



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta  
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

# Psychické a fyzické faktory v profesi sestry v domácí péči

Vypracoval: Simona Imramovská  
Vedoucí práce: Mgr. Alena Machová

České Budějovice 2014

## **Abstrakt**

### **Název bakalářské práce: Psychické a fyzické faktory v profesi sestry v domácí péči**

*Současný stav:* Domácí péče se poskytuje člověku v jeho přirozeném sociálním prostředí. Zaměřuje se především na udržení a podporu zdraví, obnovení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti. Sestry pracující v agenturách domácí péče mohou pracovat bez odborného dohledu dle zákona 96/2004 Sb. Aby tyto sestry mohly poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči, musí být v psychické a fyzické rovnováze. Nevyrovnanost psychické a fyzické zátěže je pro sestry určitým rizikem. Je důležité, aby si sestra byla vědoma působení psychických a fyzických faktorů při práci a mohla tak lépe zvládat situace (Misconiová; 1995; Zákon č.96/2004 Sb.; Komačeková, 2009).

*Cíl výzkumného šetření:* Prvním cílem bylo zmapovat psychické a fyzické faktory v profesi sestry v domácí péči. A druhým cílem bylo zmapovat rozdíly psychických a fyzických faktorů v profesi sestry v domácí péči a sestry v nemocnici.

*Metodika:* Jedná se o kvalitativní výzkumné šetření, metodu dotazování, techniku hloubkového rozhovoru. Výzkumné šetření bylo provedeno v první polovině února 2014. Byla provedena přímá transkripce rozhovorů a získané údaje byly metodou otevřeného kódování zpracovány do kategorií. Kvalitativní výzkum byl doplněn o 2 dotazníky, a to Psychická zátěž a Baeckeho dotazník habituální pohybové aktivity. Dotazník Psychická zátěž hodnotí psychické zátěže na pracovišti. Baeckeho dotazník habituální pohybové aktivity slouží k zjištění fyzické zátěže při práci.

*Výzkumný soubor:* Výzkumný soubor tvořilo 6 sester v rozmezí 33 – 55 let pracujících v agenturách domácí péče v Jihočeském kraji. Rozhovorům předcházely písemné souhlasy s rozhovory a dotazníky.

*Výsledky:* Ze zpracovaných rozhovorů bylo identifikováno pět kategorií. V první kategorii nacházíme psychické faktory v domácí péči. Z výsledků vyplynulo, že sestry pracující v domácí péči udávají větší psychickou než fyzickou zátěž. Jako psychickou zátěž sestry uvádějí spolupráci s obtížnými nebo s konfliktními klienty. Dalším

faktorem je časová tíseň, cestování autem a managementské práce. Komunikace v jejich případě není také vždy pohodová, a tak se i při komunikaci s některými klienty, personálem, vedením nebo rodinou dostávají do psychické zátěže. Druhá kategorie popisuje fyzickou zátěž, kterou sestry zažívají v domácí péči, kdy cvičení, polohování klientů nebo manipulace s těžkými klienty jsou pro sestry velmi namáhavé. Udávají také nedostatek kompenzačních pomůcek, které mají sestrám pomáhat v manipulaci s klienty. Vypořádávání se se zátěží je třetí kategorie. V této kategorii sestry popisují, jak se se zátěží vypořádávají. Často uvádějí relaxaci, mezi kterou řadí např. saunu, spánek, čtení, pletení a třeba i masáže. Ale věnují se i pohybovým aktivitám jako jsou procházky, cvičení, jízda na kole a plavání. Ve čtvrté kategorii jsou identifikovány následky zátěže. Sestry jsou vystaveny velké psychické zátěži, a tak není divu, že se u nich objevuje únava, bolesti hlavy, vyčerpanost a kopřivka. Jako následky fyzické zátěže uvádějí únavu, problémy se zády, kterými jsou bolesti zad či lopatek. Poslední, pátá kategorie popisuje rozdíly v psychických a fyzických faktorech mezi domácí péčí a nemocnicí. Některé sestry vidí jako pozitivum práce v domácí péči pravidelné směny, dobré vztahy na pracovišti, pružnou pracovní dobu, více času na klienty a také lepší spolupráci s lékaři. Jako negativa domácí péče vidí např. časovou tíseň, využívání od klientů, samostatnost, vadí jim, že není pevná pracovní doba. Některé jako pozitiva nemocnice vidí směny, menší fyzickou námahu a práci pod dohledem. Z negativ nemocnice udávají časté konflikty, fyzickou i psychickou náročnost, i administrativu, která je podle nich více v nemocnici. Zde jsou podle nich i více nešťastní pacienti nebo nedostatek důvěry. Ze zpracovaných výsledků z dotazníků Psychická zátěž, vyšel sestrám průměr zátěže 3,5, to je hranice mezi sníženým a zvýšeným rizikem. U analýzy dotazníků Fyzická zátěž vyšel sestrám průměr 3,1, zátěž jsme vyhodnotili jako střední. Co se týče prvního cíle této práce, ukazují výsledky z rozhovorů a dotazníků na větší psychickou zátěž u sester v domácí péči než fyzickou. Druhý cíl srovnávající domácí péči s nemocničním prostředím poukazuje na větší psychickou a menší fyzickou zátěž v nemocnici ve srovnání s domácí péčí.

*Závěr:* Z výsledků jsme zjistili, že sestry v domácí péči mají větší psychickou zátěž než fyzickou. Při porovnání psychických a fyzických faktorů domácí péče s nemocnicí bylo

zjištěno, že sestry mají větší psychickou zátěž v nemocnici než v domácí péči a menší fyzickou zátěž v nemocnici než v domácí péči. Praktickým výstupem bakalářské práce je Doporučení pro sestry pracující v domácí péči zaměřené na zlepšení psychického a fyzického zdraví v souvislosti s výkonem profese.

**Klíčová slova:** sestra, domácí péče, psychické faktory, fyzické faktory

## **Abstract**

**The title of the bachelor's thesis: Psychic and physical factors in a nurse profession at home care**

*Current situation:* Homecare is given to people in their natural social environment. It is aimed mainly toward sustaining and supporting health, restoring health and improving possibility of self-care, giving palliative care to incurably ill patients and enabling peaceful dying and death. Nurses working for homecare agencies are exempted from paragraph 96/2004 Col. For the nurses to be able to give quality nursing care they need to be in psychic and physical balance. It is important for the nurses to be aware of the consequences of such imbalance and also of the way it influences the quality of their work especially when handling difficult situations (Misconiová; 1995; Paragraph nr. 96/2004 Col.; Komačková, 2009).

*Research aim:* First aim was to map psychic and physical factors influencing the work of a homecare nurse. Second aim was to find differences in psychic and physical factors in the profession of nurses working in homecare and in hospital.

*Methodology:* This study is based on qualitative research using questioning through in-depth interview. Research was conducted in the beginning of February 2014. Methods of direct transcription and open coding were used for data analysis. Two questionnaires were added to the original research examining Psychic stress and Physical activity according to Baecke, evaluating the amount of psychic and physical stress at work respectively.

*Research group:* The research group consisted of 6 nurses aged between 33-55 working for homecare agencies in the south bohemian region. Written agreements were obtained from the nurses prior to them being interviewed or be given the questionnaires.

*Results:* Five categories were identified from the analysed interviews. First identifies psychic factors in homecare environment. Results show that homecare nurses feel themselves working under larger psychic than physical stress. By psychic stress the nurses mean work with difficult and troublesome patients. Another factor is the lack of

time, car travel and management work. Communication can also be complicated and can be stressful regarding some patients, staff, superiors or family members. Second category is describing physical stress felt by homecare nurses where doing exercises with heavy clients, their positioning and manipulation is extremely difficult. Nurses also mention insufficiency of mobility aids that could help them to better assist the clients. Handling of stress falls within the third category where nurses describe the way they manage their stress relief. They often mention relaxation activities such as sauna, sleep, reading, knitting or getting a massage. They also often use physical activity such as walking, exercising, cycling or swimming as a form of relaxation. In the fourth category the consequences of stress are identified. Considering the fact that the nurses are subjected to great amounts of psychic stress, it cannot be surprising that symptoms such as fatigue, headaches, exhaustion and allergic rash were reported. Fatigue and back problems are reported as consequences of physical strain. The last, fifth category describes the differences found regarding psychic and physical factors observed in homecare versus hospital environments. Some nurses have mentioned regular shift work, good workplace relations, flexible hours, more time for clients and better cooperation with doctors as positive sides of working in homecare while time press, being misused by clients, working independently and not having regular working hours is perceived as negative. Shift work, smaller physical load and work under surveillance are seen as positive factors of hospital work while frequent conflicts, physical and psychic stress and surplus administration are regarded as negative. Nurses also mention more unhappy patients and the lack of trust in hospital environment. Results obtained from the questionnaire estimating Psychic stress show average value at 3.5 which can be regarded as borderline between decreased and increased risk. The analysis of Physical stress questionnaire gave the average of 3.1 corresponding to medium load. Regarding the first aim of this work the results of the questionnaires and interview are showing greater psychic stress felt by the nurses in homecare environment as compared to physical load. The second aim comparing homecare and hospital environments shows less psychic than physical stress in homecare than in hospital environments.

*Conclusion:* Obtained results show that nurses working in homecare seem to be subjected more to psychic than physical stress. However, when compared to the hospital environment they experience less psychic but more physical stress than hospital nurses. Practical output of this bachelor thesis will be a written recommendation for nurses working in homecare aimed toward improvement of their psychic and physical health in connection to their working experience.

**Key words:** nurse, homecare, psychic factors, physical factors

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených 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 – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – 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 kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2014

.....

Simona Imramovská



## **Poděkování**

Mé poděkování patří zejména Mgr. Aleně Machové za odborné vedení mé bakalářské práce, za její cenné rady a především za velkou trpělivost. Poděkování patří i sestřám z agentur domácí péče, které byly ochotny se zúčastnit výzkumu. A v neposlední řadě děkuji svým rodičům a příteli za rady, pomoc, trpělivost a za podporu při mém studiu.

# Obsah

Úvod.....	13
1 Současný stav .....	14
1.1 Charakteristika domácí péče .....	14
1.1.1 Vývoj domácí péče v Československé republice a v České republice.....	16
1.1.2 Náplň práce sestry v domácí péči .....	17
1.1.3 Charakteristika osobnosti sestry v domácí péči .....	19
1.2 Psychické faktory v práci sestry .....	20
1.2.1 Stres - obecný adaptační syndrom .....	21
1.2.2 Příznaky stresu.....	22
1.2.3 Psychologické prožívání stresu.....	23
1.2.4 Působení stresu na sestry - dopad zátěže .....	23
1.2.5 Zvládání stresu - stručná doporučení zdravotníkům .....	25
1.2.6 Syndrom vyhoření .....	26
1.2.7 Prevence syndromu vyhoření a jeho řešení .....	27
1.2.8 Interpersonální vztahy na pracovišti.....	28
1.3 Fyzické faktory v práci sestry.....	29
1.3.1 Příčiny a důsledky fyzické zátěže .....	31
1.3.2 Prevence, ochrana a podpora zdraví sester .....	31
1.3.3 Kinestetika .....	32
2 Cíle a výzkumné otázky.....	34
2.1 Cíle práce.....	34
2.2 Výzkumné otázky .....	34
3 Metodika .....	35
3.1 Použitá metoda výzkumu .....	35
3.1.1 Technika hloubkového rozhovoru.....	35
3.1.2 Technika dotazníku Psychická zátěž .....	36
3.1.3 Technika dotazníku Fyzické zátěže .....	37
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	37
4 Výsledky .....	39

4.1	Analýza výsledků rozhovorů.....	39
4.1.1	<i>Kategorie psychické zátěže</i> .....	39
4.1.1.1	<i>Podkategorie komunikace</i> .....	39
4.1.1.2	<i>Podkategorie cestování</i> .....	40
4.1.1.3	<i>Podkategorie empatie</i> .....	41
4.1.1.4	<i>Podkategorie psychická zátěž spojená s ošetrovatelskou péčí</i> .....	41
4.1.1.5	<i>Podkategorie časová tíseň</i> .....	42
4.1.1.6	<i>Podkategorie management</i> .....	43
4.1.1.7	<i>Podkategorie práce s obtížnými klienty</i> .....	43
4.1.2	<i>Kategorie fyzická zátěž</i> .....	44
4.1.2.1	<i>Podkategorie manipulace s pacienty</i> .....	44
4.1.3	<i>Kategorie vypořádávání se se zátěží</i> .....	45
4.1.3.1	<i>Podkategorie pohybové aktivity</i> .....	46
4.1.3.2	<i>Podkategorie relaxace</i> .....	46
4.1.4	<i>Kategorie následky zátěže</i> .....	47
4.1.4.1	<i>Podkategorie následky psychické zátěže</i> .....	47
4.1.4.2	<i>Podkategorie následky fyzické zátěže</i> .....	48
4.1.5	<i>Kategorie rozdíly v psychických a fyzických faktorech mezi domácí péčí a nemocnicí</i> .....	49
4.1.5.1	<i>Podkategorie pozitiva v domácí péči</i> .....	49
4.1.5.2	<i>Podkategorie negativa v domácí péči</i> .....	50
4.1.5.3	<i>Podkategorie pozitiva nemocnice</i> .....	51
4.1.5.4	<i>Podkategorie negativa nemocnice</i> .....	51
4.2	Analýza dotazníku Psychická zátěž.....	52
4.3	Analýza dotazníku Fyzická zátěž .....	54
5	Diskuze .....	56
6	Závěr .....	64
6.1	Doporučení pro praxi .....	65
7	Seznam použité literatury.....	67
8	Klíčová slova.....	72

9	Přílohy.....	73
9.1	Seznam příloh.....	73

## Úvod

Dané téma bakalářské práce jsem si zvolila nejen proto, že forma domácí péče mě vždy zajímala a chtěla jsem získat nějaké informace o domácí péči, ale také proto, že díky absolvování praxe v agentuře domácí péče jsem měla možnost nahlédnout do činností, které sestry za svou směnu vykonávají. Také jsem mohla spatřit mnoho faktorů, které na sestry za dobu směny působí.

Cílem této bakalářské práce je zjistit, jaké psychické a fyzické faktory působí na sestry v domácí péči a jak sestry srovnávají faktory, které na ně působí v domácí péči, s faktory, které na ně působily v nemocnici.

Neustále rostoucí požadavky na povolání sester jsou pro sestry velice zatěžující, jelikož sestra musí mít znalosti z psychologie, komunikace, poradenství a znalosti z klinické praxe. V domácí péči je sestra odkázána sama na sebe. Není tam nikdo, kdo by jí pomohl či poradil, a tak musí mít dostatečnou praxi a znalosti, aby daný problém, který případně nastane, zvládla. Sestra by se měla starat o pacienta jak z pohledu biologického, psychického, sociálního, tak i spirituálního. Péče v domácím prostředí není ohraničena věkovou kategorií, a tak se sestra může setkat s pacienty různých věkových kategorií, ale i s různými diagnózami. Všechny tyto požadavky sestry musí zvládnout, a tak není údivu, že se sestry dostávají do psychického a fyzického zatížení.

Nelze vždy předcházet limitním opatřením, jelikož sestra vykonává každodenní péči jako je manipulace s imobilními klienty nebo péče poskytovaná u pacientů se sníženou pohybovou schopností. Pokud je daná zátěž pro sestru nadlimitní, hovoříme o nevyváženosti mezi výkonovou kapacitou a požadavky. Tato zátěž je pro sestru nepřiměřená a může vést ke zdravotním problémům, většinou jde o oblast pohybového aparátu (Komačeková, 2009).

Sestra ve své každodenní práci prožívá se svými pacienty jejich utrpení, bolesti, nemoci a dokonce i jejich smrt. Aby sestra mohla pomáhat pacientovi a jeho rodině, je zapotřebí, aby dokázala zvládat zátěžové situace jak ve svém životě, tak ve své práci, a proto je pro sestru důležité, aby zvládala stres. K příznakům nadměrného stresu patří např. únava (Komačeková, 2009).

# 1 Současný stav

## 1.1 Charakteristika domácí péče

Světová zdravotnická organizace (World Health Organization, 1993) definovala domácí péči jako „jakoukoliv formu péče poskytovanou lidem v jejich domovech“ (Jarošová, 2007, s. 60).

Domácí péče (home care) je systém pečovatelské služby, který je doplněný o různý rozsah a kvalitu základních ošetrovatelských intervencí. Tato forma je zajišťována agenturami domácí péče, komunitami, charitativními či tzv. křížovými organizacemi atd. (Arnoldová, 2004).

Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických profesích, ve znění pozdějších předpisů, umožňuje poskytování péče zdravotníkům, kteří získali osvědčení k provádění výkonu bez odborného dohledu (Česko, 2004, Zákon č. 96).

Péče je zaměřena na podporu a udržení zdraví a prevenci nemoci, saturaci bio-psycho-sociálních potřeb člověka. Poskytování péče je v souladu s lidskými právy, zákonnými i etickými normami. Výhodou této služby je ošetřování klienta v jeho domácím prostředí v rozsahu 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. Domácí péče podporuje u klienta sebepéči a sebeobsahu, u rodinných příslušníků a blízkých vzájemnou pomoc a péči (Misconiová, 1995).

Agentura domácí péče může být státní či nestátní zdravotnické zařízení. Zakladatelem jsou samostatné právnické či fyzické osoby, státní instituce, organizace či obce. Je financovaná z více zdrojů – zdravotní pojišťovny, zdroje obcí, sponzorské příspěvky a vlastní platba za péči nehrazenou ze zdravotního pojištění. Domácí péče je poskytována všem, kteří ji potřebují, a to bez ohledu na věk a diagnózu a vždy po doporučení ošetřujícího lékaře atd. (Misconiová, 1995; Misconiová, 1998).

Cílem domácí péče je pomoci pacientovi dosáhnout duševního, tělesného a sociálního zdraví. Zachovat kvalitu života. Navýšit a udržet soběstačnost pacienta. Poučit pacienta i rodinu o zodpovědnosti za svůj zdravotní stav. Zajištění dostatečného

léčebného režimu a omezovat negativní vliv nemoci na pacienta a rodinu. Dát možnost pacientovi umírat ve svém prostředí (Jarošová, 2007).

Péče poskytovaná v agenturách domácí péče se rozděluje na základní zdravotní a sociální péči, do které patří „osobní hygiena, prevence a léčba proleženin, příjem tekutin a stravy, zábaly, transport, doprovod a úprava domácího prostředí“ (Misconiová, 1998, s. 5). V domácí péči se poskytuje odborná zdravotní a sociální péče, do které se zahrnuje „sledování vitálních funkcí, hodnocení aktuálního tělesného a duševního stavu, odběr biologického materiálu, funkční i laboratorní vyšetření na speciálních přístrojích, podávání předepsaných léků, převazy a ošetření ran, aplikace léčebných kúr, aplikace nitrosvalových injekcí, infuzí, kyslíková terapie, inhalační terapie, rehabilitační terapie, podávání odborných informací, edukace klienta, preventivní prohlídky, sociální diagnostika atd.“ (Misconiová, 1998, s. 5). V domácí péči se dále poskytuje specializovaná zdravotní a sociální péče, kam patří „aplikace diagnostických přístrojů a metod, podpůrná psychoterapie, spirituální péče, odborný monitoring u dlouhodobě a chronicky nemocných klientů, odborné poradenství v oblasti životního stylu, zdravotního pojištění, dietního režimu, sociální péče a pomoci atd.“ (Misconiová, 1998, s. 5).

