



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Sebedůvěra a sebejistota sester v souvislosti
s ošetrovatelskou praxí**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:
OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Aneta Slipková

Vedoucí práce: doc. PhDr. Marie Trešlová Ph. D.

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svoji bakalářskou práci „*Sebedůvěra a sebejistota sester v souvislosti s ošetrovatelskou praxí*“ vypracovala 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, fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a 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: 17. 8. 2018

.....

Slipková Aneta

Poděkování

Touto formou bych chtěla poděkovat vedoucí mé bakalářské práce paní doc. PhDr. Marii Trešlové Ph.D. za odborné vedení, za trpělivost, laskavý přístup a za cenné připomínky a rady. Dále bych chtěla poděkovat dotazovaným sestřám za ochotu a poskytnutí informací do mé práce.

Sebedůvěra a sebejistota sester v souvislosti s ošetrovatelskou praxí

Abstrakt

Tato bakalářská práce je zaměřena na současný stav sebedůvěry a sebejistoty sester při vykonávání ošetrovatelské praxe. Pro zmapování současného stavu byly osloveny všeobecné sestry, u kterých se zjišťovala důležitost a to, zda mají dostatek sebedůvěry a sebejistoty při vykonávání ošetrovatelské praxe. Dále jsem pokládala otázky zaměřené na problematiku ohledně budování sebedůvěry a sebejistoty a toho, jak sestry pečují o svou sebedůvěru a sebejistotu. Tato práce je složena z části teoretické a empirické.

Teoretická část je zaměřena na osobnost všeobecných sester a její utváření. Dále pak na faktory, které ovlivňují sebedůvěru a sebejistotu sester při vykonávání ošetrovatelské praxe, a zahrnuje i zkoumání toho, co sestry dělají pro své duševní zdraví, aby jejich sebedůvěra a sebejistota byla na vhodné úrovni pro vykonávání ošetrovatelské praxe. Empirická část je tvořena jedním cílem. Tím bylo zjistit, zda sestry mají dostatek sebedůvěry a sebejistoty při vykonávání ošetrovatelské praxe. Pro empirickou část práce byla zvolena technika polostrukturovaného rozhovoru. Získané informace byly zpracovány a rozděleny do devíti kategorií.

Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že všeobecné sestry dokáží vlastními slovy říct, co je sebedůvěra a sebejistota, a jsou schopny hovořit o důležitosti sebedůvěry a sebejistoty při vykonávání ošetrovatelské praxe. Sebedůvěru a sebejistotu mají sestry na vhodné úrovni pro vykonávání ošetrovatelské praxe, ale k práci přistupují zodpovědně a s pokorou, ať jsou to sestry dlouhodobě pracující, či krátkodobě v praxi. Jejich sebedůvěra a sebejistota při vykonávání ošetrovatelské praxe je ovlivňována určitými faktory, které souvisí s jejich povoláním. K dostačující sebedůvěře a sebejistotě jsou důležité i vlastní hodnoty v osobním životě. Při výzkumném šetření se ukázalo, že při vykonávání ošetrovatelské praxe mají sestry sebedůvěru a sebejistotu na větší úrovni než v osobním životě, jelikož by nemohly vykonávat výkony a ošetrovatelskou praxi ve svém nejlepším přesvědčení. Proto, aby sestry měly sebedůvěru a sebejistotu na vhodné úrovni, by měly pečovat o své duševní zdraví. Při rozhovorech se ukázalo, že se sestry snaží o své duševní zdraví pečovat, i když to někdy při náročnosti jejich povolání nelze.

Tato práce pomáhá nastínit problematiku sebedůvěry a sebejistoty všeobecných sester na různých odděleních. Jsou zde zahrnuty osobní názory sester na důležitost sebedůvěry a sebejistoty při vykonávání ošetrovatelské praxe, faktory, které tyto vlastní hodnoty ovlivňují, a důležitost duševní hygieny pro vykonávání ošetrovatelské praxe.

Klíčová slova

Sebejistota; sebedůvěra; všeobecná sestra; ošetrovatelská praxe; ošetrovatelský proces; osobnost; sebevědomí; pevná vůle; vztahy na pracovišti; kvalita ošetrovatelské péče; sestra a výkony.

Self-esteem and confidence of nurses in connection with nursing practice

Abstract

This thesis is focused on the current status of self-esteem and confidence of nurses while doing the nursing practice. To evaluate current status the general nurses were asked about importance, and if they have enough self-esteem and confidence while doing the nursing practice. Furthermore, I asked questions focused on the problematics of building self-esteem and confidence and how nurses care about their self-esteem and confidence. The thesis is made up of the empirical and theoretical part.

Theoretical part is focused on the personalities of general nurses and their formation. Furthermore, this part is focused on factors which affect self-esteem and confidence of the nurses while doing the nursing practice and it also includes the research what the nurses do for their mental health in order for their self-esteem and confidence to be on the appropriate level for doing the nursing practice. The empirical part is made up of one objective. This objective is to determine if the nurses have enough self-esteem and confidence while doing the nursing practice. For the empirical part the technique of semi-structured interview was chosen. Gathered information were processed and divided into nine categories.

The results of the research show, that general nurses can, in their own words, say what self-esteem and confidence is and are able to speak about the importance of self-esteem and confidence when doing the nursing practice. Self-esteem and confidence of the nurses is on appropriate level for doing the nursing practice, but their approach to their job is responsible and humble, both for new and experienced nurses. Their self-esteem and confidence while doing the nursing practice is affected by specific factors which are connected to their profession. To achieve the necessary level of self-esteem and confidence, their personal values in their personal life are also important. The research shown that while doing the nursing practice the nurses have more self-esteem and confidence than in their personal life, since they would not be able to do operations and the nursing practice in their best states of mind. Because of that in order for the nurses to have self-esteem and confidence on the appropriate level they should care about their mental health. The interviews shown that nurses try their best to care about their mental

health, even though sometimes it is not possible due to high difficulty of their profession.

This thesis helps to introduce the problematics of self-esteem and confidence of the general nurses at different departments. This includes personal opinions of nurses on the importance of self-esteem and confidence while doing the nursing practice, factors which affects these personal values and the importance of mental hygiene for doing the nursing practice.

Keywords

Confidence; self-esteem; general nurse; nursing practice; nursing process; personality; iron will; working relationships; quality of nursing care; nurse and operations.

Obsah

Úvod	10
1 Současný stav	12
1.1 Funkce a role všeobecné sestry	12
1.2 Osobnost všeobecné sestry	13
1.2.1 <i>Utváření osobnosti</i>	13
1.3 Sociální dovednosti a schopnosti všeobecné sestry	14
1.3.1 <i>Sebereflexe</i>	14
1.3.2 <i>Kritické myšlení</i>	16
1.3.3 <i>Sebemotivace</i>	16
1.4 Sebedůvěra a sebejistota sester	17
1.4.1 <i>Sebedůvěra</i>	17
1.4.2 <i>Sebejistota</i>	17
1.5 Faktory ovlivňující sebedůvěru, sebejistotu a práci všeobecné sestry	18
1.5.1 <i>Vzdělávání všeobecných sester</i>	18
1.5.2 <i>Adaptační proces</i>	20
1.5.3 <i>Motivace všeobecných sester</i>	20
1.5.4 <i>Mobbing na pracovišti</i>	21
1.5.5 <i>Nejčastější zátěžové situace v každodenní praxi</i>	22
1.5.6 <i>Fyzická zátěž sester</i>	22
1.5.7 <i>Psychická zátěž sester</i>	23
1.6 Stres	23
1.6.1 <i>Proč je povolání všeobecné sestry stresující?</i>	23
1.6.2 <i>Eustres a distres</i>	24
1.6.3 <i>Syndrom vyhoření</i>	25
1.7 Duševní hygiena	27
2 Cíl práce a výzkumné otázky	29

2.1	Cíl práce.....	29
2.2	Výzkumné otázky	29
2.3	Operacionalizace pojmů použitých v cíli práce.....	29
3	Metodika.....	31
3.1	Charakteristika výzkumného souboru	31
4	Výsledky.....	32
4.1	Identifikační údaje dotazovaných respondentů	32
4.2	Kategorizace výsledků polostrukturovaných rozhovorů se všeobecnými sestrami	33
5	Diskuze.....	42
6	Závěr.....	49
7	Seznam literatury.....	51
8	Přílohy	55

Úvod

Tato bakalářská práce se věnuje tématu sebedůvěra a sebejistota sester v souvislosti s ošetrovatelskou praxí. Dané téma mě zaujalo, jelikož mi přijde aktuální. Přiměřené sebevědomí a sebejistota jsou důležitým a často základním kamenem životní i pracovní úspěšnosti. Zdravé sebevědomí vychází z reálné znalosti sebe sama, vlastních předpokladů, schopností i možností. Pro okruh pocitů vlastní hodnoty a pocitů bezmoci máme mnoho podobných pojmů. Mluvíme o sebedůvěře, sebevědomí, sebejistotě. Všechny tyto pojmy mají nějakou spojitost a jsou důležité pro vykonávání sesterské práce. Sebevědomý je ten, kdo si je vědom sám sebe, ví, kdo je a co v něm vězí. Jako sebejistý je označován člověk, jenž umí vystupovat s jistotou a nenechá se ničím a nikým znejistit. Přeceňováním stejně jako podceňováním sebe sama škodíme jak sobě, tak svému okolí. Přeceňování vede přílišnému egocentrismu, sebestřednosti, aroganci. To ubíjí spolupráci, ochotu a aktivitu a vyvolává negativismus a odpor.

Sebedůvěrou se míní spíše ten aspekt, že se člověk k něčemu odváží, důvěřuje svým pocitům a spoléhá sám na sebe. Pocit vlastní hodnoty a sebevědomí se vzájemně podmiňují. Když jedinec ví, že jako člověk má nedotknutelnou božskou cenu, může se přijmout tak, jak je, může se spolehnout, že je dobrý, odvážit se vystupovat takový, jaký je. V cizím prostředí snad může působit jako nejistý, ale přizná si to. Pak má přesto pocit sebedůvěry a vlastní hodnoty. Je cenný i ve své nejistotě a ve svých zábranách. Zatímco si sebevědomý člověk nemůže dovolit slabost, sebedůvěra umožňuje být i slabý. Pocit vlastní hodnoty není nafoukanost, je to mnohem spíše cit pro vlastní cenu ve všech slabostech a mezích. Člověk s malou sebedůvěrou rozsévá do okolí vlastní obavy, úzkost a nejistotu. Pocity méněcennosti působí nakažlivě, zejména tam, kde druzí jsou na takovém jedinci nějak závislí.

Tento člověk neustále přemýšlí, „co na to řeknou druzí“, je příliš svazován míněním okolí, bojí se rozhodovat sám, potřebuje stálá ujišťování druhých o správnosti svého rozhodování a jednání. Je ve vleku názorů jiných. Jedinec s přebujelou sebejistotou se o mínění a názory druhých nezajímá. Je skálopevně přesvědčen o vlastní neomylnosti.

Osobnost s přiměřenou sebedůvěrou reflektuje názory okolí, přijímá je jako užitečnou zpětnou vazbu a zvažuje jejich hodnotu. Rozhoduje se však autonomně, samostatně. Sebejistotu a sebevědomí můžeme cílevědomě a systematicky budovat a posilovat.

Sebedůvěra roste s úspěchy. Cestou ke zdravému sebevědomí a přiměřené sebejistotě je realistické vidění, pozitivní myšlení a stanovení dílčích, reálně splnitelných cílů.

Sebedůvěra a sebejistota sester úzce souvisí s poskytováním kvalitní ošetrovatelské péče. Pokud sestra nemá dostatek sebedůvěry a sebejistoty, nemůže ošetrovatelskou praxi vykonávat ve svém nejlepším přesvědčení.

V této práci jsem se zajímala o sebedůvěru a sebejistotu sester při vykonávání ošetrovatelské praxe. Zjišťovala jsem, zda je pro sestry důležitá sebedůvěra a sebejistota a zda je tyto vlastnosti ovlivňují při práci. Dále mě zajímalo, zda je sebedůvěra a sebejistota sester odlišná v osobním životě a při práci. Zajímalo mě, jaké faktory ovlivňují sebedůvěru a sebejistotu, popřípadě co napomáhá k tomu, aby sestra byla sebevědomá a sebejistá, a zda duševní hygiena souvisí se sebedůvěrou a sebejistotou.

1 Současný stav

1.1 *Funkce a role všeobecné sestry*

Funkce a role jsou pojmy, jejichž význam by se mohl na první pohled zdát stejný. Funkce sestry jsou součástí jejího poslání ve společnosti a jsou zpravidla neměnné v souvislosti se změnou prostředí (nemocnice, škola, domov apod.). Podle Salvageové je možné chápat funkci jako oblast, kde sestra aktivně působí (Salvageová, 1997). Mezi první dvě oblasti funkce sestry patří řízení a poskytování ošetrovatelské péče pomocí ošetrovatelského procesu a oprávnění vychovávat P/K se zaměřením na prevenci zdraví. Třetí oblast se týká pracovního týmu, ve kterém sestra pracuje a ve kterém je kladen důraz na spolupráci, komunikaci a efektivní zapojení sestry do kolektivu. Poslední, avšak neméně důležitá funkce (oblast) se zaměřuje na výzkumnou činnost sestry a na rozvoj kritického myšlení a praxe (Salvageová, 1997). Avšak veřejnost si pod funkcí nevybaví výše popsané charakteristiky, které lze spíše označit jako fungování sestry, ale pojem funkce nejčastěji spojuje s pracovním zařazením sestry v nemocnici. V praxi se proto P/K na určitém oddělení může setkat se sestrou směnnou, staniční, a při velké vizitě i se sestrou vrchní. Sestry mohou tedy zastávat jednu z výše popsaných funkcí. Role sestry se odvíjí od funkce a jsou pro všechny sestry univerzální, liší se však intenzita a míra jejich naplňování. Roli je možné charakterizovat jako soubor vzájemně se doplňujících očekávaných způsobů chování nebo jednání vyplývající z požadavků profese všeobecné sestry. Rozdělují se na základní, přídatné, které souvisí s vykonávanou prací, a na ty, které vycházejí z náplně práce stanovené hlavní sestrou (formální autorita). S rozvojem ošetrovatelství jako vědy přibývá i sesterských rolí, jedná se zejména o roli rozhodovací (rozhodování a plánování ošetrovatelské péče). Na své role se sestra musí adaptovat, protože jen v tomto okamžiku může dojít k jejich efektivnímu naplnění. Mezi známé role patří sestra jako poskytovatelka ošetrovatelské péče, jako poradkyně, učitelka, nositelka změn, výzkumnice, komunikátorka, manažerka nebo advokátka (Ellis a Hartley, 2005). Ellis a Hartley uvádějí, že mezi další se řadí i role sestry jako teambuildera a motivátora (Ellis a Hartley, 2005).

