



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Význam duševní hygieny u sestry pracující na infekčním oddělení

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Natálie Mlejnková

Vedoucí práce: Mgr. Jana Maňhalová

České Budějovice 2017

Prohlášení:

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Význam duševní hygieny u sestry pracující na infekčním oddělení“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledky obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2017

.....

podpis

Poděkování:

Chtěla bych poděkovat vedoucí práce Mgr. Janě Maňhalové za její odborné vedení práce, za intenzivní spolupráci, za cenné rady, za ochotu zodpovědět všechny mé dotazy a za nekonečnou trpělivost. Dále bych chtěla poděkovat všem, kteří se přímo i nepřímo podíleli na jakýchkoliv úpravách mé bakalářské práce. Velkým přínosem pro mou práci byly všechny rady a konzultace.

Význam duševní hygieny u sestry pracující na infekčním oddělení

Abstrakt

Téma této bakalářské práce je „Význam duševní hygieny u sestry pracující na infekčním oddělení“. Práce se skládá z teoretické části a z praktické části. V teoretické části jsou vysvětleny v jednotlivých kapitolách a podkapitolách pojmy, které se pojí s tématem předkládané práce. Dále se práce soustředí na povolání sestry, osobnost sestry, duševní hygienu, infekční oddělení, psychickou zátěž, stres a v neposlední řadě na syndrom vyhoření a jeho léčbu. Praktická část je zpracována kvalitativním výzkumem. Cílem bylo zjistit význam duševní hygieny u sestry pracující na infekčním oddělení. Byly vytyčeny následující výzkumné otázky: 1. Jaký význam připisují sestry pracující na infekčním oddělení duševní hygieně? 2. V jakých oblastech sestry pracující na infekčním oddělení pečují o svoji duševní hygienu? Sběr dat probíhal formou polostrukturovaných rozhovorů, které byly realizovány se sestrami z infekčního oddělení ve dvou nemocnicích. Výzkumný soubor je tvořen 20 respondenty, jejich výběr byl záměrný a probíhal metodou sněhové koule (snowball sampling). Sběr dat proběhl v období březen - duben 2017 a byl ukončen v okamžiku teoretického nasycení. Tématy rozhovoru byly: duševní hygiena, životní styl, stravování, relaxování a odpočinek, stres a mezilidské vztahy. Bylo zpracováno celkem 11 hlavních kategorií, přičemž ke každé kategorii patří i podkategorie a ke každé podkategorii byly vytvořeny kódy. Z výsledků lze vyčíst, že všechny sestry jsou dostatečně teoreticky orientovány duševní hygienou, zdravým životním stylem a stravováním, ale ne každá sestra o své duševní zdraví pečuje v dobré míře. Výstupem této práce je informační materiál, který je určen nejen pro odbornou, ale i pro laickou veřejnost.

Klíčová slova:

duševní hygiena; psychohygiena; sestra; infekční oddělení; relaxace; psychická zátěž; syndrom vyhoření; stres

The importance of mental health among nurses working in infectious wards

Abstract

The topic of this bachelor thesis is „The importance of mental health among nurses working in infectious wards“. The thesis consists of a theoretical and practical part. The concepts regarding to the thesis are explained in detail in individual chapters and subchapters. Further, the thesis focuses at the nurse profession, nurse personality, mental hygiene, infection ward, psychological stress, burnout syndrome and its therapy. The practical part of the thesis is processed as quality research. The aim of this piece of work was to find out the importance of mental hygiene at the nurse working at the infection ward. The following research questions were set out: 1. What importance do nurses working at the infection ward ascribe to mental hygiene? 2. In which areas do nurses working at the infection ward care for their mental hygiene? The data collection took place in the form of semi-structured interviews that were conducted with nurses from the infectious ward in two hospitals. The research file consists of 20 respondents, their choice was intentional and took place using the method of snowball sampling. The data collection took place in the period of April and May 2016 and was finished at the time of theoretical saturation. The topics of the interview were: mental hygiene, lifestyle, eating, relaxation and rest, stress and interpersonal relationships. A total of 11 major categories were processed, each subcategory belonging to each category, and codes were created for each subcategory. It can be seen from the results that all nurses are sufficiently theoretically oriented by mental hygiene, healthy lifestyle and eating, but not every nurse cares well for her mental health.. The output of this thesis is information material, which is intended not only for the professional but also for the non-professional public.

Keywords:

mental hygiene; psychohygiene; nurse; infectious department; relaxation; psychological stress (mental strain); burnout syndrome; stress.

Obsah

Úvod.....	- 9 -
1 SOUČASNÝ STAV	- 10 -
1.1 Duševní hygiena (psychohygiena).....	- 10 -
1.1.1 Význam duševní hygieny u sestry	- 11 -
1.2 Povolání sestry.....	- 13 -
1.2.1 Osobnost sestry	- 14 -
1.2.2 Proč je sestra stresována	- 15 -
1.3 Infekční oddělení	- 17 -
1.3.1 Role sestry na infekčním oddělení.....	- 19 -
1.3.2 Relaxace sestry ve volném čase.....	- 21 -
1.4 Psychická zátěž a stres.....	- 22 -
1.4.1 Psychická zátěž.....	- 22 -
1.4.2 Stres	- 22 -
1.4.3 Dopad stresu na psychiku sestry.....	- 23 -
1.4.4 Zvládání stresu.....	- 24 -
1.4.5 Pracovní psychická zátěž u sestry pracující na infekčním oddělení	- 25 -
1.5 Syndrom vyhoření.....	- 26 -
1.5.1 Příčiny, příznaky a rizikové faktory syndromu vyhoření	- 27 -
1.5.2 Diagnostika syndromu vyhoření.....	- 28 -
1.5.3 Fáze vyhoření.....	- 29 -
1.5.4 Terapie vyhoření	- 29 -

2	Cíle práce a výzkumné otázky	- 31 -
2.1	Cíl práce	- 31 -
2.2	Výzkumné otázky	- 31 -
2.3	Operacionalizace	- 31 -
2.3.1	Operacionalizace pojmů	- 31 -
3	Metodika	- 32 -
3.1	Metodika výzkumu	- 32 -
3.2	Charakteristika výzkumného souboru	- 33 -
4	Výsledky	- 35 -
4.1	Výsledky kvalitativního šetření	- 35 -
5	Diskuze	- 70 -
6	Závěr	- 79 -
7	Seznam literatury	- 81 -
8	Seznam příloh a obrázků	- 91 -

ÚVOD

V této bakalářské práci se zaměříme na téma: „Význam duševní hygieny u sestry pracující na infekčním oddělení“. Toto téma jsme si vybrali, protože nás velice zajímalo, jak v dnešní době, kdy je nedostatek personálu, sestry pečují o své duševní zdraví. Mimo jiné jsme chtěli mít o této problematice více informací, neboť je dané téma velice aktuální a pro mnohé by mohlo být i zajímavé. Některé činnosti vztahující se k fyzickému zdraví považujeme za rutinní, například hygienu rukou, málokdy si však uvědomujeme, že bychom stejně důkladně měli pečovat i o svoje psychické zdraví. Zvláště sestra, pokud si vybrala tuto náročnou profesi, by měla duševní hygienu ovládat. Nedostatečná nebo žádná péče o duševní hygienu směřuje k syndromu vyhoření. Ze syndromu vyhoření se nedá vyspat ani na něj nepomáhá několik týdnů dovolené. Je to problém, který přísluší do rukou odborníků se specializovanou praxí. Velký vliv na duševní zdraví mají mezilidské vztahy, životní styl, stravování, spánek a stres. Tyto prvky v zásadě ovlivňují lidskou psychiku a bez dostatečného odpočinku, relaxu anebo relaxačních metod pro zmírnění stresu, napětí, vzteku a podráždění ničí člověka zevnitř. Sestra je pracovník, který každý den přijde do kontaktu s pacientem, jeho rodinou, spolupracuje s lékařem, plní jeho ordinace a uzdravuje nemocné. Ji samotnou to může v několika ohledech vysilovat též. Cílem naší bakalářské práce je zjistit, jaký význam připisují sestry pracující na infekčním oddělení duševní hygieně. Tato práce obsahuje dvě části. Teoretická část pracuje s důležitými pojmy, jako je například stres, syndrom vyhoření, povolání sestry nebo infekční oddělení. Praktická část sleduje výpovědi respondentů, které jsme získali pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Rozhovory byly následně zpracovány do diagramů a ke každému diagramu byl přidán popis. Během rozhovorů jsme si nashromáždili informace o jednotlivých respondentech a každý rozhovor doslovně přepsali. Rozhovor se týkal duševní hygieny, zdravého životního stylu, stravování, mezilidských vztahů a stresu v práci. Práce je přínosem nejen pro laiky, ale sestry samotné. Výsledky této studie mohou být využity jako podklad pro výuku ošetrovatelských předmětů nebo jako příspěvek na odborné semináře, workshopy či konference zabývající se touto problematikou. V neposlední řadě vytváří ucelený informační materiál jak pro laickou, tak i pro odbornou veřejnost.

1 SOUČASNÝ STAV

„To, co jste, křičí tak hlasitě, že neslyším, co říkáte.“

(Emerson)

1.1 Duševní hygiena (psychohygiena)

„Před tím, než si diagnostikujete depresi a nízké sebevědomí, ujistěte se prosím,

že nejste obklopeni blbci.“

(Sigmund Freud)

Duševní hygiena člověka ke štěstí a k pocitu spokojenosti nepřivádí, nýbrž dokáže upozornit na chyby, které by mohly ničit a podkopávat štěstí. Před těmito signály duševní hygiena varuje a rovněž poskytuje rady, které je dobré v životě respektovat. Zde je konec vědy o životě a nastává umění života (Aišmanová, 2016). Křivohlavý (2013) uvádí, že toto slovní spojení je odvozeno od řecké bohyně zdraví Hygiei, dcery boha lékařství Asklépia a vnučky Apollova. Hygieia jako dárkyně zdraví a především zosobnění zdraví má velmi úzký vztah ke zdraví a zvláště k prevenci nemoci. Tato řecká bohyně, díky které jsou prvopočátky duševní hygieny zakořeněny již v hluboko v historii řecké mytologie, představovala čistotu, krásu a dokonalost fyzickou, ale i duchovní a měla chránit před nemocemi (Müllerová et al., 2014). Mentální hygiena jako hygiena duše nebo též i duševní hygiena je v obecném povědomí oproti tělesné či komunální hygieně poměrně méně známým pojmem (Dahlke, 2014). Mimořádná pozornost se duševní hygieně dostávala z několika průkopnických prací například od Doležala (1964), Kubičky (1966), Bartka (1975) a několika dalších. Míček (1984) udává definici duševní hygieny takto: *„Duševní hygienou můžeme rozumět systém, který je vymezen jako plán vědecky zpracovaných pravidel nebo rad, které slouží k udržení, prohloubení či znovuzískání mentálního zdraví v duševní rovnováze“* (Míček, 1984, s. 9). Česká psycholožka Eva Bedrnová duševní hygienu vysvětluje jako *“Interdisciplinární í předmět zahrnující praktické záležitosti našeho života se zaměřením na uchování si fyzického a duševního zdraví i přes nepříznivé dopady mnoha dílčích podnětů a situací”* (Bedrnová, 2009, s. 15). Křivohlavý (2013) vysvětluje, že v užším slova smyslu se duševní hygienou rozumí boj proti výskytu duševních nemocí. V tom smyslu se s ní setkáváme např. v anglosaské oblasti, kde anglický termín pro duševní hygienu „mental health“ často znamená citlivost k negativním odchylkám od duševní normality a tlumení rozvoje neuróz, případně hledání vhodných způsobů jednání s psychiatrickými pacienty (Kratochvíl, 2009).

V širším slova smyslu můžeme duševní hygienu chápat jako možnost péče o udržení ideální duševní pohody (Křivohlavý, 2013). Jak bychom si mohli v profesi sestry dopomoci ke zdravému fungování duševní činnosti, se dozvíme později (1.3.2 Relaxace sestry ve volném čase). Pravidla duševní hygieny slouží jako jakýsi návod k řízení a ovlivňování sebe sama a vlastního prostředí, zaměřují se mimo jiné i na možnosti autoregulace jedince, sebekontrolu, sebekázeň a sebevýchovu (Aišmanová, 2016). Míček (1984) vysvětluje, že i lidé, kteří nejsou duševně nemocní, mohou využívat prvky duševní hygieny jako prevenci. Duševní hygiena má utužit a posílit duševní zdraví. Také se zabývá jedinci, kteří se právě nacházejí na pomezí mezi zdravím a nemocí, a u těchto jedinců se projevují příznaky se změnou duševní vyrovnanosti, jež mohou být i vážným případem (Hart, 2010). Pokud je oslabená duševní rovnováha, snaží se psychohygienu pomoci posílit duševní život. Duševní hygiena poskytuje stimul k pěstování principů duševní hygieny s lepším výsledkem vyhnout se nemocem. Na rozdíl od psychoterapie, která eliminuje poruchy, duševní hygiena pouze upevňuje optimální duševní zdraví (Vašina, 2010). Při vytyčování cílů, s nimiž duševní hygiena pracuje, můžeme velmi často klást důraz na sebevýchovu, duševní klid a zrání osobnosti (Křivohlavý, 2013).

1.1.1 Význam duševní hygieny u sestry

Výstupem diplomové práce Petříkové (2013) je zpracovaný článek o tom, že význam duševní hygieny spočívá především v prevenci tělesných i duševních onemocnění a v navození subjektivního pocitu spokojenosti. Předpokládá se, že duševně vyrovnaný jedinec je mnohem odolnější vůči tělesným nemocem. Naopak jedinci bez známek poruchy duševní rovnováhy těmto nemocem podléhají. Mikuláščík (2015) tvrdí, že tento duševně vyrovnaný člověk se také mnohem lépe zotavuje. S nahromaděním negativních psychických faktorů vznikají duševní poruchy, ale zlepšením psychické kondice v souvislosti s respektováním pravidel, která přináší psychohygienu, jim však lze úspěšně odolávat. Od sestry můžeme očekávat, že dodává energii, sílu a motivaci týmu i oddělení, jednoduše všem lidem kolem sebe. Je tedy na místě, aby i ona sama měla dostatek vnitřní energie a samozřejmě i motivace. Zásady duševní hygieny sestře významně dopomáhají vyhnout se například syndromu vyhoření, proto je doporučováno tyto zásady a pravidla znát a v neposlední řadě se jimi i řídit (Čeledová a Čeleda, 2010). Bylo zjištěno, že terčem našeho zdraví je bezpochyby životní styl. Do tohoto termínu

spadá stravování, ovzduší, pohyb, odpočinek, relaxace, organizace práce, pracovní prostředí a škodliviny, jako je alkohol a cigarety, které bychom měli odstranit nebo alespoň na minimum omezit (Čevela et al., 2009). Změna životního stylu určitě napomůže k tomu, aby duševní zdraví bylo u sestry v pořádku. Tato změna by vedla i ke zkvalitnění života. Je statisticky dokázáno, že ve světě patříme mezi první v konzumaci alkoholu, cigaret, v přejídání se tučnými jídly, přesolování anebo v pojídání sladkostí (Lojková, 2012). „Denně děláme jednu ze dvou věcí – buď upevňujeme své zdraví, nebo podporujeme nemoc.“ (Adele Davisová). Nezdavou životospřávou přispíváme ke karcinomu plic, onemocnění jater, kardiovaskulárním chorobám a jiným onemocněním (Křivohlavý, 2013). Zamysleme se proto tedy, jak je důležité změnit životní styl a přispět tak ke svému fyzickému i psychickému zdraví. Bohužel jsme ovlivněni dědičností, ale mnohým potížím lze předejít právě správným a zdravým životním stylem. Naším názorem je, že prevence je levnější než léčba, proto je tedy nutné aktivně se zapojovat do péče o své zdraví jak po fyzické, tak i po psychické stránce. Musíme se naučit chránit si své zdraví a pohodu, v povolání sestry je to velice důležité (Škrla a Škrlová, 2003; Křivohlavý, 2013). Škrla a Škrlová (2003) zde vysvětlují nový termín „Sororalutogenie“, tímto cizím slovem lze v překladu vyjádřit hned několik slov: soror – sestra, salus – zdraví, gennan – tvořit. Jde tedy o posílení, povzbuzení a zlepšení zdravotního stavu sester manažerek, sester a následně i pacientů. Kolajová (2006) vysvětluje, že ošetřovatelství úzce spolupracuje se sociální psychologií, které záleží na dobrých vztazích mezi spolupracovníky na oddělení i pacienty. Tvrdí, že být si navzájem sociální oporou znamená být opravdu člověkem. Má-li někdo dobře pracovat nebo vést druhé, musí hlavně on sám mít duševní klid a pohodu, jak již bylo řečeno (Nürnbergger, 2011). Vztah člověka k sobě samému je součástí duševní hygieny. Ta nás brzdí povyšovat se nad druhými při našich nedostacích a učí nás radovat se z maličkostí, pak jde o skromnost. Smejkal a Schelová Bachrachová (2011) jsou názoru, že jestliže jsme tím, kým jsme chtěli být, pak lépe přistupujeme k druhým lidem, v tomto případě k podřízeným, kolegům i samotným pacientům. Vždyť udělat něco pro druhé, aniž bychom museli, má kladný vliv na naši osobnost, a to není tak málo. Duševní hygienou rozumíme péči o tělo i duši (Křivohlavý a Pečenková, 2004).

1.2 Povolání sestry

„Sestra má být ve svém povolání dobrou odbornicí a v životě ušlechtilým člověkem.“

(Marie Jitka Nápravníková – Pazourková)

Nebudeme se mýlit, když budeme tvrdit, že práce sestry patří neodmyslitelně k těm psychicky náročnějším profesím. Proto jsme nabyli názoru, že bez odpočinku, spánku, psychické pohody a klidu bude sestra osobností, kterou bychom nechtěli na infekčním oddělení, ale ani na žádném jiném najít. Pojďme zjistit něco málo o tomto povolání. Vörösová et al. (2015) tvrdí, že profese sestry je zakořeněná již hluboko v historii. Tehdy ještě lidstvo, na rozdíl od dnešní doby, neznalo odpovědi na otázky, proč nemoc vznikne a jaké léky na léčbu budou použity. Celou záhadu rozluštila ošetřovatelka z Anglie Florence Nightingalová, která v roce 1854 byla schopna poskytovat péči individuálně, a tak bylo ošetřovatelství obohaceno díky ní o zásady, které využíváme dodnes (Venglářová, 2011). Venglářová (2011) uvádí, že sesterská profese patří do pomáhajících profesí. V těchto profesích můžeme též najít i práci lékaře, učitele, pracovníka v sociální péči nebo pracovníka v záchranářském systému, například hasiče. Proto byla pomáhající profese označena jako jedna z nejobtížnějších profesí jak z psychické, tak i z fyzické stránky. Význam náročnosti této profese má i psychosociální zátěž. Základním kamenem v sesterské profesi je lidský vztah k nemocným, zájem o jeho osobu a o jeho problémy (Zacharová et al., 2007). Starost o pacienta významně přispívá jeho zdravotnímu stavu, ale také zotavení. Proto je velmi důležité, aby si sestra toto povolání vybrala zcela svobodně a dobrovolně, a aby jí práce s lidmi přináší radost a uspokojení. Práce, kterou sestra zastává, znamená podílet se na ochraně zdraví nebo zdraví navrátit. Mimo jiné sesterské činnosti je tu i ošetřovatelská péče o nemocné handicapované. Patří sem i péče o umírající lidi (Heřmanová, 2012). Dle Kutnohorské (2007) sestry často upadají do tzv. syndromu vyhoření neboli Burn-out syndromu. I péče o starší nemocné či nemohoucí může být příčinou toho, že se tento syndrom dost často objevuje v mnoha případech. Od sestry bychom měli očekávat poskytování ošetřovatelské péče na základě holistické teorie, tedy na základě vnímání osoby jako bio-psycho-socio-spirituální bytosti.. Rovněž sestra edukuje, čímž se stává edukátorkou, komunikuje, stává se komunikátorkou. Svoji manažerskou práci plní i jako manažerka, radí pacientům jako poradkyně. Nelze ji upřít

ani spolupráci na výzkumu. Od pradáva je též nositelkou změn například nahlíží na nemocného po bio-psycho-sociální stránce atd. (Kutnohorská, 2007).

1.2.1 Osobnost sestry

Definice osobnosti je popisována celek mentálního života jedince (Hartl a Hartlová, 2000). Vágnerová (2005) ji popisuje jinak, a to jako jakýsi soubor navzájem spojených tělesných a mentálních funkcí. Tento soubor předurčuje chování, prožívání a uvažování jedince ve vztahu k sociální atmosféře. Zastáváme názor, že by sestra měla mít ideální specifické osobnostní rysy. Jedním ze základních rysů je vnímání člověka celistvým způsobem, tedy holisticky. Neměla by při plnění své práce opomenout ani jeden ze specifických osobnostních rysů, jako jsou například podle Big five neuroticismus, svědomitost, přívětivost, otevřenost vůči zkušenosti a extroverze (Cakirpaloglu, 2012 a Procházka, 2013). Kutnohorská et al. (2011) uvádí, že do osobnostní složky patří několik dimenzí. Například dimenze fyzická, která představuje fyzické zdraví, tělo. Další dimenzí je mentální složka, ta má na starosti psychiku člověka. Třetím zástupcem dimenze je sociální složka ve vztahu člověka, tedy jedince ke společnosti. Čtvrtou a také poslední zde uváděnou dimenzí je spirituální složka, jež představuje duchovno jedince. Splněním všech čtyř dimenzí sestra na svého pacienta nahlíží holisticky (celostně), a to je zde plně žádoucí. Sesterská profese vyžaduje tedy osobnostní vlastnosti, které sestra nezbytně potřebuje ke své práci. Oblastmi, v nichž sestra projevuje největší odpovědnost ke svému povolání, jsou rozhodování, orientace v problémových situacích, vytyčení cílů a v neposlední řadě upevnění života (Jankovský, 2003). Náklonnost, vlídnost a empatie jsou tři hlavní faktory, které hrají velmi významnou roli v osobnosti sestry a jejího vztahu k pacientům. Znalostí nebo vědomostí by měla sestra uplatnit až po naplnění těchto tří elementů. Vycházíme-li z názoru Zacharové et al., (2007), že do osobnostních presumpcí spadá optimismus, trpělivost, empatie, lidský vztah k nemocnému, zodpovědnost a ctižádost, tak ve výsledku je vždy a na každém oddělení upřednostňována právě empatie. Nejvíce je důležitá ve spojitosti s nemocným člověkem. Empatii chápeme jako schopnost se vcítit do pocitů druhé osoby (Kutnohorská et al., 2011). Empatie je nedílnou součástí emocionální inteligence. Sestra se proto musí ujmout určité úrovně sebepoznání, to jí může dopomoci zvládat náročné životní situace (Marková, 2006). Matoušek et al. (2008) tvrdí, že existují domněnky a schopnosti někoho, kdo v pomáhajících profesích

zaujímá své místo, jako je být zdatný, inteligentní, důvěryhodný, komunikativní či přitažlivý. O přitažlivosti se zde nedá hovořit pouze jako o fyzické, ale i ve smyslu myšlenkové či názorové příbuznosti mezi pacientem a sestrou.

1.2.2 Proč je sestra stresována

„Úplné osvobození od stresu znamená smrt.“ *(Hans Selye)*

Sebemenší starost dokáže změnit člověku náladu a jeho chování. Bylo realizováno dotazníkové šetření, které mělo zjistit, co dělají sestry, když nejsou v psychické pohodě. Nejvíce odpovědí bylo, že sestry pláčou, popř. že jim pomáhá laskavé objetí partnerem. Dále je potěšilo vlídné slovo, procházka s partnerem, psem, prosté popovídání si s někým, kdo naslouchá. Některým sestrám pomáhá i přítomnost dětí (Křivohlavý, 2010). Jones et al. (2010) se shodují, že vášnivá ctižádost a zaměření na pozitiva hrají velmi účinnou strategii ve chvílce, kdy se sestra musí vypořádat s tlakem a podat vysoký výkon. A stres? Pod pojmem „být ve stresu“ si můžeme představit, že je někdo dlouhodobě pod tlakem nebo je tlaku vystavován (Johannes et al., 2009). Křivohlavý (2001) popisuje stres jako reakci na negativní emocionální zážitek, který doprovází soubor biochemických, kognitivních, fyziologických a behaviorálních změn. Podle něj se organismus tedy buď snaží změnit situaci, která ho ohrožuje, nebo se přizpůsobí tomu, co již nelze změnit. O'Connor a Aranda (2005) se ve své publikaci shodují v názoru, že samotné pozorování nemocného či přístrojů může sestru na infekčním oddělení stresovat mnohem více než na jakémkoli jiném oddělení. Sledování zdravotního stavu pacienta, plnění lékařských ordinací, to vše znamená stresové situace, které sestra musí snášet (Streitová a Zoubková, 2015). Mandincová (2011) vysvětluje, že tyto stresové situace představují zátěž a zátěží může být i pohotovostní jednání na rychle proběhnuté změny, tlak ze strany lékařů, starost o více pacientů, více činností apod. Sestra se proto musí pohotově rozhodovat a jednat. Venglářová (2011) a Špirudová (2015) ve svých publikacích konstatují, že samotné dlouhodobé stání, tedy statické zatížení, může být pro sestru velkým stresorem. Další zátěží může být namáhání páteře při zvedání a polohování pacientů, zatížení svalového, kloubního a cévního systému, setkávání se s nepříjemnými podněty (exkrementy, otevřené, hnisavé nebo infekční rány, zápach, vyrážky apod.), rizika přenosu infekce, narušení spánkového rytmu při směnování, nedostatek klidu a času na příjem tekutin, kontakt s léky a s dezinfekcí, hluk, nesprávné osvětlení a radiace. To vše může být doprovodným podnětem k tomu,

proč by mohla být sestra stresována. Skalková (2007) a Čábalová (2011) se domnívají, že rovněž i vzdělání by mohlo mít dopad na psychiku sestry, neboť vzdělání je procesem, při němž jedinec dokáže rozvíjet svoje dovednosti, které mu mohou dopomoci k rozvoji individuality i vlastní zkušenosti. Logické myšlení ovlivňuje rozvoj dovedností a zároveň umožňuje přemýšlet. Vzdělání nelze nějakým způsobem zredukovat, protože je to konečný stav. Je výsledkem toho, čemu se jedinec nějaký čas věnoval, aby získal vědomosti, dovednosti, postoje, názory, které bude umět využít i ve své profesi. Bártlová (2006) a Mužík (2004) či Průcha (2009) zastávají názor, že vzdělávání sester, které již pracují, míří k prohlubování vědomostí, dovedností a k nabytí aktuálních poznatků. Proto má vzdělávání své místo, které v dnešní době nelze ničím jiným zastoupit, a závisí na něm možnost získání akreditace pro nemocnice a kvalitní hodnocení pro ošetrovatelskou péči. Možnost dále se vzdělávat stupňuje spokojenost sester, zvyšuje jejich sebedůvěru, úctu ke svým kolegům i k dalším účastníkům ve vzdělávání. Vzdělávání má velký vliv na kvalitní péči poskytovanou pacientům a na rozvoj dalších kompetencí sester. Sitná (2009) tvrdí, že pokud management umožní další vzdělávání sester, dá se hovořit o velkém kroku k pozitivnímu a významnému dopadu na spokojenost pacientů, což vede ke zkrácení hospitalizace a eliminaci komplikací. Od vzdělané sestry můžeme očekávat schopnost plnit povinnosti účelně. Ve vzdělání je skryt potenciál k rozvoji analýzy, schopnosti řešit problémy, komunikace, spolupráce, přizpůsobivosti a schopnosti adaptovat se na změny. Venglářová (2011) tvrdí že, pacient, který sestře verbalizuje bolest, může nepřímo stresovat sestru. Dlouhodobým stresorem může být pro sestry touha po zodpovědnosti v práci, protože dnešní doba vyžaduje vzdělávání i v průběhu pracovního života, osvojování si nových informací nebo dovedností. Bartošiková (2006) se domnívá, že se nejvíce sestry stresují proto, že se dostanou do styku se smrtí pacienta, s péčí o nevléčitelného, trpícího nemocného, popř. se dostanou k úkolům, které vyžadují respektování studu nemocného. Ptáček a Bartůněk (2011) uvádí příklad, že při cévkování nebo při aplikaci klyzmatu je nutno brát v úvahu intimitu nemocného, a právě proto se sestry mohou stresovat i tím, aby intimita nemocného nebyla dotčena více, než je pro výkon zákroku nezbytně nutné. Autoři zde nastínili i možnost, že se sestry stresují z obavy, že mohou způsobit pacientovi bolest například při aplikaci léků intravenózně, dále při aplikaci periferního žilního katétru nebo samotnou dezinfekcí místa vpichu. Herman (2015) vysvětluje, čím vším může být sestra

stresována: nejčastěji je to nevyhovující práce nebo vnucené pracovní tempo, monotonie, směnný provoz, časový tlak, ztížená sociální interakce a riziko ohrožení zdraví druhých osob.