Výhodou domácí péče je hospodárnost, mnohostrannost, individualizovaná péče, komplexnost, dlouhodobá péče a podpora zdraví. Zdravotničtí pracovníci pracující v domácí péči jsou sestra manažerka, terénní sestra, porodní asistentka, fyzioterapeuti. Nezdravotničtí pracovníci jsou odborní administrativní pracovníci, kteří jsou zodpovědní za účetnictví, výkaznictví, kalkulaci účtů za výkony nehrazené pojišťovnou a kontrolují úplnost dokumentace pro pojišťovnu (Hanzlíková a kol., 2007).

Na vývoj domácí péče má vliv mnoho faktorů jako jsou stoupající náklady za zdravotní péči, rostoucí poptávka po službách v domácím prostředí, stárnutí obyvatel, rozvoj moderních technologií, politické faktory (Jarošová, 2007).

Péče o pacienta v lůžkovém zdravotnickém zařízení se od domácí péče velice liší, a to z několika důvodů. Ve zdravotnickém zařízení je pacient pod neustálým dohledem lékařů, jídelníček je sestavován dle stavu pacienta, zdravotnický personál denně přestele lůžko, zajistí rehabilitaci a pro pacienta je zajištěno vybavení, pomůcky a dosažitelný

personál. Naopak v domácí péči se o všechny tyto záležitosti stará sám pacient nebo jeho rodina. Aby sestra provedla úspěšnou domácí návštěvu, měla by mít znalosti z klinické praxe, poradenství, psychologie a komunikace. Odborník má možnost nahlédnout na způsob života a zjistit, jak působí na jeho zdraví a život (Misconiová, 1995).

### ***1.1.1 Vývoj domácí péče v Československé republice a v České republice***

Již v minulých dobách se domácí péče brala jako normální způsob starání se o člověka. První náznak domácí péče se objevil již od začátku 12. století. Velký rozvoj ošetrovatelství v domácnostech byl zaznamenán na konci 13. století. V 15. století vykonávaly v Praze návštěvní opatrovnictví proslulé diakonky. Na tuto činnost byly diakonky školeny. Každý den chodily za nemocnými, o které se staraly, myly je a praly jim prádlo. Vznik lazaretů v soukromých domech začal po jejich církevním zákazu. Nemocní byli po několik let opatrováni v lazaretech, špitálech a potom v nemocnicích. Ve druhé polovině 19. století byla odbornost žen stanovena za potřebné v péči o nemocné i raněné. Ošetrovatelská péče v období meziválečném byla umístěna z velké části v terénu (Jarošová, 2007).

V Masarykově první republice začal Československý červený kříž pracovat na snížení nákladů pomocí ošetřování nemocných v domácnostech. Později, v roce 1950, vznikla Masarykova škola zdravotní a sociální péče, kde připravovali sestry na odbornou domácí péči. V roce 1952 byla domácí péče zestátněna a v této formě dále nepokračovala (Hanzlíková a kol., 2007).

První pracoviště poskytující domácí ošetrovatelskou péči v České republice, tzv. středisko ošetrovatelské péče při České katolické charitě, vzniklo v březnu v roce 1990. V roce 1991 Ministerstvo zdravotnictví právně legalizovalo domácí péči jako zvláštní formu zdravotní péče. První agentura domácí péče vznikla v Pardubicích. V tomtéž roce fungovalo v České republice celkem 26 agentur, ve kterých pracovalo 451 zaměstnanců pečujících o 1459 klientů. Největší rozmach byl v roce 1992 v kontextu s nově přijatým zákonem 372/2011 Sb. Na konci roku 1992 bylo registrováno již 68 agentur domácí



péče. Od roku 1993 byly agentury domácí péče zakládány z velké části sestrami, dále nemocnicemi, Českým červeným křížem, diakonií, řádem Maltézských rytířů, městskými úřady aj. V tomtéž roce byla založena Asociace domácí péče České republiky, která doposud nepovinně sdružuje poskytovatele domácí péče - sestry, lékaře, psychology, sociální pracovníky a ostatní participanty domácí péče. V roce 1994 byl použit nový model hospicové péče v několika centrech a agenturách domácí péče. V této době existovalo již 353 agentur. Po roce 1994 došlo k nasycení trhu a počet nových agentur se nijak dramaticky nezvyšoval. Roku 2005 se počet agentur domácí péče vyšplhal na 494. Od roku 2005 do roku 2011 ovšem došlo k poklesu pracovišť domácí péče o 22, na 472 (Jarošová, 2007; Wija, 2010).

### ***1.1.2 Náplň práce sestry v domácí péči***

Do ošetrovatelského plánu by neměl být posouzen jen pacient, ale i jeho rodina, přátelé a sousedé. Domácí návštěva se skládá ze složek vedení a plánování návštěvy, hodnocení potřeb, plánování péče pomocí cílů a smluvních postupů, určení náhrady za péči, vytvoření stanovených plánů a záznam návštěvy (Misconiová, 1995).

Na přípravu návštěvy by si sestra měla určit rozsah návštěvy. Druh prováděné návštěvy je na první návštěvě cílený na rozvoj a zhodnocení vztahu klienta s rodinou, při dalších návštěvách je návštěva specializovaná na technickou pomoc, výuku pacienta nebo rodinných příslušníků. Do přípravy návštěvy se zahrnuje i stanovení priorit, kde by sestra měla vědět, které potřeby jsou důležité splnit ihned a které později. Dále by měla mít znalosti o pacientovi a jeho rodině, kam patří sběr informací a seznámení se s nimi. Tyto informace poté dopomohou přípravám na první návštěvu. Zde je nutné vyvarovat se citově zkreslených názorů jednotlivých pracovníků. Sestra by měla dávat pozor na předpojatost, která vychází od jiných pracovníků a mohla by tak zastínit důležitou informaci pro hodnocení. Jako příprava na návštěvu jsou brány i telefonáty s pacientem a jeho rodinou, tyto telefonáty pomáhají rodině po psychické stránce a umožňují jim přítomnost při návštěvách sestrou. Sestra by měla také zvážit bezpečnostní opatření před návštěvou. Sestra by před návštěvou měla číst odborné

materiály, zkoumat aspekty bio-psycho-sociální diagnózy klienta. Dále kontrolovat indikovanou medikaci, její dávkování a vedlejší účinky. Měla by mít připraveny brožury týkající se poučení pacienta. Před návštěvou by měla proběhnout kontrola zásob, aby měla všechny potřebné pomůcky pro prováděné výkony (Misconiová, 1995).

Sesterský kufřík je typickým prvkem sestry pro domácí péči. Typy kufříku se liší od agentury k agentuře. Základním kritériem kufříku zůstává aseptický postup, aby nedocházelo k přenosům patogenů mezi pacienty. Základním vybavením kufříku jsou pomůcky pro hygienu rukou, k vyšetření, zásoba jednorázových pomůcek a kancelářské vybavení. Pomůcky by sestra měla připravovat podle výkonů, které bude ten den na návštěvě vykonávat (Misconiová, 1995).

Mezi úkony sestry v domácí péči patří získávání základních informací. První informace získá sestra pomocí zvláštních formulářů agentury. Agentura si tyto informace musí ověřit. Dodržování bezpečnostních opatření při návštěvě je dalším úkonem sestry. Při vyšetřování pacienta se používá metoda dotazování, při kterém sestra pozoruje odpovědi a vše zaznamenává. Další metodou je pozorování, kde se sledují vztahy a atmosféra v rodině a bio-psycho-sociální potřeby pacienta. Při vyšetřování pacienta se používají vyšetřovací pomůcky jako je fonendoskop, tonometr, glukometr a teploměr. Sestra při vyšetřování používá i své smysly jako je čich, hmat, sluch a zrak. Úkonem sestry v domácí péči je i plánování zákroků, kde za pomoci shromážděných informací stanovuje ošetrovatelský plán spolu s klientem, jeho rodinou, lékařem a s dalšími zdravotnickými pracovníky. Sestra si stanovuje v domácí péči cíle na základě shromážděných informací, výsledků vyšetření klienta, rodiny a prostředí. Cíle si volí krátkodobé nebo dlouhodobé na základě indikace a znalostí. V domácí péči se vytváří smlouva o poskytování péče, která je dohodou mezi dvěma nebo více osobami o provedení ošetrovatelské péče. Mezi hlavní rysy smlouvy je partnerství, závaznost, obsah a vyjednávání. Sestra si musí stanovit četnost návštěv pacienta. Četnost návštěv si stanovuje dle ordinace lékaře, úsudku sestry, stavu klienta a ze směrnic agentury. Analýza návštěvy je důležitá, protože sestře objasní, co může očekávat v příštích návštěvách a stanoví vztah mezi sestrou a agenturou a vztah mezi klientem a jeho rodinou. Každou návštěvu by sestra měla zhodnotit a tím dosáhnout té

nejlepší ošetrovatelské péče. Poté probíhají následné návštěvy, při nichž sestra nadále hodnotí ošetrovatelský plán a hledá problémy, které mohou do budoucna nastat (Misconiová, 1995).

Propuštění pacienta z domácí péče by mělo být plánované již od první schůzky. Kritériem pro ukončení domácího ošetření je dosažení cílů ve stanovené smlouvě, smrt pacienta, odmítání dalších služeb poskytovaných agenturou, stěhování pacienta mimo oblast, kde agentura neposkytuje péči, při vyčerpání zdrojů pro hrazení péče, péče, kterou pacient potřebuje a není agenturou dosažitelná, a kdy situace v domácím prostředí není bezpečná (Misconiová, 1995).

Rozsah návštěv v domácí péči se dělí dle časového rozmezí – 15, 30, 45 a 60 minut. Lékař vybere k časovému typu i požadovaný výkon, který on sám vyžaduje. Pokud jsou do výkonu zahrnuty náklady za materiály, uvádí lékař příslušný materiálový kód (Misconiová, 2006).

Dostupnost domácí péče je zajištěna 24 hodin denně pomocí čísla mobilního telefonu. V případě nutnosti, v nezbytně nutných situacích, může lékař, klient nebo jeho rodina využít tísňovou linku domácí péče (Misconiová, 2006).

### ***1.1.3 Charakteristika osobnosti sestry v domácí péči***

Sestra by měla být ta, která má vždy pochopení pro problémy svých pacientů a pomáhá jim je s vlídností řešit. Mellanová, Čechová a Rozsypalová (2014) uvádějí tři nejdůležitější znaky rolí, jako je kolektivní orientace, kde by sestra měla vycházet z potřeb pacienta, dále univerzalizmus, kde se očekává od sestry zaujetí role ke všem pacientům stejné, a emocionální neutralita, kdy sestra je schopná své emoce kontrolovat. Mezi zásady profesionálního chování patří respektování práv pacientů, upřednostňovat jejich zájmy a potřeby před vlastními, chovat se ke všem pacientům stejně, zvládat své emoce a mít je pod kontrolou. Sestra by měla mít pro svou práci nezbytné předpoklady senzomotorické, estetické, intelektové, sociální a autoregulační (Mellanová, Čechová a Rozsypalová, 2014).

Sestry se cítí společností podhodnocovány. I když výzkum prestiže v letech 1990-1992 ukázal na 7. -10. místo v žebříčku 70 různých profesí, sestry si stěžují na nízkou prestiž jejich povolání. Přestože je prestiž stále vysoká, ve skutečnosti jsou ale nespokojené s pracovními podmínkami a finančním ohodnocením. Pocit seberealizace je při výkonu povolání nadměrně důležitý. Vystupování sester upravují dva základní dokumenty, a to Práva pacientů a Etický kodex sestry. Kvalitu profesionálního chování ovlivňuje také pracoviště, kde sestra pracuje. Každý z pacientů má jinou představu o chování sestry, to se týká i rodiny pacientů, lékařů i nadřízených. Největší vliv na chování sestry má kolektiv, ve kterém sestra pracuje, a to hlavně u sester začínajících, které dostudovaly. Většinou se tyto sestry snadno přizpůsobí. Na sestry jsou kladeny „specifické požadavky na osobnost, na charakterové vlastnosti, na psychické předpoklady, schopnosti a dovednosti a míru sociální zralosti“ (Mellanová, Čechová a Rozsypalová, 2014, s. 60). V roce 1938 Americká národní liga pro vzdělání sester sestavila seznam vlastností, které by sestra měla mít. Patří sem například: „citově zralá, čilá, důkladná, kritická, a kritiku přijímající, loajální, nadšená, nezávislá, odvážná, pořádná, přemýšlivá, přizpůsobivá, spolehlivá“ atd. (Mellanová, Čechová a Rozsypalová, 2014, s. 61). Důležité však je, aby se sestra dovedla starat o druhé, měla pozitivní vztah k lidem a byla tzv. prosociálně orientovaná. Aby sestra dosahovala rychlejšího sociálního dozrání, je pro ni významné sebepoznání. Měla by vědět, jak ji vidí a hodnotí okolí, a znát svou hierarchii hodnot. Někdy je však sebepoznání bolestivá záležitost, jelikož narušuje představu, kterou si o sobě sestra vytvořila, tato představa bývá často zidealizovaná (Mellanová, Čechová a Rozsypalová, 2014).

## **1.2 Psychické faktory v práci sestry**

Sestra zažívá ve své práci každý den problémy jako utrpení, nemoc, bolest a smrt pacientů a to představuje pro sestru nadměrnou psychickou zátěž a s tím spojené riziko vzniku syndromu vyhoření. Proto je důležité, aby sestra získala zručnost a schopnost efektivně zvládat náročné situace jak v práci, tak ve svém životě. Poté dokáže zhodnotit náročnost zátěžových stavů pacienta a může tak pomoci jeho rodině při zvládnutí

náročných životních situací jako je hospitalizace, terapie, zhoršený zdravotní stav nebo úmrtí. Pro sestru je důležité, aby se naučila najít příčiny stresu, identifikovat příznaky stresu, aby byla schopna stres zvládat. Jelikož zvládání stresu pomáhá najít správnou rovnováhu mezi energií a tvořivostí na jedné straně a příznaky stresu na straně druhé (Komačeková, 2009).

### ***1.2.1 Stres - obecný adaptační syndrom***

Hans Selye definoval stres takto: „Stres je nespecifická odpověď organismu na jakýkoliv požadavek (zátěž), který je kladen na organismus“ (Cungi, 2001, s. 15).

Hans Selye je brán za zakladatele tzv. kortikoidního pojetí stresu. Zjistil, že bez ohledu na zátěž vykazují fyziologické funkce stále stejnou reakci. Tento vzor odpovědi organismu na ohrožení nazval General Adaptation Syndrom - obecný adaptační syndrom (Křivohlavý, 2009).

Tento adaptační syndrom má 3 fáze. První fáze je poplachová. Je to fáze, při které vzniká takzvané vyhlášení poplachu. V této fázi je člověk připraven k reakci typu „bojuj, nebo uteč“. Dříve byla pro člověka také účinná, ale při dnešní době se udává, že tu není možnost fyzicky bojovat ani není možnost někam utéci. Další fází je rezistence. Tato fáze představuje boj organismu se stresorem. Záleží na tom, jak silný je stresor a jak je organismus schopný boje. Třetí a poslední fáze je fáze vyčerpání. V této fázi se aktivuje parasymptický systém. Organismus v této fázi podléhá stresoru a hroutí se (Křivohlavý, 2009).

Při vymezení stresově náročné situace je důležitý poměr mezi stresovou zátěží a silou určitý stav zvládnout. O takzvané nadlimitní zátěži mluvíme tehdy, pokud míra intenzity stresu je větší než schopnost tento stav zvládnout, a to vede k poškození rovnováhy organismu. Jako příklad takové zátěže je třeba úmrtí chotě, kdy se nejedná jen o jeden stresor, nýbrž také o stresory další jako jsou sociální, ekonomické, intimní (Křivohlavý, 2009).

Distres je takzvaný negativně prožívaný stres. Tento stres osoba negativně hodnotí v důsledku osobního ohrožení a zvládání zátěže. Tam, kde si člověk myslí, že už nemá dost síly na zvládnutí stresu, dochází k distresu (Křivohlavý, 2009).

Eustres je to stav, kdy se jedinec snaží zvládnout něco, co mu přináší radost, avšak vyžaduje to určité úsilí. Příkladem situací, které vedou k eustresu, je „svatba, narození dítěte, výhra, různé oslavy“ (Křivohlavý, 2009, s. 171).

Stres má i důležitou roli, a to chránit organismus před různým nebezpečím. Jelikož nás upozorňuje na nebezpečí či hrozbu. Dává tělo a mysl do stavu pohotovosti. A dokud nebezpečí nepřestane, udržuje organismus v pohotovosti (Praško a Prašková, 2001).

### ***1.2.2 Příznaky stresu***

Rozdělujeme tři druhy příznaků stresu, a to fyziologické, psychologické a behaviorální. K příznakům, které se projevují v chování a jednání, patří: změna denního rytmu, nerozhodnost, naříkání, bědování, ztráta chuti k jídlu, či naopak nadměrná chuť k jídlu, nepozornost, snaha vyhýbat se práci, zvýšená spotřeba cigaret, zvýšený příjem alkoholu, vyšší závislost na drogách a zhoršená kvalita práce (Křivohlavý, 2010).

Příznaky projevující se v duševním životě jsou: náhlé změny nálad, stavy úzkosti, zvýšená podrážděnost, časté pocity únavy, nadměrná starostlivost o své zdraví, nadměrné snění a neschopnost emocionální náklonnosti (Křivohlavý, 2010).

Do třetí skupiny zahrnujeme fyziologické příznaky stresu. Mezi ty patří velké bolesti hlavy, zvýšená srdeční činnost, zvýšené napětí svalů v oblasti krční a dolní páteře, pocity svírání či bolesti za hrudní kostí, křečovitě bolesti břicha, ztráta sexuální touhy, výrazné změny v menstruačním cyklu, migrenózní stavy, vyrážka v oblasti obličeje, nepříjemné pocity v krku a obtížné soustředění očí na jeden bod (Křivohlavý, 2010).

### ***1.2.3 Psychologické prožívání stresu***

Praško a Prašková (2001) podrobněji popisují psychologické prožívání. Rozdělují ho do čtyř úrovní projevujících se v myšlení, emocích, chování a v tělesných příznacích.

Projevy stresu v myšlení se projevují v „dělání si starostí“. Je to sled automatických negativních myšlenek a představ. Myšlenky na tyto představy člověk nedokáže kontrolovat, nedají mu klidné spaní, nedokáže se soustředit. Pokud jednou proces „dělání si starostí“ začne, ve většině případů se udržuje sám od sebe. Strach se nerealisticky zvyšuje. Většinou jsou starosti zaměřeny na budoucnost. Myšlenky jsou většinou přehnané a člověk hodnotí sebe, okolnosti nebo budoucnost negativně (Praško a Prašková, 2001).

Další projev stresu je v emocích. Emoce jsou tzv. popudy k jednání. Typickým emočním prožitkem ve stresu je pocit nepohody, kdy má člověk chmurnou náladu, strach, vztek atd. Při depersonalizaci se člověk cítí být odcizen od okolního světa. Úkolem depersonalizace je oddělit člověka od velmi silných emocí, které by mohly vadit při jednání (Praško a Prašková, 2001).

