

# **STRES V PROFESI VŠEOBECNÉ SESTRY**

Bakalářská práce

DAGMAR DOHNÁLKOVÁ, DiS.

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., PRAHA 5

Vedoucí práce: Mgr. Zdeňka Mikšová, Ph.D.

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum předložení: 2011-05-31

Praha 2011



**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.**  
*se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00*

**Dohnálková Dagmar**  
**3. VSV**

**Schválení tématu bakalářské práce**

Na základě Vaší žádosti ze dne 24. 11. 2010 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Stres v profesi všeobecné sestry

*Stress in the Nursing Profession*

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Zdeňka Mikšová, PhD.

V Praze dne: 16. 12. 2010

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.  
rektor

# PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce k studijním účelům.

V Praze dne 31. května 2011

## **ABSTRAKT**

DOHNÁLKOVÁ, Dagmar. *Stres v profesi všeobecné sestry*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: Mgr. Zdeňka Mikšová, Ph.D. Praha. 2011. s. 79.

Bakalářská práce se zabývá problematikou stresu a stresových faktorů v profesi všeobecné sestry. V teoretické části práce je popsáno, co se rozumí pod pojmy stres, stresor a jaké jsou symptomy stresu. Dále se práce zaměřuje na oblast nemocí, kde je nedílnou součástí právě faktor stresu a není opomenuta ani relaxace v podobě alternativních metod jako způsob odreagování se od zatěžujících situací. Teoretickou část uzavírá kapitola věnovaná profesi všeobecné sestry, přiblížení profesních rolí a zátěžových situací, do kterých se sestra při výkonu svého povolání dostane. Praktická část mapuje míru stresu jednotlivých stresových faktorů a způsoby jejich řešení u všeobecných sester v nemocnicích a domovech pro seniory. K získání informací je použita metoda nestandardizovaného dotazníku. Cílem práce je zmapovat nejčastěji se vyskytující stresové faktory v profesi sestry a navrhnout možná opatření k vyrovnání se se stresem.

**Klíčová slova:** Alternativní metody. Stres. Stresový faktor. Všeobecná sestra.

## ABSTRACT

DOHNÁLKOVÁ, Dagmar. *Stress in the nursing profession*. The College of Nursing, o.p.s., degree of qualification: bachelor. Thesis' supervisor: Mgr. Zdeňka Mikšová, Ph.D. Prague. 2011. s. 79.

Bachelor thesis deals with stress and stress factors related to the nursing profession. The theoretical part depicts and defines the stress, stressor and stress' symptoms. The thesis deals with the illnesses as well because stress factor is an important part of them. Moreover, it shows various alternative relaxing methods that help to release the stress. The last chapter in the theoretical part describes the nursing profession, the nurses' roles and the stress related situations that the nurse has to deal with in her profession. The practical part maps the level of stress of each stress factor and the ways of dealing with it, concerning nurses in the hospitals and retirement homes. The non-standardized questionnaire is used as a method of gathering information. The aim of the thesis is to map the most frequent stress factors in the nursing profession and to suggest possible measures in dealing with them.

Key words: Alternative methods. Stress. Stress factor. Nurse.

# PŘEDMLUVA

Téma stresu je v dnešním uspěchaném světě velmi aktuální a i publikací s touto tematikou je popsáno velké množství. Někteří autoři se zaměřují na teoretické aspekty stresu, jiní na zvládání stresu, ale velmi často se v odborné literatuře objevuje stres v souvislosti s jeho vlivem na zdraví.

Studium oboru všeobecné sestry a absolvování odborné praxe bylo hlavním důvodem se zabývat problematikou stresu a stresorů, kterých je v této profesi celá škála. Jedná se o spouštěcí mechanismus podrážděného chování, narušených mezilidských vztahů, a to nejen pracovních a rodinných, ale i ve vztahu sestra – klient/pacient. Jako nestranný pozorovatel má člověk možnost si všimnout, jak se sestry chovají, jak reagují na problematiku vzniklé při výkonu jejich profese, ale už není možné zmapovat, jak sestry relaxují a odreagovávají se, od tak náročného povolání, jakým profese všeobecné sestry je. Vzhledem k tomu, že průzkum s touto tematikou proběhl již v roce 2000, využili jsme jeho výsledků, které jsme porovnali s výsledky nově získanými. Pro zpracování práce byly použity knižní zdroje, odborné časopisy a internet.

Práce je určena především studentům ošetrovatelství a všeobecným sestřím, ale i ostatní odborné a laické veřejnosti, které zajímá problematika stresu a možné alternativní metody jeho řešení.

Touto cestou chci poděkovat vedoucí práce Mgr. Zdeňce Mikšové, Ph.D. za odborné a podnětné rady, které mi poskytla při vypracování bakalářské práce.

# OBSAH

ÚVOD.....	12
TEORETICKÁ ČÁST.....	14
1 Stres.....	14
1.1 Terminologický úvod.....	15
1.2 Metody zvládnání stresu.....	19
1.3 Vliv stresu na zdraví.....	25
2 Stres v práci všeobecné sestry.....	29
2.1 Role sestry.....	30
2.2 Zátěž v profesi sestry.....	33
PRAKTICKÁ ČÁST.....	36
3 Empirická část.....	36
3.1 Průzkumný problém, cíle, hypotetická tvrzení.....	36
3.2 Metodika průzkumu.....	37
3.3 Průzkumný soubor.....	39
3.4 Zjištěné výsledky průzkumu.....	39
4 Diskuse.....	59
5 Doporučení pro praxi.....	71
ZÁVĚR.....	73
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	75
SEZNAM PŘÍLOH	

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ACTH.....adrenokortikotropní hormon

DpS.....domov pro seniory

ICHS..... ischemická choroba srdeční

K/P.....klient/pacient

TK.....krevní tlak

WHO.....World Health Organizacion (Světová zdravotnická organizace)



## SEZNAM ODBORÝCH VÝRAZŮ

**Artritida** – zánětlivé onemocnění kloubů

**Autoimunitní** – stav, kdy imunitní systém napadá vlastní orgány a tkáně

**Cerebrální** - mozkový

**Gastrointestinální trakt** – trávicí trakt

**Genitourinální systém** – močopohlavní systém

**Glomerulonefritidy** – zánět ledvinných klubíček

**Hyperventilace** – zrychlené, prohloubené dýchání

**Kardiovaskulární nemoc** – týká se, srdce a cév

**Letargie** – chorobná spavost

**Lupus erythematoses** – systémové autoimunitní onemocnění

**Mikce** – močení

**Myasthenia gravis** – onemocnění nervosvalového přenosu

**Renální insuficience** – selhání činnosti ledvin

**Vazodilatace** – rozšíření cév

**Vazokonstrikce** – zúžení cév

## SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 – Míra stresu u stresoru – „nedostatek pomocného personálu“ .....	40
Tabulka č. 2 – Míra stresu u stresoru – „špatné pracovní vztahy mezi S – S“ .....	41
Tabulka č. 3 – Míra stresu u stresoru – „špatné pracovní vztahy mezi S - Dr.“ .....	42
Tabulka č. 4 – Míra stresu u stresoru – „nedostatečné finanční ohodnocení“ .....	43
Tabulka č. 5 – Míra stresu u stresoru – „zavádění nových metod a způsobů práce“ .....	44
Tabulka č. 6 – Míra stresu u stresoru – „setkávání se smrtí“ .....	45
Tabulka č. 7 – Míra stresu u stresoru – „náhlá změna zdravotního stavu pacienta“ .....	46
Tabulka č. 8 – Míra stresu u stresoru – „určený časový limit na poskytnutí péče“ .....	47
Tabulka č. 9 – Míra stresu u stresoru – „zodpovědnost za provedenou péči“ .....	48
Tabulka č. 10 – Míra stresu u stresoru – „komunikace s pacientem“ .....	49
Tabulka č. 11 – Míra stresu u stresoru – „první kontakt s pacientem“ .....	50
Tabulka č. 12 – Stres řeším .....	51
Tabulka č. 13 – Pokud „ano“; pomáhá mi .....	52
Tabulka č. 14 – Pokud „ne“; tak z důvodu .....	53
Tabulka č. 15 – Chtěla bych více informací o možnostech řešení stresu .....	54
Tabulka č. 16 – Mám zájem o podrobnější informace týkající se .....	55
Tabulka č. 17 – Více informací bych chtěla získat formou .....	56
Tabulka č. 18 – Pracoviště a počet zúčastněných respondentů na průzkumu .....	57
Tabulka č. 19 – Srovnání průzkumů u stresoru „nedostatek pomocného personálu“ .....	60
Tabulka č. 20 – Srovnání průzkumů u stresoru „určený čas. limit na poskytnutí péče“ .....	62
Tabulka č. 21 – Srovnání průzkumů u stresoru „zodpovědnost za provedenou péči“ .....	63
Tabulka č. 22 – Srovnání průzkumů u stresoru „špatné pracovní vztahy mezi S – S“ .....	64
Tabulka č. 23 – Srovnání průzkumů u stresoru „špatné pracovní vztahy mezi S – Dr.“ .....	65
Tabulka č. 24 – Srovnání průzkumů u stresoru „nedostatečné finanční ohodnocení“ .....	66
Tabulka č. 25 – Srovnání průzkumů u položky „stres řeším“ .....	67
Tabulka č. 26 – Srovnání průzkumů u položky „proč stres neřeším“ .....	69

## SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 – Míra stresu u stresoru – „nedostatek pomocného personálu“ .....	40
Graf č. 2 – Míra stresu u stresoru – „špatné pracovní vztahy mezi S – S“ .....	41
Graf č. 3 – Míra stresu u stresoru – „špatné pracovní vztahy mezi S – Dr.“ .....	42
Graf č. 4 – Míra stresu u stresoru – „nedostatečné finanční ohodnocení“ .....	43
Graf č. 5 – Míra stresu u stresoru – „zavádění nových metod a způsobů práce“ .....	44
Graf č. 6 – Míra stresu u stresoru – „setkávání se smrtí“ .....	45
Graf č. 7 – Míra stresu u stresoru – „náhlá změna zdravotního stavu pacienta“ .....	46
Graf č. 8 – Míra stresu u stresoru – „určený časový limit na poskytnutí péče“ .....	47
Graf č. 9 – Míra stresu u stresoru – „zodpovědnost za provedenou péči“ .....	48
Graf č. 10 – Míra stresu u stresoru – „komunikace s pacientem“ .....	49
Graf č. 11 – Míra stresu u stresoru – „první kontakt s pacientem“ .....	50
Graf č. 12 – Stres řeším .....	51
Graf č. 13 – Pokud „ano“; pomáhá mi .....	52
Graf č. 14 – Pokud „ne“; tak z důvodu .....	54
Graf č. 15 – Chtěla bych více informací o možnostech řešení stresu .....	55
Graf č. 16 – Mám zájem o podrobnější informace týkající se .....	56
Graf č. 17 – Více informací bych chtěla získat formou .....	57
Graf č. 18 – Pracoviště a počet zúčastněných respondentů na průzkumu .....	58
Graf č. 19 – Srovnání průzkumů u stresoru „nedostatek pomocného personálu“ .....	60
Graf č. 20 – Srovnání průzkumů u stresoru „určený časový limit na poskytnutí péče“ ..	62
Graf č. 21 – Srovnání průzkumů u stresoru „zodpovědnost za provedenou péči“ .....	63
Graf č. 22 – Srovnání průzkumů u stresoru „špatné pracovní vztahy mezi S – S“ .....	64
Graf č. 23 – Srovnání průzkumů u stresoru „špatné pracovní vztahy mezi S – Dr.“ .....	65
Graf č. 24 – Srovnání průzkumů u stresoru „nedostatečné finanční ohodnocení“ .....	66
Graf č. 25 – Srovnání průzkumů u položky „stres řeším“ .....	68
Graf č. 26 – Srovnání průzkumů u položky „proč stres neřeším“ .....	69

## ÚVOD

Všichni lidé – ve skutečnosti každý, kdo se musí vypořádat s důležitou změnou životního rytmu nebo přijmout novou skutečnost – se potenciálně vystavují nebezpečí vzniku stresu a s tím souvisejícímu vzniku zdravotních problémů. Člověk reaguje na zátěž tím, že mobilizuje všechny „síly“ organismu, aby situaci zvládl. Svými mechanismy je docela dobře přizpůsoben k tomu, aby se s intenzivním, ale krátkodobým tlakem vyrovnal, v opačném případě to však může vést k úzkostným až depresivním stavům a také je stres považován za spouštěcí a doprovodný symptom mnoha nemocí (Paulík, 2010). Stres tedy způsobuje nejen psychické, ale i fyzické a sociální obtíže. Je zřejmé, že člověk nemůže prožít život bez stresu a ani si to nedovedeme představit, pro mnoho lidí je to právě stres, co jim pomáhá překonat fyzické, intelektuální a sociální překážky (Praško, Prašková, 2007). Z toho tedy vyplývá, že stres nemusí vždy mít jen negativní účinek, ale určitá míra stresu může člověka vyburcovat k hledání účelného řešení a k lepšímu zvládnutí úkolů (Price, Maier, 2010).

Stres na různých pracovištích má rozmanitou podobu a jeho určitá míra je důležitá pro motivaci a efektivnost práce. Povolání všeobecné sestry se řadí mezi profese, které jsou fyzicky, ale čím dál víc spíše psychicky náročné. Sestry jsou vystaveny každý den působení různých stresových faktorů (časová tíseň, komunikace s pacientem, úmrtí pacienta atd.) a musí během své služby řešit spoustu odborných i administrativních úkolů. Sestra musí být pečlivá, rychlá, bezchybná, samozřejmě milá, usměvavá a v neposlední řadě i empatická. Každá se s jednotlivými stresory vyrovnává různě. Záleží především na typu osobnosti, vnímání, prožívání a na způsobu vyrovnání se (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007). Mnoho lidí se může domnívat, že se na stereotypy tj. stresové faktory, se kterými se v tomto povolání setkáváme, dá zvyknout. Je to pravda, ale jedná se o zvyk jen do určité míry.

Stres v pracovním procesu ohrožuje každou sestru, z tohoto důvodu jsme za cíl této práce zvolili zmapovat nejčastěji se vyskytující stresové faktory v povolání všeobecné sestry, možné způsoby řešení stresu a následně vypracovat návrh, jak se s tímto tlakem

vyrovnat. K získání potřebných informací využijeme dotazníkového průzkumu u všeobecných sester v nemocnicích a domovech pro seniory. Výsledky budou porovnány s výsledky průzkumného šetření provedeného v roce 2000 v rámci mé absolventské práce (Volková, 2000).

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Stres

Původ samotného termínu stres je z anglického slova „stress“, z latinského slovesa „stringo, stringere, strinxi, strictum“, to znamená „utahovati, stahovati, zadržovati – jako smyčku kolem krku odsouzence, kterého věší na šibenici“ (Křivohlavý, 1994, s. 7). V jiném smyslu je slovo stres podobné svým významem „presu“ – lisu, to znamená, působit tlakem na daný předmět. Z uvedeného rozboru je tedy patrné, že ve smyslu výroku „být ve stresu“ můžeme rozumět „být vystaven nejružnějším tlakům“, a proto „být v tísní“ (Křivohlavý, 1994). Pro lepší představu lze napětí člověka ve stresu přirovnat k napjaté struně na houslích, dosáhne-li struna míru neúnosnosti – praskne (Melgosa, 2004).

V běžném používání má termín „stres“ vždy nádech negativního vlivu a označuje se jako **distres**. Jedná se o nejnepříznivější stresové situace, kdy náš organismus situaci vyhodnotí, jako neznámou tzn. potenciálně nebezpečnou, nebo jako známou, skutečně nebezpečnou (Plamínek, 2008). V případě opačném je to pozitivně působící stres tzv. **eustres**. Příkladem může být „rozechvění“ při očekávání kladně emocionálně zabarvené události např. příjezd milované osoby. Oba typy stresu jsou stejné svojí chemickou povahou, ale liší se tím, jak na ně reagujeme. Zatím co u eustresu zažíváme příjemné napětí a po něm radost z dosažení cíle, u distresu začneme ztrácet pocit jistoty a adekvátnosti. Cítíme přetížení, zoufalství, bezmoc a ztrátu. Dále můžeme stres rozlišovat podle intenzity na **hypostres**, který je slabší a organismus si na něj může zvyknout, adaptovat se, a na **hyperstres**, přesahující hranice adaptability, který způsobuje selhání, psychické nebo fyzické zhroucení a v krajním případě i smrt. Stres je rozdělený na **fyzický** a **psychický**, z toho vyplývá, že je rozdělen dle místa působení zátěže. Fyzický působí na periférii projevující se nejčastěji bolestí, psychický je cerebrální (úzkost, strach). Odezva organismu je ale vždy nespecifická, takže toto dělení má jen teoretický a didaktický význam (Křivohlavý, 1994).

## 1.1 Terminologický úvod

### *Stresory*

Termínem „stresor“ se rozumí stresový faktor, tj. podnět, který vyvolal stresovou reakci a tím dostal člověka do stavu tísně (Křivohlavý, 1994). Stresorem může být prakticky cokoliv – hlad, nedostatek tekutin, změna počasí, hluk, nedostatek času, narušené mezilidské vztahy, pocity osamění, myšlenky, rozhodování apod. (Rheinwaldová, 1995).

Lidské tělo je složeno z bílkovin, tuků, uhlohydrátů, minerálních látek, vitamínů, enzymů, hormonů a vody, které jsou zastoupeny v určitém poměru. Nadměrné nebo nedostatečné množství výše zmíněných látek, může být také stresovým faktorem. Obecně řečeno, pokud tělesný orgán špatně funguje, projeví se v organismu úzkostí. Stresující jsou i změny tělesné teploty. Naštěstí je v každém těle mechanismus, který podvědomě udržuje psychickou i chemickou rovnováhu a označuje se jako homeostáza (Foster, 1995).

**Hans Selye** (Křivohlavý, 1994) dělí stresory na **fyzikální** a **emocionální**. Mezi první skupinu řadí jedy a skoro jedy (alkohol, nikotin, kofein a jiné drogy). Zařazuje zde i radiaci, ultrafialové a infračervené záření, znečištěný vzduch, meteorologické vlivy, změny ročních období, viry, bakterie, katastrofy (záplavy, zemětřesení), nehody, úrazy, ale i genetickou zátěž, těhotenství, znásilnění apod. Do skupiny emocionální stresorů patří úzkost, zármutek, obavy a strach, nenávisť, nepřátelství, nedostatek spánku, senzorická deprivace (nedostatek podnětů pro povzbuzení smyslové činnosti), očekávání – anticipaci, že se něco strašného stane apod.

V odborné literatuře se objevují pojmy **mikrostresor** a **makrostresor**. Pojem mikrostresor (ministresor) vyjadřuje velmi mírné okolnosti či podněty vyvolávající stres. Příkladem může být dlouhodobě neřešený problém, který se v člověku kumuluje, dosáhne hranice stresu a člověk se dostává do stavu tísně. Makrostresorem se rozumí děsivé a vše ničící vlivy (Křivohlavý, 1994).

Stres je většinou subjektivní pocit. To, co jednoho stresuje, může být pro druhého příjemné. O některých stresových faktorech se dá říct, že jsou univerzální. Všechny život ohrožující události, jako je zemětřesení, tornáda nebo vážné nemoci, mohou vzbudit úzkost i v těch nejodvážnějších. Je důležité, abychom se naučili tyto obavy překonávat, a dovedli tak žít plnohodnotný život. V příloze B je znázorněn vztah mezi účinky stresu na straně jedné a silou individua a náročností zátěže na straně druhé (Melgosa, 2004).

### ***Příznaky stresu***

O symptomech se mluví vždy ve spojitosti s nemocí, tento termín se využívá i u popisu toho, co se děje s člověkem, který je ve stresu. WHO stanovila seznam příznaků stresu (Křivohlavý, 2010), který se dělí do tří kategorií – fyziologické, emocionální a behaviorální.

#### **Fyziologické:**

- zrychlené, nepravidelné bušení srdce (palpitace),
- bolest a sevření za hrudní kostí,
- nechutenství a plynatost, křečovitě, svírající bolesti v abdominální oblasti,
- časté nucení k močení,
- změny v menstruačním cyklu,
- svalové bolesti v krční a křížové oblasti páteře,
- migréna,
- nepříjemné pocity v krku.