1.2 Osobnost všeobecné sestry

Všeobecná sestra by v ideálním případě měla disponovat specifickými rysy osobnosti. Jako nejdůležitější z nich se jeví vnímání člověka jako celostní bytosti. To znamená, že by sestra při své práci neměla zanedbat nebo úplně opomenout ani jednu složku lidské bytosti. Mezi tyto složky patří fyzická dimenze, která představuje tělo a tělesné zdraví. Další je psychická dimenze, která znázorňuje psychický stav jedince. Třetí složkou je sociální dimenze, která představuje vztah jedince ke společnosti. Poslední je spirituální dimenze, ta se prezentuje jako duchovno lidské bytosti. To, že všeobecná sestra tímto způsobem nahlíží na člověka, označujeme jako holismus, který je v tomto povolání žádoucí (Kutnohorská et al., 2011).

Pro osobnost zdravotníka je nezbytné, aby měl: osobní zralost, vnitřní stabilitu a spíše vyšší frustrační toleranci (Bužgová, Plevová, 2011). Osobnostní předpoklady pro sestru jsou takové, že sestra musí dosáhnout určité úrovně sebepoznání a zvládat náročné situace (Marková et al., 2006). Rozšířená základna činností sestry je postavena na zásadách etiky. Mezi ně můžeme zařadit například zvýšenou samostatnost spojenou s převzetím větší osobní odpovědnosti sestry. Pro realizaci ošetrovatelského procesu, který je založen na aktivním kontaktu sestry s pacientem, je nezbytné, aby měl pacient a jeho rodina k sestře maximální důvěru. Nevhodné jednání sestry může naopak sesterskou profesi velmi devalvovat a komplikovat ošetrovatelskou i léčebnou péči. Mezi základní projevy důvěryhodnosti patří vztah sester k povolání, vystupování, kultivovanost projevu, odborné znalosti a vzhled. Projev důvěryhodnosti signalizuje nejen osobnostní vlastnosti sestry, ale také vypovídá o tom, jak si sestra váží svých pacientů. Prestiž profese je hodnota, kterou nelze nařídít a ani o ni žádat, a mohou ji zvýšit pouze její reprezentanti sami (Ptáček, Bartůněk, 2011).

1.2.1 Utváření osobnosti

Utváření osobnosti sestry začíná mnohem dříve než na zdravotnických školách a lékařských fakultách. Praxe ukazuje, že utváření osobnosti může začínat již v průběhu školní docházky a během dalšího navazujícího studia. Sklon ke kázni, pořádku, plnění úkolů a působení na ostatní se může u dítěte projevovat již v době bouřlivého rozvoje nejrůznějších zájmů okolo 10. roku života. Je dokonce žádoucí, aby si každý, kdo by se chtěl stát zdravotním asistentem, ověřil, jestli se k takové práci hodí, již dlouho před

tím, než se stane studentem zdravotnické školy (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011). Zkušené sestry zpravidla velmi kriticky přihlížejí k tomu, co považují pro svou profesi a osobnost za podstatné, a co nikoliv. Z jejich pohledu jsou nejdůležitější následující vědomosti a dovednosti: znát základní metody a formy práce s pacientem, umět užít správných prostředků, umět v dané situaci zvolit adekvátní komunikaci s pacientem, tzn. umět komunikovat nejen s nejrůznějšími pacienty a s lékaři, ale umět i adekvátně hodnotit stav pacienta, znát způsoby, jak jej motivovat, povzbuzovat, umět aplikovat potřebné postupy v závislosti na cílech léčby a umět se pohotově rozhodnout ve standardních i neobvyklých situacích (Bartošíková, 2006, Venglářová, 2011).

1.3 Sociální dovednosti a schopnosti všeobecné sestry

Jelikož se všeobecná sestra pohybuje ve společnosti, ve které je důležitá komunikace a vztahy mezi ní a pacientem, měla by disponovat určitou úrovní sociální inteligence. Ta zahrnuje sociální percepce neboli schopnost vnímání ostatních. Obzvláště rozpoznání a vnímání pacientovy nálady a emocí umožňuje zdravotní sestře zvolit správný přístup a strategii při jednání s ním (Venglářová, 2011). Další důležitou sociální dovedností všeobecné sestry je komunikace sloužící jako hlavní prostředek pro výměnu informací mezi sestrou a pacientem. To umožňuje získat informace od pacienta, které jsou důležité pro jeho brzké uzdravení (Venglářová, 2011). Nelze opomenout ani schopnost efektivně řešit konflikty, které mohou velmi snadno vznikat právě v prostředí nemocnice. Konflikty mohou vznikat už jen proto, že každý jedinec na nemoc reaguje jinak. Určitou výhodou v povolání všeobecné sestry, která ovšem nemusí být nutností, je schopnost týmové spolupráce. Proto, aby sestra byla schopna zvládnout všechny výše uvedené osobnostní nároky, musí mít náležité předpoklady. Tyto předpoklady spočívají také v poznání sebe sama, všímání si vlastních reakcí a schopnosti komunikovat o svých potřebách a potížích (Venglářová, 2011).

1.3.1 Sebereflexe

Sebereflexe je jednou z technik sebepoznávání. Poznávání sebe sama je mnohem složitější proces než poznávání druhých lidí. Je to neustálé uvědomování si svých schopností, vlastností, nedostatků, ale také vlastních pocitů, a to v každé situaci, ve které se nacházíme (Venglářová, 2011). Pro dobré vztahy a úspěch v osobním, ale i pracovním životě je důležité sebepoznání, naučit se porozumět své povaze a mít

dostatečnou sebedůvěru. Sebereflexe pomáhá studentovi i sestře uvědomovat si své schopnosti, znalosti, své osobní hodnoty, dovednosti, zručnost, motivaci a možnosti i limity v rámci profesních situací a také zpětně hodnotit vlastní podíl na výsledcích v rámci výkonu práce. V profesi všeobecné sestry jsou nejlepším zrcadlem její kolegové, mentoři, nadřízení, ale také pacienti a jejich blízcí. Mezi metody sebepoznávání řadíme sebereflexi, zpětnou vazbu od lidí kolem, rozbor vlastních činností, rozhovor s odborníkem atd. (Špirudová, 2015). Sebereflexe je předpokladem pro sebehodnocení a k jejímu dosažení musíme do značné míry vystavit sami sebe, naše chyby a naše slabé stránky. Sebereflexe podporuje neustálý osobnostní růst nebo vývoj v klinickém posuzování za předpokladu, že přemýšlíme o vlastním myšlení a chování, což diagnostické uvažování zahrnuje (Mastiliaková, 2014). Mastiliaková také ve své publikaci uvádí, že sestry by měly rozvíjet své diagnostické kompetence. Stát se kompetentní sestrou v oblasti ošetrovatelské diagnostiky vyžaduje rozvoj osobnostních a odborných vlastností a dovedností, rovněž je důležité používat sebereflexi a tolerovat nejednoznačnost, což je vlastní silná stránka osobnosti. Zkušené sestry v roli vedoucích, mentorů a učitelů mohou pomoci studentům a méně zkušeným sestrám zlepšit toleranci nejednoznačnosti tím, že sníží jejich strach z negativního vyhodnocení poukazováním na to, že nejednoznačnost je součástí sestřina povolání, a svým příkladným chováním v tomto odvětví (Mastiliaková, 2014). Je-li ošetrovatelská péče službou, pomáhá nemocnému vyjádřit jeho strach a úzkost, beznaděj, opuštěnost a ztracenost. Vyžaduje od sestry soustředění na všechny aspekty její práce včetně role soucitu jako spirituálního nástroje. Ošetrovatelská péče vyžaduje od sestry sebereflexi její vlastní spirituality. Problematice utrpení v ošetrovatelské péči by měl být věnován dostatek prostoru již v pregraduální přípravě sester a všech zdravotnických pracovníků a v praxi by se jim mělo dostat náležité podpory včetně důrazu na etický a spirituální rozměr ošetrovatelské profese. Bez péče zkušeného supervizora nebo psychologa mohou sestry na exponovaných pracovištích velmi rychle vyhořet, což se potom projeví jak na jejich schopnosti pomáhat pacientům v jejich utrpení, tak na spokojenosti sester s jejich povoláním i se sebou samými (Heřmanová, 2012). Hudáková uvádí, že diskuze klinického případu a výměny zkušeností v rámci informací z praktické výuky by mohly být inspirující pro získání alternativního myšlení a sebereflexe, stejně jako pro zlepšení kompetencí sester v ošetrovatelství. Sebereflexe jako proces učení na základě zkušeností je důležitým faktorem kritického myšlení (Hudáková, Majerníková, 2013).

1.3.2 Kritické myšlení

Kritické myšlení je nedílnou součástí ošetrovatelského procesu. V péči orientované na pacienta poskytuje sestřám cenné rady ke zlepšení kladných dopadů péče, která je pacientovi poskytována, a snížení rizik nežádoucích situací. Kritické myšlení umožňuje porozumět a reflektovat sestře slabé a silné stránky pacienta, jeho hodnoty, využívat roli ostatních pracovníků, a když si neví rady, může požádat o pomoc své kolegyně (Tóthová, 2014). Toto myšlení přináší oporu o důkazy a fakta a sestra se méně nechá ovlivňovat svým míněním nebo emocemi. Nestací ani intuice, je zapotřebí kontrolované, cílené a strategické činnosti. Sestra by si při získávání nových informací měla ověřovat jejich správnost, aktivně přemýšlet o problémech a klást si otázky (Tóthová, 2014).

Kritické myšlení umožňuje plně využívat znalostí a dovedností dříve získaných, ať již při přípravném studiu, nebo v konkrétní praxi s pacienty. Na základě praktických znalostí všech procesů a procedur lze pak dospět k odbornému posouzení a fundovanému vyhodnocení: všechno, co víme o pacientovi včetně kontextu jeho životního stylu, zdravotní anamnézy a rodinného života. Na těchto základech lze teprve provádět plánování intervencí a následnou realizaci: co konkrétně pro pacienta uděláme. Je nezbytné si ve všech těchto souvislostech uvědomovat, co je správné nebo špatné, či rozeznávat skutečné hodnoty od předsudků. Při rozhodování o kvalitě péče je potřeba zohlednit všechny preferenční souvislosti pacienta, jako jsou prostředí, vztahy, kultura, zdroje, podpora (Mastiliaková, 2014).

1.3.3 Sebemotivace

I když je motivace jedním z úkolů manažerů, je každá sestra zodpovědná především sama za sebe a měla by se zamyslet nad vlastní motivační hierarchií. Pak je možné, aby vědomě prožívala právě ty skutečnosti, které k uspokojení z práce přispívají. Je-li jejím hnacím motorem potřeba smysluplnosti práce, může si sestra při reflexi vlastní práce uvědomovat, jakou měrou přispěly její ošetrovatelské intervence ke zkvalitnění pacientova života (Marková, 2010). Dostatek vnitřní pracovní sebemotivace u jednotlivců ovlivňují různé faktory, mezi které patří pochopitelně aktuální situace na pracovišti, zdravotní stav a nálada, ale mimo jiné i vrozené faktory jako temperament, vnitřní energie a povaha člověka (Hekelová, 2012).

1.4 Sebedůvěra a sebejistota sester

1.4.1 Sebedůvěra

Sebedůvěru můžeme definovat jako postoj člověka k vlastní osobě. V ideálním případě jde o kladný vztah k sobě sama. V opačném případě se nejčastěji nízká sebedůvěra projevuje jako sebepodceňování a nízké sebehodnocení (Novák, 2011). Za základ sebedůvěry je považována naše představa a přesvědčení dosahovat cílů, které si stanovíme, ať už se jedná o cíle pracovní, soukromé, nebo naše touhy a sny, že dokážeme žít život podle vlastních představ. Sebedůvěru máme ukrytou každý v sobě a záleží jen na nás, zdali se v životě budeme realizovat tak, abychom byli spokojeni sami se sebou (Kupka, 2010). S přihlédnutím na to, že sestry ve zdravotnictví na celém světě představují nejpočetnější skupinu zaměstnanců a jejich různorodá práce zahrnuje edukaci pacientů, péči u lůžka, jištění bezpečí pacientů, management nebo klinický výzkum, není divu, že veřejnost a média začaly cílit nejen na omyly a chyby lékařů, ale v současnosti také na pochybení sester. Pochybení a omylů se sestry dopouštějí během poskytování ošetrovatelské péče pacientovi (Kupka, 2010).

K omylům sester a jejich pochybení například patří: chybná identifikace pacienta, nesprávné rozhodování, chybná ošetrovatelská anamnéza a intervence, neochota požádat o radu, nedostatečná klinická kompetence a neochota zapojit pacienta do procesu péče (Škrála, Škrlová, 2008).

Jestliže by měla být sebedůvěra v práci důležitá, pak právě nyní, v době, kdy jsou lidé drceni důsledky rizikových hypoték, kdy neustále ubývá pracovních míst, a přitom se na ně hlásí více uchazečů, a proto je stále obtížnější prosadit se na trhu, nám může být schopnost sebedůvěry užitečnější než v minulosti. Je potřeba si uvědomit, že v současném světě potřebuje mít člověk k tomu, aby byl úspěšný a mohl vést tým, oddělení nebo firmu, více sebedůvěry (Taylor, 2012).

1.4.2 Sebejistota

Sebejistota velmi úzce souvisí s ostatními vlastnostmi člověka. Se sebejistotou jsou nejčastěji spojovány vlastnosti, jako je optimismus a pesimismus, které se utvářejí již v raném mládí. Mnoho jiných vlastností vyžívá teprve v pozdějším věku. Oproti sebejistotě, kde je osvojení velmi obtížné, se některé vlastnosti v pozdějším věku

osvojují poměrně snadno (Siewert, 1999). Sebejistý člověk by měl do svých úvah začleňovat své okolí a měl by si uvědomovat společenskou zodpovědnost. Člověk, který je sebejistý, by měl znát své cíle a přání. Od narození má každý člověk určitá lidská práva a základem sebejistého vystupování je víra v tato práva. Mezi ně patří například vyjadřování vlastního přesvědčení, názorů, ideálů, pocitů, přání a svobodné rozhodování o náplni vlastního času (Siewert, 1999).

Lidé, kteří nemají dostatek sebejistoty, mohou náhle reagovat velmi agresivně, aniž by k tomu měli nějaký důvod. Nahromaděná agrese je častou příčinou tohoto přehnaného chování, je to neadekvátní reakce. Sebejistý člověk propadá agresivnímu jednání jen minimálně (Siewert, 1999).

1.5 Faktory ovlivňující sebedůvěru, sebejistotu a práci všeobecné sestry

Utváření sebeobrazu ovlivňuje řada skutečností, jako jsou informace z okolí, vlastní postoje a názory, zkreslení pod vlivem obranných mechanismů chránících před nepříjemnými zjištěními ohrožujícími sebeúctu. Jasnost sebepojetí je dána mírou přesnosti, výstižnosti a jednoznačnosti charakteristik sebepojetí, jejich vnitřní a časovou stabilitou. Pozitivní sebepojetí podporuje sebejistotu i prožívání kladných emocí vůči sobě a ovlivňuje také chování včetně chování v zátěžových situacích. Sebehodnocení je založeno na víceméně důkladné a přesné sebereflexi, která spočívá v programovém zaměření na vlastní chování a prožívání s cílem zachytit jejich podstatné znaky (Paulík, 2010). Profesní chování je určováno do jisté míry i tím, jak je chápána role sestry, smysl její činnosti, vztah k nemocnému a k dalším skupinám spolupracovníků. S profesním postavením úzce souvisí i osobnostní předpoklady, které pomáhají k naplnění jejího poslání. Postavení sestry ve společnosti je určováno jak historickým náhledem, tak i sociální a ekonomickou situací země. Skutečností zůstává, že role sestry a její postavení jsou závislé na mnoha faktorech, které jsou se zdravotnickou profesí spojeny (Zacharová et al., 2007).