Problémy se stresem se projevují také v chování. Stres může být skrytý, ale také může být viditelný. Častým projevem je reakce „boj nebo útok“, kdy člověk odsouvá své povinnosti, vyhýbá se lidem, nebo se snaží odložit pro něj nepříznivý úkol (Praško a Prašková, 2001).

Projevy stresu se objevují i v tělesných příznacích. U člověka můžou vyvolat pocit strachu a donutí člověka navštívit lékaře, i když to s nemocí nemá nic společného. Vznikají příznaky, jako je „bušení srdce, bolesti hlavy, závratě, průjmy nebo naopak zácpa, potíže s dýcháním, nejrůznější svědění, pocity tepla nebo chladu na končetinách, mravenčení atd.“ (Praško a Prašková, 2001, s. 26 - 27).

### ***1.2.4 Působení stresu na sestry - dopad zátěže***

Pracovat ve zdravotnictví je spjato s větším působením stresu než u jiných povolání. Větší psychická zátěž zvyšuje nebezpečí chybných rozhodnutí i výkonů,

pracovních poranění a psychosomatických onemocnění. Tato zátěž je častokrát důvodem, proč sestry a lékaři zanechají svého povolání ve zdravotnictví (Bartošíková, 2006).

U sester pracujících v době, kdy má tělo spát a odpočívat, byla zjištěna porucha spánku. Při střídání směn dochází k narušení pravidelného nočního režimu. Únava, spánková deprivace a vyčerpání mohou být příčinou právě zmiňovaného narušeného rytmu (Bartošíková, 2006).

Jak lékař, tak sestra uvádí pocit bezmocnosti při ošetřování klientů v závěrečném stádiu života, jelikož nad smrtí pacienta zvítězit nelze. Velice stresující je péče o klienty, u kterých došlo k poškození zdraví v důsledku nedbalé či nedostatečné péče od zdravotnických pracovníků (Bartošíková, 2006).

Sestry jsou po dobu své pracovní doby nejčastěji ve styku s klientem, a to po dobu, kdy pacient spí, vstává, jí a provádí hygienu. Sestra také zasahuje do intimní zóny, do které smí jen jeho nejbližší. Také se dostává až za hranice těla - aplikace injekcí, zavádění infuzí, klyzma atd. Sestře je odhalen jeho duševní stav, kdy pacient nařiká, trpí, je bezmocný a slabý. Pokud sestra i pacient prožívají silné emoce, můžou si mezi sebou vytvořit vztah, který může být důvěrný, blízký, komplikovaný závislostí atd. Pacienti si k lékaři nedovolí to, co k sestře. Při konfliktech bývají sestry prvními, kdo se s nimi střetává (Bartošíková, 2006).

Všechny tyto faktory, jako je dlouhodobé pobývání s pacientem a jeho odhalená intimita, kladou nároky na osobnost sestry. Od sestry se předpokládá, že je připravená, schopná pomáhat a zvládat těžké situace. Sestry se často cítí bezmocné, jelikož je po nich žádáno, aby zmírnilly a zkrátily utrpení nemocných (Bartošíková, 2006).

Neustálé vzdělávání, adaptace na nové metody, materiály a nové postupy - to vše je od sester očekáváno. Náplní různých úkolů je, že sestra musí plnit tyto přidělené úkoly pružně a tvořivě, přestože mnohdy nemá ani dostatečnou příležitost řídit vlastní práci. Nemožnost zabývat se svými potřebami a sám sebou může často vést k napětí a kupení vlastních nedořešených záležitostí (Bartošíková, 2006).

Požadavky, mezi které patří přesčasové práce a práce o víkendech, zasahují do osobního života sester. Jisté požadavky z práce na sestru kladené nelze splnit, aniž by tím



částečně nestrádala rodina, a naopak, požadavky rodiny není lehké někdy splnit, aniž by tím netrpěla profesní práce. Tím se sestry dostávají do konfliktu rolí. Vytyčování potřeb jiných před vlastními může vyvolávat pocity viny a výčitky vzhledem k málo trávenému času s vlastní rodinou. Obtížný styl života sestry tak bere čas a energii na záliby (Bartošíková, 2006).

### ***1.2.5 Zvládání stresu - stručná doporučení zdravotníkům***

Nešpor a Csémy (2001) uvádějí ve své knize stručná doporučení zdravotníkům jako primární prevence stresu. Mezi doporučení patří navazování a udržování dobrých mezilidských vztahů. Umět dobře komunikovat se svým týmem či kolegy. Naučit se využívat relaxačních technik. Uvědomovat si sám sebe na tělesné i duševní rovině. Klást si cíle, které jsou dosažitelné a realistické. Mít dobré zájmy a záliby. Umět kontrolovat svůj hněv, strach a úzkost. Neřešit stres návykovými látkami, jako je kofein, tabák a alkohol. Znat své hranice samoléčby a vyhledat pomoc, pokud je potřeba. Klást důraz na zdravý životní styl. Mít správné držení těla, a to i při práci. Umět vhodně projevovat emoce a humor.

Relaxace je jedním z řešení pro uvolnění nahromaděného napětí. Máme relaxaci spontánní, ke které dochází bez našeho úsilí, a je to např. při spánku nebo odpočinku. Další relaxace je diferencovaná a tu si člověk navozuje sám. Mezi záměrné relaxace patří např. procházka. Vhodná procházka je v přírodě, kde je svěží vzduch a ticho. Zde se musí odsunout všechny starosti a trápení a soustředit se na krásu přírody. Další relaxační technikou je dýchání. Je zde vhodné brániční dýchání, které se je potřeba naučit. Mezi nejjednodušší relaxace patří například svalová relaxace. Při ní střídavě napínáme a uvolňujeme jakoukoliv skupinu svalů. Ventilací emocí rozumíme popovídání si s někým o tom, co nás trápí (Křivohlavý, 2010).

Mellanová, Čechová, Rozsypalová (2014) uvádějí některé techniky z psychohygieny, které mají za cíl naučit zklidnit a získat sebedůvěru. Mezi techniky patří třeba odpoutání se od starostí, tato technika platí zejména při odchodu z práce, kdy

je potřeba se uvolnit. Mezi další techniku patří sprcha, kde člověk ze sebe spláchně všechny denní starosti, vyčerpání či únavu. Pro psychohygienu je důležité umět řešit dané problémy a starosti, zde je zapotřebí se na to podívat z druhé strany a pokusit se to řešit. Umět se radovat a nepřipouštět si hodnocení okolního světa. Klidně spát a zamezit faktorům narušující spánek jako je třeba hluk, tělesná vyčerpanost, velké teplo nebo naopak zima, pití kávy nebo čaje před spaním atd. A věnovat pozornost jídlu tak, aby prospívalo tělu.

### **1.2.6 Syndrom vyhoření**

Syndrom vyhoření je dáván dohromady v souvislosti s velkou zátěží, kterou s sebou nese povolání sester. Zdravotnictví bylo první zařízením, ve kterém se upozornilo na syndrom vyhoření. Byly to sestry pracující v hospicích, dále sestry pracující na onkologickém oddělení a jako třetí nejčastější oddělení je jednotka intenzivní péče. Další oddělení, kde situace není o mnoho lepší, jsou pooperační pokoje, psychiatrie, neurologie, ale i koronární oddělení. Syndrom vyhoření se však netýká jen sester, ale týká se i lékařů (Klevetová, 2011).

Rizikové faktory, které působí na vznik syndromu vyhoření, jsou nedostačující zpětná vazba a stav, kdy nejsou jednoznačně rozvrženy úkoly a kompetence. Tak se zdravotník lehce dostane do úzkých. Dalšími důležitými faktory je i konkurenční situace, špatné pracovní podmínky a jednotvárná práce (Kallwass, 2007).

Bartošíková (2006) píše o dalších podmínkách, které se mohou podílet na vzniku syndromu vyhoření u sester jako je např. „přetíženost, nedostatek podpory, nevhodné chování nadřízených, nízká loajalita k pracovišti, nadměrná emocionální zátěž, špatné vztahy na pracovišti, vyžadování čím dál větší zodpovědnosti, sestra více energie vydává než dostává, nereálná očekávání a ztráta ideálů“ (Bartošíková, 2006, s. 19).

Při syndromu vyhoření dochází k emocionálnímu vyčerpání. Člověk se cítí citově vysátý, nechce poslouchat další lidské trápení a starosti. Myslí si, že už nemůže pomoci, že neví jak. Už nemá chuť se vcítit do pocitů jiných. Snaží se vyvarovat pocitům, které

cítí jiní. A pokud mu to nejde, projevuje se nepřátelsky, podrážděně až necitelně. Kontakty s lidmi již nevnímá jako radost (Bartošíková, 2006).

Dochází také k psychickému vyčerpání. To se projevuje v záporných postojích k sobě a k jiným lidem. Člověk je cynický, pesimistický, vnímá svět jako seskupení nároků a problémů. Člověk je zapomnětlivý, má poruchu soustředění. Začíná se u něj objevovat činnostní i myšlenkový stereotyp. Tělesné vyčerpání se může projevovat jako chronická únava, člověk má nedostatek energie a má bolesti svalů. Rychle se unaví. Člověk se večer cítí bolavý a „rozlámaný“. Spánek není kvalitní, cítí se nevyspalý a neodpočatý. Často je nemocný, má drobné úrazy a změnu tělesné hmotnosti v důsledku změny ve stravování. Objevují se změny i v sociálních vztazích jako je stahování se do sebe. Vyhýbá se pacientům a později i kolegům z práce. Je zvýšeně podrážděný a tím vznikají konflikty, vyskytuje se zde lhostejnost, apatie a nezájem o hodnocení druhými (Bartošíková, 2006).

Model C. Maslachové uvádí čtyři fáze stádia vývoje vyhoření. První fáze se projevuje nadšením, jsou zde ideály a nastává přetěžování. V druhé fázi je člověk po psychické i fyzické stránce vyčerpaný. Po nástupu třetí fáze dochází k odcizení od okolního světa a objevují se obranné postoje. V poslední, čtvrté fázi nastává vyčerpání, lhostejnost a negativismus (Bartošíková, 2006).

### ***1.2.7 Prevence syndromu vyhoření a jeho řešení***

Prevenčí je vytvoření si zdravého systému sebepodpory, což znamená mít vlastní smysluplný příjemný a fyzicky aktivní život. Sestra může vykonávat svoji roli pečovatelky tehdy, kdy se umí postarat sama o sebe, jinak pacient nedostane to, co potřebuje. Sestra by měla vědět, jak najít rovnováhu mezi „výdaji a zisky“. Měla by vědět, kde potřebuje dodat, co chybí, umět začít se změnami v životním stylu. Někomu stačí více odpočívat či něco aktivně měnit. Někdo si vystačí na změny sám a někdo potřebuje pomoc (Bartošíková, 2006).

Gučková (2009) uvádí jako prevenci syndromu vyhoření „pracovní motivaci, pocit z dobře vykonané práce, pochvalu, naučit se říci ne, možnost vzdělávat se, zúčastňovat se odborných seminářů, možnost seberealizace, samostatné rozhodování, finanční ohodnocení, zvýšení prestiže, naučit se požádat o pomoc, radovat se z maličkostí, zlepšit komunikaci mezi vedením a zaměstnanci, pracovní problémy řešit na pravidelných schůzkách“ (Gučková, 2009, s. 31).

Záleží na závažnosti příznaků. U vážných příznaků potřebuje člověk pomoc druhých lidí, jelikož sám sobě pomoci neumí. Nestačí jen odpočívat, odkládat vyčerpávající úkoly, ale i komunikovat s lidmi, kteří mají již s tímto stavem zkušenosti. Komunikovat s druhými a získat tím informace potřebné ke zvládnutí situace. Poradit se s někým, kdo situaci rozumí. Jestliže je stav dotyčného tak vážný, pak je potřeba zajistit psychiatrickou pomoc (Bartošíková, 2006).

### ***1.2.8 Interpersonální vztahy na pracovišti***

Sestra je v kontaktu s pacientem častěji než lékař. Je mu nápomocna v uskutečňování jeho základních biologických potřeb. Má neutrální postoj jak k pacientovi, tak k lékaři a je nápomocna při vytváření důvěry klienta k lékaři. Tak aby vztahy fungovaly, musí být harmonické a musí se ubírat ke stejnému cíli. Z analýzy vyplynulo, že lékař vykonává hlavně instrumentální funkce a sestra expresivní funkce. Sestra je prostředníkem mezi klientem a lékařem, snaží se získat klienta ke spolupráci s lékařem. Pokud klient nedůvěřuje lékaři, léčení nemusí mít takový efekt. Proto sestra přivádí vztah k odpovědnosti a snaží se uchovat harmonický vztah. Vztah mezi lékařem a sestrou je ovlivněn různými faktory. Jeden z faktorů je komplikovanost organizačních struktur v nemocnici, jelikož se sestra musí podřizovat jednak lékařům a jednak sesterskému managementu. Jako další faktor uvádějí, že profesi sester vykonávají většinou ženy a díky tomu, že sestry se často střídají, například z důvodu mateřské dovolené, berou lékaři profesi sestry jako dočasnou. Vztah mezi lékařem a sestrou hraje důležitou roli v utvoření atmosféry na pracovišti. Sestra a lékař nahlíží na péči o pacienta z jiného pohledu. Jelikož sestra nahlíží na pacienta z pohledu ošetřovatelského,

a lékař z pohledu svého oboru, dochází občas k rozporům. Vztah mezi sestrou a lékařem je jedním z kritérií, které tvořící atmosféru v pracovním prostředí, a je významný pro spokojenost sester. Je důležité zlepšit komunikaci a spolupráci se členy týmu, jejich cílem by na prvním místě měla být péče o pacienta (Bártlová a Matulay, 2009; Bártlová, 2006).

### **1.3 Fyzické faktory v práci sestry**

K biologickým, psychologickým a sociálním znakům kvality života u sester dále zahrnujeme fyzickou výkonnost a nezávislost, nepřítomnost závažnějších fyzických těžkostí, schopnost umět řešit zátěžové faktory a radost ze života (Polhorská a Šajterová, 2008).

V pracovních podmínkách sestry je velké riziko fyzické zátěže. Vznik podporuje velké množství práce sestry pod časovým tlakem, zvýšená pracovní nasazení, nevhodné pracovní prostředí a fyzický diskomfort (Polhorská a Šajterová, 2008).

Na odděleních pro dlouhodobě nemocné, na onkologických, geriatrických nebo neurologických odděleních, kde jsou převážně ležící pacienti, jsou kladeny větší nároky na fyzickou zdatnost sestry, a to především na pohybový aparát, záda a dolní končetiny (Polhorská a Šajterová, 2008).

Fyzická zátěž je úzce spjata s psychickou a senzoricou pracovní zátěží. Cílem hodnocení zátěže je, zda fyzické zatížení nepřevyšuje fyzickou zdatnost a nemůže vyvolat poškození zdraví sestry (Tuček, Cíkr a Pelclová, 2005).

Při posuzování pracovního prostředí je třeba dbát na prostorové uspořádání pracoviště, využívání nástrojů a náradí, polohy při práci, manipulaci s břemeny, umístění ovladačů, celkové fyzické zatížení, místní svalovou zátěž, střídání směn, režim práce a odpočinku (Tuček, Cíkr a Pelclová, 2005).

Při konstrukci prostoru je potřeba, aby nedocházelo k nepřiměřené psychické a senzoricke zátěži a přetěžování svalů či kostí. Pracovní místo musí být řešeno tak, aby sestry zaujímaly správnou pracovní polohu a aby jim umožňovala práci vsedě nebo

vstojí s možností vystřídání těchto dvou poloh. Pracovní pohyby musí vycházet z přirozeného pohybu. Manipulace s břemeny s sebou nese zvýšené riziko poškození zdraví. Je to ovlivněno vlastností břemene, požadovanou fyzickou zátěží, vlastností pracovního prostředí, nevhodným pracovním režimem a odpočinkem. Při nadměrném zatěžování jedné strany při práci dochází ke vzniku onemocnění šlach, úponů, kloubů, svalů, nervů a kostí (Tuček, Cikrt a Pelclová, 2005).

V zákoníku práce (2013) se uvádí, že zaměstnavatel má povinnost obstarat a pravidelně kontrolovat bezpečí a ochranu zdraví při výkonu zaměstnání. Musí neustále sledovat prostředí a pracovní podmínky a vyhledávat rizika a vytvářet opatření, které těmto rizikům předejdou. Úkolem zaměstnavatele je také kontrola stavu pracovních pomůcek a zařízení pracovišť. Jestliže rizika nelze plně odstranit, je zaměstnavatel povinen tato rizika minimalizovat. Dále je povinen dodržovat preventivní zásady jako je omezit negativní vlivy na zdraví zaměstnanců nebo nahradit fyzicky náročné výkony novými, méně náročnými postupy. Zaměstnavatel má povinnost sdělit zaměstnancům, jaké očkování a preventivní prohlídky mají podstoupit. V případě žen v těhotenství, kojících žen nebo žen devět měsíců po porodu je třeba informovat o možných rizicích a zavést patřičná opatření vedoucí ke snížení psychické a fyzické zátěže těchto pracovníků. Je-li nemožné odstranit rizika, je zapotřebí, aby zaměstnavatel zajistil ochranné pomůcky, které zaměstnance mají chránit před možnými riziky.

Dezinfekční prostředky jsou určitým rizikem jak pro personál, pacienty, tak pro životní prostředí, a proto potřebují specifická bezpečnostní opatření. Jelikož určité složky dezinfekčních přípravků mohou způsobit podráždění kůže a astma. V současné době jsou dezinfekční prostředky jedním z největších alergenů, které ovlivňují personál ve zdravotnictví. Dezinfekce je ve zdravotnictví velice důležitá, jelikož je zde určité riziko nozokominálních nákaz, a to jak pro pacienty, tak pro personál. A proto je nezbytný správný harmonogram dezinfekce povrchů a hygiena rukou (Dettenkofer et al, 2004).

### **1.3.1 Příčiny a důsledky fyzické zátěže**

Mezi příčiny vzniklé fyzickou námahou patří jednostranné přetěžování svalových skupin končetin nebo trupu, nepřiměřená hmotnost břemen, s nimiž sestra ručně manipuluje, fyziologicky nevhodné pracovní polohy, vynakládání velkých svalových sil, aj. (Tuček, Cikrt a Pelclová, 2005).

Zátěž sester se liší dle typu oddělení. Liší se dle zdravotního stavu pacientů, počtem sester ve směně a počtem zdravotnických pracovníků, ale i organizací práce a vhodnými pomůckami, které snižují fyzickou zátěž sester. Fyzická zátěž ovlivňuje pohybový aparát dolních končetin, jelikož sestra často při výkonu práce stojí nebo chodí. Další část těla, která je vystavena zátěži, je páteř a horní končetiny, a to hlavně při polohování nebo manipulaci s imobilními klienty. Polohování je fyzicky náročné, a proto by neměla polohovat sestra sama. Ničí zdraví sama sobě, je to nebezpečné pro pacienta z hlediska vzniku dekubitů a navíc je to v rozporu s pracovněprávními předpisy. Tato opakovaná zátěž vede k únavě, ta odezní po odpočinku a spánku. U dlouhodobé zátěže může vzniknout přepracování a vyčerpání organismu. Sestra je podrážděná, má sníženou pozornost a schopnost soustředit se, trpí nespavostí a emoční labilitou. Organismus sestry je v této době náchylnější k infekcím. Potřeba překonat únavu je spojena s větším množstvím vypití kávy, vykouřených cigaret a spotřebou léků. Další příčiny zátěže jsou bolesti nohou, páteře a poté i poškození kloubů a páteře. U sester se objevují i křečové žíly, spjaté s jejich povoláním. Pohybový aparát ještě více trpí, pokud je pohyb prováděn neekonomicky, nesprávně a nekoordinovaně. Při náhlém zvýšení fyzického výkonu může dojít ke vzniku vyhrěznutí meziobratlové ploténky a hernie. Jestliže dojde v pracovní době k poruše zdraví, jde o pracovní úraz nebo nemoc z povolání (Gučková, 2007).

