



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Vliv práce sester traumatologického oddělení na jejich potřeby

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Michaela Haisová

Vedoucí práce: PhDr. Věra Stasková, Ph. D.

České Budějovice 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Vliv práce sester traumatologického oddělení na jejich potřeby“ 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 jejich 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 výsledku 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. 2022

.....
Michaela Haisová

Poděkování

Ráda bych touto cestou chtěla poděkovat paní PhDr. Věře Staskové, Ph. D. za odborné vedení mé bakalářské práce, ochotu, milý přístup, a především za poskytnuté cenné rady. Dále bych chtěla poděkovat pracovníkům nemocnice, kteří mi umožnili výzkumné šetření provést, nebo se ho zúčastnili. V neposlední řadě také děkuji své rodině za jejich oporu.

Vliv práce sester traumatologického oddělení na jejich potřeby

Abstrakt

Bakalářská práce „Vliv práce sester traumatologického oddělení na jejich potřeby“ se skládá z části teoretické a z části praktické. Teoretická část představuje obor traumatologie, profesi sestry a holistické pojetí potřeb člověka.

V bakalářské práci byly stanoveny tři cíle. Prvním cílem bylo zjistit, jak práce sester na traumatologickém oddělení ovlivňuje jejich potřeby. Poté zjistit překážky, které brání sestřím pracujícím na traumatologickém oddělení v uspokojování jejich potřeb. Třetím cílem bylo zjistit, jakou podporu vnímají sestry pracující na traumatologickém oddělení v uspokojování jejich potřeb.

Praktická část práce byla provedena kvalitativním výzkumným šetřením, technikou sběru dat polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovor byl proveden s 9 sestrami, kdy byl následně vzorek nasycen. Byla provedena analýza a zpracování dat otevřeným kódováním, metodou „tužka a papír“. Získané kódy byly rozřazeny do jednotlivých kategorií, v jednom případě se ukázalo provést rozřazení i do podkategorií.

Z analýzy dat výzkumného šetření vyplynulo, že sestry nepocítují ovlivnění svých potřeb prací na traumatologickém oddělení. Negativní vliv práce na potřeby sester pocítují v případě náročné směny, nebo v situaci, kdy se před směnou cítí ve stresu nebo vnímají nedostatek volného času v důsledku velkého počtu směn. Za překážku v uspokojování potřeb sestry považují nedostatek času, příliš žádostivé pacienty, nedokončenou práci při předávání směny, nevyhovující kolektiv či neočekávanou situaci v průběhu směny. V rámci uspokojování potřeb vnímají sestry podporu od svých spolupracovníků i nadřízených skrze pochvalu nebo efektivní komunikaci.

Výsledky bakalářské práce budou sloužit pro zvýšení povědomí o náročnosti práce sester na traumatologickém oddělení v souvislosti uspokojování jejich potřeb a současně k podpoře sester z řad vedoucích pracovníků. Výsledky zjištění bude možno využít i jako podklad návrhu semináře pro sestry.

Klíčová slova

potřeba; uspokojení; sestra; traumatologické oddělení; motivace; podpora; překážky

The influence of the work of the nurses of the trauma department on their needs

Abstract

The bachelor's thesis "The influence of the work of the nurses of the trauma department on their needs" consists of partly theoretical and partly practical. The theoretical part presents the field of traumatology, nurses work and holistic concept of human needs.

Three goals were set in the bachelor's thesis. The first goal was to find out how the nurses work on trauma department affects their needs. Then identify the obstacles that prevent the nurses working in the trauma department to meet their needs. The third goal was to find out what support nurses working in the trauma department perceive in satisfaction of their needs.

The practical part of the work was performed by qualitative research, data collection techniques semi-structured interview. The interview was conducted with 9 nurses in order to fulfill required sample. The analysis and processing of data by open coding, the "pencil and paper" method. The obtained codes were classified into individual categories, in one case it turned out to be classified into subcategories.

Analyses of the survey data showed that nurses usually do not feel influenced their work or are affected by the difficulty of the shift. They may also be sometime before the shift feeling stressed or feeling a lack of free time. For an obstacle in meeting the needs of the nurse consider time constraints, overly demanding patients, unfinished work in handing over the shift, unsatisfactory team or unexpected situation. As a morale booster nurses usually receive support by compliment from their co-workers and superiors in the form of praise or good communication.

The results of the bachelor's thesis will serve to increase awareness of the complexity of the work of nurses in the trauma department in connection with meeting their needs and at the same time to support nurses from among the managers. Findings will be also possible to use as a basis for the design of a seminar for nurses.

Key words

need; satisfaction; nurse; trauma department; motivation; support; obstacles

Obsah

Úvod	7
1 Současný stav	8
1.1 Traumatologie	8
1.1.1 Charakteristika traumatologického zaměření	8
1.1.2 Organizace traumatologického oddělení	9
1.2 Sesterská profese	13
1.2.1 Faktory ovlivňující práci sester	14
1.2.2 Specifika práce sestry v chirurgických oborech	20
1.2.3 Role sestry	23
1.3 Holistické pojetí potřeb	24
1.3.1 Klasifikace potřeb	25
1.3.2 Naplnění potřeb	29
1.3.3 Nenaplnění potřeb	30
2 Cíle práce a výzkumné otázky	31
2.1 Cíle práce	31
2.2 Výzkumné otázky	31
3 Metodika výzkumu	32
3.1 Metodika a technika výzkumu	32
3.2 Charakteristika výzkumného vzorku	32
4 Výsledky výzkumu	33
4.1 Identifikační údaje sester	33
4.2 Kategorizace dat	34
5 Diskuze	44
6 Závěr	52
7 Seznam použité literatury	54
8 Seznam příloh	59

Úvod

Povolání sester na jakémkoliv nemocničním oddělení není vůbec jednoduché. Avšak náročnost ošetrovatelské péče se může lišit dle typu oddělení, a to v souladu se stavy pacientů.

Traumatologické oddělení neboli úrazová chirurgie poskytuje péči pacientům, jejichž stav je úrazový. Provádí se zde péče o naléhavá subakutní traumata. Převážná většina pacientů je léčena operativně. Těžké úrazy a polytraumata nezbytně vyžadují týmovou spolupráci zdravotnického kolektivu jak v nemocniční, tak v přednemocniční péči.

Sestry by podle pravidel měly vždy upřednostňovat potřeby pacientů před svými. Nenaplněné potřeby člověka však vyvolávají nižší koncentraci mysli, a to vede ke snížení kvality prováděné činnosti, což v případě sester může i ohrozit zdravotní stav pacienta. Uspokojování potřeb v průběhu pracovního procesu je v povolání sestry velmi náročné. Při naplňování potřeb sester se mohou vyskytovat různé překážky, proto je důležité, aby měly k jejich uspokojení podporu od okolí.

Byly stanoveny tři cíle. První cíl bakalářské práce je zjistit, jak práce sester na traumatologickém oddělení ovlivňuje jejich potřeby. Druhým cílem je zjistit překážky, které brání sestřím pracujícím na traumatologickém oddělení v uspokojování jejich potřeb. Třetí cíl je zjistit, jakou podporu vnímají sestry pracující na traumatologickém oddělení v uspokojování jejich potřeb.

Hlavním důvodem, proč jsem si zvolila toto téma pro svou bakalářskou práci, bylo vyslechnutí sester, které pracují na traumatologickém oddělení. Jejich slova vypovídala o tom, že nemají čas na to si vybrat svoji půlhodinovou pauzu na oběd, svačinu musí konzumovat za pochodu práce, a to bez nároku na finanční ohodnocení. Sestry byly plné vzteku a působily na mě velmi frustrovaně. Mnohdy jsem se setkala s vyjádřením, že se jim nedostává od pacientů ani kolegů uznání. Delší trvání pracovní nespokojenosti může vést od úplné apatie ke své pracovní činnosti až k syndromu vyhoření. I přestože se domnívám, že pacientovy potřeby jsou na prvním místě, neměly bychom zapomínat na potřeby sester, neboť bez uspokojených potřeb sester je méně pravděpodobné, aby byly efektivně uspokojeny potřeby pacientů.

1 Současný stav

1.1 Traumatologie

1.1.1 Charakteristika traumatologického zaměření

Traumatologie je věda o úraze, poranění. Poranění je každá porucha zdraví vzniklá úrazem neboli traumatem (Pleva, 2014). Jak publikují Slezáková (2019) a Pleva (2014), traumatologie se oddělila od všeobecné chirurgie a stala se tak samostatným oborem. Traumatologie (úrazová chirurgie) je pravděpodobně jedním se základním oborů medicíny, neboť se lidé s úrazy setkávali i v pravěku a museli zajišťovat jejich ošetřování k záchraně života. V pozdějších letech se ošetřováním úrazů zabývali ranhojiči, kteří tak vytvořili základy postupů a terapeutických metod, jak zavřených, tak otevřených poranění a zlomenin. Je paradoxem, že hnacím motorem vývoje léčby v traumatologii byly války, kdy s rozvojem bojových prostředků od sečných a bodných zbraní po současné vysokoenergetické zbraně si vyžádaly nové přístupy v ošetřování válečných poranění, jež se poté přenesly do úrazové medicíny. V nynější době pak úrazová chirurgie zasahuje svými principy do ošetřování traumat všech chirurgických oborů (Pleva, 2014).

Traumatologické oddělení (dále TRO) zajišťuje v nejčastějších případech příjem úrazových stavů – tedy úplné spektrum pacientů s traumaty skeletu, měkkých tkání končetin a osového skeletu. Tradičně toto oddělení funguje jako konziliární úrazové pracoviště, především v oblasti ošetření subakutních závažných poranění nebo pro případy problematického hojení zlomenin. Převážná většina pacientů je léčena operačně (Traumatologické oddělení. In: Fakultní nemocnice Bulovka).

Každý chirurg se s traumatem setkává v každodenní praxi a musí uplatňovat bazální terapeutické metody v jejich ošetřování. Úrazová chirurgie prošla velmi rychlým pokrokem, přispěly k tomu nejen nové operační postupy v léčení fraktur, avšak i pochopení patofyziologie, poúrazové odezvy organismu na úraz, postupy v anestézii, intenzivní medicíně, a to především v léčbě těžkých úrazů a polytraumat. Těžké úrazy a polytraumata vždy vyžadují týmovou spolupráci, a to nejen v nemocniční, ale i v přednemocniční péči, kdy složky integrovaného záchranného systému nepřetržitě zkvalitňují a zrychlují transfery těchto poraněných do traumatologických center (Pleva, 2014).

1.1.2 Organizace traumatologického oddělení

1.1.2.1 Ambulantní část

Ambulantní část TRO je nejčastěji koncipována takto: Urgentní příjem neboli emergency, který je určen pro pacienty s akutními úrazy. Ambulance slouží pro kontroly pacientů či pro ošetření pacientů odeslaných od praktického lékaře (Burda a Šolcová, 2016).

Emergency neboli oddělení urgentního příjmu dle Slezákové et al. (2019) provádí příjem pacientů v akutním stádiu. Je centrem komunikace a místem pro poskytování neodkladné péče pacientům v bezprostředním ohrožení života či pacientům, u nichž prodlení v léčebně-diagnostickém programu může vést k ohrožení základních životních funkcí. Setkáme se zejména s pacienty s polytraumaty či sdruženými poraněními a pacienty s jinými akutními onemocněními (především chirurgického, interního nebo neurologického původu). Tito pacienti jsou zpravidla přijímáni cestou zdravotnické záchranné služby (Emergency, 2021).

Traumacentrum slouží k zajištění komplexní superspecializované péče o polytraumata a sdružená poranění na jednotlivých specializovaných odděleních a klinikách. V traumacentru pracuje tým erudovaných odborníků, kteří jsou schopni zajistit definitivní a celostní terapeutickou péči o takto poraněné pacienty. (Ústřední vojenská nemocnice, 2021). Traumacentra jsou ve smyslu § 112 zákona č. 372/2011., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů, Centrem vysoce specializované traumatologické péče, jež poskytuje celostní diagnostickou a terapeutickou péči o Triáž pozitivní pacienty a pacienty s těžkými úrazy. Třídění pacientů s traumatem dle závažnosti zdravotního stavu („Triáž“) je nástrojem k jejich systematickému směřování od lokalizace zranění k cílovému poskytovateli, jenž je odborně způsobilý zajistit následnou zdravotní péči, která odpovídá závažnosti poranění či přímému ohrožení života v daném regionu (Traumacentra, © 2016).

Akutní ambulance poskytuje terapeuticko-diagnostickou péči při akutním ošetření a příjmu pacientů s akutním onemocněním či akutní změnou zdravotního stavu (zejména traumata pohybového aparátu a akutních stavů v chirurgii) bez doporučení či s doporučením od ošetřujícího lékaře (praktický lékař, lékař z pohotovosti, ambulantní specialista či jiný ošetřující lékař) (Emergency, 2021). Následná terapie je přímo navázána na chirurgické lůžkové oddělení další vyšší odborná chirurgická pracoviště,

protetická zařízení, rehabilitační oddělení a lázeňské ústavy. Zároveň poskytuje péči o pacienty se závažnějším poraněním kostí, jejichž terapie nebude řešena operativně. Zajišťuje komplexní diagnostiku a terapii problémů pohybového aparátu a možnost řešení a dořešení každého bolestivého stavu s maximálním využitím neinvazivní terapie (Traumatologická ambulance. In: Nemocnice Prachatice).

Ambulance spolupracuje s dalšími odděleními, jako je rentgen, ultrazvuk či laboratoř. Pro pacienty, kteří jsou samostatně příchozí, je prvním kontaktem recepce akutní ambulance, kde erudovaná sestra v týmové spolupráci s lékařem Emergency primárně třídí pacienty dle naléhavosti jejich zdravotních stavů (Emergency, 2021). Dle Slezákové et al. (2019) by měla být stavebně dostupná pro vozy záchranné služby s bezbariérovým přístupem pro postižené úrazem a zdravotně znevýhodněné pacienty.

Burda a Šolcová (2016) udává sádrovnu jako místo, kde se zhotovují či snímají sádrové obvazy pacientům po úrazech. Sádrovna je plně vybavena pomůckami potřebných ke zhotovení nebo sejmutí sádry. Někdy se jedná jen o místo, jež je součástí chirurgické ambulance.

Další součástí poskytování ambulanci péče je zákrokový sál, který je určen k provedení ambulanci výkonů za poskytnutí odborné lékařské první pomoci (Slezáková et al., 2019). Provádějí se zde malé operační výkony či ošetření drobných poranění. Pacienti po výkonu mohou následně odejít domů (Burda, Šolcová, 2016).

V rámci vyšetření v traumatologii jsou významné zobrazovací metody, kdy ze zobrazovacích metod je dominantně využívána klasická skiografie (Douša et al., 2021). Burda a Šolcová (2016) se zmiňují, že se v traumatologii rentgenuje skelet pro zjištění traumatu. Dle Slezákové et al. (2019) se zde provádí rentgenologická diagnostika, bez které se chirurgická péče neobejde. Douša et al. (2019) uvádí, že principem konvenčního rentgenového vyšetření (skiografie, RTG) je schopnost různých tkání různě absorbovat rentgenové záření. Výsledkem je nativní sumační snímek, na kterém jsou velmi dobře hodnotitelné změny skeletu. Hlavní indikací vyšetření je podezření na změny struktury nebo traumatu skeletu. Je nutné vždy zhotovit snímky ve dvou projekcích v rovinách, pokud možno na sebe kolmých, abychom zredukovali nevýhodu sumace nálezu do jediné roviny. Výhodou tohoto vyšetření je jeho všeobecná dostupnost, relativně nízká radiační zátěž a rychlost provedení (Douša et al., 2021).

Vyšetření počítačovou tomografií (CT) je spojení rentgenového záření s počítačovou technologií. Jedná se o velmi důležitou vyšetřovací metodu při úrazu mozku (Burda, Šolcová, 2016). Princip výpočetní tomografie je založen na měření absorpce rentgenových paprsků tkáněmi lidského těla s použitím několika projekcí a následného zpracování obrazu za pomoci počítačové techniky. Tato metoda může být využita i při vyšetření skeletu včetně páteře a zobrazení volných těles v dutinách kloubů. Mezi výhody lze začlenit poměrně vysokou tkáňovou rozlišovací schopnost bez přítomnosti překrývajících struktur. Za nevýhodu se může považovat vyšší radiační zátěž a možnost vzniku artefaktů vznikajících při pohybu neklidného pacienta nebo přítomností kovových implantátů (Douša et al., 2021).

Burda a Šolcová (2016) publikují, že nukleární magnetická rezonance (NMR) je zobrazení tkání pomocí elektromagnetického pole. Jedná se o přesnou metodu, jež dokáže zobrazit i patologické jevy s využitím jiných metod (Burda a Šolcová, 2016). NMR Zobrazuje tkáně na základě jejich chování v magnetickém poli. Velmi dobře zobrazí především měkké tkáně. Výhodou je možnost zobrazení v libovolné rovině, možnost určení tkáně a dosud žádné prokazatelné vedlejší účinky. Mezi nevýhody řadíme značnou časovou i finanční náročnost (Douša et al., 2021).

Ultrasonografie (ultrazvuk, UZ, USG, SONO) je vyšetření za pomoci odrazu ultrazvukových vln (Burda a Šolcová, 2016). Douša et al. (2021) uvádí, že se jedná o mechanické vlnění, které je způsobené oscilací částic v prostředí. Pro určení diagnózy se běžně využívají frekvence 2-15 MHz. Během průchodu vlnění tkáněmi dochází k absorpci, rozptylu a odrazu od rozhraní tkání o různém vlnovém odporu tkání. Indikace UZ vyšetření v traumatologii se vzhledem k tomu, že UZ neproniká kostí, týkají vyšetření struktur měkkých tkání a jejich afekce. Výhodou vyšetření je jeho snadná dostupnost a neinvazivita (Douša et al., 2021).