1.3 Infekční oddělení

Kredba (1966) nás seznamuje se zakladatelem, nestorem infekčního oboru a bývalým přednostou infekční kliniky Nemocnice Na Bulovce s prof. MUDr. Jaroslavem Procházkou, DrSc. (příloha 1), který žil v letech 1896 až 1967. Jeho zásluhou dosáhla infekční medicína světové úrovně. V roce 1957 mu byl udělen za zásluhy o rozvoj infekčního oboru Řád republiky a tentýž rok mu byla udělena i vědecká hodnost doktora lékařských věd. Jako první zavedl široké používání konzervované krve, po objevu sulfonamidů je zavedl do terapie hnisavých meningitid a streptokokových infekcí. Přispěl k zavedení terapie podle sestry Kennyové (příloha 2). Trojan (2005) uvádí, že sestra Kennyová byla autorkou školy pro fyzioterapeuty a ergoterapeuty (později byla škola nerozumně zrušena). V těchto školách se vyučoval léčebný tělocvik a rehabilitace pro poliomyelitis anterioracuta (dětská obrna) a válečné invalidy. Kredba (1966) tvrdí, že prof. Procházka rovněž vypracoval na klinice moderní diagnostiku a zasloužil se o léčení diftérie, prevenci záškrtu, očkování proti pertusi, léčbu černého kašle, terapii břišního tyfu, léčení spály, léčbu hnisavé meningitis, tuberkulózní meningitis. Černý (2008) vysvětluje, že dříve obor infektologie patřil pod obor interního lékařství, ale po druhé světové válce došlo k nárůstu infekčních onemocnění, proto tento obor vznikl jako samostatný. Rozsypal et al. (2013) vysvětluje, že k vývoji přispělo i zdokonalení léčby infekčních chorob, izolace pacientů s infekčními chorobami. Infekčními nemocemi se zabývají i jiní lékařští specialisté. Z důvodu rizika komplikovaného průběhu, diagnostiky a antibiotické léčby je pro pacienta lepší léčení od infekčního lékaře. (Rozsypal et al., 2013). Dle Kapounové (2007) se nejvíce vyskytují tyto infekční choroby: infekční mononukleóza, hepatitidy, streptokokové infekce, meningitidy nebo febrilní stavy. Vzhledem k tak široké multidisciplinární problematice je toto pouze zlomek malého spektra obsahující choroby, které se na infekčním oddělení vyskytují. Rozsypal (2013) a Kapounová (2007) se shodují, že pacienti se na infekční oddělení přijímají s již diagnostikovaným infekčním onemocněním. I když mají lékaři jen pouhé podezření na možnost infekčního onemocnění, i přesto jsou pacienti na oddělení preventivně přijati. Někdy je třeba

přijmout pacienta, u kterého je nutná intenzivní péče. Jilich a Kulířová (2014) se shodují, že v každé nemocnici je vyhrazeno několik pokojů, které jsou v blízkosti sesterny. Infekční oddělení má nejčastěji dva samostatné vchody. Vstupní vchod, který slouží pro vcházení pacientů. Druhý vchod je pro pacienty, kteří opouští nemocniční prostředí a jsou propuštěni. Pokud je pacient již vyšetřen lékařem, obeznámen s diagnózou, léčbou a s dalšími opatřeními, převlékne se do nemocničního prádla a je doprovázen sestrou na pokoj. Pacienti jsou na pokojích rozdělení podle pohlaví a také podle podobných diagnóz (Černý, 2008). Kolářová (2013) a Kapounová (2007) uvádí, že na infekčním oddělení mohou být rovněž hospitalizovány i děti starší tří let, doprovod rodiče nebo zákonného zástupce je zde vhodný, ne-li žádoucí. Je zapotřebí, aby sestry zde na infekčním oddělení individualizovaly pomůcky. Sabolčáková (2014) a Kapounová (2007) jsou názoru, že všechny pomůcky, jako jsou například teploměry, fonendoskopy či podložní mísy, musí být řádně odezinfikovány. Přednostně musí sestry používat jednorázové pomůcky a materiál. Přísně se musí dodržovat aseptické a bezdotykové metody, postupy při převazech ran, výměnách katétrů. U výměny dýchacích okruhů u tracheostomie, hadic a kanyl je nutné pracovat sterilně. Podstatová (2011) je názoru, že je žádoucí používání rukavic, provádění hygienického mytí rukou a dezinfekce rukou po správnou dobu. Tuto hygienu je nutné opakovat po manipulaci s biologickým materiálem nebo s použitým prádlem (Maďar, 2006). K parenterálním výkonům je nutné výhradně užívat sterilní pomůcky a u endoskopů, fonendoskopů a u pomůcek s optikou využívat dvoustupňovou dezinfekci. Nutný je dohled nad dodržováním hygienických zásad i u pacientů. Příprava infuzí, injekčních, inhalačních nebo per os léků, by se měla odehrávat ve speciální místnosti k těmto výkonům určené. Pomůcky, které se používají opakovaně, se po použití mají ihned ukládat do předem připraveného dezinfekčního roztoku (Podstatová, 2011 a Kapounová, 2007). Šebeková (2003) a Krška (2011) tvrdí, že je rovněž nutné přísně dodržovat stanovený postup pro kontaminované pomůcky – naložení do dezinfekce a poté mechanická očista v čisticí místnosti. Při možné kontaminaci prostor nebo ploch biologickým materiálem okamžitě provést dezinfekci virucidním roztokem a pak provést mechanickou očistu a omytí. Kapounová (2007) uvádí, že nezbytností se stává i dodržování dezinfekčního programu v boxovém uspořádání. Ve dvou částech oddělení (příjmová a propouštěcí) je na každém pokoji sprcha s umyvadly a WC, veškeré nádoby se před vrácením do kuchyně musí na oddělení dezinfikovat a sterilizovat. Šašek a Kožíšek (2014) apelují na

to, aby byl infekční odpad označen speciálně a především viditelně, teplá voda má být dekontaminována z důvodu prevence legionelózy. Rozsypal et al. (2013) a Vytejková (2011) tvrdí, že nemocniční prádlo včetně nočních košil a pyžam, po použití pacienty se před odvozem do prádelny musí nejprve vydezinfikovat. Civilní oděv pacientů, který byl odevzdán do šatny při příjmu je ošetřen v centrální sterilizaci. Návštěvy s přímým kontaktem s pacientem jsou většinou zakázané. Je zde však umožněn kontakt přes skleněné okno bez možnosti jej otevřít a konverzace probíhá přes telefon. Návštěvy mají možnost předat věci sestřám. Před vstupem do pacientova pokoje je nutný vstup přes hygienický filtr, což platí i pro lékaře a sestry a ostatní zdravotnický personál. Pomůcky jsou individualizovány a vstup je dovozen pouze pro určité osoby (Rozsypal, 2015 a Mazánek, 2014).

1.3.1 Role sestry na infekčním oddělení

Rozsypal et al. (2013) tvrdí, že sestra na infekčním oddělení zastává ošetrovatelskou péči jak pacientovi, tak i jeho rodině, sleduje, aby pacientův zdravotní stav byl fyziologický, a uspokojuje rutinními postupy individuální potřeby. Sestra na infekčním oddělení plní lékařské ordinace ošetrovatelským procesem, vycházejícím z individuálních potřeb a problémů pacientů. Slezáková (2012) tvrdí, že při příjmu je nutné projít na infekčním oddělení sanitárním filtrem. V sanitárním filtru pacient odevzdá své oblečení, spodní prádlo i s osobními věcmi. Před vstupem na oddělení je povoleno vzít si s sebou nejdůležitější osobní věci (Slezáková, 2012). Sestra si během hospitalizace všímá, zda je pacient soběstačný, jak se pohybuje, zaznamenává jeho vyprazdňování a sleduje příjem stravy. Rovněž sleduje i jeho psychický stav. To vše realizuje již při příjmu a přetrvává přes celou hospitalizaci. Rovněž zaznamenává pacientovu bolest a monitoruje bolest na VAS (Vizuální analogová škála) škále, všímá si neverbálních projevů, poruch kožní integrity, smyslových nebo tělesných handicapů (Rozsypal, 2013). Rozsypal et al. (2013) uvádí konkrétní činnosti sestry při plnění ošetrovatelského plánu. Jsou to například: počáteční příjem pacienta na ošetrovací jednotku (čímž začíná hospitalizace), předpokládá se, že se sestra představí, provede pacienta oddělením, ukáže mu, co se kde nachází, a poté jej dovede na pokoj, případně pacienta připojí na monitor, zajistí vhodnou polohu, zhodnotí stupeň komunikace, pohybový režim, zajistí péči o dýchání, hydrataci, výživu a opatření při bolesti, aplikuje léky, monitoruje a sleduje zdravotní stav, odebírá biologický materiál, zajišťuje převazy

a výměny sterilního krytí, katétrů, kanyl apod. Dále se podílí na rehabilitaci, edukuje o vhodném odpočinku, relaxaci a spánku, plní psychosociální potřeby apod. (Rozsypal et al., 2013). Sestra po příjmu na oddělení pacientovi opatří identifikační náramek, který obsahuje jméno, příjmení, rok narození a stanici oddělení (Podstatová, 2011). Rozsypal et al. (2013) tvrdí, že sestra přebírá doporučení od odesílajícího lékaře nebo překladovou zprávu z jiného oddělení, občanský průkaz, průkaz zdravotní pojišťovny, zprávu ze sanitního vozu, zakládá novou dokumentaci. Rozsypal et al. (2013) uvádí, že k příjmu se pojí činnosti odborné, sestra tedy například změří tělesnou teplotu, změří dech, puls a krevní tlak, zjistí saturaci krve pulsním oxymetrem a odešle nebo doprovodí pacienta na vyšetření k lékaři. Mezitím vytiskne identifikační štítky, zařídí a odešle se žádankami do laboratoře odebraný biologický materiál a objedná ambulantní vyšetření indikovaná lékařem. Kapounová (2007) vysvětluje, že infekční oddělení najdeme vždy v samostatné budově, tedy oddělené od ostatních oddělení, navíc musí být rozděleno na infekční a neinfekční část. Členění je na infekčním oddělení formou boxů a toto členění může disponovat maximálně 3 lůžky (Slezáková, 2012). Úkolem sestry je také stanovit ošetrovatelský plán a realizaci. Ztotožňujeme se s názorem Tóthové (2014), která vysvětluje ošetrovatelský proces jako systematickou racionální metodu plánování a poskytování ošetrovatelské péče. Je to otevřený a přizpůsobivý, dynamický, cyklický, plánovaný, cílený systém, který pracuje s potřebami člověka a s člověkem jako individuem. Šamánková (2011) ve své publikaci zmiňuje, že ošetrovatelský proces je tedy série vzájemně propojených činností, které se provádějí ve prospěch nemocného při individualizované péči a provádí je sestra na základě vlastního pozorování a práce s pacientem. Pojem ošetrovatelský proces poprvé použila Hallová v roce 1955 (Mastiliáková, 2014). Ošetrovatelský proces dává sestře i pacientovi možnost hledat různé alternativy péče a také je nutí spolu komunikovat. Nedílnou součástí ošetrovatelské péče o pacienta je rovněž polohování a s tím spojená rehabilitace, pečování o inkontinentní nemocné a hygienická péče celková nebo částečná (Marková et al., 2006). Vörösová et al. (2015) tvrdí, že sestra přispívá i do oblasti diagnostiky, tam se soustředí na odběr biologických materiálů nebo na přípravu nemocného na vyšetření. Nesmíme však opomenout také aplikace naordinovaných léků lékařem. Vondráček a Vondráček (2006) se shodují na tom, že administrativní činnost též úzce souvisí s pracovní náplní sestry, mimo jiné se setra musí postarat o to, jak má naložit se shromážděnými informacemi v ošetrovatelské

dokumentaci. V ošetrovatelské dokumentaci si stanoví ošetrovatelské problémy, naplánuje ošetrovatelskou péči, v průběhu ošetrování realizuje tuto skutečnost a nakonec vše vyhodnotí (Šafránková, 2006).

1.3.2 Relaxace sestry ve volném čase

„Umění odpočinku je součástí umění práce.“

(J. Steinbeck)

Fessler (2015) uvádí, že relaxace představuje kontakt s tělem. Jde o postup, který umožňuje vědomou cestou ovlivnit psychický i fyzický stav, navozovat stav klidu a pohody, zlepšovat odolnost proti zátěži. Někdy jen uvědomění si jednotlivých svalů, postavení končetin, napětí v organismu a soustředění se na uvolnění způsobí relaxaci (Bursová, 2005). Při relaxaci dochází ke snížení mozkové frekvence z hladiny beta na nízkofrekvenční hladinu alfa. Člověk je „spojená nádoba“, propojený systém psychiky i těla. Uvolnění svalů, zklidnění tělesné vyvolá zklidnění psychické, psychika je pak schopná lépe přijímat podněty (Stackeová, 2011). Jednou z nejosvědčenějších a nejpropracovanějších metod je autogenní trénink, jehož autorem je profesor Schultz (Schultz, 2003 a Zitelmann, 2012). Schultz (2003) tvrdí, že autogenní trénink vede k celkovému uklidnění. Je prevencí psychosomatických onemocnění a zvyšuje schopnost koncentrace. Má několik stupňů. Základem je svalové uvolnění, které lze navodit představou či sugescí tepla, tíhy, pravidelného dechu, následuje sugese příjemných pocitů, vizualizace – vyvolání příjemných představ, a imaginace – tvořivá představivost, člověk sám představu dotváří (Vávrová, 2013). Tento druh relaxace je možný i v pracovní době. Cvičení, které trvá šest vteřin spočívá v tom, že dlaně zatlačíme proti sobě. V uvolnění si dlaně potom spojíme za hlavou a to samé opakujeme po stejně dlouhou dobu. Hlava je skloněná směrem dolů (Vávrová, 2013). Pohodlný sed, zavřené oči a uvolněné svaly jsou zárukou toho, že tato relaxační technika má smysl. Soustředíme se jen na dýchání do břicha a na své tělo. Pozornost věnujeme nádechu, když se břicho vyklenuje a naplňuje vzduchem, při výdechu vtahuje k páteři (Vávrová, 2013). Relaxaci v pracovním prostředí napomáhají též dobře zvolené barvy (žlutá, oranžová, zelená, modrá), správný způsob sezení, upravené pracovní prostředí, omezení rušivých vlivů (hudební kulisa, rušící kolegové), teplota v místnosti, dostatečný pitný režim (Vávrová, 2013).

1.4 Psychická zátěž a stres

Venglářová (2011) uvádí, že ke vzniku psychického problému zpravidla přispějí situace, které sestru něčím zaskočí, jsou nové nebo nevšední, působí alarmující silou a naléhavým způsobem. Nejčastěji se tato situace může stát, když sestra z časových důvodů nesplní úkol nebo neodvede svoji práci podle svých představ. Obvyklým argumentem může být i skutečnost, že na práci nemá dostatek času, který by potřebovala. Čevela et al. (2009) apelují na to, že psychická zátěž působí na psychiku sestry velmi drtivě, a narůstají tak požadavky na ošetrovatelskou činnost. Tím se sestře mohou ztěžovat pracovní podmínky. Sestra se tím pádem dostává do problému, ze kterého je těžké se dostat ven a ještě si musí uchovat svoji profesionalitu.

1.4.1 Psychická zátěž

Problémy v práci mohou na sestry působit jako psychická zátěž v těžkých situacích, kdy zoufale v duchu volají o pomoc. Jde o situace, jež jsou nečekané, nové anebo, jak se říká, „navalily se“ ze všech stran naráz (Čevela et al., 2009). Vévoda (2013) objasňuje, co v práci nejvíce zatěžuje psychiku. Kupříkladu to, že se sešlo mnoho úkolů ve špatnou chvíli a všechny úkoly spěchají. Máme na ně však nedostatek času, přidají se nečekané komplikace, zdravotní komplikace, rodinné problémy, neschopnost soustředit se atd. I to můžeme označit jako psychickou zátěž, působící na naši psychiku na pracovišti, a může nám přivodit problémy (Vévoda, 2013). Všechny tyto stresory působí na sestru negativně, tím pádem je na ni kladen větší nárok, čímž se jí výrazně komplikuje plnění ošetrovatelských činností. Psychická zátěž a stejně tak i stres (1.4.2 Stres), působí stále více na psychiku, může se tak rozvinout syndrom vyhoření aneb Burnout syndrom (1.5 Syndrom vyhoření) (Venglářová, 2011).

1.4.2 Stres

Rebekah Hersch (2016) uvádí, že kromě škodlivých účinků stresu na zdraví a pohodu sestry je stres významným původcem k oslabování ošetrovatelské profese. Existují zásahy, které slibují odbourání stresu a tím řešení problému u sester, ale zkušenosti z autorčiny skupiny na rozdíl od různých projektů v nemocnicích ukazují, že plány a pracovní vytížení sester představují problémy v provádění zásahů. Ve studii, na které pracoval Hong a Lee (2016), stojí, že byl záměr vyzkoušet strukturální modelovou rovnici o emocích v práci sestry, pracovním stresu, emoční inteligenci a syndromu

vyhoření. Tato studie měla za cíl určit zprostředkující účinek emocionální inteligence mezi proměnnými. Stres a riziko vzniku syndromu vyhoření jsou nežádoucí hrozbou u každé sestry. Nicméně bylo dokázáno, že emoční inteligence je v negativním spojení s ovládním emocí. To snižuje tvorbu stresu v práci. Emoční inteligence má mediační efekt mezi ovládním vlastních emocí a syndromem vyhoření. Výsledkem této studie je náznak zvyšování emoční inteligence, která by mohla kriticky snížit riziko vzniku syndromu vyhoření nebo stresu jako takového. Kevereski et al. (2016) uvádí, že pokud nás stresuje čas, je lepší v dnešní době podporovat duševní zdraví. V moderní literatuře existuje obrovský zájem o duševní zdraví a o emoční inteligenci, která se považuje za stavební faktor duševního zdraví. Emoční inteligence má značný přínos pro pochopení vztahu mezi psychosociálním stresem a duševním zdravím. Venglářová (2011) přichází s informací, že lidé s nízkou emoční inteligencí, s nižším sebevědomím a vysokou depresí reagují ve stresových situacích agresivitou. Emocionální inteligence je velmi důležitá pro pochopení vztahu mezi stresem a duševním zdravím. Tzv. eustres je vlastně „pozitivní“ stres, který my vnímáme. Eustres nemá nic společného se stresovou situací, s krizí nebo s psychickými problémy vzniklými v práci. Tento stres nám může přinést potěšení, radost nebo těšení se na něco a může nám dodat i psychickou sílu. Příkladem může být svatba, vysněná nová práce či povýšení (Venglářová, 2011). Distres neboli chronický stre je opakem eustresu. Distres má společného jmenovatele se syndromem vyhoření a také mu dává plnou příčinu. Sestře, která zažívá distres, hrozí tento syndrom, tedy pokud je pod tlakem negativních a škodlivých faktorů. Distres je navíc spojen s nepříjemnými pocity (bázeň, tíseň, nepokoj). Kvůli němu se jedinec přetěžuje (Venglářová, 2011).

1.4.3 Dopad stresu na psychiku sestry

I stres se dá zvládnout, ale člověk musí umět odpočívat, relaxovat a pracovat na sobě. Pokud se toto dodržuje, je člověk na dobré cestě, která vede k posílení jeho psychiky. Nebezpečný je ovšem distres (Kebza, 2005). Kebza (2005) ve své knize uvádí, že se stres významně podílí na vzniku infekčních onemocnění, kardiovaskulárních onemocněních, hypertenzi, bolestech hlavy, astmatu, diabetu mellitu a na revmatické artritidě. Křivohlavý a Pečenková (2005) zde prezentují, že v duševní hygieně je předmětem stres a pocitové stavy působící na lidskou psychiku. Dokonce jej najdeme i u poúrazových stavů, kdy se vyskytnou poruchy chování spojené s touto změnou

stavu. Jak bude sestra snášet dopad stresu na svoji psychiku záleží na individuálních okolnostech. Záleží na tom, jaké má schopnosti, charakter, motivaci nebo temperament. V neposlední řadě záleží na tom, jaký je model její osobnosti. Herman (2015) uvádí nejrůznější přístupy/teorie. Teorie typologické, například klasické dělení dle Hippokrata: sangvinik – nápaditý, přátelský, charismatický, v organizaci úkolů je však méně spolehlivý a nedotahuje věci do konce. Cholerik je dobrým organizátorem, je pohotový, ale značně dominantní, výbušný. Flegmatik je oblíbený v kolektivu, tichý a klidný. Chybí mu pracovní motivace, musí být někým veden. Melancholik je ideální pro vědeckou práci, je velmi důsledný. Méně vhodný je pro vedení týmů, jelikož je také skeptický a kritický. Nyní uvádíme výčet tří teorií: Teorie vrstev přináší osobnostní dynamiku, vzájemné působení jednotlivých instancí i hierarchičnosti řídicích schémat. Teorie faktorové redukuje specifickou osobnost na strukturu nevelkého počtu primárních rysů. Teorie humanistické obsahují holistické nahlížení osobnosti, nahlížení na člověka jako na individuální specifický celek (Herman, 2015). Z výše uvedeného se můžeme domnívat, jak tedy bude snášet stres sestra, která je sangvinik, cholerik, melancholik nebo flegmatik (Cakirpaloglu, 2012).

1.4.4 Zvládání stresu

„Že okolnosti jsou nepříznivé? To já vytvářím okolnosti.“ (Napoleon Bonaparte)

Pro zvládání stresu nám mohou pomoci některé z motivačních činitelů, jako jsou čerstvost situace, splnění a úspěch v činnosti, sociální prostředí, souvislost nového s předchozími zkušenostmi a zájmy (Herman, 2015). Rao (2016) se ve svém článku o tom, jak zvládnout stres, opírá o to, že existují 3 základní body zdraví, a to je: kvalitní spánek, vyvážená chuť k jídlu a cvičení. Jen ti, co si je dokáží opravdu vychutnat a dopřát, jsou vlastně zdraví lidé. Tímto doporučením lze udržet stres na uzdě a vést skvělý a šťastný život (Vymětal, 2009). Bohström et al. (2016) se domnívají, že existují jedinci, kteří se dokáží se zátěží vyrovnat a i přesto ve svém zaměstnání setrvat. Studie ze Švédska a Norska (rok vydání neznámý) potvrzují, že určité procento dotazovaných mělo pocit, že jejich život již nestojí za nic, další procento jedinců mělo myšlenky na sebevraždu a poslední procento dotazovaných z této studie uvedlo, že ke zvládnutí zátěže jim pomáhá psycholog nebo psychiatr. Vymětal (2009) nám uděluje radu, že lze zátěž eliminovat určitými technikami, které posilují jedince proti psychickým nátlakům. Dočasné nebo bezprostřední taktiky jak zvládat stres celkově pomáhají eliminovat

reakce na psychickou zátěž. Můžeme k nim zahrnout i pouhé prohloubení dechu, pohyb nebo vnitřní hlas a mnoho dalších. Stálé taktiky, které pomáhají odbourat stres a zátěž, označil Vymětal (2009) jako celkové obměny ve stylu života, například v životosprávě, cvičení, relaxaci nebo v rozplánování času. Bedrnová et al. (1999) uvádí několik fází, ve kterých probíhá zvládání zátěže. V první fázi můžeme označit reakci na zátěž jako reakci poplachovou. U ní dochází k pohotovosti psychických sil. Tato fáze je jakýmsi stavem, který se nachází ještě před vlastním startem ve sportu. Druhou fázi tento kolektiv autorů popsal jako reakci na již započatou situaci, kde je třeba rozpoznat problém a použít podnět, který povede k nějakému řešení psychické zátěže. Nutné je zhodnocení, zdali nebude v dané situaci přijatelnější pasivní netečnost nebo aktivní stanovisko, které by mohlo vést k vyřešení. Třetí fázi zmínění autoři popsal jako smíření se zátěží, takto zvládnutá zátěž je kladným přechodem v psychice jedince. Pozitivní změna je nositelem sebejistoty a komplexně se soustředí na zdravou mentální kondici. V případě některých neúspěchů může být jedinec obstoupen nelibostí (Bedrnová et al. 1999).

1.4.5 Pracovní psychická zátěž u sestry pracující na infekčním oddělení

Jankovský (2003) ve své publikaci píše, že sestra musí odolávat mnoha náročným situacím, které pro ni znamenají bezprostřední ohrožení psychického zdraví. Kebza (2005) tvrdí, že pracovní stres se řadí do několika odvětví. Zde se může jednat o potíže, které mohou vzniknout s rolemi jedince, například konflikt rolí, nebo jde o potíže spojené s požadavky v práci, jako jsou například zodpovědnost, pracovní zátěž. Problém může nastat i s organizací práce, do které spadají sesterské kompetence, nevyužitá odborná způsobilost nebo neurčitý pracovní řád. Bezesporu do této oblasti patří i pracovní prostředí, v němž se sestra nachází (teplota, hluk a pracovní bezpečnost) (Kebza, 2005). Hodačková et al. (2007) tvrdí, že významně rostou požadavky zatěžující psychickou činnost sestry. Z výzkumu, jenž byl proveden v roce 2001 a opíral se o všechny profese, kde jedinec pracuje s lidmi (učitelé, lékaři, zdravotníci atd.), vyplynulo, že více jak polovina sester pracuje v příliš rychlém tempu. Zbylé sestry vypověděly, že se setkávají s monotónní prací. Pouze zlomek sester uvedl permanentní kontakt s pacienty. Zmíněná monotónnost nebo snad nízká kompetence vedou k napětí (Hodačková et al., 2007). Výsledkem tohoto výzkumu bylo zjištění nejvyššího faktoru přetížení právě u sester. Psychickou zátěž podle Hodačkové et al. (2007) můžeme tedy

považovat za jeden z nejdůležitějších faktorů, který působí na pocit spokojenosti a zdraví u sester na infekčním oddělení. Prevenci ovlivňují zaměstnavatelé, v řadě případů také vrchní a staniční sestry. Tito lidé by se měli snažit u svých zaměstnanců vzniku deprese předcházet a aktivně vyhledávat původ tohoto problému (Hekelová, 2012).