#### **Emocionální:**

- prudké a výrazně rychlé změny nálad,
- nadměrné trápení se s věcmi, které zdaleka nejsou tak důležité,
- neschopnost projevit emocionální náklonnost a sympatizování s druhými lidmi,
- nadměrné starosti o vlastní zdravotní stav a fyzický vzhled,
- omezování kontaktu s druhými lidmi,



- pocity únavy a obtíže při soustředění pozornosti,
- zvýšená podrážděnost a úzkostnost.

### **Behaviorální:**

- nerozhodnost,
- zvýšená absence, nemocnost, pomalé uzdravování,
- zvýšená nepozornost – sklon k nepozornému řízení auta,
- zhoršená kvalita práce, snaha vyhnout se úkolům, výmluvy, vyhýbání se odpovědnosti,
- zvýšené množství vykouřených cigaret za den,
- zvýšená konzumace alkoholu,
- větší závislost na drogách, zvýšené množství tablet na uklidnění a léků na spaní,
- problémy s usínáním, dlouhé noční bdění, časté probouzení se v noci, pozdní vstávání, s pocitem velké únavy (Křivohlavý, 1994; Křivohlavý, 2010).

### ***Teoretické aspekty stresu***

**Dr. Hans Selye** (Mlčák, 2005) popisuje stres jako charakteristickou fyziologickou odpověď organismu projevující se prostřednictvím generalizovaného adaptačního syndromu, který má tři základní fáze – fáze poplachová, fáze rezistence, fáze vyčerpání.

**Poplachová fáze** vzniká ve chvíli, kdy se objeví stresový faktor (podnět). Člověk se instinktivně připravuje na boj nebo na útěk. Pokud si člověk uvědomuje možnost vzniku stresové situace, má ještě možnost problém posoudit a vyřešit ho. Pokud však člověk zjistí, že není ze vzniklé situace možný útěk, nemá dostatek sil, tak se dostává pocity skutečného stresu. Signál z hypothalamu stimuluje činnost hypofýzy, která začne vylučovat ACTH (adrenokortikotropní) do krevního oběhu. Vlivem ACTH kůra nadledvinek produkuje skupinu hormonů, z nichž nejdůležitější je kortizon. Signály z hypothalamu se šíří sympatickým nervstvem a podílí se na činnosti vnitřních orgánů. Nervové signály zasahují i dřev nadledvinek, kterou stimulují ke zvýšené sekreci adrenalinu a noradrenalinu (katecholaminy). Během poplachové fáze jsou produkovány i jiné hormony – prolaktin, somatotropní a hormon štítné žlázy. Katecholaminy způsobí, že se naše vůlí řízené svaly připraví k činnosti a ztuhnou. Hladké svaly žaludku a střev

svoji činnost sníží, nebo ji úplně zastaví. Zvýší se frekvence tepu srdce, proudění krve a krevní tlak. Stoupá hladina krevního cukru a z jater a svalů jsou získávány jeho další zásoby. Zvyšuje se počet krvinek a zvýší se hladina krevních tuků. Zjasní se smyslové vnímání, ústa vyschnou a objeví se zvýšené pocení na čele, dlaních a na nohou (Foster, 1995).

**V druhé fázi rezistentní** se fyziologické reakce z první fáze upravují. Buď se situaci přizpůsobíme, nebo jí začneme čelit. Mnohem více času věnujeme přijímání rozumných rozhodnutí. Zvažujeme, jak odstranit nebo změnit stresor, případně jak se mu vyhnout. Náš imunitní systém provádí kroky ke zvládnutí situace. Právě ve fázi rezistence vzniká nejvíce chorob způsobených stresem (Foster, 1995).

Poslední fází stresu je **fáze vyčerpání**. Příznaky stresového vyčerpání jsou únava, stavy úzkosti, deprese, ale mohou se objevit i psychosomatické příznaky – bolesti hlavy, zad, stahy a křeče svalstva. Tento syndrom nedostatku energie se nazývá „vyhoření“. Únik z této fáze stresu vyžaduje většinou velké úsilí a pomoc z vnějšku – od rodiny, psychiatra či psychologa. Z toho tedy vyplývá důležitý rozdíl oproti předchozím fázím. V jejich průběhu byl totiž člověk ještě schopen se sám rozhodnout a udělat něco, aby přešel fází poslední (Foster, 1995).

Psychologická teorie **R. S. Lazaruse** (Mlčák, 2005) popisuje stres jako stav, kdy organismus očekává střetnutí mezi škodlivými podmínkami určitého druhu. Rozlišuje mezi fyziologickým stresem (neurohormonální, vegetativní reakce organismu) a psychologickým stresem, který se projevuje negativními emočními reakcemi jedince na podnět, který člověk kognitivně zhodnotil jako ohrožující. Kognitivní hodnocení primární souvisí se způsoby, kterým jedinec poznává, že je v ohrožení a sekundární kognitivní hodnocení se týká volby strategie zvládnání (coping). Lazarus (Křivohlavý, 2002, s. 98) popisuje „zvládnání jako proces mezi vnějšími a vnitřními faktory, které jsou člověkem hodnoceny jako ohrožující zdroje“. Lazarův model je definován ve třech fázích: - primary appraisal (primární hodnocení), secondary appraisal (sekundární hodnocení), reappraisal (přehodnocení).

Mlčák (2005) charakterizuje stres jako „systém“ na základě pěti základních kategorií, které jsou ve vzájemných vztazích – potenciální stresová situace, percipovaný stres, reakce na stres, důsledky stresu, faktory modifikující stres (viz příloha C). Systémové pojetí chápe stres jako obecný pojem, který zahrnuje různé druhy specifických zátěžových situací (např. konflikty, frustrace, deprivace).

## 1.2 Metody zvládnání stresu

Způsob reakce na stres závisí na povaze člověka, jeho zkušenostech a na dosavadních prožitcích. Je důležité dokonale poznat sám sebe, protože pro zdárné zvládnutí problému, může být překážkou naučené chování, které není účinné nebo vhodné (Kraska-Lüdecke, 2007). Je tedy nutné znát své vlastní reakce, nepřeceňovat se, nenalhávat si, že jsme nezranitelní (Rheinwaldová, 1995). Účinný způsob, kterým se sníží distres, jsou i dobré komunikační dovednosti. Když člověk dokáže své pocity a potřeby vyjádřit, může je pak lépe kontrolovat a tím, že se o ně podělí s někým blízkým, si zajistí pocit úlevy a bezpečí (Praško, Prašková 2007). A jak uvádí **H. Selye** (Křivohlavý, 1994, s. 67) – „naším cílem by nemělo být jen zvládnout techniky, jimiž bychom chránili své nitro před negativními vlivy, ale spíše nalézat takový životní styl, který by mohl danou skutečnost měnit k lepšímu“. Z toho tedy vyplývá, že se člověk nemůže při redukci či kontrole stresu zaměřit jen na specifické techniky, které pomáhají k vypořádání se se stresory, ale zapotřebí je i modifikovat některé rysy osobnosti a využít holistického pohledu při zvládnání stresu, protože stresory jsou různorodé (Rheinwaldová, 1995). Ideální by bylo trvalé odstranění příčin stresu – změna zaměstnání, úprava narušených mezilidských vztahů, mít dostatek času, odstranění finančních starostí apod. (Trča, 1992), bohužel radikální řešení bývá v praxi jen těžce realizovatelné.

Účinnou cestou, jak se vyrovnat se stresem, je pravidelná strava, dostatek spánku (nejméně 7 hodin), nejméně dvakrát týdně cvičit, omezit kouření, alkohol a najít si čas na relaxaci a odpočinek. Dalším důležitým faktorem, jak čelit stresu, jsou sociální

faktory. Velice potřebné je mít přátele, kteří nám rozumějí, naslouchají a jsou schopni s námi problémy prodiskutovat a řešit. Pravidelná mimopracovní aktivita („koníček“) patří k dalším činitelům, které zmírňují nebo odstraňují stres. Potřebná je i pracovní a rodinná pohoda, která jako prevence vzniku stresu nesmí chybět (Schreiber, 1992).

### ***Postupy zvládnání stresu***

Postupy zvládnání stresu se obecně dělí na dva druhy. Jedná se o řešení problému zatěžující situace na straně jedné a na druhé straně se jedná o postupy, které jsou zaměřeny na zvládnutí emociální situace, do které se člověk při stresu dostává. Do emociálních situací se dostává už i malé dítě. Jsou různé možnosti, jak dítě řeší své trápení. Ti nejmenší se nejčastěji obrací na své rodiče, kde se cítí v bezpečí. Později nejen rodiče, ale i oblíbená hračka, kterou obejmeme a povídá si s ní, zmírňuje trápení, nebo když se dítě schová do tajného úkrytu, vyleze na oblíbený strom, jezdí na kole, zpívá si, čte si oblíbenou knížku, apod., to vše pomáhá dítěti se odreagovat. Čím se jedinec stává starší a dospělejší, tím lépe si může cíleně vybírat metody, techniky, které mu od nenadálé situace pomáhají (Křivohlavý, 2010).

Strategií, jak zvládnout stresovou situaci, může být několik (Křivohlavý, 2010):

- plánovat hledání řešení daného problému;
- uklidňování rozrušených emocí (aktivní obrana – defenziva);
- utkat se s těžkou situací (útok, konfrontace, ofenziva tváří v tvář stresoru);
- distancování se od stresové situace (zachování stoického postoje k situaci);
- sebeovládání (např. ovládání dýchání využitím poznatků o řízení dechu);
- hledání pozitivních stránek nastalé situace;
- hledání sociální opory (pomoci u druhých lidí, rodiny, přátel apod.);
- přijetí osobní odpovědnosti za nastalou situaci;
- snaha vyhnout se stresové situaci (utéct z dané situace).

V posledních letech se do popředí dostávají alternativní techniky, které vedou ke klidu a duševní vyrovnanosti. Někomu pomáhají více, někomu méně, někomu vůbec. Je však pravda, že správným přístupem lze nejen čelit stresu, ale i přispět k duševní pohodě

u jinak zdravých lidí (Schreiber, 1992). Jde však o to, abychom je znali, naučili a vyzkoušeli je.