1.1.2.2 Operační trakt

Slezáková et al. (2019) ve své publikaci uvádí že operační terapie se u pacientů poskytuje na operačních sálech. Sály lze rozdělit na aseptický sál, poloaseptický sál, septický sál a ambulantní sál. Operační sály jsou uspořádány centrálně – nachází se zde předsálí, kde jsou uloženy některé přístroje, místnost pro přípravu před operací s vybavením pro anestezii, místnost pro sledování pacienta po ukončené operaci. Dále je sem zařazen vstupní filtr, kudy přicházejí členové operační skupiny a také se zde převlékají, místnost

k odpočinku, sprchy, umývárna lékařů a instrumentářek, místnost pro uložení léků, nástrojů, prádla, přístrojů i jiných pomůcek a místnost pro mytí nástrojů. V operačním traktu bývají rozděleny různé zóny podle toho, jakou mají zastávat funkci (Slezáková et al., 2019): Součástí ochranné zóny je vstupní filtr pro převlečení personálu, skladové prostory a personální zázemí. Zóna aseptická je prostor přiléhající k operačnímu sálu, kde jsou umístěny umývárny a předsálí. Zóna sterilní zahrnuje septické a aseptické operační sály. Zóna odsunová zahrnuje dospávací pokoj, prostor k expedici použitých nástrojů, prádla apod. (Burda, Šolcová, 2016).

Operační sál je vybaven přístrojovou technologií, operačním stolem, rentgenovou technikou, operační lampou a různými druhy operačních nástrojů (nůžky, skalpely, pinzety, svorky, klíšťky, jehelce, jehly, šicí materiál). Pracuje zde operační tým, jenž se skládá z lékařů, perioperačních sester (instrumentářek) a sálových sanitářů. Centrální operační sály mají vlastního vedoucího lékaře, vrchní sestru a staniční sestru, která organizuje práci na sále. Práce je organizována podle provozního řádu oddělení, s nímž je každý člen operačního týmu seznámen (Slezáková et al., 2019).

Bezpečí pacienta na operačním sále závisí na několika faktorech. Výzkum brazilských sester pracujících na operačních sálech poukázal několik doporučení pro větší bezpečí pacienta na operačním sále použitím kontrolního seznamu bezpečné operace. Tento seznam obsahuje zavedení bezpečí kultury pacienta, zlepšení mezilidské komunikace, rozšíření výkonu sester, přiměřenou dostupnost fyzických, materiálních a lidských zdrojů, individuální vyhledávání pro profesní aktualizaci a rozvoj dalšího vzdělávání (Gutierrez, 2018).

1.1.2.3 Lůžková část

Lůžková část zahrnuje standardní ošetrovací jednotky, nejčastěji dělené na jednotky septické a aseptické. Na septických je zajišťována péče o poraněné pacienty s pooperačními komplikacemi, s kostním infektem, pacienty indikované ke konzervativní léčbě, pacienty s nutností další diagnostiky a terapie. Na jednotkách aseptických je zajišťována pooperační péče a včasná rehabilitace. Je zde prováděna péče pacientům indikovaných k operační léčbě, plánované i akutní, a to i v období pooperačním (Lůžková část kliniky úrazové chirurgie, 2009).

Součástí lůžkové části je dále pooperační pokoj (též označován jako dospávací pokoj). Pooperační pokoj je jednotka, kam se umisťují pacienti, kteří jsou po celkové anestezii (Dospávací pokoj, 2009). Dle Burdy a Šolcové (2016) se jedná se o část, která je mezi standardním oddělením a operačním sálem. Zpravidla bývají v bezprostřední blízkosti operačních sálů. Nemocní jsou na pooperační pokoj převezeni na přechodnou dobu krátce po probuzení z anestezie po operačním výkonu. Na pooperačním pokoji pacienti setrvávají v průměru 90 minut. Je nutný nepřetržitý dohled a důsledná monitorace životních funkcí. U každého lůžka je monitor, kterým se kontinuálně sleduje hodnota krevního tlaku, EKG křivka, dechová frekvence a křivka pulzní oxymetrie (Dospávací pokoj, 2009). Pooperační pokoj je součástí anesteziologicko-resuscitačního oddělení a poskytuje intenzivní péči u pacientů na omezené časové období po operačním zákroku (Slezáková et al., 2019).

Lůžková část zahrnuje také jednotku intenzivní péče (dále jen JIP). Dle Burdy a Šolcové (2016) jsou na JIP umístěni pacienti po operačním výkonu, kde je nutnost zvýšeného monitorování celkového zdravotního stavu (Burda a Šolcová, 2016). Na JIP se poskytuje péče o polytraumatizované pacienty a pacienty, kteří jsou ohroženi selháváním vitálních funkcí (Jednotka intenzivní péče, 2009).

V případě potřeby jsou pacienti hospitalizováni i na anesteziologicko-resuscitačním oddělení (dále jen ARO). ARO slouží pro pacienty po těžkých úrazech či pro pacienty s chirurgickým onemocněním, jehož důsledkem je (nebo by mohlo být) selhání základních životních funkcí (Burda a Šolcová, 2016). ARO je v pojetí Slezákové et al. (2019) součástí pooperačního oddělení. Disponuje lůžky s přístrojovým i personálním vybavením umožňující zajištění komplexní resuscitační a intenzivní péče. Na ARO jsou hospitalizováni pacienti po rozsáhlých výkonech, ale v případě naléhavé potřeby jsou na ARO umístěni i pacienti s diagnózami interními nebo úrazovými (Oddělení resuscitační a intenzivní medicíny 1 – ORIM 1, 2009).

1.2 Sesterská profese

Zdravotnictví zahrnuje řadu profesí, velmi významnou pozici zaujímá profese sesterská. Sesterská profese je specifická ošetrovatelské povolání, která vyžaduje velikou zručnost, poskytování čtyřadvacetihodinové péče, týmovou spolupráci ve stresových situacích a velkou emoční zátěž, během které čelí různým stresovým faktorům (Keykaleh, 2018). V publikaci Dostálové (2016) je povolání sestry TRO představeno po stránce

interpersonální komunikace jako jedno z nejnáročnějších, proto se v něm dostavuje i poměrně časté emoční vyčerpání, až syndrom vyhoření. Sestra TRO musí najít balanc mezi empatií, šetrnou komunikací a kvalifikovaným odstupem v zájmu zachování si vlastní duševní rovnováhy. Důležitým požadavkem na sesterskou profesi je respektování lidské důstojnosti, svobody a pomoc sesterskými intervencemi ke zlepšení, nebo alespoň udržení přiměřené kvality života nemocného. Skutečnost, že profese sestry je založena na vztahu s pacientem, uvádí i Venglářová (2011).

Vysoká náročnost povolání sestry na TRO vychází z hlediska přípravy a profesionálního výkonu. Od sestry se očekává, že mimo řady činností ovlivňuje prožívání a jednání nemocných lidí, že unese fyzické nároky svého povolání. Sestra by měla brát v úvahu nejen následky svých rozhodnutí, avšak hlavně morální hodnoty. Za nejdůležitější morální hodnotou se označuje úcta k člověku. Honzák (2018) dodává, že práce s lidmi a s jejich trápením je mnohem obtížnější než práce s neživými hmotami. Kromě toho, že sestry s postiženými soucítí, jsou také vybaveny vlastností, již se říká empatie, což je vcítění se do vnitřního světa jiných lidí (Zacharová, 2017).

Na náročnost sesterské profese poukazuje i Škardová (2020, s. 209). Zveřejňuje vzkaz budoucím zdravotníkům od Marie Rozsypalové: *„Být zdravotní sestrou či zdravotním bratrem je náročné zaměstnání. Není to jen zaměstnání, ale je to vlastně poslání. Ti, kdo se rozhodli jít po cestě lidskosti za světlem naděje pro trpící a potřebné, by si měli být vědomi toho, že příprava na práci s nemocnými nespočívá jen v dokonalém zvládnutí ošetrovatelských dovedností, ale i v citlivém přístupu k člověku, který očekává pomoc. A tady je nezbytná empatie, trpělivost, laskavost a plné chápání potřeb nemocného. Ten, kdo ošetrovatelskou činnost vykonává s plným pochopením a láskou, by měl účinky této činnosti sledovat nejen ve zlepšujícím se stavu nemocného, ale i v rozvíjení své vlastní osobnosti.“*

1.2.1 Faktory ovlivňující práci sester

Každá profese má své faktory, které ovlivňují jak pozitivně, tak negativně její vykonávání. Ze studie, kterou publikoval Hart v roce 2001, prováděnou mezi sestrami pečujícími o pacienty vyplývá, že sestry pracující na klinikách fakultních nemocnic jsou spokojenější než ty pracující v městských nemocnicích či jiných zařízeních. Spokojenější jsou i sestry pracující na plný úvazek než na částečný úvazek. Mezi faktory, které pozitivně ovlivňují práci sester, lze zařadit pracovní spokojenost, platové

a benefiční ohodnocení, pracovní podmínky, uznání a jistotu práce (Vévoda, 2013). Existují tři hlavní důvody, proč jsou sestry nespokojené. Jako nejdůležitější důvod lze označit nedostatečnou rozmanitost a zajímavost pracovních úkolů. Důvod na druhém místě se týká konfliktů s jinými lidmi na pracovišti, zejména s nadřazenými osobami. Jako třetí důvod je zmiňováno vyčerpání způsobované příliš velkým tlakem, stresem a nedostatkem času na rodinu (Pešek a Praško, 2016). Dle Vévody (2013) jsou méně spokojené sestry pracující na noční, nebo noční a denní směny než ty, které pracují pouze na směny denní. Jako negativní faktory se dají označit tyto: stresující nebo fyzicky náročná práce, nepravidelné směny, nízké finanční ohodnocení, nepřítelost k postupu, málo času na rodinu a mnoho pracovních hodin (Vévoda, 2013).

1.2.1.1 Motivace sester

Dle Vévody (2013) jsou kvalitní pracovní podmínky ve většině případů podnětem v motivaci k práci. Pohnutka, která směřuje lidi k určitému jednání; vnitřní síly, podmínky jedince, jež určují směřování jeho činnosti, cílů atd., se nazývá motivace. Je to hybná síla našeho jednání a konání (Dostálová, 2016). Podle Vévody (2013) je motivace v současnosti chápána jako důležitý faktor úspěchu. Pro uspokojení potřeb je důležitá síla motivace a schopnost jedince překonávat bariéry (Dostálová, 2016).

Vévoda (2013) zmínil, že na otázku „Proč lidé pracují?“ odpovídá pracovní motivace. V souladu s Vévodou (2013) je i Urban (2017), který ve své publikaci uvádí, že faktorů, jež pracovní motivaci sester ovlivňují, a to příznivě i nepříznivě, existuje velké množství. Z několika hledisek je lze třídit do společenských skupin. O hierarchický model lidských potřeb se opírá Maslowovo třídění motivačních faktorů, kde dospívá k pěti skupinám potřeb vedoucích od potřeb základních až po potřeby seberealizace. Třídění na vnitřní a vnější potřeby vychází ze zdroje naplnění potřeb, jako je práce či její výsledek (řadí se sem samostatnost, nové schopnosti, viditelné výsledky, finanční odměna, naděje na povýšení či na zvýšení mzdy, pochvala uznání, osobní nebo odborná prestiž). Třídění potřeb na hmotné (peníze) a nehmotné (pochvala, uznání, nové zkušenosti, pracovní samostatnost). Třídění potřeb podle toho, zda motivační faktory vyvolávají spokojenost (zajímavá práce, projevené uznání, vyšší odpovědnost nebo možnost osobního růstu) či nespokojenost (Urban, 2017). Za zmínku stojí potřeby uznání a sebeúcty, které vystupují v situacích ztráty respektu, kompetence, důvěry a vyjadřují přání výkonu, důvěry a nezávislosti na mínění druhých lidí. Projevují se snahou získat

ztracené sociální hodnoty. Jsou sem zařazeny i potřeby uznání a vyjadřují touhu po respektu od druhých lidí, statusu či prestiže uvnitř sociální skupiny (Maslow, 2021). Z výzkumu zabývajícím se faktory, které ovlivňují motivaci vedoucích sester vyplývá, že motivace sester byla ovlivněna podporou, autonomií, příbuzností a kompetencemi. Ve výzkumu nebyl nalezen žádný vztah mezi motivací a věkem, pohlavím, kvalifikací a strukturou vykazování zaměstnanců (Breed et al., 2020).

1.2.1.2 Stres v práci sestry

S ohledem na člověka, jenž se nachází v tlaku stresorů, byl stres zprvu definován jako negativní emocionální zážitek, jenž je doprovázen určitým souhrnem biochemických, fyziologických, behaviorálních a kognitivních změn, které jsou zaměřené na ohrožující situace, či na přizpůsobení se tomu, co nelze změnit. Stres je velmi častý faktor, který negativně ovlivňuje i práci sester na TRO. Termín „napětí“ se dnes často používá k vyjádření emocionálního stavu člověka v ohrožené situaci. O stresovou situaci se jedná tehdy, pokud míra intenzity stresogenní situace je vyšší než schopnost nebo možnost daného člověka danou situaci zvládnout. Obecně lze uvést, že jde o tzv. nadlimitní či nadhraniční zátěž, která vede k vnitřnímu napětí a ke kritickému narušení homeostázy organismu (Křivohlavý, 2009). V pojetí Čeledové et al. (2017) má dlouhotrvající úzkost, pocit méněcennosti, sociální izolace a omezené možnosti ovlivnění pracovních podmínek sester výrazný a nepříznivý vliv na uspokojování jejich potřeb. Škodlivá stresující situace má v průběhu života sestry kumulativní vliv. Vede k vyšší náchylnosti k nemocem a zkracuje život (Čeledová et al., 2017).

Subjektivně prožívaný stres závisí na poměru mezi tím, co je sestrou chápáno jako ohrožující, a tím, co je sestrou chápáno jako možnost řešení dané situace. Dle takového poměru je možné jednat o stresu obecně a odlišit od něho tzv. distres. Termínem distres se dnes často vyjadřuje situace subjektivně prožívaného ohrožení dané osoby s jeho průvodními, obvykle výrazně negativními emocionálními příznaky. K distresu u sester dochází tam, kde se domníváme, že nemáme dostatek sil na uspokojení vlastních potřeb a možností zvládnout to, co nás ohrožuje, a emocionálně nám není dobře. Tam, kde se nejedná o negativní emocionální zážitek, se neuvažuje o stresu, avšak o eustresu. Eustres může být například tehdy, kdy se pokoušíme zvládnout něco,

co nám přináší radost, ale vyžaduje to určitou námahu (svatba, narození dítěte, různé oslavy, výhra) (Křivohlavý, 2009).

Jako každá pozitivní i negativní změna organismu má i stres své příznaky, které mohou být různého původu. Příznaky stresového stavu se dělí do tří skupin – fyziologické, kam se řadí palpitace, úporné bolesti hlavy, zvýšené svalové napětí v krční oblasti a v dolní části páteře, bolesti a pocity svírání za hrudní kostí, nechutenství a plynatost v abdominální oblasti, křečovitě bolesti v dolní části břicha, časté nucení na močení, exantém, ztráta sexuální apetence, výraznější změny v menstruačním cyklu, bodavé pocity v rukou a nohou, migréna. Do psychické skupiny se řadí symptomy, jako jsou prudké změny nálad, zvýšená podrážděnost, nadměrné pocity únavy, nadměrné starosti o svůj zdravotní stav, neschopnost projevit emocionální náklonnost a sympatii v interpersonálních vztazích, nadměrné snění. Behaviorální skupina vyjadřuje příznaky jako je nerozhodnost, změněný denní rytmus, neustálé nářky a bědování, změny ve vztahu k potravě, zvýšená nepozornost, zvýšená snaha vyhnout se práci, zvýšené množství vykouřených cigaret, zvýšená konzumace alkoholu, snížené množství práce a zhoršená kvalita práce (Křivohlavý, 2010).

Stres existuje ve všech profesích, avšak čtenější je v pomáhajících profesích. Do popředí vstupuje u sester pracujících na akutních lůžkových odděleních, sestry traumatologického oddělení nevyjímaje. Stres u sester TRO způsobuje mnoho faktorů, jako je vysoká pracovní zátěž, rychlé jednání, komunikace s pacienty a jejich blízkými, komunikace s lékaři a jinými sestrami, nespokojenost se mzdami a benefity, práce o prázdninách či obtížné naplnění potřeb. Stres může vést ke špatným důsledkům, a pokud intenzita stresoru přesáhne prahové hodnoty, může to vést k některým událostem, jako je zvýšená absence, snížená produktivita, organizační nasazení, snížení kvality péče až odchod z práce. Jestliže tyto stresory budou pokračovat, povede to k syndromu vyhoření (Keykaleh, 2018).

1.2.1.3 Profesionální deformace

Práce sester na TRO je velmi psychicky i fyzicky náročná a vyžaduje plnou soustředěnost. Pokud sestru její profese pohltí natolik, že ovládne její mysl, může ji profesionálně deformovat, což dále ovlivní i její potřeby. V publikaci Dostálové (2016) je profesionální deformace zavádění metod práce, postojů a chování do soukromí života.

Sestra je zahlcena svými profesionálními poznatky a zároveň se mohou projevovat změny ve vztazích sester k spolupracovníkům a klientům. Stav se zhoršuje, pokud si to sestra neuvědomí. V mínění Zacharové (2017) sestra často objektivní a subjektivní stránku posuzuje odděleně, často k subjektivnímu hledisku vůbec nepřihlíží. Pro sestru je choroba souhrnem objektivně zjistitelných příznaků. Je to nutný přístup, jenž může být na jedné straně považován za profesionální zdatnost, avšak na druhé za profesionální deformaci. Místo konkrétního trpícího jedince vidí sestra jen soubor příznaků choroby (Zacharová, 2017).

Profesionální deformace sestry TRO se projevuje ztrátou lidské účasti, nezájmem o pacienta, otupělostí, citovou lhostejností, egoismem. Tvoří se na bázi vědomí sestry vyššího (nadřazeného) postavení nad nemocným. Mezi příčiny profesionální deformace se řadí mimo jiné únava (psychická a fyzická), špatně organizovaná práce, nepřiměřené požadavky a zátěžové (problémové) situace. Profesionální deformací se označují takové formy chování sestry TRO vůči nemocnému, kdy jeho stav a osud jsou sestře a lékaři lhostejné, bez ochoty se jakkoli angažovat v pacientův prospěch. Hlavním důvodem jsou nezvládnutelné, dlouhodobě trvající, nepřiměřené požadavky a problémové situace. V některých státech se deformace považuje za chorobu z povolání a k postiženému pracovníkovi se dle toho přistupuje. Deformace se vidí jako stav působený pracovní činností, stav, kdy sestra TRO přenáší návyky z profese do svého osobního života. Taková sestra používá v soukromém životě odbornou terminologii svého odvětví, uplatňuje návyky a pracovní postupy získané na pracovišti, má tendenci organizovat ostatní, chová se stejně jako v rámci role své sesterské profese (Mellanová, 2017).