1.5 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření neboli Burn-out syndrome je charakterizován jako souhrn všech příznaků, které jsou charakteristické pro psychické vyčerpání. Má vliv na motivaci, emoce, kognitivní funkce a ovlivňuje výkonnost, názory a postoje (Kebza, 2005). Venglářová (2011) popisuje syndrom vyhoření jako jev, který se vyskytl u jedinců, kteří pracovali v profesích, ve kterých byli neustále v kontaktu s bolestí druhých lidí, a tyto těžké situace a osudy se na nich podepsaly psychickým vyčerpáním. Nejvíce se vyskytuje v práci s lidmi v pomáhajících profesích, jakou je sesterská profese. Křivohlavý (2013) charakterizuje toto slovní spojení jako typický projev v psychice jedince, u kterého došlo k vyčerpání energie nebo ke ztrátě zapálení. Křivohlavý se ve své publikaci opírá o charakteristiku od Herberta Freudenbergera, jenž byl zakladatelem této problematiky (syndromu vyhoření) jako projevu hluboce emocionální ztráty původního nadšení (entuziasmus) a motivace v konečném stádiu procesu u lidí (Schaufeli, 1998). Tím nastínil to, že se zde jedná o vyhasnutí energie sestry, která pracuje usilovně. Jako pozitivní se tato charakteristika syndromu vyhoření může zdát proto, že na něj nahlíží jako na proces, nikoli na stav (Křivohlavý, 2013). Jankovský (2003) uvádí příčiny syndromu vyhoření, jako jsou dlouhotrvající tělesná, mentální a citová zátěž. Klasickým projevem takto postiženého jedince může být pocit méněcennosti, přebytečnosti. Dle Jankovského (2003) je rozdíl mezi syndromem vyhoření a vyčerpáním. Oba názvy jsou si dost podobné, proto je vhodné si je neplést a nezaměňovat, protože mají každý svou příčinu. Právě syndrom vyhoření se projevuje vyčerpáním ať už tělesným, citovým, nebo psychickým, je to tedy slovo nadřazené. Společným jmenovatelem syndromu vyhoření a vyčerpání je dlouhodobá zátěž, jež je spojena s neustálým nasazením pro druhé. Venglářová (2011) je názoru, že předpokladem pro vznik syndromu vyhoření je osobnostní nastavení sestry. Podstatou je silná motivace pomáhat a pečovat. Silná potřeba pomáhat nemá jen altruistický podklad, ale může dojít i k egoistickým potřebám a uspokojení touhy

po moci. Vysoce zatěžující je práce s pacienty, kteří trpí depresemi, dále s nemocnými s infaustní prognózou, chronicky nemocnými, drogově či alkoholově závislími. Lehké to však nemají ani pracovníci na krizových a psychoterapeutických odděleních a v oblasti gerontopsychiatrické péče (Venglářová, 2011). Dle Venglářové (2011) je možné, že za vznik syndromu vyhoření může i směnný provoz. Je nutné rychle reagovat na proměnlivou situaci, a tou nemusí být zrovna změna pacientova zdravotního stavu. Sestra reaguje i na aktuální potřeby oddělení, může řešit i provozní problémy, supluje jiné role. Pevná půda pod nohama je proto žádoucí, ne-li nevyhnutelná (Workman, 2006).

1.5.1 Příčiny, příznaky a rizikové faktory syndromu vyhoření

„Veni, vidi, vici.“

(Caesar)

Schreiber (1992) i Reitmayerová (2006) uvádí, že příčiny vzniku syndromu vyhoření jsou následující: stres, frustrace (nemožnost dosáhnout uspokojení subjektivně vnímané, důležité potřeby), konflikt (střetnutí protichůdných sil na cestě, která vede k cíli), trauma (náhle vzniklá situace vedoucí ke ztrátě), krize (narušení psychické rovnováhy v nahromadění problémů), deprivace (nedostatečně uspokojené potřeby). Pospíšilová (2013) tvrdí, že i psychologové zabývající se syndromem vyhoření uvádějí příčiny vzniku: dlouhodobá práce s lidmi, psychické pracovní vypětí, přísný pracovní režim, práce v prostředí, kde je nedostatek personálu, a přehnané nároky na kvalitu (Křivohlavý, 1998). Vše začíná ztrátou ideálů. Práce přes placené hodiny (workoholismus) ze začátku nevadí a je odůvodňována zábavou a smysluplností. Později se začínají oddalovat cíle sestry a rostou problémy. Sestra si přestává věřit a je již vyčerpaná. Pokud sestra neumí říct „ne“, její problémy se budou dále stupňovat, splněný úkol přinese nový úkol, jehož obtížnost může růst (Kopřiva, 2006). Venglářová (2011) ve své publikaci prezentuje příznaky syndromu vyhoření v podobě tělesné námahy, citové vyprahlosti, deprese, únavy, vzteklosti, nedůvěřivosti, neprofesionálním přístupem k nemocným a k práci. Sestra je smutná, prožívá beznaděj, pocit postradatelnosti, ztrácí zájem a negativně hodnotí instituci, kde pracuje. U syndromu vyhoření se únava odpočinkem nikdy nevyřeší (Reitmayerová, 2006). Cynismus, konflikty v rodině, ztráta schopnosti se radovat, změny nálad, pesimismus, nekolegiální jednání, ztráta přátel, to všechno jsou průvodní jevy syndromu vyhoření (Venglářová, 2011). Rizikové faktory dělíme dle Reitmayerové (2006) na vnitřní a vnější. Jsou

to samotné příčiny nebo jen faktory, které přispívají ke vzniku syndromu vyhoření. K vnitřním faktorům patří charakter a povaha jedince. Do vnějších faktorů spadá okolí a vše, co z něj přichází – zaměstnání, soukromí, rodina, příbuzní a společnost. Poučný a zajímavý je názor Reitmayerové (2006), že prvotní rizikový faktor ohrožující sestry vznikem Burn-out syndromu je samotná práce v pomáhajících profesích, kam práce sestry bezpochyby patří. Profese sestry není jen samotným faktorem rozhodujícím o vzniku Burn-out syndromu. Dle Kapounové (2007) to může být i profese, ke které patří těžká práce s lidmi, a pak sám jedinec, kterému chybí více odolnosti proti stresu. Jedinec má nízké sebevědomí, může být i citově labilní nebo depresivní. Kapounová (2007) vysvětluje, že Burn-out syndromu zasáhne pracovní atmosféru u duševně zdravých lidí, kteří se zhroutili. Psychoterapií se tento proces dá spolehlivě odbourat. Depresivní poruchy jsou mnohem více alarmující a závažné v tom, že postihují jedince jako celek. Typické pro depresivní poruchu je výskyt ranních a podzimních depresí, které napadají psychiku jedince. Takto depresivnímu člověku již nepomůže psychoterapie, ale jen medikamenty a následná péče. Bipolární poruchy se vyznačují tím, že se střídá období depresí s manickým obdobím. Syndrom vyhoření se dá rozpoznat mnohem lépe (Kapounová, 2007).

1.5.2 Diagnostika syndromu vyhoření

Dnes existuje nespočet metod, kterými se dá zjistit, že jedinec trpí syndromem vyhoření. Nejvíce obvyklé jsou zatím dotazníkové metody. Venglářová (2011) zde hovoří o dvou nejznámějších: Maslach Burnout Inventory (MBI) – dotazník, mapující tři oblasti citové vyčerpání, depersonalizaci a uspokojení z práce. BM dotazník (česká verze od Křivohlavého, 1998, viz příloha 4). Autory BM dotazníku jsou Pinesová a Aronson (Maslach, 1982). Křivohlavý dále (2013) uvádí autorskou dvojici Jacksonovou a Maslachovou, které vytvořily dotazník Maslach Burnout Inventory (Maslach a Jackson, 1982). Aby se dal syndrom vyhoření správně diagnostikovat, musí se projevit pod vlivem stresu a zasáhnout do oblasti psychiky, kde se projeví jako únava, potom musí zasáhnout do oblasti fyzické (časté poruchy spánku). Nakonec musí zasáhnout do oblasti sociální, zde se projeví vyhýbáním kolektivu lidí (Kapounová, 2007). Křivohlavý (1998) vysvětluje interpretaci výsledků u dotazníku Burnout Measure (BM): BM pod 2,0 znamená dobrý výsledek, BM do 3,0 je uspokojivý výsledek, u výsledku BM 3,0 až 4,0 se doporučuje popřemýšlet nad prioritami v životě,

BM 4,0 až 5,0 poukazuje na možnost psychického vyčerpání, BM 5,0 a vyšší hodnoty znamenají doslova kritický stav.

1.5.3 Fáze vyhoření

Syndrom vyhoření probíhá v několika fázích a trvá řadu let (Kapounová, 2007). Kapounová (2007) uvádí pět základních fází syndromu vyhoření: 1. Nadšení, v této fázi je sestra plná ideálů a pracuje impulzivně, do práce se těší. 2. Ustrnutí, zde sestra začíná postupně slevovat z ideálů, začíná být z pacientů unavená, je vyhýbavá. Tato fáze je plná nesplněných předpokladů, stresu, čekání na další nároky. 3. Frustrace – u frustrované sestry se dostavuje zklamání z profese. 4. Apatie – apatická sestra vykonává jen tu nejnnutnější práci, nekomunikuje s nemocnými ani s kolegyněmi, odmítá další vzdělávání. 5. Vyhoření – sestra se úplně vyhýbá práci a požadavkům, zaujímá negativní postoj k vlastní osobě, přestává být zodpovědnou, ztrácí schopnost radování se, je agresivní a netrpělivá. Zažívá nervozitu, únavu, vyčerpání, depresi a cynismus (Kapounová, 2007). Jedinci mívají na svou osobu až moc vysoké nároky (Preiß, 2015). Velice podobná syndromu vyhoření je chronická únava, která trvá déle než šest měsíců, a podílí se na ztrátě až 50% aktivity (Raudenská, 2011). Roschker (2014) zastává názor, že média velmi často „syndrom vyhoření“ používají jako frázi jen proto, aby byla redukována reprezentace původně popsaných složitostí významu tohoto slova.

1.5.4 Terapie vyhoření

Baštecká (2009) přichází s námětem, že pokud u jedince převažují osobnostní příčiny, je nejvhodnější při léčbě syndromu vyhoření navštívit psychoterapeuta. Prevence je levnější než léčba, jak se říká, a proto se ztotožňujeme s názorem Kapounové (2007), že změna jiného oddělení, podpora kolegů v pracovním týmu, aktivní přístupu k životu, zabránění rezignaci, řešení problémů, čelení změnám, využití možnosti vzdělávání, slušné finanční ohodnocení, plán služeb a hlavně pochvala jsou velmi žádoucí v předcházení syndromu vyhoření. Kapounová (2007) nám vštěpuje, aby sestry odpočívaly, relaxovaly, scházely se se svými přáteli, měly koníčky, hodnotily situaci zavčas, vyhledávaly pomoc ihned, nalézaly blízkost k ostatním lidem a měly v nich oblibu, vyhledávaly pozitivní faktory v životě a radovaly se z nich i z maličností, realizovaly své sny a plány do budoucna a v neposlední řadě, aby se přes míru

nezainteresovávaly do osudů pacientů (Plamínek, 2013). Bartůněk (2016) tvrdí, že v osobní rovině je nutné dodržovat rady psychologa, v sociální rovině hraje velkou roli sociální podpora. Podstatná je podpora od přátel a pracovního kolektivu. V roli profesní jde například o očekávání pracovního tempa a průběhu emocí. Specifické prostředky jako např. supervize, jsou silným efektem pro předcházení syndromu vyhoření.

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíl práce

Zjistit význam duševní hygieny u sestry pracující na infekčním oddělení.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jaký význam připisují sestry pracující na infekčním oddělení duševní hygieně?
2. V jakých oblastech sestry pracující na infekčním oddělení pečují o svoji duševní hygienu?

2.3 Operacionalizace

2.3.1 Operacionalizace pojmů

Duševní hygiena – je systém zahrnující praktické zkušenosti, které se soustředí na zlepšení fyzického a duševního zdraví v komplikovaných situacích (Bedrnová, 2009).

Infekční oddělení – infekční oddělení poskytuje léčbu nemocným s infekčními chorobami. Pro infekce s vysokou přenosností je oddělení vybaveno zvláštním klimatizačním systémem s filtrací vzduchu a zvláštním režimem péče, bránící přenosu původců nemocí. (<http://www.nemcb.cz/infekcni-oddeleni/>).

Relaxace – postup, který umožňuje ovlivnit psychický i fyzický stav, navozovat stav klidu a pohody, zlepšovat odolnost proti zátěži.

Psychická zátěž – monotónie, vnucené pracovní tempo (Čevela et al., 2009).

Syndrom vyhoření – souhrn příznaků, které nasvědčují psychickému vyčerpání. Jev u jedinců, kteří pracovali s bolestí druhých lidí (Kebza, 2005).

Stres - stav, ke kterému dochází při vystavení organismu mimořádným podmínkám, psychosomatická reakce na stresor (Kevereski et al., 2016).

3 METODIKA

3.1 Metodika výzkumu

Ke zpracování této praktické části bakalářské práce byl využit kvalitativní výzkum. Formou polostrukturovaného rozhoru bylo provedeno výzkumné šetření u dvaceti respondentů, tedy sester pracujících na infekčním oddělení. Výzkumné šetření probíhalo ve dvou nemocnicích, v Jihočeské nemocnici a v nemocnici na Vysočině. Bližší informace o nemocnicích zůstanou z anonymních důvodů utajeny. Všichni respondenti byli dopředu seznámeni s tématem bakalářské práce a povahou otázek. Jednotlivé rozhovory byly vedeny podle okruhů otázek, které se týkaly duševní hygieny, a byly dopředu vytvořeny. Otázky byly směřovány na probandy tak, aby odpověděli svými slovy. Otázek bylo jedenáct, ale některému informátorovi byla položena i podotázka k doplnění či upřesnění informace. Rozhovor by se dal rozdělit na tři části, kde první část respondenty seznamuje s duševní hygienou, druhá část rozhovoru je koncipována tak, aby proband přemýšlel o zdravém životním stylu, zdravém stravování a spánku. Třetí a poslední část rozhovoru se opírá o pracovní část informátorů, kde jsou zjišťovány například mezilidské vztahy a stres v práci. Při vedení rozhovoru nebyl použit diktafon, z důvodu odmítnutí sester. Rozhovory byly přepisovány ihned na místě do Microsoft Office Word (viz přepsané rozhovory na CD). U každého informátora byla sebrána informace o věku, dosaženém vzdělání, celkové sesterské praxi a praxi na infekčním oddělení. Tři respondenti z časových důvodů preferovali rozhovor jinde než v nemocničním prostředí. Celkově patnáct rozhovorů proběhlo ve skupinovém rozhovoru a pět respondentů se sešlo jednotlivě. Veškerý sběr informací proběhl osobně a ústně na předem domluveném místě a čase. U jednoho respondenta došlo k doporučení na rozhovor na jiného, jednalo se tedy v tomto případě o *snowball technique* (Švaříček a Šed'ová, 2014). Toto výzkumné šetření bylo realizováno v měsících únoru a březnu 2017. K analýze rozhovorů byla použita metoda *papír a tužka* (Švaříček a Šed'ová, 2014). Touto metodou se dal přehledně zjistit počet probandů, kteří se shodovali na stejné odpovědi. Všem respondentům podle jejich práva bylo nabídnuto následné odeslání celé bakalářské práce v elektronické podobě a prislibeno tak v měsíci květnu 2017.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumné šetření v kvalitativním výzkumu tvořilo 20 sester, které pracovaly na infekčním oddělení. Deset respondentů bylo osloveno a následně od nich sebrána data v Jihočeské nemocnici a deset v nemocnici na Vysočině. Mezi těmito sestrami je jeden muž a asi zhruba deset studentů, kteří si dodělávají vyšší odborné nebo vysokoškolské vzdělání. Výzkumný soubor disponuje sestrami, které mají střední zdravotnickou školu a k tomu nástavbu ARIP, jen střední zdravotnickou školu nebo vyšší odbornou školu zdravotnickou. Do výzkumného souboru byli zařazeni i tři zdravotní asistenti a to z toho důvodu, že jsou při studiu zařazeni na pozici všeobecná sestra. Tito tři asistenti tak vykonávají naprosto stejnou sesterskou práci. Uvádíme tabulky, které obsahují základní informace o probandech z obou nemocnic (viz tabulka Identifikačních údajů dotazovaných sester). Sestry jsou zkratkovitě označovány od R1 po R20, R = Respondent.

Tabulka 1 Identifikace respondentů - sestry

Jihočeská nemocnice				
	Věk	Celková praxe	Praxe na infekčním odd.	Vzdělání
Sestra – R1	22	2 roky	2 roky	SZŠ
Sestra – R2	37	18 let	18 let	Bc., Dis.
Sestra – R3	41	23 let	6 roků	SZŠ
Sestra – R4	20	Necelý rok	Necelý rok	SZŠ
Sestra – R5	44	23 let	12 let	SZŠ
Sestra – R6	25	1,5 let	1,5 let	Bc.
Sestra – R7	24	7 měsíců	7 měsíců	Bc.
Sestra – R8	28	8 let	7 let	Bc.
Sestra – R9	53	36 let	7 let	SZŠ+ARIP (1993)
Sestra – R10	28	6 let	6 let	Mgr.

Zdroj: Vlastní zpracování

Tabulka 2 Identifikace respondentů - sestry

Nemocnice na Vysočině				
	Věk	Celková praxe	Praxe na infekčním odd.	Vzdělání
Sestra – R11	62	43 let	26 let	SZŠ
Sestra – R12	33	11 let	3 roky	Dis.
Sestra – R13	21	1 rok	1 rok	SZŠ
Sestra – R14	28	7 let	2 roky	Mgr.
Sestra – R15	23	1 rok	5 měsíců	Dis.
Sestra – R16	23	2,5 let	2,5 let	Bc.
Sestra – R17	45	27 let	17 let	Bc.
Sestra – R18	46	26 let	17 let	SZŠ
Sestra – R19	22	1,5 let	1,5 let	SZŠ
Sestra – R20	40	12 let	6 let	Bc.

Zdroj: Vlastní zpracování

Legenda:

- ARIP = Anesteziologicko Resuscitační Intenzivní Péče
- Bc. = baccalaureus, tj. bakalář
- Dis. = diplomovaný specialista
- Mgr. = magister, tj. magistr
- SZŠ = střední zdravotnická škola

4 VÝSLEDKY

4.1 Výsledky kvalitativního šetření

Diagram 1 Duševní hygiena



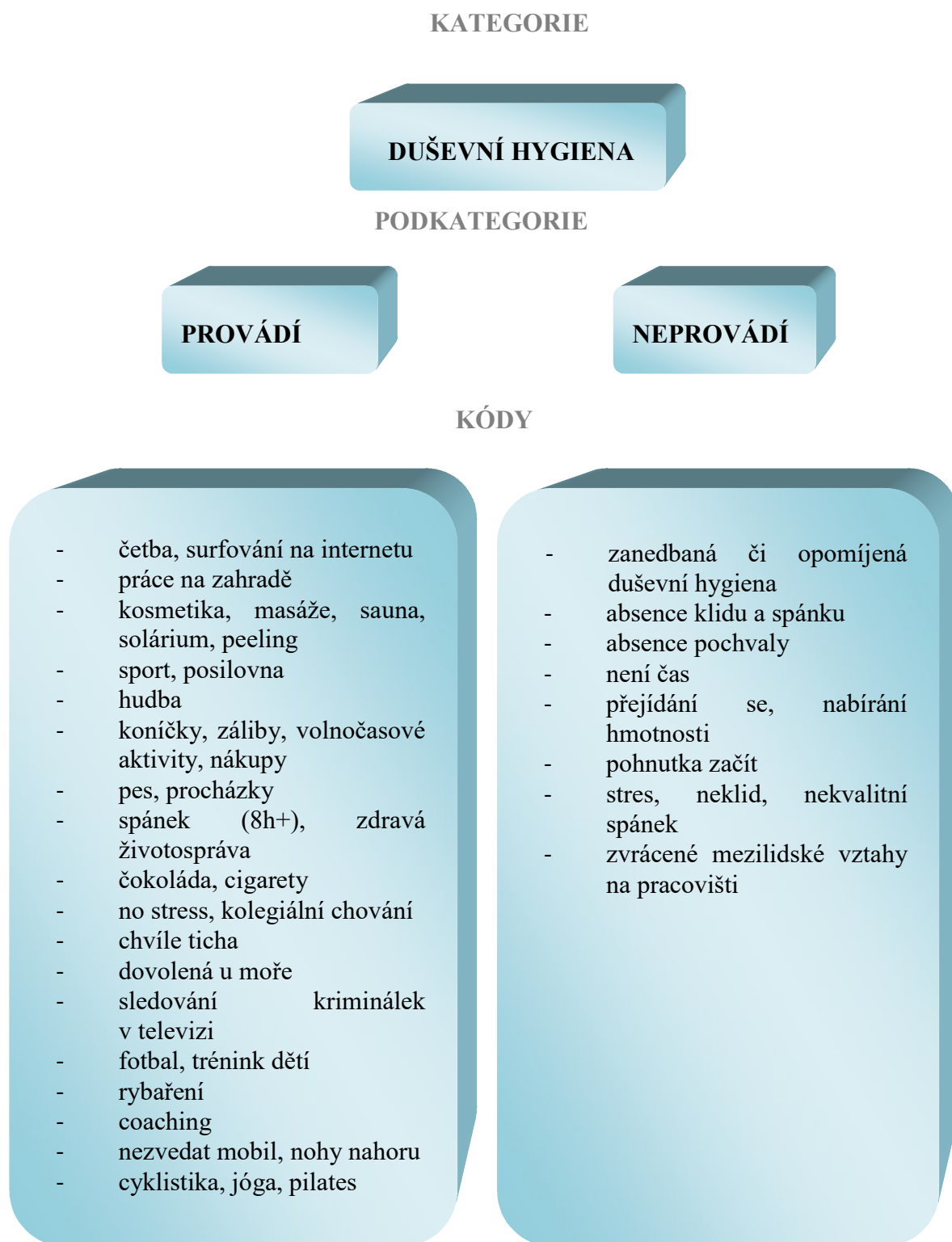
Zdroj: Vlastní zpracování

Představa o duševní hygieně

Z Diagramu 1 lze vyčíst, že respondenti byli dotazováni na duševní hygienu. Konkrétně měli odpovědět, co si pod duševní hygienou představí a co do ní zařadí. Diagram tedy nese dvě podkategorie Představu a Zařazení. Probandi nejvíce odpovídali, že si pod duševní hygienou představí „meditaci“ a „jógu“. Předkládáme rovněž i nejméně prezentovanou odpověď, což byla „péče o duši“. Nejméně sdělovanou odpovědí co by se podle informátorů zařadilo do duševní hygieny byla „četba“. Co by si respondenti představili pod pojmem duševní hygiena se sporadicky objevila odpověď: „Večery s přáteli“. Tyto odpovědi se také odrážely od věku sestry. Mladší sestry mají vidinu, že duševní hygiena je forma zábavy a starší sestry mají na mysli spíše klidnější a uvolněnější druh odpočinku. R8 uvádí: „*Představím si člověka v klidu v pohodě, nejlépe bez stresu, ale to při naší práci asi nejde co.*“ Oproti tomuto respondentu o 23 let mladší R5 tvrdí: „*...je to vlastně způsob, jak zabránit psychickým problémům, jak se nedostat do různých depresí a celkově do psychických nemocí. Do duševní hygieny bych určitě zařadila jakýsi způsob relaxace, kdy se člověk pokusí uvolnit a nemyslet vůbec na nic, jen na tu chvíli, na ten pocit.*“ Dále jsme zjistili, že tato otázka v mnoha informátorech vzbudila zjištění a uvědomění, že vlastně duševní hygienu neprovádí a proto se u některých neverbálním způsobem projevilo rozčilení nebo smutek. R19 řekl: „*Duševní hygiena je všechno to co nedělám, kvalitní spánek, odpoutání se od práce, nechat všechno na vrátnici když se jde domů, vlastní koničky na který nemám čas ani náladu, ani na přátele protože jsme všichni ze stejného oboru....*“. Respondenti se navzájem utvrzovali v jednotlivých souvislostech a jejich odpovědi byly velice podobné. V podstatě probandi ví, co si mají pod duševní hygienou představit, ale nerelaxují a neodpočívají tak, jak by měli nebo si zasloužili. R20 uvedl: „*...je to soubor všech věcí, který mi dovolí spát, abych fungovala dobře. Psychicky a fyzicky byla v pohodě, věci který mi pomůžou, abych se cítila dobře a fajn. Představím si něco, jak si uchovat duševní pohodu v práci a v osobním životě....*“ Tři respondenti neměli tušení jak odpovědět, tudíž odpověděli „nevím.“ Pět informátorů odpovědělo pouze na to, co si pod ní představí a zbylí dva zodpověděli i na druhou část otázky co by do ní zařadily. R5 říká: „*...duševní hygiena je způsob jakým člověk dbá o svůj vnitřek, tím myslím o svou duši.*“ Podobně odpověděl i R6 uvádí: „*Ovšem co do duševní hygieny podle mého názoru také patří, je zdravá životospráva, kvalitní spánek a příjemné pracovní prostředí.*“ Tato odpověď, která zohledňuje spánek

a dotýká se i zdravého životního stylu je jedinou odpovědí u tohoto probanda. R2 – R8 uvádějí společnou odpověď: „...do duševní hygieny patří dušení rovnováha.“ R4, R7, R8 tvrdí, že: „Do duševní hygieny patří klid a ticho.“ Dá se z těchto nejčastějších odpovědí shrnout, že probandi preferují po práci klid a relax, který by jim dodal sílu. Z relaxačních cvičení byla nejvíce zmiňovaná jóga, kterou cvičí R5 a uvedl že: „Dále bych do duševní hygieny zařadila třeba jógu, která je podle mě na takové to odreagování nejlepší.“ Strava a životní styl byla též zmíněna v odpovědích. Zaznamenáváme odpověď od R17: „...zařazuji spánek, odpočinek a stravu. Protože zdravý stravování taky moc člověku nepřidá.“ O duševní hygieně můžeme popřemýšlet i z pohledu již vzniklého syndromu vyhoření, jak popisuje R18: „Zařadila bych do duševní hygieny i celý životní styl. Jak často, jak moc a jak dlouho člověk pracuje, nakolik ho jeho zaměstnání stresuje, jak je schopný odpočívat, relaxovat, jestli má nějaké koníčky, zábavu, jestli cvičí nějaké relaxační cviky, jestli má přátele, jak se vyrovnává se stresovými situacemi, jestli si člověk vůbec uvědomuje nějaký problém, zda má v někom nebo něčem oporu. Zda třeba člověk navštěvuje psychoterapeuta, jestli dělá autogenní trénink.“ Ze syndromu vyhoření se člověk nevyspí, a proto byl zmíněn ještě jednou, ale informátorem, který pracuje na jeho prevenci. R14 uvádí: „Rozhodně si myslím, že do toho patří spousta věcí, jako jsou třeba nákupy – shopping nebo když si ženská zajde na kosmetiku, do kina atd. To nakupování mě úplně vyléčí ze všech problémů.“