1.5.1 Vzdělávání všeobecných sester

Vzdělávání všeobecných sester lze rozdělit na kvalifikační studium a další vzdělávání, které se dělí na specializační studium a kontinuální (celoživotní) vzdělávání.

Základní odborné studium je potřebné k získání kvalifikace, probíhá na vyšších typech škol nebo na univerzitách. Absolvování poskytuje způsobilost k výkonu povolání sestry (Staňková, 2002).

Další vzdělávání je potřebné k celoživotnímu odbornému růstu během profesního života sestry. Specializační studium je zaměřeno na specifiku ošetrovatelské péče v různých klinických oborech, na různé formy terénní a nemocniční péče a na management, probíhá v akreditovaných institucích a zdravotnických zařízeních. Univerzitní studium probíhá na univerzitách jako další vzdělávání, a to jako bakalářské studium sester ve všeobecném ošetrovatelství nebo jako magisterské studium ošetrovatelského managementu nebo pedagogiky. U nás je nejčastěji organizováno na lékařských fakultách. Následuje kontinuální vzdělávání, ve kterém je sestra povinna udržovat své odborné znalosti na úrovni současných vědeckých poznatků, a to prostřednictvím organizovaných forem vzdělávání, např. odborných akcí profesních organizací, kurzů, stáží nebo samostudiem (Staňková, 2002).

Celoživotní vzdělávání je nedílnou součástí profesionální dráhy sestry. Principem je udržování vysoké odbornosti a zvyšování kvality poskytované ošetrovatelské péče. Je nutné prohlubovat a doplňovat vědomosti a udržovat znalosti na úrovni současných vědeckých poznatků. Jedině tak může sestra držet krok s dobou. Ne vždy je ale celoživotní vzdělávání přijímáno kladně a některé sestry ho považují za nutnou povinnost, záleží na jejich motivaci a ochotě se vzdělávat. Je důležité, aby měla sestra pozitivní zkušenosti z dosavadního vzdělávání, aby měla dojem osobního prospěchu a aby si uvědomovala význam vzdělávání. Někdy může být překážkou nedostatek času nebo finanční náročnost. Možností dalšího vzdělávání je v současnosti velká škála (Kristová, Musilová, 2009).

Formy celoživotního vzdělávání jsou definovány zákonem, který zahrnuje specializační vzdělávání navazující na získanou odbornou způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka, certifikované kurzy, inovační kurzy, odborné stáže v akreditovaných zařízeních, účast na školicích akcích, odborných konferencích, kongresech nebo sympoziích, publikační, pedagogická a vědecko-výzkumnou činnost, kromě činnosti, která je předmětem výkonu povolání na základě pracovního poměru nebo obdobného pracovního vztahu, samostatné studium odborné literatury (Kristová, Musilová, 2009).

1.5.2 Adaptační proces

Podle Dvořákové znamená řízená adaptace systematickou orientaci a formalizované začlenění nového zaměstnance do kulturního, pracovního a sociálního systému organizace. Jejím účelem je snížit náklady na fluktuaci zaměstnanců, snížit ztráty na produktivitu a zvýšit pracovní spokojenost (Dvořáková, 2007). Proces adaptace vyžaduje specifický program adaptačních a vzdělávacích aktivit, které mají usnadnit a urychlit proces seznamování nových pracovníků (popřípadě pracovníků přecházejících v rámci organizace na jiné pracoviště či pracovní místo) s jejich novými pracovními úkoly, pracovními podmínkami a pracovním a sociálním prostředím, ale také s potřebnými znalostmi a dovednostmi tak, aby jejich pracovní výkon pokud možno co nejdříve dosáhl požadované úrovně (Koubek, 2007).

Účelem adaptace člověka v pracovním procesu je vytvoření souladu mezi jeho dosavadními odbornými znalostmi, praktickými dovednostmi a sociálními zkušenostmi na jedné straně a specifickými podmínkami daného pracoviště na straně druhé (Duchon, Šafránková, 2008).

1.5.3 Motivace všeobecných sester

Motivace je psychologický proces, který aktivuje naše chování a dává mu účel a směr. Je to vnitřní hnací síla, která nás vede k dosažení osobních cílů. Je to vůle něčeho dosáhnout. Motivace vyjadřuje stav vnitřní psychické nerovnováhy a chování směřuje k jejímu udržování a obnově, pokud byla narušena (Nakonečný, 1996). Vnitřní hnací síla je vedena pohnutkou, motivem. Silně motivující faktory jsou potřeby, hodnoty, emoce, ideály, zájmy. Motiv nevystupuje samostatně, obvykle působí více motivů najednou a někdy mohou být i protichůdné. U motivace lze sledovat směr, který určuje cíl, a intenzitu, která určuje míru úsilí a stálost, vytrvalost, se kterou se jedinec snaží dosáhnout cíle (Vágnerová, 2004). Motivace je v současné době chápána jako velmi důležitý faktor, který nás žene kupředu na cestě za úspěchem. Motivace vychází z vnitřních nebo vnějších pohnutek a podnětů. Vnitřní motivace vychází z potřeb, pudů, zájmů, ideálů, hodnotového systému každého jedince, potřeb poznávat a mít úspěch. Zevní motivace představuje vnější stimulaci prostřednictvím pobídek, jako jsou pochvala, povzbuzení, odměna, ale i hrozba a trest. V současné době se stále více klade důraz na vytváření takového prostředí, kde by se zabránilo fluktuaci zdravotnických

pracovníků. Cílem manažerů je snížit náklady spojené s náborem nových pracovníků či sníženou kvalitou poskytovaných služeb. Dosažené vzdělání je jeden z motivačních faktorů pracovní spokojenosti. Obecně platí pravidlo, že čím je vyšší vzdělání, tím je nižší pracovní nespokojenost. Základní motivační faktory pro vykonávání profese sestry jsou finanční ohodnocení, komunikace s kolegy, autonomie sester, pracovní prostředí (Vévoda, 2013).

1.5.4 Mobbing na pracovišti

Ve zdravotnickém zařízení se stejně jako jinde může objevovat tzv. mobbing. Mobbing je definován jako záměrné ublížení druhé osobě. Probíhá dlouhodobě, rafinovaně a skrytě. Mobbing se projevuje psychologickými útoky. Objevují se intriky, pomlouvání a donášení nadřízeným. Je to určitá forma teroru. Takové chování znehodnocuje atmosféru na pracovišti. Útoky se mohou opakovat delší dobu, často až do „zničení“ daného jedince nebo jeho odchodu z práce (Svobodová, 2008). Oběťmi mobbingu jsou často jednotlivci, kteří se něčím liší od ostatních spolupracovníků. Nejčastěji to jsou lidé osamocení, nápadní, úspěšní nebo noví zaměstnanci. Obětí mobbingu se může stát kdokoli, stejně tak se může kdokoli stát mobbérem (Bártlová et al., 2008).

První fáze mobbingu podle Kallwase (2002) většinou začíná konfliktem, který nebyl vyřešen. Ve druhé fázi se objevují pomluvy, naschvály, útoky a oběť je postupně vyřazena z kolektivu. Ve třetí fázi se jedinec dostává do stále většího stresu, sílí nejistota a psychická zátěž, objevují se chyby a omyly. V poslední, čtvrté fázi se jedinec vzdává, podává výpověď nebo odchází do pracovní neschopnosti.

Nejčastější příčiny mobbingu jsou stres na pracovišti, nedostatek práce, špatná kvalita vedení, hrozby propuštění, nevyhovující prostředí, ve kterém jedinec pracuje. Důležité je mobbingu předcházet. Toho můžeme dosáhnout dobrou informovaností a vzděláváním zaměstnanců. Je vhodné snažit se hledat způsoby řešení konfliktů, jednat asertivně. Je důležité mít jasně stanovená pravidla chování na pracovišti, která u zdravotníků určuje etický kodex (Ondriová, Dučaiová, 2010).

1.5.5 Nejčastější zátěžové situace v každodenní praxi

Nejčastějším zdrojem psychosociální zátěže je setkání sestry s umírajícím klientem a následně s jeho rodinou. Sestry jsou si vědomy příčin změn ve zdravotním stavu člověka a umírání, ale i přesto se neubrání citové zranitelnosti a ztotožňování se s pocity pacientů a příbuzných. Je také těžké zvládat kontakt s pozůstalými (Jobánková, Kvapilová, 2007). U některých může bolest přejít až do výčitek směrem ke zdravotnickému personálu. Jinou zátěžovou situací jsou dotazy a obavy pacientů, které ventilují směrem k sestře, protože jsou často od svých lékařů informováni velmi nedostatečně. Všeobecné sestry se setkávají s lidmi, kteří jsou sobečtí, netrpěliví, agresivní, panovační, chovají se k nim nehezky, ale sestry se musí chovat profesionálně, být milé a nedávat najevo žádné antipatie. Nesmí se vyhýbat problémovým nemocným, musí komunikovat a pečovat o všechny pacienty bez ohledu na jejich povahové vlastnosti a projevy, což pro ni může být taktéž zatěžující (Jobánková, Kvapilová, 2007).

1.5.6 Fyzická zátěž sester

Pracovní zátěž všeobecných sester je dána vyvážeností výkonové kapacity člověka a požadavky a podmínkami, za kterých se práce uskutečňuje. Zátěž je přiměřená, pokud jsou obě tyto složky v rovnováze. Pokud jsou v nerovnováze, jde o zátěž nepřiměřenou, která bývá označována jako zátěž z přetížení výkonové kapacity (Komačeková, 2009). Fyzické zatížení všeobecné sestry je velké a proměnlivé podle délky směny a soběstačnosti a věku klientů. Sestra je nejvíce vystavena zatížení pohybového aparátu, zejména dolních končetin, které zatěžuje jak staticky – stáním, tak i dynamicky – chůzí. Zatížena je také páteř a kloubní systém, nejvíce při ošetřování imobilních klientů. Sestra je vystavena velkému fyzickému zatížení, které ještě zhoršují nedostatečné pracovní podmínky, velkým rizikem při práci v nemocnici je riziko vzniku alergií a infekce. Důsledkem velké fyzické zátěže se u sester objevují zdravotní problémy jako bolesti hlavy a pohybového aparátu, křeče v lýtkách, varixy, zažívací potíže, častá nachlazení, poruchy spánkového rytmu, zhoršený zrak, podrážděnost, únava (Čechová et al. 2004).

1.5.7 Psychická zátěž sester

Příčiny psychického zatížení sester vyplývají buď z vlastní práce sestry, nebo mají původ v jejím osobním životě. Psychickou zátěž je možné definovat jako proces psychického zpracování a vyrovnání se s požadavky a vlivy životního a pracovního prostředí (Tuček, 2005).

Psychická zátěž může mít negativní vliv na zdraví jedince. Zátěž se odráží i do tělesného zdraví a vznikají psychosomatická onemocnění. Důsledkem může být únava, psychická rozladěnost, tělesný diskomfort nebo negativní emoční a náladové stavy. Mezi trvalé důsledky psychické zátěže patří nespokojenost s prací a burn-out syndrom (Tuček, 2005).

1.6 Stres

Podle psychologické definice se stres objevuje, jestliže si člověk uvědomí, že nároky jsou vyšší, než jsou jeho zdroje ke zvládnutí těchto nároků. Stres má mnoho složek a v první řadě musíme rozlišovat stresory a reakce na stres. Stresory jsou vnitřní nebo vnější události spouštějící stresové reakce. Stresory lze dále dělit podle délky nebo typu, např. na akutní události, chronické stresory, každodenní mrzutosti, traumatické stresory a napětí rolí (Ayersová, 2015).

Odolnost vůči stresu je typický lidský zdroj s převažující povahou schopnosti. Mění se v čase, závisí na řadě faktorů, lze ji vědomě ovlivňovat. Ke zvládnutí stresu tedy vedou dvě cesty. První směřuje do našeho okolí a spočívá v ovlivňování zátěží, druhá vede do našeho nitra a spočívá v ovlivňování odolnosti (sebepoznání, sebeřízení a stres) (Plamínek, 2013).

1.6.1 Proč je povolání všeobecné sestry stresující?

Povolání všeobecné sestry patří mezi ty nejnáročnější. V tomto povolání je sestra stále ve styku s mnoha faktory stresu různého druhu. Často se setkává s trpícími, umírajícími a nevléčitelně nemocnými pacienty. Každý den je ve styku s jedinci různě reagujícími na nemoc, pobyt v nemocnici a vyvolávajícími konflikty. A když se k tomuto množství problémů přidají špatné vztahy na pracovišti a problémy v každodenním životě, může se stát, že se sestra dostane do náročné životní situace – nadměrného stresu (Venglářová, 2011).

Mezi obecné stresové situace při povolání všeobecné sestry lze zahrnout neustálou pozornost a sledování přístrojů, instrukcí a stavu pacienta. Zátěží může být i flexibilní reagování na různé požadavky a změny v kombinaci s rychlým střídáním činností. To souvisí s nutností rychlého rozhodování a správným jednáním. Dalšími stresujícími podněty mohou být neustálé nároky na další vzdělávání a paměť. V neposlední řadě může být stresující nízké finanční ohodnocení takto náročné práce (Bartošíková, 2006). Na všeobecnou sestru mohou z hlediska doby trvání působit dlouhodobé a krátkodobé stresory. Do dlouhodobých stresorů se řadí například zodpovědnost za pacienty a nároky tohoto povolání, které se vyznačují již výše zmíněným soustavným vzděláváním a osvojováním si nových dovedností (Venglářová, 2011). Mezi ty krátkodobé můžeme zařadit záchranu života pacienta. Mohou se také týkat nemocného jako např. akutní bolest, kdy stres působí na všeobecnou sestru sekundárně. Je pro ni tedy stresující například nařikání klienta, přestože jeho bolest necítí. Za nejvíce emočně stresující se dá považovat kontakt s přímou smrtí a styk s nevléčitelně nemocným a trpícím pacientem. Také zacházení s intimitou pacienta, které leckdy překračuje intimní hranice (cévkování, aplikace klyzmatu atd.) lze vnímat jako určitou formu stresu. Všeobecné sestry v rámci léčby a péče mohou působit pacientům bolest (např. dezinfekce rány) a to některé mohou vnímat rovněž jako stres (Bartošíková, 2006). Důležité je zmínit také situace, kdy pacienti mohou různě reagovat na nemoc a na pobyt v nemocnici, a tak mohou vznikat různé konflikty. Velmi náročná je i schopnost oddělit pracovní záležitosti od těch osobních. Když se ještě k výše zmíněnému přidá špatné sociální klima na pracovišti, může být všeobecná sestra vystavena nadměrnému stresu, který bez nastolení opětovné rovnováhy značně přispívá ke vzniku procesu syndromu vyhoření (Venglářová, 2011). Také fyzická náročnost tohoto povolání je nezpochybnitelná, přestože pro syndrom vyhoření není tak podstatná. Jedná se zejména o zatížení páteře při manipulaci s pacienty, narušení spánkového rytmu při směnování, kontakt s nepříjemnými podněty (deformity, otevřené rány, exkrementy apod.), rizika vzniku infekce, kontakt s léky a dezinfekčními prostředky a mnohé další (Venglářová, 2011).