1.2.1.4 Syndrom vyhoření

Sestry TRO čelí ve své profesi řadě stresových faktorů. Tyto faktory mohou vyvolat mnoho psychických problémů a vést tak k syndromu vyhoření. Špirudová (2015) uvádí definici syndromu vyhoření původních autorů Freudenbergera a Northa z roku 1974: *„Burnout je stav vyplenění všech energetických zdrojů původně velice intenzivně pracujícího člověka (např. lidí, kteří se snaží druhým lidem v jejich těžkostech pomoci a pak se cítí sami přemoženi jejich problémy). Vyhoření je konečným stadiem procesu, při němž lidé, kteří se hluboce emocionálně něčím zabývají, ztrácejí své původní nadšení a svou motivaci“* (Špirudová, 2015, s. 30). Pešek a Praško (2016) publikují syndrom vyhoření jako psychický stav charakterizovaný dlouhodobým nenaplněním lidských

potřeb, kam se může zařadit vyčerpání a snížení pracovní výkonnosti v důsledku intenzivního a dlouhodobého stresu, a vyskytuje se především u osob, jež pracují s lidmi. Jankovský (2018) syndrom vyhoření popsal jako soubor příznaků, které se projevují zpravidla u tzv. angažovaných „pomahačů“, kam se začleňují i profese sester TRO, ztrátou energie a nadšení, elánu, radosti ze života. Postupem času k nim dochází k celkové stagnaci až rezignaci. Takový jedinec je frustrován, reaguje podrážděností, depresivním jednáním, apatií, úzkostí, nedůvěřivostí až cynismem, což je vede zcela přirozeně až k celkovému vyčerpání. Jedná se v zásadě o chronický stres (Jankovský, 2018). Pro syndrom vyhoření je dle Venglářové (2011) charakteristické, že se projevuje spíše v psychologických potřebách sestry TRO. Navenek je vidět až po delším časovém období. K diagnostikování syndromu se používají různé metody (Venglářová, 2011).

Dall’Ora (2020) publikuje, že dle Maslacha je syndrom vyhoření stav, kterému dochází v důsledku dlouhodobé disharmonie mezi osobou a alespoň s jednou z následujících dimenzí práce: Pracovní zátěž – nadměrné pracovní zatížení a nároky, odměna – nedostatek adekvátní odměny za odvedenou práci (finanční, sociální, vnitřní), komunita – zaměstnanci nevnímají pocit pozitivního spojení se svými kolegy a manažery a hodnoty – zaměstnanci se cítí nuceni svou prací jednat proti svým hodnotám (Dall’Ora, 2020).

Se syndromem vyhoření úzce souvisí i vyčerpání. Ačkoliv jsou si oba tyto jevy podobné, rozlišení se týká jejich rozličných příčin. Dle Jankovského (2018) může být příčinou vyčerpání jakákoliv dlouhotrvající, vleklá zátěž (fyzická, psychická, emocionální), což však neznamená, že by nemohlo dojít k absolutnímu vyčerpání jedince i na základě nějaké náhlé změny v jeho životě. U takto vyčerpaného jedince stále převažují negativní aspekty nad pozitivními. I přes jeho pracovní nasazení se cítí nedoceněným a zbytečným. Syndrom vyhoření se projevuje dlouhodobým nenaplněním potřeb všech oblastí, což vede k fyzickému, psychickému a emocionálnímu vyčerpání a vše je důsledkem chronické zátěže spojené s dlouhodobým nasazením pro ostatní jedince (Jankovský, 2018).

Syndrom vyhoření se nejčastěji vyskytuje u profesí, ve kterých je pracovní náplní práce s lidmi, tedy i práce sestry na TRO. Sestry často přebírají jejich problémy, pokouší se co nejlépe naplnit jejich potřeby a své vlastní odsouvají do pozadí (Venglářová, 2011).

Pešek a Praško (2016) uvádí, že je odhadováno, že se se syndromem alespoň jednou v životě setká 20-30 % profesionálů pracujících s lidmi. Současně ve své publikaci zmiňují názory jiných autorů. Jedním z autorů je Prins a kol. (2007), kteří sdělují, že vyhoření je častější u mladých pracovníků a jeho frekvence se snižuje s věkem. Dalšími autory jsou V. Kebza a I. Šolcová (2003) kteří tvrdí, že věk, inteligence, stav a vzdělání ani délka praxe na stupni jedné pracovní pozice nemají na vznik syndromu téměř žádný vliv (Pešek a Praško, 2016).

Syndrom má evidentní negativní vliv na výkon při práci (Kebza, Šolcová, 2003), uvádí ve své publikaci Špirudová (2015). Sestry TRO se vyhýbají přiznání vlastních emocí v souvislosti s prací, mají pocit profesionálního selhání, to je důvod, proč se vyhýbají odborné pomoci, mají obavy z profesionální stigmatizace, ostýchají se požádat o pomoc. Je zřejmé, že riziko vzniku syndromu vyhoření je vysoké u sester jednak kvůli nárokům práce samotné, avšak i z vnitřních osobnostních charakteristik člověka. Protektivní faktory využitelné i v prevenci syndromu vyhoření vychází z naplnění potřeb sester TRO – asertivita, schopnost relaxace, pestrost a proměnlivost práce, psychická odolnost, adekvátní time-management, sociální podpora nejen z rodiny, ale i ze strany spolupracovníků ve stejném služebním postavením a pocit osobní pohody (Špirudová, 2015).

Doba, za kterou se syndrom vyhoření projeví, není u každého jedince stejná. „Inkubační doba“ syndromu vyhoření je ovlivněna mnoha osobnostními faktory a na mnoha okolnostech. Postižený jedinec cítí určité vnitřní pnutí, prožívá konflikt motivů: Na jedné straně touží jít dále po rozjeté dráze, na druhé mu „cosi“ hlásí, že to není dobrá cesta. Nemůžeme-li v prevenci stanovit časový interval, jenž by upozorňoval na aktuální přítomnost rizika, můžeme využít kritický dvanáctifázový cyklus (Příloha 1), který by upozorňoval na aktuální přítomnost rizika. Fáze syndromu se nemusí objevit všechny a nemusí jít vždy za sebou dle popsaného způsobu (Honzák, 2018).

1.2.2 Specifika práce sestry v chirurgických oborech

Burda a Šolcová (2016) poukazují ve skutečnost, že provádění ošetrovatelské péče v chirurgii, stejně jako v jiném odvětví medicíny, má svá specifika. Jedná se hlavně o poskytování péče před a po operaci. Péče se liší podle typu operace, zaměření oddělení a závažnosti stavu pacienta. Obecně lze podotknout, že ošetrovatelská péče musí

být zaměřena na to, aby jak předoperační, tak i pooperační péče směřovala k nekomplikovanému průběhu operačního výkonu.

Libová et al. (2019) spatřuje cíl ošetrovatelství v chirurgických oborech jako pomoci pacientům a jejich rodinám v době nemoci i v době zdraví poskytovat činnosti přispívající ke zdraví, uzdravení, případně ke klidnému umírání a smrti. Péče o chirurgického pacienta má multidisciplinární charakter, kdy spolupracují lékaři různých medicínských odvětví s ostatními zdravotnickými pracovníky a mezi nimiž má hlavní roli sestra. Mezi členy týmu musí probíhat účinná komunikace, jež významně přispívá k poskytování bezpečné a kvalitní péče o pacienta, současně jsou důležité i specifické technické dovednosti pro práci s různými pomůckami a přístroji, například s přístrojem k monitorování vitálních funkcí, s drenážními systémy apod. Ošetrovatelství v chirurgii se věnuje podpoře pacientů ve všech fázích, jimiž procházejí v souvislosti s operačním výkonem (Libová et al., 2019).

Práce sestry vyžaduje kvalitní technické, analytické, administrativní, interpersonální a organizační dovednosti. Hlavní úkoly sestry plynou z role autonomní, kooperativní, koordinační, výzkumné a rozvojové. Autonomní role sleduje a hodnotí pacienty v předoperačním období, během operační doby a v pooperačním období, využívá znalosti ošetrovatelského procesu, vede záznamy ošetrovatelské dokumentace, edukuje pacienta a jeho rodinu o prevenci, možných komplikacích a ošetrovatelské péči, podporuje pacienta a jeho rodinu během ošetrovatelské péče. Ze schopností sestry je také důležitá rychlost, pohotovost, předvídatost a přesnost (Braunšlegerová, 2017). Pro sestru je důležité rozpoznávat výkyvy od běžného průběhu a rozpoznat signály vznikajících komplikací tak, aby mohla začít včasnou intervencí ve spolupráci s ostatními členy multidisciplinárního týmu (Libová et al., 2019). Kooperativní role je součástí primární, sekundární, terciární a kvartérní oblasti prevence, spolupracuje se členy multidisciplinárního týmu při ošetrovatelské péči u onemocnění, která vyžadují chirurgickou léčbu, provádí screening, dispenzarizaci a povinná hlášení skrze koordinační roli koordinuje týmovou spolupráci, řídí a zajišťuje poskytování ošetrovatelské péče, během níž využívá ošetrovatelský proces. Sestra musí být schopna vše dobře zorganizovat tak, aby bylo možné u pacientů přijatých v akutních stavech co nejrychleji stanovit diagnózu a začít léčbu (Braunšlegerová, 2017). Výzkumná a rozvojová role identifikuje oblasti výzkumu v chirurgickém ošetrovatelství, kriticky hodnotí dosavadní postupy, přitom bere ohled na bezpečnost a kvalitu poskytované

ošetřovatelské péče, je součástí vědecko-výzkumné aktivity v chirurgickém ošetřovatelství, do praxe implementuje ošetřovatelství založené na důkazech (Ševčíková, 2019).

Sesterská profese zaujímá mnoho pracovních činností, které jsou rozmanité a ve zdravotnictví nepostradatelné. Pracovními činnostmi sestry je poskytování kvalifikované terapeuticko-preventivní péče na nejvyšším možném odborném stupni, poskytování primární, sekundární, následné ošetřovatelské péče ve všech složkách chirurgické péče (prevence, diagnostika, terapie, edukace) (Libová et al., 2019). Mezi pracovní činnosti sestry se řadí sběr informací o nemocných, soustavné sledování změn zdravotního a psychického stavu pacientů, příprava pomůcek lékařů, aktivní účast a asistence při lékařských vizitách, aktivní spolupráce při vyšetřování a ošetřování při drobných chirurgických výkonech. Sestra má také na starosti podávání předepsaných léků pacientům, hygienickou péči a odběr biologického materiálu za účelem vyšetření, měření a sledování životních funkcí. Pracovní činností sestry je i poskytování neodkladné péče při selhání základních životních funkcí pacientů (Slováčková, 2010). Sestra se též stará o zapojování pacienta i jeho rodiny do ošetřovatelského procesu a podpory zdraví, monitorování a zaznamenání pečovatelských požadavků pacienta. Dalšími úkoly sestry je zajistit ve spolupráci s pacientem ošetřovatelskou péči, řídit ošetřovatelský proces s důrazem na kvalitu a účinnost poskytované péče, prohlubovat chirurgickou péči o chronicky nemocné pacienty a pacienty, kteří vyžadují doléčení s využitím rehabilitační péče (Libová et al., 2019).

Jedna z mnoha vlastností sestry by mělo být kritické myšlení. Kritické myšlení v ošetřovatelské praxi se zaměřuje na získání základních znalostníchází, řešení problémů, klinické úsudky a rozhodování. Definice kritického myšlení v ošetřovatelské péči hovoří o specifickém porozumění a přemýšlení, v procesu rozhodování o tom, co dělat či čemu věřit ve specifické situaci. Kriticky myslící sestra zaujímá analytický přístup, projevuje pochopení souvislostí, vyhodnocuje domněnky a hypotézy, sbírá informace ze spolehlivých pramenů, zvažuje varianty řešení a provádí stálé vyhodnocování dosažených výsledků svých aktivit. Kritické myšlení je proces celoživotního rozvoje osobnosti, který vede k růstu v profesním i osobním životě. U těch, kteří kriticky myslí, se projevuje: Sebejistota, kreativita, kontextová perspektivita, flexibilita, intelektuální integrita, intuice, otevřenost, vytrvalost, reflexe (Archalousová a Vörösová. In: Grant Journal).

1.2.3 Role sestry

Role sestry určuje, jaký je úkol sestry a co má sestra TRO vykonávat. Sestra se stále více stává rovnocennou členkou zdravotnického týmu, která je schopná samostatné práce v oblasti svého působení. Sestra už si nevystačí se zručností, avšak vyspělé zdravotnictví ji vede k realizaci řady v dějinách neznámých či „nesesterských“ činností, avšak její role zůstávají nadále i činností ošetrovatelské (Tóthová et al., 2017). Všechny role se při výkonu povolání sestry prolínají. Mezi sesterské role se může zařadit: Sestra-pečovatelka, sestra-edukátorka nemocného a jeho rodiny, sestra-obhájkyň nemocného, sestra-koordinátorka, sestra-asistentka, sestra-výzkumnice (Plevová, 2018). Podle Špirudové (2015) jsou role sester a jejich naplňování velmi odlišné. Obsahují klinické, organizační a odborné činnosti. Ve spoustě zemí byla opozice lékařské profese označena za jednu z hlavních bariér rozvoje nových rolí sester. Důvodem jsou obavy z nezávislosti a větší samostatnosti sester, z problematické právní odpovědnosti v momentě zanedbání zdravotní péče, obava z nedostatečných znalostí a odborností sester (Špirudová, 2015). Jedna sestra, která poskytuje péči přidruženým pacientům po celou dobu jejich hospitalizace a je za svoji práci odpovědná, se označuje jako primární sestra. Primární sestra využívá mnoho aspektů profesionální ošetrovatelské role – pečovatel, tvůrce rozhodnutí, obhájce, učitel, spolupracovník a manažer. Protože primární sestry nemohou být fyzicky přítomny 24 hodin denně, musí mít zastoupení přidružených sester, které poskytnou pacientům péči, pokud nejsou k dispozici. Přidružená sestra poskytuje péči podle plánu vypracovaného primární sestrou. Změny plánu péče může provádět primární sestra (Yoder-Wise, 2019).

1.3 Holistické pojetí potřeb

Péče o jednotlivce vychází z holistické teorie a zastává se názoru, že potřeby jedince se musí vyskytovat v rovnováze či v harmonii (Plevová, 2011). Holistická teorie pojímá živé organismy jako jednotné celky, jejichž dílčí části jsou ve vzájemné interakci. Defekt v jedné části je defektem celého systému. Pro poskytování kvalitní sesterské péče o celou lidskou bytost je nutné pochopit, co znamená holistický neboli celostní přístup ke zdraví a k péči o člověka. Sestry TRO pečují o člověka jako o komplex, nikoli o jeho izolované části a funkce. Holistický pohled na lidskou bytost především znamená jiný způsob myšlení (Mastiliáková, 2010). Komplexnější pohled na jedince v kontextu jeho rodiny, komunity, kultury a prostředí je vyžadován pro identifikaci potřeb jedince, plánování a hodnocení péče (Plevová, 2011). Mastiliáková (2010) zdůrazňuje nutnost poznání sebe sama a vlastního sebeovládání, jelikož poté nejsme schopni pomoci ostatním, jež prožívají stresové situace. Uspokojování potřeb lidí, kteří trpí bolestí a smutkem, bývá stresující, proto musí sestry vědět, jak zvládat stres ve svém vlastním životě.

Dle Jankovského (2008) je člověk vnímán nejen jako bytost bio-psycho-sociální, avšak také jako bytost spirituální (duchovní). Pokud by se totiž některá z těchto stránek osobnosti člověka opomenula, způsobila by nebezpečný redukcionismus. Zacharová (2017) se zmínila o životě člověka jako o nepřetržitě naplňování různých potřeb. Oproti tomu Trachtová et al. (2013) ve své publikaci pojednávala o jedinečnosti každého člověka, který má své individuální vlastnosti, názory, postoje a potřeby. Všechny vrstvy osobnosti člověka tak navzájem vytvářejí dynamickou jednotu. Jejich společný vztah a hierarchie jsou však mnohem více složitější a z dějin filozofického myšlení je patrné, jak byl vždy tento problém aktuální (Jankovský, 2018).

Potřeby se snažilo definovat mnoho autorů. Dle Dušové (2019) zdravý člověk chápe některé potřeby jako nutnost (jíst, pít, spát, vyprazdňovat se) a pokud jsou tyto potřeby uspokojeny, tak se jimi nezabývá. Tóthová et al. (2014) uvádí potřebu jako nedostatek pro člověka motivací k činnosti, po které by tento nedostatek byl odstraněn. Dle Orlandové je potřeba požadavek jednotlivce, jenž pokud je splněn, oddaluje nebo zmírňuje obavy a zlepšuje bezprostřední pocit blaha osoby. Kingová vidí potřebu tak, že je to stav výměny energie v organismu nebo prostředí, jenž míří k behaviorálním reakcím na události, situaci a osoby. Royová uvádí, že potřeby jsou požadavky jednotlivce, které stimulují odezvy pro udržení jeho celistvosti. Maslow představuje

potřeby jako motivy veškerého jednání jednotlivce a lidé se po celý jejich život snaží své potřeby zabezpečit (Tóthová et al., 2014). Potřeba se dá vymezit i jako stav nedostatku či nadbytku něčeho, tj. stav člověka odchylovající se od jeho životního optima. Je to vlastnost organismu, jež pobízí k vyhledávání určité podmínky nutné k životu (Zacharová, 2017). V pojetí Tóthové et al. (2014) je potřeba něco pro organismus nezbytné, nevyhnutelné a užitečné. Potřeby jsou výsledkem vzájemného působení mezi organismem a prostředím. Jelikož každý člověk je jedinečný, tak i jeho potřeby jsou individuální.

1.3.1 Klasifikace potřeb

Potřeby dle podstaty člověka klasifikujeme na bio-psycho-sociální-spirituální potřeby. Každá živá osoba má celou škálu potřeb a tyto potřeby je nutno naplňovat. Nenaplněná potřeba narušuje pracování celého organismu jedince a vyvolává v něm odpovědi na obnovu rovnováhy (Tóthová et al., 2014). Tomagová et al. (2008) ve své publikaci uvádí, že při prosazování holistické teorie je třeba pochopit a brát v úvahu jedince jako celek a respektovat také jeho vztah a interakci s okolním prostředím a s ostatními lidmi.