Diagram 2 Způsoby duševní hygieny



Zdroj: Vlastní zpracování

Provádění duševní hygieny

Tyto kategorie obsahují informace, zda respondenti provádí duševní hygienu nebo ne. Od respondentů byly sesbírány kódy, které jsou jednotlivě zaznamenány do patričních podkategorií, které prozrazují, zda duševní hygienu provádí či nikoli. Tyto kódy mají být doplněním, čím konkrétně informátoři provádějí onu duševní hygienu. Nejčastěji užívané kódy v podkategorii Provádí, se vyskytly: „četba“, „práce na zahradě“, „pes“, „koníčky“ a „spánek“. Probandi se v rozhovorech zmiňovali o tom, co jim pomáhá po práci načerpat sílu a čím tzv. „upouští páru“. Jako příklad uvádíme odpověď R2: *„Já dělám nezávislou poradkyni pro kosmetiku Mary Kay, takže tím se hodně zabavím, relaxuju a zapomenu na divokou směnu v nemocnici. Chodím na obličejové masáže na obličejové masáže, do sauny, někdy do solária, na různé druhy peelingů a to mě moc baví“*. Z této výpovědi, můžeme vyvodit, že proband využívá k duševní hygieně volnočasovou aktivitu, která je v podobě relaxuj celého člověka. Na rozdíl od R6, který uvádí: *„Mám strašně ráda sladké, ale pokud bychom to měli brát z hlediska duševní hygieny, tak je to vlastně dobře protože jedna čokoláda mě vždycky hodí do pohody“*. Tento informátor našel zálibu v jídle, tedy v čokoládě, která mu dopřává pocit pohody a dokáže navodit příjemný pocit. Příjemný pocit má i R8: *„Využívám masáže a vše co nám platí zaměstnavatel. Problém je, že za dvakrát do roka se toho moc nestihne, druhý problém je ten, že ten kdo si to nevybere, tak ty hodiny se nepřevádí do dalšího období. Takže to propadá a kolikrát se tam ještě všichni na to cvičení prstě nedostaneme. Někdo chodí fakt pravidelně a někdo tam ještě ani nebyl. Doma mi pomáhá pes, chodím s ním na procházky“*. Pohyb si dopřává i respondent č. 11: *„Hraju fotbal a jsem trenér dětí, mám rád rybaření, sledování filmů – to mi hodně pomůže upustit páru“*. Respondenti tedy zatím využívají způsob duševní hygieny formou aktivního odpočinku nebo masáží. Odpověď R12 se odráží zcela jiným směrem: *„Se sportem je to mizérie, co se týče času. Nechala jsem se dokonce i od známého koučovat, je to paráda. Rázem všechny problémy byly pryč. Nevím, jestli o tom někdy něco slyšel, ale přišla jsem na to, že si člověk v hodně případech dokáže pomoci sám, aniž by u toho někdo musel být. I když jsem měla pocit, že ten kouč mně k tomu dovedl.“* Tato odpověď je zcela sporadická s výskytem u pouze jednoho respondenta z celých dvaceti. V podkategorii Neprovádí nejčastěji respondenti vypovídali tyto kódy: „absence klidu a spánku“, „stres, neklid a nekvalitní spánek“, „přejídání“ a „zvrácené mezilidské vztahy na pracovišti“. Zkoumání přineslo výsledky,

že e většině odpovědí se nejvíce shodovalo spojení, že respondenti nemají čas. Zároveň se chtějí starat o svou duševní hygienu nebo uváděli, že ji dost zanedbávají a jsou si toho vědomi. Ti, kteří vypověděli, že duševní hygienu nějakým způsobem opomíjejí, tak uvádějí důvody, které směřují na pracovní přetaženost. Pro názornost uvádíme odpověď R5: *„V mém případě bych řekla, že mám duševní hygienu dost zanedbanou. Nemám pocit, že bych pro svoje zdraví něco dělala, i když vím, že to není správné. Podle mého totiž do duševní hygieny spadá určitá forma klidu, spánek a takové ty klidné zájmy, což u mě není a tak na to nezbyvá čas.“* Tento respondent si je vědom, že svoji duševní hygienu nemá v dobrém stavu a ví, že toto strádání jak sám tvrdí, není správné. Velice podobná odpověď je od R6: *„abych pravdu řekla, nad svou duševní hygienou jsem nikdy moc nepřemýšlela. Ale možná ji provádím a ani o tom nevím, kladu totiž důraz na to, abych měla každý den naspáno alespoň 8 hodin“.* Pro tohoto respondenta zřejmě znamená dopracovat se k duševní hygieně přes kvalitní spánek. Prezентujeme další odpověď od respondenta č. 13, který rovněž neprovádí duševní hygienu: *„Neprovádím to, ale přála bych si to. Není čas vůbec na nic, jsem ráda, že si lehnu“.* Někteří respondenti hovořili i o tom, že ačkoliv neprovádí duševní hygienu, dokáží si chvíli klidu dopřát. Každý si dopřeje odpočinek jiným způsobem, ale docílí jej. Taková odpověď byla velice podobná asi u třech probandů, které si uvedeme: R14 tvrdí: *„Ležím, poslouchám hudbu, relaxuju u televize. Někdy mi bohatě stačí jen ticho a nad ničím nepřemýšlet, pak se mi nechce vůbec nic ale dělat“.* R15 uvádí: *„Jdu se psem ven a to se mi nikdy nechce, ale pak když se vrátím, tak jsem ráda, že jsem s ním šla“.* R16 říká: *„Nezvedám mobil, ani nejsem na počítači. Otevřu si doma po práci okno, hodím si nohy nahoru a takhle to dělám furt“.* U těchto respondentů je více méně potlačovaná duševní hygiena. Nicméně z rozhovorů od informátorů nebylo znát, že by je to nějakým způsobem poznamenalo či snad, že by měli respondenti problémy. Respondent č. 20 přímo poukázal na to, že jeho pracovní vytížení mu nedovolí ani spát a když ulehá ke spánku, neustále přemýšlí co se děje v práci. R20 řekl: *„...nedělám nic pro sebe, necítím se vůbec dobře. Nespím, když můžu, tak mi to šrotuje v hlavě. Neusnu, odcházím z práce vyšokovaná, jestli jsem něco neudělala špatně, ujišťuju se, jestli všechno dělám správně, dovolávám věci, co jsem nestihla předat noční směně“.* Z rozhovorů vyplývá, že duševní hygiena je opravdu důležitá a těm respondentům co chybí, schází právě odpočinek a relax o němž sami mluvili. Prosté ticho anebo jen

na nic nemyslet, může dost napomáhat k tomu, aby si člověk odpočinul a načerpal sílu s čistou hlavou.

Diagram 3 Relax nebo odpočinek



Zdroj: Vlastní zpracování

Způsob Relaxování a odpočívání

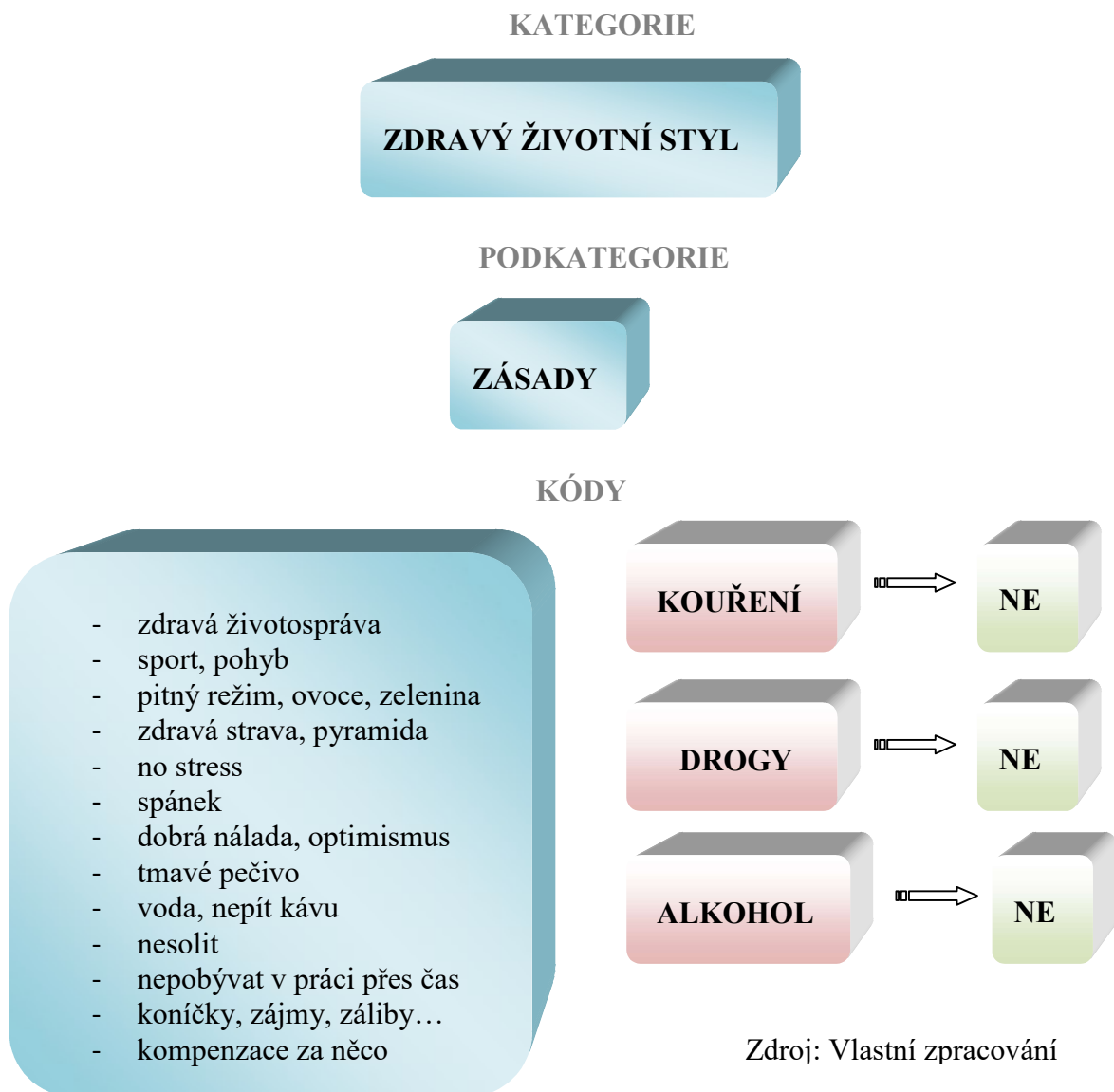
V kategorii Relaxování a odpočívání jsme se pokoušeli zjistit, jak a proč respondenti odpočívají. Tuto kategorii jsme rozdělili na dvě podkategorie s názvem Jak a Proč. Výsledkem jsou kódy, které informátoři zodpověděli při rozhovoru. Dá se objektivně shrnout, že všech dvacet probandů se shodlo na stejném podkladě odpovědi v podkategorii Proč. Respondenti nedělali rozdíl mezi odpočinkem a relaxem a bavili se o těchto dvou pojmech jako o jednom a tom samém. Rovněž byly odpovědi stejné na otázku, proč relaxují. Zástupcem jedné z nejčastěji uváděné odpovědi je u R2: „*Sedím nebo ležím, čtu, zažívám se. Chci aktivní odpočívání třeba jízdu na kole, ale to občas nejde s dětmi. Na procházku chodím se psem, odpočívám tak, že jdu s dětmi po obědě spát*“. Z rozhovorů jsme se dozvěděli, že respondentům pomáhá při relaxování jejich domácí mazlíček. Z dvaceti informátorů se nejvíce objevoval pes a kočka. R6 rovněž uvádí, že duševní hygienu provádí se svým domácím mazlíčkem: „*Já nejraději relaxuji procházkou se svým psem, to je způsob, který mě opravdu hodně dokáže uklidnit a kde si opravdu odpočinu. Dále moc ráda odpočívám tak, že trávím čas se svým kamarády a to různým způsobem*“. Při výběru odpočinku hraje důležitou roli to, co člověk dělá, čím si dokáže odpočinout. Každému vyhovuje něco jiného, a proto se odpočinek dělí na aktivní a pasivní. Uvádíme odpověď respondenty, kteří odpočívají zásadně pasivně. R7 řekl: „*Relaxuju a odpočívám, abych si odpočinula a nebyla unavená, odpočívám pasivně. Spím, ležím, odpočívám n gauči. Aktivně moc ne, ale když už tak sportuju, chodím na procházky, mám doma cvičení na DVD nebo na netu. Ještě mám kocoura a ten mi taky pomáhá zmírnit stres a napětí. Kočky mají svoje kouzlo*“. R8 tvrdí: „*Rozhodně neuklízím po dvanáctce jako jiné kolegyně. Nejsem hloupá a ani blázen. Určitě už vidím, jak celá žhavá uklízím a smejčím celej byt v 19 hodin po celodenní dřině v nemocnici. Prach ne prach, pustím si telku a to je celej můj večer*“. Tito respondenti tedy odpočívají raději tím, že už nic po práci nedělají. Nejlépe jim vyhovuj pasivní odpočinek při kterém leží nebo sedí, jak sami uvádějí. Odpočívají při televizi, s rodinou nebo se svým domácím mazlíček. S rodinou odpočívá i respondent č. 4: „*Odpočinek mám před každou noční směnou. Dopřeju si volný den, kdy se odreaguju prací v domácnosti. Relax u oblíbeného seriálu nebo na kafíčku s přáteli. Pro mě je ten relax být někde venku v přírodě, není to nijak časově náročné, ale mám čas sama na sebe a vypnu. Nemusím myslet na práci. Nejraději relaxuji tím stylem, že ve veškerém mém volnu jedu za rodinou. Najdu tam pohodu a skvělou atmosféru*

a to mi stačí k tomu, být v pohodě a mít dobrou náladu. Informátoři jsou ve svém sesterském povolání ve velkém stresovém vypětí a ty slabší povahy toto snáší hůře. Po práci se respondenti těší do svých domovů a na zasloužený klid a odpočinek. O stresu a co přesně v práci nejvíce unavuje, hovoří R9 a R10. R8: „Většinou jsme pod náporom stresu a snažím se to nějak kompenzovat například tím cvičením. Někdy mám také období, kdy chci být sama a kouknout se na nějaký hezký film. Relaxuju asi proto, že jinak bych se z toho musela asi zbláznit, z toho věčného chaosu v životě“. Podobná odpověď i u R10: „Po většině směn odpočívám z důvodu únavy po 12 hodinách stání na nohou a ošetřování pacientů s infekčními chorobami. Večer až přijdu domů se osprchuju a s ovladačem od televize usínám v křesle“. Tato odpověď popisuje zcela výstižně, že sesterská profese je opravdu náročná a z volného času co zbývá sestřám po práci se nedá moc činností realizovat než odpočívát a nabírat síly na další den. Uvádíme odpověď informátora, který se zmiňuje i o syndromu vyhoření, který rovněž souvisí s tímto tématem duševní hygieny. R12 uvádí: „Proč relaxuju? Abych se nezbláznila, známá kvůli tomu syndromu vyhoření navštívila i psychologa a brala nějaký prášky. Prý jí to pomohlo, ale musela změnit práci na jiném oddělení, tak tomuto se chci nejvíce vyhnout“. Pro léčbu syndromu vyhoření je velmi důležitá behaviorální terapie od odborníků a samozřejmě i vedlejší léčba. Syndromu vyhoření se sestry nejvíce bojí a bojují proti ní prevencí. Prevence skýtá nejvíce metod k tomu, aby se zdravotník obešel bez psychických problémů. S prevencí může pomoci i rodina a nejbližší lidé z okolí jak vypovídají R13, R15, R16, R19 a R20. Tito probandí se shodují na tom, že volný čas tráví právě na rodině. R13 uvedl: „...odpočívám pro záchranu duševního zdraví. A jak? to už je horší, převážně aktivně s dětmi. Jenže odpočinku moc není a práce je dost, takže večer padám úplně K.O.“. podobně odpovídá R15: „Já odpočívám s dětmi, jsou sice už větší. Užívám si, dokud jsou ještě s námi doma. O víkendu třeba jedem pryč když nejsem v práci nebo v létě na dovolenou. Přes týden přijdou děcka ze školy, my z práce a zažíváme rutinní kolečko“. Proband č. 6 teprve pracuje na rodině. Což může být eustres nebo distres. Uvádíme i jeho odpověď: „Trávím společný čas s rodinou a přítelem. Plánujeme svoji rodinu, takže jsme hodně spolu, a když je čas, tak jezdíme na výlety nebo jen koukáme na film a odpočíváme“. Odpovědi u R19 a R20 jsou velice podobné. Jsou to kolegyně, které mají mezi sebou velmi hezký vztah, a proto se v rozhovoru dobře doplňovali. Jejich odpovědi jsou skoro identické. Odpověď R19: „Relaxuju v tu chvíli, když odsud

odejdu. Můj manžel mi dost pomáhá, relax mám u televize nic jiného nestíhám. Na domácnost není tak moc času. Od rodiny mě těší, že mě dokážou pochválit a nemám pocit méněcennosti. Hraju poker – soutěžně, dělám dobrovolného hasiče. Sleduju sportovní pořady, s přáteli si jdeme občas sednout na skleničku vína“. R20 potvrdil, že rovněž pociťuje absenci času a doplnil: „...nerelaxuju, neodpočívám. Abych se nesesypala a dala to do budoucna, tak se musím věnovat partnerovi, je to pro mě jediný aspekt co mě dokáže nabít a taky služba s mojí oblíbenou kolegyní. Největší relax je to, že čas mám sama na sebe a můžu si dělat, co chci. Nohy mám nahoře, je to pro mě strašné odreagování. Protože pokračuji ve studiu, pracuji ve své disertační práci s tématem, které se dotýká víry a je to pro mě jiný náhled na situaci. Největším mým zalíbením je, když jedu delší dobu v autě, mám puštěné rock rádio a já mám pocit blaha, je to jenom moje chvíle, ve které se cítím alespoň na chvíli šťastná. Jedu si jak chci, v autě je to nádhera – soustředím se jen na provoz na vozovce. Cítím se hrozně bezpečně, když jedu sama a rychle, upouštím si tímto páru“.

Všichni dotazovaní respondenti odpočívají nebo relaxují každý jinak. Někteří nestíhají, a proto nerelaxují. Nakonec sami pociťují, že jim není dobře a v práci jsou dost unavení. Každou volnou chvíli směřují na odpočinek a k chvilkovému uvolnění těla a mysli.

Diagram 4 Předpoklady zdravého životního stylu

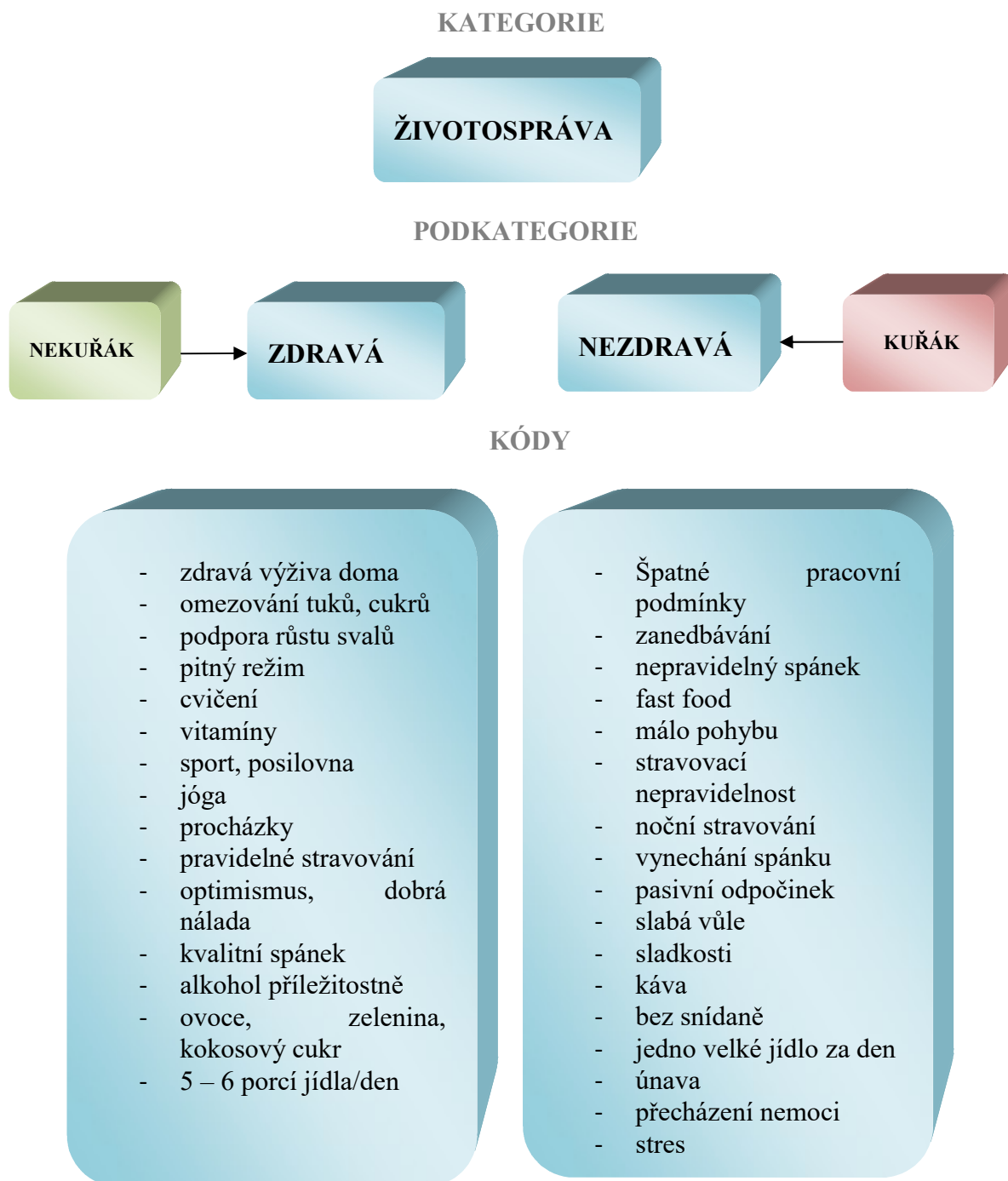


Zásady zdravého životního stylu

Kategorie s názvem Zásady zdravého životního stylu se opírá o poznatky respondentů o zdravé životosprávě. Informátoři byli orientovaní a prokázali své zkušenosti se zdravým nebo v některých případech nezdravým životním stylem. Na otázku odpověděli všichni respondenti a jejich odpovědi jsou zakódovány do hesel. Respondenti měli odpovědět, jaká jsou v podstatě pravidla, která by splňovala zdravá životospráva. Proto tato kategorie nese podkategorii s názvem Zásady. Tato podkategorie s sebou nese i tři menší odnože, které byly odpovědi úplně každého respondenta a to je „Kouření“, „Alkohol“ a „Drogy“. V rozhovorech všichni informátoři nabyli dojmu, že kouření škodí zdraví a proto jej rozhodně jako za zásadu zdravého životního stylu nepovažují. To samé dopadlo s alkoholem a s drogami. Žádný respondent neužívá drogy, každý respondent pije alkohol pouze příležitostně a někdo jen svátečně. Kouří přibližně polovina respondentů. Paradoxem zůstává, že i kuřáci označili kouření jako škodlivý faktor, jsou si toho vědomi, že si dobrovolně ničí zdraví. Na začátek uvádíme odpověď respondenta, který si v rozhovoru protičeřil, R1 uvedl: *„Zdravá životospráva, rehabilitace, kondiční cvičení a nekouřit. Doma sedím a čtu, piju kávu, kouřím“*. Mezi zdravou zásadu správného životního stylu je nepochybně i lékařská prohlídka, která nemá zůstat zanedbána. Tuto skutečnost vyzdvihuje i R3, který uvádí: *„Dodržovat pitný režim, jíst hodně ovoce a zeleninu, omezit nezdravé tuky a cukry. Zařadit zdravé tuky a pomalé sacharidy. Pohybovat se, žít bez stresu, nekouřit, nepít (alkohol), chodit pravidelně na preventivní prohlídky k lékaři“*. Respondenti spíše pod pojmem životní styl vnímali více stravovací stránku než-li to ostatní co je uvedeno v našich kódech. Uvádíme několik podobných odpovědí, které se odrážejí na stravování. R6 tvrdí: *„Podle mě existují dvě hlavní zásady zdravého životního stylu. Prvním je stravování, kdy je důležitá vyváženost a pravidelnost. Tím druhým je pohyb. Samozřejmě pohyb, podle individuálních možností a schopností každého člověka. Dále do zdravého životního stylu patří zvládnutí stresu, spánek, dobrá nálada a optimismus“*. Téma životní styl často v lidech evokuje jídlo nebo stravování a popisují nejčastěji to. Z našich respondentů jsou zhruba asi dva, co se nevěnují jen zdravému stravování. I náš další respondent, uvádí myšlenky o jídle, a i když to do této otázky nepatří, nepřímou uvedl i své zkušenosti, R7 řekl: *„Nejíst bílý rafinovaný cukr. Já osobně jej vyměnila za kokosový cukr. Nepiji sladké nápoje voda s citronem je nejlepší. Zařazuji do svého jídelníčku hodně ovoce a zeleniny. Nejím bílé pečivo, jím*

celozrnné pečivo. Pečlivě vybírám i zdravé mouky, ne ty klasické. Z mouky spíše žitnou, pohankovou, špaldovou. Nevadí mi, že to leze do peněz, zdravá má člověk jen jedno a už si ho i tak dost ničíme“. Uvádíme další odpovědi, které se pohybovaly okolo stravování. R10 tvrdil, že: *„...především jde o to, aby se člověk zdravě stravoval. Měl pravidelný pohyb. Pil spíše vodu nežli kávu a perlivé nápoje“.* Nejvíce tedy respondenti hovořili o stravování, dále potom zmiňovali pohyb. Pohyb aby byl opravdu účelný je třeba, aby byl pravidelný. Mimo jiné i v dostatečné míře. O pohybu hovořil respondent č. 5, který tvrdil, že: *„Nekouřit, nepít nebo alespoň omezit alkohol, snažit se dostatečně pohybovat, mít dostatek spánku, dostatek tekutin, nepřetěžovat se a nebýt ve stresu. Což prostě v reálném životě prostě nejde“.* Naopak problém se spánkem též nezůstaly opomíjeny. Respondenti z předešlých dvou otázek v rozhovoru neměli problém zmínit i to, že spánek je důležitou součástí pro zdravý životní styl. Odpověď respondenta č. 9, na otázku, jaké jsou podle něj zásady zdravého životního stylu zní: *Hlavní je dostatečný spánek. Dále dodržování pitného režimu, častý pohyb a snažit se jíst zdravě. Neužívat nějaký návykové látky“.* Z jihočeské nemocnice respondenti zmiňovali i nezdravé sedavé povolání nebo solení pokrmů, R16 zmínil: *„Nesolit, nemít sedavé povolání, jíst 5x denně, nestresovat se“.* R17 uvedl: *„Dodržovat zdravý jídelníček, pitný režim, dodržovat dobu práce a odpočinku, umět relaxovat, mít nějaké koníčky, záliby, tělesnou aktivitu, dobré přátelské vztahy, umět pracovat se stresovými situacemi, nechtít zvládnout nemožné“.* Duševní stránka rovněž byla zmíněna a opírala se o dobrou náladu nebo optimistické myšlení respondentem. Respondenti byli při rozhovorech vyrušeni občasnou situací, která je na místě rozčílila nebo dostala do nepříjemných rozpaků. Proto i stres nebo rozčílení bylo zmíněno ve smyslu, že rozhodně nepatří do zásad životního stylu. R18 tvrdí, že: *„Dostatek pohybu a spánku. Jíst pestrou stravu, dostatek ovoce a zeleniny, jíst častěji a menší porce. Mít dostatek tekutin, odpočinek“.* R19 uvedl: *„Nerozčilování se, spánek, zdravá strava, pozitivní myšlení. Je dobré najít si nějakou kompenzaci, jak ze sebe vybit věci, třeba tělesná aktivita, kterou se nemyslí jen sport“.*