1.6.2 Eustres a distres

Rozlišujeme dva druhy stresu: eustres je stres příjemný, radostný, který působí ve slabší míře příznivě, dodává nám aktivní energii. Může při něm dojít také k přetížení člověka,

ale v kladném slova smyslu. Příkladem může být situace, kdy se snažíme zvládnout něco, co nám přináší radost, avšak vyžaduje to určitou námahu. Distres je stres nepříjemný, který ve větší míře působí škodlivě tím, že vede k přetížení člověka a v dané situaci převyšuje jeho možnosti (Venglářová, 2011).

O distresu se hovoří v případě, kdy přetížení člověka v dané situaci výrazně převyšuje jeho možnosti (Křivohlavý, 2010). Vědec Hans Selye už ve 30. letech minulého století rozdělil stres na pozitivní a negativní. Pozitivní stres označil jako eustres. Jeho důsledkem je ponaučení, zkušenost a vyšší výkon. Negativně vnímané, trvalé napětí, jež v nejhorších případech vede k chronickému onemocnění či syndromu vyhoření (burn-out), označil jako distres (Kraska-Lüdecke, 2007).

Stres může být rovněž chápán jako silná frustrace – stav zklamání a zmaření, kdy člověk nemůže dosáhnout cíle, který si stanovil, z důvodu překážek, jež mu stojí v cestě. Jinak řečeno se jedná o chronické neuspokojování potřeb, což může mít i zdravotní následky. Se stavem frustrace souvisí pojem strádání (deprivace), při kterém má jedinec nedostatek určitých podnětů (citových či smyslových). Může se jednat o dočasný stav neuspokojování vlastních potřeb (Ayersová, 2015).

1.6.3 Syndrom vyhoření

V profesích, ve kterých jsou pracovníci denně v kontaktu s lidskými bolestmi a jejich těžkými osudy, se jako u prvních začalo mluvit o jevu zvaném syndrom vyhoření (anglicky burn-out). Nejčastěji se objevuje tam, kde je hlavní pracovní náplní práce s lidmi, především tedy v pomáhajících profesích (Venglářová, 2011). Hlavní charakteristikou jedince procházejícího tímto syndromem je emocionální, duševní a fyzická vyčerpanost, čímž dotyčný ztrácí vůli k vytrvání (Rush, 2003).

Typický projev tohoto syndromu spočívá spíše v psychice jedince. Existuje mnoho definic syndromu vyhoření, avšak všechny mají společné vyčerpání energie nebo ztrátu nadšení (Rush, 2003).

Syndrom vyhoření může mít příčinu v povahových faktorech, jež ho mohou zesilovat. V každém případě jsou to takové vlastnosti zdravotníka, které mu práci ztěžují. Patří mezi ně odolnost a pevná vůle. Jedinec disponující těmito vlastnostmi se nerad vzdává a nerad přiznává chybu. Z toho také mohou vznikat pracovní konflikty (Rush, 2003). Rovněž zdravotníci perfekcionista jsou ohroženi vznikem burn-outu, protože se ocitají

pod tlakem sebe sama. Jejich nároky na sebe i na ostatní jsou příliš vysoké. Další rizikovou vlastností je workoholismus. Workoholici ustavičně pracují a snadno se následkem únavy dopustí chyby (Kalwas, Babka, 2007). Ztěžující vlastností je také precitlivělost, jež způsobí, že jedinci těžce nesou problémy a déle jim trvá, než se zotaví. Také to souvisí s dalším osobnostním předpokladem pro vznik syndromu vyhoření, a to s přehnanou schopností empatie. V důsledku neuvědomování si svých citových hranic některé všeobecné sestry příliš prožívají pacientovy problémy a to může snížit kvalitu jejich práce. Negativně působí i přehnaná cílevědomost. Ta je riziková, protože si kvůli ní jedinci stanovují příliš vysoké cíle, pro které jsou schopni udělat cokoli, a často se tak kvůli tomu přepínají (Venglářová, 2011).

I pocit nadměrné zodpovědnosti může přispět ke vzniku vyhoření. Nadměrný pocit zodpovědnosti se projevuje usilovným přemýšlením nad tím, aby nedošlo k chybě a poškození klienta. Tím se jedinec dostává do značného tlaku, který ho stresuje. Ohroženi jsou i zdravotníci disponující přehnanou soběstačností. Ti si raději vše udělají sami, než aby ztráceli čas vysvětlováním postupu druhým. Sami se tak přetěžují a snadněji udělají chybu. Soutěživost je pozitivní vlastnost, ale v rámci mezí. Pokud je zdravotník přehnaně soutěživý, může u něj dojít ke zhroucení při neúspěchu, v pracovním kolektivu je takový jedinec navíc neoblíbený. Také zdravotníci žijící pouze z úspěchu a uznání mají dispozice ke vzniku syndromu vyhoření. Celé to pramení z jejich vlastní nejistoty, která je v povolání všeobecné sestry nežádoucí (Křivohlavý, 1998).

Rizikové faktory jsou ty, které přispívají nebo dokonce způsobují syndrom vyhoření. Tyto faktory lze rozdělit dle jejich původce na vnitřní a vnější. Mezi vnitřní patří osobnostní charakterové rysy jedince a jeho povaha. Vnějšími faktory rozumíme ty, které na nás působí z okolí, a to jak ze zaměstnání, tak i ze společnosti celkově (Stock, 2010).

Faktory podílející se na vzniku vyhoření nemusí být pouze vnitřní, ale mohou být i vnější. Vnějšími faktory rozumíme například faktory vyskytující se v zaměstnání. Tím se obecně může myslet třeba nejistota pracovních poměrů, dlouhá pracovní doba nebo neslučitelnost zaměstnání a soukromého života (Stock, 2010).

V práci všeobecné sestry to pak může být zvýšená pracovní zátěž (fyzická, psychická, sociální) nebo celkově špatné pracovní podmínky. Také nedostatek uznání v pracovním

kolektivu i ze strany pacienta přispívá k nespokojenosti a zklamání, které mají za následek syndrom vyhoření. Dobré vztahy v kolektivu jsou velice důležité pro úspěšné vykonávání práce všeobecné sestry (Stock, 2010).

1.7 Duševní hygiena

Duševní hygiena hraje významnou roli v životě a práci každého jedince. Zvláště významná je v pomáhajících profesích. Její pravidelné provozování a dodržování jejích zásad se jeví jako velmi osvědčený a příjemný prostředek proti jakémukoli napětí, ať už vzniklo v pracovním, nebo osobním prostředí. V užším smyslu lze chápat duševní hygiena jako prostředek prevence duševních onemocnění jako např. neuróz nebo jako tlumení některých procesů při rozvoji psychóz. V širším pojetí se duševní hygiena prezentuje jako prostředek péče o optimální fungování duševní aktivity. S tímto se ztotožňuje Světová federace duševního zdraví (Křivohlavý, 2009). V první řadě má duševní hygiena hlavní význam v prevenci somatických a psychických nemocí a procesů. Jde především o to, že duševně zdravý člověk je mnohem odolnější nejen proti somatickým chorobám. Do prevence psychických nemocí a procesů patří právě prevence syndromu vyhoření (Ayersová, 2015).

Duševní hygiena je významná i v oblasti sociálních vztahů, kde platí, že duševně zdravý člověk má pozitivní vliv i na své sociální okolí. Bohužel i opačně platí, že lidé s narušenou duševní rovnováhou negativně ovlivňují sociální okolí mezilidských vztahů. Protože jsou takoví jedinci podráždění a úzkostliví, zvyšuje se výskyt konfliktů v jejich okolí (Křivohlavý, 2009).

Také odvedení kvalitního pracovního výkonu je jedním z významů duševní hygieny. V profesi všeobecné sestry je nezbytná koncentrace na daný problém, která není možná při duševní roztěkanosti. Duševní hygiena nastoluje rovnováhu, která umožňuje nejen zdravotní sestře soustředit se na práci, ale i uvolnit se při odpočinku. Poslední oblastí významu duševní hygieny, ale rozhodně ne tím nejméně důležitým, je subjektivní spokojenost. Ta je důležitá pro osobnostní a harmonický rozvoj každého jedince (Ayersová, 2015). Je důležité vědět, že duševní hygiena nemá v kompetenci přivést každého člověka bezpečně ke štěstí. Co ovšem může, je ukázat mu chyby, které štěstí ničí, a poskytnout rady, jak se jim vyhnout (Ayersová, 2015). Duševní hygiena se zabývá podmínkami, které umožňují zdravé fungování a celkově zdraví posilují a upevňují. Tyto podmínky lze dělit z hlediska vlivu na vnější a vnitřní. Vnější

podmínky mohou být ovlivňovány například prostředím. Oproti tomu vnitřní podmínky podléhají vlivu pouze samotného jedince. To znamená, že je pouze na jedinci samotném, jakého pokroku v cestě duševní hygieny dosáhne (Ayersová, 2015).

Vnějšími podmínkami rozumíme především komponenty životosprávy jako výživu, spánek, správné dýchání, odpočinek, tělesnou aktivitu a hospodaření s časem. O těchto faktorech existuje mnoho literatury a v dnešní době je to běžné téma, které je všeobecně známé. Proto jim zde nebude věnována další pozornost (Křivohlavý, 2009).

Cílem duševní hygieny a každého pracovníka v pomáhajících profesích, tedy i všeobecné sestry, je dosáhnout vysoké úrovně osobní adaptace. Tuto žádoucí úroveň adaptace umožňují vnitřní podmínky, a to prostřednictvím účinné obrany proti stresorům – sebevýchovou a jejími složkami (Křivohlavý, 2009).

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Hlavním cílem této bakalářské práce je zjistit, zda mají všeobecné sestry dostatek sebedůvěry a sebejistoty při vykonávání ošetrovatelské praxe.

2.2 Výzkumné otázky

- 1) Do jaké míry si sestry uvědomují svoji sebedůvěru a sebejistotu při vykonávání ošetrovatelské praxe?
- 2) Jak sestry vnímají důležitost a podstatu své sebedůvěry a sebejistoty při vykonávání ošetrovatelské praxe?
- 3) Jak sestry pečují o svou sebedůvěru a sebejistotu?
- 4) Jak si sestry budují svou sebedůvěru a sebejistotu při vykonávání ošetrovatelské praxe?
- 5) Do jaké míry všeobecnou sestru ovlivňuje její sebedůvěra a sebejistota při vykonávání ošetrovatelské praxe?

2.3 Operacionalizace pojmů použitých v cíli práce

Ošetrovatelská praxe je efektivní poskytování ošetrovatelské péče. Při poskytování péče sestry implementují (realizují) plán ošetrovatelské péče založený na úvodním ošetrovatelském posudku o klientu. Při poskytování ošetrovatelské péče sestry využívají teorii ošetrovatelství i nejlepší praktické zkušenosti odvozené z ošetrovatelského výzkumu (Kutnohorská, 2010).

Ošetrovatelský proces představuje systematickou, racionální a individualizovanou metodu plánování, poskytování a dokumentování ošetrovatelské péče, která je uskutečňována v určitém logickém pořadí (Kutnohorská, 2010).

Sebedůvěra jako součást sebepojetí vyjadřuje kladný postoj člověka k sobě samému. Sebedůvěra je do značné míry sociálně ovlivněna, závisí na přijetí a ocenění jinými lidmi (Průcha, 2001).

Sebejistota silně souvisí s optimismem, resp. pesimismem. Jak sebejistota, tak optimismus jsou vlastnosti, které se zakládají již v raném mládí. Jiné vlastnosti vyzrávají mnohem později, jako například znalost lidí. Proto je také možné si tyto vlastnosti i v pozdějším věku poměrně snadno osvojit, kdežto rozvíjet sebejistotu je nesrovnatelně obtížnější (Průcha, 2001).

Všeobecná sestra je osoba, která absolvovala obor všeobecná sestra, a získala tak profesní kvalifikaci, je registrovaná a vlastní licenci (zákonné povolení) pro poskytování ošetrovatelské péče (Kutnohorská, 2010).

3 Metodika

Pro získání dat do této bakalářské práce byl použit kvalitativní výzkum. Tento druh výzkumu zpracovává především informace získané vyprávěcí či esejistickou formou (Kutnohorská, 2009). Nejpoužívanější technikou kvalitativního výzkumu je rozhovor neboli interview. V této práci byl použit polostrukturovaný rozhovor. Při něm jsou otázky předem připraveny a tazající nemusí striktně dodržovat jejich pořadí (Reichel, 2009). Tazatel rovněž může pokládat doplňující otázky, které slouží ke splnění cíle práce (Reichel, 2009). Tento výzkum byl tvořen kvalifikovanými všeobecnými sestrami pracujícími v Nemocnici Jindřichův Hradec.

Před začátkem rozhovorů byli dotazovaní respondenti seznámeni s problematikou a účelem výzkumu této bakalářské práce. Následně proběhl rozhovor, jenž byl zaznamenán pomocí diktafonu. Odpovědi byly poté přepsány do počítače v textovém editoru Microsoft Word. Se zaznamenáváním odpovědí všichni dotazovaní souhlasili za předpokladu, že zůstanou v anonymitě. Rozhovory byly provedeny v rámci pracovní doby během volného času na denních místnostech sester, probíhaly nenuceně a sestry na kladené otázky odpovídaly dobrovolně. Většina rozhovorů probíhala v klidné a přátelské atmosféře.

3.1 *Charakteristika výzkumného souboru*

V případě kvalitativního výzkumu se ve výzkumném souboru jedná o výběr záměrný, neboť osoby spojuje stejná povědomost či problém v záměrně vybraném prostředí. Počet respondentů je stanoven dle častosti shody odpovědí na položené otázky. V tomto případě dojde k ukončení výzkumu (Kutnohorská, 2009).

Rozhovor se skládal z 18 otázek, které byly zaměřeny na téma sebedůvěra a sebejistota všeobecných sester v souvislosti s ošetrovatelskou praxí. Otázky byly kladeny deseti všeobecným sestrám ze standardního oddělení, z nichž pět bylo krátkodobě v ošetrovatelské praxi v rozmezí do pěti let, a pět dlouhodobě pracujících s praxí pět let a více. Následně bylo dotazováno dalších deset sester, a to z intenzivní péče, rovněž rozdělených na pět s krátkodobou praxí do pěti let a pět s dlouhodobou praxí pět let a více. Otázky z výzkumu byly rozděleny do devíti kategorií.