### ***Autogenní trénink***

Jedná se o psychoterapeutickou metodu (Matoušek, 1999), kterou poprvé publikoval německý lékař **J. H. Schultz** v roce 1932 (Kolektiv autorů, 2009). Cílem je se naučit soustředit na tělesné pocity (chlad, teplo, svěžest) a uvolňovat napětí v těle, pomocí autosugesce, cvičení sebe sama, cvičení vlastního já (Schreiber, 1992).

Uplatnění autogenního tréninku:

- \* psychoprofylaxe – předcházení psychickým poruchám a onemocněním;
- \* psychohygienu – dodržování psychohygienických návyků vedoucích ke zvládnutí psychicky náročných životních situací, slouží k aktivaci a regeneraci sil, k uvolnění a intenzivnímu odpočinku;
- \* psychoterapie – odstraňování psychických poruch, traumat, duševních onemocnění, strachu, stresu, úzkosti, melancholie apod., „normalizací“ psychických procesů a funkcí psychologickými prostředky a metodami;
- \* psychosomatická terapie – zejména u poruch, které nemají organický původ a dosavadní medikamentózní léčba se ukázala jako málo účinná (poruchy spánku a nespavost, žaludeční neuróza, vysoký krevní tlak, bolesti hlavy, bolesti zad a páteře, poruchy menstruačního cyklu, sexuální dysfunkce, poruchy krevního oběhu, dechové obtíže apod.). Autogenní trénink se tak stává jednou z neúčinnějších a nejrozšířenějších metod psychosomatické medicíny;
- \* zlepšení výkonu u sportovců, manažerů, studentů a dalších skupin, kde je třeba posílení koncentrace pozornosti, soustředění psychických a fyzických sil, zvýšení kapacity paměti apod. (Geist, 2004).

Během několika měsíců (při pravidelném cvičení) by se měl člověk naučit ovládat šest cvičení, která na sebe navazují (Matoušek, 1999):

- pocit tíže v celém těle,
- pocit tepla v končetinách,

- pocit pravidelně tepajícího srdce,
- pocit tepla v těle,
- pocit chladného těla.

Mezi podmínky pro provádění tréninku patří klidná, tichá a mírně zatemnělá místnost s optimální teplotou asi 20°C. Frekvence cvičení se doporučuje 3x denně v pravidelném časovém rozvržení. Nejdříve se cvičí první pocit, pak se k němu přidá druhý a cvičí se oba, pak třetí a cvičí se všechny tři atd. Délka jednotlivých cvičení se pohybuje v průměru od 3 do 5 minut (Geist, 2004). Pravidelným cvičením se cílený „prožitek“ dostavuje dříve. Nesmí se však cvičit příliš dlouho, aby se nedostavil opačný efekt (Křivohlavý, 2010). V autogenním tréninku je důležité zaujmout vhodnou polohu, ve které se člověk cítí volně a pohodlně. Možná je tedy poloha vleže na zádech, vsedě, na boku, na břicho i ve stoje. Nejvíce užívaná je poloha vleže na zádech (Geist, 2004).

Úplným uvolněním se dosáhne nejen tělesné pohody, ale i psychické. Pro autogenní trénink je důležitá silná motivace, trpělivost a důslednost nácviku (Geist, 2004).

## ***Jóga***

Jóga v českém překladu „spojení“ (<http://cs.wikipedia.org/wiki/J%C3%B3ga>) je původně jednou ze šesti tradičních hinduistických filozofických škol. První písemné zmínky jsou z doby předcházející počátek našeho letopočtu o několik století (Matoušek, 1999). Počátky a kořeny jógy jsou spjaté se zemí Indie (Kubrychtová Bártová, Stuchlík, 2007). Jógou se rozumí systém cviků vedoucích k vyrovnanosti, duševní i tělesné pohodě a k dosažení ideálu plného zdraví. Kromě tělesných cvičení jóga zahrnuje i správnou životosprávu (vegetariánství, minimální tepelná úprava jídla, půsty, pročišťování zažívacího traktu), dechová cvičení, meditační techniky, uvolňovací cvičení (Matoušek, 1999).

Cvičení se má začínat nejjednoduššími dechovými technikami, které vedou k ovládnutí tzv. úplného jogínského dechu. Plné jógové dýchání je takové, ve kterém dokážeme spojit v jeden celek dýchání brániční, hrudní a hrotové (Sláma, 1994). Pro většinu lidí je typické mělké dýchání (Kubrychtová Bártová, Stuchlík, 2007), kdy se

prodýchává pouze horní část plic a tím se ponechají zbylé dvě třetiny jakoby mrtvé, téměř vůbec se nevyužívá bránice. Vynecháním bráničního a hrudního dechu zůstávají břišní a hrudní orgány bez potřebné masáže, kterou plný dech zabezpečí. Současně je vhodné provádět i jednoduché ásany (polohy při józe), které se postupně dopracují do definitivní polohy. Mezi cvičením je vhodné zařadit několikaminutové pauzy uvolnění. Až po několika měsících se přechází k nácviku pročišťovacích technik (Matoušek, 1999).

Jóga je vhodná pro všechny věkové kategorie. Všechna tělesná cvičení udržují dobrý zdravotní stav, očisťují energetická centra, tzn., že neodebírají energii, ale posilují. Udržují ve správné funkci vnitřní orgány a žlázy s vnitřní sekrecí (Sláma, 1994). Některá jógová cvičení jsou zakázána lidem trpícími oběhovými obtížemi, očními chorobami (zejména glaukomem), akutními záněty, nemocí kloubů a intenzivními bolestmi. Jóga se nedoporučuje lidem trpícím schizofrenií, někteří mají snahu ji praktikovat a tím zhoršují svůj stav (Matoušek, 1999).

### ***Aromaterapie***

Francouzský chemik **René Maurice Gattefossé** (Lavery, 1998) vymyslel termín „aromaterapie“, složením dvou slov „aroma“ (příjemná vůně) a „terapie“ (léčba fyzického nebo psychického stavu). Aromaterapie jako metoda je známa světu přes 6000 let (Kraska-Lüdecke, 2007) a označuje zvláštní obor rostlinného lékařství, který se zabývá léčbou pomocí vůní. Jedná se o čisté esenciální (éterické) oleje, získávané z listů, květů, plodů, dřeva, stonků a kořenů bylin a stromů. Každý esenciální olej má jedinečnou vůni a pro aromaterapii bylo vyluhováno asi 150 esenciálních olejů. Všechny oleje jsou antiseptické s řadou dalších vlastností: jsou protizánětlivé, zmírňují bolest nebo působí jako antidepresiva (Lavery, 1998).

Výběr ze základních olejů, jejich vlastnosti a způsoby použití (Rodinná, 1997):

- \* bazalka – povzbuzuje, osvěžuje; při depresích, stresu, dýchací a zažívací obtíže;
- \* borové jehličí – osvěžuje, antiseptické; astma, chřipka, zánět močového měchýře;
- \* citron – osvěžuje, stimuluje; obtíže krevního oběhu, hypertenze, akné;
- \* eukalypt – pročišťuje hlavu; bolesti hlavy, svalů, zadržování tekutin;

- \* levandule – osvěžuje, uvolňuje, léčí; vhodné pro děti, při depresi, zažívací obtíže;
- \* máta peprná – zchlazuje, osvěží; nemoc z pohybu, bolesti hlavy, zažívací obtíže;
- \* rozmarýn – posiluje, osvěžuje; špatná paměť, duševní únava, bronchitida;
- \* šalvěj – posiluje krevní oběh; virové infekce, revmatismus;
- \* tea tree – antiseptické účinky, očišťuje; kandidóza, nachlazení, bolest v krku.

V posledních letech se aromaterapie stala důležitým a uznávaným doplňkem péče o zdraví. Využívá se aplikace olejů inhalací, masáží i vnitřním užitím 1-3 kapek na lžici medu nebo ve sklenici teplé vody (Grosjean, 2003), což vede ke zlepšení fyzického a psychického zdraví. Aromaterapie působí komplexně, byly prokázány velmi dobré účinky při problémech vyvolaných stresem, při svalových a revmatických bolestech, při trávicích potížích, bolestivé menstruaci a při menopauze, úzkosti, nespavosti a depresi. Aromaterapie může prospět každému bez rozdílu věku a kvality zdraví (Lavery, 1998).

### ***Jacobsonova progresivní relaxace***

Její objevitel psycholog **Edmund Jacobson** (Drotárová, Drotárová, 2003) při svých výzkumech používal elektromyograf, kterým měřil napětí svalstva. Díky tomu zjistil určitou spojitost mezi pohyby svalů a myšlenek. Proto usoudil, že pokud chce člověk relaxovat celé tělo i mysl, musí nejprve uvolnit svalstvo.

Jacobsonova metoda je zaměřená na postupné uvolnění celého těla. Před prováděním této relaxace je důležité zajistit vhodné prostředí. Místnost by měla být tichá, vhodné je přítomí a příjemná teplota. Člověk by měl před relaxací navodit i svou mysl tzn., zapomenout na všechny denní starosti a myslet na něco příjemného (Melgosa, 2004). K vytvoření relaxační atmosféry může pomoci klidná a tichá hudba. Pro relaxaci je důležité mít dostatek času. Jako poslední přípravný bod k začátku relaxace je vhodná poloha. Nejvhodnější poloha je na zádech s podloženou hlavou (např. složený ručník), ruce jsou podél těla, nohy natažené a chodidla mírně od sebe.

Jacobsonova relaxace se skládá ze šesti základních cviků, které jsou založeny na kontrakci (4 sek.) a relaxaci – uvolnění (6 sek.) cvičených svalů (Melgosa, 2004):

- uvolnění rukou a paží;



- uvolnění obličeje;
- uvolnění šíje a ramen;
- uvolnění hrudi, břicha a zad;
- uvolnění beder, stehen a lýtek;
- uvolnění celého těla.

Cviky se mohou provádět samostatně nebo postupně jeden po druhém jako jeden celek. Doba cvičení by měla být dvacet minut minimálně jednou denně (Melgosa, 2004).