Diagram 5 Životní styl



Zdroj: Vlastní zpracování

Životní styl u sester

V kategorizaci s názvem Životní styl u sester mělo za cíl dotázat se, jakou životosprávu vedou sestry. Respondenti se ve většině případů přiznali, že jejich životní styl není vůbec v pořádku. Proto tato kategorizace nese dvě podkategorie s názvem Zdravý a Nezdravý. Tyto podkategorie jsou upřesněny ještě na to, zda odpovídal kuřák nebo nekuřák respondent. Žádný proband, který by byl kuřák nevedl v našem výzkumu zdravý životní styl. Respondenti si v rozhovoru měli vzpomenout, jakým stylem vedou svůj život. Skloubení zdravého životního stylu a sesterské profese se ukázalo, že je dost obtížné a při této profesi skoro nemožné denně dodržovat pitný režim a stravování se 5 – 6 krát denně. Sporadicky se ukázala odpověď, že to skloubit jde, ovšem pestrá a pravidelná strava v domácím prostředí, tedy ve volném dni. Výsledky rozhovor odhalili, že všichni respondenti dochází na oběd do závodní nemocniční jídelny a tudíž nemají možnost si vybrat jídlo, které by stoprocentně vyhovovalo požadavkům zdravé stravy a pyramidy. Začněme odpověďmi, které se dotýkaly stravování. R3 uvádí, že: *„Snažím se omezovat tuky a jednoduché cukry. Navyšuju bílkoviny a pomalé sacharidy pro úbytek tuku a růst svalů. Snažím se taky hodně pít, když na oddělení to někdy moc nejde no. Cvičím a do jídelničky taky zařazuju vitamín C a B“*. První krok ke zdravé výživě zde u respondenta byl zvolen zdravou stravou. Bylo zde zmíněno, že se v pracovním prostředí nelze držet pitného a stravovacího režimu tak přísně oproti volným dnům. Zcela opačná odpověď, která poukazovala na to, že informátor pocítuje absenci zdravé životosprávy R4 uvedl: *„Mám nepravidelný spánek, špatně se stravuju, mám málo pohybu. To vše je údělem zdravotní sestry pracující ve směnném provozu... Nejhorší jsou noční směny. Mám rozházený biorytmus, spánek, jím nepravidelně, nedodržuju čas ani druh jídla. Jím co nemám v nevhodný čas po noční jím a jdu spát. Což je samozřejmě blbě, já vím... Někdy nejdu spát ani vůbec. Skloubit práci a volný čas je prostě dost náročný když mám ještě jiný povinnosti a starosti. Jo a odpočívám pasivně, když pomínu venčení psa. Svůj životní styl hodnotím známkou 4“*. Z této odpovědi vyplývá to, že dvanáctihodinové směny mají za následek nedostatek volného času, který by se dal směřovat zdravým stylem. Tato odpověď navíc potvrzuje skutečnost, že noční směny narušují denní biorytmus a přejídání v noci což vede k přibírání a k nadváze. R5 řekl: *„Moc dobře můj životní styl nevypadá. Nic nestíhám a na nic nemám čas. Sice nekouřím, ani nepiju, al nemám moc času ani na sport a už vůbec ne na zdravé stravování. Už párkrát jsem se o to pokoušela, ale bohužel jsem*

to kvůli práci a škole nestíhala“. Z této odpovědi vyplývá, že respondent několikrát se pokoušel o to, aby ubral a váže. Pokus nebyl úspěšný z důvodu nedostatku času. Škola a práce prý na čas ubírala nejvíc. Uvádíme odpověď od informátora, který odpovídal víc méně neutrálně. R6 zmínil: *„Můj životní styl není úplně ideální, ale ne zase úplně nejhorší. Snažím se mít dostatek pohybu, chodím do posilovny, běhám a dělám jógu. Se svým psem chodím pravidelně každý den na procházky. Stravovat se snažím pravidelně, ale někdy to bohužel úplně nejde. Taky se snažím mít svoji stravu vyváženou, ale jak jsem říkala, mám ráda sladké. Proto ta strava není úplně v růžový barvě a podle mých představ. Ovšem dobrá nálada a optimismus mě neopouští. Stres zvládám, snažím se mít kvalitní spánek*“. Respondenti se snaží, žít zdravě a stravovat se zdravě. Vedle toho si ale uvědomují, že dělají spoustu chyb. V porovnání s oběma nemocnicemi je to naprosto nastejno. Odpovědi jsou téměř totožné. Sestry si stěžují na málo času a tomu přisuzují chybu, že nestíhají ve svém volném čase starat se o sebe sama zdravým stylem. Podívejme se na odpověď R11: *„Kuřák jsem, ale jen občasný a dokážu si cigaretu odříct, snažím se mít dostatek pohybu 5 – 6x týdně. Špatně jím – nepravidelně, jídlo jím rychle, spím málo a jsem unavená*“. Tato odpověď poukazuje na to, že když je respondent kuřák, dokáže si říct „ne“ a nezapálit si. Zároveň si uvědomuje, co dělá špatně ve stravovacím režimu, mrzí ho to a chce se polepšit. Respondenti si jsou vědomi, že zdravý životní styl je prospěšný pro ně, nikoli není pohnutkou k tomu, aby je tento rozhovor k tomu nabádal. Uvádíme odpověď respondenta, který je studentem a též má problémy ve své životosprávě, R17 uvádí: *„Poslední půl rok žiju dosti bídně, pendluji mezi školami, prací a domovem. Některé dny buď vůbec nespím, nebo málo. Stravuji se nepravidelně, fyzické aktivity mám tady v práci až až. Nějaké zájmy, koníčky teď moc nemám a relaxuji v té podobě, že večer prostě odpadnu a spím*“. Respondent jakožto student, zde poukazuje na to, že si formou brigády v nemocnici na infekčním oddělení přivydělává. Tato brigáda jej stresu je psychicky, nestíhá tak jak by chtěl. A vyčerpává jej to i fyzicky, protože po noční sužbě musí jít druhý den spát. Spokojený se svým životním stylem je informátor č. 8: *„3x – 4x týdně chodím cvičit, do práce jezdím na kole. Za den mám 5-6 porcí jídla, jím ovoce a zeleninu*“. Tento respondent stručně rozvedl jeho životní styl, který se zdá být podle jeho slov v pořádku. R14 tvrdí: *„Jsem kuřák, jím všechno i zeleninu a ovoce, ale mám rád/a i KFC nebo McDonald 's. Nejhorší je, že když to sním tak se uklidním*“. U tohoto probanda, lze z jeho odpovědi usoudit, že mu nezdravý strava přináší pocit

uklidnění. Pocit pohody tedy nahází právě ve fast foodu, který zřejmě miluje, vedle toho konzumuje i zeleninu a ovoce. Nelze opomenout, že je kuřákem, tedy i kouření má pozitivní vliv na jeho uklidnění. R20 uvádí, že: *„Subjektivně můj životní styl vnímám jako strašný. Hrozně mě mrzí, že to vidí i moje rodina a partner. Mají potřebu mi říkat, že se nemám honit – vím to, jsem uvězněná v začarovaném kruhu a nemůžu s tím nic dělat. Jdu z práce do práce, mezi noční nemám spánek dobrý. Před noční si jdu lehnout a přitom nemám na spánek chuť. Tíží mě všechno co všechno musím ještě udělat. Personálu je tu na infekčním málo. Práci vnímáme jako náročnou. Mezilidské vztahy, které tu mezi sebou máme, nejsou úplně růžové. Sestry nás ze standardních oddělené vnímají jako „jipkařky“, zbytečně a neprávem nás vnímají jako něco víc než jsou oni“.* Tento informátor poukazuje na to, že její rodina a blízcí upozorňují na to, že je přepracován. Zanedbává svůj odpočinek a svůj životní styl nevede nejlepším způsobem. Je si toho ovšem vědom a dá se předpokládat, že toto stresující období jednou pomine.

Digram 6 Zdravé stravování

KATEGORIE

PŘEDPOKLAD ZDRAVÉ STRAVY

PODKATEGORIE

PŘÍKLAD

KÓDY

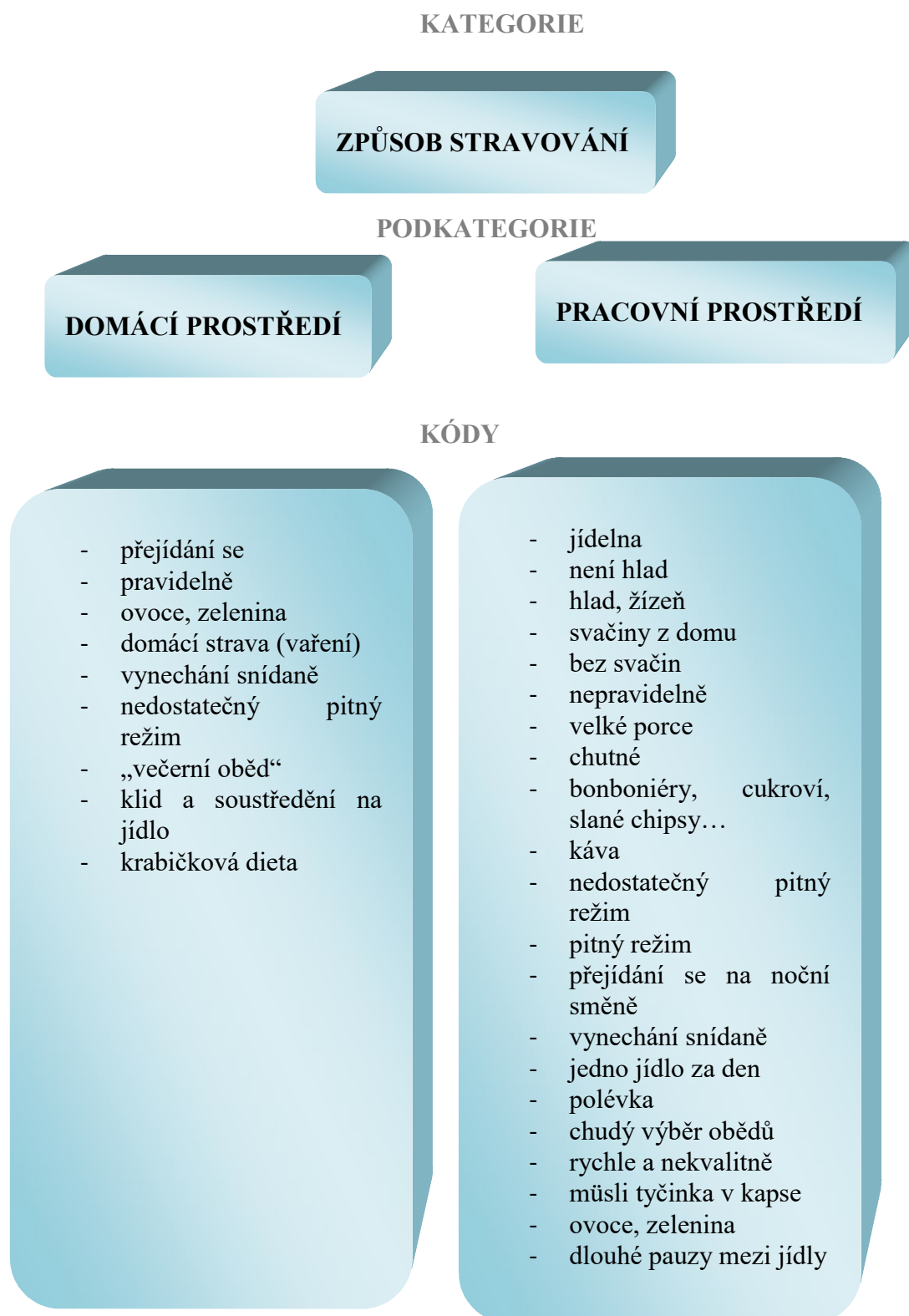
- pravidelnost
- pestrost
- ovoce, zelenina,
bílkoviny
- pitný režim
- 5x denně, nesolit
- nepřejídat se
- omezit cukry, tuky,
uzeniny, alkohol
- vitamíny
- nekouřit
- ryby

Zdroj: Vlastní zpracování

Příklad na zdravé stravování

Tato kategorie měla od respondentů přinést odpověď, jak má podle jejich názoru vypadat zdravé stravování. Tato kategorizace byla rozdělena na jednu podkategorii Příklad a stejnojmenně tak nesl smysl i toho co se od informátorů žádalo. Měli za úkol, uvést příklad, jak má vypadat zdravé stravování a porovnat mezi respondenty jejich odpovědi, tedy kódy. Nejčastěji byla uváděna: „pestrá strava“, „pravidelnost“, „ovoce a zelenina“ a „pitný režim“. R2 řekl: *„Pestrost v jídle, zařazování do jídelníčku ovoce a zeleninu. Naše kantýna je příšerná, podívejte se, jak vypadáme. Tam se moc nevidí zdravá strava“*. Proband poukazuje na to, že kantýna v nemocnici, kterou navštěvuje neobsahuje prvky zdravé stravy. Podobně odpovídá R3: *„Mělo by se zařadit ovoce a zelenina. Más e pít voda, jíst v menších dávkách, 5x denně. Den začít snídaní, omezit sladkosti a nezdravé tuky, strava má být pestrá“*. Respondent uvádí, co by zařadil do zdravého stravování. Mimo zdravou stravu zmiňuje též i pitný režim, který má být nedílnou součástí zdravého vyživování. R5 doplňuje navíc informaci i o stravování před ulehnutím ke spánku: *„...Dále by neměl sravovat tučnou a nezdravou stravu. Měl by naposledy jíst 3 hodiny před tím, než jde spát. V jídelníčku by neměla chybět čerstvá zelenina a ovoce, dále by měla v jídelníčku být vláknina. Důležité je také vypít 2 – 3 litry tekutin denně. Nepít slazené nápoje, nejlépe neslazené minerální vody“*. R15 se zmiňuje o moderních drastických dietách, které přislubují ztrátu až 5 kilogramů za jediný víkend. R15 zmínil: *„Hlavně nejsou zdravé ty drastické diety. Je pravda, že v té krabičkové dietě to nejde, zdravě se stravovat. Musíte jíst to, co je v té krabičce, ale je teď dost moderní“*. Informátor zde má vlastní zkušenosti s drastickými dietami, které sice slibují snížení váhy, ale také po určité době nechtěný jojo efekt. Tento respondent se jej bohužel dopustil a velmi podobně odpovídá i R18: *„Dostatek ovoce a zeleniny, jíst častěji a menší porce, dostatek tekutin. Známa zhubla z krabičkový diety, ale pak mi říkala, jak se těší, až vymete ledničku“*. Zde respondent uvádí negativní, cizí zkušenost s krabičkovou dietou. Kýžený efekt sice nastal, ale ne evidentně na dlouhou dobu. Všichni respondenti se tedy shodli na tom, že na zdravém stravování by postavili pravidelnost, pestrost a vyváženost. Vedlejšími prvky jsou pitný režim, vitamíny, ovoce, všeho s mírou a rybí maso, které uvádí R17: *„Jíst 5x denně pestrou stravu, hodně vitamínů, vlákniny, dostatek ovoce a zeleniny. Ne moc soli, tučných jídel a uzenin, alespoň jednou denně teplé jídlo, alespoň 2x týdně ryby. Nepřejídat se, alkohol v omezeném množství“*.

Digram 7 Stravování v domácím prostředí a v pracovním prostředí



Zdroj: Vlastní zpracování

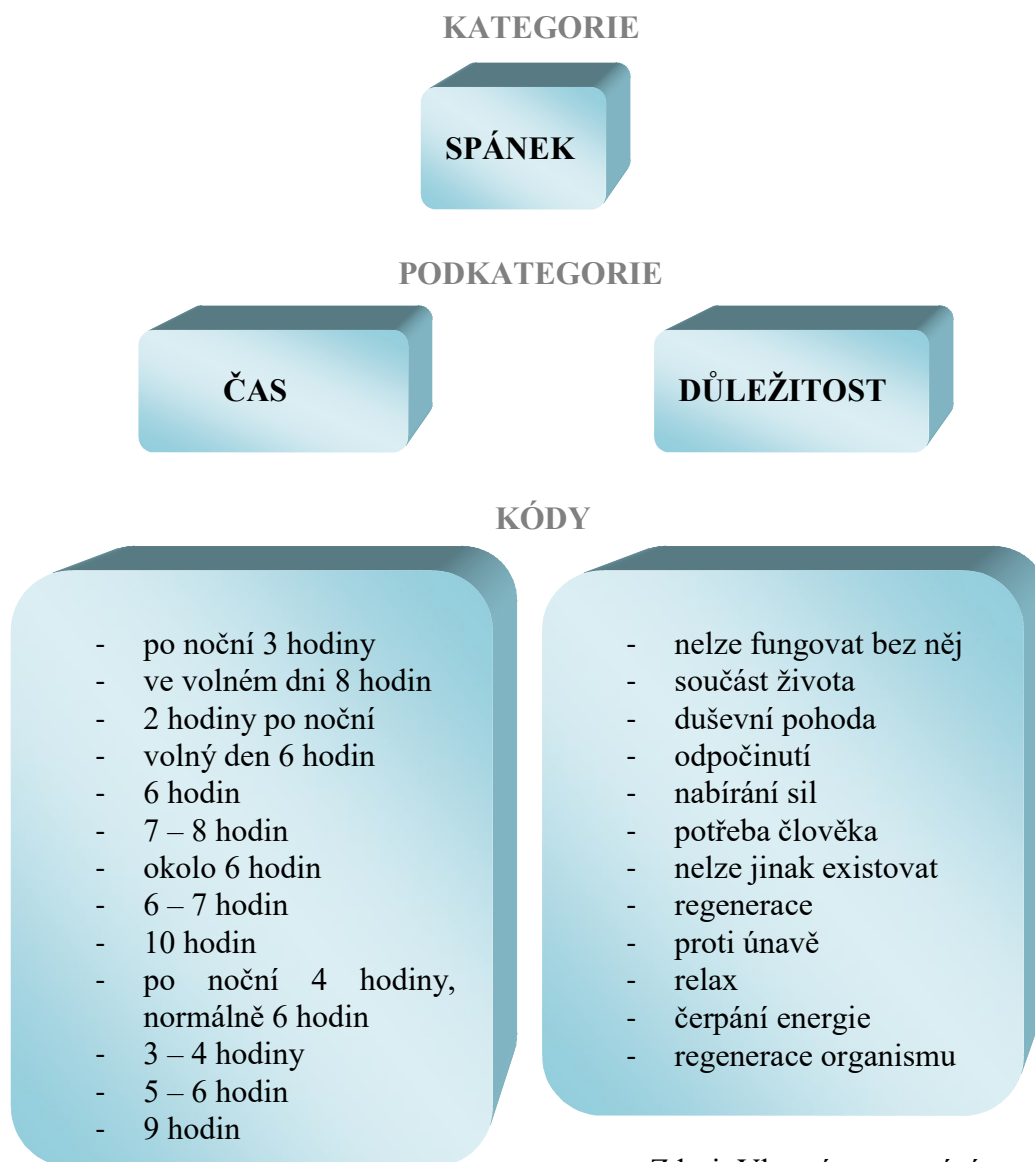
Stravování u sester doma a v práci

V této kategorizaci byli respondenti tázáni, jakým způsobem se stravují a zároveň měli porovnat stravování doma a v práci. Odlišností je víc než dost. Jedná se o nejparadoxnější kategorizaci vůbec. Potvrdilo se, že co člověk to jiný názor. Kategorizace je rozdělená na dvě podkategorie s názvem Domácí prostředí a Pracovní prostředí. Každá podkategorie má své kódy, které jsou zároveň odlišné oproti druhé nebo naopak stejné, ale jinak myšlené. Uvádíme odpověď R1: „*V práci chodím do jídelny. Pravidelně obědvám, hlad nemívám. Teď hodně letí to škatulkování v jídle, jednou jsem si krabičku s obědem z domu připravila, ale vše jsem vyhodila a nesnědla nic. Doma samozřejmě jím jinak, ráno nesnídám, vždycky obědvám, pak si dám ovoce nebo na co mám chuť a pak večeri*“. Zcela odlišná odpověď od R3: „*Já si vařím den a jídlo mám rozdělené v krabičkách na celý den. Takže se mi to moc neliší s tím, jak jím doma. V práci mám akorát větší chuť na sladký nebo slaný. Prostě máme furt něco od pacientů rozdělaný na stole (brambůrky, čokoládu, bonbošku, cukroví...) tak tomu prostě neodolám no. Toho se chci taky zbavit, v práci hodně málo piju a dám si třeba tři kafe*“. Ve srovnání s těmito dvěma probandy lze z jejich výpovědí shrnout, že každému vyhovuje něco jiného. Každý své stravování praktikuje jinak a dává přednost něčemu jinému. Snídaně a pitný režim rovněž činil jisté odlišnosti mezi respondenty. Např. R7 řekl: „*Chodím do nemocniční jídelny. Vybírám si mezi dvěma jídlý. Není tolik času jíst zdravě na oddělení, proto jím co je teď a tady k výběru. V práci nedodržuju pitný režim, doma jím 5x denně, ale v práci jsem ráda, že se najím za běhu aspoň jednou. Snídám a nosím si jídlo, chléb celozrnný se sýrem a ještě si nosím zeleninu a ovoce. Obědy mám tady*“. Respondent polevuje v pitném režimu, ale na zdravé výživě si zakládá více. Začátek dne odstartuje snídaní a do práce si nosí svačiny i ovoce a zeleninu. R9 zmiňuje: „*Tak v práci jelikož člověk kolikrát neví, kde mu hlava stojí je to nejhorší. Většinou zrovna tam mám jedno jídlo během dvanáctky. Snažím se, ale aspoň dodržovat pitnej režim*“. Informátor, zde prozradil, že během pracovní doby stihne jen jedno jídlo. Neslevuje však z pitného režimu, který je pro něj z této odpovědi zřejmě mnohem důležitější. R2 uvádí: „*Když mám denní službu, chodím vždy na oběd do jídelny. Snažím se dodržovat pravidelnost v jídle, je to pro nás důležité. S jídlem v práci jsme spokojení, nandávají nám toho dost a zlepšili se. Je to jediná doba, kdy si sedneme. Doma se pořád něčím cpu, protože mám děti, tak jím s nima a pak tloustnu*“. Další proband, který využívá v pracovní době nemocniční jídelnu a doma

se nestravuje tak, jak by chtěl. S výchovou dětí, kterým musí přizpůsobovat stravu, kterou konzumuje s nimi nabírá na váze. Opačný případ nastal u R4, který má zdravější stravování v práci: „*V práci na denní jím lépe než doma. Snídám, svačím, obědvám. Doma snídám někdy i v 11:00hod. málo piju, tady ne. V práci mám navařený oběd, což doma tak často nemám. Před noční málokdy vařím. O noční je to stravování horší, mám chuť a jím nevhodné potraviny*“. V domácím prostředí má informátor problémy pohlídat si svoji životosprávu, proto mu to v práci vyhovuje více. Nemusí se starat tolik o jídlo a pitný režim dokáže dodržovat také. R13 uvádí, že: „*Kolikrát se ani nenajíma obědvám později...Ještě že nosím v kapse müsli tyčinku*“. Respondent nemá čas na jídlo, proto to řeší kompromisní cestou. Má v kapse müsli tyčinku a v situaci, kdy cítí velkou únavu z jídla, ji zkonzumuje a ta mu dodá rychlou energii. Svačiny formou ovoce a zeleniny se objevují v odpovědích R10 a R11. Uvádíme odpověď R10: „*Hlavně jím nepravidelně, ale v práci více jím ovoce a zeleninu, do které se můžu zakousnout v sekundě a hned běžet k pacientům. V práci piju mnohem víc. I víc jak 2,5l, to se fakt snažím, jako když už nic tady nejde*“. Podobná odpověď u R11: „*Chodím do jídelny, nosím si svačiny, ale jak kdy je dojídám celé – podle času, jím rychle, ne vždy se stihnu najíst. Odbíhám od jídla, nepřemýšlím nad tím co jím, jím na co mám chuť. Mám zvýšený příjem cukru, hodně piju tekutiny podle času. Doma se stravuju 4 – 5x denně*“. Odpovědi jsou si velice podobné v tom, že informátoři dodržují pitný režim. Oba chodí do jídelny, kde zkonzumují ve velmi krátké pauze na oběd to, co dostanou. Tento systém dokázal rozhněvat následné dva respondenty, kteří neverbálním stylem dali na jevo v rozhovoru svůj nesouhlas. R14: „*Je mi z tohoto systému zle. Není čas se prostě najíst, napít. Na zdravý styl života se tady nehraje ani náhodou, kolikrát ani nemáme čas na pití. Někdy se najím a pořádně napiju až po směně a to je katastrofa*“. Rovněž přichází n řadu odpověď od rozčileného informátora, R15: „*Tady máme i zákaz odběhnout si na cigaretu, takže jaký tady asi může být stravovací systém? Radši nemluvit...*“ Z těchto dvou odpovědí je jasné, že ne všichni respondenti jsou se svým stravováním v pracovním prostředí spokojeni. R20: „*Chodím do jídelny při denní – mám dlouhé pauzy, jím nepravidelně, doma pravidelně. Na noční – nárazově, nezdravě, nenosím krabičky. Nebo po ranní hygieně, se najím pořádně, protože vím, že pak už nic nemusí přijít, musím být k dispozici, není tu ta půlhodinka, kdy si můžu odpočinout*“. Informátoři mají největší stížnosti na čas a proto nemají zdravé stravování v pracovním prostředí a někdy ani v domácím. V pracovním je nejvíce podle jejich odpovědí stresuje

pracovní nátlak, kde na jídlo není prostor, jen u oběda. Někteří respondenti poukazují na to, že mají jen jedno jídlo denně a po příchodu domů, potom se snaží dohnat co nestihli a přejídají se ve večerních hodinách a tloustnou.