4 Výsledky

V této kapitole budou popsány výsledky shromážděné v průběhu výzkumného šetření. Výsledky budou sestaveny dle informací získaných pomocí polostrukturovaného rozhovoru od všeobecných sester. Pro rozhovory bylo vybráno 20 respondentů z různých oddělení Nemocnice Jindřichův Hradec. Rozhovory se skládaly z 18 otázek, z nichž bylo vytvořeno devět kategorií.

4.1 Identifikační údaje dotazovaných respondentů

Tabulka 1: Identifikační údaje dotazovaných respondentů

Respondent	Věk respondenta	Dosažené vzdělání	Specializace	Oddělení	Délka praxe v ošetrovatelství
1	55 let	středoškolské	ARIP	JIP	36 let
2	48 let	středoškolské	ARIP	JIP	26 let
3	45 let	středoškolské	ARIP	JIP	26 let
4	58 let	středoškolské	ARIP	JIP	37 let
5	40 let	středoškolské	ARIP	JIP	19 let
6	24 let	vysokoškolské	-	JIP	2 roky
7	26 let	vysokoškolské	-	ARO	4 let
8	23 let	vysokoškolské	-	JIP	2 roky
9	24 let	vysokoškolské	-	ARO	3 roky
10	25 let	vysokoškolské	-	JIP	2 roky
11	46 let	středoškolské	-	Intermediální	28 let
12	38 let	středoškolské	-	Interní	18 let
13	46 let	vysokoškolské	-	Interní	20 let
14	38 let	středoškolské	-	Chirurgie	18 let
15	30 let	středoškolské	-	Oční	8 let
16	26 let	vysokoškolské	-	Intermediální	4 roky
17	27 let	vysokoškolské	-	Intermediální	5 let
18	25 let	vysokoškolské	-	Kardiologické	1,5 roku
19	24 let	vysokoškolské	-	Interní	3 roky
20	25 let	vysokoškolské	-	Interní	3 roky

Zdroj: Vlastní zpracování

Tato tabulka obsahuje identifikační údaje dotazovaných všeobecných sester. Všichni respondenti jsou ženského pohlaví. Z tabulky 1 je patrné, že více respondentů má vysokoškolské vzdělání. Takto odpovědělo 11 sester. Zbylých devět sester odpovědělo, že mají středoškolské vzdělání, z nichž ještě pět má specializaci ARIP. Z tabulky je

patrné, že respondenti jsou rozděleni po pěti, a to na sestry z ARO a JIP v ošetrovatelské praxi více než pět let a na sestry v praxi pět let a méně, dále pak na sestry ze standardních oddělení s ošetrovatelskou praxí více než pět let a na sestry s praxí pět let a méně. Všichni dotazovaní respondenti pracují na odděleních Nemocnice Jindřichův Hradec.

4.2 Kategorizace výsledků polostrukturovaných rozhovorů se všeobecnými sestrami

- I. Kategorie: Osobní definice pojmů sebedůvěra a sebejistota;
- II. Kategorie: Důležitost sebedůvěry a sebejistoty při výkonu ošetrovatelské praxe;
- III. Kategorie: Osobní hodnocení sebedůvěry a sebejistoty;
- IV. Kategorie: Sebedůvěra a sebejistota během práce;
- V. Kategorie: Ovlivnění sebedůvěry a sebejistoty;
- VI. Kategorie: Utváření sebedůvěry a sebejistoty;
- VII. Kategorie: Odlišnosti v sebedůvěře a sebejistotě na různých odděleních;
- VIII. Kategorie: Stres;
- IX. Kategorie: Duševní hygiena.

I. Kategorie: Osobní definice pojmů sebedůvěra a sebejistota

První kategorie byla zaměřena na otázky ohledně toho, jak by jednotliví dotazovaní respondenti definovali sebedůvěru a sebejistotu na základě svého vlastního názoru. Tato kategorie se skládala ze dvou otázek.

Na otázku sebedůvěry respondentka 3 uvedla: „*Sebedůvěra je to, když si člověk věří, věří tomu, co dělá, jak to dělá, a věří ve svoje schopnosti.*“ Podobně odpověděla i většina ostatních dotazovaných sester. Respondentka 11 ještě doplnila: „*Nepřemýšlím o tom, co dělám a jak to dělám, prostě to podle mě tak je a věřím si.*“

Druhá část této kategorie byla zaměřena na sebejistotu. Respondentka 16 uvedla: „*Sebejistota je, pokud si člověk věří, je si jistější tím, co dělá, tím že to dělá správně a nejlépe, jak dovede, k sebejistotě se musíme propracovat krok od kroku neustálým opakováním a zdokonalováním.*“ Respondentka 1 doplnila: „*Je to, když nemám pocit*

méněcennosti.“ Respondentka 3: „Ještě výš nad tou sebedůvěrou, člověk si může věřit a je si sám sebou jistý.“ Odpovědi ostatních sester byly podobné jako u respondentky 16.

II. Kategorie: Důležitost sebedůvěry a sebejistoty při výkonu ošetrovatelské praxe

Účelem této kategorie bylo zjistit, jak je pro sestry sebedůvěra a sebejistota důležitá při vykonávání ošetrovatelské praxe. Všechny dotazované společně odpovídaly, že sebedůvěra a sebejistota jsou při jakékoliv jejich práci velmi důležité. Respondentka 16 odpověděla: „Obojí je velmi důležité pro mě, pro mé pacienty, je potřeba vědět, co dělám, a být si tím jistá, být si jistá sama sebou a umět obhájit své postupy.“ Toto tvrzení ve své odpovědi doplňuje respondentka 17, která uvedla, že k výkonům je potřeba přistupovat s pokorou, a ne s přílišným sebevědomím. Respondentka 1 se ve své odpovědi na tuto otázku vyjádřila následně: „Měla by být hodně důležitá, pacienti hodně berou sestry jako autority, nechají si od nich poradit, je to pro ně dost motivující, když jim sestry něco řeknou.“

III. Kategorie: Osobní hodnocení sebedůvěry a sebejistoty

Cílem této kategorie bylo, aby sestry ohodnotily svoji míru sebedůvěry a sebejistoty na stupnici od 0 do 10. Kategorie se skládala ze dvou otázek. První otázka byla zaměřena na míru sebedůvěry a sebejistoty při vykonávání ošetrovatelských výkonů. Druhá otázka byla následně zaměřena na míru sebedůvěry a sebejistoty při vykonávání ošetrovatelské praxe.

Ve většině případů se u první otázky odpovědi pohybovaly mezi 5–7, pouze u jedné sestry byla odpověď 8, a to u respondentky 2, která k hodnocení dodala: „Osobně si dost věřím, ale člověka vždycky něco zaskočí, to, co je poprvé.“ Tato sestra se pohybuje v ošetrovatelské praxi již 26 let. Oproti tomu respondentka 18, která uvedla nejmenší hodnocení, odpověděla: „Zatím nejspíš 4, jsem v praxi teprve krátce a věřím, že s postupem času to bude lepší a lepší, ale myslím, že vysoká míra sebedůvěry a sebevědomí také není dobrá.“ Ošetrovatelská praxe respondentky 18 je ze všech dotazovaných nejkratší, a to 1,5 roku. U odpovědí respondentů s kratší praxí se hodnocení pohybovalo mezi stupni 5–6, naproti tomu u sester s delší praxí to bylo 6–7. Pouze jedna sestra pohybující se v ošetrovatelské praxi delší dobu hodnotila nižším stupněm. Respondentka 3, která je v praxi 26 let, odpověděla: „5, protože pořád jsou

výkony, ke kterým přistupuji s respektem, a jsou výkony, které dělám automaticky a sebejistě.“ Respondentka 16 reagovala takto: „To podle mě nejde jednoznačně říct. U některých výkonů a postupů, které jsou pro mě rutinou a vykonávám je každý den, bych si troufla dát 9–10, u jiných, se kterými se setkám jen zřídka, bych hodnotila například 3.“

U druhé otázky této kategorie byly odpovědi stejné jako u první. Pohybovaly se mezi 5–7 stupni hodnocení. Respondentky v dotazníku ve většině případů odpovídaly shodným hodnocením u obou těchto otázek. Odpověď respondentky 20 byla následující: *„7 – je to získané léty a pracovala jsem na odlišných odděleních a to jsem vždy byla na dně, ale dost jsem se naučila.“* Respondentka 1 odpověděla: *„7 – člověk sklouzne do nějaké rutiny, je otupělý po těch letech.“*

IV. Kategorie: Sebedůvěra a sebejistota během práce

V této kategorii bylo zjišťováno, jak ovlivňuje sebedůvěra a sebejistota sestry během jejich práce. Na tuto otázku se odpovědi jednotlivých respondentek mírně lišily, ale většina z nich ve svých odpovědích uváděla, že jejich sebedůvěra a sebejistota vykonávanou práci určitě ovlivňuje. Respondentka 3 uvedla: *„Léty určitě, když jsem nastoupila, tak jsem žádnou sebedůvěru ani sebejistotu neměla.“* Toto doplňuje tvrzení respondentky 17: *„Čím častěji dělám ty věci, tak jsem sebejistější a víc si věřím.“* Respondentka 16 svou odpověď ještě více rozvedla: *„Samozřejmě hodně, práce s lidmi konkrétně v nějaké složité životní, zdravotní situaci je specifická a mé vystupování související s mou sebedůvěrou a sebejistotou je pro mé pacienty důležité. Mé vystupování, můj přístup k nim, to vše s tím souvisí.“* Na tuto otázku sestry odpovídaly podobně, nezávisle na věku nebo délce praxe.

V. Kategorie: Ovlivnění sebedůvěry a sebejistoty

V této kategorii bylo účelem zjistit, jak a co ovlivňuje sebedůvěru a sebejistotu všeobecných sester. Kategorie je tvořena čtyřmi otázkami, jež se týkají faktorů ovlivňujících sebedůvěru a sebejistotu a toho, jak ji tyto faktory ovlivňují, do jaké míry ovlivňují sebejistotu a sebedůvěru nové výkony při práci a jak je ovlivněna sebedůvěra a sebejistota sester jejich nadřízenými.

První otázka byla zaměřena na to, do jaké míry ovlivňují sebedůvěru a sebejistotu sester nové výkony při jejich práci. Z odpovědí na tuto otázku bylo patrné, že zkušenější sestry si v nových výkonech věří více než ty, jejichž ošetrovatelská praxe je kratší. Respondentka 5 v této otázce odpověděla: „*Člověk se toho nesmí bát. Musí věřit v to, že nové postupy zvládne. Všechno se nedaří hned napoprvé, takže je potřeba mít sama se sebou trpělivost.*“ Další ze zkušených sester s delší praxí je Respondentka 11, jejíž odpověď zněla: „*Nové výkony vždy přijmu kladně. Člověk se naučí novým věcem a může dát pacientům zas o něco více.*“ V odpovědích méně zkušených sester bylo patrné, že k novým výkonům mají více respektu. Respondentka 7 uvedla: „*Pokud se setkám s novým výkonem, snažím se vše okoukat od starších a zkušenějších. Samozřejmě moje sebedůvěra a jistota klesá, objevují se otázky, zda to zvládnou, zda to dělám dobře a podobně.*“ Odpověď respondentky 10 zněla: „*Nové výkony ovlivňují hodně. U toho, který se dělá často, tak je znát že tam tu jistotu mám. Výkony, které se nedělají tak často, pořádně nevím, co a jak, mám to třeba nastudované, ale v těch rukách to není.*“ Respondentka 17 odpověděla: „*Mám před nimi respekt, sebedůvěra jde hodně dolů, snažím se to naučit a přistupovat zodpovědně, a ne sebejistě.*“

Druhá otázka se týkala faktorů ovlivňujících sebedůvěru a sebejistotu. Na otázku, jaké faktory si myslí, že jejich sebedůvěru a sebejistotu ovlivňují, všechny dotazované odpověděly, že je pro ně důležitý kolektiv na oddělení. Druhou nejčastější odpovědí mezi sestrami byly zkušenosti. Dále pak prostředí, ve kterém pracují, a vzdělání. Odpověď respondentky 13 zněla: „*Myslím, že právě ty zkušenosti. Dále pracovní kolektiv, míra stresu, informovanost, je toho spousta, ale tyhle jsou asi pro mě nejdůležitější.*“ Respondentka 9 kromě jiného doplnila, že její sebedůvěru a sebejistotu ovlivňují lékaři i sami pacienti. Respondentka 14 uvedla: „*Skladba personálu, kolegyně, vedení, oddělení, kde pracuji, když se tam cítím dobře a baví mě to, tak ta výkonnost je lepší.*“

Třetí otázka úzce souvisela s otázkou druhou a zaměřovala se na to, jak faktory uvedené respondentkami v druhé otázce ovlivňují sestry při výkonu ošetrovatelské praxe. Odpovědi byly různé. Respondentka 12 byla velmi stručná: „*Tyto faktory mě ovlivňují hodně jako většinu mých kolegyně a kolegů.*“ Respondentka 19 svou odpověď více rozvedla: „*Podle zkušeností a informací dokážete odhadnout výsledky a následky péče, kterou poskytnete. Míra stresu je také důležitá, většinou jde o časový nátlak, kdy se snažíte pracovat svižně a ztrácíte potřebnou soustředěnost, takže to vaší sebejistotě*

ubírá. A pracovní kolektiv. Je totiž podle mě velice důležité umět se sehrát tak, aby to pěkně „šlapalo“.“ Respondentka 7 například uvedla, že nejvíce ji ovlivňuje vzdělání, díky kterému ve většině případu ví, co má dělat, a je si při své práci jistější. Respondentka 2 se v odpovědi nejvíce zaměřila na pracovní kolektiv: „Mám štěstí, že mám dobrý kolektiv, nikdo se tu po mně nevozil, všechno naučili, vysvětlili, vedení je taky skvělé, praxe je ovlivňována samými pozitivními faktory, když má člověk dobré vedení, tak se sebedůvěra utváří mnohem lépe než za špatných podmínek.“

Na tuto odpověď navazuje otázka 4 ve znění: Do jaké míry Vaši sebedůvěru a sebejistotu ovlivňují Vaši nadřízení? Na tuto otázku byly odpovědi sester opět velmi různorodé. Respondentka 1 uvedla: „Se staniční sestrou se sekáváte denně, tak vám ukazuje, co a jak, ovlivňuje to hodně, je trpělivá, hodná.“ S tím, že nadřízení jejich sebedůvěru a sebejistotu ovlivňují hodně, souhlasí i respondentka 15. Respondentka 4 svou odpověď formulovala takto: „Vrchní ani hlavní sestra moji sebejistotu nijak extra neovlivňují. Naše sestra staniční ano. Rozhodně dokáže zorganizovat chod oddělení a práci sester. Podle mě je to důležitý faktor pro to, aby se sestra cítila jistě, protože ví, co má dělat.“ Oproti tomu Respondentka 12 ve stručnosti odpověděla: „Vedení mě neovlivňuje, nemám ten pocit, neshazují mě, váží si mě.“

VI. Kategorie: Utváření sebedůvěry a sebejistoty

Cílem této kategorie bylo zaměřit se na utváření sebedůvěry a sebejistoty. První otázka byla zaměřena na utváření sebedůvěry a sebejistoty při výkonu práce. Druhá potom na utváření v osobním životě.