### **1.3.2 Prevence, ochrana a podpora zdraví sester**

Základem bezpečného a efektivního využití svalů je dobrá mechanika těla sestry. Ta je prevencí nadměrné fyzické zátěže, poranění a únavy. Do mechaniky zahrnujeme

držení těla, rovnováhu a koordinovaný pohyb. Základním prvkem rovnováhy je správný postoj. Sestra při své práci musí poznat a ovládat linii gravitace při pohybu, rovnováhu a stabilitu. Při manipulaci s ležícím pacientem by si sestra měla uvědomit, že rovnováhu těla může zlepšit rozkročením se a snížením těžiště. Pro správný pohyb je důležitý koordinovaný pohyb (Krišková a kol., 2006).

Ochrana zdraví při fyzické zátěži v práci záleží na ergonomickém uspořádání, vyloučení zdrojů nepřiměřené fyzické zátěže, omezení nefyziologických pracovních pozic, správnosti manipulace s břemeny, nepřetěžování pohybového systému, nepřevyšování vlastní kapacity, na režimu práce, odpočinku, zvýšené lékařské péči, bezpečnosti práce, využívání technických prostředků a správné organizaci práci atd. (Tuček, Cikrt a Pelclová, 2005).

Správná pracovní poloha má určitá kritéria, mezi která řadíme dostatečnou stabilitu těla, minimální statické zatížení, uzpůsobení pracovní polohy, umožnění střídání pozic a správná podpora těla atd. (Tuček, Cikrt a Pelclová, 2005).

Manipulace s břemeny vyžaduje zásady jako je udržení rovné páteře, správný postoj, rovnoměrné rozložení váhy břemene, využívání pohybu vlastním tělem, přiblížení se co nejbližší k břemenu, využívání pomůcek, plynulá manipulace atd. (Tuček, Cikrt a Pelclová, 2005).

Obory, které spolupracují s pracovním lékařstvím, jsou ergonomie a rehabilitace. Ergonomie „zabývá se hodnocením pracovních požadavků zátěže a funkční kapacity pracovní populace s cílem nalézt prostředky a způsoby přiměřené zátěže“ (Tuček, Cikrt a Pelclová, 2005, s. 208). Rehabilitace „zabývá se hodnocením zátěže a funkční kapacity osob postižených nemocí, úrazem či vrozenou vadou s cílem zvýšit pracovní kapacitu, zejména pro daný typ práce“ (Tuček, Cikrt a Pelclová, 2005, s. 208).

### **1.3.3 Kinestetika**

Kinestetika je program manipulačních a pohybových schopností sester při manipulaci s nemocnými. Napomáhá v práci sestry při rozvíjení pozorovacích schopností, rozvíjení možností spolupráce s klientem, předcházení nadměrné zátěži.



Tato metoda ulehčuje práci sestry s klientem. Podporuje sebevímání a sebeřízení, tím se snižuje závislost, zmatenost a bezmocnost klienta (Krišková a kol., 2006).

Kinestetika je vždy individuální. Nutí sestru využívat kreativitu a flexibilitu. Sestra svým dotykem pacientovi poskytuje informace o časových intervalech, prostoru a o vynaložení určité síly. Při správném využívání svalů a kostí dochází k ulehčení ošetrovatelských prací a snižuje se tím riziko fyzických faktorů a úrazů (Krišková a kol., 2006).

Při využívání kinestetiky sestra přenáší hmotnost pacienta prostřednictvím podložky a ne pomocí svého těla. Pokud nemá k dispozici jinou možnost, využívá svého kosterního systému od jednoho těžiště k druhému směrem k podložce. Důležité je, aby sestra měla uvolněné svaly, body těžiště jsou v pohybu a tím jsou připravené na přenos váhy pomocí pohybu (Krišková a kol., 2006).

Díky kinestetické technice se snižuje počet pracovních neschopností, důsledkem je snížení postižení krční a bederní páteře, jednostranné zatížení kloubů a zvýšeného svalového napětí. Ke kinestetické technice se využívá základních pomůcek jako je polštář a přikrývka. Touto technikou lze ušetřit mnoho finančních prostředků, jelikož není potřeba pořizovat nákladné antidekubitární systémy a polohovací lůžka. Tato metoda napomáhá i ve všedním životě. Zdravotnickým pracovníkům pomáhá lépe využít pracovní dobu, nově získané dovednosti a znalosti zlepšují motivaci k podporování zdraví (Nedělková, 2008).

## **2 Cíle a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíle práce**

Byly stanoveny tyto dílčí cíle:

**Cíl 1:** Zmapovat psychické a fyzické faktory v profesi sestry v domácí péči

**Cíl 2:** Zmapovat rozdíly psychických a fyzických faktorů v profesi sestry v domácí péči a sestry v nemocnici.

### **2.2 Výzkumné otázky**

Na základě stanovených cílů, byly položeny následující výzkumné otázky:

**VO1:** Jaké jsou psychické a fyzické faktory v profesi sestry v domácí péči?

**VO2:** Jaké jsou rozdíly v psychických a fyzických faktorech v profesi sestry v domácí péči v porovnání se sestrou v nemocnici?

## **3 Metodika**

### **3.1 Použitá metoda výzkumu**

Ke zpracování bakalářské práce byla zvolena metoda kvalitativního výzkumného šetření. Pro získání informací byla zvolena metoda hloubkového rozhovoru a metoda dvou standardizovaných dotazníků.

#### ***3.1.1 Technika hloubkového rozhovoru***

Švaříček uvádí jako cíl hloubkového rozhovoru dosažení souhrnných a detailních informací (Švaříček, Šedová a kol., 2007). Otázky k rozhovorům byly předem stanoveny (Příloha 1). Rozhovory s respondenty byly anonymní, na začátku rozhovoru byly zaznamenány identifikační údaje o jejich věku, dosaženém vzdělání, o tom zda mají rodinu a popřípadě o počtu dětí, dále údaje o praxi v domácí péči a praxi v nemocnici. Tyto údaje jsou shrnuty v identifikační tabulce (Tabulka 1). Další otázky se týkaly psychických a fyzických faktorů v práci jak v domácí péči, tak v nemocnici. Celkem bylo položeno 18 otázek.

Výzkum byl uskutečněn v první polovině února 2014 u sester pracujících v agenturách domácí péče v Jihočeském kraji. Rozhovorům předcházelo písemné vyjádření agentur se souhlasem s rozhovorem (Příloha 2, 3, 4, 5). Byly seznámeny s tématem, cíli a metodikou bakalářské práce. O rozhovor bylo požádáno 9 sester, ale jen 7 sester bylo ochotno ho poskytnout. S ohledem na jejich pracovní a osobní život byly rozhovory předem domluveny (místo a čas). Rozhovory probíhaly v klidné nerušené místnosti agentur domácí péče nebo po domluvě v domácím prostředí sester. 6 sester souhlasilo nahrávat rozhovory na diktafon, pouze 1 sestra si to nepřála, to bylo akceptováno, a rozhovor byl tak písemně zaznamenán. Její rozhovor pro výzkum však nebyl použit, jelikož odpovědi, které se rozhovorem získaly, byly stručné a po kontrole dat dotazníků bylo zjištěno neúplné zpracování odpovědí (Kutnohorská, 2009).

Odpovědi nahrané na diktafon byly posléze přepsány do programu WORD 2010 v PC a následně transformovány do tištěné podoby.

Získané rozhovory byly několikrát podrobně prostudovány, přečteny a posléze metodou tužka a papír kódovány (Švaříček, Šedová a kol., 2007). Pomocí tužky byly v rozhovorech označeny dílčí údaje, z kterých následně vznikaly kategorie a podkategorie. Jednotlivým sestřám bylo přiděleno číslo a byla očíslovaná každá řádka v rozhovoru, počínaje první odpovědí sestry. Byly identifikovány tyto kategorie: psychická zátěž, fyzická zátěž, vypořádávání se se zátěží, následky zátěže a rozdíly v psychických a fyzických faktorech mezi domácí péčí a nemocnicí. Ke každé kategorii vznikly i podkategorie. Jednotlivé výroky sester byly kódovány např. S4/20. To označuje, že čtvrtá sestra se zmiňuje na řádce 20 o daném kódu (Příloha 6).

### **3.1.2 Technika dotazníku Psychická zátěž**

Anonymní dotazník Psychická zátěž (Příloha 7) zjišťuje psychické zátěže na pracovišti. V tomto případě jsou to agentury domácí péče v Jihočeském kraji. Tento dotazník se skládá z 16 bodů a obsahuje následující oblasti: aktivity podniku, pracovní podmínky, pracovní výkony a chování. Vždy po ukončení rozhovoru byl předložen tento dotazník sestřám. Sestry po přečtení otázky měly v případě souhlasu označit bod a v případě nesouhlasu nechat kolonku bez označení. Tyto odpovědi byly zaznamenány do tabulky (Tabulka 2) a v poslední řádce tabulky sečteny souhlasy. Dle počtu souhlasů se vyhodnocuje psychická zátěž, kdy 1 – 3 označené odpovědi je snížené riziko, 4 – 6 označených odpovědí je zvýšené riziko a 7 – 10 označených odpovědí je vysoké riziko (Richter a kol., 2010).

### **3.1.3 Technika dotazníku Fyzické zátěže**

Anonymní Baeckeho dotazník (Příloha 8) habituální pohybové aktivity slouží ke zkoumání fyzické zátěže při práci a při sportu. Dotazníkem se hodnotí fyzická zátěž v agenturách domácí péče v Jihočeském kraji. Pro tento výzkum byla použita pouze jeho první část - fyzická zátěž při práci. Dotazník má 7 otázek a každá otázka má pětistupňovou škálu. Od první otázky po šestou otázku je výběr odpovědí: 1. stupeň - nikdy, 2. stupeň - zřídka, 3. stupeň - někdy, 4. stupeň - často a 5. stupeň - vždy. Čím vyšší udávají sestry stupeň, tím vyšší mají zátěž. Sedmá otázka srovnává pracovní zátěž dané sestry s jinou osobou stejného věku, v tomto případě jsme otázku vyřadily, jelikož stupňování je v tomto případě opačné (Česká lékařská společnost ČSL JEP, 2006).

Každá sestra následně po rozhovoru vyplnila dotazník. Odpovědi byly zpracovány a přeneseny do tabulky (Tabulka 3). Byl udělán průměr jednotlivých otázek a zvlášť průměr sester. Čím vyšší průměr sestrám vyšel, tím vyšší mají fyzickou zátěž.

## **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumný soubor tvoří 6 sester pracujících v agenturách domácí péče (Tabulka 1). Agentury, které souhlasily s výzkumem, jsou Agentura komplexní domácí péče Městská charita v Českých Budějovicích, Agentura domácí zdravotní péče Soběslav s.r.o., Agentura domácí péče IVAS s.r.o. a Sestry Tábor Komplexní domácí péče. Věk respondentů je v rozmezí 33 až 55 let, kdy jejich průměrný věk je 43 let. Vzdělání respondentů je středoškolské, vyšší odborné a vysokoškolské. Všichni respondenti mají rodinu, respondenti udávají počet dětí 1-3. Délka praxe v domácí péči je v rozmezí 1 roku až 19 let, jejich průměrná doba praxe činí 7,4 roku. Počet let praxe v nemocnici je v rozmezí 2 až 30 let, jejich průměrná doba činí 11,9 let.

Tabulka 1- Identifikační údaje

Sestry	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Věk	55 let	42 let	34 let	46 let	53 let	33 let
Nejvyšší vzdělání	SZŠ	VŠ-Bc.	VŠ-Mgr.	SZŠ	VŠ-Mgr.	SZŠ
Rodina, děti	Ano, 3	Ano, 2	Ano, 2	Ano, 2	Ano, 1	Ano, 2
Délka praxe v domácí péči	19 let	5 let	5 let	14 let	5 rok	3 roky
Počet let praxe v nemocnici	15 let	15 let	8 let	25 let	7,5 roku	6 let

Zdroj: vlastní výzkum

## 4 Výsledky

### 4.1 Analýza výsledků rozhovorů

Při kódování rozhovorů vznikly tyto kategorie:

- psychická zátěž
- fyzická zátěž
- vypořádávání se se zátěží
- následky zátěže
- rozdíly v psychických a fyzických faktorech mezi domácí péčí a nemocnicí

#### 4.1.1 Kategorie psychické zátěže

Kategorie psychické zátěže popisuje psychické faktory, které působí na sestry v domácí péči. Tato kategorie má následujících sedm podkategorií: komunikace, cestování, empatie, psychická zátěž spojená s ošetrovatelskou péčí, časová tíseň, management, práce s obtížnými klienty. V těchto podkategoriích se nachází zakódované výrazy, které sestry používaly ve spojení s psychickou zátěží v domácí péči.

##### 4.1.1.1 Podkategorie komunikace

Některé ze sester uvádějí jako zátěž komunikaci s klienty. Sestra 1 uvádí: „Často pacienti přenášejí jejich starosti na nás, chtějí si často dost povídat.“ Sestra 5 na otázku jestli se cítí být unavená, odpovídá: „Jako takový to, že vás vyčerpají. No asi k tomu vede taky ta komunikace s klientama.“ A jako zátěž uvádí opět komunikaci, která ji vyčerpává: „Taky hodně pacientů si chce povídat nebo snad většina a to taky vyčerpává.“ Sestře 2 vadí: „...špatně postavená komunikace mezi pacienty a mezi personálem.“ Sestru 3 zatěžuje práce s klienty, kde je špatná komunikace a komunikace

s vedením. Sestra 5 uvádí i špatnou komunikaci s rodinou: „*A spolupráce s rodinou ta je těžká, protože někteří příslušníci rodiny si nechtějí nechat poradit nebo si myslí, že mají svoji pravdu.*“ K ní se přidává i sestra 3 a přidává k tomu problém na domluvě o ošetrovatelském procesu: „*...se musíme domluvit na pomůckách na tom, co pacient bude zvládat sám a co mu budeme dělat my.*“

- Komunikace s klienty S1/1; S2/3; S3/29; S5/20,21,63
- Komunikace s personálem S2/4
- Komunikace s vedením S3/1
- Komunikace s rodinou pacienta S3/4
- Domluva na ošetrovatelském procesu S3/4

#### 4.1.1.2 Podkategorie cestování

Další psychickou zátěží pro sestry je cestování. Z rozhovorů vyšlo, že sestry mají strach z možných rizik ježdění autem. Například sestra 1 uvádí: „*Pro mě je částečně zátěž i ježdění autem, kde jsme vystaveni určitým nebezpečím.*“ Sestra 4 ještě dodává: „*Co nemám ráda, je cestování za každého počasí, protože je pro mě dost zatěžující, mám totiž obavy, aby se mi něco nestalo, jelikož jsem pár nehod už měla. V zimě je to nejhorší, musím jezdit opatrně, jelikož to dost klouže. V létě je naopak zase horko, ale tak to doplňuji hodně tekutiny...*“ Jako zátěž uvádí i sestra 5 ježdění autem za nepříznivých podmínek: „*Jízda autem v zimě, protože vlastně jezdíte všude možně.*“ A sestra 6 říká: „*Je pravda, že některé dny jsou náročnější, protože musím jezdit autem...*“

- Jízda autem S1/2; S6/1
- Nebezpečí spojená s jízdou autem S1/2; S4/3,4,5; S5/1



#### 4.1.1.3 Podkategorie empatie

Sestra 1 za zátěž bere i soucit a lítost, uvádí: „*Já hodně soucítím s lidmi, a když mají velký starosti, tak je mi jich líto.*“ Dále uvádí: „*Často pacienti přenášejí jejich starosti na nás, chtějí si často dost povídat.*“ Sestru 5 to také zatěžuje: „*Oni si Vás oblíbí a myslí si, že jste člen rodiny a teď s nimi vlastně prožíváte jak starosti, tak radosti.*“

- Soucit a lítost s lidmi S1/8,9
- Přenos starostí a radostí z rodiny na sestru S1/1; S5/64,65

#### 4.1.1.4 Podkategorie psychická zátěž spojená s ošetrovatelskou péčí

Z rozhovorů vyplývá jako zátěž větší množství pacientů, tak to uvádí sestra 4: „*...když mám třeba více klientů...*“ A sestra 1 udává, že k psychické únavě vede, když má 8 a více pacientů: „*Většinou jsem unavená, když máme více pacientů. Když jich máme víc jak 8 pacientů, tak již na sobě únavu pociťuji.*“ Sestru 3 vede k únavě to, když si o všech pacientech všechno musí pamatovat: „*Ano, dost často se tak cítím, jelikož si musím o všech pacientech všechno pamatovat...*“ Jako jediná sestra 4 vylíčila, že má obavy z nových výkonů: „*Co se mi líbí, ale z čeho mám také obavy, jsou přibývající nové výkony, jako je například cévkování muže. Cévkovat se musí několikrát denně, a tak mám vždy obavy, aby se vše podařilo, ale chce to čas.*“ Také je pro ni dost komplikované předávání klíčů od bytů pacientů: „*Někteří pacienti nám nemohou otevřít, jelikož jsou třeba ležáci, tak máme od jejich bytu klíč a ten si musíme po skončení služby předávat, což je někdy velice komplikovaný, protože každá jezdíme svůj rajón, a tak se musíme vždy nějak dohodnout, kde se sejít, ale vždycky jsme to nějak zvládly.*“ Jediná sestra 5 uvádí napadení zvířetem: „*Taky se mi stalo to, že mě pokousal vlčák, tak jsem musela jet na ošetření, ale ta majitelka to nijak neřešila.*“ Sestra 5 byla nespokojena se spoluprací s lékařem: „*Někdy je taky náročná spolupráce s některými lékaři, protože prostě někteří doktoři nebudou psát poukázku na tu domácí péči a*

*přítom vůbec nenavštěvují toho pacienta, ...doktoři nechtějí psát pacientům domácí péči, i když za nima nejezdí...“* Sestra 4 také uvádí nezájem ze strany lékaře a dokonce i neochotu a nepříjemnost z jeho strany a nezájem o pacienta: *„V bývalé domácí péči jsem se setkala také s nezájmem ze strany doktora, kdy byl neochotný, nepříjemný, projevoval nezájem o pacienta, což mě dost překvapilo a také zamrzelo.“*

- Větší množství pacientů S1/7; S4/20
- Přehled o pacientech S3/9
- Obavy z nových výkonů S4/6,7,8
- Komplikované předávání klíčů S4/11,12
- Pokousání psem S5/1,2
- Nespolupracující lékař S4/9; S5/6,7,8,9