Diagram 8 Kvalitní pánek



Zdroj: Vlastní zpracování

Spánek u sester

V kategorizaci Spánek u sester byly rozděleny dvě podkategorie Kolik hodin a Důležitý. Podkategorie Kolik hodin značí, číselné údaje nasbírané od respondentů kolik hodin spí. Všichni respondenti k číslům doplnili informaci i o počtu hodin ve volném dni když nemusejí vstávat do práce nebo kolik hodin spí po noční službě. V podkategorii Důležitý se objevují kódy, které obsahují subjektivní názor informátorů na to, proč je spánek důležitý. Uvádíme odpověď R1: *„Bez spánku bychom nemohli fungovat, proto je asi důležitý. Děláme dvanáctky, je to šílené. Já toho moc nenaspím po noční, máme přeházený biorytmus. Někdy spím 5 někdy zase 8 hodin“*. Tento informátor si stěžuje na změnu biorytmu, který mu podle jeho odpovědi mění dvanáctihodinové a noční služby. S biorytmy souhlasí i R4 a uvedl: *„Je to problém s tím spánkem, mám nastavené nějaké biorytmy v hlavě. Takže když můžu jít spát tak i tak vstávám v 5:00 hodin jako kdybych šla do práce. před noční se mi spát nechce, pak je problém po noční. Jsem katastrofálně unavená. Spánek je u mě hodně problémovej“*. Se spánkem bojuje každý respondent. Když je absence spánku, jedinec není ve své formě a to se brzy projeví tak, jak uvádí R6: *„Spánek je velmi důležitý, hlavně proto, aby se člověk necítil během dne unavený a slabý. Zrovna při naší práci je velmi důležité, aby se člověk naplno soustředil na svou práci. Z vlastní zkušenosti vím, že pokud je člověk unavený dělá chyby, které by normálně ani neudělal. Já osobně se snažím opravdu každý den spát minimálně 8 hodin. Samozřejmě, každé se mi to nepodaří, ale troufám si říct, že každý den alespoň 7 hodin naspím a to bez výjimky“*. Zde v našem seznamu respondentů se nenašla výjimka, která by měla negativní vztah ke spánku. Tedy, všichni respondenti odpovídali, že je spánek velmi důležitý z mnoha důvodů. Informátoři se v mnoha odpovědích doplňovali anebo souhlasili. Odpovědi dvou respondentů poukazují na to, že bez spánku se nedá žít a uvádějí své zkušenosti, R8 uvedl: *„Po noční spím různě, nočními je to nabourané. Ráno po noční nemám problém usnout, večer je to strašný – je půl 12 v noci a já nespím. To mě dost děs. Většinou se vzbudím okolo 6 hodiny ráno a buď usnu nebo neusnu. Někdy spím 6 – 7 hodin. Miluju spánek, dělá mi hrozně dobře a nedalo by se bez něj žít. Je dobrý k regeneraci a k organismu, k nabrání nových sil.“* Podobně odpověděl R9: *„Spánek je velice důležitý pro celý organismus. Člověk potřebuje spoustu energie, a když nemá spánek ani energii nemusí se cítit dobře nebo fit. Já většinou spím okolo 6 – 7 hodin. Někdy, ale ovšem méně a někdy se to zase nakupí, že spím i třeba 10 hodin. S nočníma*

je vždycky problém, problém před noční usnout a po noční taky. Zároveň si udržet správnou hodinu...“. Méně hodin na spánek preferuje málo lidí, je zde však proband, kterému nedělá problém vystačit se tří až čtyřhodinovým spánkem, R20 řekl: *„Já spím 3 hodiny maximálně. Trpím na migrény. Když mám migrénu tak se zaléčím a vím, že celý víkend si budu muset odpočinout, potácím se po bytě. Máme v rodině chronickou nespavost, po maximálních 6 hodinách se cítím dobře a můžu fungovat. S rodinou mám povinnou nedělní siestu po obědě a to mi pomáhá. Před noční, nemám čas jít spát. Doma ve 14:00 hodin začínám myslet na spánek a potom usnu na hodinu i na dvě. Víím, že je lepší mít alespoň něco naspáno, hodina před noční když mi to vyjde je super“.* U tohoto respondenta je spánek nedostatečný, ale umí s tím žít a zvyknul si na to. Najde se jeden informátor, který vydrží občas po noční i nespát, R17 uvedl: *„Tělo si odpočne, člověk si v hlavě utřídí myšlenky, uloží si nové informace. Proto je dobrý spánek. Doba spánku je u mě velice proměnlivá. Někdy nespím vůbec, někdy pár hodin. Když mám zrovna volno a nikam nemusím tak spím až 9 hodin, ale moc se mi nestává, že bych spala více jak 9 hodin“.* Otázkou nevýhody nebo výhody zůstává, když sestra nechce nebo nemůže sloužit noční směny jako R3, který uvedl: *„Do práce vstávám ve 4:15 hodin a spát chodím kolem 21:00 – 22:00 hodiny. Takže spím kolem 6 hodin. Spánek je určitě důležitý, hlavně pro duševní hygienu. Na noční nechodím ze zdravotních důvodů“.* Tomuto probandu odpadáva starost jako ostatním probandů s narušeným biorytmem. Otázku dospívání po noční řešit nemusí, ale může mu dělat problém s brzkým ranním vstáváním.

Diagram 9 Relaxační techniky

KATEGORIE

RELAXACE

PODKATEGORIE

PŘÍKLAD

KÓDY

- masáže
- plavání
- rehabilitace
- cvičení, kruhový trénink
- mnutí uší
- vzpírání
- hudba, sport, ticho, četba
- jóga, dechové cvičení, smyslové techniky
- bylinkové odvary
- rozhovor
- smích
- spánek
- antistresové cviky
- relaxace, odpočinek
- meditace
- astrální cestování
- čokoláda, káva, hudba
- ticho, klid
- pocházky se psem
- kolo, opalování na zahradě
- zahrádkaření
- sledování televize
- objímání stromů
- dovolená
- dechová cvičení
- houbaření, vaření, pečení, vyšívání, pletení

Zdroj: Vlastní zpracování

Zkušenosti sester s relaxačními technikami

V kategorizaci s názvem Zkušenosti sester s relaxačními technikami byla vytvořena podkategorie Příklad ve které jsou uvedeny jednotlivé kódy, které informátoři uváděli. Tato podkategorie obsahuje velmi bohatou skladbu všeho, co probandy napadlo k otázce relaxačních technik, které mají zmírnit stres a napětí. Nejčastěji respondenti odpovídali velice podobnými odpověďmi, které si zde ukážeme. R2 uvedl: *„Já cvičím jen s dětmi. Doma mě cvičení nebaví. Je lepší, když mi to někdo předcvičuje v tělocvičně, abych to dělala poctivě. S dětmi nemám na cvičení opravdu čas, i když některé matky tvrdí jak to zvládají oboje – to bych je chtěla vidět. My v práci zvedáme jen pacienty a to nám jako cvičení stačí. Občas si mnu uši a to je prý proti únavě, vzpírání je taky dobré. Doma necvičím. Já nedělám ani to ani to“*. Probandu vyhovuje, když může sledovat cvičení přes internet nebo přes DVD. Má na starost děti, takže tím pociťuje i absenci času na to, aby si nějakou relaxační techniku vůbec mohl zvolit a zůstat u ní. Respondent č. 3 a 5 mají podobnou představu, že relaxační technika spočívá v tichu, klidu nebo poslouchání relaxační hudby. R3 řekl: *„Hudba, sport, ticho rozhovor s někým blízkým, četba“*. Podobně odpověděl i R5: *„Různé odvary z bylinek, masáže, jóga, nějaký rozhovor, smát se, nepít kofein, nepít alkohol, spát, nepřejídat se, nehledat za vším nějaký problém. Chodím ven mezi lidi. Pomáhají mi antistresové cviky, odreagování se třeba u něčeho v televizi, u něčeho u čeho nemusím přemýšlet“*. Těmto respondentům vyhovuje spíše pasivnější technika cvičení relaxačních cviků. Nejčastěji uváděli jógu nebo poslech tiché hudby či rozhovor s někým blízkým. Józe je podobná i meditace. Uvádíme zkušenost s meditací u respondenta, který mohl vyzkoušet i excentrickou zkušenost jako je například astrální cestování, R7: *„Jeden čas jsem cvičila meditaci, ale nedělalo mi to dobře. Občas si zacvičím jógu podle knihy nebo netu. Jen tak se snažím, když jsem ve stresu. Zkousím cvičit například tak, že si lehnu a úplně se uvolním. Vyloženě že by to byla moje technika to ne, jen se snažím sama, jak a co zvládnou a pak přestanu, jak se mi zachce. Zkoušela jsem i astrální cestování, to mě moc bavilo, jenže se k tomu hodí spíše dva a více lidí, aby to mělo cenu. Jinak to ztrácí kýžený efekt“*. Z těchto všech odpovědí lze shrnout, že respondentům vyhovuje pasivnější nebo aktivnější technika cvičení co eliminuje stres či napětí. Můžeme uvést i odpověď informátora, který k odstranění stresu používá jídlo a jiný kupříkladu tělocvik. R8: *„Když jsem ve stresu tak si dám kafe a čokoládu. To mně fakt pomáhá a ticho taky. Tichá hudba mě doslova a do písmene léčí! Nebýt*

mýho psa, tak se skoro nedostanu do přírody. Ještě loni jsem s ním chodila do kynologického kroužku a tam mě to bavilo snad víc než jeho“. I zde v této kategorizaci se opakuje, že respondent má rád svého domácího mazlíčka a jemu vděčný za to, že s ním může chodit ven na procházky. Tělocvik je oblíbený u R10: *„Pro mě je házená číslo jedna, vybiju si zlost a načerpám novou energii. Mám ráda procházky, kolo, plavání, zahrádkaření, houbaření. S dětmi stolní hry, hlídám děti svým rodinným známým. Vím o někom, kdo má jako relax vaření, pečení...“.* Uvádíme odpověď R20: *„Když už nemůžu, jdu běhat. Stačí kousek, aby to k pocitu aktivního odpočínutí, stačilo. Doma pracuju hodně manuálně. Než kniha, tak jdu sekat dříví, nebo jdu do lesa, kde vím, že není signál a nemusím si brát mobil. Odpočívám se od počítače. Dřív byl čas na sport, chodila jsem, ale sotva se obuju po práci do kozaček a mám toho dost. Nikdy nejdu ani relaxovat, není to lenost, ale chronická vyčerpanost. Je to horší než si jít nakoupit pěšky“.* Respondent relaxuje během. Nesčítá kilometry, ale sčítá čas, který mu při běhu pomáhá zbavit se stresu a napětí, který prožil v práci. Nahromaděný stres se nakumuluje a organismus si takto sám říká o aktivní relax formou sportu. R17 uvádí: *„Cvičení, jóga, autogenní trénink, odreagovat se jinou prací, než člověk běžně dělá“.* Podobná odpověď u R11, který řekl: *„Jóga, meditace“.* Respondenti odpovídali na to, které relaxační techniky se jim vybaví při zbavování se stresu a napětí získaných z pracovního prostředí. Zcela všichni respondenti se shodli na podstatném a to byl sport.

Diagram 10 Stres v práci



Zdroj: Vlastní zpracování

Pracovní stres u sester

V kategorizaci Pracovní stres u sester byla vytvořena podkategorie Stresor, která obsahuje kódy od respondentů. Respondenti měli uvést, co je stresuje v práci. Odpovědi byly velice různorodé a každá z nich se ubírá jiným směrem. Každého stresu něco jiného avšak podstatnou část zmínil každý respondent. Ty nejvíce je tíží čas a nátlak od lékařů. R1 uvedl: *„Jako největší stresor vnímám čas. Hlavně aby člověk všechno zvládl. Všechnu svoji práci, úkoly, to co má ten den na starosti, co musí hlídat, nezapomenout atd.“* Tento proband označil čas jako největší stresor. V časové tíži se obává nesplnění důležitých úkolů, tedy lékařských ordinací a tím by mohl zapříčinit i neúmyslné poškození pacienta. Odpověď R2 se soustředí na lékaře: *„Já nejvíc vnímám jako stresující lékaře. Ti na nás dost tlačí – je to o nervy. Ten čas by mi ani tolik nevadil, i když je to občas hodně těžké, nikdy není kaše tak horká jako když se uvaří a vše se dá zvládnout“.* Informátor má problém s nátlakem od lékařů. Jejich dodatečné ordinace se nakumulují v nevhodný čas a celá situace vyústí v očích tohoto informátora jako stresující. S těmito dvěma odpověďmi se ztotožňuje i R4 a přidává navíc stížnost na administrativu: *„Kumulace práce a činností v určitý čas a nadměrná administrativa (provádění příjmů celkově (PC+písemně). Je tu tak cca 6 příjmů při řešení ordinací pacientů najednou. Papíry, papíry, papíry!“*. Dle informátorovy odpovědi je stresující administrativa, která zabírá spoustu času. R7 tvrdí: *„Lékaři nás vnímají jako služby, hodně předávají práci nám i když je jejich a vše nechávají na nás. Co se týče těch administrativ, které nám zbytečně berou čas na pacienty, je jí opravdu hodně. Něco by se s tím mělo udělat, jinak budeme sestry pro papíry a ne pro pacienty! Poslední dobou nám tady přibývají pacienti starších ročníků a je tady nedostatek personálu. To, že je nás tady málo na takové lidi a na tolik lidí, se vyžaduje více péče, než když jsou mladší pacienti“.* Můžeme vidět, že administrativa je vnímána jako dost velký problém ze sesterského pohledu. Sejdou – li se tyto negativně vnímané okolnosti s ženským kolektivem, který je rovněž vnímán negativně, má celá situace ne příliš dobrý dopad na odvedenou práci. R10 uvedl: *„Špatná domluva, komunikace s pacientem a málo personálu. Práce se nestíhá, tak jak by měla, je málo času na pacienta. Potom mě ještě stresuje staniční sestra a hloupí pacienti“.* Proband uvádí, že nedostatečná komunikace, nedostatek personálu a k tomu ne příliš šťastné vztahy se staniční sestrou mají špatný vliv na celkovou atmosféru na pracovišti. R11 říká: *„Málo času, hodně práce. Stresorem je myšlenka, že práci odvedu špatně, nebo že pacienti si budou stěžovat.“*

Nebo když někomu způsobím újmu na zdraví nebo snad smrt. Lékaři, kteří mi přinášejí stres“. Respondent při vykonávání své práce dost často myslí na možnost, že pochybil nebo aby nepochybil a nezpůsobil tak svým nerozvážným jednáním újmu pacientovi. R19 zmínil: *„Nedůvěra lékařů mě nejvíce stresuje. My děláme všechno samostatně, ale oni nám řeknou, ať si řídíme všechno samy a pak si ráno stěžují. Ještě mě stresuje hloupé chování mladejch lidí. Už to ignoruji, ale irituje mě to. Napomenu je aby se chovali slušně, ale pak si stěžují u vrchnosti, tak radši odpovím mlčením. Tykáni už nechci po špatných zkušenostech, když mám oťukanou mladou sestru a vím, že tady zůstane dlouho, tak pak ji nabídnu tykáni. To samé lékaři“.* R20 uvedl: *„Politická situace mně strašně stresuje a hierarchie sester. To, že jedna má titul a druhá ne. Je to jasné, že v druhých to vyvolává obavu nebo něco co vyvolá pocit, že je všechno špatně. Občas jdu do práce a netěším se tam a nemám pocit z dobře vykonané práce. V klidu si dám kávu a pak se pracuje do vyčerpání, a s úplnou ztrhaností musím ještě napsat papíry tak, jak má být. Ale i tak za žádnou cenu neměním práci na tomto oddělení. Práce jako taková nás nestresuje, ale stresuje to okolo. Nesměly bychom dělat nic, aby se to obešlo bez stresu, když už bych měla jít předat službu, nemám hotovo a to jsou věci, které by šly ovlivnit. Přenos informací je deformován ženským kolektivem. Jsem názoru, že by tady mohl být i muž jako všeobecná sestra, který by ustál ženský kolektiv. Nejlépe dva muži se šťastným osobním životem, kteří by se se silnou osobností tady uživilí a tím rozbili negativismy mezi námi. Mimo jiné by bylo dobré, kdyby měl i kladný vztah ke všemu co se tady děje“.* Respondenta trápí podle jeho slov nynější situace se sestrami. Některé kolegyně tohoto respondenta pociťují závist k akademickým titulům. O špatných mezilidských vztazích se vyjadřuje i R16: *„Dost často mi vadí hloupí pacienti, špatné vztahy na pracovišti, lež, nespravedlnost, nedostatek času na pacienty“.*

Diagram 11 Vztahy na pracovišti

KATEGORIE

MEZILIDSKÉ VZTAHY V PRÁCI

PODKATEGORIE

JAKÉ

KÓDY

- dobré mezi sestrami, s lékaři to není ideální
- hrozné s lékaři, mezi sestrami dobré
- dobré
- nic moc
- se sestrami dobrý, s lékaři konfliktní
- se všemi velmi dobrý
- sestry – průměrný, lékaři – horší komunikace a nadřazenost
- sesterský kolektiv výborný, lékařský náladový
- vynikající
- přátelské
- ženský kolektiv = špatný kolektiv
- teamové vztahy
- profesionální

Zdroj: Vlastní zpracování

Mezilidské vztahy na pracovišti

Hlavní kategorie Mezilidské vztahy na pracovišti je upřesněna podkategorií Jaké v níž můžeme najít kódy obsahující přídavná jména. Přídavná jména, která mají vyjadřovat nuanci mezilidských vztah na pracovišti mezi svými kolegy a lékaři. Jak který respondent uvedl názor na lékaře, ten kdo uvedl, bude zde prezentovat. Našli se z našeho seznamu respondentů pouze dva, kteří jsou za svůj kolektiv vděční a jsou v něm rádi. Ovšem, nelze pominout, že tito dva respondenti jsou ještě studenti a pracují na odborném vzdělání s vyšší specializací. Uvádíme první odpověď, která se dotýká lékařů, R2 uvedl: *„Lékaři – hrůza. Tam to dost vážne. Opravdu s nimi moc nevycházíme. Na pracovišti mezi námi jsme našťestí v pohodě. Dost jsme si sedli. Bojujeme jen s lékaři. Jde o to, kdo vyhrává“*. Boj s lékaři podle této informátorovi odpovědi vrcholí přímo na pracovišti, pro dobře odvedenou práci si alespoň upevní vztahy mezi sebou sestry. R5 řekl: *„Tady nejvíce záleží s kým a většinou mám vztahy dobré. Jsou ale samozřejmě kolegyně, které se cítí dotčené tím, že jsem nastoupila na oddělení. Odmítali mi s čímkoliv pomoci a psychicky mě dost deptali, zvládla jsem to, nedala jsem se. I když pro mě to byl první půlrok opravdu utrpení, cítila jsem spíš jako vetřelec, jako někdo, kdo sem nepatří, tak jsem se také cítila a musím říct, že občas i cítím. Kdyby nebylo mojí rodinné známé, která tady na infekci pracuje, nevím, zda bych zde ještě pracovala. S lékaři vycházím v rámci možností celkem dobře, samozřejmě se mi některé postupy a chování nelíbí, ale na to já jsem malý pán. Abych mohla říct, co mi vadí, na to se necítím. S některými lékaři přicházím do konfliktu dodnes, snaží se mi dělat naschvály a shazovat mě před ostatními, což je spíše asi o zvyku. Je to o tom, poznat dotyčného a vědět co si k němu můžete dovolit a hlavně co od něj čekat“*. Tento respondent se již přiblížil k pracovní šikaně čili mobbingu. Ve své odpovědi poznamenal, že si na to zvyknul a žije s tím zcela normálně jako by to byla přirozená věc. Začátky na oddělení neměl proband jednoduché, jak sám tvrdí. Cítil se ostrčen dodnes si není v tomto kolektivu jistý, musí si neustále dávat pozor. Což je opačný postu jako má R10, který říká: *„Krok zpět je pro mě lepší, jsou mezi námi výjimky, asi se dvěma nebo třema kolegyněmi si soukromě povídám, se zbytkem vycházím velmi dobře pracovně. Nemám vůbec s nikým konflikt a nedostávám se s nikým do konfrontace. Nemám z tohoto tudíž stres, jsem flegmatik. Sice jsem nikdy nemusela ženské kolektivy a nyní se mi to potvrzuje, že ženy jsou pomlouvačné a zákeřné. Nevšímám si toho. Ale ne všechny jsou takové. Některým kolegyním se upřímně*

vyhýbám, a když s nimi mám službu, tak se snažím s nimi hovořit co nejméně. S lékaři je to z 80% jen čistě profesionální pracovní vztah, ne soukromé. Pociťuji odměřenost, mám od nich odstup. Máme, řekla bych až na některé výjimky přátelské vztahy. Scházíme se mimo práci s některými nebo na vánočních večírcích“. To, že o sobě informátor tvrdí, že je flegmatik pociťuje do jisté míry jako výhodu. Nemusí a také nic neřeší z mezilidských vztahů. Nedělá si nic z klevet nebo z hrozící konfrontace. Podobně odpovídá i R7: „S lékaři vycházím jak s kterým, záleží na lékaři jaký je. Nikdy se člověk nedomluví, pokud nebude komunikovat. Někteří dávají dostatečně najevo svoji nadřazenost. S kolegyňami máme vztahy dobré, není žádná rivalita, mobbing ani naschvály neznáme. Chovám se slušně“. Jak se chovat při probíhajícím konfliktu odpověděl R11: „Sestry – většinou dobré. Při konfrontaci se to snažím řešit v klidu. Když se mi něco nepovede, tak se přiznám, mám rád zpětnou vazbu. Když něco opomenou a ten si to nenechá pro sebe, tak se mi to nelíbí. Lékaři – vztah je čistě pracovní, snažím se jim vycházet vstřícně a jejich ordinace plnit dobře, svědomitě, včas, nechám si poradit“. Velice jednoduše, ale výstižně odpověděl R12, který svůj kolektiv oznámkoval na pomyslné stupnici. 1 nejlepší, 5 nejhorší: „Dobrý, takže za 3“. Nelibost ženského kolektivu byla vyvolána u dvou respondentů, R13: „Ženský kolektiv je nejhorší a vždycky všude budou nějaké malichernosti“. R20 tvrdí: „Klasika ženský kolektiv... Stmelily nás negativní věci, jsme tu každá pro stejnou věc a musíme se podpořit. Když tu práce není nejideálnější, tak nemáme šanci to tady ustát. Intriky je nejlepší říkat narovinu, být upřímný, ustát komunikační šum. I když služba byla hrozná. Nechceme přesvědčovat staniční sestru při změně služeb sester, je to těžké si vybírat. I s kamarádkou když sloužíte rok, si pak lezete na nervy“. Proč jsou vztahy na pracovišti takové, jaké jsou, k tomu se vyjádřil R16: „Dáváme to za vinu managementu v nemocnici, jaké to tu je. Jinak se sestrami vycházím celkem dobře a v pohodě. Lékaři by mohli být lepší, přátelštější, kamarádštější a také by mohli brát více ohledu na naši těžkou a náročnou práci“. Podobný názor má i R18: „Na naší stanici jsou vztahy přátelské. Mezi jednotlivými stanicemi panuje určitá rivalita. K lékařům mají sestry respekt. Naopak lékaři berou někdy sestry jako jejich služby“. Z pohledu tohoto respondenta na pracovišti probíhají určité spory. Nejčastěji se jedná o spory osobní nebo o již zmiňovanou závist vzdělání či práci na intenzivním pracovišti stejné specializace. R19 vysvětluje, proč není dobré sloužit často směnu se stejnou oblíbenou kolegyní: „...nechtěla bych sloužit jen s oblíbenou kolegyní. Nevybíráme

si a to nejde kdo, s kým chce být a možná je to tak dobře. Je to všechno o momentální náladě... Být kamarádkami i mimo pracovní prostředí se podle mého nevyplatí a nedělá to dobrotu a s dlouhodobými perspektivami to také není dobře“.