V odpovědích na první otázku se nejčastěji objevovala délka praxe, s tím související opakování různých výkonů a učení se od starších a zkušenějších kolegů. Nejstarší a nejzkušenější ze všech dotazovaných sester, respondentka 4, odpověděla sebevědomě: „Já si ji nebuduju, já ji mám.“ Další odpovědi již tak jednoznačné nebyly. Respondentka 13 uvedla: „To je různé, ale zejména praxí a vzájemným hodnocením s kolegyněmi získávám zpětnou vazbu a posiluji svou sebedůvěru.“ Na toto navazuje odpověď respondentky 10: „Určitým způsobem. Vzděláním, dobou praxe, buduje se to postupně, člověk je ze začátku nejistý, když nastoupí do praxe. Když to dělá často, když to umíte a víte, co děláte, tak nějakým stylem. Učí vás starší kolegyně a řeknou vám, jak jste to udělala třeba dobře.“ Odpovědi dalších respondentek byly velmi podobné.

V osobním životě si dotazované sestry budují sebedůvěru a sebejistotu opět různým způsobem. Většina sester pomocí svého okolí, rodiny a přátel, jiné podobně jako v práci. Některé respondentky uvádí, že v osobním životě sebedůvěru a sebejistotu nemají nebo že se buduje velmi těžce. Na okolí a rodinu ve své odpovědi poukazuje respondentka 14: *„Důležité jsou pro mě znalosti a zkušenosti. A i když člověk během života nemá zkušenost se vším, čerpá potom ze zkušeností a znalostí své rodiny a svých blízkých. To vám pak dává pocit jistoty a pocit toho, že víte, co máte dělat.“* Respondentka 13 stručněji uvedla, že si svoji sebedůvěru a sebejistotu v osobním životě buduje podobně jako v práci. Odpověď jiné z respondentek byla, že se snaží svůj osobní život oddělit od pracovního, ale způsob tohoto utváření v odpovědi uveden nebyl, pouze komentář: *„Osobní věc.“* V odpovědi respondentky 20 stálo: *„Tam ji vůbec nemám, jedu si po svém, ale ne suverénně.“*

VII. Kategorie: Odlišnosti v sebedůvěře a sebejistotě na různých odděleních

Kategorie VII ukazuje pohled sester na odlišnosti v sebedůvěře a sebejistotě na různých odděleních. Otázka v této kategorii je zaměřena na názory sester ohledně rozdílů na standardním oddělení, ARU a JIP, zda si myslí, že je někde potřeba více či méně sebedůvěry a sebejistoty nebo jestli má jinou formu. V odpovědích se většina sester shoduje, že žádné větší rozdíly v různých odděleních nevidí. Například respondentka 17 uvádí, že na každém oddělení by měla být sebedůvěra a sebejistota stejná, a doplňuje: *„Pokud práci vykonávám dobře a ve svém nejlepším přesvědčení, tak sebedůvěra je důležitá, jelikož bych si nebyla jistá, co jdu podat a proč. Na ARO a JIP je péče akutnější, pacienti jsou ohroženi na životě a sestra se musí umět samostatně rozhodnout, k tomu je za potřebí sebedůvěra i sebejistota.“* S názorem této respondentky se ztotožňuje i respondentka 18, jejíž odpověď zněla: *„To nedokážu posoudit. Na každém oddělení je něco, co vás může vyvést z míry, takže si myslím, že i když jste na JIPce, standardu, nebo na ARO, úroveň sebedůvěry a sebejistoty je zhruba stejná.“* Respondentka 3 se vyjádřila podobným způsobem: *„Myslím si, že se neliší. Samozřejmě na JIP a ARO musí pracovat sestry, které se umí rychle rozhodovat, umí pracovat samostatně atp., ale sebedůvěra a sebejistota nejsou podle mého názoru rozdílové faktory pro rozdílná oddělení.“* Lehce odlišný názor má respondentka 6: *„Každá sestra, která je v praxi, by měla mít určitou úroveň sebedůvěry a sebejistoty, aby tu práci mohla vykonávat podle nejvyššího svědomí a kolegyně se na ni mohly*

spolehnout. Na ARO a JIP je zapotřebí vyšší sebevědomí, mají náročnější pacienty v ohrožení života, je to na psychiku náročnější.“ Další respondentky se vyjádřily podobně jako jejich kolegyně a zastávají názor, že by se neměla sebedůvěra a sebejistota na různých odděleních příliš lišit.

VIII. Kategorie: Stres

V předposlední kategorii výzkumu byla řešena míra stresu při práci ovlivňující sebedůvěru a sebejistotu sester. V této otázce měly respondentky odpovídat pomocí stupnice 0–10, kde 0 byla nejmenší ovlivnění a 10 největší ovlivnění stresem. Odpovědi na tuto otázku se opět lišily v závislosti na zkušenostech a délce praxe jednotlivých sester. Sestry s menší praxí, tj. do pěti let, odpovídaly zpravidla vyššími stupni ovlivnění stresem, naopak zkušenější sestry stupni menšími. Toto tvrzení dokazuje fakt, že sestra s nejmenší délkou praxe, respondentka 18, měla v odpovědi nejvyšší hodnotu – míru ovlivnění stresem hodnotila stupněm 8. Oproti tomu respondentka 4, která má nejdélejší praxi v ošetrovatelské péči, odpověděla: „3, moc mě neovlivňuje.“ Další, méně zkušenější respondentka 7 svou odpověď více rozvedla: „Stres je strašákem v každém povolání. V našem případě by měl být ale minimální, i když nebudeme si nic nalhávat, máme ho víc než dost, akorát to nedáváme najevo. Přece jen se jedná o lidský život. Hodnotím číslem 6.“ Průměrná hodnota sester s kratší praxí byla stupeň 7 a průměrná hodnota sester s delší praxí byla na stupni 4. Výsledek tohoto šetření všech dotazovaných sester se pohyboval v průměru mezi stupni 5–6.

IX. Kategorie: Duševní hygiena

Poslední kategorie se zabývala duševním zdravím a duševní hygienou. Součástí této kategorie byly čtyři otázky.

Co pro Vás znamená duševní hygiena?

V odpovědích na tuto otázku se společně sestry téměř shodly na následujícím názoru: „Co se děje v práci, by mělo zůstat v práci.“ Odpovědi dokazují fakt, že sestry po tom, co opustí pracovní prostředí, přestanou myslet na práci, odpočívají, věnují se tomu, co mají rády a co jim přinese klid a uspokojení. Příkladná byla odpověď respondentky 13: „Ať už pracujete kdekoliv, duševní hygiena je důležitá. Vypnout. A svou soustředěnost zaměřit na něco odlišného, než je práce.“ Respondentka 8 je podobného názoru:

„Vyčistit si hlavu, oprostít se od té práce, nemyslet na to, odcházet z práce s čistou hlavou, i když to v tomhle zaměstnání jde těžko.“ Respondentka 19 dodala: *„Je potřeba udržovat zdravý životní styl, pohyb a podobně, aby člověk nežil jen prací. Odpočinout, vyrazit si, věnovat se koníčkům...“* Konkrétněji svou odpověď rozvedla respondentka 1: *„Relax, dovolená, kafe, čokolády, kolo, volejbal, posezení s přáteli, nicnedělání, zamknout v hlavě práci a vypustit.“*

Jakou si myslíte, že má spojitost sebedůvěra a sebejistota s duševní hygienou?

Výsledek této otázky nejlépe vystihuje odpověď respondentky 15: *„Velikou, je to potřeba, člověk nemůže žít jenom svou prací, jinak stres převažuje nad tou sebedůvěrou a sebejistotou. Člověk musí dbát na svou duševní hygienu, nabít se novou pozitivní energií, aby byl každý den, kdy je v práci, připraven podat dobrý výkon, který je v tomto zaměstnání opravdu důležitý, často i životně důležitý.“* Podobné odpovědi se vyskytovaly u všech dotazovaných sester. Respondentka 4 dodala, cituji: *„Hodně, pokud se nebudu očišťovat, tak se zblázním a moje výkonnost bude klesat.“*

Do jaké míry si myslíte, že duševní hygiena ovlivňuje sebedůvěru a sebejistotu?

Odpovědi na tuto otázku se příliš nelišily, byly až téměř identické s předchozí otázkou. Respondentka 9 uvedla: *„Když jste psychicky odpočatá, tak jde všechno lépe, jste vyrovnanější, pozornější a soustředěnější a to se podepisuje podle mě na sebedůvěře a sebejistotě v práci.“* Respondentka 14: *„Duševní hygiena nás ovlivňuje hodně, je to velmi důležité. Odpočinek, relaxace se podepisují na naší psychice.“*

Jak pečujete o svoje duševní zdraví?

Poslední otázka výzkumného dotazníku se týkala péče o duševní zdraví. Zde sestry uváděly, co je po pracovním dni udělá šťastnými, jak odpočívají, jak nabírají novou energii do dalšího pracovního dne, jaké mají koníčky, které jim pomohou si odpočinout a přestat myslet na práci. Odpovědi byly odlišné a odvíjely se od toho, co má každá sestra ráda a u čeho si odpočine. Respondentka 3 odpověděla: *„O volných dnech procházky se psem, jízda na kole, dobrá večeře, schůzka s přáteli nebo s rodinou.“* Odpověď další z respondentek byla: *„Především tím, že se snažím nenosit si práci domů. Nestresovat se věcmi, které stejně nemůžeme nijak ovlivnit. A trávit volný čas tak, aby mi to přineslo radost.“* Respondentka 19 pečuje o svou duševní hygienu následně:

„Vezmu knihu, dám si nohy nahoru, dám si sklenku vína, uvolním se a přestanu myslet na všechny problémy.“

5 Diskuze

Cílem této bakalářské práce je zjistit míru sebedůvěry a sebejistoty všeobecných sester v ošetrovatelské praxi. Je zkoumáno, jak sestry sebedůvěru a sebejistotu vnímají, jak je pro ně důležitá a jak o ni pečují. Dále byly otázky zaměřeny na rizikové faktory související s danou problematikou a v neposlední řadě také na duševní hygienu.

K výzkumu byly využity polostrukturované rozhovory. Ty byly provedeny se sestrami pracujícími na odděleních v okresní nemocnici. Odpovědi respondentek se lišily kromě subjektivního vnímání otázek také v závislosti na stupni dosaženého vzdělání. 11 z 20 dotazovaných respondentek dosáhlo vysokoškolského vzdělání, zbylých devět respondentek má nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské, z nichž ještě pět specializaci ARIP. Dalším faktorem byla doba praxe, kdy nejkratší doba celkové praxe činila rok a půl a nejdelší doba praxe 37 let.

V první otázce se jednalo o definici sebedůvěry a sebejistoty tak, jak ji přímo vnímají dotazované sestry. Výsledky se týkají osobního názoru jednotlivých respondentek. Respondentka 3 uvedla: „*Sebedůvěra je to, když si člověk věří, věří tomu, co dělá, jak to dělá, a věří ve svoje schopnosti.*“ Tento názor sdílely ve svých odpovědích všechny dotazované sestry. Z výsledků výzkumu bylo patrné, že sestry sebedůvěru vnímají jako pocit víry v sebe sama. Novák (2011) ve své publikaci definuje sebedůvěru jako postoj člověka k vlastní osobě. V ideálním případě jde o kladný vztah k sobě sama. V opačném případě se nejčastěji nízká sebedůvěra projevuje jako sebepodceňování a nízké sebehodnocení. Ve výzkumu jsme se setkali u všech sester pouze s kladným postojem ke své osobě. Z žádné z odpovědí sester nevyplývalo, že by sestra sebe sama nějak podceňovala a podhodnocovala se. V otázce definice sebejistoty respondentka 16 uvedla: „*Sebejistota je, pokud si člověk věří, je si jistější tím, co dělá, tím, že to dělá správně a nejlépe jak dovede, k sebejistotě se musíme propracovat krok od kroku neustálým opakováním a zdokonalováním.*“ Podle Seiwerta (1999) sebejistota velmi úzce souvisí s ostatními vlastnostmi člověka. Se sebejistotou jsou nejčastěji spojovány vlastnosti, jako je optimismus a pesimismus, které se utvářejí již v raném mládí. Mnoho jiných vlastností vyžívá teprve v pozdějším věku.

V další otázce byla řešena důležitost sebedůvěry a sebejistoty při výkonu ošetrovatelské praxe. Z odpovědí na otázku vyplývalo, že pro všechny dotazované sestry je sebedůvěra

a sebestjistota při jakékoliv jejich práci velmi důležitá. Respondentka 16 odpověděla: „*Obojí je velmi důležité pro mě, pro mé pacienty, je potřeba vědět, co dělám, a být si tím jistá, být si jistá sama sebou a umět obhájit své postupy.*“ Toto tvrzení ve své odpovědi doplňuje respondentka 17, která uvedla, že k výkonům je potřeba přistupovat s pokorou, a ne s přílišným sebevědomím. Respondentka 1 se ve své odpovědi na tuto otázku vyjádřila následně: „*Měla by být hodně důležitá, pacienti hodně berou sestry jako autority, nechají si od nich poradit, je to pro ně dost motivující, když jim sestry něco řeknou.*“ Důležitost sebedůvěry a sebestjistoty shrnuje Taylor (2012). Jestliže by měla být sebedůvěra v práci důležitá, tak právě nyní, v době, kdy jsou lidé drceni důsledky rizikových hypoték, kdy neustále ubývá pracovních míst, a přitom se na ně hlásí více uchazečů, proto je stále obtížnější prosadit se na trhu, nám může být schopnost sebedůvěry užitečnější víc než v minulosti. Je potřeba si uvědomit, že v současném světě potřebuje člověk k tomu, aby byl úspěšný a mohl vést tým, oddělení nebo firmu, mít více sebedůvěry.