#### 4.1.1.5 Podkategorie časová tíseň

Do časové tísně sestry dostává mnoho faktorů, mezi něž patří práce s více pacienty, tak to uvádí sestra 5: *„Jo, je to když mám hodně klientů. Protože to prostě musím stihnout.“* I sestru 6 dostává do časové tísně více klientů: *„Někdy se stane, že máme na ten den více klientů...“* I sestra 1 odpovídá stejně jako sestra 5 a 6 na otázku co ji dostává do časové tísně a dodává další faktory: *„Ano, když mám hodně pacientů nebo když jsou to starší lidi a chtějí, abych u nich byla delší dobu.“* Několik sester se však shodlo, že do časové tísně je dostává práce vymezená časem. Například sestra 1 říká: *„Nebo někteří pacienti jsou zvyklí, že přijedu přesně v deset hodin, a když tam nejsem, tak už mají strach a už si myslí, že jsem někde nabořala. Tak se snažím přijet na určitou dobu a to mě dostává do časové tísně.“* Sestra 5 říká: *„Když sednu do auta tak vím, že třeba musím být ve čtyři u klienta a v půl šesté být zase jinde. Takže tohle to je taková časová tíseň.“* Sestra 4 k tomu ještě dodává: *„Někdy ano, jelikož musím být ve stanovenou dobu u klientů, třeba na aplikaci inzulínu.“* Aplikace inzulínu je časově náročná i pro sestru 2: *„Když jsem v terénu a mám pacienta, kterému musím aplikovat inzulín ráno a v poledne a mezitím mám jiné klienty a jde i třeba mimo město tak ano,*

*ale pokud ten polední inzulin není, tak mi to vyhovuje.*“ A dále se k tomu přidávají i odběry, telefony a výkony navíc, které uvádí sestra 6: „...do toho třeba odběry, telefony, výkony navíc...“ Také managementské práce sestru 3 dostávají do časové tísně ohledně termínového vyúčtování, či ježdění na příjmy a přijímání lidí: „Zde je důležité stihnout termínové vyúčtování. Do toho když musím jezdit na ty příjmy a přijímat lidi.“

- Větší množství pacientů S/19; S5/36; S6/28
- Starší pacienti vyžadující delší dobu S1/19,20
- Práce vymezená časem S1/20,21; S2/32,37,38; S4/33; S5/37; S6/28
- Management S3/19,20; S6/28
- Výkony navíc S6/28,29

#### 4.1.1.6 Podkategorie management

Další psychickou zátěží pro sestry jsou i managementské práce. Pro sestru 2 je zatěžující zástup za vrchní sestru: „Někdy zastupuji i vrchní sestru, tak tam mám ty povinnosti jiný. Musím zvládnout papírování a vyřizování.“ Sestru 3 zatěžuje komunikace s pojišťovnami, řízení lidí, velká zodpovědnost: „Jako zátěž беру komunikaci s pojišťovnami s vedením, jako zátěž беру i řízení lidí, kdy jim musím rozdělit pacienty..., do toho ty sestry rozdělit, je tu velká zodpovědnost, vyúčtování pro pojišťovnu.“

- Manažerské povinnosti S2/1; S3/1,10
- Dokumentace S2/2; S3/1,10

#### 4.1.1.7 Podkategorie práce s obtížnými klienty

Jako další faktor uvádějí sestry práci s obtížnými klienty. Sestra 6 říká: „...jako třeba se mi stalo, že klient nespolupracoval nebo nedodržoval léčebný režim...“ Na otázku, co sestru 4 unavuje a jestli ji zatěžuje práce s klienty, reaguje: „...nebo když

*jsou klienti dementní, tak je s nimi těžká práce. Nebo konfliktní pacienti jsou pro mě dost zatěžující, ...ale najdou se tací, kteří jsou třeba agresivní nebo útočný, když jsem u takových klientů, tak musím být stále ve střehu. I s dementníma lidma je dost práce, jelikož jim vše musím opakovat, na vše je upozornit a to mě občas také unavuje. Ale nejhorší jsou ty agresivní a útočný pacienti. Od nich nevíte co čekat.“ I sestru 5 zatěžuje práce s agresivními klienty a k tomu ještě dodává: „Náročná je práce u pacientů vyššího věku, trošku třeba u psychiatrických, protože s těma je hrozně obtížná práce. Třeba u těch starších pacientů musí být člověk opatrný, co třeba říká. Protože máme takový klienty třeba ochrnutý parézy a plegie, pacienty, který mají PEG nebo mají parenterální výživy. Když jsou dlouhodobě ležící, tak tam je změněná ta psychika a někdy jsou na sestřičku teda tvrdší. Taky se mi stalo, že byli i agresivní, nebo vám prostě řeknou něco nehezkého, jako urazí.“*

- Pacienti s poruchou chování S4/21,41,44; S5/61; S6/42
- Pacienti s konkrétní diagnózou S4/20,42; S5/3,59,60
- Dlouhodobě ležící pacienti S5/60
- Vyšší věk pacienta S5/3,5

#### **4.1.2 Kategorie fyzická zátěž**

Kategorie fyzická zátěž popisuje fyzické faktory, které působí na sestry v domácí péči. Tato kategorie má podkategorii manipulace s pacienty. V této podkategorii se nacházejí zakódované výrazy, které sestry používaly ve spojení s fyzickou zátěží v domácí péči.

##### **4.1.2.1 Podkategorie manipulace s pacienty**

Pro sestry 1, 2 a 5 je fyzicky náročná rehabilitace a cvičení. Sestra 5 na otázku, jaká fyzická zátěž na Vás v ADP působí, uvádí: „*Tak já mám třeba na starosti ty*

rehabilitace, takže s nimi dělám cviky a tak.“ S tím souhlasí i sestra 1: „Když mám s pacientem provádět cvičení, tak potom jsem fyzicky vyčerpaná“ a dodává vliv váhy na fyzickou náročnost: „Když mám na cvičení těžký pacienty, třeba pacienta, který má 100 kg, a teď s ním cvičit a chodit, tak je to pro mě dost namáhavý.“ To samé uvádí i sestra 2 a k tomu přidává i vliv vyššího počtu pacientů: „U těch těžších pacientů, když je jich více nakumulováno, tak je to fyzicky náročnější. ...ale když je těchto těžších pacientů během dne více, třeba kolem 3, tak je to náročný.“ Pro sestru 3 je také zatěžující vyšší váha pacienta a nejen to, ale také imobilita, jak uvádí zde: „...když je ten klient těžký nebo imobilní a já ho musím vyšetřit, jak je schopný chůze či není schopný chůze...“ na otázku, jací klienti jsou pro ni zatěžující, reaguje: „Jsou to klienti těžký nebo imobilní...“ I na sestru 4 negativně působí váha pacienta. Práce je náročná i u pacientů, kteří jsou dlouhodobě na lůžku, jak uvádí sestra 5: „...tak ty dlouhodobě nemocní, ležící pacienti, tak s těma je větší práce, to vás pak bolí záda.“ Sestra 5 si stěžuje na nedostatek kompenzačních pomůcek u pacientů: „...protože oni nemají hned od začátku ty kompenzační pomůcky. Takže vy k nim přijedete a oni mají normální lůžka, kde se musíte hodně ohnout, že jo.“ K tomu ji fyzicky vyčerpává i velký počet pacientů, jak uvádí: „Jo, když mám hodně klientů, tak jo, jak psychicky, tak fyzicky.“

- Rehabilitace, cvičení S1/25,26,28; S2/40,41; S5/49
- Manipulace s pacienty na lůžku S1/31; S3/23,29; S5/45
- Těžcí pacienti S1/25; S2/40,41; S3/23,29; S4/35
- Pacienti bez kompenzačních pomůcek S5/47,48
- Práce s velkým množstvím pacientů S2/41,42; S5/54

#### **4.1.3 Kategorie vypořádávání se se zátěží**

Kategorie vypořádávání se se zátěží popisuje, jak se sestry vypořádávají se zátěží, která na ně v domácí péči působí. Tato kategorie má podkategorii pohybové aktivity a relaxace. V těchto podkategoriích se nacházejí zakódované výrazy, které sestry používaly ve spojení s vypořádáním se se zátěží.

#### 4.1.3.1 Podkategorie pohybové aktivity

Na otázku, jak sestra 1 odpočívá, odpovídá: „*Snažím se odpočívát, chodit na procházky nebo dělám nějaký uvolňovací cvičení, tím se vždy dostatečně odreaguji.*“ Sestra 6 také uvádí procházky a k tomu ještě plavání a jízdu na kole. Sestra 5 uvádí: „*Chodím plavat.... Ale jako dělám nějaký protahovací cviky pak v posteli.*“ Sestra 2 sportuje „*...nebo si jdu zasportovat.*“

- Procházky S1/4; S6/10
- Cvičení S1/4; S5/68
- Sport S2/7; S5/13; S6/10

#### 4.1.3.2 Podkategorie relaxace

Sestře 1 pomáhá komunikace s blízkými: „*Někdy si o tom s mužem promluví a to mi taky pomůže.*“ Také uvádí, že si jde lehnout, nebo že chodí na masáže. Sestra 2 uvádí, že se se zátěží vypořádává koníčky, rodinou a zaměřením se na svoji osobu: „*Ráda pletu, chodím do sauny, ráda si čtu knihu, ... Když odpočívám, zaměřím se na svoji osobu, třeba manžel si vezme nejmladší dítě a nechají mě v klidu. A když se přistihnu, že myslím na práci, tak se snažím rychle přeorientovat na rodinu a na věci, co mě těší, dopřát si relax a úplně se odprostit, ale ne vždy se mi to daří.*“ Sestra 3 se vypořádává se zátěží také pomocí rodiny, zahrady a vypuštěním zaměstnání z hlavy: „*Doma relaxuji s rodinou, snažím se doma na to zaměstnání zapomenout, vypustit ho. Takovou relaxací je pro mě třeba zahrada.*“ Sestra 4 odpočívá, ráda poslouchá hudbu anebo zpívá: „*Snažím se odpočívát, mně stačí na regeneraci 30 minut spánku. Ale když jsem měla opravdu těžký den, tak požádám rodinu, aby mě hodinu nechali v pokoji, kde poslouchám hudbu a relaxuji. Jinak můj nejoblíbenější koníček je zpěv, při něm si tak krásně odpočinu, až to není možný.*“ Také jako sestra 3 se snaží netahat si práci domů: „*...snažím se to nechávat v práci a netahat to domu, ale ne vždy se mi to daří.*“ Také sestra 5 se snaží o vypuštění zaměstnání z hlavy, řeší to třeba dovolenou, relaxací,

cvičením či plaváním. Sestra 6 řeší zátěž odpočinkem, spánkem, čtením či dětmi: „*Mě nejvíc naplňují i vyčerpávají děti. ...nejlépe mi pomáhá spánek, ..., ráda čtu, ...*“

- Aktivní relaxace S1/11,12,34; S2/6,9,17,18; S3/6,7; S4/17; S5/13,26; S6/8,10
- Pasivní relaxace S1/4,14,29; S2/7,8,18,42; S3/6,12; S4/15,16,17,21,22,25; S5/13,14,26; S6/8,10,38,47

#### **4.1.4 Kategorie následky zátěže**

Kategorie následky zátěže popisuje následky zátěží sester. Tato kategorie má podkategorii následky psychické zátěže a následky fyzické zátěže. V těchto podkategoriích se nacházejí zakódované výrazy, které sestry používaly ve spojení s následky zátěže.

##### **4.1.4.1 Podkategorie následky psychické zátěže**

Nejvíce sester si stěžuje na únavu jako následek psychické zátěže, jako například sestra 1: „*Většinou jsem unavená...*“ Na otázku, jestli se sestra 3 cítí být unavená, odpovídá: „*Ano dost často se tak cítím...*“ Sestra 4 odpovídá na tu samou otázku: „*Někdy ano...*“ Sestra 6 si stěžuje na únavu, která je spojená i s její nemocí: „*Ano, jsem častěji unavená, ale asi to bude spíše způsobený mou nemocí.*“ Sestra 2 udává, že se cítí zřídka unavená, nejhorší pro ni je když se jí nedaří: „*Když mám den, kdy se mi nedaří, tak jsem unavená, ...*“ Sestra 5 se cítí být unavená po práci: „*Jo, někdy až moc.*“ Cítí se být i vyčerpaná: „*Jo, takový to, že vás vyčerpaj.*“ Udává vyčerpanost když: „*Jo, když mám hodně klientů, tak jo, jak psychicky, tak fyzicky.*“ A znovu se opakuje: „*Taky hodně pacientů si chce povídat nebo snad většina a to taky vyčerpává.*“ Také sestra 5 udává nošení si práce domů: „*Ale jako jo, nosim si to domu.*“ Sestra 2 také udává stejný problém: „*Ano, někdy si tu práci беру i domu, přistihnu se třeba, jak nad tím přemýšlím.*“ A sestra 3 je na tom obdobně: „*Snažím si to nenosit domu, ale někdy se mi to nepodaří.*“ Sestra 2 si stěžuje na bolesti hlavy: „*Je pravda, že někdy mě bolí*

hlava...“ A sestra 3 má stejný problém a k tomu přidává ještě kopřivku: „*Občas mám bolesti hlavy, ale co se mi vždy objeví, když jsem ve stresu, je kopřivka.*“

- Únava S1/7,8; S2/11,12; S3/9; S4/20,43; S5/18,20,54,63; S6/12
- Nošení si práce domů S2/16,17,20; S3/12; S5/25
- Bolest hlavy S2/23; S3/14
- Kopřivka S3/14

#### 4.1.4.2 Podkategorie následky fyzické zátěže

Sestry si zde také stěžují na únavu spojenou s fyzickou zátěží. Jako je tomu u sestry 1, která uvádí: „*Když mám s pacientem provádět cvičení, tak potom jsem fyzicky vyčerpaná. Tak třikrát týdně se cítím fyzicky unavená.*“ A k tomu se přidává i sestra 4: „*Ano, když je náročný den, tak jsem fyzicky unavená.*“ Sestra 6 se cítí být také více unavená, když slouží více dní po sobě: „*Nejvíc jsem asi unavená, pokud sloužím více dní za sebou..., ...jsem teda častěji unavená, tak musím více odpočívat.*“ Sestra 5 se cítí být taky fyzicky vyčerpaná: „*Jo když mám hodně klientů, tak jo, jak psychicky, tak fyzicky.*“ Také udává bolest zad: „*s těma je větší práce, to vás pak bolí záda. Tak jako bolí mě záda.*“ I sestra 2 udává problémy zad: „*Nyní nemám, ale dříve jsem měla problémy se zády.*“ Sestra 4 naopak uvádí problémy s ramenem, na které si musí dávat pozor: „*Dříve jsem měla problém s ramenem, nyní je to už lepší, ale musím si na něj dávat pozor, jelikož udělám špatný pohyb, nebo klienta tahám rukama a hned se rameno ozve.*“ Sestra 1 si naopak stěžuje na bolest pod pravou lopatkou: „*Neustále mě bolí pod pravou lopatkou...*“

- Únava S1/28,29; S4/39; S5/54; S6/9,22
- Problémy s pohybovým aparátem S1/34,35; S2/58; S4/47,48; S5/46,67



#### **4.1.5 Kategorie rozdíly v psychických a fyzických faktorech mezi domácí péčí a nemocnicí**

V této kategorii sestry porovnávají rozdíly v psychických a fyzických faktorech v práci v domácí péči a v nemocnici. Tato kategorie má čtyři podkategorie, a to pozitiva v domácí péči, negativa v domácí péči, pozitiva nemocnice a negativa nemocnice. V těchto podkategoriích se nacházejí zakódované výrazy, které sestry používaly ve spojení s porovnáním psychických a fyzických faktorů v domácí péči a v nemocnici.

##### **4.1.5.1 Podkategorie pozitiva v domácí péči**

Jako pozitivum sestra 1 uvádí spokojenost s klientem: „*S klienty jsem spokojenější tady v domácí péči.*“ Sestra 4 uvádí také spokojenost s klienty: „*Klienti jsou naopak v domácí péči velice vřelí a někteří mě dokonce berou jako domácí.*“ Sestra 6 to vidí také jako pozitivum: „*Naopak v domácí péči je tato situace zcela jiná, lidi jsou sdílnější, více spolupracují, mají k nám větší důvěru, komunikují, svěří se, pokud je něco trápí, mají nás rádi a jsou šťastní, že jim pomáháme.*“ Také se jí zamlouvá lepší komunikace s rodinou a lékaři: „*...obě strany se navzájem více poznáváme, více komunikujeme a spolupracujeme s celou rodinou a i ze strany lékařů.*“ Sestra 1 je spokojená, že vstává a chodí spát stejně: „*Tady v domácí péči je to lepší, jelikož každý den vstávám i chodím spát stejně.*“ Sestře 2 to také vyhovuje: „*A mám tu stálý režim, což mi vyhovuje.*“ Také se jí zamlouvají dobré vztahy na pracovišti: „*I kolektiv je zde určitě lepší.*“ Což také zmiňuje sestra 1: „*Ale tady jsou vztahy dobré.*“ Sestra 2 uvádí pružnou pracovní dobu: „*Mám i pružnou pracovní dobu, když potřebuji s dítětem k doktorovi, tak je mi vyhověno.*“ Sestra 6 je spokojená, že má více času na pacienty: „*Mám mnohem více času se klientům dostatečně věnovat a pokud je něco trápí, mají nás rádi a jsou šťastnější, že jim pomáháme.*“ Sestra 1 a 2 hodnotí domácí péči jako méně psychicky náročnou, než byla práce v nemocnici.