Jacobson doporučuje se zaměřit i na vnitřní orgány (žaludek, střeva, srdce aj.). Vychází z představy, že „když relaxujeme své kosterní svalstvo, které je možno vlastní vůlí ovládat, má také vnitřní svalstvo tendenci se uvolnit“ (Křivohlavý, 2010, s. 45). Tento vztah vidí i opačně. „Jsou-li vnitřní svaly v nadměrné tenzi, je možno pozorovat nadměrnou tenzi i v napětí kosterního svalstva“ (Křivohlavý, 2010, s. 45). Navenek se to projeví např. nechutenstvím, palpitací. Ukazuje i na pojem „nervozita“, která je vytvářena různými pocity neuspořádané svalové tenze, kterou je třeba odstraňovat.

### 1.3 Vliv stresu na zdraví

Stres jako biologicko-lékařský pojem by se měl dát diagnostikovat a také měřit (Schreiber, 1992). Tak jako například krevní tlak. Představte si, že byste přišli k lékaři a ten by vám kromě známých vyšetření, jako je – odběr krve, měření krevního tlaku, tepu atd., změřil i hladinu stresu. Podle naměřených hodnot stresu by vás léčil, tzn., že by vám především upravil životní styl. Nebyla by to vhodná prevence, jak zabránit nemocím ze stresu? Určitě byla. Ale mnoho lidí si neuvědomuje důležitost prevence. Nemají potřebu měnit svůj životní styl do té doby, dokud se cítí zdraví.

**Dr. Hans Selye** (Křivohlavý, 1994, s. 33) uvádí, že „nespočet studií různých procesů vedoucích k onemocnění ukazuje, že spíše nežli kterýkoliv jiný faktor je to stres, co

určuje, zda je či není porušena rovnováha v našem organismu“. Je tedy důležité přistupovat k člověku podle holistického modelu a nebrat v úvahu pouze příčinu nemoci (bakterie, viry apod.), ale zabývat se jím jako celkem (Křivohlavý, 1994).

### ***Hypertenze***

Hypertenze neboli vysoký krevní tlak se řadí mezi tzv. civilizační choroby a je charakterizován zvýšeným tepenným tlakem ve velkém krevním oběhu. Hypertenzí je postihnuto okolo 25% lidí. Zatímco normální hodnota tlaku je 110 - 139/60 - 89 mm Hg, o vysokém tlaku se hovoří, pokud jeho hodnoty stoupnou nad 140/90 mm Hg. Na vznik této odchylky od normálního tlaku má vliv životní styl, životní návyky a prostředí, ale i jiné nemoci (Sovová, Řehořová, 2004).

U většiny nemocných (90 – 95 %) příčina vysokého krevního tlaku není známa, jedná se o tzv. **primární** neboli **esenciální** hypertenzi. K tomu, aby se hypertenze projevila, je většinou potřeba spolupůsobení genetických dispozic a faktorů zevního prostředí. Je to hlavně iracionální výživa s nadměrným přísunem kuchyňské soli, obezita, větší konzumace alkoholu, kouření, stres a nedostatek pohybové aktivity. Příčinou může být i porucha regulačních mechanismů – převaha vasokonstrikčních mechanismů nad vasodilatačními (Sovová, Řehořová, 2004). U malé skupiny hypertoniků (5 - 10 %) je zvýšený TK důsledkem nějakého jiného onemocnění, tzv. **sekundární** hypertenze. Mohou to být nemoci ledvin (např. glomerulonefritidy, renální insuficience), onemocnění žláz s vnitřní sekrecí (štítné žlázy, kůry a dřeně nadledvin, hypofýzy), některé neurologické nemoci (nitrolební hypertenze) nebo zúžení aorty - hlavní tepny, která vede ze srdce. I vysoký TK, který vzniká v těhotenství, řádíme mezi sekundární hypertenzi (<http://www.ordinace.cz/clanek/hypertenze-vysoky-krevni-tlak-/?chapter=1>).

Organismus každého člověka si řídí hodnoty krevního tlaku sám pomocí centra v mozku a určitých čidel v cévách (Trča, 1992). Výše krevního tlaku závisí na psychologickém stresu, zejména na vzteku, nechuti k vynucenému jednání a na frustraci (pocit zrnění). Po přechodné fázi hypertenze tzn., opakovaně se naměří u klienta

vysoký krevní tlak, nastává fáze trvalé hypertenze. Působí zde kombinované stresory: prostředí, kouření, nedostatek pohybu, přesolování (Schreiber, 1992).

Pro prevenci vzniku hypertenze je významné dodržet několik zásad:

- pravidelná životospráva, omezení soli a nasycených tuků,
- udržení normální tělesné hmotnosti,
- dostatek pohybu, ale i spánku,
- harmonie v soukromém životě,
- klid v zaměstnání,
- předcházet stresovým situacím (Schreiber, 1992).

### ***Ischemická choroba srdeční***

ICHS je nejčastěji uváděnou stresovou nemocí, protože postihuje především lidi vystavené silnému stresu (Schreiber, 1992). Jedná se především o lidi, kteří jsou pověřeni nadměrným množstvím úkolů, mají velkou zodpovědnost za provedenou práci, mohou to být soudci, právníci, chirurgové, obchodníci, ale i lidé, kteří mají nedostatek sebeúcty, žijí v konfliktech, jsou se svou prací nespokojeni, často ji mění a v jejich životě převládá pesimismus.

Organismus člověka začne prožívat stres, srdce na to reaguje na základě nervových a hormonálních podnětů tak, že zvýší svoji činnost a pumpuje více krve. Současně se i zvyšuje krevní tlak a endokrinní žlázy vylučují do krevního řečiště hormony, které způsobí uvolňování cholesterolu a tuků (Melgosa, 2004). Pokud tento stav trvá abnormálně dlouho, může dojít k oslabení oběhové činnosti. Jde tedy o onemocnění srdce způsobené ischemií srdečního svalu nejčastěji na podkladě uzávěru věnčitých tepen aterosklerotickými pláty. Ateroskleróza se vyvíjí po dobu asi dvaceti až třiceti let a v tomto období se neprojevuje žádnými příznaky. Kouření však kornatění tepen urychluje. Mezi další rizikové faktory patří hypertenze, diabetes mellitus, zvýšená hladina cholesterolu a dalších tukových látek v krvi. Jedná se o rozšířenou civilizační nemoc způsobenou nesprávným životním stylem (Jídlo, 1998). Z toho vyplývá, že stres je jedním z faktorů způsobujících ICHS a téměř všechny ostatní faktory se stresem souvisí. Hypertenze, zvýšený cholesterol jsou jeho přímým důsledkem, zatímco kouření,

konzumace alkoholu, nervozita se objeví až v jeho přítomnosti (Melgosa, 2004). Projevuje se v různých formách nejčastěji jako angina pectoris, infarkt myokardu, náhlá srdeční smrt, porucha srdečního rytmu nebo srdeční selhání (<http://www.solen.cz/pdfs/lek/2007/02/03.pdf>).

Prevence kardiovaskulárních onemocnění spočívá především ve snížení ovlivnitelných faktorů, jako je stres, alkohol, nikotin, hypertenze, vysoká hladina cholesterolu, diabetes mellitus, sedavý způsob zaměstnání, kterých je víc než neovlivnitelných – pohlaví (muž), věk, genetika (Melgosa, 2004).

### ***Ostatní nemoci ze stresu***

Stres jako negativní faktor ovlivňuje celou řadu dalších orgánů. Řadí se zde nemoci spojené (Křivohlavý, 1994):

- s dýchacím systémem – astma, hyperventilace, dechová nedostatečnost;
- s gastrointestinálním traktem – návaly, zvracení a vředová choroba;
- s genitourinálním systémem – časté nucení na mikci, impotence, stresová porucha menstruačního cyklu;
- s dermatologickými projevy – např. ekzémy;
- s činností imunitního systému – autoimunitních chorob – revmatická horečka, artritida, lupus erythematosus, myasthenia gravis; únava, letargie;
- s bolestí – bolest v zádech, migréna, bolest na hrudi.

Stres není opomíjený ani při násilných činech, jakými jsou různé tragické nehody, vraždy a sebevraždy (Foster, 1995). Stres v neposlední řadě může být i zákeřným spolupodílníkem na rozvoji onkologické nemoci. Nejedná se přímo o stres, který umožňuje růst rakoviny, ale především nezvládnutí stresové situace. „Rakovinou tedy není ohrožen ten, kdo se dostane do stresu, ale ten, kdo jej nezvládne“ (Křivohlavý, 1994, s. 36 – 37). Někoho může úvaha o tom, že by stres mohl být spolupodílníkem na vzniku rakoviny překvapit. Jaro Křivohlavý popisuje přehled svých studií o vztahu mezi psychologickými faktory a rakovinou v Časopise lékařů českých roč. 125, č. 3, 1986 (viz příloha D).

## 2 Stres v práci všeobecné sestry

Profese všeobecné sestry patří do vědního oboru ošetřovatelství, který je definován souborem činností prováděných sestrou u člověka z hlediska uspokojování biologických, psychických, sociálních i spirituálních potřeb ve zdraví a nemoci, vycházející z holistické filozofie (Pavlíková, 2006). Ošetřovatelství je také moudrost, láska a pomoc. Symbolem moudrosti je kniha, symbolem lásky srdce a symbolem pomoci podaná ruka. Sestra by tedy měla být vzdělaná, emocionálně a sociálně zralá a ochotná pomáhat druhým, což je základním předpokladem profesionálního vykonávání tohoto povolání (Farkašová, 2009).

### *Osobnost sestry*

Osobnost člověka je utvářena na biologickém základě a je ovlivněna v průběhu života nejen jeho okolím, ale i rozhodováním, postoji a chováním. Mezi základní schopnosti sestry patří (Venglářova et al., 2011):

1. **Sociální percepce** – schopnost vnímání druhých.
2. **Přívětivost, sociabilita, komunikativnost** – přátelskost, otevřenost vůči lidem, zásadním je umění komunikovat a naslouchat.
3. **Schopnost týmové spolupráce.**
4. **Řešení konfliktů.**

Každá sestra by měla mít určité osobnostní předpoklady k výkonu svého povolání, jako například: tvůrčí přístup, kterým sestra řeší svěřené úkoly; dostatečnou sebekritičnost a empatii; smysl pro odpovědnost a povinnost; humánní vztah k nemocnému (projev vyrovnanosti a zralosti osobnosti); rozvážnost; trpělivost a umění se ovládat (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007).