Biologické (též označovány jako fyziologické) potřeby jsou nutné pro život. Prosazují se již od zrodu organismu. Jsou periodické a většinou se projevují jako zaběhnuté zvyky ve spojení. Trpí-li jedinec nenaplněním potřeby delší dobu, nutkání narůstá a s postupem času přijme člověk jakoukoli dostupnou alternativu, která uspokojí jeho potřebu (Dušová, 2019). Avšak Trachtová et al. (2008) dodává, že např. potřeba vitamínů, vápníku nemá psychickou odezvu. Biologické potřeby velmi přesahují do potřeb psychických a sociálních. Patří mezi ně potřeba výživy a hydratace, vyprazdňování, hygieny, tepla, ochrany před negativními vlivy z bezprostředního okolí, dýchání, aktivity, netrpění bolestí a potřeba stimulace rozvíjející funkce organismu (hlavně nervovou soustavu, pohyb) – to vše úzce souvisí s aktivitami psychiky, která je v práci sestry velmi důležitá (Tóthová et al., 2014). Urban (2017) vypovídá, že v pracovních podmínkách fyziologické potřeby uspokojuje především mzda za práci. Vývojově jsou fyziologické potřeby nejstarší, společné pro lidi i zvířata a jejich nenaplnění se do vystupování sestry TRO může promítat jako podrážděnost, nespolupráce, neochota, nepozornost, apatie, agrese vůči jejímu okolí (Tóthová et al., 2014).

Dalšími potřebami jsou potřeby psychické. Dušová (2019) se zmiňuje, že potřeby psychické jsou vyjadřovány prožíváním psychických jevů a stavů. Vychází z individuálního prožívání a vnímání světa, z potřeby osobnostního rozvíjení (Dušová, 2019). Souvisí s potřebami sociálními a navazují na potřeby fyziologické (Tóthová et al., 2014). Trachtová et al. (2013) dále doplnila, že psychické potřeby vyjadřují nedostatky v sociálním životě. Řadí se sem potřeba náležitého přívodu podnětů (dostatečná, kvalitní a včasná stimulace již od narození), potřeba vědomí vlastní identity, potřeba smysluplnosti světa (řád a smysl v přijímaných podnětech), potřeba jistoty (citový vztah k vychovatelům – hlavně k matce), potřeba otevřené budoucnosti (naděje x beznaděj). Jejich naplnění umožňuje vývoj v oblasti citů, vůle, intelektu, chování, chápání sebe sama, okolí a společenských hodnot. Při nenaplnění psychických potřeb v sesterské profesi nebude sestra schopna se přizpůsobit společnosti a bude se vyjadřovat zvláště, asociálně a deprivovaně (Tóthová et al., 2014).

Sociální potřeby se odvíjejí od kulturního prostředí, v němž jedinec žije. Jsou ovlivňovány společností a sociálním zázemím sestry TRO (Dušová, 2019). Podle Tóthové et al. (2014) souvisí sociální potřeby s psychickými potřebami (občas označovány jako psychosociální). Do sociálních potřeb lze začlenit potřebu lásky a bezpečí, potřebu identifikace s dítětem a rozvinutí všech jeho sil a schopností (Tóthová et al., 2014). Z oblasti sesterské profese na TRO do sociálních potřeb se dále řadí potřeba výkonnosti (zdatnosti) a schopnosti. Nejvýznamnější je potřeba vlivu a převahy nad ostatními lidmi, poté pokora vůči autoritě, touha po kontaktu s ostatními lidmi, po komunikaci s nimi, postavení člověka ve společnosti a potřeba uznání, jehož se nám dostává od jiných jedinců (Dušová, 2019). Maslow (2021) doplňuje, že pokud jsou potřeby uznání naplněny, zvyšují vlastní sebevědomí i sebehodnocení. Sociální svět ovlivňující jedince by měl klást důraz na vzájemnou souvislost, provázanost, ba nerozlučnost člověka a jeho prostředí, jeho světa (Tóthová et al., 2014).

Posledními potřebami jsou potřeby spirituální. Blatný (2010) uvádí, že jako definice spirituality se může považovat něco, co působí na člověku jako Duch svatý. Tvrdí se, že spiritualita má širší pojem než náboženství, že náboženství je jen jedním z projevů spirituality (Blatný, 2010). I když v nynější společnosti vědomá spiritualita, avšak i náboženství nebývá často přiznáváno, je velmi významným elementem pro životní bilanci, pro nalezení podpory ke zvládnutí, pro přijetí nemoci. Zapomíná se, že duchovní služba může být užitečná nejenom pacientům, ale i jejich blízkým

(a pozůstalým) a též členům pečujícího týmu. U sesterské profese na TRO má spiritualita dokonce větší význam než v jiných oborech (Kabelka, 2020). Nešpor (2020) tvrdí, že duchovní oblast hodně souvisí se zdravými emocemi a ty bývají často doprovázeny úsměvem.

Spirituální (též nazývaná jako duchovní) potřeba je potřeba člověka udržovat, navyšovat nebo napravovat své přesvědčení, víru ke splnění religiózních povinností či směřování života. Jedná se o dimenzi, jež se může brát jako poháněcí energie v životě člověka, jako energie, která poskytuje životu smysl a jejíž podstatou je naděje. Potřeby duchovní se propojují s duchovním směrem jedince; řadí se sem otázky lidského bytí nebo existence, otázky vztahující se ke smrti, strádání, potřeby náboženských zvyklostí, rituálů, potřeby odpuštění a volnosti (Dušová, 2019). Jsou velice nesnadně sdělitelné a druhé osobě do značné míry nepřístupné, jelikož vychází z životních jistot člověka, jež během života hledá. Pro jednoho je „něčím“ (duševní hlubina, osud apod.), pro druhého je místem setkání s „někým“ (s tím, koho tuší, ale neumí ho pojmenovat, s nejhlubším tajemstvím, s Bohem) (Tóthová et al., 2014). Jisté duchovní potřeby jsou ukryté ve všech náboženstvích: Potřeba účelu a smyslu, potřeba lásky a sounáležitosti, potřeba naděje a potřeba odpuštění. Tyto potřeby vystupují do popředí hlavně v období vážné nemoci, v terminálním stádiu (Dušová, 2019). U každého člověka může docházet na základě specifické zkušenosti k utváření velmi specifických motivů, k individuálnímu způsobu naplnění i k specifické hierarchii motivů (dlouho či i trvale dominantně může hierarchicky nižší potřeba zaujímat na stupni potřeb jedince místo nejvyšší) (Dušová, 2019).

Další z možností dělení potřeb je na nižší a vyšší potřeby dle A. Maslowa. Nižší potřeby vyjadřují deficit biologických potřeb a potřeb bezpečí a jistoty, jsou spojeny s uspokojením, jež je dáno jejich redukcí (hlad je redukován nasycením, potřeba jistoty získáním pocitu jistoty dle zdroje vzniklé nejistoty). Vyšší potřeby vystupují až tehdy, když bylo dosaženo dané míry naplnění potřeb vývojově nižších. Mezi vyšší potřeby se zařazuje potřeba lásky a sounáležitosti, úcty a sebeúcty a seberealizace (Tóthová et al., 2014; Dušová, 2019).

Klasifikace potřeb dle počtu osob se týká individuálních a kolektivních potřeb. Mezi individuální potřeby sestry patří plnění si svých plánů, potřeba osobního růstu, potřeba seberealizace, sebeuplatnění. Mezi kolektivní potřeby se zahrnují větší skupiny

lidí či celé společnosti (potřeba sociální a zdravotnické péče, ochrany životního prostředí) (Dušová, 2019).

Potřeby dle vazby na ekonomiku se klasifikuje na ekonomické a neekonomické potřeby. Z ohledu významu ekonomického vyjadřují potřeby nutnost nebo prosbu sestry TRO něco vlastnit a užívat a z tohoto pohledu jsou nástrojem k dosažení nějakého psychologického cíle (Tóthová et al., 2014). Z ohledu neekonomického jsou potřeby bez vazby na ekonomické produkty (potřeba mít dítě, potřeba plavat v moři) (Dušová, 2019).

Klasifikace potřeb dle četnosti výskytu se zabývá trvalými, občasnými a výjimečnými potřebami sestry TRO. Trvalé potřeby se objevují denně (potřeba odpočinku, jídla, pití). Občasné potřeby vznikají s jistou pravidelností, např. v souvislosti s ročním obdobím (potřeba obdarovávat blízké) a výjimečné potřeby se vyskytují nepravidelně (potřeba zajistit ctihodnou svatební oslavu) (Dušová, 2019).

Potřeby dle obsahu se klasifikují na materiální a nemateriální potřeby. Materiální potřeby vyjadřují požadavek vlastnit věci a užívat si je (auto, dům, oblečení, byt, ekonomické zabezpečení). Nemateriální potřeby jsou spjaty se spirituální stránkou sestry TRO, jejími ideály, osobní hierarchií hodnot (potřeba lásky, přátelství, osobní svobody, potřeba žít v souladu se svým svědomím) (Dušová, 2019).

Klasifikace potřeb dle způsobu vyvolání se zabývá hlavními, doplňkovými a zbytnými potřebami. Hlavní potřeby předcházející dalším potřebám (vlastnit loď za účelem naplnění potřeby plavby po moři). Doplňkové potřeby zajišťují existenci (jídla, pití). Bez zbytných potřeb je možné se obejít (vlastnit bazén, pěstovat aerobic, mít značkové oblečení) (Dušová, 2019).

Potřeby dle času se klasifikují na současné a budoucí potřeby. Potřeby současné se vztahují k prožívání současnosti (pěstovat koníčky, založit rodinu). Budoucí potřeby jsou spojené s očekávanou budoucností (úspěšné zvládnutí zkoušky) (Dušová, 2019).

Klasifikace potřeb dle důležitosti zachování života se zabývá primárními a sekundárními potřebami. Primární jsou nutné pro lidskou existenci, jsou vývojově nižší a jsou nalezeny jak u člověka, tak i u zvířat (biologické potřeby a potřeba bezpečí). Sekundární potřeby se vyvíjejí na základě primárních, jsou velmi individuální a činí bohatší a příjemnější život, jsou vývojově mladší, charakteristické pouze pro lidskou bytost (souvisí s vývojem

centrálně nervové soustavy) a slouží k začlenění do společnosti (psychosociální potřeby). (Tóthová et al., 2014; Zacharová, 2017).

1.3.2 Naplnění potřeb

Lidé se snaží v průběhu celého svého života své potřeby saturovat různými způsoby. Proces uspokojování představuje jednu z částí kvality života (Vacková et al., 2020). Uspokojení potřeb je jednání, jež způsobuje uvolnění napětí vyvolaného potřebou. Maslow (2021) zavedl koncept „potřeby růstu“ nebo seberealizace, rozlišoval především dva typy uspokojení. Vývojově nižší potřeby a vývojově vyšší. Také Tóthová et al. (2014) publikuje tvrzení dle Maslowa – přestože z hlediska svého okolí se potřeby jedince mohou zdát naplněny, člověk se i nadále pokouší o seberealizaci a za stále přítomné považuje potřeby vědět a porozumět, jež napomáhají člověku efektivněji naplňovat jejich další potřeby. Nahlédneme-li na potřeby z jakékoli perspektivy, pokaždé platí, že každá sestra TRO potřebuje mít pro svůj zdravý vývoj naplněny všechny druhy potřeb a jejich kvalitní naplňování je nutné pro zachování kvalitního života.

Jestli-že sestra TRO uspokojí základní potřeby nezbytné ke každodennímu životu, je schopna uspokojovat potřeby vyšší, jako je např. potřeba seberealizace. Uspokojování základních potřeb je automatické (potřeba dýchání) a samozřejmé (potřeba vyprazdňování). Proces uspokojování potřeb je dynamický a cyklický děj, jenž probíhá v daných periodách. Změny nastávající s vývojem společnosti, kterou ovlivňuje její politické a společenské klima. Uspokojení potřeb se mění najednou s touhami, ideály a přáními každé sestry (Dušová, 2019). Dle Zacharové (2017) jsou potřeby vnitřně heterogenní a jejich proces naplňování je ovlivněn obecnými faktory (výchovou, rodinným stavem, vzděláním), společenskými faktory (životní standard) a patologickými stavy (horečka, bolest atd.). Tóthová et al. (2013) publikuje, že naplňování potřeb sestry TRO probíhá také jako individuální proces, a to buď způsobem žádoucím, či nežádoucím. Žádoucí naplňování potřeb je takové, které je v souladu se sociálně-kulturními hodnotami sestry TRO a při jejich naplňování neohrožuje ani sebe, ani své okolí. Oproti Trachtové et al. (2013) se považuje za nežádoucí způsoby ty, jež mají jednu či více z těchto charakteristik, tj. mohou škodit dané sestře či ostatním, nejsou v souladu s jejich sociálně-kulturními hodnotami či přesahují zákonné meze (Trachtová et al., 2013). Celá řada potřeb se vyskytuje v každém věkovém období sestry TRO. Celkově platí, že míra nenaplňovaných potřeb bývá i mírou narušení stavu a vývoje jedince již od narození dítěte.

Často se hovoří o potřebě dobře se narodit (chtěné, zdravé a vítané dítě) jako o prvním předpokladu vývoje bytosti. Jestliže jedinec onemocní, je průběh uspokojování narušen, a tím může dojít i k narušení celého jeho vývoje (Tóthová et al., 2014).

Způsob naplňování potřeb je ovlivněn několika faktory: Individualita sestry TRO, kultura, rodina a onemocnění. Individualita sestry TRO se zabývá především osobnostní charakteristikou sestry. Způsob prožívání a následné naplňování potřeb ovlivňuje temperament osobnosti, individuální zvláštnosti citů, jako je citová labilita, citová dráždivost, citová zralost apod., dále volní vlastnosti sestry a další charakteristiky osobnosti. Vliv kultury se projevuje v tom, že sestřám TRO vtiskuje vzorce uspokojování potřeb i v tom, že některé projevy potřeb utlačuje a ostatní zdůrazňuje. Onemocnění, způsob terapie, přítomnost bolesti, omezení mobility, hospitalizace apod. ovlivňuje prožívání nenaplnění a následné naplnění potřeb. (Dušová, 2019).

1.3.3 Nenaplnění potřeb

Existuje mnoho různých bariér neboli překážek, jež způsobují, že sestry TRO nejsou schopny uspokojit své potřeby (Dušová, 2019). Šamánková et al. (2011) uvádí, že neuspokojené potřeby mohou vést ke změnám chování a tělesným komplikacím narušujícím celý organismus. Dle Dušové (2019) se projevují jako stres, frustrace či v závažnějších případech jako deprivace nebo deprese (Dušová, 2019). Je přínosné, když poskytovatelé ošetrovatelské péče jsou připraveni vnímat okolnosti vzniku bariér, a hlavně s nimi počítat. Jsou velmi přirozené. Poznání možných překážek napomůže také předcházení jejich vzniku (Šamánková et al., 2011).

Mezi možné typy bariér lze zařadit osobní, psychickou, jazykovou bariéru, bariéru z prostředí a neporozumění sdělovanému. Hovoří-li se o osobní bariéře, vyjadřuje s tím stud vyslovit své přání, pocit nedůvěry, vzhlížení ke druhému člověku, podceňování druhého, obavy ze zklamání, choulostivá a osobní sdělení atd. Psychickou bariérou je neschopnost akceptovat pomoc při naplňování dané potřeby. V době nemoci je důležité vědět podstatu nemoci a její příznaky a touto vědomostí pomoci nemocnému člověku nalézt pojmenování chybějící saturace potřeby. Při jazykové bariéře se může jednat o prosté neporozumění, volbu nevhodných či nesrozumitelných slov, informační šum. Bariérou z prostředí je míněno prostředí nezvyklé, nemocniční, neútluné či chladné. Neporozumění sdělovanému se projevuje ostychem znovu se zeptat (Šamánková et al., 2011).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit, jak práce sester na traumatologickém oddělení ovlivňuje jejich potřeby.

Cíl 2: Zjistit překážky, které brání sestřím pracujícím na traumatologickém oddělení v uspokojování jejich potřeb.

Cíl 3: Zjistit, jakou podporu vnímají sestry pracující na traumatologickém oddělení v uspokojování jejich potřeb.

2.2 Výzkumné otázky

Otázka 1: Jaký vliv má práce na traumatologickém oddělení na uspokojování jejich potřeb?

Otázka 2: Jaké překážky brání sestřím pracujícím na traumatologickém oddělení v uspokojování jejich potřeb?

Otázka 3: Jakou vnímají sestry pracující na traumatologickém oddělení podporu v uspokojování jejich potřeb?

3 Metodika výzkumu

3.1 Metodika a technika výzkumu

Empirická část této bakalářské práce byla vypracována pomocí kvalitativního výzkumného šetření, metodou dotazování, technikou polostrukturovaného rozhovoru. Součástí rozhovoru bylo 25 otevřených otázek. V úvodu rozhovoru byly otázky zaměřené na identifikaci sester. Následovaly otázky zaměřené na volbu pracoviště, vnímání potřeb sestrami, vliv pracovního procesu na potřeby sester a vliv směny na potřeby sester, vnímání překážek sestrami a pracovní kolektiv. Výzkumné šetření bylo provedeno do nasycení teoretického vzorku a účastnilo se ho celkem 9 sester. V případě, kdy sestra nerozuměla položené otázce, byla otázka následně lépe formulována.

Rozhovory byly prováděny na základě písemné a ústní domluvy s příslušným zdravotnickým zařízením a se sestrami, které byly předem informovány o tématu bakalářské práce a zachování naprosté anonymity. Rozhovory byly prováděné v klidném prostředí, aby nebylo vyrušováno žádnými vnějšími vlivy. V průběhu výzkumného šetření dvě sestry rozhovor odmítly, první z toho důvodu, že na TRO pracuje krátkou dobu a druhá z důvodu studu odpovídat. Ostatní oslovené sestry souhlasily s poskytnutím rozhovoru i se záznamem na diktafon. Následně byly rozhovory doslovně přepsány do písemné podoby, analyzovány a zpracovány. Analýza a zpracování dat bylo uskutečněno metodou otevřeného kódování „tužka a papír“. Získané kódy byly rozřazeny do jednotlivých kategorií, v jednom případě se ukázalo provést rozřazení i do podkategorií. Pro zachování anonymity sester, byly sestry ve výzkumném šetření označeny S1 (sestra 1) až S9 (sestra 9).