Další dvě otázky byly založeny na osobním hodnocení každé ze sester. Sestry samy hodnotily svou míru sebedůvěry a sebestjistoty nejprve při vykonávání ošetrovatelských výkonů a poté při výkonu ošetrovatelské praxe. Hodnocení probíhalo pomocí stupnice 0–10, kde 0 bylo nejmenší hodnocení a 10 největší. Zde se sestry v odpovědích dělily do dvou skupin. Sestry s menší dobou ošetrovatelské praxe odpovídaly na tyto otázky spíše menším hodnocením, oproti tomu sestry, které mají delší praxi ve zdravotnictví, odpovídaly vyšším hodnocením. Respondentka 2 uvedla: „*8, osobně si dost věřím, ale člověka vždycky něco zaskočí, to, co je poprvé.*“ Délka praxe sestry v ošetrovatelství je 26 let. Oproti tomu respondentka 18 měla nejmenší hodnocení, odpověděla: „*Zatím nejspíš 4, jsem v praxi teprve krátce a věřím, že s postupem času to bude lepší a lepší, ale myslím, že vysoká míra sebedůvěry a sebevědomí také není dobrá.*“ Ošetrovatelská praxe respondentky 18 je ze všech dotazovaných nejkratší, a to 1,5 roku. Odpověď další z respondentek byla: „*7 - je to získané léty a pracovala jsem na odlišných odděleních a to jsem vždy byla na dně, ale dost jsem se naučila.*“ Respondentka 1 odpověděla: „*7 – člověk sklouzne do nějaké rutiny, je otupělý po těch letech.*“ S výsledkem šetření těchto otázek se ztotožňuje Kupka (2010), podle kterého si sebedůvěru člověk utváří postupem času, nemůžeme ji získat hned, ale musíme se k ní dopracovat postupně. V otázce sebestjistoty v pracovním procesu je klíčem k větší sebestjistotě doba praxe a množství splněných a opakujících se výkonů. Na tyto otázky navazuje další kategorie,

kteřá zahrnuje otázku, jak sebedůvěra a sebejistota ovlivňuje sestry při práci. Na tuto otázku se odpovědi jednotlivých respondentek mírně lišily, ale většina z nich ve svých odpovědích uváděla, že jejich sebedůvěra a sebejistota vykonávanou práci určitě ovlivňuje. Jako příklad je zde vhodné uvést odpověď respondentky 16: *„Samozřejmě hodně, práce s lidmi konkrétně v nějaké složité životní, zdravotní situaci je specifická a mé vystupování související s mou sebedůvěrou a sebejistotou je pro mé pacienty důležité. Mé vystupování, můj přístup k nim, to vše s tím souvisí.“* Tuto odpověď ještě doplňuje respondentka 17: *„Čím častěji dělám ty věci, tak jsem sebejistější a víc si věřím.“* Podle Kupky (2010) dokáže sebejistý člověk svou práci dělat lépe, rychleji a je větším přínosem pro své pracovní okolí. Toto tvrzení se shoduje s odpověďmi uvedenými sestrami v dotazníku.

Další část výzkumu v této bakalářské práci se týkala faktorů ovlivňujících sebedůvěru a sebejistotu sester v různých situacích. První otázka byla zaměřena na nové výkony při práci. Z odpovědí na tuto otázku bylo patrné, že zkušenější sestry si v nových výkonech věří více než ty, jejichž ošetrovatelská praxe je kratší. Respondentka 5 v této otázce odpověděla: *„Člověk se toho nesmí bát. Musí věřit v to, že nové postupy zvládne. Všechno se nedaří hned napoprvé, takže je potřeba mít sama se sebou trpělivost.“* V odpovědích méně zkušených sester bylo patrné, že k novým výkonům mají více respektu. Respondentka 7 uvedla: *„Pokud se setkám s novým výkonem, snažím se vše okoukat od starších a zkušenějších. Samozřejmě moje sebedůvěra a jistota klesá, objevují se otázky, zda to zvládnou, zda to dělám dobře a podobně.“* Ve své publikaci Seiwert (1999) uvádí, že se sebejistotou jsou nejčastěji spojovány vlastnosti, jako je optimismus a pesimismus, které se utvářejí již v raném mládí. Mnoho jiných vlastností vyžívá teprve v pozdějším věku. Oproti sebejistotě, jejíž osvojení je velmi obtížné, se některé vlastnosti v pozdějším věku osvojují poměrně snadno.

Následující otázka řešila problém, který se přímo týkal faktorů ovlivňujících práci všeobecné sestry. Všechny dotazované odpověděly, že je pro ně důležitý kolektiv na oddělení. Druhou nejčastější odpovědí mezi sestrami byly zkušenosti, dosažené vzdělání a prostředí, ve kterém pracují. Odpověď respondentky 13 zněla: *„Myslím, že právě ty zkušenosti. Dále pracovní kolektiv, míra stresu, informovanost, je toho spousta, ale tyhle jsou asi pro mě nejdůležitější.“* Respondentka 9 kromě jiného doplnila, že její sebedůvěru a sebejistotu ovlivňují lékaři i sami pacienti. Respondentka 14 uvedla: *„Skladba personálu, kolegyně, vedení, oddělení, kde pracuju, když se tam cítím dobře*

a baví mě to, tak ta výkonnost je lepší.“ Zmiňované odpovědi potvrzuje Pléková (2011). Vztahy mezi sestrami a lékaři jsou jedny z nejdůležitějších aspektů celkové atmosféry na pracovišti. Tam, kde jsou vztahy nekolegiální a konfliktní, se snižuje spokojenost, kvalita odváděné práce, loajalita a dochází k fluktuacím. Při nespokojenosti sester na pracovišti klesá jejich zájem dále se rozvíjet a jejich angažovanost. K tomuto tématu ještě Vévoda (2013) doplňuje, že v souvislosti s pracovními vztahy s lékaři vztahy na pracovišti považuje jako významný prvek při poskytování zdravotní péče. V souvislosti s pracovní zátěží a odpovědností za zdraví pacientů může docházet k negativním a impulzivním reakcím. Z těchto důvodů jsou cílená tvorba a udržování pozitivních pracovních vztahů velmi důležité prvky. Na vzdělání reagují Kristová a Musilová (2009) a tvrdí, že je nedílnou součástí profesionální dráhy sestry. Principem je udržování vysoké odbornosti a zvyšování kvality poskytované ošetrovatelské péče. Je nutné prohlubovat a doplňovat vědomosti a udržovat znalosti na úrovni současných vědeckých poznatků. Jedině tak může sestra držet krok s dobou.

Další z otázek výzkumu úzce souvisela s předchozí otázkou a zaměřovala se na to, jak faktory uvedené respondentkami ovlivňují sestry při výkonu ošetrovatelské praxe. Odpovědi byly různé. Respondentka 12 byla velmi stručná: *„Tyto faktory mě ovlivňují hodně jako většinu mých kolegyně a kolegů.“* Respondentka 19 svou odpověď více rozvedla: *„Podle zkušeností a informací dokážete odhadnout výsledky a následky péče, kterou poskytujete. Míra stresu je také důležitá, většinou jde o časový nátlak, kdy se snažíte pracovat svižně a ztrácíte potřebnou soustředěnost, takže to vaši sebejistotě ubírá. A pracovní kolektiv. Je totiž podle mě velice důležité umět se sehrát tak, aby to pěkně šlapalo.“* Respondentka 7 například uvedla, že nejvíce ji ovlivňuje vzdělání, díky kterému ve většině případů ví, co má dělat, a je si při své práci jistější.

Následující otázka zjišťovala, jak dotazované respondentky ovlivňují při výkonu práce jejich nadřízení. Respondentka 1 uvedla: *„Se staniční sestrou se sekváte denně, tak vám ukazuje, co a jak, ovlivňuje to hodně, je trpělivá, hodná.“* S tím, že nadřízení jejich sebedůvěru a sebejistotu ovlivňují hodně, souhlasila většina sester. Respondentka 12 jako jediná měla opačný názor na situaci: *„Vedení mě neovlivňuje, nemám ten pocit, neshazují mě, váží si mě.“* podle Nakonečného (2005) je charakteristika sociálních kontaktů sestry na jejím pracovišti rozmanitá, což vyplývá z rozdílnosti sociálních interakcí na různých úrovních – na úrovni pacienta, na úrovni spolupracovníků ve stejné pozici, na úrovni jednání s nadřízenými a na úrovni s méně kvalifikovaným personálem.

Další kapitolou tohoto výzkumu bylo téma, jak si sestry utváří svou sebedůvěru a sebejistotu při výkonu práce a v osobním životě. Ve svých odpovědích sestry odpovídaly rozdílně. V otázce o výkonu práce se nejčastěji v odpovědi objevovala délka praxe, s tím související opakování různých výkonů. Další odpovědí bylo učení se od starších a zkušenějších kolegů. S tímto tématem souvisí týmová práce, na kterou se ve své publikaci zaměřuje Vévoda (2013). Když pracovníci pracují jako tým, jsou daleko úspěšnější. Zdravotnický tým má jeden společný cíl, a to pomoci pacientovi dosáhnout jeho nejvyššího potenciálu v co nejkratší době. Energie zaměstnanců je nasměrovaná k jejich společnému cíli. To od nich vyžaduje schopnost seberegulace a schopnost pracovat v týmu. Předpokladem pro týmovou práci ve zdravotnictví je prvotně ochota zaměstnanců spolupracovat v odborných otázkách jako rovný s rovným za poskytnutí všech odborných informací členům týmu.

Na budování sebedůvěry a sebejistoty v osobním životě sestry odpovídaly různě, ale většina se v odpovědích odkazovala na svou rodinu a blízké. Toto tvrzení dokládá odpověď respondentky 14: *„Důležité jsou pro mě znalosti a zkušenosti. A i když člověk během života nemá zkušenost se vším, čerpá potom ze zkušeností a znalostí své rodiny a svých blízkých. To vám pak dává pocit jistoty a pocit toho, že víte, co máte dělat.“* V odborné publikaci o tomto tvrzení můžeme najít následující: sebedůvěru máme ukrytou každý v sobě a záleží jen na nás, zdali se v životě budeme realizovat tak, abychom byli spokojeni sami se sebou (Kupka, 2010).

Rozdíly v sebedůvěře a sebejistotě na různých odděleních byly předmětem další části výzkumu. V odpovědích se většina sester shoduje, že žádné větší rozdíly v různých odděleních nevidí. Například respondentka 17 uvádí, že na každém oddělení by měla být sebedůvěra a sebejistota stejná, a doplňuje: *„Pokud práci vykonávám dobře a ve svém nejlepším přesvědčení, tak sebedůvěra je důležitá, jelikož bych si nebyla jistá, co jdu podat a proč. Na ARO a JIP je péče akutnější, pacienti jsou ohrožený na životě a sestra se musí umět samostatně rozhodnout, k tomu je za potřebí sebedůvěra i sebejistota.“* S názorem této respondentky se ztotožňuje i respondentka 18, jejíž odpověď zněla: *„To nedokážu posoudit. Na každém oddělení je něco, co vás může vyvést z míry, takže si myslím, že i když jste na JIPce, standardu nebo na ARO, úroveň sebedůvěry a sebejistoty je zhruba stejná.“*

Následným předmětem k diskuzi byla otázka stresu, který souvisí se sebedůvěrou a sebejistotou při výkonu ošetrovatelské péče. Dotazované respondentky odpovídaly na otázku, jak je stres ovlivňuje při výkonu jejich práce, pomocí stupnice od 0 do 10, přičemž 0 byla nejmenší ovlivnění a 10 největší ovlivnění. Odpovědi na tuto otázku se opět lišily v závislosti na zkušenostech a délce praxe jednotlivých sester. Toto dokazuje fakt, že například respondentka 4, která má nejdelsí praxi v ošetrovatelské péči, odpověděla: „3, moc mě neovlivňuje.“ Naopak respondentka 18, která má nejkratší praxi, hodnotila stupněm 8. Další, méně zkušenější respondentka 7 svou odpověď více rozvedla: „Stres je strašákem v každém povolání. V našem případě by měl být ale minimální, i když nebudeme si nic nalhávat, máme ho víc než dost, akorát to nedáváme najevo. Přece jen se jedná o lidský život. Hodnotím číslem 6.“ Průměrná hodnota sester s kratší praxí byla stupeň 7 a průměrná hodnota sester s delší praxí byla na stupni 4. Dle dosažených výsledků lze říci, že stres určitě hraje velikou roli v míře sebedůvěry a sebejistoty zdravotní sestry. S tímto tvrzením se ztotožňuje Venglářová (2011). Povolání všeobecné sestry patří mezi ty nejnáročnější. V tomto povolání je sestra stále ve styku s mnoha faktory stresu různého druhu, proto se může stát, že se dostane do náročné životní situace kvůli nadměrnému stresu. Bartošíková (2006) ještě doplňuje: mezi obecné stresové situace při povolání všeobecné sestry lze zahrnout neustálou pozornost a sledování přístrojů, instrukcí a stavu pacienta. Zátěží může být i flexibilní reagování na různé požadavky a změny v kombinaci s rychlým střídáním činností. To souvisí s nutností rychlého rozhodování a správným jednáním.

Poslední kapitola této diskuze se zabývala duševní hygienou a duševním zdravím. V odpovědích na otázku, co pro sestry znamená duševní hygiena, se ve většině případů objevovala odpověď typu: „Co se děje v práci, by mělo zůstat v práci.“ Výzkum ukázal, že sestry po tom, co opustí pracovní prostředí, přestanou myslet na práci, odpočívají, věnují se tomu, co mají rády a co jim přinese klid a uspokojení. Respondentka 13 k tomuto tématu uvedla: „Ať už pracujete kdekoliv, duševní hygiena je důležitá. Vypnout. A svou soustředěnost zaměřit na něco odlišného, než je práce.“ Respondentka 19 dodala: „Je potřeba udržovat zdravý životní styl, pohyb a podobně, aby člověk nežil jen prací. Odpočinout, vyrazit si, věnovat se koníčkům...“ Ayersová (2015) uvádí: v profesi všeobecné sestry je nezbytná koncentrace na daný problém. Duševní hygiena nastoluje rovnováhu, která umožňuje nejen všeobecné sestře soustředit se na práci, ale i uvolnit se při odpočinku.

Na otázku spojitosti sebedůvěry a sebejistoty s duševní hygienou nejmístižněji odpověděla respondentka 15: „*Velikou, je to potřeba, člověk nemůže žít jenom svou prací, jinak stres převažuje nad tou sebedůvěrou a sebejistotou. Člověk musí dbát na svou duševní hygienu, nabít se novou pozitivní energií, aby byl každý den, kdy je v práci, připraven podat dobrý výkon, který je v tomto zaměstnání opravdu důležitý, často i životně důležitý.*“ V podobném stylu odpovídaly i další respondentky. Křivohlavý (2009) uvádí, že cílem duševní hygieny všeobecné sestry je dosáhnout vysoké úrovně osobní adaptace. Tuto žádoucí úroveň adaptace umožňují vnitřní podmínky, a to prostřednictvím účinné obrany proti stresorům, sebevýchovou a jejími složkami.

Předposlední otázka se zaměřovala na míru ovlivnění sebejistoty a sebedůvěry duševní hygienou. Na tuto otázku byly odpovědi sester téměř identické s předchozí otázkou. Respondentka 9 uvedla: „*Když jste psychicky odpočatá, tak jde všechno lépe, jste vyrovnanější, pozornější a soustředěnější a to se podepisuje podle mě na sebedůvěře a sebejistotě v práci.*“ Podle Křivohlavého (2009) duševní hygiena hraje významnou roli v životě a práci každého jedince. Její pravidelné provozování a dodržování jejích zásad se jeví jako velmi osvědčený a příjemný prostředek proti jakémukoli napětí, ať už vzniklo v pracovním, nebo osobním prostředí (Křivohlavý, 2009).