- Spokojenost s klienty S1/42; S4/53,54; S6/53,54,56
- Pravidelné směny S1/44,45; S2/65,66

- Dobré vztahy na pracovišti S1/47; S2/62
- Pružná pracovní doba S2/67
- Více času na klienty S6/55
- Lepší spolupráce s rodinou a lékaři S6/56,57
- Lepší po psychické stránce S1/48, S2/61

#### 4.1.5.2 Podkategorie negativa v domácí péči

Pro sestru 1 je to více fyzicky náročné: „...pro mě je více fyzicky náročná práce v domácí péči.“ To platí i pro sestru 4: „Po fyzický stránce se více nadřu v domácí péči...“ Sestra 1 uvádí časovou tíseň v domácí péči: „Časová tíseň je spíš tady v domácí péči.“ Sestře 2 se také nelíbí, že ji někteří klienti dokážou využít: „Tady nás klienti dokážou i využívat, což v nemocnici tolik nebývá.“ Pro sestru 3 je to po psychické stránce v domácí péči horší: „Asi tady po té psychický stránce je to horší, tam když jsem odcházela domů, měla jsem čistější hlavu, tady se mi honí hlavou, co ještě musím udělat.“ I pro sestru 5 je to v domácí péči po psychické stránce horší: „Po tý psychický stránce je to asi náročnější v tý domácí péči.“ Také uvádí jako negativum samostatnost: „Kdežto v domácí péči, tam jste sama, tam musíte řešit všechno na místě.“ Také se jí nezamlouvá pracovní doba: „Ta domácí péče je péče 24 hodin denně, takže musíte vstávat třeba o půlnoci, nebo jsem musela jet v 5 ráno za pacientem. Protože oni vám prostě zavolají a vy jedete. Je to nevýhoda, protože nemám pevnou pracovní dobu...“

- Více fyzicky náročné S1/38,40; S4/51
- Časová tíseň S1/47
- Využívání od klientů S2/70
- Více fyzicky náročné S3/34; S5/71
- Samostatnost S5/73,74
- Není pevná pracovní doba S5/75,77

#### 4.1.5.3 Podkategorie pozitiva nemocnice

Jako pozitivum sestra 4 uvádí dvanáctihodinové směny: „*V nemocnici jsou asi dvanáctihodinové směny lepší, jelikož je pak více volna.*“ Sestře 5 naopak vyhovuje méně náročná práce: „*Tak na tom operačním sále je to dobrý, tam jsem se nenadřela.*“ Také jí vyhovuje práce pod dohledem: „*Vlastně v nemocnici pracujete v tom týmu, takže furt nad sebou máte lékaře, takže kdyby se něco stalo, tak to on za vás vyřeší.*“

- dvanáctihodinové směny S4/57,58
- Méně náročná práce S5/70
- Práce pod dohledem S5/72

#### 4.1.5.4 Podkategorie negativa nemocnice

Sestra 6 uvádí jako negativa nemocnice hned několik argumentů: „*Rozdíly jsou veliké, z nemocnice jsem byla unavená psychicky i fyzicky, práce bylo moc, lidí na ní málo, sestry nervózní, utahaný, dvanáctihodinová směna náročná, alespoň tam, kde jsem pracovala já, pacienti nešťastný ze změny prostředí, ze ztráty soukromí, měli narušený režim, komunikace tam vážla i tam byl nedostatek důvěry.*“ Také sestře 1 nevyhovovaly směny v nemocnici: „*Na oddělení jsem měla směny, takže každý den jsem vstávala i chodila spát jinak.*“ Také se zmiňuje o častých konfliktech: „*Na oddělení byly často konflikty.*“ Pro sestru 3 je to více fyzicky náročné v nemocnici: „*Fyzicky to bylo pro mě náročnější v nemocnici.*“ Sestra 4 uvádí jako zátěž nemocnice větší psychickou náročnost a více administrativy: „*Po té psychické stránce je to v nemocnici horší, je tam samé papírování a toho teď v domácí péči tolik není, což mi vyhovuje.*“

- Nevyhovující směny S1/43,44, S6/50
- Nespokojenost s personálním obsazením S1/45,46; S6/49,50
- Nevyhovující prostředí pro pacienta S6/51,52
- Více fyzicky náročné S3/33; S6/49

- Více psychicky náročné S4/52; S6/49
- Více administrativy S4/52,53

## 4.2 Analýza dotazníku Psychická zátěž

Tabulka 2 – Psychická zátěž

	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Při práci						
Se přísně dbá na časové plány.	X	X	X	X		
Se přísně dbá na dodržování instrukcí.	X	X	X	X	X	
Neexistuje žádná možnost odmítnout úkoly nebo se jim vyhnout.	X					X
Nejsou zaměstnanci dostatečně informováni.						
Se nevyskytuje zpětná vazba.		X				
Je nízká zodpovědnost.						
Jsou zaměstnanci úkolováni prací, pro kterou nemají odpovídající kvalifikaci.					X	X
Existují dodatečné jiné vlivy, např.:						
Nemá nás kdo vést, poradit nám.						X
Špatné sociální klima, mobbing.						
Špatné pracovní podmínky (např. pracovní místnost, pracovní pomůcky, zařízení, materiál,...)						
Otázky k oblastem výkon a chování. Při práci						
Pracuji podle vnitřních pokynů organizace – norem výkonů.		X	X	X	X	X
Můžeme se jen málo seberealizovat.						
Smysl a podíl mé konkrétní práce na celkovém výsledku mi není jasný.						
Stagnuji a nemám se kam posunout v kariéře dál.		X				
Jsem náladový, rozzlobený a rozrušený.						
Jsem nespokojený.						
Celkem bodů	3	5	3	3	3	4

Anonymní dotazník Psychická zátěž zjišťuje psychickou zátěž v domácí péči. Úkolem sester bylo v případě souhlasu s bodem označit křížkem, pokud sestry nesouhlasily s bodem, políčko nechaly prázdné. Všechny označené odpovědi jsou převedeny do této tabulky a v posledním řádku sečteny. Dle počtu souhlasů se vyhodnocuje psychická zátěž, kdy 1 – 3 označené odpovědi je snížené riziko, 4 – 6 označených odpovědí je zvýšené riziko a 7 – 10 označených odpovědí je vysoké riziko. Sestra 1 označila jako psychickou zátěž, že se v práci přísně dbá na časové plány i na dodržování instrukcí a že neexistuje žádná možnost odmítnout úkoly nebo se jim vyhnout. Sestra 2 označila jako psychickou zátěž, že se v její práci přísně dbá na časové plány a i na dodržování instrukcí, dále že se nevyskytuje zpětná vazba, dále označila, že pracuje podle vnitřních pokynů organizace a že stagnuje a nemá se kam posunout dál. Sestra 3 označila body, že se v práci přísně dbá na časové plány a na dodržování instrukcí a dále že pracuje podle vnitřních pokynů organizace. Sestra 4 uvedla jako psychickou zátěž, že se v její práci přísně dbá na časové plány a dodržování instrukcí a že pracuje podle vnitřních pokynů organizace. Sestra 5 označila jako psychickou zátěž v práci, že se přísně dbá na dodržování instrukcí a že jsou zaměstnanci úkolováni prací, na kterou nemají dostatečnou kvalifikaci, a že musí pracovat podle vnitřních pokynů organizace. Sestra 6 označila ve spojení s psychickou zátěží, že neexistuje možnost odmítnout úkoly nebo se jim třeba nějak vyhnout, že jsou zaměstnanci úkolováni prací, pro kterou nemají dostatečnou kvalifikaci, také udává, že je nemá kdo vést a poradit jim a že pracuje podle vnitřních pokynů organizace.

Sestry 1, 3, 4 a 5 dle označených kolonek spadají do první kategorie – žádné riziko. Sestra 2 označila 5 bodů a spadá do kategorie zvýšené riziko. Sestra 6 označila 4 souhlasy na otázky a spadá také do kategorie zvýšené riziko. Do poslední kategorie vysoké riziko nespadá žádná sestra. Nejčastěji sestry jako psychickou zátěž označily, že se přísně dbá na dodržování instrukcí, tak tomu činily sestry 1 až 5. A dále bod, že pracují podle vnitřních pokynů organizace, označily sestry 2 až 6. Sestry 1 až 4 označily bod, kde se přísně dbá na časové plány. Dále sestry 1 a 6 označily bod, kde neexistuje žádná možnost odmítnout úkoly nebo se jim vyhnout. A sestry 5 a 6 označily bod, že

jsou zaměstnanci úkolovány prací, pro kterou nemají odpovídající kvalifikaci. Jako jediná sestra 2 označila bod, že se nevyskytuje zpětná vazba a stagnuji a nemám se kam posunout v kariéře dál. Také jediné označení dostal od sestry 6 bod, že nás nemá kdo vést, poradit nám. Celkový průměr rizika zátěže vyšel sestrám 3,5 což je hranice mezi sníženým a zvýšeným rizikem.

### 4.3 Analýza dotazníku Fyzická zátěž

Tabulka 3 – Zhodnocení habituální pohybové aktivity sester dle Baeckeho dotazníku

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	Průměr odpovědí na otázky
V práci sedíte	3	3	4	3	2	3	3
V práci stojíte	4	4	2	2	2	4	3
V práci chodíte	4	3	3	3	5	3	3,5
V práci zvedáte těžká břemena	4	3	3	4	5	2	3,5
Po práci jste unaven(a)	4	2	4	4	4	3	3,5
V práci se potíte	3	2	3	1	1	3	2,2
Průměr odpovědí sester na otázky	3,7	2,8	3,2	2,8	3,2	3	

Baeckeho dotazníkem habituální pohybové aktivity zkoumáme fyzickou zátěž v domácí péči. Nachází se v něm 6 otázek a každá otázka má pětistupňovou škálu, kde výběr z odpovědí je: 1. hodnota - nikdy, 2. hodnota - zřídka, 3. hodnota - někdy, 4. hodnota - často a 5. hodnota - vždy. Čím vyšší udávají sestry hodnotu, tím vyšší mají zátěž.

Sestra 1 uvádí u sezení v práci hodnotu 3, u stání v práci hodnotu 4, u chůze v práci hodnotu 5, u zvedání těžkého břemena hodnotu 4, únavu po práci hodnotí za 4 a u pocení v práci udává hodnotu 3 (průměr 3,7). Sestra 2 uvádí u sezení v práci hodnotu

3, u stání v práci hodnotu 4, u chůze v práci hodnotu 3, u zvedání těžkého břemena hodnotu 3, únavu po práci hodnotí za 2, u pocení v práci udává hodnotu 2 (průměr 2,8). Sestra 3 uvádí u sezení v práci hodnotu 4, u stání v práci hodnotu 2, u chůze v práci hodnotu 3, u zvedání těžkého břemena hodnotu 3, únavu po práci hodnotí 4 a u pocení v práci udává hodnotu 3 (průměr 3,2). Sestra 4 uvádí u sezení v práci hodnotu 3, u stání v práci hodnotu 2, u chůze v práci hodnotu 3, u zvedání těžkého břemena hodnotu 4, únavu po práci hodnotí za 4 a v pocení v práci udává hodnotu 1 (průměr 2,8). Sestra 5 uvádí u sezení v práci hodnotu 2, u stání v práci hodnotu 2, u chůze v práci hodnotu 5, u zvedání těžkého břemena hodnotu 5, únavu po práci hodnotí za 4 a v pocení v práci udává hodnotu 1 (průměr 3,2). Sestra 6 uvádí u sezení v práci hodnotu 3, u stání v práci hodnotu 4, u chůze v práci hodnotu 3, u zvedání těžkého břemena hodnotu 2, únavu po práci hodnotí za 3 a v pocení v práci udává hodnotu 3 (průměr 3). Z výsledků vyplývá, že dle průměru sestry nejvíce zatěžuje zvedání břemene, únava a chůze s průměrem 3,5. Na druhém místě sestry uvádějí sed a stoj s průměrem 3. A na posledním místě uvádí sestry pocení s průměrem 2,2.

Průměrná zátěž sester po sečtení jejich individuální zátěže činí 3,1. Zátěž dotazovaných sester je vyhodnocena jako střední.

## 5 Diskuze

Téma této bakalářské práce zní Psychické a fyzické faktory v profesi sestry v domácí péči.

Zkoumaný soubor tvořily sestry pracující v agenturách domácí péče v Jihočeském kraji ve věku 33 - 55 let. Pro výsledky výzkumného šetření byla zvolena metoda kvalitativní doplněná o dotazník Psychická zátěž a Baeckeho dotazník na zjištění fyzické zátěže. Metodou kódování hloubkových rozhovorů nám vznikly tyto kategorie: psychická zátěž, fyzická zátěž, vypořádávání se se zátěží, následky zátěže a rozdíly v psychických a fyzických faktorech mezi domácí péčí a nemocnicí.

Prvním cílem bakalářské práce bylo zmapovat psychické a fyzické faktory v profesi sestry v domácí péči. K tomuto cíli byla stanovena výzkumná otázka: Jaké jsou psychické a fyzické faktory v profesi sestry v domácí péči?

Z výzkumu jsme zjistili, že sestry mají velkou psychickou zátěž. Kategorie psychická zátěž je nejobsáhlejší ze všech. Bylo zjištěno, že sestry uvádí jako psychickou zátěž komunikaci s klienty, s personálem, s rodinou pacienta jako např. Sestra (2) vidí problém v nefunkční komunikaci s personálem, ale i s klienty, a uvádí: „*Co mi vadí, je špatně postavená komunikace mezi pacienty a mezi personálem.*“ I v dotazníku Psychická zátěž sestra (2) označila kolonku, že se nevyskytuje zpětná vazba. Podle mého názoru by komunikace s klientem měla být součástí profesionálního vybavení. Má sloužit nejen k navázání kontaktu, ale i k jeho rozvoji. Jak uvádějí Venglářová a Mahrová (2006, s. 11), že „Komunikace je dovednost, kterou je možné rozvíjet kdykoliv v životě člověka.“ Takže určitě není pozdě na to, aby sestry zlepšily komunikaci.

Dále se sestry cítí být ohroženy jízdou autem, mají strach z nehod, nerady jezdí v nepříznivých podmínkách. Jak sestra (4) přímo říká: „*Co nemám ráda, je cestování za každého počasí, protože je pro mě dost zatěžující, mám totiž obavy, aby se mi něco nestalo, jelikož jsem pár nehod už měla.*“ I když sestry udávají, jak velký mají strach z jízdy, tak ho dokážou překonat, jelikož i nadále jezdí. Ani v negativech domácí péče



se o tom ovšem nezmiňují, z čehož vyplývá, že tento stresový faktor pro ně není zas tak velký, aby ho nemohly překonat.

Co u sester vede k další zátěži, je nutnost empatického jednání. Sestra musí být empatická, ale měla by znát hranici, protože jinak jí to spíše uškodí. Každý má svých starostí dost a brát si na zřetel starosti ještě dalších vždy nemusí člověk unést, a tak to může u sester skončit až syndromem vyhoření. I Bartošíková (2006) uvádí jako jednu z podmínek vzniku syndromu vyhoření nadměrnou emocionální zátěž. Například sestra (1) s lidmi soucítí: „*Já hodně soucítím s lidmi, a když mají velký starosti, tak je mi jich líto.*“ Také uvádí: „*Často pacienti přenášejí jejich starosti na nás...*“ Z výpovědí je vidět, že to sestru zatěžuje. Podle mě by měla více odpočívat a nepřemýšlet nad starostmi jiných.

Sestry se cítí být ohroženy domácími zvířaty, nebo dokonce byly jimi napadeny. Také vidí psychickou zátěž ve spojení s ošetrovatelskou péčí, kdy se obávají nových výkonů, nebo po skončení služby mají komplikované předání klíčů, či se střetávají s nespolupracujícími lékaři. Přičemž aby spolupráce mezi sestrou, lékařem a pacientem fungovala, musí být vztahy harmonické a všichni se musí ubírat ke stejnému cíli, jak uvádí Bártlová a Matulay (2009). Takže pokud lékař nespolupracuje, je to pro sestru velmi náročné, jelikož hodně rozhodujících věcí tím odkazuje na sestru, kterou tím zatěžuje.

Psychická zátěž v domácí péči souvisí i s časovou tísní, která se u sester v domácí péči objevuje ve větší míře. Do té sestry dostává větší množství pacientů, aplikace inzulinů, odběry, telefonáty, výkony navíc, to že musí přijet na stanovenou dobu. Také se tato časová tíseň zobrazila i ve vyplňování dotazníku, kde sestry (1, 2, 3, 4) zaškrtnly políčko, že se přísně dbá na časové plány.

V dotazníku Psychická zátěž sestra (6) označila i políčko, že není možnost odmítnout úkoly nebo se jim vyhnout, dle mého názoru to záleží hodně na lidech, na jejich vzájemné dohodě. Příkladem tak může být vztah mezi sestrami u výpovědi jedné z nich (S4): „*Většinou si vyjdeme vstříc, když některá potřebuje volno, nebo když jí dělá pacient obtíže, tak se u něj vystřídáme. Prostě vždycky se to nějak udělá.*“

Do psychické zátěže sestry dostává i management, kdy musí řešit dokumentaci, zástup za vrchní sestru a manažerské povinnosti. Tento výsledek z rozhovorů koresponduje s výsledkem v dotazníku kdy sestry (1, 3, 4, 5) označily, že se přísně dbá na dodržování instrukcí, nebo kdy sestry (2, 3, 4, 5, 6) označily, že pracují podle vnitřních pokynů organizace.

V dotazníku sestra (6) označila dokonce to, že jí nemá kdo vést a poradit jí, to ale z hlediska kvality ošetrovatelské péče není dobrý poznatek, jelikož každý někdy potřebuje radu. A kde jí ta sestra potom má vzít? Co je také zajímavé a mírně znepokojivé, je označení sester (5, 6) v dotazníku, že jsou zaměstnanci úkolování prací, pro kterou nemají odpovídající kvalifikaci. Dle mého názoru to může vést k neprofesionální ošetrovatelské péči. To by mělo vést k zamyšlení hlavních sester v domácích péčích, že nekvalitní péče ukazuje na celou agenturu domácí péče, nejenom na jednotlivou sestru.

Sestra (2) svou zátěž vidí i v tom, že ve své práci stagnuje a nemá se kam posunout, z odpovědi mi vyplývá, že by ráda dosáhla pracovního vzestupu, ale vidí to jako nereálný cíl. Což pro ni není ideální, jelikož v jejím věku 42 let, s její praxí 15 let v nemocnici a 5 let v domácí péči a jejím vzděláním (Vysoká škola- Bc.), má mnoho zkušeností a má potřebu to řádně využít. Takže by bylo zapotřebí zvážit jinou agenturu domácí péče, kde by její praxi a vzdělání rádi uvítali.

Další psychickou zátěž, kterou sestry v rozhovorech zmiňují, je práce s obtížnými klienty, kde sestry uvádějí agresivní klienty, dementní, nespolupracující, konfliktní, útočné, psychiatrické, pacienty s konkrétní diagnózou a dále si stěžují, že někteří klienti nedodržují léčebný režim. To jejich práci určitě komplikuje a znesnadňuje. V našem výzkumu uvádějí dvě sestry psychické i fyzické ohrožení ze strany pacientů. To uvádí i Vonešová (2013) ve své práci, že sestry se cítí být psychicky a fyzicky ohroženy pacienty. Podle mě je potřeba si zde stanovit určité meze a pravidla. Přesně jak radí Kučerová (2013), že při práci s konfliktním člověkem je potřeba se mu přizpůsobit a být připravena na případné konflikty.

Jelikož z výsledků dotazníku Psychická zátěž nám vyšlo, že sestry jsou na hranici mezi sníženým a zvýšeným rizikem, je zde už zapotřebí snažit se o nápravu. Pokud

dojde k riziku psychické zátěže v důsledku nepřiměřeně náročných požadavků, je nutnost provést opatření, aby výsledkem bylo snížení pracovní náplně. Proto zde zmiňuji některá opatření, navržená Richterem a kolegy (2010), mezi které patří např. „redukce potencionálních stresorů, nárůst lidských zdrojů, výcvik duševních a tělesných výkonových předpokladů, podpora ze strany kolegů nebo nadřízených, systematické přestávky, změna organizační struktury, odbourání časového tlaku, zaměstnání pracovníků úkoly odpovídající jejich kvalifikaci a schopnostem“. „Cílem je dosáhnout optimálního vytižení a optimálních požadavků na zaměstnance. Předpokladem je optimální poměr mezi výkonovými předpoklady, jako např. kvalifikace, schopnosti a zručnosti a mírou a druhem psychické námahy“ (Richter a kol., 2010, s. 15-16).