3.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek byl tvořen 9 sestrami pracujícími na traumatologickém oddělení a ukončen byl jeho teoretickým nasycením. Zařazujícím kritériem pro výběr sester do výzkumného šetření byly sestry, které prošly adaptačním procesem. Rozhovory probíhaly v klidném prostředí TRO, které nebylo ovlivněno vnějšími vlivy.

4 Výsledky výzkumu

4.1 Identifikační údaje sester

Tabulka 1 – Identifikační údaje sester TRO

Sestra	Pohlaví	Věk	Vzdělání	Délka praxe na TRO
S1	Žena	20	Středoškolské	2 roky
S2	Žena	28	Vyšší odborné	7 let
S3	Žena	25	Magisterské	3 roky
S4	Žena	50	Středoškolské	18 let
S5	Muž	37	Vyšší odborné	13 let
S6	Žena	43	Středoškolské	4 roky
S7	Žena	22	Středoškolské	2 roky
S8	Žena	23	Bakalářské	0,5 roku
S9	Žena	22	Středoškolské	0,5 roku

Zdroj: Vlastní výzkum, 2022

Sestra 1 (S1) je žena ve věku 20 let se středoškolským vzděláním a s délkou praxe 2 roky na standardním traumatologickém oddělení.

Sestra 2 (S2) je žena ve věku 28 let s vyšším odborným vzděláním a s délkou praxe 7 let na standardním traumatologickém oddělení.

Sestra 3 (S3) je žena ve věku 25 let s magisterským vzděláním a s délkou praxe 3 roky na standardním traumatologickém oddělení.

Sestra 4 (S4) je žena ve věku 50 let se středoškolským vzděláním a s délkou praxe 18 let na standardním traumatologickém oddělení.

Sestra 5 (S5) je muž ve věku 37 let s vyšším odborným vzděláním a s délkou praxe 13 let na standardním traumatologickém oddělení.

Sestra 6 (S6) je žena ve věku 43 let se středoškolským vzděláním a s délkou praxe 4 roky na standardním traumatologickém oddělení.

Sestra 7 (S7) je žena ve věku 22 let se středoškolským vzděláním a s délkou praxe 2 roky na standardním traumatologickém oddělení.

Sestra 8 (S8) je žena ve věku 23 let s bakalářským vzděláním a s délkou praxe 0,5 roku na standardním traumatologickém oddělení.

Sestra 9 (S9) je žena ve věku 22 let s bakalářským vzděláním a s délkou praxe 0,5 roku na standardním traumatologickém oddělení.

4.2 Kategorizace dat

Výsledky rozhovorů byly rozřazeny do jednotlivých kategorií, v jednom případě se ukázalo provést rozřazení i do podkategorií.

Kategorie 1 Práce sester TRO

Tato kategorie obsahuje informace týkající se vykonávání práce sester TRO a jejím vlivem na uspokojování potřeb u sledovaných sester. Skládá se z těchto 4 podkategorií: Volba pracoviště, Vnímání potřeb sestrami, Vliv pracovního procesu na potřeby sester a Vliv směny na potřeby sester

Podkategorie 1 Volba pracoviště

Podkategorie představuje dosavadní zkušenosti sester se sesterskou profesí. Na jakém předchozím pracovišti sestry pracovaly, jaký byl jejich důvod změny pracoviště, co je přivedlo k výkonu práce sestry na TRO a zda by si znovu vybraly TRO jako své pracoviště.

Z dotazovaných sester pracovalo pět sester (S4, S5, S6, S7, S8) na předchozím pracovišti chirurgického oboru, příkladem je odpověď S4: „Byla jsem na ortopedii.“ S1, dvě dotazované sestry (S2 a S3) nastoupily na TRO bezprostředně po studiu:

„*Já jsem sem šla hned po škole.*“ (S3). Je zde také sestra (S9), která pracovala mimo zdravotnictví: „*V kavárně, tam jsem byla 3 roky.*“

Výsledky šetření odhalily i důvody, z kterých sestry opustily své předchozí pracoviště. S5 a S9 uvedly, že o traumatologické oddělení měly zájem: „*Traumačka mě lákala.*“ (S5). S6 předchozí zaměstnání opustila kvůli kolektivu: „*V kolektivu jsem se necítila vůbec dobře, tak jsem odešla.*“ Oproti tomu S4 jako důvod uvedla redukci stavů: „*Redukovali stavy, takže jsem svým způsobem zanevřela na Tábor.*“ S7 se zmínila o osobních důvodech: „*Z osobních důvodů*“.

Následující výsledky představují důvody k výkonu práce sester na TRO. Čtyři sestry (S4, S7, S8, S9) se považují spíše za chirurgické sestry, proto volily oddělení chirurgického zaměření, příkladnou odpovědí může být tato: „*Odjakživa jsem byla asi chirurgické obor.*“ (S7). Pracovat na TRO přišlo S1 jako nejvhodnější volba: „*Když jsem prošla ty ostatní oddělení, řekla jsem si, že ta TRO je asi nejlepší.*“ Překvapivé byly i jednoslovné odpovědi S5, S6 a S7, které vyjadřovaly vlastnosti TRO, zněly takto: „*Akčnost*“ (S5 a S6). S2 přijmula pracovní pozici na TRO, když se jí nedostávalo žádného volného místa v nemocnici: „*Asi dva měsíce jsem si volala, že chci pracovat, jestli už je nějaký místo a oni pořád nenene, no a ze dne na den mi volala vrchní z TRO, že má místo na TRO.*“

Z analýzy rozhovoru dále vyplynulo, že by si šest sester (S1, S2, S3, S6, S7, S9) TRO vybralo znovu jako místo výkonu svého povolání, jako příklad může být zobrazena odpověď S7: „*Jo určitě, na traumačce jsem spokojená, takový výživný.*“ (S7). Oproti tomu dvě sestry (S4, S8) by si tuto práci znovu nevybraly: „*Kdybych věděla, že tady bude takový blázinec, tak bych traumatologii asi zavrhla*“, odpověděla S4. S5 vyjádřila neutrální postoj, což dokazuje její odpověď: „*Mně by to bylo jedno.*“

Podkategorie 2 Vnímání potřeb sestrami

Podkategorie 2 zahrnuje vnímání obecného termínu potřeba, význam uspokojené potřeby, význam neuspokojené potřeby, dále uspokojení biologických potřeb během směny, uspokojení psychických potřeb během směny, uspokojení sociálních potřeb během směny a uspokojení spirituálních potřeb během směny.

Termín potřeba vnímají S1, S2, S4 a S7 jako pocit uspokojení: „*Je to pro mě nějaký základní uspokojení, abych se cítila komfortně.*“ (S1). Pro S5, S6, S8 znamená termín

potřeba nutnost něčeho, co člověku v daný okamžik schází. Příkladnou odpovědí může být odpověď S8: „*Něco, bez čeho člověk prostě nemůže být.*“ S9 vnímá termín potřeba jako nedostatek, a to něčeho pokaždé jiného. Zajímavé označení pro termín potřeba zaznělo od S3: „*Je pro mě něco, co musím uspokojit u pacienta.*“

Při hlubší analýze bylo zjištěné, že S2 a S3 vnímají uspokojenou potřebu, když se cítí dobře a odpočaté. Jako příklad lze uvést odpověď S2: „*Když se cítím dobře, tělo je odpočaté, pohodička, jazz, to je pro mě uspokojená potřeba.*“ Další dvě sestry (S6 a S9) vnímají za uspokojenou potřebu dosažené úspěchy v práci: „*Dosažení nějakých výsledků v práci, když vidíte, že se vám něco podaří.*“ (S6). Pro S5 a S7 je důležité se dobře vyspat: „*Takže pro mě uspokojená potřeba je, když jdu do té práce vyspaná, spokojená.*“ (S7). Jako příklad pozitivně naladěné mysli je možno uvést odpověď S8: „*U mě dobrá nálada, protože když uvedu příklad, když jsem dlouho bez stravy, tak jsem trošku protivná.*“

Zajímavé výsledky přinesla analýza v oblasti vnímání neuspokojené potřeby. S3 a S4 vnímají neuspokojenou potřebu jako nějaký negativní psychický stav: „*Nějakou frustraci, nebo nějakou prostě pocit nepohody.*“ (S3). Při hlubší analýze bylo zjištěno, že pro S2 a S8 znamená neuspokojená potřeba také negativní fyzický stav: „*Necítím se ve svém těle dobře, moje myšlenky jsou rozházené.*“ (S2). S7 odpověděla přesný opak uspokojené potřeby: „*Úplný opak uspokojený. Když jsem nevyspalá, tak je to trošku můj problém.*“ Podobně vnímají neuspokojenou potřebu i S1 a S9. Odpověď S9 zní: „*Přesný opak uspokojené – nedaří se nám něčeho dosáhnout.*“

O uspokojení biologických potřeb během směny pojednávají následující výsledky. Na souvislost biologických a psychických potřeb poukazují S1 a S2: „*Většinou uspokojím všechny, jinak bych byla hodně nepříjemná, i když to není úplně snadné.*“ (S1). Dojít si na toaletu pokaždé dle potřeby zvládají S3, S4, S5. Oproti tomu pro S6, S7, S8, S9 je náročné si na toaletu dojít: „*Myslím si, že je tady každý rád, že si dojde na záchod.*“ (S9). Pokaždé si dokáží zajistit příjem jídla S3, S4, S5, S7: „*Když je průměrný den jako dneska, tak se normálně v klidu zvládnou nasnídat, naobědvat.*“ (S7). Dodržovat pravidelný stravovací režim je náročnější pro S6, S8, S9, což dokazuje odpověď S8: „*Oběd ale nestíhám.*“ Na pitném režimu si dávají více záležet sestry (S3, S4, S5, S7, S8), kdy například S8 odpovídá takto: „*Pití mám pořád na očích, snažíme 1,5 litru do sebe vyklopit za službu.*“ Ve srovnání se S6 a S9 je příjem tekutin

někdy problém: „*Možná tak se napít občas, ale naše oddělení je hrozně hektický, nejde si tady nic naplánovat.*“, odpověděla S9. Teplota prostředí vyhovuje třem sestřím, a to S3, S5 a S8, která odpověděla následovně: „*Teplota je tady v normální, když člověk pracuje, tak se zpotí.*“ Jako nižší pocitovou teplotu na TRO, hlavně při noční službě, označují S4, S6, S7 a S9. Jako příkladnou odpověď lze uvést odpověď S6: „*Teplota střídává, v noci zima.*“ Co se týká provzdušněného prostředí, jsou všechny sestry spokojené, S8 dokonce uvedla, že se jí dýchá dobře i přes respirátor. Na základě probíhající rekonstrukce ve stejné budově dochází k uvolňování velkého množství prachu, což poznamenalo i odpovědi sester (S3, S5, S6, S7, S8), S7 se na tuto oblast vyjádřila následovně: „*Od té doby, co se tady rekonstruuje, je to vedle našich oken, tak prach tu neustále je.*“ Svými názory se odlišovaly S4 a S9, které poznamenaly, že prašné prostředí nevnímají. Sestrám (S1, S2, S3, S5, S6, S7, S8, S9) vadí hlučné prostředí z rekonstrukce nebo hluk vycházející od pacientů, což dokazuje vyjádření S3: „*Je tady velká míra hluku, protože okolo nás stojí.*“ S5 doplnila: „*Občas jsou hluční i pacienti při noční*“.

Na uspokojení psychických potřeb poukazuje následný přehled výsledků. Z odpovědi S3 vyplývá neschopnost uspokojovat své psychické potřeby v práci: „*Jelikož je té práce hodně, je nás málo, nedokážu tady uspokojit své psychologické potřeby.*“ Nebylo proto dále možné zjišťovat od S3 další informace. Smysluplná práce na TRO připadá S7, S8 a S9, uvedená odpověď náleží S8: „*Určitě vidím smysluplnost své práce, hlavně při léčbě chronických ran.*“ Pět sester (S1, S2, S4, S5 a S6) vypovědělo, že jim práce přijde smysluplná různě, což může potvrdit odpověď S2: „*Smysluplnost své práce vnímám jak kdy. Jsou pacienti, kteří ani nepoděkují, i když okolo něho lítám. Potom ale přijde jiný pacient, který hezky poděkuje, zavtipkuje, a to mě povzbudí.*“ Sestry (S1, S5, S6, S7, S8 a S9) se svěřily s tím, že na TRO vidí budoucnost, takto se vyjádřila i S6: „*Ale ano vidím tady budoucnost.*“ Oproti tomu S2 a S4 se přiznaly, že na TRO svoji budoucnost nevidí kvůli rodině: „*Nevidím tady žádnou budoucnost. Ta práce mě baví, líbí se mi tu, nevím, co budu dělat třeba za 10 let, protože s dětma nechci už pracovat ve směnách.*“ (S2). Co se týče plánování bytí na vyšší pozici, pouze jedna sestra (S8) by chtěla v budoucnu dosáhnout vyšší pozice: „*Do budoucna jsem asi uvažovala o vyšší pozici, ale zatím se cítím ještě nezkušená. Aspoň vrchní bych chtěla někdy být.*“ Oproti tomu ostatní sestry (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S9) o vyšší pozici nikdy neuvažovaly, S1 reagovala např. takto: „*Já bych nechtěla být na vyšší pozici, baví mě to sesterský. Staniční a vrchní*

už dělají jenom papíry.“ Přizpůsobit se ostatním lidem dokážou S1, S4, S5, S7, S8 a S9, jako příklad lze uvést odpověď S8: *„Určitě se dokážu podřídit, snažím se to dělat tak, jak se to má, jinak by to asi nefungovalo v kolektivu.“* Na rozdíl od S8 se dokáže málokdy S6: *„Málokdy se dokážu přizpůsobit ostatním, musíme, ale je to těžký.“* S2 je v přizpůsobování introvertní a flegmatická, aby měla klid: *„Přizpůsobování se svým kolegům a nadřízeným jsem buď introvert, nebo flegmatik, kdy toho mám fakt dost a nechci už nic řešit.“* Změny v chování v rámci práce na TRO na sobě pocítují S1, S4, S9: *„Co se týče chování, přijde mi, že jsem více ocelová, věci si už tak neberu,“* sdělila S1. Oproti tomu S7 o sobě prozradila, že se při práci na TRO v chování změnila k horšímu: *„Chováním jsem se změnila a asi k horšímu, protože když jdu ze směny, kdy tenhle týden máme ze sedmi dnů šest dvanáctek, tak člověk je potom prostě naštvanej, nepříjemnej, že to nejde podle jeho plánu.“* Neutrální přístup ke změně v chování vypověděly S5, S6 a S8, jak potvrzuje odpověď S8: *„Snažím se být pořád stejná.“* Za trpělivé osobnosti v souvislosti práce na TRO se považují S1, S4, S8 a S9: *„Jsem velice trpělivá, snažím se být velice hodná, za lidi bych dýchala,“* odpověděla S4. Oproti tomu negativní postoj ke své trpělivosti stanovila S2: *„Bývala jsem na ty lidi i trpělivější a teď mě hned vytočí“.* Podle výpovědí S5, S6 a S7 jsou trpělivé v závislosti na aktuální situaci, kdy např. odpověděla S6: *„Trpělivá jsem dle situace, když je toho hodně, občas dojde.“* S1 a S2 naplňuje práce na TRO ze stejného důvodu: *„Baví mě to,“* zodpověděla S2. Nejvíce sester (S4, S5, S7, S8, S9) se shodlo na stejné odpovědi. Jako příklad lze uvést reakci S4: *„Mě práce s lidmi naplňuje.“* Důležitou poznámku doplnila S6: *„Musí.“*

Z další analýzy výsledků v oblasti uspokojování sociálních potřeb během směny je zřejmé, že sestry (S1, S3, S5, S5, S8, S9) neměly problém se začleněním se do nového pracovního kolektivu, stejně jako S1: *„Neměla jsem problém se začlenit, neměla jsem pocit, že mě pomlouvají, necítila jsem se nijak nekomfortně.“* Avšak v porovnání s S2, S4 a S7 byly začátky v kolektivu poměrně náročné, příkladem může být zobrazena odpověď S4: *„Ty kolegyně tady nebyly, že by vám pomáhaly, spíš naopak, házely klacky pod nohy a ať jsem udělala, co jsem udělala, pomlouvaly nás a v tu dobu jsem se tady vůbec necítila dobře.“* Ve smyslu pocitu bezpečí v práci se kladně vyjádřily S4 a S8, jejíž odpověď zní: *„Musím říct, že se tu cítím bezpečně. Ty rizikovější pacienty máme na těch monitoračních pokojích, takže je pravidelně kontrolujeme.“* Ostatní sestry (S1, S2, S3, S5, S6, S7, S9) sdělily, že se mezi některými pacienty příliš bezpečně necítí, takto

odpověděla např. S7: „*S pacienty se cítím bezpečně jak s kterými. Když přijede pacient, který je agresivní, nechce tady být, je pod vlivem, tak to potom není úplně bezpečný.*“ Pouze S9 vnímá pracovní kolektiv spíše jako něco kladného navíc: „*Nechtěla bych být někde jen kvůli někomu, ale ta práce, aby mě nebavila. Takže si myslím, že by každé měl dělat to, co chce, pokud to jde. To že je tam dobrý kolektiv, tak je to bonus, a když je tam strašný kolektiv, tak to musí změnit.*“ Oproti tomu z výpovědí sester (S1, S2, S3, S4 a S8) je zřejmé, že dávají přednost kolektivu před prací. Jako příklad může být uvedena odpověď S2: „*Pro mě je dobrý kolektiv důležitější než samotná práce.*“

Zajímavé výsledky přineslo výzkumné šetření v uspokojování spirituálních potřeb během směny. S2 odpověděla např. následovně: „*Občas si pro svůj vnitřní klid vyslovím přání, např. když jedu do práce: Pane Bože, dej prosím, ať je to tam dobrý.*“ Pro S4 je důležité v rámci spirituálních potřeb mít uspokojený osobní život: „*Když jste spokojená v osobním životě, tak všechno člověk zvládá hned lépe.*“ S8 uvádí, že věří v karmu: „*Věřím v karmu.*“ S3 není schopna v práci uspokojit své duchovno: „*Jsem věřící člověk, ale vzhledem k tomu, že často nedokážu tu práci si vykonat tak, jak bych potřebovala, tak to asi nedokážu uspokojit.*“ Oproti tomu ostatní sestry (S1, S5, S6, S7 a S9) nemají žádné spirituální potřeby, proto nemohly na tuto otázku odpovědět.