5 DISKUZE

Cílem naší bakalářské práce bylo zjistit jaký má význam duševní hygiena u sester, které pracují na infekčním oddělení. Výzkumným souborem byly sestry pracující na infekčním oddělení. Pro tuto bakalářskou práci byl zvolen kvalitativní výzkum formou polostrukturovaného rozhovoru, který byl následně kódován pomocí metody „tužka a papír“ (Švaříček a Šedřová, 2014). Bylo osloveno celkem 20 respondentů ze dvou anonymních nemocnic v České Republice. Se všemi respondenty jsme rozhovor vedli na téma duševní hygiena, zdravý životní styl, mezilidské vztahy a stres v práci. O těchto tématech píše i Bedrnová, 2009. Praktická část bakalářské práce měla poodhalit a lehce nastínit zda mají sestry povědomí o duševní hygieně, o které se zmiňuje i Aišmanová, 2016. Mimo jiné měla též odhalit jednotlivé zkušenosti respondentů s duševní hygienou, která má být aplikována jako prevence syndromu vyhoření (Venglářová, 2011). Za účelem dosažení cílů této bakalářské práce byly stanoveny dvě výzkumné otázky. První výzkumná otázka se táže, jaký význam připisují sestry z infekčního oddělení duševní hygieně. Druhá výzkumná otázka se soustředí na to, v jakých oblastech tyto sestry pečují o duševní hygienu, o této problematice informuje i Kebza, 2005. Výsledkem praktické části naší bakalářské práce byly doslovně přepsané rozhovory, z nichž se vytvořily diagramy. Nejprve jsme se zaměřili na identifikační údaje všech dvaceti respondentů. Tyto údaje jsme zaznamenali do tabulek (viz Tabulka 1, Tabulka 2). Z rozhovorů respondentů jsme se dozvěděli, že respondenti se pohybují ve věkovém rozmezí od 20 do 60 let. Tyto sestry mají celkovou sesterskou praxi od šesti měsíců do zhruba 40 let. Na věku, dosaženém vzdělání, celkové délce praxe a délce praxe na infekčním oddělení se odrážely jednotlivé odpovědi na otázky. Jeví se, že sestry z těchto dvou zkoumaných nemocnic odpovídali velice podobně a každé sestry subjektivní názor se prolínal s jinou sestrou z jiné nemocnice, podobně zpracoval i Kopřiva, 2006. Velmi podobné odpovědi dokázaly, že situace v jiném městě, kraji a nemocnici je stejná ve smyslu nedostatku sester, který byl sestrami nejčastěji zmiňován. Mandincová 2011 uvedla, že nedostatek sester, nedostatek času na práci a lékaři byli zmiňovány ve jménu stresu. To samé se jeví i v našem výzkumu. Ke splnění cíle a výzkumných otázek, týkající se duševní hygieny nám pomohl rozhovor od každé sestry. Křivohlavý 2013 rovněž seznamuje jaké je povědomí o duševní hygieně u sester a z těchto rozhovorů vyplynula

odpověď. Pro snazší přehlednost byly vytvořeny diagramy. V diagramu 1, který byl sestaven na otázku, co si sestry představí pod pojmem duševní hygiena je nejčastěji uvedena duševní rovnováha a klidná mysl. Rao (2016) tvrdí, že většina sester neměla povědomí o této problematice, proto odpovídaly skromně. To se v našem výzkumu ukázalo také. Ovšem našly by se i takové respondentky, které byly informovanější více a které tuto otázku rozvedly více. Například jako R6: „... jako první si představím relaxování a odpočívání. Taky si pod tímto pojmem představuju způsob, jak chránit svoje duševní zdraví a zvyšovat tak odolnost proti stresu“. O klidu, duševní rovnováze se sestry zmiňovaly i v jiných otázkách (Hodačková et al., 2007). Nejčastěji tak odpovídaly na otázku, jak relaxují. Žádná sestra neuvedla přesnou nebo alespoň podobnou definici duševní hygieny. Podle Křivohlavého (2001) je to soubor pravidel a rad zaměřených na udržení duševního zdraví, posílení odolnosti vůči nežádoucím vlivům, které negativně ovlivňují náš život (Hart, 2010). Podstatu a jádro věci bylo vystiženo od každé sestry, i přes to, že některé odpovědi byly interpretovány dosti svérázným stylem respondentky, R1: „Nevím, co si mám pod tím představit. Asi nějaký uklidnění mysli. Zařadila bych nejspíš klidného a spokojeného člověka“. Žádná sestra neodpověděla zcela špatně, nebo že by nevěděla vůbec. Spíše byl celý rozhovor postaven na subjektivním vnímání každého probanda k celé věci. My vnímáme duševní hygiena jako něco, bez čeho nebude sestra schopná svou práci vykonávat. Jak říká J. Stienbeck: „Umění odpočinku, je součástí umění práce“. Jsme názoru, že tento citát vystihuje celou podstatu duševní hygieny a je nad všechny definice nejjasnější. Duševní zdraví zahrnuje pozitivní postoj jedince vůči sobě samému a sebeaktualizaci (Hartl a Hartlová, 2009). Po prostudování charakteristik a definic duševního zdraví můžeme svoji představu o duševní hygieně nepatrně rozšířit. Navíc můžeme tvrdit, že duševní hygiena je prevencí před syndromem vyhoření, kterého se obává nejedna sestra (Jankovský, 2003). Kutnohorská et al. 2007 pracuje s informovaností o duševním zdraví podobně jako my s informovaností o psychohygieně. Postupovali jsme s následující otázkou, která se opírala o sběr informací, jak samy sestry psychohygienu provádí nebo co jim pomáhá „upustit páru“ v pravidelném intervalu. Sestry tuto otázku pojaly spíše jako otázku jak odpočívají, ale ne všechny takto odpověděly. Registrujeme odpověď sestry, která odpovídá zcela jasně, R5: „V mém případě bych řekla, že moje duševní hygiena je velice zanedbaná, nemám pocit, že bych pro své duševní zdraví něco dělala, i když vím, že to není správné. Podle mého totiž do duševní hygieny spadá určitá forma

klidu, spánek a takové ty zájmy což u mě nejde, tak nějak na to nezbyvá čas". Oproti R3, která odpověděla na to, co běžně dělá zřejmě po pracovní době nebo ve volném dni: „*Sportuji 3x týdně, chodím do posilky v létě běhám, čtu, poslouchám hudbu*". Některé odpovědi se také mohou odvíjet od toho, zda má nebo nemá respondent vyšší vzdělání. R5 dosáhl vzdělání na vyšší odborné škole zdravotnické a R3 stále ještě studuje. Tímto nechceme podotknout, že odpovědi respondentů, kteří mají nižší vzdělání jsou špatné nebo podhodnocené. Nýbrž se některých případech mohou lišit od těch, co vzdělání mají již dostudované (Venglářová, 2011). Vnímáme proto tyto odpovědi jako názor každé sestry, která se dobrovolně účastnila výzkumu. Nelze však opomenout ani možnost, že respondenti mohli být v danou chvíli, kdy rozhovor probíhal nervózní nebo na ně působily negativní vlivy z prostředí. Prostředí rozhodně působí na člověka a může ovlivnit jeho výpovědi (Podstatová, 2011). Během sběru informací z rozhovoru se objevil i názor, že nepečuje o své duševní zdraví R13: *Neprovádím to. I kdybych si moc přála, ale není na to čas*". Stock (2010) tvrdí, že přehnaně pracovitý jedinec nesoucí zodpovědnost má tendenci vystačit si sám a se vším se spolehnout také na sebe. Nedokáže se o úkoly podělit a to vede k syndromu vyhoření. Další otázka, která nás zajímala, byla, jak respondentky odpočívají (Mikuláščík, 2015). Tyto odpovědi rozdělujeme na dvě velké skupiny. Skupina respondentek, které odpočívají nebo relaxují aktivně a ta druhá pasivně. Některé respondentky odpověděly, že na relax nebo odpočinek nemají čas, vzápětí však uvedly činnosti, které běžně dělají.. Došlo tedy v tomto případě ke kontradikci R1 uvedla: „*Odpočívám, abych si odpočila a nezbláznila se z toho*". R7 uvádí: „*Relaxuju a odpočívám, abych si odpočila a nebyla unavená, odpočívám pasivně – spím, ležím...*". R10: „*Po většině směn odpočívám z důvodu únavy po 12 hodinách tak, že s večer vysprchuju a s ovladačem od televize usínám v křesle*". Vypracovali jsme tři zástupce odpovědí, které se vyskytovaly nejčastěji a které rovněž uvádí i Aišmanová, 2016. Je to výčet odpovědí ze skupiny respondentek, které odpočívají pasivně. Ze začátku se zdá, že tyto odpovědi dost odrazují nebo poukazují na to, že profese sestry je náročná práce a nic jiného nepřináší. Schultz (2003) se ve své publikaci toto tvrzení pokusil vyvrátit. Odpovědi skupiny informátorek, které aktivně odpočívají a umí si svoji profesi dobře obhájit hovoří za vše: R20: *Líbí se mi, že pod tíhou práce vám pacient poděkuje a vy si uvědomíte, že to děláte pro dobro pacienta a máte pak pocit, že vás ta práce baví. Největší relax je to, že čas mám sama na sebe a můžu si dělat, co chci, nohy mám nahoře, kdy chci, je to pro*

mě strašné odreagování. Největším mým zalíbením je, když jedu delší dobu v autě. Chvilu, ve které se cítím alespoň na chvíli šťastná, jedu si jak chci. Cítím se hrozně bezpečně, když jedu sama a rychle, upouštím si tímto páru“. R18: „*Chodím cvičit, jezdím na kole, jím 5-6 krát denně“.* R13 řekla: „*Pro záchranu duševního zdraví a jak, to už je horší – převážně aktivně s dětmi“.* R13, R18, R20 si dokáží po pracovní době dopřát chvíli, kdy pomohou svému tělesnému zdraví a ještě se dobře odreažují. Tyto činnosti, které vyjmenovaly, jim pomáhají a dělají jim dobře. Zitelmann (2012) je názoru, že relax dokáže přinášet potěšení a na další den v práci připraví tak, že se na své povinnosti v práci nedívá s tak velkou nelibostí (Kapounová, 2007). Je téměř nemožné, chodit do práce a neodpočinout si. Právě sestry, které pracují na směny, musí odpočívat o to více (Vávrová, 2013). Čevela et al. 2009 tvrdí, že má samozřejmě, právo na odpočinek každý, ať vykonává jakoukoliv profesi, ale sesterská je jednou z těch, u kterých pracovníci nejvíce trpí po psychické a fyzické stránce (Slezáková, 2012). Další zkoumanou oblastí byl životní styl. Kebza (2005) pracuje s informacemi o kouření a alkoholu u sester jako my v našem výzkumu. Z analýzy vychází, že žádná ze sester nepije ve velkém množství alkohol, pouze příležitostně. Žádná ze sester nemá zkušenosti s drogami a všechny sestry uvedly, že kouření nemá místo ve zdravém životním stylu (Kebza, 2005). Proto je velkým paradoxem to, že to tvrdí i sestry kuřačky, kterých je přibližně 10. Nejčastěji bylo zmiňováno, že předstupněm zdravého životního stylu je zdravá strava, která by se měla konzumovat v 5 malých porcích během dne. Se zdravou stravou rovněž sestry jmenovaly i konzumaci ovoce a zeleniny (Grofová, 2007). Pitný režim, omezit sůl a vynechat cukry, tuky a zvýšit příjem bílkovin bylo též nejvíce zmiňováno. Během rozhovorů se prokázalo, že pouze zlomek sester si dává pozor na zdravé stravování i během pracovního dne na oddělení. Zbytek sester velice mrzí a trápí, že svůj životní styl neobohacují o zdravé prvky, které ve stravě nemají chybět, jak uvádí i Pawlowská (2014). Vedle toho zmiňovaly i pravidelný pohyb. Krejčík a Altnerová (2007) jsou názoru, že na našem břichu lze poznat, jakému stravování dáváme přednost. Přitom stačí pouze dodržovat stravovací plán, ke kterému bude připojen i pohybový režim. Vzhledem k celkem dobré a dostačující informovanosti sester o zdravém životním stylu, nás zajímalo, jak k němu přistupují prakticky. Podobně se zajímala i Černá, 2008. Dále jsme se zabývali, jaký životní styl sestry vedou v porovnání s pracovním životem a životem v domácím prostředí. Odpovědi byly velice proměnlivé. Jedna sestra vypovídala, že její životní styl je zdravější v domácím

prostředí, protože se více soustředí na to co jí a může se věnovat pohybové aktivitě atd. Zásadně platí, že pravidelnost ve stravě a v pohybu vede k úspěchům (Krška, 2011). Druhá tvrdí pravý opak. V práci nemá chuť na nezdravé jídlo, protože stále mají bonboniéry na denní místnosti a tomu dokáže odolat. Doma je více v klidu, takže pro plný pocit uspokojení se přejídá. Překvapením bylo, že velký počet sester se snaží pohybovat alespoň v rámci slevových benefitů od zaměstnance. Tyto slevy dostávají sestry od nemocnice a jsou to poukazy do posilovny, kde si mohou zacvičit a udělat tak něco pro své zdraví. Ke zdravé životosprávě patří též zdravá strava (Grofová, 2007). Sestry v rozhovorech odpovídaly na to, jak se stravují v práci oproti stravování v domácím prostředí. Jakmile se začne se zdravým stravováním, člověk zjistí, že je to naprosto přirozené. Tělo si začne zvykat a bude mu to vyhovovat. Jak se stravovali naši prarodiče? Na talíři byl velký podíl brambor, zeleniny a kousek masa (Pawłowska, 2014). Tento způsob stravování byl spíše ovlivněn finančními důvody, ale lidé nebyli obézní jak je to mu dnes. Dnešní finanční možnosti otevírají dveře fast foodům (Downie, 2009). Kdo by dnes nechtěl mít pěknou postavu a zkusit se k ní propracovat skrz nějakou dietu. V rozhovoru o zdravém stravování se zmínila sestra o drastické dietě, R15: „*Hlavně nejsou zdravé ty drastické diety. Je pravda, že v té krabičkové dietě to nejde, zdravě se stravovat. Musíte jíst to, co je v té krabičce, ale je teď dost moderní*“. Zde zmíněná krabičková dieta je dnes velice moderní a populární. Bohužel nemůže si ji dovolit každý, je finančně velmi nákladná (Pawłowska, 2014). Sedmá zkoumaná oblast byla stravování doma a v práci. Všechny sestry uvedly, že se stravují v nemocniční jídelně. Dahlke (2014) zpracovával dotazníkové šetření o spokojenosti sester s nemocniční stravou. Tři sestry uvedly, že se jejich jídelna celkem zlepšila a jsou s ní spokojeny (Dahlke, 2014). Mají na výběr z několika jídel avšak otázka, je zdali tato jídla splňují pravidla zdravého stravování. R5 řekla, že: „*Chodím do nemocniční jídelny, a vybírám si jídla. Není tolik času jíst zdravě na oddělení, proto jím co je teď a tady k výběru. V práci nedodržuji pitný režim, doma jím 5x denně, ale v práci jsem ráda, že se najím za běhu aspoň jednou. Snídám a nosím si jídlo, chléb celozrnný + sýr a ještě si nosím zeleninu a ovoce, obědy mám tady*“. Sestra zde potvrzuje, že v pracovním prostředí nelze dodržovat zdravé stravování. Grofová 2007 tvrdí, že vyhladovělé sestry, nemají čas ani na výběr z jídel. Počítání kilojoulů, kalorií, odvažování porcí nebo výběr příloh neexistuje, pokud je hlad a nedostatek času. Na standardním infekčním oddělení se sestry na oběd prostrídají a

odcházejí na oběd do nemocniční jídelny. Na oddělení infekční JIP se obědy přiváží sestřám, které nemají moc času na to se v klidu najíst a vychutnat si své jídlo neustále jsou od jídla odvolávány lékaři nebo pacienti. Jedna sestra v našem seznamu respondentů uvedla, že jí k obědu stačí pouze polévka, zbytek dne vydrží na svačinách. Takto to už prý praktikuje delší čas a vyhovuje jí to. R3 tvrdí: „*V práci mám akorát větší chuť na sladké nebo slané. Když máme něco rozdělaného na stole (brambůrky, čokoládu, bonboniéru) tak málokdy odolám. Toho se chci zbavit. V práci také piju méně vody a více kávy*“. Tato sestra má špatné návyky v práci a chce je odbourat. Dává přednost pití kávy než obyčejné vodě. Navíc káva odvodňuje organismus, takže svůj organismus spíše ještě víc zatěžuje (Grofová, 2007). Pití kávy místo plnohodnotné snídaně obsahuje sedmdesát nutričně prázdných kilokalorií. Po vynásobení tohoto množství třemi se dostaneme na energii, která odpovídá výživné misce cereálií (Nancy, 2014). Dostáváme se k osmé sledované oblasti a to je spánek spánek je důležitou a nenahraditelnou potřebou každého člověka. Říká se, že člověk prospí tetinu života. To je za celý život 24 prospaných let. Už jen z těchto čísel, musí být jasné, jak moc je spánek důležitý (Slezáková, 2012). Co soudí o spánku R6: „*Spánek je velmi důležitý, hlavně proto, aby se člověk necítil během dne unavený a slabý. Zrovna při naší práci je velmi důležité, aby se člověk naplno soustředil na svou práci. Z vlastní zkušenosti vím, že pokud je člověk unavený dělá chyby, které by normálně ani neudělal. Já osobně se snažím opravdu každý den spát minimálně 8 hodin. Samozřejmě každý den se to nepodaří, ale trůfám si říct, že každý den alespoň 7 hodin spím a to bez výjimky*“. Po delší době zkráceného spánku se zhoršuje soustředění. Objevuje se točení hlavy, slabost dolních končetin. V REM (rychlé pohyby očí) fázi se upevňuje paměťová stopa (Venglářová, 2011). Když se tedy jedinec učí před spaním, druhý den si dokáže vzpomenout na více věcí, než jedinec, který se učil v brzkých ranních hodinách (Borzová, 2009). Oblast relaxační techniky byla zkoumána u sester proto, že mě velice zajímalo, jak sestry relaxují a pomáhají svému duševnímu zdraví. Zaregistrovala jsem velice časté odpovědi sester, které rády venčí psa. Vypovídaly, že díky svému čtyřnohému mazlíčkovi se donutí jít ven a s ním proběhnout a přijít na jiné myšlenky. Další častou odpovědí byla jóga, meditace, cyklistika, poslech hudby, sport, masáže (Vytejšková, 2011). Odpověď, která nám se vnímá jako dobrý nápad a inspirace pro nás je od R20: „*Když už nemůžu, jdu běhat. Stačí kousek, aby to k pocitu aktivního odpočívání stačilo. Doma pracuju hodně manuálně. Než kniha, tak jdu sekat dříví. Nebo*

jdu do lesa, kde vím, že není signál a nemusím si brát mobil. Odpoutám se od počítače“. Tato sestra našla kompenzaci, která jí pomáhá eliminovat vztek nebo nějaké negativní pocity z proběhnutého dne. Přijde mi to jako výborný nápad a zároveň dobrá péče o duševní zdraví. Nejde o to, že je to nestandardní typ duševní hygieny, ale jde o to, že si člověk sám pomůže. Hadfield (2013) tvrdí, že takzvaný pasivní hněv je hněv potlačovaný a ignorovaný. Tito lidé se nejčastěji hodnotí velmi kriticky a také vyžadují kritiku od ostatních (Křivohlavý, 2013). Projevují přemíru ochoty pomáhat druhým, zatímco se sami zanedbávají. Předposlední, tedy desátá oblast se soustředí na stresory v práci. Sestry byly dotazovány na to, co jim v práci vadí, přesně co je stresuje. Téměř každá sestra označila jako stresor lékaře. Další stresory byly uváděny jako: nedostatek času, nahromadění úkolů, nedostatek personálu a pomůcek, špatné vztahy, administrativa a hloupí pacienti Úkoly, časový nátlak a narušené vztahy rozhodně patří do stresových situací (Raudenská, 2011). Nedostatek času a mnoho úkolů, které se sejdou najednou. To zná každá sestra, která tvrdí, že administrativa by mohla být alespoň z poloviny jednodušší. Špatné mezilidské vztahy v kolektivu taktéž nepřinášejí ovoce a sestra se potom o práci netěší vůbec, když ví, že musí sloužit směnu s kolegyní, se kterou se moc dobře nedomluví (Vévoda, 2013). Většina sester uvádí, že nelze pořád sloužit pouze s oblíbenou kolegyní, protože vše netrvá věčně a po čase se rovněž mohou přestat mít v oblibě. R6 uvedl: *„V práci mě nejvíce stresuje, jak jsem již říkala, pokud jsou nějaké neshody ve vztazích mezi kolegy. Potom se necítím v práci úplně dobře a v pohodě. Někdo si řekne, že je to třeba hloupost, ale já to tak mám. Pokud bych to měla například srovnat s tím, že mám při směně spoustu práce a práce se mi nahromadí, to pro mě tak velký stres není, protože práce mi neuteče a vždycky se dá nějak zvládnout, proto opravdu za největší stres v práci považuji nějaké problémy v pracovním kolektivu“.* Poslední zkoumanou oblastí jsou právě zmiňované mezilidské vztahy na pracovišti mezi kolegy a lékaři. Po shrnutí všech dvaceti rozhovorů, můžeme poznamenat, že sestry mezi sebou nemají větší problémy. Spíše skoro každá upozorňovala na nelibost ženského kolektivu, který občas vztahy a atmosféru na pracovišti naruší a s tím souhlasí i Dahlke, 2014. Časté intriky nebo klevety mezi sebou sestry mají, měly a zřejmě i budou mít. Větší problémy se vyskytly s lékaři. Mnoho sester pociťuje nepokoj či rozrušení při spolupráci s nimi. Sestry lékařům vytýkají, že je vnímají služky nebo jako poďradný pomocný personál. To je důvod, proč se sestry cítí dotčeny chováním lékařů (Maďar, 2006). Bohužel jedna

sestra se svěřila, že zažívala do současnosti nepříjemnou šikanu, mluvíme tedy o mobbingu. Cílem mobbingu je udělat z člověka neschopného pracovníka. U mobbingu se vyskytuje psychologický útok a nižší fyzický útok. Mobbing je zpravidla od inteligentnějších jedinců, je proto tedy i rafinovanější (Svobodová, 2008). Oproti tomu se našly sestry, které nemají žádný problém s lékaři, dokáží je respektovat a tvrdí, že i oni respektují je. Ovšem co člověk to názor a každá situaci vnímá jiným způsobem. Z rozhovorů jsme vypožorovali, že sestry mají nejvíce problém s komunikací. Je tedy možnost, že většina problémů ať již s lékaři nebo sestry se sestrami mají problém v komunikování. Špatná domluva je nejčastějším úrazem. Jak tvrdí Linhartová (2007) komunikace je složitou a vícevrstevnou pří, která propadá psychice, inteligenci a vzdělání (Kelarová a Matějková, 2014). Neutrální postoj zaujímá ke svým kolegům R10: *„Krok zpět je pro mě lepší, jsou mezi námi výjimky. Asi se dvěma nebo třemi kolegyněmi si soukromě povídám, se zbytkem vycházím velmi dobře pracovně. Nemám vůbec s nikým konflikt a nedostávám se s nikým do konfrontace. Nemám z tohoto tudíž stres, jsem flegmatik. Sice jsem nikdy nemusela ženské kolektivy a nyní se mi to potvrzuje, že ženy jsou pomlouvačné a zákeřné. Nevšímám si toho. Ale ne všechny jsou takové. Něktěry kolegyněmi se upřímně vyhýbám (smích) a když s nimi mám službu, tak se snažím s nimi hovořit co nejméně (směje se). S lékaři je to z 80% jen čistě profesionální pracovní vztah, ne soukromé. Pociťuji odměřenost, mám od nich odstup. Máme, řekla bych až na některé výjimky přátelské vztahy. Scházíme se mimo práci s některými nebo na vánočních večírcích“*. Tato sestra se snaží vycházet se všemi kolegyněmi i lékaři. Najdou se v kolektivu lidé, kteří ji nejsou sympatičtí, ale dokáže s nimi pracovat. Není vhodné vytvářet na pracovišti negativní vibrace. Jsme názoru, že problémy jsou od toho, aby se řešily. Pracovní nepokoje nevedou nikam, jen narušují atmosféru ostatním a člověk se později skoro bojí chodit do práce, která je už tak dost náročná a stresující (Vévoda, 2013). Kebza 2005 uvádí, že v mezilidských vztazích na pracovišti sehrává velkou roli i věk lidí, kteří jsou spolu. Například starší kolegyně se právem popuzují nad chováním těch mladších, kteří působí infantilně nebo drze. Těmto mladších kolegyněmi ze začátku ještě nenabídnou tykání právě proto, že čekají, co čas ukáže. Jaké budou a jak se budou chovat. Rovněž je důležitý i vztah s vrchní nebo staniční sestrou, které jsou ve vedoucích pozicích (Vévoda, 2013). Původně bylo plánováno, že data z obou nemocnic budou navzájem porovnávány. Po zjištění, že odpovědi sester byly téměř stejné nebo velice podobné, že by nebylo co porovnávat.

Citát od Dalajlámy vše výborně vystihuje: „Když si člověk uchová k životu kladný vztah, může být šťastný i v těch nejnepříznivějších podmínkách.“

6 ZÁVĚR

Naše bakalářská práce se věnovala významu duševní hygieně u sestry, která pracuje na infekčním oddělení. Sestra, která pracuje na infekčním oddělení, přichází do kontaktu s infekčním pacientem, komunikuje s rodinou nemocného, spolupracuje s lékaři a plní jeho ordinace. Tato práce se jeví jako psychická zátěž na organismus a může vyústit až v syndrom vyhoření. K tomu aby sestra zvládala svoji práci dobře, a svědomitě potřebuje kvalitní duševní zdraví. K tomu, ji napomůže psychohygienu. Tato bakalářská práce měla za cíl zjistit význam duševní hygieny u sestry pracující na infekčním oddělení. Výzkum byl veden kvalitativní metodou. Data byla sebrána formou rozhovoru a stanoveny byly 2 výzkumné otázky:

- 1) Jak velký význam připisují sestry pracující na infekčním oddělení duševní hygieně?
Z analýzy výsledků se může zdát, že sestry dbají o své duševní zdraví dostatečným způsobem. Duševní hygienou jsou teoreticky orientované a v rámci zkvalitňování svého psychického zdraví se stále zdokonalují. Po praktické stránce co zlepšovat.
- 2) V jakých oblastech sestry pracující na infekčním oddělení pečují o svoji duševní hygienu?

Ve zkoumaných oblastech bylo zjištěno, že sestry pečují o svoji psychohygienu zdravým stravováním, využíváním relaxačních technik a dostatečným kvalitním spánkem. Spánek se ovšem může jevit, že není silnou stránkou všech sester, proto v našem výzkumu očekávané výsledky nedopadly nejlépe. Zdravé stravování je narušeno u každé sestry příjmem sladkostí, nepravidelností v jídle nebo narušeným denním stravovacím plánem.

Mezi základní oblasti u sester je nedostatek vědomostí o duševní hygieně. Následně povrchnost či ignorování zdravého životního stylu. Objevila se nízká konzumace ovoce a zeleniny během dne, totéž platí pro stravování se 5x denně. Zahrnutí pohybové aktivity alespoň 30 minut každý den se rovněž ukázala jako problémová. Nedostatečný spánek, stres a ne příliš dobré vtahy na pracovišti a nejsou dobrým ukazatelem zdravé životosprávy. Ona životospráva právě ovlivňuje celou duševní hygienu a je základním kamenem pro správné fungování celého organismu a psychického zdraví. Odpočinek a relax tedy sestry zvládají a nemají problém po pracovním vypětí uklidnit mysl a dopřát si tělesný klid a odreagování ať už aktivním nebo pasivním způsobem. Vzhledem

k důležitosti duševní hygieny, jako primární prevence proti syndromu vyhoření, doporučuji edukaci a šíření informací. Toto šíření a edukace by mohla například proběhnout formou, přednášek, seminářů, nebo informačních letáků. Bakalářská práce by mohla přiblížit práci sestry uchazečům o studiu na vysoké škole oboru Všeobecná sestra. Výsledky z kvalitativního výzkumu nelze paušalizovat na všechny sestry pracující na infekčním oddělení, proto se tato práce může stát podkladem k dalšímu výzkumu se zaměřením na všechny sestry z různých oddělení. Pokud si čtenář po přečtení této práce uvědomí, co je to duševní hygiena a vzbudí to jeho zájem o téma, tak tato práce splnila svůj účel a má smysl. Výstupem bakalářské práce bude informační plakát pro sestry a laickou veřejnost.