Další kategorií, která vznikla, je fyzická zátěž, ta ve srovnání s psychickou zátěží je o dost méně obsáhlá. Jako fyzickou zátěž sestry berou manipulaci s pacienty, kdy sestry zmiňují váhu klientů (S1): „*Když mám na cvičení těžký pacienty, třeba pacienta, který váží 100 kg, a teď s ním cvičit a chodit, tak je to pro mě dost namáhavý.*“ Práce s těžkými pacienty, kde je manipulace velice obtížná, musí sestra vynaložit velké úsilí, aby pacienta obrátila na bok a dala do správné polohy. V Baeckeho dotazníku zkoumajícím fyzickou zátěž vyšla v otázce týkající se zvedání břemena jako jedna s největším průměrem (průměr 3,5). Zaznamenali jsme, že ne vždy se odpovědi v dotazníku shodují s odpovědi v rozhovoru. Je tomu tak u sestry (5), která označila tuto otázku hodnotou 5, ale v rozhovoru se o tom nezmiňuje. Jinak jako zátěž váhu klientů zmiňují všechny sestry. Sestra (4) to komentuje: „*Samozřejmě, když jsou klienti těžký, tak je s nimi větší práce...*“

Dále sestry zatěžuje absence kompenzačních pomůcek u pacientů, jak uvádí sestra (5): „*Asi u všech kolegyň jsou většinou bolavý záda, protože oni nemají hned od začátku ty kompenzační pomůcky. Takže vy k nim přijdete a oni mají normální lůžka, kde se musíte hodně ohnout.*“ Z výpovědi je vidět, že si sestry uvědomují význam správné manipulace. I Komačková (2009) dává důraz na význam kompenzačních pomůcek: „*Jedním ze základních předpokladů prevence poškození pohybového aparátu sestry je ovládnutí bezpečných technik manipulace s pacientem. Současným trendem v ošetrovatelství je zaměření se na minimalizaci výkonů spojených s prostým vertikálním*

zdviháním a přenášením pacienta a na uplatnění správných manipulačních technik spolu s využíváním technických pomůcek pro manipulaci.“ (Komačková, 2009, s. 26-27)

Zmínka o kompenzačních pomůckách je i v nařízení vlády č. 361/2007 Sb. kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví při práci, ve znění pozdějších předpisů. Za ruční manipulaci je bráno jak zvedání, tak přenášení živého břemene. Je to však rizikový faktor, který by měl být omezován v rámci bezpečnosti. Pokud je to nezbytný krok, musejí být k dispozici pomůcky k manipulaci (Česko, 2007. Nařízení vlády č. 361).

Vliv počtu pacientů na zátěž se nám opakuje i v zátěži fyzické. Dále do ní sestry dle výsledků z Baeckeho dotazníku zařazují chůzi, stoj a sed.

Další kategorií jsou následky zátěže. Mezi psychické následky zátěže sestry uvádějí únavu, kterou zmiňují všechny. Například sestra (1) říká: „*Většinou jsem unavená, když máme více pacientů. Když máme víc jak 8 pacientů, tak již na sobě únavu pocítuji.*“ Sestry by měly více odpočívat a více se zajímat o svoji vlastní osobu. Jak z rozhovorů víme, mají všechny sestry děti, a tak když přijdou domu z práce a potřebují si odpočinout, tak to moc dobře nejde, jelikož se musí o děti postarat. Někdy je však rodina tak tolerantní a manželce, matce vyhoví, jak říká sestra (4): „*Ale když jsem měla opravdu těžký den, tak požádám rodinu, aby mě hodinu nechali v pokoji, kde poslouchám hudbu a relaxuji.*“

Z rozhovorů bylo zjištěno, že si sestry nosí práci často domů. To ale není vůbec dobré, může tím trpět i jejich rodinný život, i když to všechny popírají.

Jako následek psychické zátěže uvádějí sestry i bolesti hlavy, jedna sestra (3) dokonce ve spojení s psychickou zátěží uvádí kopřivku.

Mezi jeden ze dvou následků fyzické zátěže, které vyšly z rozhovorů, uvádí sestry (1, 2, 4, 5, 6) bolest v oblasti zad. Na to samé poukazuje i ve svém kvantitativním výzkumu Koubková (2007), kde zjistila, že 92,0 % (80) sester pracujících na lůžkovém oddělení má bolesti zad.

Jako druhý následek uvádějí sestry (1, 4, 5, 6) v Baeckeho dotazníku únavu. Zde se odpovědi z dotazníku shodují s odpověďmi z rozhovoru. V Baeckeho dotazníku označila únavu s nejvyšším hodnocením 4 nejstarší sestra z respondentek (55 let). Myslím si, že velká zátěž a vyšší věk spolu navzájem souvisí, a tak není divu, že zátěž

způsobuje u sester únavu. To se shoduje s Gučkovou (2007), která píše, že opakovaná zátěž vede k únavě, ta odezní po odpočinku a spánku. U dlouhodobé zátěže může vzniknout přepracování a vyčerpání organismu.

Je vidět, že sestry se se zátěží snaží vypořádat a něco pro sebe dělat. Vypovídá o tom kategorie vypořádávání se se zátěží, kdy sestry uvádějí různé pohybové aktivity, mezi které řadí procházky, cvičení, sport, jak tomu uvádí sestra (1): „*Snažím se odpočívat, chodit na procházky nebo dělám nějaký uvolňovací cvičení, tím se vždy dostatečně odreaguji.*“ Nejvíce však sestry relaxují, a to jak pasivně, tak i aktivně. Zařazují do toho tyto aktivity, jako je např. odpočinek, spánek, masáže, pletení, sauna, čtení, klid, rodina, zahrada, hudba, zpěv, dovolená, děti. Asi se se zátěží nevypořádávají dostatečně, jelikož následků psychické i fyzické zátěže je podle výsledků mnoho. Vypořádávání se se zátěží je důležitou prevencí syndromu vyhoření. I Ondriová se Slaninovou (2010), zdůrazňují význam prevence syndromu vyhoření, a to na základě získaných výsledků z výzkumu „definovat příčiny, které vedou k syndromu vyhoření, aby bylo možné mu předejít, pochopit význam péče o sebe samého, pokud chceme pečovat o druhé, stanovit dosažitelné osobní a profesionální cíle, další vzdělávání, zjistit možnosti profesionálního růstu, akceptovat přirozené limity člověka, efektivně zacházet s časem, zlepšit úroveň vědomostí prostřednictvím interních školení, dalšího vzdělávání, seminářů a pracovních setkání, vytvářet projekty v oblasti prevence syndromu vyhoření, nebát se změn, pozitivně je přijímat, vnímat je jako výzvy, uplatňovat asertivně svá práva v praxi, naučit se rozpoznávat potřeby svého těla a respektovat je, naučit se relaxovat, dobře si rozplánovat volný čas, udržovat se v dobré fyzické kondici aktivním a zdravým životním stylem, pěstovat koníčky, pravidelně dělat něco pro své potěšení“ (Ondriová a Slaninková, 2010, s. 28).

Druhým cílem bylo zmapovat rozdíly psychických a fyzických faktorů v profesi sestry v domácí péči a sestry v nemocnici. K tomuto cíli byla stanovena výzkumná otázka: Jaké jsou rozdíly v psychických a fyzických faktorech v profesi sestry v domácí péči v porovnání se sestrou v nemocnici?

Z výsledků vyplynulo, že na sestry působí v domácí péči v porovnání s nemocnicí více fyzických faktorů, i když to nebylo tak jednoznačné. Podle mě hodně záleží i na

tom, kde sestra pracuje, jelikož porovnávat práci na operačním sále a práci na neurologickém oddělení, úplně zcela nelze, vykonávaná práce se liší každým oddělením. Některé oddělení jsou fyzicky náročnější než jiná a tak záleží na tom, z kterého oddělení přešly do domácí péče.

Dále jsme zjistili, že po psychické stránce jsou sestry spokojenější v domácí péči a podle rozhovorů je to podle mě zapříčiněno tím, že v domácí péči jsou menší konflikty mezi zaměstnanci, sestry jsou spokojenější se smyslem své práce a vidí, že klienti jsou šťastnější, když mohou být ošetřováni ve svém domácím prostředí.

Z této otázky vyplynuly další pozitiva a negativa, a to jak domácí péče, tak i nemocnice.

Sestry vidí jako pozitivum v domácí péči pravidelné směny, pružnou pracovní dobu, dobré vztahy na pracovišti, spokojenost s klienty, více času na klienty, lepší spolupráci s rodinou a lékaři. Přičemž se všechny sestry přesně neshodují na jednotlivých pozitivěch a negativěch v domácí péči. To názorně ukazují i výsledky rozhovorů, kde některé sestry vidí jako negativum využívání od klientů a nestabilitnost pracovní doby. Co sestry vidí jako negativum domácí péče je i časová tíseň a samostatnost. V porovnání s Rabenseiferovou a Krátkou (2010), které řadí mezi pozitiva práce v domácí péči samostatnost, která naopak ve výzkumu vyšla jako negativum. Nebo uvádí variabilní pracovní dobu, která také z výzkumu vyplynula jako negativum. Rabenseiferová a Krátká (2010) uvádějí další pozitiva, která se již v našem výzkumu neobjevují. Dle nich sestry udávají jako hlavní výhodu možnost osobitého přístupu k pacientům, kde je péče naplánovaná dle jejich vlastních potřeb. Také se jim zamlouvá bezprostřední kontakt s pacientem v jeho vlastním prostředí, což vyvolává pocit bezpečí. Sestry při poskytování ošetrovatelské péče navazují bližší kontakt s pacientem a jeho rodinou. Co se sestrám také líbí, je menší kolektiv. Rabenseiferová a Krátká (2010) uvádí i nevýhody práce sestry v domácí péči, mezi které řadí dojíždění k pacientům za každého počasí, administrativu, psychické a fyzické faktory působící na sestry, jako je manipulace s méně pohyblivými klienty nebo péče o pacienty s roztroušenou sklerózou, dále špatná kooperace s pojišťovny, praktickými lékaři a některými sestrami. Tyto nevýhody jsou i ve shodě s našimi výsledky, kdy sestry jako

zátěž uvádějí též jízdu autem, administrativu, manipulace s klienty a špatnou úroveň komunikace s pojišťovny, lékaři a sestrami. Navíc ještě Rabenseiferová a Krátká (2010) uvádějí, že problém nastává při špatných sociálních podmínkách u pacienta, kde sestra nemá možnost se situací mnoho udělat, a že sestry jsou dále nespokojeny se svým platovým ohodnocením a horší dosažitelností spotřebního materiálu (Rabenseiferová a Krátká, 2010).

Pozitiv nemocnice je o hodně méně než pozitiv domácí péče. Z toho vyplývá, že sestry vidí práci v domácí péči jako lepší. Do pozitiv zde sestry řadí dvanáctihodinové směny a práci pod dohledem. Některé sestry dvanáctihodinové směny vidí jako pozitivum a některé jako negativum nemocnice. Práci pod dohledem sestry v nemocnici vidí jako pozitivum a samostatnost v domácí péči jako negativum.

Nejenom že pozitiv nemocnice je méně, ale i negativ nemocnice je více. Což nám koresponduje i se zjištěním, že všechny sestry chtějí nadále zůstat v domácí péči. Sestry jako negativum nemocnice uvádějí nevyhovující směny, časté konflikty, více administrativy, moc práce, málo personálu, nevyhovující pracovní prostředí a nespokojenost s personálním obsazením.

Jednu ze sester (S6) práce v domácí péči dokonce zcela naplňuje: *„Toto zaměstnání mně zcela naplňuje a konečně mám pocit, že má smysl. Pokud bych se měla vrátit zpět do nemocnice tak vím, že bych byla nešťastná a raději si zvolila jiný způsob jak pomáhat lidem.“* Což si podle mě přeje každá sestra, bohužel ne každé se to splní.

## 6 Závěr

V této bakalářské práci byly stanoveny dva cíle. Prvním cílem je zmapovat psychické a fyzické faktory v profesi sestry v domácí péči. A druhým cílem je zmapovat rozdíly psychických a fyzických faktorů v profesi sestry v domácí péči a sestry v nemocnici.

Výzkum byl proveden v první polovině února 2014. Výzkumný soubor tvořilo 6 sester pracujících v domácí péči v Jihočeském kraji. Souhlas s výzkumem byl získán od 4 agentur domácí péče.

Pro dosažení cílů byla zvolena kvalitativní technika hloubkového rozhovoru doplněná o dotazník Psychická zátěž a o Baeckeého dotazník habituální pohybové aktivity zkoumající fyzickou zátěž. Metodou kódování hloubkových rozhovorů vzniklo pět kategorií, a to kategorie psychická zátěž, fyzická zátěž, vypořádávání se se zátěží, následky zátěže a kategorie rozdíly v psychických a fyzických faktorech mezi domácí péčí a nemocnicí.

Z výzkumu bylo zjištěno, že sestry v domácí péči mají větší psychickou zátěž než zátěž fyzickou. Sestry mají snahu vyrovnávat se se zátěží, a to pomocí relaxace a pohybových aktivit. Ale zřejmě to není dostačující, jelikož se u nich objevují následky související s enormní psychickou i fyzickou zátěží. Často se u nich objevuje např. únava, bolesti zad, bolesti hlavy. I z výsledků dotazníků byla zjištěna větší psychická zátěž než fyzická. Sestry nejsou dostatečně informovány o tom, jak předcházet psychickým i fyzickým následkům. A proto jsme se rozhodli vytvořit praktický výstup, kterým je Doporučení pro sestry pracující v domácí péči zaměřené na zlepšení psychického a fyzického zdraví v souvislosti s výkonem profese. Tento praktický výstup je uveden v kapitole 6.1.

Při zkoumání rozdílů psychických a fyzických faktorů mezi domácí péčí a nemocnicí bylo zjištěno, že v nemocnici mají sestry větší psychickou zátěž než v domácí péči a menší fyzickou zátěž v nemocnici než v domácí péči. Všechny sestry se shodují, že by chtěly i nadále pracovat v domácí péči.



## 6.1 Doporučení pro praxi

### Prevence stresové situace:

- Mít dobré a kvalitní vztahy v práci
- Mít dostatek kvalitních informací
- Mít dobré znalosti a dovednosti
- Kvalitní komunikace
- Umět provádět relaxační metody
- Zvládat vnímání sama sebe a to na tělesné i duševní rovině
- Mít cíle, které lze dosáhnout
- Mít vhodné zájmy a záliby
- Mít hranici mezi prací a domácností
- Mít znalosti jak ovládat své emoce
- Provádět tělesná cvičení
- Znat místo kde se dostane odborné pomoci
- Umět správně dát najevo emoce a humor

Jako prevence stresu je i vhodná jógová relaxace nebo meditace v klidu. Stres by se neměl určitě řešit alkoholem nebo drogami. (Nešpor, 2001)

### Zásady ochrany zdraví při fyzické zátěži:

- Své pracoviště mít vhodně uspořádané
- Snaha o zamezení zátěže
- Dodržovat fyziologické polohy při zátěži
- Umět vhodně manipulovat s břemeny
- Umět si vhodně načrtnout fyzickou práci
- Nepřevyšovat osobní kapacitu zátěže
- Práci prokládat odpočinkem
- Pečovat o pracovní pomůcky
- Umět si vhodně rozvrhnout činnosti

- Vhodně si stanovit střídání směn
- Mít k dispozici pracovní pomůcky
- Důležitá je pracovní bezpečnost
- Mít k dispozici ochranné prostředky
- Pravidelně vyměňovat pracovní polohy
- Snažit se mít rovnou páteř
- Umět si rozložit váhu břemene
- Být co nejbliže k břemenu
- Pohyby s břemenem provádět plynule

(Tuček, Cikrt a Pelclová, 2005)

## 7 Seznam použité literatury

ARNOLDOVÁ, Anna, 2004. *Vybrané kapitoly ze sociálního zabezpečení*. 2. rozš. vyd. Praha: Karolinum, s. 311. ISBN 80-246-0875-8.

BÁRTLOVÁ, Sylva, 2006. Vliv pracovních vztahů mezi lékaři a sestrami na péči o pacienta. *Kontakt*. Roč. 8, č. 1, s. 31-35 . ISSN: 1212-4117.

BÁRTLOVÁ, Sylva, 2009, Vztah sestra-lékař. In: BÁRTLOVÁ, Sylva a Stanislav MATULAY. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny, Sociológia zdravia, choroby a rodiny*. Martin: Osveta, s. 46-52. ISBN 978-80-8063-306-6.

BARTOŠÍKOVÁ, Ivana, 2006. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: NCO NZO, s. 10-43. ISBN 80-7013-439-9.

CUNGI, Charly, 2001. *Jak zvládat stres*. Praha: Portál, s. 15. ISBN 80-7178-465-6.

ČESKÁ LÉKAŘSKÁ SPOLEČNOST ČSL JEP, 2006. *Životní styl a obezita: Longitudinální epidemiologická studie prevalence obezity v ČR* [online]. ČLS, [cit. 2013-09-18]. Dostupné z: [http://www.fzv.cz/files/file/dospeli\\_FINAL.ppt](http://www.fzv.cz/files/file/dospeli_FINAL.ppt).

ČESKO, 2004. Zákon č. 96 ze dne 3. března 2004 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). In: *Sbírka zákonů České republiky*. částka 109, s. 5232-5233 [online]. [cit. 2013-09-11]. Dostupný také z: [http://www.clk.cz/oldweb/zakpred/zakon\\_96-2004-1.html](http://www.clk.cz/oldweb/zakpred/zakon_96-2004-1.html)

ČESKO, 2007. Nařízení vlády č. 361 ze dne 28.12 2007, kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví při práci. In: Sbírka zákonů České Republiky. Částka 111, s. 5086- 5236 [online]. [cit. 2013-09-11]. Dostupné z: <http://www.tzb-info.cz/pravni-predpisy/narizeni-vlady-c-361-2007-sb-kterym-se-stanovi-podminky-ochrany-zdravi-pri-praci>

DETTENKOFER, Markus, Sibylle WENZLER, Susanne AMTHOR, Gerd ANTES, Edith MOTSCHALL and Franz D. DASCHNER, 2004. Does disinfection of environmental surfaces influence nosocomial infection rates? A systematic review. Vol. 32, no. 2, pp. 84-89. DOI: 10-1016.

GUČKOVÁ, Mária, 2007. Fyzická zátěž sester. *Sestra*. Roč. 17, č. 6, s. 21. ISSN 1210-0404.

GUČKOVÁ, Mária, 2009. Fyzická a psychická zátěž sester na neurologii. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Roč. 5, č. 6, s. 31. ISSN 1801-1349.

HANZLÍKOVÁ, Alžběta a kol., 2007. *Komunitní ošetrovatelství*. Martin: Osvěta, s. 238-251. ISBN 978-80-8063-257-1.

JAROŠOVÁ, Darja, 2007. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada, s. 59-63. ISBN 978-80-247-2150-7.

KALLWASS, Angelika, 2007. *Syndrom vyhoření v práci a v osobním životě*. Praha: Portál, s. 43. ISBN 978-80-7367-299-7.

KLEVETOVÁ, Dana, 2011. Supervize jako prevence syndromu vyhoření. *Sestra*. Roč. 21, č. 10, s. 20. ISSN 1210-0404.

KOMAČEKOVÁ, Dagmar, 2009. Fyzická a psychická zátěž při poskytování ošetrovatelské péče – prevence, ochrana a podpora zdraví sestry. *Sestra*. Roč. 19, č. 7-8, s. 26-27. ISSN 1210-0404.

KOUBKOVÁ, Veronika, 2007. *Výskyt bolestí zad v souvislosti s výkonem zdravotnického povolání* [online]. České Budějovice. [cit. 2014-04-10]. Dostupné z: <https://wstag.jcu.cz/StagPortletsJSR168/KvalifPraceDownloadServlet?typ=1&adipidno=7469>. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce Alena Machová

KRIŠKOVÁ, Anna a kol., 2006. *Ošetrovatel'ské techniky*. 2. vyd. Martin: Osveta, s. 242-255. ISBN 80-8063-202-2.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Jaroslava PEČENKOVÁ, 2004. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada, s. 24-25. ISBN 80-247-0784-5.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2009. *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál, s. 167-171. ISBN 978-80-7367-568-4.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2010. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. Praha: Grada, s. 22-44. ISBN 978-80-247-3149-0.