Poslední otázka výzkumného dotazníku se týkala péče o duševní zdraví. Zde sestry uváděly, co je po pracovním dni udělá šťastné, jak odpočívají, jak nabírají novou energii do dalšího pracovního dne, jaké mají koníčky, které jim pomohou si odpočinout a přestat myslet na práci. Odpověď respondentky 12 byla: „*Především tím, že se snažím nenosit si práci domů. Nestresovat se věcmi, které stejně nemůžeme nijak ovlivnit. A trávit volný čas tak, aby mi to přineslo radost.*“ Respondentka 19 pečuje o svou duševní hygienu takto: „*Vezmu knihu, dám si nohy nahoru, dám si sklenku vína, uvolním se a přestanu myslet na všechny problémy.*“ Odpovědi na tuto otázku byly zcela individuální a každý člověk o své duševní zdraví pečuje jiným způsobem.

Tuto diskuzi uzavírá a shrnuje Taylor (2012), který uvádí: Jestliže by měla být sebedůvěra a sebejistota v práci důležitá, tak právě nyní, v době, kdy jsou lidé drceni důsledky rizikových hypoték, kdy neustále ubývá pracovních míst, a přitom se na ně hlásí více uchazečů, proto je stále obtížnější prosadit se na trhu, nám může být

schopnost sebedůvěry užitečnější než v minulosti. Je potřeba si uvědomit, že v současném světě potřebuje člověk k tomu, aby byl úspěšný, mít více sebedůvěry.

6 Závěr

Tato bakalářská práce se zabývala problematikou sebedůvěry a sebejistoty sester při vykonávání ošetrovatelské praxe. Pro splnění cílů této práce byly osloveny všeobecné sestry z různých oddělení nemocnice Jindřichův Hradec.

V teoretické části práce jsou uvedeny poznatky, které se vztahují k dané problematice, k osobnosti, funkci a roli všeobecných sester, jejich schopnostem a dovednostem. Dále byly definovány pojmy sebedůvěra a sebejistota, faktory, které ovlivňují sebedůvěru a sebejistotu při vykonávání ošetrovatelské praxe, bylo zmíněno, jak stres ovlivňuje sebedůvěru a sebejistotu sester, a zahrnuta byla i důležitost duševní hygieny. Pro výzkum byla zvolena technika kvalitativního šetření pomocí rozhovorů. Výzkumná šetření probíhala na různých odděleních Nemocnice Jindřichův Hradec. Pro splnění cíle bylo osloveno 20 všeobecných sester, z toho deset na intenzivních péčích a deset na standardním oddělení. Z toho pět bylo dlouhodobě pracujících v praxi a pět čerstvě absolvovaných sester na vysokých školách a pracujících krátkodobě v praxi. Následně byly výsledky zpracovány do devíti kategorií.

Pro práci byl stanoven jeden cíl. Tím bylo zjistit, zda mají sestry dostatek sebedůvěry a sebejistoty při vykonávání ošetrovatelské praxe.

Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že všeobecné sestry mají dostatek sebedůvěry a sebejistoty při vykonávání ošetrovatelské praxe, ale ke všemu v ošetrovatelské praxi přistupují s pokorou. Důležitost sebedůvěry a sebejistoty v ošetrovatelské praxi je celkem vysoká, jelikož sestry by bez nich nemohly vykonávat práci ve svém nelepším přesvědčení. Nutno podotknout, že určité faktory, které souvisí s prací sester, ať je to vedení, vzdělávání, kolektiv na pracovišti, motivace sester apod., velice ovlivňují sebedůvěru a sebejistotu sester při vykonávání ošetrovatelské praxe. Při výzkumném šetření jsem zjistila, že z faktorů, které ovlivňují sebedůvěru a sebejistotu sester, se nejvíce opakoval kolektiv. Ten je při vykonávání ošetrovatelské praxe velmi důležitý, sestry by se na sebe měly umět spolehnout a věřit si. Při rozhovorech jsem zjistila, že nové výkony ovlivňují sebedůvěru a sebejistotu sester velice, ať je to sestra dlouhodobě v praxi, či nezkušená sestra krátkodobě v praxi. Když si sestra není něčím jistá, její

sebedůvěra a sebejistota klesá a až poté, co si výkon vyzkouší vícekrát, sebedůvěra a sebejistota stoupá. Při náročnosti povolání sester je důležitá duševní hygiena, aby sebedůvěra a sebejistota byly na vhodné úrovni pro vykonávání ošetrovatelské praxe.

Podle mého názoru je sebedůvěra a sebejistota velmi důležitá pro vykonávání povolání všeobecné sestry. Sestra si musí být jistá ve všech směrech, ohledně toho, co, jak a proč dělat, a musí vědět, z jakého důvodu to udělat právě takto. Sebedůvěru a sebejistotu postupem času každá sestra nashromáždí po letech praxe, ale ke všemu by měla stále přistupovat s pokorou a s úctou. Domnívám se, že přílišná sebedůvěra a sebejistota v našem povolání spíše škodí, než je k užítku.

Na závěr mohu říci, že cíl práce byl splněn. Zjistila jsem důležitost sebedůvěry a sebejistoty a to, zda jich sestry mají dostatek při vykonávání ošetrovatelské praxe. Tato práce by mohla sloužit k objasnění problematiky sebedůvěry a sebejistoty při vykonávání této profese. Na základě výzkumného šetření si myslím, že sestry mají dostatek sebedůvěry a sebejistoty při vykonávání svého povolání. Zároveň se ukázalo, že sebedůvěra a sebejistota je velmi důležitá pro výkon povolání všeobecná sestra. Dá se říci, že zdravou sebedůvěru a sebejistotu je potřeba si při náročnosti povolání udržet.

7 Seznam literatury

1. ARMSTRONG, M., 2015. *Řízení lidských zdrojů*. 13. vyd. Praha: Grada. 928 s. ISBN 978-80-247-5258-7
2. AYERS, S., DE VISSER, R., 2015. *Psychologie v medicíně*. Přeložila Helena HARTLOVÁ. Praha: Grada. 568 s. ISBN 978-80-247-5230-3.
3. BARTLOVÁ, S., MARKOVÁ, M., 2008. *Role sestry specialistky: učební text základního modulu specializačního studia pro sestry a porodní asistentky*. Brno: NCO NZO, 2008. 102 s. ISBN 978-80-7013-488-7.
4. BARTOŠÍKOVÁ, I., 2006. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 86 s. ISBN 80-7013-439-9
5. BUŽGOVÁ R., PLEVOVÁ I., 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3.
6. ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M., 2004. *Speciální psychologie*. Brno: NCO NZO, 2004. 225 s. ISBN 80-7013-390-4.
7. ČESKO, 2009. Metodický pokyn k realizaci a ukončení adaptačního procesu pro nelékařské zdravotnické pracovníky In: *Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR* [online]. 2009, částka 6 [cit. 2014-02-09]. Dostupné z: http://mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/metodicky-pokyn-k-realizaci-a-ukonceni-adaptacniho-procesu-pro-nelékarske-zdravotnicke-pracovniky_2340_930_3.html
8. DUCHOŇ, B., ŠAFRÁNKOVÁ, J., 2008. *Management. Integrace tvrdých a měkkých prvků řízení*. Praha: C. H. Beck. 378s. ISBN 978-80-7400-003-4.
9. DVOŘÁKOVÁ, Z. et al., 2007. *Management lidských zdrojů*. Praha: C. H. Beck. 485 s. ISBN 978-80-7179-893-4.
10. ELLIS, J., HARTLEY C., 2005. *Managing and coordinating nursing care*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 592 p. ISBN 0-7817-4106-8.
11. HEKELOVÁ, Z., 2012 *Manažerské znalosti a dovednosti pro sestry*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-4032-4.
12. HEŘMANOVÁ, J., 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9
13. HUDÁKOVÁ, A., MAJERNÍKOVÁ E., 2013. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada, 128 s. ISBN 978-80-247-4772-9.

14. JOBÁNKOVÁ, M., KVAPILOVÁ, J., 2007. Zdroje psychosociální zátěže v sesterské profesi. *Sestra*. 17, 7–8, 18–19. ISSN 1210-0404.
15. KALLWASS, A., 2007. *Syndrom vyhoření v práci a v osobním životě*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 139 s. ISBN 978-80-7367-299-7.
16. KOCIÁNOVÁ, R., 2010. *Personální činnosti a metody personální práce*. Praha: Grada. 224s. ISBN 978-80-247-2497-3.
17. KOUBEK, Josef. 2007. *Řízení lidských zdrojů: základy moderní personalistiky*. Praha: Management Press. 399s. ISBN 978-80-726-1168-3.
18. KRISTOVÁ, J., MUSILOVÁ, E., 2009. Dimenzionální koncept sesterského povolání. *Sestra*. 19(10), 14–15. ISSN 1210-04042009.
19. KŘIVOHLAVÝ, J., 1998. *Jak neztratit nadšení*. 1. vyd. Praha: Grada. 131 s. ISBN 80-7169-551-3.
20. KŘIVOHLAVÝ, J., 2009. *Psychologie zdraví*. 3. vyd. Praha: Portál, 2009. 280 s. ISBN 978-80-7367-568-4.
21. KUPKA, I., 2010. *K sebedůvěře krok za krokem*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3318-0.
22. KUTNOHORSKÁ, J., 2010. *Historie ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-3224-4
23. KUTNOHORSKÁ, J., CICHÁ M., GOLDMANN R., 2011. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3843-7.
24. LAJDOVÁ, A., URÍČKOVÁ, A., ONDRUŠKOVÁ, S. 2010. Význam osobnostních předpokladů při výběru sester mentorek. *Sestra*. 2010, 20(2), 25–26. ISSN 1210-0404.
25. MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M., 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
26. MARKOVÁ, M., 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.
27. MASTILIAKOVÁ, D., 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika v moderní ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-5376-8.
28. NAKONEČNÝ, M., 2005. *Sociální psychologie organizace*. Praha: Grada. 228 s. ISBN 80-247-0577-X.
29. NOVÁK, T., 2011. *Asertivitou k sebedůvěře*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-3757-7.

30. NOVÝ, I. et al., 2006. *Sociologie pro ekonomy a manažery*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2006. 287 s. ISBN 80-247-1705-0.
31. ONDRIOVÁ, I., DUČAIOVÁ, J., 2010. Mobbing ve zdravotnickém prostředí a možnosti jeho prevence. *Sestra*. 5(20), 26–27. ISSN 1210-0404.
32. PAULÍK, K., 2017. *Psychologie lidské odolnosti*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-247-5646-2.
33. PLAMÍNEK, J., 2013. *Sebezpoznání, sebeřízení a stres: praktický atlas sebezvládnání*. 3., dopl. vyd. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-4751-4.
34. PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J., 2001. *Pedagogický slovník*. 3., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2001. 400 s. ISBN 80-7178-579-2.
35. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK P., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
36. RUSH, M. D., 2003. *Syndrom vyhoření*. 1. vyd. Praha: Návrat domů. 130 s. ISBN 80-7255-074-8.
37. SALVAGE, J., 1993. *Nursing in action: strengthening nursing and midwifery to support health for all*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. 345 p. ISBN 92-890-1312-5.
38. SIEWERT, H. H., 1999. *Testy osobnosti 2*. 1. vyd. Praha: Ikar. 192 s. ISBN 80-7202-411-6.
39. SKOUPÁ, P., 2009. *Začleňování všeobecných sester - absolventek do pracovního procesu* [online]. Brno. Bakalářská práce. LF MU [cit. 2014-02-13]. Dostupné také z: <https://otik.uk.zcu.cz/bistream/handle/11025/3813/Bakalarska%20prace%202012%20Mrazova.pdf?sequence=1>
40. STAŇKOVÁ, M., 2002. *České ošetrovatelství 11: Sestra – Reprezentant profese*. Brno: IDVZP, 2002. 78 s. ISBN 80-7013-3682.
41. STOCK, C., 2010. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. 1. vyd. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-3553-5.
42. SVOBODOVÁ, L., 2008. *Nenechte se šikanovat kolegou, mobbing – skrytá hrozba*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-2474-4.
43. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ M., 2008. *Řízení rizik ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-2616-8.
44. ŠPIRUDOVÁ, L., 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství I: pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-5710-0.

45. TAYLOR, R., 2012. *Sebedůvěra v práci: jak ji získat a posilovat*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-4276-2.
46. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ M., ŠRÁMKOVÁ J., 2007. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 9788024720685.
47. TÓTHOVÁ, V., 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Triton. 225 s. ISBN 978-80-7387-785-9.
48. TUČEK, M., CIKRT, M., PELCOVÁ, D., 2005. *Pracovní lékařství pro praxi*. Praha: Grada. 325 s. ISBN 80-247-0927-9.
49. VÁGNEROVÁ, M., 2004. *Základy psychologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 356s. ISBN 80-246-0841-3
50. VAJNER, Luděk. 2007. *Výběr pracovníků do týmu*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-1739-5.
51. VENGLÁŘOVÁ, M., 2011. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. 1. vyd. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3174-2.
52. VÉVODA, J. 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 160s. ISBN 978-80-247-4732-3.

8 Přílohy

Příloha 1: Výzkumné otázky k rozhovorům pro všeobecné sestry

Kolik Vám je let?

Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?

Na jakém oddělení pracujete?

Jak dlouho jste v praxi?

1. Jak byste definovala pojem sebedůvěra?
2. Jak byste definovala pojem sebejistota?
3. Jak je pro Vás důležitá sebedůvěra a sebejistota při vykonávání ošetrovatelské praxe?
4. Jak byste hodnotila svoji míru sebedůvěry a sebejistoty při vykonávání ošetrovatelských výkonů? Číselná škála je 0–10 (0 = nejméně, 10 = nejvíce)
5. Jak Vás ovlivňuje sebedůvěra a sebejistota během Vaší práce?
6. Jak byste hodnotila svoji sebedůvěru a sebejistotu při vykonávání ošetrovatelské praxe? Číselná škála 0–10 (0 = nejméně, 10 = nejvíce)
7. Jak si budujete sebedůvěru a sebejistotu ve své ošetrovatelské praxi?
8. Jak si utváříte svoji sebedůvěru a sebejistotu v osobním životě?
9. Jak Vaši sebedůvěru a sebejistotu ovlivňují nové výkony ve Vaší praxi?
10. Jaké faktory si myslíte, že ovlivňují sebedůvěru a sebejistotu všeobecné sestry?
11. Jak Vás uvedené faktory ovlivňují při vykonávání ošetrovatelské praxe?
12. Do jaké míry ovlivňují Vaši nadřízení (staniční sestra, vrchní sestra, hlavní sestra) Vaši sebedůvěru a sebejistotu?

13. Jak si myslíte, že se liší sebedůvěra a sebejistota všeobecných sester na standardním oddělení, ARO a JIP?
14. Do jaké míry ovlivňuje stres Vaši sebedůvěru a sebejistotu? Číselná škála 0–10 (0 = nejméně, 10 = nejvíce)
15. Co pro Vás znamená duševní hygiena?
16. Jakou si myslíte, že má spojitost sebedůvěra a sebejistota s duševní hygienou?
17. Do jaké míry si myslíte, že duševní hygiena ovlivňuje sebedůvěru a sebejistotu?
18. Jak pečujete o svoje duševní zdraví?