7 SEZNAM LITERATURY

1. ADAM, Z., VORLÍČEK, J., POSPÍŠILOVÁ Y., 2004. *Paliativní medicína*. 2. vydání. Praha: Grada. 544 s. ISBN 80-247-0279-7.
2. ACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J., 2007. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.
3. AIŠMANOVÁ, A., 2016. *PSHY: Psychohygienu (duševní hygiena)*. [online]. Plzeň: 50 s. [cit. 2017-03-24]. Dostupné z: https://fpe.zcu.cz/study/celozivotni_vzdelavani/nabidka/ESF_mistri/materialy2011/LS_podpory/kps_pshy/PSHY_Ajsmanova.pdf
4. BARTOŠÍKOVÁ, I., 2006. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 11-12 s. ISBN 80-7013-439-9.
5. BAŠTECKÁ, B., 2009. *Psychologická encyklopedie: aplikovaná psychologie*. Praha: Portál. 520 s. ISBN 978-80-7367-470-0.
6. BÁRTOVÁ, Z., 2011. *Jak zvládnout stres za katedrou*. Kralice na Hané: Computer Media. 96 s. ISBN 978-80-7402-110-7
7. BÁRTLOVÁ, S., 2006. Význam celoživotního vzdělávání pro sestry a zdravotnické organizace. Praha: *Florence*. 2 (4), 48-49. ISSN 1801-464X.
8. BARTŮNĚK, P. et al., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada. 752 s. ISBN 978-80-247-4343-1.
9. BEDRNOVÁ, E. et al., 1999. *Duševní hygiena a sebeřízení pro vysokoškoláky a mladé manažery*. Praha: Fortuna. 160 s. ISBN 80-7168-681-6.
10. BEDRNOVÁ, E. et al., 2009. *Management osobního rozvoje: Duševní hygiena, sebeřízení a efektivní životní styl*. Praha: Management Press. 15 s. ISBN 978-80-7261-198-0.
11. BOHSTRÖM, D. et al., 2016. Managing stress in prehospital care: Strategies used by ambulance nurses. *Elsevier* [online]. Sweden: International Emergency Nursing, (25), 1-6 s. [cit. 2016-11-01]. Dostupné z: http://ac.els-cdn.com/S1755599X16300829/1-s2.0-S1755599X16300829-main.pdf?_tid=852f0df4-a07a-11e6-b999-00000aab0f26&acdnat=1478036056_947888f6d2aa64f852394a2333a20549

12. BORZOVÁ, C., 2009. *Nespavost a jiné poruchy spánku: pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. 141 s. ISBN 978-80-247-2978-7.
13. BURSOVÁ, M., 2005. *Kompenzační cvičení: uvolňovací, protahovací, posilovací*. Praha: Grada. 195 s. ISBN 80-247-0948-1.
14. CAKIRPALOGLU, P., 2012. *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada. 287 s. ISBN 978-80-247-4033-1.
15. CIPRO, M., 2015. *Psychoanalytické koučování: vliv nevědomé motivace na jednání koučovaného*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-5350-8.
16. CLARK, N., 2014. *Sportovní výživa*. 3. Vydání. Praha: Grada. 352 s. ISBN 978-80-247-4655-5.
17. ČÁBALOVÁ, D., 2011. *Pedagogika*. Praha: Grada. 272 s. ISBN 978-80-247-2993-0.
18. ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R. 2010. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada. 126 s. ISBN 978-80-247-3213-8.
19. ČERNÝ, Z., 2008. *Infekční nemoci: jak pečovat o pacienty s infekčním onemocněním*. 2. Vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. 284 s. ISBN 978-80-7013-480-1.
20. ČEVELA, R. et al., 2009. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada. 108 s. ISBN 978-80-247-2860-5.
21. DAHLKE, R., 2014. *Nemoc jako řeč duše: význam a naděje chorobopisů*. Brno: CPRESS. 264 s. ISBN 978-80-264-0368-5.
22. DOWNIE, C., 2009. *The spark: the 28-day breakthrough plan for losing weight, getting fit, and transforming your life*. Carlsbad, California: Hay House. 260 s. ISBN 9781401926465.
23. FALEIDE, A., LIAN L., 2010. *Vliv psychiky na zdraví: soudobá psychosomatika*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-2864-3.
24. FENNELL, J., 2014. *Jak překonat nízké sebevědomí: osobní průvodce pro změnu nezdravých vzorců v myšlení a chování*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-3991-5.
25. FESSLER, N., 2014. *Rychlá relaxace: minutová cvičení proti každodennímu stresu*. Praha: Grada. 121 s. ISBN 978-80-247-5073-6.

26. GROFOVÁ, Z., 2007. *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. Praha: Grada. 237 s. ISBN 978-80-247-1868-2.
27. HADFIELD, S., 2013. *Pozitivní myšlení: jak změnit svůj přístup a dívat se na život optimisticky*. Praha: Grada. 172 s. ISBN 978-80-247-4848-1.
28. HART, W., 2010. *Umění žít: meditace vipassana jak ji vyučuje S.N. Goenka*. Česko: The art of living. 128 s. ISBN 978-80-254-8462-3.
29. HARTL, P., HARTLOVÁ, H., 2000. *Psychologický slovník*. Praha: Portál. 776 s. ISBN 80-7178-303-X.
30. HEKELOVÁ, Z., 2012. *Manažerské znalosti a dovednosti pro sestry*. Praha: Grada. 124 s. ISBN 978-80-247-4032-4.
31. HERMAN, J., 2015. *Kultura chování a vystupování zaměstnanců sociálních služeb: studijní materiály vzdělávacího programu*. Brno: Curatio Education s.r.o. 9 s.
32. HERSCH, K., 2016. Snížení stresu u sester: Náhodné kontrolované studie programu zvládnání stresu u sester. *Elsevier* [online]. (32), 18 – 25s [cit. 2016-09-28].
Dostupné z:
www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0897189716300118
33. HEŘMANOVÁ, J., 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9.
34. HODAČOVÁ, L. et al., 2007. Hodnocení pracovní psychické zátěže u zaměstnanců různých profesí. *Československá psychologie*. 51(4), 335 – 346. ISSN 0009-062X.
35. HONG, E., LEE, S., 2016. The mediating effect of emotional intelligence between emotional labour, job stress, burnout and nurses' turn over intention. *International Journal of Nursing Practise* [online]. South Korea. (10), 1 - 8 s. [cit. 2016-09-28]. DOI: 10.1111/ijn.12493. Dostupné z:
http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ijn.12493/epdf?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase_site_license=LICENSE_DENIED_NO_CUSTOMER
36. HUBER, J. et al., 2009. *30 způsobů jak se zbavit stresu*. Praha: Grada. 117 s. ISBN 978-80-247-2486-7

37. JANKOVSKÝ, J., 2003. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton. 223 s. ISBN 80-7254-329-6.
38. JEKLOVÁ, M., REITMAYEROVÁ, E., 2006. *Syndrom vyhoření* [online]. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí. 32 s. [cit. 2016-11-07]. ISBN 80-86991-74-1. Dostupné z: <<http://www.viod.cz/editor/assets/download/publikace/vyhoreni.pdf>>.
39. JILICH, D., KULÍŘOVÁ, V., 2014. *HIV infekce: současné trendy v diagnostice, léčbě a ošetřovatelství*. Praha: Mladá fronta. 173 s. ISBN 978-80-204-3325-1.
40. KAPOUNOVÁ, G., 2007. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada. 350 s. ISBN 978-802-4718-309.
41. KEBZA, V. 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia. 260 s. ISBN 80-200-1307-5.
42. KEVERESKI, L. et al., 2016. The Influence of the Emotional Inteligence of the Emotional Inteligence in Protection of the Mental Health in Conditions of a Psychosocial Stress. *International Journal of Cognitive Research in Science, Engineering and Education* [online]. 4(1) [cit. 2016-09-28]. DOI: 10.5937/IJCRSEE1601017K. Dostupné z: <http://ijcrsee.com/index.php/ijcrsee/article/view/192/357>
43. KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., 2014. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty - 4. ročník*. 2. Vydání. Praha: Grada. 307 s. ISBN 978-80-247-5203-7.
44. KOLAJOVÁ, L., 2006. *Týmová spolupráce: jak efektivně vést tým pro dosažení nejlepších výsledků*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1764-6.
45. KOLÁŘOVÁ, M., 2013. *Nemocniční listy Fakultní nemocnice Brno: Prevence infekčních komplikací v péči o pacienta; legislativní požadavky*. Brno. 9(1). 21 – 23 s. ISSN 1802-0224.
46. KOPŘIVA, K., 2006. *Lidský vztah jako součást profese*. 5. Vydání. Praha: Portál. 147 s. ISBN 80-7367-181-6.
47. KRATOCHVÍL, S., 2009. *Klinická hypnóza*. 3. Vydání. Praha: Grada, 2009. 304 s. ISBN 978-80-247-2549-9.

48. KREDBA, V., 1966. *Vzpomínka na profesora Procházku - zakladatele české infektologie: Prof. dr. Jaroslav Procházka, DrSc., sedmdesátníkem*. Praha.
Dostupné také z: <http://www.infekce.cz/zprava11-43.htm>
49. KREJČÍK, V., ALTNEROVÁ, J., 2007. *Cvičení pro radost: 4 týdny v pohybu s jídelníčkem na každý den*. Praha: Grada. 180 s. ISBN 978-80-247-2031-9.
50. KRŠKA, Z., 2011. *Techniky a technologie v chirurgických oborech: vybrané kapitoly*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-3815-4.
51. KŘIVOHLAVÝ, J., 1998. *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 80-7269-551-3.
52. KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J., 2005. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada. 80 s. ISBN 80-247-0784-5.
53. KŘIVOHLAVÝ, J., 2010. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. Praha: Grada. 119 s. ISBN 978-80-247-3149-0.
54. KŘIVOHLAVÝ, J., 2013. *Psychologie zdraví*. 3. Vydání. Praha: Portál. 280 s. ISBN 978-80-7367-568-4.
55. KUTNOHORSKÁ, J., et al. 2014. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada. 9-11 s. ISBN 978-80-247-3843-7.
56. LOJKOVÁ, D., 2012. *Získejte rovnováhu těla, mysli, duše a ducha*. Praha: Grada. Psychologie pro každého. 152 s. ISBN 978-80-247-2268-9.
57. MAŘAR, R. et al., 2006. *Prevence nozokomiálních nákaz v klinické praxi*. Praha: Grada. 178 s. ISBN 80-247-1673-9.
58. MANDINCOVÁ, P., 2011. *Psychosociální aspekty péče o nemocného: onemocnění štítné žlázy*. Praha: Grada. 123 s. ISBN 978-80-247-3811-6.
59. MARKOVÁ, E. et al., 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
60. MASLACH, Ch., 1982. *Burnout, the cost of caring*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall. 276 s. ISBN 0130912492.
61. MASLACH, Ch., JACKSON, S., 1982. The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior* [online]. 2(2), 99 - 113 [cit. 2017-04-29]. DOI: 10.1002 / job.4030020205. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/job.4030020205/epdf>

62. MASTILIAKOVÁ, D., 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-5376-8.
63. MATOUŠEK, O. et al., 2008. *Metody a řízení sociální práce*. 2. Vydání. Praha: Portál. 384 s. ISBN 978-80-7367-502-8.
64. MAZÁNEK, J., 2014. *Zubní lékařství: propedeutika*. Praha: Grada. 604 s. ISBN 978-80-247-3534-4.
65. MIKULÁŠTÍK, M., 2015. *Manažerská psychologie*. 3. Vydání. Praha: Grada. 344 s. ISBN 978-80-247-4221-2.
66. MÜLLEROVÁ, D., AUJEZDSKÁ, A., 2014. *Hygiena, preventivní lékařství a veřejné zdravotnictví*. Praha: Karolinum. 256 s. ISBN 978-80-246-2510-2.
67. MUŽÍK, J., 2004. *Androdidaktika*. 2. Vydání. Praha: ASPI. 146 s. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů ISBN 80-7367-045-9. [online]. [cit. 2016-11-15] Dostupné z: <http://www.nconzo.cz/web/guest/o-registru>
68. O'CONNOR, M., ARANDA, S., 2005. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Praha: Grada. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
69. PAPÍKOVÁ, Z., 2013. *Syndrom vyhoření Rizikové faktory jeho vzniku*. Praha: Diplomová práce, Univerzita Karlova v Praze, Filozofická fakulta, katedra Andragogiky a personálního řízení. Vedoucí práce Renata Kocianová.
70. PAWLOWSKÁ, H., TEPRT, L., 2014. *Chut' do života: rady a recepty, abyste nezabili sebe ani ostatní*. Praha: Motto. 240 s. ISBN 978-80-267-0155-2.
71. PETŘÍKOVÁ, I., 2013. *Psychohygiena a životní styl u vysokoškolských studentů*. Brno: Diplomová práce, Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, Katedra psychologie. Vedoucí práce E. Řehulka.
72. PLAMÍNEK, J., 2013. *Sebepoznání, sebeřízení a stres - Praktický atlas sebezvládnutí*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 9788024747514.
73. PLEVOVÁ, I., 2012. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-3871-0.
74. PODSTATOVÁ, H., 2009. *Základy epidemiologie a hygieny*. Praha: Galén. 158 s. ISBN 978-80-7262-597-0.

75. PODSTATOVÁ, R., 2011. *Péče o pacienty s infekčním onemocněním*. **21**(4). 52 – 56 s. ISSN 1210-0404.
76. POSPÍŠILOVÁ, T., 2013. *Syndrom vyhoření v učitelské profesi* [online]. Brno. [cit. 2017-01-22]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/252178/pdf_m/Syndrom_vyhoreni_v_ucitelske_profesi_Pospisilova_hiwup.txt
77. PRIEB, M., 2015. *Jak zvládnout syndrom vyhoření: najdete cestu zpátky k sobě*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-5394-2.
78. PROCHÁZKA, J. et al., 2013. *Psychologie efektivního leadershipu*. Praha: Grada. 146 s. ISBN 978-80-247-4646-3.
79. PRŮCHA, J., 2009. *Pedagogická encyklopedie*. Praha: Portál. 935 s. ISBN 978-80-7367-546-2
80. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., 2014. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada. 520 s. ISBN 978-80-247-5471-0
81. RAO, M., 2016. Innovative tools and techniques to manage your stress to ensure work-life balance. *Industrial* [online]. **48**(6), 320-324 [cit. 2016-10-19]. DOI: 10.1108/ICT-05-2015-0035. ISSN 00197858. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=4900f6ee-27cd-4108-8f00-4c3415520aa1%40sessionmgr1&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1laG9zdC1saXZlJnNjb3BIPXNpdGU%3d#AN=115825840&db=bth>
82. RAUDENSKÁ, J., JAVŮRKOVÁ, A., 2011. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-2223-8.
83. ROSCHKER, N., 2014. *Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt: Soziale und ökonomische Relevanz für Gesellschaft und Unternehmen*. [online]. Wiesbaden: Springer Gabler. 1 - 8 [cit. 2017-01-25]. ISBN 9783658044169. Dostupné z: <https://books.google.cz/books?id=ARcgBAAAQBAJ&pg=PA7&dq=psychische+gesundheits+und+burnout&hl=cs&sa=X&ved=0ahUKEwisxbyqsN7RAhVrKcAKHUotC4cQ6AEIGzAA#v=onepage&q=psychische%20gesundheits%20und%20burnout&f=false>
84. ROZSYPAL, H., KOSÁKOVÁ, M., HOLUB, M., 2013. *Infekční nemoci ve standardní a intenzivní péči*. Praha: Karolinum. 386 s. ISBN 978-80-246-2197-5.

85. ROZSYPAL, H., 2015. *Základy infekčního lékařství*. V Praze: Karolinum. 572 s. ISBN 978-80-246-2932-2.
86. SABOLČÁKOVÁ, T., 2014. *Starostlivosť o infekčného pacienta metódou bariérového ošetrovania*. Slovenská republika. **13**(1-2). 37 – 39. ISSN 1335-9444.
87. SCHAUFELI, W., ENZMANN, D., 1998. *The burnout companion to study and practice: a critical analysis*. Philadelphia, PA: Taylor & Francis. 224 s. ISBN 0748406980.
88. SCHREIBER, V., 1992. *Lidský stres*. Praha: Academia. 82 s. ISBN 80-200-0458-0.
89. SCHULTZ, H., 2003. *Das autogene Training: konzentrierte Selbstentspannung; Versuch einer klinisch-praktischen Darstellung*. [online]. 2. Stuttgart: Thieme. [cit. 2017-01-03]. ISBN 3134014203. Dostupné z: https://books.google.cz/books?id=YR_5qmPE1MC&pg=PA18&hl=cs&source=gbs_selected_pages&cad=2#v=onepage&q&f=false
90. SITNÁ, D., 2009. *Metody aktivního vyučování*. Praha: Portál. 159 s. ISBN 978-80-7367-246-1
91. SKALKOVÁ, J., 2007. *Kategorie vzdělání a pojetí vzdělávání v soudobé učící se informační společnosti*. Praha: Portál. 14 s. ISBN 978-80-7367-230-0
92. SLEZÁKOVÁ, L., 2007. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty*. Praha: Grada. 228 s. ISBN 978-802-4717-753.
93. SMEJKAL, V., BACHRACHOVÁ, H., 2011. *Velký lexikon společenského chování*. 2. Vydání. Praha: Grada. 400 s. ISBN 978-80-247-3650-1.
94. STACKEOVÁ, D., 2011. *Relaxační techniky ve sportu: [autogenní trénink, dechová cvičení, svalová relaxace]*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-3646-4.
95. STENGER, Ch., 2015. *Nenechte svůj mozek zahálet: začněte jej využívat na maximum!*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-5480-2.
96. STOCK, Ch., 2010. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-3553-5.

97. STREITOVÁ, D., ZOUBKOVÁ, R., 2015. *Septické stavy v intenzivní péči: ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. 170 s. ISBN 978-80-247-5215-0.
98. SVOBODOVÁ, L., 2008. *Nenechte se šikanovat kolegou: mobbing - skrytá hrozba*. Praha: Grada. 108 s. ISBN 978-80-247-2474-4.
99. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M., 2006. *Interní ošetrovatelství*. Praha: Grada. 284 s. ISBN 978-802-4711-485.
100. ŠAMÁNKOVÁ, M., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. 134 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
101. ŠAŠEK, J., KOŽÍŠEK, F., 2014. *Státní Zdravotní Ústav Centrum Zdraví A Životního Prostředí: Metodické doporučení ke kontrole jakosti teplé vody (zvláště s ohledem na riziko přítomnosti legionel)*. Praha. 7 s. Dostupné z: <http://www.szu.cz/uploads/documents/chzp/voda/pdf/tuv.pdf>
102. ŠEBEKOVÁ, V., 2002. *Práce sestry na infekčnom oddelení*. 1(3). 46 s. ISSN 1335-9444.
103. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M., 2003. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent-Orion. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.
104. ŠPIRUDOVÁ, L., 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství II: doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-5711-7.
105. ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. Vydání. 384 s. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.
106. TÓTHOVÁ, V., 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2. Vydání. Praha: Triton. 225 s. ISBN 978-80-7387-785-9
107. TROJAN, S., 2005. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. 3. Vydání. Praha: Grada. 237 s. ISBN 80-247-1296-2.
108. VÁGNEROVÁ, M., 2005. *Základy psychologie*. Praha: Karolinum. 356 s. ISBN 80-246-0841-3.
109. VÁVROVÁ, P., 2013. *Psychohygienu (nejen) jako prevence syndromu vyhoření u zdravotnického managementu: Relaxace* [online]. Olomouc: [cit. 2016-09-27]. Dostupné z: www.email.cz/download/k/umWCNRZA0PU52P2CPXMi2wLIJ3fYfi_viTK6rA3EbSC1_VAiffPgnzaleK9CMYQ7f72Qx2s/ContentServer_002.pdf

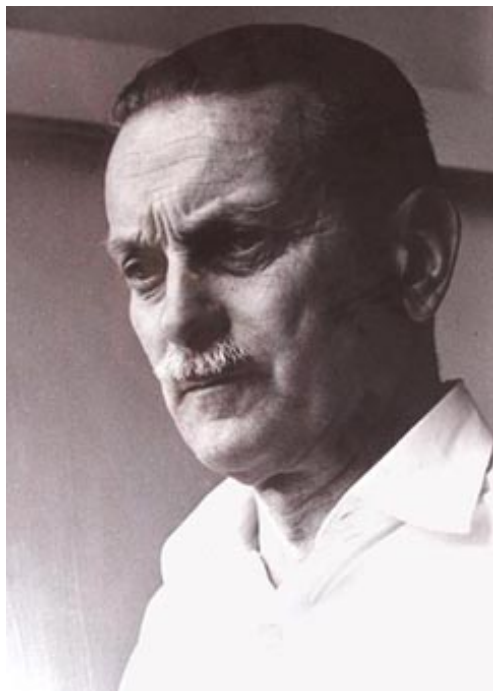
110. VAŠINA, L., 2010. *Komparativní psychologie*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-2847-6.
111. VEČEŘOVÁ, A., HONZÁK, R., 2008. *INTERNÍ MEDICÍNA PRO PRAXI*. [online]. Praha. **10**(4), 1 – 5. [cit. 2017-01-12]. Dostupné z: <http://www.internimedica.cz/pdfs/int/2008/04/09.pdf>
112. VENGLÁŘOVÁ, M., 2011. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada. 75-79s. ISBN 978-80-247-3174-2.
113. VÉVODA, J., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-4732-3.
114. VONDRÁČEK, L., VONDRÁČEK, J., 2006. *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče*. 2. Vydání. Praha: Grada. 68 s. ISBN 80-247-1919-3.
115. VÖRÖSOVÁ, G. et al., 2015. *Ošetrovatelská diagnostika v práci sestry*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-5538-0.
116. VYMĚTAL, Š., 2009. *Krizová komunikace a komunikace rizika*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-2510-9.
117. VYTEJČKOVÁ, R., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada. 308 s. ISBN 978-80-247-3419-4.
118. WORKMAN, B., BENNETT, L., 2006. *Klíčové dovednosti sester*. Praha: Grada. 259 s. ISBN 80-247-1714-X.
119. ZACHAROVÁ, E. et al., 2007. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada. 229 s. ISBN 978-80-247-2068-5.
120. ZITELMANN, R., 2012. *Proč jsou úspěšní lidé úspěšní*. Praha: Grada. 223 s. ISBN 978-80-247-4187-1.
121. <http://www.nemcb.cz/infekcni-oddeleni/>
122. www.dietavkrabicce.cz

8 SEZNAM PŘÍLOH A OBRÁZKŮ

8.1 Seznam příloh

- Příloha 1 Profesor MUDr. Procházka Jaroslav
- Příloha 2 Sestra Kennyová
- Příloha 3 Tabulka klasifikace rizikových faktorů syndromu vyhoření podle Jeklové
 a Reitmayerové
- Příloha 4 Maslach Burnout Inventory
- Příloha 5 CD s rozhovory

Příloha 1 Profesor MUDr. Procházka Jaroslav



Příloha 2 Sestra Kennyová



Příloha 3 Tabulka klasifikace rizikových faktorů syndromu vyhoření podle Jeklové a Reitmayerové

Příloha A: Tabulka klasifikace rizikových faktorů syndromu vyhoření podle Jeklové a Reitmayerové

Faktory	
Vnější	
Zaměstnání a organizace práce	<ul style="list-style-type: none"> - dlouhodobé a opakované jednání s lidmi - nedostatek personálu, času, finančních prostředků, odborných zkušeností - nedostatek odpočinku, pracovní přetížení - nedostatek ocenění práce - příliš náročné pracovní podmínky - dlouhodobé trvání nepříznivých podmínek - existence náročných soutěživých podmínek a vysokých výkonových nároků na pracovišti - příliš náročné pracovní termíny či pracovní kvalitativní a kvantitativní požadavky - snížená možnost seberealizace, pracovní rutina - odmítání ze strany druhých, klientů i nadřízených - snaha o postup na profesním žebříčku - špatná organizace práce
Rodina	<ul style="list-style-type: none"> - přehnaná pozornost k problémům ostatních - neutěšené bytové nebo finanční podmínky - nemoc nebo jiná dlouhodobá zátěž v rodině - partnerské problémy a konflikty
Společnost	<ul style="list-style-type: none"> - soutěživý charakter naší společnosti, gradace stanovování cílů na hranici překračující fyzické či emoční možnosti jedinců - falešný obraz úspěchu - tempo společnosti, akcelerace sociálního času - snaha nebýt pozadu za ostatními po výkonové i finanční stránce
Vnitřní	
	<ul style="list-style-type: none"> - přílišné nadšení pro práci - vnitřní tendence k soutěživosti a komparace s druhými - subjektivní vnímání obtížnosti vlastních životních podmínek - špatné vnitřní sebehodnocení - silné vnímání neúspěchu - špatný fyzický stav - nepravidelný denní biorytmus - snaha dělat všechno sám, nedelegování - nízká úroveň asertivity, neschopnost říci „ne“ - nezvládání konfliktů - snaha mít vše pod kontrolou - neschopnost aktivního i pasivního odpočinku či relaxace - přehnaná odpovědnost, vysoké nároky na sebe sama

(Rush in Jeklová, Reitmayerová, 2006, s. 16–18, upraveno)

Zdroj: PAPIKOVÁ, Z. *Syndrom vyhoření Rizikové faktory jeho vzniku*. Praha, 2013. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, Filozofická fakulta, katedra Andragogiky a personálního řízení. Vedoucí práce Renata Kocianová.

Příloha 4 Maslach Burnout Inventory

Síla pocitů (vůbec) 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 (velmi silná)

1	EE	Práce mě citově vysává	
2	EE	Na konci pracovního dne se cítím na dně sil.	
3	EE	Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unavená/ý.	
4	PA	Velmi dobře rozumím pocitům svým pacientů/klientů.	
5	DP	Mám pocit, že někdy jednám s klienty/pacienty jako s neosobními věcmi.	
6	EE	Celodenní práce s lidmi je pro mě skutečně namáhavá.	
7	PA	Jsem schopen/ná vyřešit problémy svých klientů/pacientů.	
8	EE	Cítím „vyhoření“, vyčerpání ze své práce.	
9	PA	Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňují a naladují.	
10	DP	Od té doby, co vykonávám svou profesi, jsem se stal méně citlivý k lidem.	
11	DP	Mám strach, že výkon mé práce mne činí citově tvrdým.	
12	PA	Mám stále hodně energie.	
13	EE	Moje práce mi přináší pocity marnosti, neuspokojení.	
14	EE	Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mě to vyčerpává.	
15	DP	Už mě dnes moc nezajímá, co se děje mými klienty/pacienty.	
16	EE	Práce s lidmi mi přináší silný stres.	
17	PA	Dovedu u svých klientů/pacientů vyvolat uvolněnou atmosféru.	
18	PA	Cítím se svěží a povzbuzený, když pracuji se svými klienty/pacienty.	
19	PA	Za roky své práce jsem byl úspěšný/á a udělal/a hodně dobrého.	
20	EE	Mám pocit, že jsem na konci svých sil.	
21	PA	Citové problémy v práci řeším velmi klidně – vyrovnaně.	
22	DP	Cítím, že klienti/pacienti mi přičítají některé své problémy.	

Příslušnost k oblasti (EE – emocionální vyhoření, DP – depersonalizace, PA – osobní uspokojení)

Zdroj: VENGLÁŘOVÁ, M., 2011. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3174-2.

9 SEZNAM ZKRATEK

ARIP	Anesteziologicko Resuscitační Intenzivní Péče
CD	Compact Disc, tj. kompaktní disk
DrSc	Doctor scientiaru, tj. doktor věd
DVD	Digital Video Disc
JIP	Jednotka intenzivní péče
Kč	Koruna česká
KFC	Kentucky Fried Chicken
MUDr.	Medicinae universae doctor
PC	Personal computer
Prof.	Profesor
REM	Rapid eye movement, tj. Rychlé pohyby očí
VAS	Vizuální analogová škála
WC	Water closet