S osobností souvisejí i typy sester, kterých podle postojů a postavení v práci může být několik (Zacharová, Hermannová, Šrámková, 2007):

- rutinní – přesná, konkrétní, věcná, někdy se odpoutává od lidského přístupu;

- herecky afektovaná – snaží se udělat dojem, získat si přízeň, uznání;
- nervózní – neklidná, podrážděná, trpí nejistotou;
- mužský typ – energická, rozhodná, dobrá organizátorka, racionální myšlení;
- mateřský typ – milá, přátelská, chápající.

## 2.1 Role sestry

V prvopočátcích plnila sestra pouze roli pečovatelky a asistentky u různých diagnosticko terapeutických výkonů, byla pomocnicí lékaře. Postupným rozvojem ošetrovatelství zde začaly pronikat poznatky i z jiných věd jako je psychologie, pedagogika, etika, sociologie, a proto se role sestry rozšířila (Staňková, 2002). V dnešní době je rovnocenným partnerem lékaře, je aktivní členkou ošetrovatelského týmu, spolupracuje s pacientem/klientem, rodinou, ostatními odborníky ve zdravotnictví. Z toho vyplývají i další její role nejen role ošetrovatelky, ale je i – edukátorka, výzkumnice, nositelka změn, mentorka, advokátka, manažerka aj. (Farkašová, 2009).

Hlavní funkcí sestry, kromě spolupráce se členy zdravotnického týmu, je řízení a poskytování ošetrovatelské péče, výchova pacientů/klientů a aktivní účast na rozvoji ošetrovatelské praxe (Beňadíková, Rapčíková, 2009). Jednou z velice důležitých rolí sestry je osobitý a individuální přístup ke každému pacientovi. Sestra na plnění těchto rolí musí být dostatečně vzdělaná, a proto dnešní systém preferuje sestru, která se celoživotně vzdělává. Musí být nejen vzdělaná, ale i umět pracovat samostatně, být zodpovědná za svou práci, být důvěryhodná – dbát o svůj zevnějšek, ale i chování, dodržovat a hájit práva pacientů, řídit se Etickým kodexem sester (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007). Sestra pracuje dle jasně stanovené metody práce, kterou je ošetrovatelský proces.

**T. Parson** (Bártlová, 2005) popsal rolové znaky, které jsou shodné jak pro profesi sestry, tak i lékaře, jsou to:

- funkční specificita – neboli odborná kompetence, vyžaduje nutnost faktické i formální odborné kompetence pro výkon profese (vzdělání);

- univerzalizmus – schopnosť sestry zaujmout ke všem nemocným stejný postoj;
- kolektivní orientace – zaměření na druhé, schopnost upřednostnit potřeby nemocného před vlastními zájmy;
- emocionální neutralita – znamená, že sestra ve své roli emoce kontroluje, jsou podřízeny rozumové kontrole.

Osvojení a adaptací rolových znaků sestry nelze dosáhnout okamžitě, ale postupně. Je zapotřebí velké energie duševních sil, motivací a soustavného vzdělávání se.

Sesterskou roli ovlivňují především změny ve společnosti, nové technologie, systém zdravotní péče a celkový stav zdraví obyvatel (Farkašová, 2009). Mezi nejčastější role sestry patří:

- Sestra jako poskytovatelka ošetrovatelské péče – jedná se o roli vztahů, které se vytvářejí na poskytování ošetrovatelské péče a charakterizují holistické chápání zdraví jedince a skupiny v uspokojování potřeb.
- Sestra jako edukátorka – v edukační činnosti se podílí na formování zodpovědného, uvědomělého chování jedince i skupiny v podpoře zachování a návratu zdraví.
- Sestra jako manažerka – působí na různých úrovních (státní, regionální, v rámci zdravotnického zařízení). Tato role je součástí všech ošetrovatelských úkonů u jedince i skupiny, sestra řídí ošetrovatelský proces. Neztotožnění s touto rolí má za následek neefektivní ošetrovatelskou péči.
- Sestra jako advokátka – obhájkyně pacienta, reprezentuje jeho práva, tlumočí jeho názory, obhajuje jeho zájmy.
- Sestra jako výzkumnice – předpokládá dostatečné vzdělání a značný potenciál pro výzkumnou činnost v ošetrovatelství.
- Sestra jako nositelka změn – v zájmu rozvoje ošetrovatelství se sestra musí ztotožnit s touto rolí a pozitivně přijímat změny, které rozvoj ošetrovatelství s sebou přináší.
- Sestra jako mentorka – zodpovídá za klinický dohled nad studenty, a předpokládá její adekvátní klinickou a pedagogickou kvalifikaci (Farkašová, 2009).

## ***Kompetence a image sester***

Kompetence všeobecných sester se nově řídí dle vyhlášky MZ ČR č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, která je v platnosti od 14. března 2011, tím se ruší vyhláška č. 424/2004 Sb. a její novelizovaná č. 401/2006 Sb. Vyhláška navyšuje kompetence všeobecné sestry, které však mohou přinést nový stres do tohoto povolání, díky větší zodpovědnosti a více povinností plynoucí z vyhlášky pro sestru. Vyhláška v komplexním znění je dostupná ve Sbírce zákonů 2011 České republiky a její část, týkající se profese sestry je uvedena v příloze E. Novelizován je i zákon č. 96/2004 Sb., který stanovuje podmínky pro získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařského povolání, ve Sbírce zákonů nyní č. 105/2011Sb. s platností od 22. dubna 2011. Mimo jiné prodlužuje registrační období z 6 na 10 let a snižuje poplatek za vyřízení žádosti o prodloužení registrace z 500 Kč na 100 Kč.

S navýšením kompetencí je nutné budovat i novou image sestry (Zacharová, 2010), která by pomohla:

- změnit pohled na sestru ze zaměstnance na profesionálního pracovníka,
- umožnit sestrám profesní růst v daném oboru,
- zajistit podíl na rozvoji a řízení ošetrovatelské péče,
- odstranit mýty o sesterském povolání,
- probudit zájem veřejnosti o sesterskou profesi.

Základem pro utváření profesionální image sester je odborné vzdělávání na vysokých a vyšších odborných školách, kde by se měli studenti zodpovědně připravovat na jejich náročné povolání. Značný vliv na image sester mají i sdělovací prostředky (prezentace seriálů, ale i různé články ovlivňují obraz sestry u veřejnosti), top management zdravotnických zařízení (rozvoj odbornosti a specializace, ocenění zodpovědné práce, kolegiální atmosféra pracovního prostředí, motivační techniky vedoucí k posílení prestiže povolání). Na budování image sester se podílí i pacienti a jejich rodinní příslušníci, záleží na mnoha okolnostech, které mohou ovlivnit celkový pohled na sestru (např. druh onemocnění, doba hospitalizace, typ osobnosti nemocného, významná je profesionální komunikace mezi sestrou a nemocným při zvládnání těžké životní situace).



Ideálem, o který se usiluje, je image sestry – profesionálky – člověka, který je vzdělaný, progresivní, empatický a asertivní, přemýšlí logicky a snaží se o dosažení stále vyšší úrovně ošetrovatelské péče (Zacharová, 2010).

## 2.2 Zátěž v práci sestry

Práce ve zdravotnictví je spojena s vysokou mírou stresu a zátěže působící nejen na fyzickou stránku, ale i psychickou. Sestra je při výkonu svého povolání vystavena obrovskému množství stresorů. Nutnost chodit na směny narušuje biologicky nastavený cirkadiánní rytmus, což může vést k spánkové deprivaci a s tím spojené únavě. Také neustálý kontakt s klientem/pacientem může sestru určitým způsobem zatěžovat, protože je to právě ona, kdo je mu během jeho hospitalizace nejbližší. K/P si také k sestře dovolí mnohem víc, než k lékaři. Sestra je první, kdo musí čelit nepříjemnému chování a mnohdy i agresi ze strany K/P i jejich rodinných příslušníků (Bartošíková, 2006). Nadměrná zátěž zvyšuje riziko chybných výkonů a rozhodnutí, pracovních úrazů, psychosomatických onemocnění a je velmi častým důvodem, proč sestry a lékaři odcházejí ze zdravotnictví. Nadměrný stres zhoršuje nejen jejich zdravotní stav, ale i produktivitu a efektivnost práce, to vše má bohužel negativní vliv na jejich osobní a rodinný život. Dalším stresujícím faktorem mohou být vztahy na pracovišti. Práce sester a ošetrovatelek patří z hlediska zdravotnického k nejtěžším a nejrizikovějším (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007).

Zátěže v práci sestry můžeme rozdělit na zátěže fyzické, chemické a fyzikální a zátěže psychické, emocionální a sociální (Bartošíková, 2006).

### **Zátěže fyzické, chemické a fyzikální:**

- statické zatížení (stání při práci a asistenci u lůžka, u výkonů, stání u vizity);
- dynamické zatížení (vyřizování, přecházení mezi provozy);
- zatížení páteře, svalového, kloubního, cévního systému;
- setkávání se s nepříjemnými podněty (exkrementy, otevřené rány, zápach);
- narušení spánkového rytmu při směnování;

- nedostatek klidu, času na pravidelnou stravu a dodržování pitného režimu;
- kontakt s léky, dezinfekčními přípravky, pomůckami (rukavice);
- hluk, nesprávné osvětlení, vibrace, radiační záření (Bartošíková, 2006).

### **Zátěže psychické, emocionální a sociální:**

- neustálá pozornost (sledování stavu pacientů, přístrojů);
- pružné reagování na různorodé požadavky a změny;
- velká zodpovědnost za výsledky (následky) své práce;
- nutnost samostatného rozhodování při respektování daných pravidel;
- nutnost rychlých rozhodnutí a účelného jednání při nedostatku informací;
- opakované setkávání se s lidmi v těžkých emočních stavech;
- konfrontace s utrpením, bolestí, smrtí, vyrovnávání se s pocity bezmoci;
- zacházení s intimitou druhého člověka (aplikace klyzmatu, cévkování);
- působení bolesti druhým lidem;
- otázky týkající se soukromých záležitostí pacientů a jejich rodin;
- opakované konfrontace s vlastními zážitky a postoji, nutnost přemýšlet i o svém životě, o svých hodnotách a postojích;
- komunikace s příbuznými pacientů;
- konflikt rolí;
- nízké ohodnocení náročné práce;
- nároky na neustálé učení a vzdělávání (Bartošíková, 2006).