KUČEROVÁ, Jana, 2013. *Zvládání konfliktních situací při práci v lékárně* [online]. Čelákovice. [cit. 2014-04-10]. Dostupné z: <http://vos.mills.cz/assets/vos/vos-absolventske-prace-2013/DFA-kombi/Kucerova-DFAKS-2013.pdf>. Závěrečná práce. Vyšší odborná škola, střední odborná škola a základní škola MILLS. Vedoucí práce Jitka Havlíčková

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.

MELLANOVÁ, Alena, Věra ČECHOVÁ a Marie ROZSYPALOVÁ, 2014. *Speciální psychologie*. 5. vyd. Brno: NCO NZO, s. 109-113. ISBN 978-80-7013-559-4.

MISCONIOVÁ, Blanka, 1995. *Stručný průvodce domácí péčí a adresář agentur domácí péče*. Praha: Asociace domácí péče, s. 16-41. ISBN neuvedeno.

MISCONIOVÁ, Blanka, 1998. *Domácí a primární péče včera, dnes a zítra, Adresář agentur domácí péče*. Praha: Asociace domácí péče, s. 5-22. ISBN neuvedeno.

MISCONIOVÁ, Blanka, 2006. Systém domácí péče: informace pro klienty. In: Domácí péče 2006. Národní centrum domácí péče České republiky. [online]. Infonia spol. s.r.o. Praha: Národní centrum domácí péče České republiky. [cit. 2013-10-18] Dostupné z: <http://www.domaci-pece.info/system-domaci-pece-informace-pro-klienty->

NEDĚLKOVÁ, Hana, 2008. Ano, kinestetika umožňuje snazší a efektivnější mobilizaci pacienta. *Sestra*. Roč. 18, č. 7-8, s. 23. ISSN 1210-0404.

NEŠPOR, Karel a Ladislav CSÉMY, 2001. *Návyková rizika a stres u zdravotnických profesí: možnosti prevence a časné intervence*. Praha: Sportpropag, s. 12-30. ISBN neuvedeno.

ONDŘIOVÁ, Iveta a Janka SLANINKOVÁ, 2010. Prevence syndromu vyhoření u zdravotníků při ošetřování terminálně nemocných. *Sestra*. Roč. 20, č. 10, s. 28. ISSN: 1210-0404.

POLHORSKÁ, Miriam a Zuzana ŠAJTEROVÁ, 2008. Prevencia bolesti chrbta sestier. *Sestra*. Roč. 18, 1-2, s. 24-26. ISSN 1210-0404.

PRAŠKO, Ján a Hana PRAŠKOVÁ, 2001. *Proti stresu krok za krokem: aneb Jak získat klid a odolnost vůči nepohodě*. Praha: Grada, s. 14-29. ISBN 80-247-0068-9.

RABENSEIFEROVÁ, Zuzana a Anna KRÁTKÁ, 2010. Práce sestry v agenturách domácí péče. *Sestra*. Roč. 20, č. 1, s. 37-39. ISSN 1210-0404.

RICHTER, Gabriele, Harald GRUBER, Herbert FRIESENBICHLER, Anna USCILOWSKA, Laurencia JANČUROVÁ, Darina KONOVA a Eva HANÁKOVÁ, 2010. *Psychická zátěž: Příručka hodnocení rizika v malých a středních podnicích*. Česká republika: VÚBP. ISBN 978-3-941441-45-3.

ŠVAŘÍČEK, Roman, Klára ŠEĐOVÁ a kol., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.

TUČEK, Milan, Miroslav CIKRT a Daniela PELCLOVÁ, 2005. *Pracovní lékařství pro praxi: příručka s doporučenými standardy*. Praha: Grada, s. 186-208. ISBN 80-247-0927-9.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, s. 11. ISBN 80-247-1262-8.

VONEŠOVÁ, Petra, 2013. *Vliv domácího prostředí klienta na poskytování ošetrovatelské péče agenturou domácí péče* [online]. České Budějovice. [cit. 2014-04-10]. Dostupné z: <https://wstag.jcu.cz/StagPortletsJSR168/KvalifPraceDownloadServlet?typ=1&adipidno=13250>. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce Alena Machová

WIJA, Petr, 2010. Domácí zdravotní péče v České republice v roce 2011. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. [cit. 2014-01-08]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/domaci-zdravotni-pece-ceske-republice-roce-2011>

*Zákoník práce*, 2013. Ostrava: Sagit, s. 32-35. ÚZ. ISBN 978-80-7488-010-0.

## **8 Klíčová slova**

sestra

domácí péče

psychické faktory

fyzické faktory



## **9 Přílohy**

### **9.1 Seznam příloh**

Příloha 1 Otázky k rozhovoru

Příloha 2 Souhlas k výzkumu od Agentury komplexní domácí péče Městská charita v Českých Budějovicích

Příloha 3 Souhlas k výzkumu od Agentury domácí zdravotní péče Soběslav s.r.o.

Příloha 4 Souhlas k výzkumu od Agentury domácí péče IVAS s.r.o.

Příloha 5 Souhlas k výzkumu od Sestry Tábor Komplexní domácí péče

Příloha 6 Ukázka kódování

Příloha 7 Dotazník Psychické zátěže

Příloha 8 Baeckeheho dotazník habituální pohybové aktivity

## **Příloha 1 Otázky k rozhovoru**

**Zdroj:** Vlastní

Kolik je Vám let?

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Máte rodinu? Kolik máte dětí?

Jak dlouho pracujete v domácí péči?

Kde jste pracovala před domácí péčí a jak dlouho?

Jaká psychická zátěž na Vás v domácí působí?

Jak se s ní vypořádáváte? Jak odpočíváte?

Cítíte se býti unavená po práci? Jaká činnost podle Vás, vede k Vaší psychické únavě?

Jaký vliv má Vaše psychická zátěž na Váš osobní život? Nosíte si problémy domů?

Máte zdravotní potíže spojené s psychickou zátěží? Jaké to jsou?

Jak vycházíte se svými spolupracovníky?

Jste v práci v časové tísní? Jak často?

Jaká fyzická zátěž na Vás v domácí působí?

Máte pocit, že jste po práci fyzicky vyčerpaná? Jak často to je?

Zatěžuje Vás práce s klienty? Jaké typy klientů to jsou?

Máte zdravotní potíže spojené s fyzickou zátěží? Jaké to jsou?

Jaké jsou rozdíly v psychických a fyzických faktorech mezi prací v domácí péči a nemocnici?

Chtěla byste se vrátit k práci v nemocnici nebo Vás tahle práce naplňuje?

## **Příloha 2 Souhlas k výzkumu od Agentury komplexní domácí péče Městská charita v Českých Budějovicích**

**Zdroj:** Vlastní

Simona Imramovská  
Mlýnská 507/3  
392 01 Soběslav

Městská charita České Budějovice  
Mgr. Jana Bartošová  
Žižkova 12/309  
370 01 České Budějovice

### **Věc: Žádost o svolení k provedení výzkumného šetření**

Vážená paní Mgr. Bartošová, studuji třetím rokem na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích na Zdravotně sociálně fakultě obor Všeobecná sestra a chtěla bych Vás tímto požádat o Vaše povolení k provedení výzkumného šetření v souvislosti se zpracováním Bakalářské práce na téma: „Fyzická a psychická zátěž v domácí péči v profesi sestry“. Výzkum bude proveden formou hloubkových rozhovorů a metodou dotazníků s náhodně vybranými sestrami pracujícími ve Vaší agentuře. Z důvodu rychlejšího záznamu a rychlejšího zpracování budou rozhovory zaznamenány na diktafon. Informace, které mi budou poskytnuty, budou použity pouze ke zpracování bakalářské práce a budou zcela anonymní. Sběr informací se uskuteční v termínu od 7. 2. 2014 do 31. 3. 2014. Jako přílohu přikládám dotazníky a konstrukci otázek k rozhovoru.

Doufám, že má žádost bude akceptována a budu se moci těšit na spolupráci s Vámi.

S pozdravem Simona Imramovská

V Českých Budějovicích dne 7. 2. 2014

Vyjádření: *sochlasim*

Městská charita České Budějovice  
Charitní ošetrovatelská služba  
Žižkova 12, 370 01 České Budějovice  
Tel.: 387 718 215, Mob.: 731 604 187  
IČ: 600 72 709 IČZ: 32 90 2002

Razítko a podpis

### Příloha 3 Souhlas k výzkumu od Agentury domácí zdravotní péče Soběslav s.r.o.

Zdroj: Vlastní

Simona Imramovská  
Mlýnská 507/3  
392 01 Soběslav

DZP Soběslav s.r.o.  
Bc. Marie Megisová  
Mrázkova 745/3  
392 01 Soběslav

#### Věc: Žádost o svolení k provedení výzkumného šetření

Vážená Bc. Megisová, studuji třetím rokem na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích na Zdravotně sociálně fakultě obor Všeobecná sestra a chtěla bych Vás tímto požádat o Vaše povolení k provedení výzkumného šetření v souvislosti se zpracováním Bakalářské práce na téma: „Fyzická a psychická zátěž v domácí péči v profesi sestry“. Výzkum bude proveden formou hloubkových rozhovorů a metodou dotazníků s náhodně vybranými sestrami pracujícími ve Vaší agentuře. Z důvodu rychlejšího záznamu a rychlejšího zpracování budou rozhovory zaznamenány na diktafon. Informace, které mi budou poskytnuty, budou použity pouze ke zpracování bakalářské práce a budou zcela anonymní. Sběr informací se uskuteční v termínu od 6. 2. 2014 do 31. 3. 2014. Jako přílohu přikládám dotazníky a konstrukci otázek k rozhovoru.

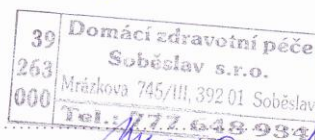
Doufám, že má žádost bude akceptována a budu se moci těšit na spolupráci s Vámi.

S pozdravem Simona Imramovská

V Soběslavi dne 5. 2. 2014

Vyřádění:.....

*Souhlasím s provedením výzkumu na téma „Fyzická a psychická zátěž v domácí péči v profesi sestry“*



Razítko a podpis

## Příloha 4 Souhlas k výzkumu od Agentury domácí péče IVAS s.r.o.

**Zdroj:** Vlastní

Simona Imramovská  
Mlýnská 507/3  
392 01 Soběslav

Agentura domácí péče IVAS s.r.o.  
Pavla Šimečková, DiS.  
Matice školské 17  
370 01 České Budějovice

### Věc: Žádost o svolení k provedení výzkumného šetření

Vážená paní Šimečková, DiS., studuji třetím rokem na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích na Zdravotně sociálně fakultě obor Všeobecná sestra a chtěla bych Vás tímto požádat o Vaše povolení k provedení výzkumného šetření v souvislosti se zpracováním Bakalářské práce na téma: „Fyzická a psychická zátěž v domácí péči v profesi sestry“. Výzkum bude proveden formou hloubkových rozhovorů a metodou dotazníků s náhodně vybranými sestrami pracujícími ve Vaší agentuře. Z důvodu rychlejšího záznamu a rychlejšího zpracování budou rozhovory zaznamenány na diktafon. Informace, které mi budou poskytnuty, budou použity pouze ke zpracování bakalářské práce a budou zcela anonymní. Sběr informací se uskuteční v termínu od 12. 2. 2014 do 31. 3. 2014. Jako přílohu přikládám dotazníky a konstrukci otázek k rozhovoru.

Doufám, že má žádost bude akceptována a budu se moci těšit na spolupráci s Vámi.

S pozdravem Simona Imramovská

V Českých Budějovicích dne 12. 2. 2014

Vyjádření: Souhlas

Agentura domácí péče  
**IVAS s.r.o.**  
IČO: 281 27 180  
MATICE ŠKOLSKÉ 17  
370 01 ČESKÉ BUDĚJOVIC  
TEL., ZÁZN. 38835508

Razítko a podpis

## Příloha 5 Souhlas k výzkumu od Sestry Tábor Komplexní domácí péče

Zdroj: Vlastní

Simona Imramovská  
Mlýnská 507/3  
392 01 Soběslav

Sestry Tábor Komplexní domácí péče  
Alena Jakubowiczová  
Třešňová 889  
391 11 Planá nad Lužnicí

### Věc: Žádost o svolení k provedení výzkumného šetření

Vážená sestro Jakubowiczová, studuji třetím rokem na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích na Zdravotně sociálně fakultě obor Všeobecná sestra a chtěla bych Vás tímto požádat o Vaše povolení k provedení výzkumného šetření v souvislosti se zpracováním Bakalářské práce na téma: „Fyzická a psychická zátěž v domácí péči v profesi sestry“. Výzkum bude proveden formou hloubkových rozhovorů a metodou dotazníků s náhodně vybranými sestrami pracujícími ve Vaší agentuře. Z důvodu rychlejšího záznamu a rychlejšího zpracování budou rozhovory zaznamenány na diktafon. Informace, které mi budou poskytnuty, budou použity pouze ke zpracování bakalářské práce a budou zcela anonymní. Sběr informací se uskuteční v termínu od 6. 2. 2014 do 31. 3. 2014. Jako přílohu přikládám dotazníky a konstrukci otázek k rozhovoru.

Doufám, že má žádost bude akceptována a budu se moci těšit na spolupráci s Vámi.

S pozdravem Simona Imramovská

V Plané nad Lužnicí dne 5. 2. 2014

Vyjádření: ..... *Souhlasím* .....

Sestry Tábor  
Domácí zdravotní péče  
Alena Jakubowiczová  
Třešňová 889, Planá n. Lužnicí  
IČO: 73 48 65 82, tel.: 773 508 123

.....  
Razítko a podpis

## Příloha 6 Ukázka kódování

Zdroj: Vlastní

20 „Někdy ano, když mám třeba více klientů, nebo když jsou klienti dementní tak je s nimi těžká  
21 práce. Nebo konfliktní pacienti jsou pro mě dost zatěžující, ale snažím se to nechávat v práci  
22 a netahat to domů, ale ne vždy se mi to daří.“

23 Jaký vliv má Vaše psychická zátěž na Váš osobní život? Nosíte si problémy domů?

24 „Na můj osobní život má práce nemá vliv. Má rodina mi vždy vyjde vstříc a nechá mě si  
25 odpočinout.“

26 Máte zdravotní potíže spojené s psychickou zátěží? Jaké to jsou?

27 „Podle mě nemám žádné, snažím se to brát tak nějak s nadhledem.“

28 Jak vycházíte se svými spolupracovníky?

29 „My se moc nevidíme, většinou se střídáme, ale žádné konflikty na pracovišti nemáme.  
30 Většinou si vyjdeme vstříc, když některá potřebuje volno nebo když jí dělá pacient obtíže, tak  
31 se u něj vystřídáme. Prostě vždycky se to nějak udělá.“

32 Jste v práci v časové tísní? Jak často?

33 „Někdy ano, jelikož musím být ve stanovenou dobu u klientů, třeba na aplikaci inzulínu.“

34 Jaká fyzická zátěž na Vás v ADP působí?

35 „Samozřejmě když jsou klienti těžký tak je s nimi větší práce, ale je možnost zavolat kolegyni,  
36 která je nejbliže, aby mi případně pomohla, nebo když víme, že s pacientem je větší práce  
37 jedeme na něj dvě. Vše je o komunikaci a to se mi líbí.“

38 Máte pocit, že jste po práci fyzicky vyčerpaná? Jak často to je?

39 „Ano, když je náročný den, tak jsem fyzicky unavená. No jeto přibližně 3 krát do měsíce.“

40 Zatěžuje Vás práce s klienty? Jaké typy klientů to jsou?

41 „Práce s klienty mě baví, ale najdou se tací, kteří jsou třeba agresivní nebo útočný, když jsem  
42 u takových klientů, tak musím být stále ve střehu. I s dementníma lidma je dost práce, jelikož  
43 jim vše musím opakovat na vše je upozornit a to mě občas také unavuje. Ale nejhorší jsou ty  
44 agresivní a útoční pacienti. Od nich nikdy nevím co čekat. Naštěstí jsme od vedoucí na  
45 takovýto klienty vždy upozorněny a tak už se můžeme připravit dopředu.“

46 Máte zdravotní potíže spojené s fyzickou zátěží? Jaké to jsou?

47 „Dříve jsem měla problém s ramenem, nyní je to už lepší, ale musím si na něj dávat pozor,  
48 jelikož když udělám špatný pohyb nebo klienta tahám rukama hned se rameno ozve. Tenkrát  
49 mi pomohly rehabilitace a hlavně mi pomohla injekce do ramene.“

## Příloha 7 Dotazník Psychické zátěže

**Zdroj:** RICHTER, Gabriele, Harald GRUBER, Herbert FRIESENBIHLER, Anna USCILOWSKA, Laurencia JANČUROVÁ, Darina KONOVA a Eva HANÁKOVÁ, 2010. *Psychická zátěž: Příručka hodnocení rizika v malých a středních podnicích*. Česká republika: VÚBP. ISBN 978-3-941441-45-3.

Hodnoticí formuláře

Příloha 1

### Hodnoticí formulář 4: Psychická zátěž

Oblast práce/skupina zaměstnání:\*) \_\_\_\_\_

Pracovní činnost:\*) \_\_\_\_\_

V seznamu jsou uvedeny body, které se zabývají psychickou zátěží při práci. Hodí se tato tvrzení na práci, kterou vyhodnocujete?

Pokud ano, daný bod zakroužkujte. Pokud ne, ponechte prázdné místo.

Při práci	
1	<input type="radio"/> se přísně dbá na časové plány.
2	<input type="radio"/> se přísně dbá na dodržování instrukcí.
3	<input type="radio"/> neexistuje žádná možnost odmítnout úkoly nebo se jim vyhnout.
4	<input type="radio"/> nejsou zaměstnanci dostatečně informováni.
5	<input type="radio"/> se nevyskytuje zpětná vazba.
6	<input type="radio"/> je nízká odpovědnost.
7	<input type="radio"/> jsou zaměstnanci úkolováni prací, pro kterou nemají odpovídající kvalifikaci.
Existují dodatečné jiné vlivy, např.:	
8	<input type="radio"/> nemá nás kdo vést, poradit nám.
9	<input type="radio"/> špatné sociální klima, mobbing.
10	<input type="radio"/> špatné pracovní podmínky (např. pracovní místnost, pracovní pomůcky, zařízení, materiál, ...).
Otázky k oblastem výkon a chování	
Při práci	
11	<input type="radio"/> pracuji podle vnitřních pokynů organizace – norem výkonů.
12	<input type="radio"/> můžeme se jen málo seberealizovat.
13	<input type="radio"/> smysl a podíl mé konkrétní práce na celkovém výsledku mi není jasný.
14	<input type="radio"/> stagnuji a nemám kam se posunout v kariéře dál.
15	<input type="radio"/> jsem náladový, rozzlobený a rozrušený.
16	<input type="radio"/> jsem nespokojený.
Body 11 až 16 vyplňují jen zaměstnanci.	

\*) Uvést údaje podle potřeby