Podkategorie 3 Vliv pracovního procesu na potřeby sester

Třetí podkategorie s názvem Vliv pracovního procesu na potřeby sester obsahuje čtyři oblasti, kterými jsou vnímání uspokojování potřeb s pracovním procesem, využívání přestávek v práci a faktory ovlivňující uspokojování potřeb.

Uspokojování potřeb v pracovním procesu označují S1, S5 a S6 jako povinnost, S6 se vyjádřila takto: „*Musíme uspokojit.*“ S3 a S4 vnímají ovlivnění v pracovním procesu: „*Hodně to ovlivňuje můj pracovní výkon, více zapomínám, musím si věci opakovat, vracet se, přemýšlím nad více věcma najednou, tak já prostě matlám všechno dohromady. Je možné, že jsem na kolegyně nepříjemná.*“ (S3). Pro S2 a S8 je důležitý spánek, který ovlivňují jejich pracovní nasazení: „*Záleží na tom, jak se vyspím, někdy jsem takový šnek a někdy jsem aktivní až moc, že mi holky, říkají, že jsem moc akční a ať zpomalím,*“ vyjádřila se S8. Avšak ne všechny sestry jsou v pracovním procesu ovlivňovány, S7 a S9 pracují automaticky: „*Myslím si, že když přijdu do práce jsem na nějakým autopilotovi, je to víceméně zautomatizovaný. Když se stane něco*

mimořádného, nějaký kolaps nebo se někdo zastaví, tak mě to ovlivňuje až potom,“ sděluje S7.

Z analýzy rozhovoru dále vyplynulo, že téměř všechny sestry (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7 a S9) si stěžovaly, že nezvládají si své denní přestávky využít. První způsob, jak své přestávky využívá všech devět sester, je k uspokojení biologických potřeb – jídlo, tekutiny, vyprazdňování. Takto odpověděla S4: *„V rychlosti na oběd, napít, vypít kávu.“* Další získanou odpovědí od S1, S2 a S9 bylo odpočívání na sesterně: *„Jsou chvíle, kdy si člověk v klidu sedne a nic nedělá, ale zároveň má v sobě něco, co ho nutí se pořád soustředit.“* (S1). Sestra S2 a S8 také kontrolují sociální sítě: *„Když mám čas, tak zkouknu sociální sítě, co je nového,*“ sdělila S8.

Jako jeden z nejčastějších faktorů, který jak pozitivně, tak negativně ovlivňuje uspokojování potřeb sester v práci, byl stres. Tento faktor uvedly S3, S6, S7, S8 a S9. Jako příklad lze uvést odpověď S8: *„Určitě stres, když přijdou třeba tři příjmy najednou, když pacient se zhorší a lítá se okolo něj,*“ Druhý z nejčastěji zmíněných faktorů, a to od S1, S2, S4, S6 a S9, byl kolektiv. Příkladná odpověď je od S9: *„Mně na tom kolektivu docela záleží, aby se mi pracovalo dobře.“* Dalším uvedeným faktorem od S1, S2, S5 a S7 jsou pacienti. S3 sdělila další dva faktory – nedostatek personálu a management. Zajímavý faktor sdělila S9, a to dobrou náladu.

Podkategorie 4 Vliv směny na potřeby sester

Podkategorie Následky směny představuje, jaké přináší směna sestrám následky po fyzické stránce, jaké po psychické stránce a jaký má vliv práce na TRO na jejich potřeby.

Ze získaných informací od dotazovaných je zřejmé, že pouze S1 se po směně cítí fyzicky dobře. Tři sestry (S4, S8 a S9) odpověděly, že se po směně fyzicky cítí různě, jako příklad lze uvést odpověď S9: *„Jde hodně o to, jaká ta směna je a jak kdy.“* Oproti tomu se vždy unaveně cítí S2, S3, S5, S6 a S7: *„Já přijdu domu, nohy dám nahoru a svému okolí dávám najevo, aby po mě nic nechtěli, a jsem urvaná.“* (S2). Ojedinělou odpověď podala S1 zazněla: *„Já chodím běžně po službě na tréninky thajského boxu.“* Občasnou fyzickou aktivitu provádějí S3, S4, S6, S7, S8 a S9, S6 odpověděla takto: *„Ještě večer žehlím, někdy chodím s pejskem na procházku.“* Naopak fyzické aktivity se již neúčastní S2 a S5:

„Po směně už nemám žádnou fyzickou aktivitu, nezvládla bych to a jsem ráda, že jsem v klidu,“ odpověděla S2.

V rámci následků směny po psychické stránce odpověděly kladně S5, S6, S8 a S9, svoji situaci příkladně vysvětlila S9: „Celkově se cítím dobře, jinak bych tady nepracovala.“ Oproti tomu S3, S4 a S7 se cítí vyčerpaně: „Určitě jsem tady odtud psychicky vyčerpaná,“ vypověděla S4. S1 a S2 jsou ovlivněny podle toho, jaká byla směna, odpověď S1 zní: „Jak kdy. Pokud je dobrý den a daří se, řeknu si doma, že dnes to bylo fajn a bavilo mě to.“

Výsledky šetření poukazují, že tři sestry (S3, S4, S8) jsou často z práce vystresované, uvedená odpověď náleží S4: „Vím, že jdu v pondělí do práce, tak od čtvrtka jsem ve stresu, že jdu do práce, a myslím si, že to má většina holek.“ S7 doplnila, že nemají dostatek volného času kvůli velkému počtu směn: „Osobní život tady moc nefunguje. Je nás málo a těch služeb je hodně.“ S5 a S6 se cítí ovlivněné podle náročnosti směny: „Záleží na službě. Někdy jdu domu, jsem vysmátá, někdy jsem vyřízená,“ uvedla S6. Oproti tomu S1, S2 a S9 se necítí být prací ovlivněné: „Naučila jsem se z této práce pořad nenervovat, nemá to cenu,“ sdělila S1.

Kategorie 2 Vnímání překážek sestrami

Kategorie 2 Vnímání překážek sestrami pojednává o vnímání překážek v uspokojování potřeb sester a o možnostech odstranění překážek.

Z analýzy rozhovorů vyplynulo, že nejčastější odpovědi týkající se vnímání překážek byl čas, jak uvedly S3, S5, S6, S7 a S8. Druhou nejpočetnější výpovědí byl stres, o kterém se zmínily S3, S6, S7 a S9. Na třetí místo je přiřazena odpověď S1, S2 a S7 týkající se pacientů: „Největší překážkou jsou pacienti. Všichni chtějí všechno najednou a už se to hromadí,“ vysvětlila S2. S1 a S2 se shodly na stejné překážce: „Když si jdu sednout na denní, pořad mám pocit, že musím na oddělení zůstat, kdyby se náhodou něco stalo, a já o tom nebudu vědět.“ (S1). S1 doplnila ještě jednu překážku: „Když nemám hotovou nějakou věc a předávám to z denní na noční.“ Pokud S2 nemá udělanou práci podle svého, je to pro ni také bariéra: „Raději si práci udělám sama, než abych ji nechávala na kolegyních, jsem v tomhle taková puntičkářka.“ Dobré vztahy na pracovišti jsou základem pro S4: „Některé kolegyně, i když jich mnoho není. Když si s nimi nesednu.“ Mnoho práce jako bariéru v uspokojování potřeb vnímá S3.

V případě nastávající neočekávané situace vzniká překážka pro S8: „*když se chci jít konečně najíst a něco se stane.*“

Na základě analýzy rozhovoru bylo zjištěno, že čtyři sestry (S2, S3, S8 a S9) jsou vyskytujícími se překážkami ovlivňovány negativně. Jako příklad lze uvést odpověď S8: „*Určitě soustředěnost a často trpím na migrény, odpoledne na mě ten stres dolehne.*“ Oproti tomu další čtyři sestry (S4, S5, S6, S7) přiznaly, že je překážky naopak nijak neovlivňují: „*To nemůže ovlivnit, prostě to musíte udělat,*“ zareagovala S6. S1 vyjádřila kladný i negativní postoj, což potvrzuje uvedená výpověď: „*Jak kdy. Někdy jsem v klidu, nikam nechvátám, ale občas jsem nervní. Když jsem ve stresu, pracuji lépe než v klidu.*“

Další výsledky obsahují návrhy sester, jak překážky v uspokojování jejich potřeb odstranit. Téměř všechny sestry (S1, S2, S3, S5, S6, S7, S8, S9) se zmínily o větším počtu sester na oddělení, S1 odpovídá: „*Více sester – Lidé by byli více obstaraní.*“ Dvě sestry (S2 a S3) navrhují méně práce na jednu sestru: „*Snížení počtu pacientů na sestru, tady je 15 pacientů na sestru,*“ navrhla S3. Podle S3 a S4 je důležitá komunikace se spolupracovníky: „*V komunikaci, mělo by se to s kolegyní vyřídit,*“ říká S4. S3 také usoudila, že by byla vhodná změna péče. Sestry S5 a S6 by uvítaly méně administrativy, tvrzení S5 zní: „*Snížení administrativy, stačilo by, kdyby seděla tady u počítače sekretářka a mi na ni jen řvali, co děláme.*“ S5 dále doplnila, že by bylo vhodné větší technické vybavení: „*Nízké technické zázemí, málo počítačů.*“ Zajímavou informací sdělila S8, která doporučila: „*Nějakým ventilem – jóga, relaxační cvičení doma, být v kontaktu s přáteli, zajít si ven, abyste nebyla v kontaktu jen s lidmi v práci, ale se svými blízkými.*“

Kategorie 3 Pracovní kolektiv

Kategorie 3 Pracovní kolektiv obsahuje informace týkající vnímání komunikace sestrami se svými kolegy, jak vnímají uznání od svých kolegů a nadřízených, jak vnímají důležitost podpory od svých kolegů a hodnocení pracovního kolektivu sestrami.

Z výsledků je zřejmé, že všechny sestry vnímají komunikaci podobně, ne-li stejně, a to kladně. Sestry jsou schopné si vždy věci vyříkat na rovinu, poradit si, občas spolu tráví čas i mimo práci. Například S2 odpověděla takto: „*Řekneme si věci na rovinu. V rámci práce jsme úplně bez problému. Každý s něčím potřebuje pomoci,*

i já se po 6 letech pro jistotu zeptám kolegyně, která je tu necelé 2 roky, abych byla v klidu. Takže nemáme problém si navzájem poradit. S některými trávíme i volný čas, že zajdeme na večeři nebo do baru.“

Výsledky poukazují i na to, že po získání uznání mají S1, S2, S4, S5, S8 a S9 hned větší chuť do práce: *„Já to vnímám jako velkou motivaci, že si té práci někdo všímá, protože to není samozřejmost a jsem na sebe víc pyšná,“* sdělila S8, která stejně jako S9 vnímá uznání nejen od sester, ale také od lékařů. Uznání pouze od lékařů vnímá například S1: *„Když je problém, přijdou lékaři, zeptají se, co je za problém a většinou dají za pravdu nám a důvěřují nám. Také se mě lékaři zastali a bylo to hrozně hezký.“* Oproti tomu žádné uznání ze stran kolegů nepocítuje S3: *„Asi jsem tady nezažila nějaké uznání, od kolegyně se neděje“.*

Na základě analýzy rozhovorů bylo dále zjištěno, že pro sestry (S1, S2, S3, S6, S7, S8 a S9) je podpora od jejich kolegů v pracovním prostředí velmi důležitá: *„Podpora je určitě důležitá. Jsou kolegyně, se kterými se podporujeme, jsou kolegyně, se kterými se nepodporujeme vůbec. Pro mě je to osobně důležité, a pokud pocítuju podporu od kolegyně, hned se cítím lépe, míň se stresuju,“* řekla S3. S4 a S5 zaujímají neutrální názor, to dokazuje odpověď S5: *„Já už jsem v tomhle asi vyhořelej, mně je to jedno.“*

Z výsledků jsou zřejmé rovnocenné odpovědi týkající se vnímání vrchní i staniční sestry. Čtyři sestry (S1, S2, S7 a S8) sdělily kladné odpovědi. Podporu získávají formou pochvaly, správným jednáním a důvěrou. Jako příklad lze uvést odpověď S2, která doplnila, že byla podpořena také primářem: *„Od staniční i vrchní, jednou dokonce od samotného primáře vnímám podporu, která je pro mě velmi důležitá. Říkají nám, že i přes covid a různé nepříjemnosti jsme šikovné a zodpovědné. V případě nějakého konfliktu věří spíše nám než pacientům.“* Naopak žádnou podporu nepocítují S3, S4, S5, S6 a S9: *„Bylo by hezké, kdyby nás občas někdo pochválil,“* vyjádřila svůj názor S6.

V rámci hodnocení kolektivu všech devět sester je ve svém pracovním kolektivu spokojeno, mají dobré vztahy mezi sebou, dokážou si navzájem pomoci, vyjdou si vstříc, vzájemně si pomoc a mají mezi sebou i přátelské vztahy. Příkladnou odpovědí může být S2: *„Já bych řekla, že máme hezké vztahy mezi sebou. S mladšími kolegyněmi jsme spolu trávily i volný čas,“* obdobně se vyjádřila i S4: *„Myslím si, že jsme tady dobrý pracovní kolektiv. Dokážeme si pomoci. Když si doma na něco vzpomenu, že jsem na něco zapomněla, nesetkala jsem se s žádným negativním postojem.“*

5 Diskuze

V rámci výzkumného šetření byly stanoveny 3 cíle: zjistit, jak práce sester na traumatologickém oddělení ovlivňuje jejich potřeby, zjistit překážky, které brání sestřím pracujícím na traumatologickém oddělení v uspokojování jejich potřeb a zjistit, jakou podporu vnímají sestry pracující na traumatologickém oddělení v uspokojování jejich potřeb.

Ústředním tématem výzkumného šetření bylo zjištění, jak práce sester na traumatologickém oddělení ovlivňuje jejich potřeby. Dle Tóthové et al. (2014) je potřeba něco pro organismus nezbytného, nevyhnutelného a užitečného, což lze potvrdit z výpovědí S5, S6 a S8, jež potřebu chápou jako nutnost něčeho, bez čeho člověk nemůže být. S1, S2, S4 a S7 vnímají potřebu jako pocit uspokojení, jako nějaké základní uspokojení, aby se cítily komfortně. Z jiného úhlu pohledu pojímá termín potřeba S3, pro kterou znamená něco, co musí uspokojit u pacienta.

Uspokojování představuje jednu z částí kvality života (Vacková et al., 2020). V souladu s Dušovou (2019), která uvedla, že uspokojení potřeb je jednání, jež způsobuje uvolnění napětí vyvolaného potřebou, bylo zaznamenáno i ve výpovědích sester, avšak každá z jiné příčiny. Například postoj S2 a S3 k uspokojené potřebě: „*Když se cítím dobře, tělo je odpočaté, pohodička, jazz, to je pro mě uspokojená potřeba.*“ (S2). Z výpovědí S6 a S9 je zřejmé, že vnímají uspokojenou potřebu, pokud dosahují pracovních úspěchů. Pro S5 a S7 je důležité se dobře vyspat. Se zajímavou myšlenkou přišla S8, která vnímá uspokojené potřeby při pozitivně naladěné mysli, které může dosáhnout například tím, že nebude hladovět, jinak by byla velice nepříjemná. Obdobný názor uvádí i Mastiliáková (2010), dle níž je nutné poznat sebe sama a vlastního sebeovládání, jelikož poté nejsme schopni pomoci ostatním, jež prožívají stresové situace. S autorkou a S8 naprosto souhlasím, myslím si, že jako lidské bytosti potřebujeme být zaopatřeni k tomu, abychom zaopatřili druhé.

Biologické potřeby bezesporu přesahují do potřeb psychických a sociálních. Nenaplnění biologických potřeb se do vystupování sestry TRO může promítat jako podrážděnost, nespolupráce, neochota, nepozornost, apatie, agrese vůči jejímu okolí (Tóthová et al., 2014), což vychází i z výpovědí sester S1 a S2, které uvádí, že musejí být schopné uspokojit všechny biologické potřeby, jinak by byly velice nepříjemné. Z vlastní zkušenosti mohu s autorkou a sestrami souhlasit. Pokud nemám naplněné biologické

potřeby, pociťuji na sobě poruchy pozornosti či podrážděnost. Trpí-li jedinec nenaplněním potřeby delší dobu, nutkání narůstá a s postupem času přijme člověk jakoukoli dostupnou alternativu, která uspokojí jeho potřebu (Dušová, 2019), což lze potvrdit odpověďmi S3, S4, S5, S7. Pro tyto sestry je obtížné si vždy zajistit příjem jídla v klidu, proto si dají alespoň něco rychlého za „pochodu“. V tomto případě také souhlasím s autorkou a sestrami. Než abych měla pracovat s prázdným žaludkem, raději si vezmu kousek něčeho malého na doplnění energie.