Stock Christian (2010) řadí mezi zatěžující faktory v pracovním prostředí:

- ❖ rizikové faktory obecné – jako je např. snižování jistot vyplývajících z úprav pracovních smluv (krácení dovolené, více přesčasů apod.), rušení pracovních míst, oddělení, nebo zde patří i nesouhra mezi pracovním a soukromým životem;
- ❖ zvýšenou pracovní zátěž – z pohledu zpracování velkého množství informací, dat a následné poskytnutí kvalitní, flexibilní a rychlé služby druhým lidem nebo se zde může jednat i o rušivé vlivy okolí;
- ❖ nedostatek samostatnosti a abnormální kontrola nadřízenými může vést k nejistotě a děláním chyb při práci, naopak mít dostatečný prostor k vlastní iniciativě a samostatnosti, člověka motivuje a práce ho baví;

- ❖ nedostatek uznání – nadřízení nepodporují, neoceňují a nemotivují zaměstnance za odvedenou práci, což vede k úvaze nad smysluplností jejich práce;
- ❖ špatný kolektiv – pokud převládají negativa (závist, neúcta, pomluvy apod.) nad pozitivitu (kolegialita, přátelská atmosféra), člověka práce v takovém týmu nebaví;
- ❖ nespravedlnost – pokud nadřízení nepřístupují ke všem svým zaměstnancům rovnocenně a se zvýšenou pozorností u vybraných jedinců, převládají osobní sympatie nad vykonanou prací, jsou ostatní zaměstnanci zklamaní z takového jednání;
- ❖ konflikt hodnot – každý má svůj systém hodnot, které jsou motivem k výkonu, pokud dojde ke střetu, rozporu hodnot mezi osobními a pracovními, které jsou dané firemní strategií, snižuje se motivace a vykonaná práce působí jako bezvýznamná.

Stres mohou způsobovat i další charakteristické znaky zátěží:

- přílišná touha po společenském uznání,
- řešení problému druhých,
- přesvědčení, že vše špatně dopadne,
- negativní výsledek přisuzujeme vlastnímu selhání: „Jsem neschopná“,
- událost (prožitek) ohrožuje naše sebevědomí,
- situace vyvolává nepohodlí, které špatně snášíme,
- enormní obětování se pro pacienty (Venglářová et. al., 2011).

Práce sester je velice náročná a každá se s ní vyrovnává různě. Důležitým faktorem zvládnutí náročnosti povolání je i pracovní zázemí, ve smyslu dobrých vztahů s kolegy a nadřízenými, ale i dostatečné finanční ohodnocení, které je v dnešní době hodně diskutováno a z důvodu „nízkých platů“ mnoho kvalifikovaných zdravotníků odchází pracovat do jiných zemí nebo svou profesi úplně opouštějí. Nezbývá než doufat v lepší budoucnost, mít hodně sil, energie, motivací a dělat tak krásné povolání, jakým profesí sestry je.

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 3 Empirický průzkum

### 3.1 Průzkumný problém, cíle, hypotetická tvrzení

#### Průzkumný problém:

Stres, stresové faktory a zvládání zátěže v profesi všeobecné sestry.

#### Průzkumné cíle:

**Cíl 1.** Zjistit míru stresové zátěže u vybraných stresorů v povolání všeobecné sestry.

**Cíl 2.** Zjistit, jaké relaxační metody sestry využívají pro odstranění nebo zmírnění stresu.

**Cíl 3.** Porovnat vývoj hodnocení stresové zátěže všeobecných sester v rozmezí let 2000 – 2011.

**Cíl 4.** Navrhnout možná řešení pro snížení stresové zátěže u všeobecných sester.

#### Hypotetická tvrzení:

**Hypotetické tvrzení 1.** Předpokládáme, že stresová zátěž sester v nemocnicích bude větší než stresová zátěž sester pracujících v domovech pro seniory u těchto stresových faktorů – nedostatek pomocného personálu, zavádění nových metod a způsobů práce, setkávání se smrtí, náhlá změna zdravotního stavu pacienta, určený časový limit na poskytnutí péče, zodpovědnost za provedenou péči (položky 1a, 1e, 1f, 1g, 1h, 1i, 8).

**Hypotetické tvrzení 2.** Předpokládáme, že více jak 75 % sester se stresem zabývá (položky 2, 8).

**Hypotetické tvrzení 3.** Předpokládáme, že víc jak 50 % sester, které stres neřeší, nemá dostatek informací o alternativních metodách v řešení stresu (položky 2, 4c).

**Hypotetické tvrzení 4.** Předpokládáme, že víc jak 50 % sester nepoužívá pro zmírnění stresu jógu, autogenní trénink, aromaterapii a Jacobsonovu metodu (položky 2, 3a, 3b, 3c, 3d).

## 3.2 Metodika průzkumu

Zvolili jsme kvantitativní průzkumnou metodu. Pro sběr informací týkajících se stresových faktorů a způsobů vyrovnání se se stresem u všeobecných sester jsme použili metodu nestandardizovaného dotazníku, který je uveden v příloze A. Průzkum proběhl v prosinci 2010, lednu 2011 a únoru 2011.

Anonymní dotazník obsahoval 8 položek. V dotazníku jsme použili položky uzavřené, tzn., že odpovědi u těchto položek jsou definovány. Respondent odpovídal na položky dichotomické (2, 5, 8) a polynomické (1, 3, 4, 6, 7). Počet odpovědí u položek nebyl omezen. U položek polynomických měl respondent možnost doplnit vlastní odpověď. Všechny potřebné informace k vyplnění jsou přehledně popsány v úvodu dotazníku.

Položka č. 1 obsahuje jednotlivé stresové faktory, u kterých je použita odpověď formou škály, respondent se vyjadřuje ke každému stresoru. Touto položkou chceme zjistit nejčastěji se vyskytující stresové faktory v práci sester a zároveň zjistit subjektivně vnímanou intenzitu působení u jednotlivého stresoru. Protože stresorů je celá řada, museli jsme jejich výběr omezit na ty, které jsou dle našeho názoru, založeném na zkušenosti z praxe, nejčastější. K tomu, aby respondenti nebyli výběrem zvolených stresorů omezeni, a taky abychom zjistili opravdu nejčastěji se vyskytující stresory, je nabídnuta možnost doplnění chybějících stresorů dle uvážení respondenta.

Položkou č. 2 chceme zjistit, zda všeobecné sestry řeší nebo neřeší stres.

Položka č. 3 je určena respondentům, kteří u předchozí otázky zvolili kladnou odpověď. Obecně platí, že lidé stres řeší různými způsoby a neužívají jen jeden způsob

relaxace, ale pomáhá jim kombinace více způsobů. Proto výběr zvolených odpovědí není pro respondenta omezen. Pokud se mezi vybranými způsoby relaxace nevyskytuje ten, který respondent používá, má možnost dopsat způsob odreagování se.

Položku č. 4 jsme zvolili pro respondenty, kteří na položku č. 2 odpověděli záporně. Možností, proč sestry stres neřeší, může být mnoho. Mezi odpovědi jsme vybrali takové důvody, které nám budou podkladem při návrhu řešení pro praxi. Respondenti mají možnost dopsat jiný důvod neřešení stresu, který se mezi zvolenými odpověďmi nevyskytuje.

Položka č. 5 je určena pro všechny dotázané respondenty. Zajímá nás, zdali respondenti, mají zájem o informace týkající se řešení stresu. Myslíme si, že je důležité mít široký obzor v možnostech řešení stresu, protože pokud člověk vyzkouší jednu metodu a nevyhovuje mu, může vyzkoušet další.

Položka č. 6 je zaměřena na metody řešení stresu a je určena pro respondenty, kteří u předchozí položky zvolili odpověď kladnou. V odpovědích jsou nabídnuty relaxační techniky, které při správném provádění slouží ke skutečné relaxaci a jsou pro každého člověka dostupné. Kromě předem daných odpovědí může respondent uvést vlastní metodu.

Položka č. 7 navazuje na předchozí dvě, a je tedy určena pro respondenty, kteří uvedli v položce č. 5 odpověď kladnou, to znamená, že mají zájem o více informací týkající se možností řešení stresu. Je mnoho zdrojů, odkud můžeme čerpat informace. Pro získání informací ohledně alternativních metod řešení stresu jsme zvolili formu semináře a kurzu s praktickým vyzkoušením, které mohou sloužit jako ideální způsob osvojení si vybrané techniky a také fungují, jako zpětná vazba tzn., že je určena doba na zodpovězení dotazů a nejasností. Pro respondenty, kteří se raději vzdělávají sami pomocí literatury, je určena odpověď poslední. Pokud má respondent zájem o jiný způsob získání informací, má možnost využít volný prostor pod zadanými odpověďmi.

Poslední 8. položka dotazníku je identifikační, pomůže nám rozlišit dotazníky respondentů ze zkoumaných pracovišť.

### **3.3 Průzkumný soubor**

Důležité pro tuto práci bylo získání stejného počtu dotazníků v průzkumném šetření u všeobecných sester, a to od sester pracujících v nemocnicích (interní oddělení) a v domovech pro seniory. Dotazníky byly distribuovány v následujících zařízeních: Nemocnice s poliklinikou Nový Jičín p.o., Nemocnice Valašské Meziříčí a.s., Vsetínská nemocnice a.s.; Domov pro seniory Karolinka, Podlesí a Rožnov pod Radhoštěm. Dotazníky s žádostí o povolení průzkumu (viz příloha G) jsme předali náměstkyním pro ošetrovatelskou péči v nemocnicích a vrchním sestřám v domovech pro seniory, jen s vrchní sestrou z Karolinky jsme se po telefonické domluvě dohodli o zaslání dotazníků poštou.

