PŘÍLOHA P VIII: VYHODNOCOVACÍ LIST K DOTAZNÍKU SVF 78

VYHODNOCOVACÍ LIST

SVF 78

Wilhelm Janke, Gisela Erdmannová

Jméno: Pohlaví: muž žena Věk:

Povolání: Datum:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Podhodnocení	Odmítnání viny	Odklon	Náhradní uspokojení	Kontrola situace	Kontrola reakcí	Pozitivní sebeinstrukce	Potřeba sociální opory	Vyhýbání se	Úniková tendence	Perseverace	Rezignace	Sebeobviňování
12	05	01	16	08	02	10	03	11	09	06	04	07
30	21	14	25	13	20	26	15	22	18	17	23	19
36	35	32	40	29	34	38	27	33	28	31	39	24
52	44	50	53	43	48	45	42	46	41	47	49	37
63	56	66	65	61	58	55	57	64	59	60	54	51
73	70	74	72	76	71	62	68	77	78	69	75	67
Celkem	Celkem	Celkem	Celkem	Celkem	Celkem	Celkem	Celkem	Celkem	Celkem	Celkem	Celkem	Celkem

POZ Pozitivní strategie: celkem subtest 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 = : 7 =

POZ 1: celkem subtest 1, 2 = : 2 =	POZ 2: celkem subtest 3, 4 = : 2 =	POZ 3: celkem subtest 5, 6, 7 = : 3 =
--	--	---

NEG Negativní strategie: celkem subtest 10, 11, 12, 13 = : 4 =

Objednací číslo: 124-3
© Testcentrum, Praha 2003

Příloha č. 8 – Vyhodnocovací list k dotazníku SVF 78

PŘÍLOHA P IX: TESTOVÝ PROFIL K DOTAZNÍKU SVF 78

TESTOVÝ PROFIL

SVF 78

Wilhelm Janke, Gisela Erdmannová

Jméno:

Věk: Pohlaví: muž žena

Povolání:

Datum:

	Hrubé skóry					
	0	5	10	15	20	24
POZ 1: 1 Podhodnocení 2 Odmítání viny						
POZ 2: 3 Odklon 4 Náhradní uspokojení						
POZ 3: 5 Kontrola situace 6 Kontrola reakce 7 Pozitivní sebeinstrukce						
8 Potřeba sociální opory 9 Vyhýbání se						
NEG 10 Úniková tendence 11 Perseverace 12 Rezignace 13 Sebeobviňování						
POZ Pozitivní strategie NEG Negativní strategie						

Objednací číslo: 124-4
© Testcentrum, Praha 2003

PŘÍLOHA P X: DOTAZNÍK S-S-1

S-S-1	
<p>Tento dotazník zjišťuje výskyt určitých projevů či reakcí, které mohou být vyvolávány některými situacemi nebo životními událostmi. Zvažte, zda se u vás níže uvedené projevy nebo reakce vyskytly, jako důsledek přítomnosti nějaké situace nebo události. Pokud se u vás daný projev nebo reakce v tomto smyslu vyskytla označte odpověď ANO, pokud se nevyskytla, označte odpověď NE. Žádnou odpověď nevynechávejte.</p>	
<p>V některých životních situacích nebo událostech se u mne vyskytují s vysokou pravděpodobností tyto příznaky, projevy či reakce:</p>	
1. Sucho v ústech	ANO - NE
2. Bušení srdce	ANO - NE
3. Napětí ve svalech, zejména v šiji	ANO - NE
4. Nucení na stolicí	ANO - NE
5. Nucení na močení	ANO - NE
6. Pocit ztráty rovnováhy	ANO - NE
7. Vnitřní chvění nebo třes	ANO - NE
8. Zvýšené pocení	ANO - NE
9. Dechová nepravidelnost	ANO - NE
10. Vzrušení, vnitřní neklid	ANO - NE
11. Dezorientace	ANO - NE
12. Nerozhodnost	ANO - NE
13. Obtíže v soustředění	ANO - NE
14. Obtíže v řízení myšlenek	ANO - NE
15. Pocity nejistoty	ANO - NE
16. Zrychlený tok myšlenek, zhoršená schopnost jejich ovládnutí	ANO - NE
17. Objevují se nepříznivé představy, obavy, strach	ANO - NE
18. Snížení rozhodnosti a schopnost jednat	ANO - NE
19. Tělesný neklid	ANO - NE
20. Hněv, zlost, často verbální agresivita	ANO - NE
21. Pocity zoufalství nebo beznaděje	ANO - NE
22. Stranění se kontaktu s druhými lidmi	ANO - NE
23. Obtížné ovládnutí emočních projevů	ANO - NE
24. Nepružnost, upoutávání pozornosti náhodnými jevy	ANO - NE
25. Obtíže při vybavování z paměti	ANO - NE