Psychické potřeby jsou úzce spjaty s biologickými a sociálními potřebami, proto nesmíme zapomínat na jejich uspokojení. Dušová (2019) se zmiňuje, že potřeby psychické jsou vyjadřovány prožíváním psychických jevů a stavů. Vychází z individuálního prožívání a vnímání světa, z potřeby osobnostního rozvíjení. Podobně psychické potřeby představuje i Tóthová et al. (2014), která poukazuje na skutečnost, že každý člověk je jedinečný, tak i jeho potřeby jsou individuální. Z výzkumného šetření lze sledovat individualitu sester na základě svého prožívání a vnímání své profese. Smysluplná práce na TRO připadá S7, S8 a S9, zejména pokud vidí výsledky, například při léčbě chronických ran, jak uvedla S8. Pěti sestrám (S1, S2, S4, S5 a S6) přijde jejich práce smysluplná jak kdy, dle mnoha faktorů, které ovlivňují jejich prožívání a vnímání své práce. Co se týče vyhlídky do budoucnosti se S2 a S4 přiznaly, že na TRO svoji budoucnost nevidí kvůli rodině: „*Nevidím tady žádnou budoucnost. Ta práce mě baví, líbí se mi tu, nevím, co budu dělat třeba za 10 let, protože s dětma nechci už pracovat ve směnách.*“ (S2). Jedna sestra (S8) by chtěla být v budoucnu na vyšší pozici, ale i přes to, že její předchozí pracoviště bylo chirurgického zaměření, se zatím cítí být ještě nezkušená. Z výpovědí sester (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7 a S9) je zřejmé, že růst na vyšší pozici neaspirují, protože mají rády svoji sesterskou práci ve směnném provozu. Pro dobrou funkčnost kolektivu se dokážou přizpůsobit S1, S4, S5, S7, S8 a S9. Z odpovědi S6 vyplývá, že se málokdy dokáže přizpůsobit, ale i tak musí, i když je to pro ni těžké. Pro svou duševní pohodu je v přizpůsobování raději introvertní nebo flegmatická S2. Co se týče chování, S1, S4 a S9 na sobě pociťují vyšší odolnost, kdy si spousta věcí neberou tak osobně. Opačně se vyjádřila S7, po několika dvanáctihodinových službách za sebou je našťvaná a nepříjemná. Kdo nepociťuje změny ve svém chování, jsou S5, S6 a S8. Práce na TRO přinesla S1, S4, S8 a S9 větší trpělivost k lidem. Avšak protikladně odpověděla S2 neboť, lidé ji dokážou hned rozzlobit. S5, S6 a S7 se shodly, že trpělivost jim může dojít dle situace. Pro spokojené vykonávání

povolání je podle mě podstatné, aby práce člověka naplňovala, a tak mu poskytovala důvody, proč danou práci dělat. Pět sester (S4, S5, S7, S8, S9) odpovědělo tak, že je naplňuje práce s lidmi, což je u této profese zásadní. Z výpovědi S1 a S2 vyplynulo, že je tato práce baví a S6 vyjádřila svůj názor jako „*musí*“. Z výzkumného šetření je zřejmé, že psychické potřeby také souvisí s potřebami sociálními a navazují na potřeby fyziologické (Tóthová et al., 2014). Při nenaplnění psychických potřeb nebude jedinec schopen se přizpůsobit společnosti a bude se vyjadřovat zvláště, asociálně a deprivovaně (Tóthová et al., 2014). Tvrzení Tóthové et. al (2014) je podobné s vyjádřením S3, která není v práci schopna uspokojit psychické potřeby z důvodu malého počtu personálu a mnoho práce.

Práce sestry je především prací s lidmi, kdy do popředí vstupují i sociální potřeby, které jsou ovlivňovány právě společností a sociálním zázemím (Dušová, 2019). Podle Tóthové et al. (2014) sociální potřeby souvisí s psychickými potřebami. S těmito tvrzeními naprosto souhlasím, jelikož pokud správně nefungují mezilidské vztahy na pracovišti, je zřejmé, že se to následně odrazí na psychice pracovníků. Korespondují s tím výpovědi S2, S4 a S7, pro které nebyly začátky v kolektivu jednoduché: „*Ty kolegyně tady nebyly, že by vám pomáhaly, spíš naopak, házely klacky pod nohy a ať jsem udělala, co jsem udělala, pomlouvaly nás a v tu dobu jsem se tady vůbec necítila dobře,*“ odpověděla S4, která se domů vracela s pláčem. Dle Libové et al. (2019) práce sester na traumatologickém oddělení jako součást akutních chirurgických oborů je nejen fyzicky náročná, ale hlavně psychicky, neboť se setkávají s multidisciplinárními charaktery pacientů. S pohledem Libové et al. (2019) se shodují i výsledky našeho výzkumného šetření, a to konkrétně odpovědi S1, S2, S3, S5, S6 a S7, které se shodují, že práce na TRO je velmi psychicky náročná, jelikož často komunikují s agresory, narkomany, alkoholiky či seniory trpící demencí. Tito pacienti bývají mnohdy nebezpeční jak sobě, tak i svému okolí.

Pracovní proces sestry je významný pro výsledky její práce a v mnoha případech může být ovlivňován několika aspekty. Dle Šamánkové et al. (2011) mohou neuspokojené potřeby vést ke změnám chování a tělesným komplikacím narušujícím celý organismus, což dle mého názoru určitě ovlivňuje pracovní proces sestry. V souladu s tvrzením Šamánkové et al. (2011) jsou odpovědi S3 a S4, kdy odpověď S3 zní: „*Hodně to ovlivňuje můj pracovní výkon, více zapomínám, musím si věci opakovat, vracet se, přemýšlím nad více věcmi najednou, tak já prostě matlám všechno dohromady. Je možné, že jsem*

na kolegyně nepříjemná. “ S touto odpovědí lze nepřímo nalézt shodu v publikaci Dušové (2019), která uvedla, že neuspokojená potřeba se může projevit jako stres, frustrace či v závažnějších případech jako deprivace nebo deprese. Dvě sestry (S2 a S8) uvedly, že jsou ovlivněny kvalitou spánku, S8 někdy pracuje velmi pomalu, někdy naopak tak rychle, že ji musejí její kolegyně upozornit. Oproti tomu dvě sestry (S7 a S9), které během situace pracují automaticky, se nenechají ovlivnit a následky na sobě pociťují až posléze.

Dle Vévody (2013) každou profesi ovlivňují faktory, a to jak pozitivně, tak negativně. Rovněž i z rozhovorů bylo zjištěno, že každá sestra má svá pozitiva i svá negativa, jež ji v práci ovlivňují. Nejčastějším z faktorů, který byl zmíněn, byl stres, který uvedly sestry: S3, S6, S7, S8 a S9. Společně s příliš velkým tlakem a nedostatkem na rodinu to může vést dle Peška a Praška (2016) k vyčerpání. Druhý z nejčastěji zmíněných faktorů, a to od S1, S2, S4, S6 a S9, byl kolektiv, jako příklad lze uvést odpověď S9: *„Mně na tom kolektivu docela záleží, aby se mi pracovalo dobře.*“ Potěšujícím uvedeným faktorem od S1, S2, S5 a S7 jsou pacienti. S3 doplnila další dva faktory, a to nedostatek personálu a management. Zmíněným faktorem od S9 byla dobrá nálada, které dosahuje především tehdy, kdy nepociťuje hlad.

V rámci výzkumného šetření bylo možné sledovat, jaký má směna vliv na potřeby sester. Mellanová (2017) uvádí, že deformace se dnes vidí jako stav, způsobený pracovní činností, stav, kdy sestra TRO přenáší návyky z profese do svého osobního života. Ze získaných odpovědí od sester vyplynulo, že některé sestry se po směně cítí být fyzicky i psychicky vyčerpané, avšak žádná z nich není profesně deformovaná, či nějak v osobním životě poznamenána. Fyzické následky směny, tedy vyčerpanost, dopadají na S2, S3, S5, S6 a S7: *„Já přijdu domu, nohy dám nahoru a svému okolí dávám najevo, aby po mě nic nechtěli, a jsem urvaná.*“ (S2). Naopak S1 se cítí po směně naprosto „v pohodě“. Jednoznačné tvrzení nepodaly S4, S8 a S9, dle kterých záleží na náročnosti směny. Nejčastěji získaná odpověď byla, že sestry (S3, S4, S6, S7, S8 a S9) po směně vykonávají občasnou fyzickou aktivitu, například jdou na procházku se psem. Oproti tomu dvě sestry (S3 a S5) se již neúčastní žádné fyzické aktivity. Jako zajímavost lze uvést výpověď S1, která uvedla, že běžně chodí na tréninky thajského boxu. Dle mého názoru je fyzická aktivita výborná možnost, neboť skrze fyzickou aktivitu si lze utřídit myšlenky, vyčistit si hlavu, vyplavit endorfiny a předejít tak syndromu vyhoření. Stejně myšlenky je i Špirudová (2015), která uvádí, že protektivní faktory využitelné

i v prevenci syndromu vyhoření vychází z naplnění potřeb sester TRO – schopnost relaxace, sociální podpora z rodiny, pocit osobní pohody. Co se psychické stránky týče, tak vyčerpané psychicky jsou S3, S4 a S7: „*Určitě jsem tady odtud psychicky vyčerpaná,*“ řekla S4. Po směně se dobře psychicky cítí S5, S6, S8 a S9, která svoji situaci doplnila tak, že by jinak na TRO nepracovala. S1 a S2 jsou ovlivněny podle toho, jak náročná byla směna. Na základě analýzy výsledků lze odpovědět na výzkumnou otázku číslo 1: Sestry nepocítují ovlivnění svých potřeb prací na traumatologickém oddělení. Negativní vliv práce na potřeby sester pocítují v případech náročné směny, nebo v situaci, kdy se před směnou cítí ve stresu nebo vnímají nedostatek volného času v důsledku velkého počtu směn.

Dalším cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaké překážky brání sestřím pracujícím na TRO v uspokojování jejich potřeb. Dušová (2019) ve své publikaci uvádí, že existuje mnoho různých bariér neboli překážek, jež způsobují, že sestry TRO nejsou schopny uspokojit své potřeby. S autorkou se shoduje i naše provedené výzkumné šetření. Mezi sestrami se objevují mnohé překážky, které jim ztěžují uspokojit své potřeby. Nejpočetnější odpovědí sester (S3, S5, S6, S7 a S8) byl nedostatek času, kdy nestíhají si vše opatřit tak, jak potřebují. Na tuto odpověď navazuje druhá nejčastější reakce, a to stres, o kterém se zmínily S3, S6, S7 a S9. Dle mého názoru stres vnitřně ovlivňuje úplně každého, rozdíl je pouze v intenzitě. Třetí nejčastější výpovědi sester (S1, S2 a S7) se týká pacientů: „*Největší překážkou jsou pacienti. Všichni chtějí všechno najednou a už se to hromadí,*“ vysvětluje S2. Avšak jsou i pozitivní momenty, kdy pacienti vyjadřují svůj obdiv a vděk. S1 a S2 se shodly, že mají nutkání být neustále přítomné na oddělení, aby něco nepromeškaly. S1 dále sdílí svoji překážku v případě, kdy předává směnu, ale nemá svoji práci hotovou. S4 se zmínila o kolektivu, který by jí nemusel vyhovovat. Z vlastní zkušenosti s touto myšlenkou musím souhlasit, neboť sesterská profese se mi líbí, naplňuje mě a v dobrém kolektivu o to více. V případě nastávající neočekávané situace vzniká překážka pro S8: „*když se chci jít konečně najíst a něco se stane.*“ Dle Šamánkové et al. (2011) je přínosné, když poskytovatelé ošetrovatelské péče jsou připraveni vnímat okolnosti vzniku bariér a hlavně, počítat s nimi. Jsou velmi přirozené. Poznání možných překážek napomůže také předcházení jejich vzniku. Jelikož TRO je akutní oddělení, domnívám se, že není zcela možné počítat s překážkami.

Výzkumné šetření dále odhalilo, jak překážky ovlivňují pracovní proces sester. Čtyři sestry (S2, S3, S8 a S9) o sobě sdělily, že vyskytující se překážky je ovlivňují negativně,

některá je ve stresu, nesoustředí se, trpí migrénami, jinou ta práce v ten den nebaví. Další čtyři sestry (S4, S5, S6, S7) překážky nijak neovlivňují, jelikož ani nemohou: „*To nemůže ovlivnit, prostě to musíte udělat,*“ řekla S6, se kterou musím částečně souhlasit i nesouhlasit. Podle mě velmi malé procento lidí dokáže ovlivnit své vnitřní napětí, které ho nějakým způsobem řídí a následně se odráží na jeho výkonu. Na druhou stranu, když je člověk v práci, má určité povinnosti, které musí plnit.

Zajímavé byly i odpovědi sester týkající se odstranění překážek. Sestry S1, S2, S3, S5, S6, S7, S8 a S9 zmínily možnost odstranění překážky v případě navýšení počtu sester ve směně na oddělení. S tímto názorem úzce souvisí názory dvou sester (S2 a S3), které navrhuji méně práce na jednu sestru, čímž by docházelo i k poklesu stresových stavů sester. Jako důležité lze označit tvrzení S3 a S4 týkající se dobré komunikace se spolupracovníky. Sestry S5 a S6 by uvítaly méně administrativy, i když je to důležitá součást sesterské práce. S5 je dále názoru, že by bylo vhodné větší technické vybavení, například počítače. Pokud totiž potřebují pracovat lékaři, sestry na svou práci nemají prostor a musejí ji tak odsouvat na později. Poslední možnost odstranění překážek sdělila S8: „*Nějakým ventilem – jóga, relaxační cvičení doma, být v kontaktu s přáteli, zajít si ven, abyste nebyla v kontaktu jen s lidmi v práci, ale se svými blízkými.*“ Na základě analýzy výsledků lze odpovědět na výzkumnou otázku číslo 2: Za překážku v uspokojování potřeb sestry považují nedostatek času, příliš žádostivé pacienty, nedokončenou práci při předávání směny, nevyhovující kolektiv či neočekávanou situaci v průběhu směny.

V rámci bakalářské práce byl stanoven další cíl, který měl zjistit, jak sestry TRO vnímají podporu v uspokojování jejich potřeb od svých spolupracovníků. Libová et al. (2019) publikuje, že mezi členy týmu musí probíhat účinná komunikace, jenž významně přispívá k poskytování bezpečné a kvalitní péče o pacienta. Z analýzy rozhovoru s našimi dotazovanými vyplynulo, že žádná ze sester nemá problém s kýmkoli ze svých spolupracovníků komunikovat. Všechny sestry vnímají vzájemnou komunikaci dobře, jsou schopné si vždy věci vyříkat na rovinu, poradit si, občas spolu tráví čas i mimo práci. Například S2 odpověděla takto: „*Řekneme si věci na rovinu. V rámci práce jsme úplně bez problému. Každý s něčím potřebuje pomoci, i já se po 6 letech pro jistotu zeptám kolegyně, která je tu necelé 2 roky, abych byla v klidu. Takže nemáme problém si navzájem poradit. S některými trávíme i volný čas, že zajdeme na večeři nebo*

do baru.“ Domnívám se, že účinná komunikace je jeden z aspektů ovlivňující uspokojování potřeb a tím i odvedení kvalitní práce.

Získávání uznání od druhých je dle mého názoru v dnešní době vzácnost, a přitom je tak důležité. Sestry, které pozitivně vnímají uznání od svých kolegů, získávají větší motivaci k práci i sebevědomí, což potvrzuje i publikace Maslowa (2021), kde uvádí, že potřeba uznání, jehož se nám dostává od jiných jedinců, zvyšuje vlastní sebevědomí i sebehodnocení. S pohledem Maslowa (2021) se shodují i výsledky získané od S1, S2, S4, S5, S8 a S9. Jako příklad lze uvést odpověď S8: *„Já to vnímám jako velkou motivaci, že si té práci někdo všímá, protože to není samozřejmost a jsem na sebe víc pyšná,“* sdělila S8. S8 a S9 také doplnily, že vnímají uznání nejen od sester, ale také od lékařů. Uznání pouze od lékařů vnímá pět sester, a to S1, S2, S4, S5 a S6. Oproti tomu S3 žádné uznání ze stran kolegů nepocituje: *„Asi jsem tady nezažila nějaké uznání, od kolegyně se neděje“*.

Podobné je to i se získáváním podpory od svých kolegů. Jako příklad lze uvést výzkum Breed et al. (2020), ze kterého vyplynulo, že motivace sester byla ovlivněna podporou. Ohledně získávání podpory obdobně publikuje i Špirudová (2015), která uvádí, že podpora ze strany spolupracovníků ve stejném služebním postavení je jeden z protektivních faktorů syndromu vyhoření. S pohledem Špirudové (2015) se shoduje i naše výzkumné šetření, ze kterého vyplývá, že je pro sestry (S1, S2, S3, S6, S7, S8 a S9) podpora od jejich kolegů v pracovním prostředí velmi důležitá. Jako příklad lze uvést odpověď S3 *„Podpora je určitě důležitá. Jsou kolegyně, se kterými se podporujeme, jsou kolegyně, se kterými se nepodporujeme vůbec. Pro mě je to osobně důležité, a pokud pocituju podporu od kolegyně, hned se cítím lépe, míň se stresuju.“* S4 a S5 mají neutrální názor, což potvrzuje výpověď S5: *„Já už jsem v tomhle asi vyhořelej, mně je to jedno.“*

Z analýzy výsledků výzkumného šetření vyplývá, i jak sestry vnímají uznání od jejich nadřízených. Dle Peška a Praška (2016) druhou nejčastější stížnost při pracovní nespokojenosti jsou konflikty s jinými lidmi na pracovišti, především s nadřazenými osobami. Dle mého názoru má pochvala od nadřízených nejvyšší váhu. Pokud chtějí pracovníci na vedoucích pozicích udržet své podřízené v dobré pracovní morálce, měli by jim čas od času věnovat minimálně pár povzbuzujících slov. Čtyři sestry (S1, S2, S7 a S8) sdělily kladné odpovědi. Podporu získávají formou pochvaly a správným jednáním, takto odpověděla například S2, která byla podporu získala i od primáře oddělení: *„Od staniční i vrchní, jednou dokonce od samotného primáře vnímám podporu, která*

je pro mě velmi důležitá. Říkají nám, že i přes covid a různé nepříjemnosti jsme šikovné a zodpovědné. V případě nějakého konfliktu věří spíše nám než pacientům.“ Oproti tomu žádnou podporu nepocítují S3, S4, S5, S6 a S9. Následovně odpověděla S6: *„Bylo by hezké, kdyby nás občas někdo pochválil,“*. Návrhu S6 odpovídá i tvrzení Dušové (2019), že uznání vyjadřuje touhu po respektu od druhých lidí, statusu či prestiže uvnitř sociální skupiny.

Další zajímavé výpovědi sester se týkaly i hodnocení pracovního kolektivu. Výsledky mě mile překvapily, neboť ukazují, že kolektiv pozitivně ovlivňuje práci sester na TRO. Tato skutečnost se shoduje i s výsledky s předešlými analýzami našeho výzkumného šetření týkající se komunikace se spolupracovníky a uznání od spolupracovníků, které pozitivně vnímají sestry S1, S2, S3, S6, S7, S8 a S9. Všechny devět sester je ve svém pracovním kolektivu spokojeno, mají dobré vztahy mezi sebou, dokážou si navzájem pomoci, vyjdou si vstříc a jsou i přátelé. Příkladnou odpovědí může být S2: *„Já bych řekla, že máme hezké vztahy mezi sebou. S mladšími kolegyněmi jsme spolu trávily i volný čas,“* nebo S4: *„myslím si, že jsme tady dobrý pracovní kolektiv. Dokážeme si pomoci. Když si doma na něco vzpomenu, že jsem na něco zapoměla, nesetkala jsem se s žádným negativním postojem.“* Z analýzy rozhovorů lze odpovědět na výzkumnou otázku číslo 3: V rámci uspokojování potřeb vnímají sestry podporu od svých spolupracovníků i nadřízených skrze pochvalu a efektivní komunikaci.

6 Závěr

Bakalářská práce představuje vliv práce sester traumatologického oddělení na jejich potřeby. V teoretické části je charakterizován obor traumatologie a organizace traumatologického oddělení. Další kapitola je zaměřena na sesterskou profesi, včetně jejich ovlivňujících faktorů, specifika práce sestry v chirurgických oborech a na role sestry. Poslední kapitola popisuje holistické pojetí potřeb, kde seznamuje s klasifikací potřeb, s naplněním potřeb a s nenaplněním potřeb.

Pro bakalářskou práci byly stanoveny tři cíle. Prvním cílem bylo zjistit, jak práce sester traumatologického oddělení ovlivňuje jejich potřeby. Druhým cílem této práce bylo zjistit překážky, které brání sestřím pracujícím na traumatologickém oddělení v uspokojování jejich potřeb. Třetím cílem bylo zjistit, jakou podporu vnímají sestry pracující na traumatologickém oddělení v uspokojování jejich potřeb.

K cílům bakalářské práce byly následně formulovány výzkumné otázky. První výzkumná otázka zněla: Jaký vliv má práce sester na traumatologickém oddělení na jejich potřeby? Druhá výzkumná otázka byla: Jaké překážky brání sestřím pracujícím na traumatologickém oddělení v uspokojování jejich potřeb? Třetí výzkumná otázka zněla: Jakou vnímají sestry pracující na traumatologickém oddělení podporu v uspokojování jejich potřeb od svých spolupracovníků?

Z analýzy výsledků byly vytvořeny odpovědi na výzkumné otázky. První odpovědí je, že sestry nepocítují ovlivnění svých potřeb prací na traumatologickém oddělení. Negativní vliv práce na potřeby sester pocítují v případě náročné směny, nebo v situaci, kdy se před směnou cítí ve stresu nebo vnímají nedostatek volného času v důsledku velkého počtu směn. Druhá odpověď zní následovně: Za překážku v uspokojování potřeb sestry považují nedostatek času, příliš žádostivé pacienty, nedokončenou práci při předávání směny, nevyhovující kolektiv či neočekávanou situaci v průběhu směny. Třetí odpověď na výzkumnou otázku: V rámci uspokojování potřeb vnímají sestry podporu od svých spolupracovníků i nadřízených skrze pochvalu a efektivní komunikaci.

Z výzkumného šetření dále vyplynulo, že práce sestry na traumatologickém oddělení je velmi rozmanitá, pestrá a nepředvídatelná. Klíčové pro výkon tohoto povolání je vnímání osobního fyzického i psychického komfortu, náplně práce a kolegiality. Bez těchto aspektů následně sestry ztrácejí zájem a mohou poskytovat neefektivní péči.

Výsledky bakalářské práce budou sloužit pro zvýšení povědomí o náročnosti práce sester na traumatologickém oddělení v souvislosti uspokojování jejich potřeb a současně k podpoře sester z řad vedoucích pracovníků. Výsledky zjištění bude možno využít i jako podklad návrhu semináře pro sestry (Příloha 3).

7 Seznam použité literatury

1. ARCHALOUSOVÁ, A., VÖRÖSOVÁ, G., *Integrace výsledků validace ošetrovatelské diagnostiky do výstupních kompetencí z profesních studijních programů. Grant journal.* 1805-0638. [online]. [2021-12-28]. ISSN 1805-062X. Dostupné z: <https://www.grantjournal.com/issue/0302/PDF/0302archalousova.pdf>.
2. BLATNÝ, M., 2010. *Psychologie osobnosti: Hlavní témata, současné přístupy.* Grada Publishing. 304 s. ISBN 978-80-247-3434-7.
3. BRAUNŠLEGEROVÁ, I., 2017. *Fyzická zátěž sester na traumatologii a ortopedii.* České Budějovice. Bakalářská práce. MUNI. Vedoucí práce Mgr. Hanka Pinkavová. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/bai5p/fyzicka_zatez_sester_BP.pdf.
4. BREED, M., et al., 2020. *Factors influencing motivation of nurse leaders in a private hospital group in Gauteng, South Africa: A quantitative study* [databáze]. Curations [online]. 43(1), doi: 10.4102/curationis. v43i1.2011. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7059169/>.
5. BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2016. *Ošetrovatelská péče 2. díl: Pro obor ošetrovatel.* Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5334-8.
6. ČELEDOVÁ, L., 2017. *Nové kapitoly ze sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví.* Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-3809-6.
7. DALL'ORA, CH. et al. *Burnout in nursing: a theoretical review.* [databáze]. Human Resources for Health [online]. 18(1):41. [cit. 2021-11-28] doi: 10.1186/12960-020-00469-9. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7273381/>.
8. DOUŠA, P., 2021. *Vybrané kapitoly z ortopedie a traumatologie pro studenty medicíny.* Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-4828-6.
9. DUŠOVÁ, B., 2019. *Potřeby žen v porodní asistenci.* Praha: Grada Publishing. 144 s. ISBN 978-80-271-0837-4.

10. DOSTÁLOVÁ, O., 2016. *Péče o psychiku onkologicky nemocných*. Praha: Grada Publishing. 168 s. ISBN 978-80-247-5706-3.
11. TRAUMATOLOGICKÁ AMBULANCE. *Fakultní nemocnice Bulovka* [online]. [cit. 2021-11-28]. Dostupné z: <https://bulovka.cz/kliniky-a-oddeleni/ortopedicka-klinika/traumatologie>.
12. DOSPÁVACÍ POKOJ. *Fakultní nemocnice Ostrava* [online]. 2022 [cit. 2021-11-28]. Dostupné z: <https://www.fno.cz/klinika-anesteziologie-resuscitace-a-intenzivni-mediciny/dospavaci-pokoj>.
13. JEDNOTKA INTENZIVNÍ PÉČE. *Fakultní nemocnice Ostrava* [online]. 2009 [cit. 2021-11-28]. Dostupné z: <https://www.fno.cz/klinika-urazove-chirurgie/jednotka-intenzivni-pece>.
14. LŮŽKOVÁ ČÁST KLINIKY ÚRAZOVÉ CHIRURGIE. *Fakultní nemocnice Ostrava* [online]. 2009 [cit. 2021-11-28]. Dostupné z: <https://www.fno.cz/klinika-urazove-chirurgie/luzkova-cast>.
15. ODDĚLENÍ RESUSCITAČNÍ A INTENZIVNÍ MEDICÍNY 1 – ORIM 1. *Fakultní nemocnice Ostrava* [online]. 2009 [cit. 2021-11-28]. Dostupné z: <https://www.fno.cz/klinika-anesteziologie-resuscitace-a-intenzivni-mediciny/luzkova-cast>.
16. GUTIERRES, L., de S., et al., 2018. *Good practices for patient safety in the operating room: nurses' recommendations*. [databáze]. Scielo Brasil [online]. 71(6), 2775-2782. [cit. 2021-11-28]. doi:10.1590/0034-7167-2018-0449. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30540056/>.
17. JANKOVSKÝ, J., 2018. *Etika pro pomáhající profese*. 2., doplněné vydání. Praha: Triton. ISBN 978-80-7553-414-9.
18. KABELKA, L., 2020. *Nemocné rozhovory: Komunikace a narativní terapie s nevyлéčitelně nemocnými pacienty a jejich blízkými*. Praha: Grada Publishing. 237 s. ISBN 978-80-271-1688-1.
19. KEYKALEH, S., M., et al., 2018. *The relationship between Nurse's Job Stress and Patient Safety*. [databáze]. *Open Access Maced J Med Sci* [online]. 6(11),

- 2228-2232. [cit. 2021-11-29]. doi: 10.3889/oamjms.2018.351. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6290432/>.
20. HONZÁK, R., 2018. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. Vyd. 3. Praha: Vyšehrad. 224 s. ISBN 978-80-760-1004-8.
21. KŘIVOHLAVÝ, J., 2009. *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál. 280 s. ISBN 978-80-7367-568-4.
22. KŘIVOHLAVÝ, J., 2010. *Sestra a stres: Příručka pro duševní pohodu*. Praha: Grada Publishing. 128 s. ISBN 978-80-247-3149-0.
23. LIBOVÁ, L., et al., 2019. *Ošetrovatelský proces v chirurgii*. Praha: Grada Publishing. 168 s. ISBN 978-90-271-2466-4.
24. MASLOW, H., A., 2021. *Motivace a osobnost*. Praha: Portál. 375 s. ISBN 978-80-262-1728-2.
25. MASTILIÁKOVÁ, D., 2010. *Holistické přístupy v péči o zdraví lidí*. Vyd. 2., nezměn. Brno: Národní centrum ošetrovatelství. 164 s. ISBN 978-80-7013-457-3.
26. MELLANOVÁ, A., 2017. *Psychosociální problematika v ošetrovatelské profesi*. Praha: Grada Publishing. 112 s. ISBN 978-80-247-5589-2.
27. TRAUMACENTRA. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. © 2016 [cit. 2021-11-28]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/traumacentra/>.
28. TRAUMATOLOGICKÁ AMBULANCE. *Nemocnice Prachatice* [online]. [cit. 2021-11-28]. Dostupné z: <https://www.nempt.cz/ambulance/traumatologicka-ambulance/>.
29. ORTOPEDICKÁ JIP, *Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov* [online]. 2021 [cit. 2021-11-29]. Dostupné z: <https://www.hospital-bn.cz/oddeleni/ortopedie-a-traumatologie/ortopedicka-jip/>.
30. NEŠPOR, K., 2020. *Úsměv a smích u pomáhajících profesí*. Praha: Dr. Josef Raabe. 155 s. ISBN 978-80-7496-470-1.

31. PEŠEK, P., PRAŠKO, J., 2016. *Syndrom vyhoření – jak se prací a pomáháním druhým nezničit*. Praha: PASPARTA Publishing. ISBN 978-80-88163-00-8.
32. PLEVA, L., 2014. *Traumatologie*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 978-80-7464-599-0.
33. PLEVOVÁ, I., 2011. *Ošetřovatelství II*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3558-0.
34. PLEVOVÁ, I., 2018. *Ošetřovatelství I. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-271-0888-6.
35. SLEZÁKOVÁ, L., et al., 2019. *Ošetřovatelství v chirurgii I. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2900-8.
36. SLOVÁČKOVÁ, R., 2010 *Srovnání práce sestry na lůžkovém oddělení a operačním sále*. Urologie pro praxi [online]. 11(6). s. 338-339. [cit. 2021-12-15]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/uro/2010/06/14.pdf>.
37. ŠAMÁNKOVÁ, M., et al., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetřovatelském procesu*. Praha: Grada Publishing. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
38. ŠEVČÍKOVÁ, B., 2019. *Kapitoly z ošetřovatelské péče v chirurgii a traumatologii*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5631-7.
39. ŠKARDOVÁ, L., 2020. *Marie Rozsypalová: Život sestry*. Praha: Grada Publishing. 80 s. ISBN 978-80-271-2502-9.
40. ŠPIRUDOVÁ, L., 2015. *Doprovázení v ošetřovatelství II: doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize*. Praha: Grada Publishing. 144 s. ISBN 978-80-247-5711-7.
41. TOMAGOVÁ, M. et al., 2008. *Potreby v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta. 196 s. ISBN 978-80-806-3270-0.
42. TÓTHOVÁ, V., et al., 2014. *Ošetřovatelský proces a jeho realizace. 2.* aktualizované vydání. Praha: Triton. 225 s. ISBN 978-80-7387-785-9.

43. TÓTHOVÁ, V., OLÍŠAROVÁ, V. et al., 2017. *Využití koncepčních modelů v práci sester v klinickém a komunitním ošetrovatelství*. Praha: NLN. 196 s. ISBN 978-80-7422-630-4.
44. TRACHTOVÁ, E. et al., 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vydání. Brno: NCONZO. 184 s. ISBN 978-80-7013-553-2.
45. URBAN, J., 2017. *Motivace a odměňování pracovníků: Co musíte vědět, abyste ze svých spolupracovníků dostali to nejlepší*. Praha: Grada Publishing. 160 s. ISBN 978-80-271-9599-2.
46. EMERGENCY. *Ústřední vojenská nemocnice* [online]. 2021 [cit. 2021-11-28]. Dostupné z: https://www.uvn.cz/cs/?option=com_content&view=article&id=1465&Itemid=125.
47. VACKOVÁ, J., et al., 2020. *Sociální práce v systému koordinované rehabilitace*. Praha: Grada Publishing. 208 s. ISBN 978-80-271-2434-3.
48. VENGLÁŘOVÁ, M., 2011. *Sestry v nouzi: Syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada Publishing. 192 s. ISBN 978-247-3174-2.
49. VÉVODA, J., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing. 160 s. ISBN 978-80-247-4732-3.
50. YODER-WISE P., et al., 2019. *Leading and Managing in Canadian Nursing*. 3rd Edition. Mosby Canada. 640 p. ISBN 9781771721677.
51. ZACHAROVÁ, E., 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. 264 s. ISBN 978-80-271-0155-9.

8 Seznam příloh

Příloha 1 Dvanáctifázový cyklus syndromu vyhoření

Příloha 2 Seznam otázek k rozhovorům se sestrami TRO

Příloha 3 Návrh semináře pro sestry

Příloha 1 Dvanáctifázový cyklus syndromu vyhoření

1. Nutkavá snaha po sebeprosazení – na začátku můžeme často pozorovat nepoměrné ambice. Objevují se snahy prosadit se v pracovní oblasti a tato snaha často přerůstá v patologické nutkání.
2. Člověk začíná pracovat více a tvrději – jelikož musí sobě i ostatním dokázat, že zvládne i to, co mu nevyhovuje v práci a nastaví si laťku velmi vysoko. Pro dosažení stanovených cílů, se zaměřuje hlavně na práci, jež vyžaduje více úsilí. Snaží se dělat všechno potřebné (i nepotřebné) sám. Současně tím předvádí, že je nenahraditelný, jestliže stačí udělat takovou spoustu práce bez pomoci
3. Přehlížení potřeb druhých – jakmile se plně soustředí na práci a všechnen čas i úsilí jí obětuje, nemá energii ani čas na cokoli jiného.
4. Přesunutí konfliktu – Již v těchto okamžicích si jedinec začne být vědom toho, že je něco v nepořádku, avšak není schopný rozpoznat zdroje svých problémů. To může vyvolat pocit ohrožení a vnitřní krizi. Také se objeví první příznaky stresu.
5. Revize a posunutí hodnot – Jedinec se izoluje od ostatních ve snaze vyhnout se možným konfliktům, a dále ještě intenzivněji popírá své základní potřeby, i když ty se prostřednictvím příznaků slabě i silně oznamují.
6. Popírání vznikajících problémů – Člověk se stává netolerantním. Z vnějšku je patrná narůstající agresivita a sarkasmus. Často začne obviňovat časovou tíseň, jež je odpovědná za vznikající problémy.
7. Stažení – Sociální kontakty se stáhly na minimum a situace se záhy změní v úplnou izolaci. Může začít vyhledávat alkohol, drogy, uklidňující léky; přeci pracuje správně a zaslouží si úlevu.
8. Zcela jasně patrné změny chování – spolupracovníci, rodina, přátelé a další lidé si nemohou všimnout, že se jeho chování změnilo.
9. Depersonalizace – Přestává pociťovat sebe i druhé jako cenné osobnosti. Jeho pohled na život se zužuje.
10. Vnitřní prázdnota – Cítí se uvnitř prázdný a snaží se to překonat zběsilými aktivitami, jakými jsou například přejídání, sex, alkohol či drogy.

11. Deprese – Burnout v sobě může obsahovat depresivní složku; v takovém případě se postižený cítí vyčerpaný, indiferentní, beznadějný a domnívá se, že mu budoucnost nemá co nabídnout.
12. Syndrom vyhoření – nastává emoční, psychický i fyzický kolaps, jenž může být důvodem k navštívení lékaře (Honzák, 2018).

Příloha 2 Seznam otázek k rozhovorům se sestrami TRO

1. Kolik je Vám let?
2. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Jak dlouho pracujete na traumatologickém oddělení?
4. Co Vás přivedlo k výkonu práce sestry na TRO?
5. Jak vnímáte termín potřeba?
6. Co pro Vás znamená uspokojená potřeba?
7. Co pro vás znamená neuspokojená potřeba?
8. Jaké potřeby v oblasti biologické zvládáte během své směny uspokojit?
9. Jaké potřeby v oblasti psychologické zvládáte během své směny uspokojit?
10. Jaké potřeby v oblasti sociální zvládáte během své směny uspokojit?
11. Jaké potřeby v oblasti spirituální zvládáte během své směny uspokojit?
12. Jak se po směně cítíte po fyzické stránce?
13. Jak se po směně cítíte po psychické stránce?
14. Jak ovlivňuje práce na TRO Vaše potřeby?
15. Jak vnímáte uspokojování Vašich potřeb s pracovním procesem?
16. Jak využíváte přestávky v práci?
17. Jak Vás Vaše práce naplňuje?
18. Jaké faktory ovlivňují uspokojování Vašich potřeb v práci?
19. Co vnímáte jako překážky v uspokojování Vašich potřeb v průběhu směny?
20. Jak tyto překážky ovlivňují Vaše pracovní nasazení?
21. Jak by se podle Vás daly překážky uspokojování Vašich potřeb odstranit?

22. Jak vnímáte komunikaci s Vašimi kolegy?
23. Jak vnímáte uznání od Vašich kolegů a nadřízených?
- a. Jakou podporu získáváte od staniční a vrchní sestry?
24. Jak vnímáte důležitost podpory od svých kolegů?
25. Jak byste zhodnotila pracovní kolektiv?

Příloha 3 Návrh semináře pro sestry

Název semináře: Potřeby sester na traumatologickém oddělení aneb Jak zůstat v pohodě

Termín: pondělí 2. května 2022, 9:00 – 10:00

Místo konání: Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích,
místnost: U2

Program:

Seminář bude pro 10 účastníků, vedený formou diskuse nad konkrétními klíčovými tématy.

9:00 – Zahájení semináře

9:00 – 10:00 – Co potřebujeme?

Pojetí potřeb, klasifikace potřeb, s cílem na potřeby sester

10:00 – 11:15 – Pauza

11:15 – 12:00 – Potřeba uznání a motivace v práci sester

12:00 – 13:00 – Oběd

13:00 – 14:00 – Využití relaxačních technik v práci sestry

Nácvik dechových cvičení, poslouchání zvuků, body scan

14:00-14:30 – zpětná vazba, zakončení semináře