Z celkového počtu rozeslaných dotazníků 100, jsme zpět získali 85 vyplněných dotazníků, tj. 85,00 % úspěšná návratnost. 11 dotazníků bylo neúplně vyplněno, a proto jsme je nemohli zařadit do celkového vyhodnocení. Pro zpracování stejného počtu dotazníků z domovů pro seniory a nemocnic jsme museli 4 náhodně vybrané dotazníky od sester z nemocnic znehodnotit. Z uvedených skutečností vyplývá, že pro zpracování výsledků průzkumu bylo použito 35 dotazníků od všeobecných sester z nemocnic a 35 dotazníků od sester z domovů pro seniory (DpS).

### **3.4 Zjištěné výsledky průzkumu**

V této práci jsme se zaměřili na srovnání stresových faktorů a možností odreagování se u sester pracujících v nemocnicích a domovech pro seniory. Výsledky průzkumu jsou uvedeny v pořadí jednotlivých položek. Pro lepší přehlednost jsou výsledky uvedeny v absolutní a relativní četnosti v tabulkách a schematicky znázorněny pomocí sloupcových grafů.

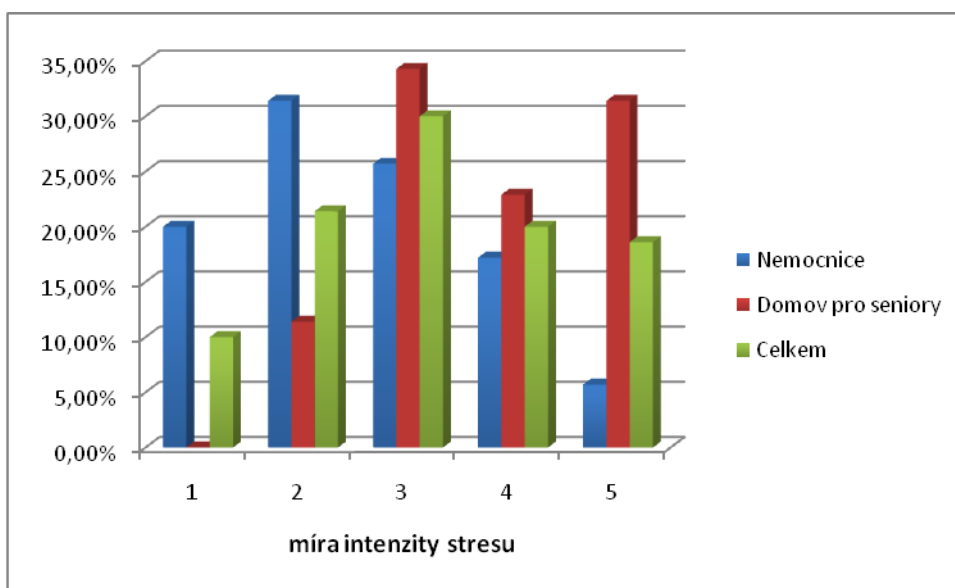
## Položka č. 1: Míra stresu u jednotlivých položek

U této položky je použita škálová stupnice 1 – 5 u jednotlivých stresorů a každý respondent hodnotil každou položku. Pro přehlednost jsou výsledky u jednotlivých stresorů uvedeny zvlášť v tabulkách a grafech v porovnávacím měřítku z obou zkoumaných pracovišť.

Tabulka č. 1 – Míra stresu u stresoru – „nedostatek pomocného personálu“

položka	nedostatek pomocného personálu									
	1		2		3		4		5	
intenzita stresu	abs. č.	rel. č.	abs. č.	rel. č.	abs. č.	rel. č.	abs. č.	rel. č.	abs. č.	rel. č.
nemocnice	7	20,00%	11	31,40%	9	25,70%	6	17,20%	2	5,70%
domov pro seniory	0	0,00%	4	11,40%	12	34,30%	8	22,90%	11	31,40%
celkem	7	10,00%	15	21,40%	21	30,00%	14	20,00%	13	18,60%

Graf č. 1 – Míra stresu u stresoru – „nedostatek pomocného personálu“



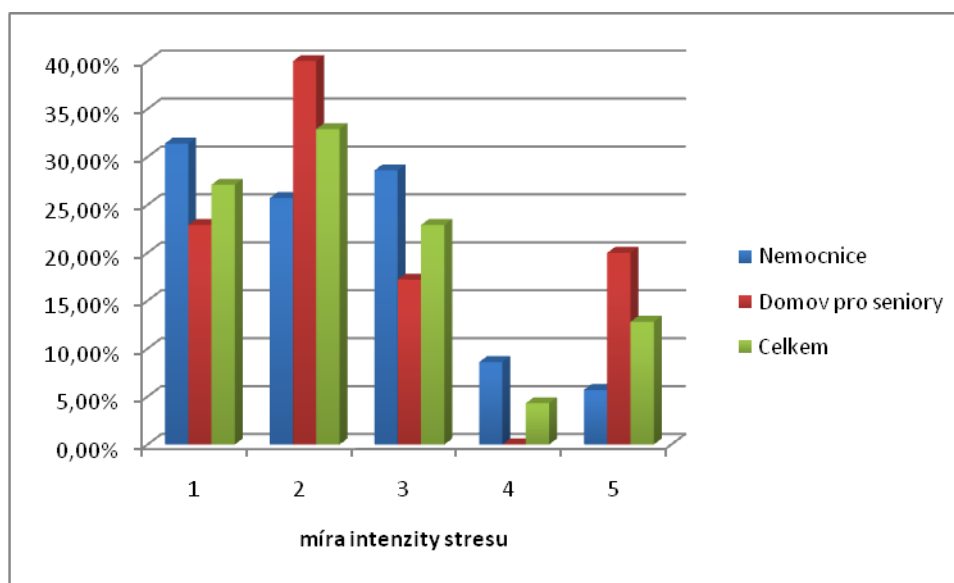
Stresor 1a) „nedostatek pomocného personálu“ s mírou intenzity stresu 1 zvolilo 7 (20,00 %) respondentů z nemocnic a 0 % z DpS; s mírou intenzity stresu 2 zvolilo 11 (31,40 %) respondentů z nemocnic a 4 (11,40 %) z DpS; s mírou intenzity stresu 3 zvolilo 9 (25,70 %) respondentů z nemocnic a 12 (34,30 %) z DpS; s mírou intenzity stresu 4 zvolilo 6 (17,20 %) respondentů z nemocnic a 8 (22,9 %) z DpS; s mírou intenzity 5 zvolili 2 (5,70 %) respondenti z nemocnic a 11 (31,40 %) z DpS.



Tabulka č. 2 – Míra stresu u stresoru – „špatné pracovní vztahy mezi S – S“

položka	špatné pracovní vztahy S – S									
	1		2		3		4		5	
intenzita stresu	abs. č.	rel. č.	abs. č.	rel. č.	abs. č.	rel. č.	abs. č.	rel. č.	abs. č.	rel. č.
nemocnice	11	31,40%	9	25,70%	10	28,60%	3	8,60%	2	5,70%
domov pro seniory	8	22,90%	14	40,00%	6	17,20%	0	0,00%	7	20,00%
celkem	19	27,10%	23	32,90%	16	22,90%	3	4,30%	9	12,80%

Graf č. 2 – Míra stresu u stresoru – „špatné pracovní vztahy mezi S – S“

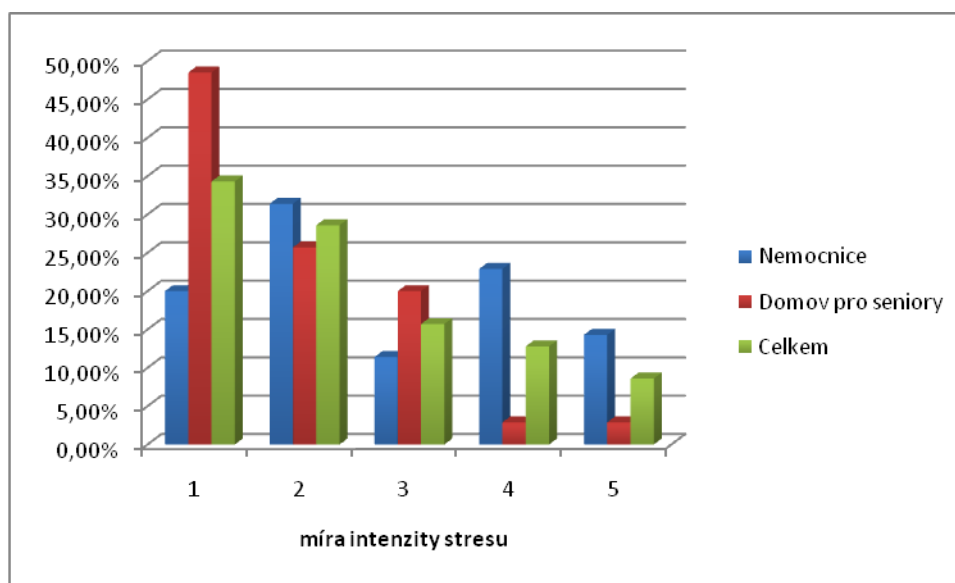


Stresor 1b) „špatné pracovní vztahy mezi S – S“ s mírou intenzity stresu 1 zvolilo 11 (31,40 %) respondentů z nemocnic a 8 (22,90 %) z DpS; s mírou intenzity 2 zvolilo 9 (25,70 %) respondentů z nemocnic a 14 (40,00 %) z DpS; s mírou intenzity 3 zvolilo 10 (28,60 %) respondentů z nemocnic a 6 (17,20 %) z DpS; s mírou intenzity 4 zvolili 3 (8,60 %) respondenti z nemocnic a 0 % z DpS; s mírou intenzity 5 zvolili 2 (5,70 %) respondenti a 7 (20,00 %) z DpS.

Tabulka č. 3 – Míra stresu u stresoru – „špatné pracovní vztahy mezi S - Dr.“

položka	špatné pracovní vztahy S - Dr.									
	1		2		3		4		5	
intenzita stresu	abs. č.	rel. č.	abs. č.	rel. č.	abs. č.	rel. č.	abs. č.	rel. č.	abs. č.	rel. č.
nemocnice	7	20,00%	11	31,40%	4	11,40%	8	22,90%	5	14,30%
domov pro seniory	17	48,50%	9	25,70%	7	20,00%	1	2,90%	1	2,90%
celkem	24	34,30%	20	28,60%	11	15,70%	9	12,80%	6	8,60%

Graf č. 3 – Míra stresu u stresoru – „špatné pracovní vztahy mezi S – Dr.“

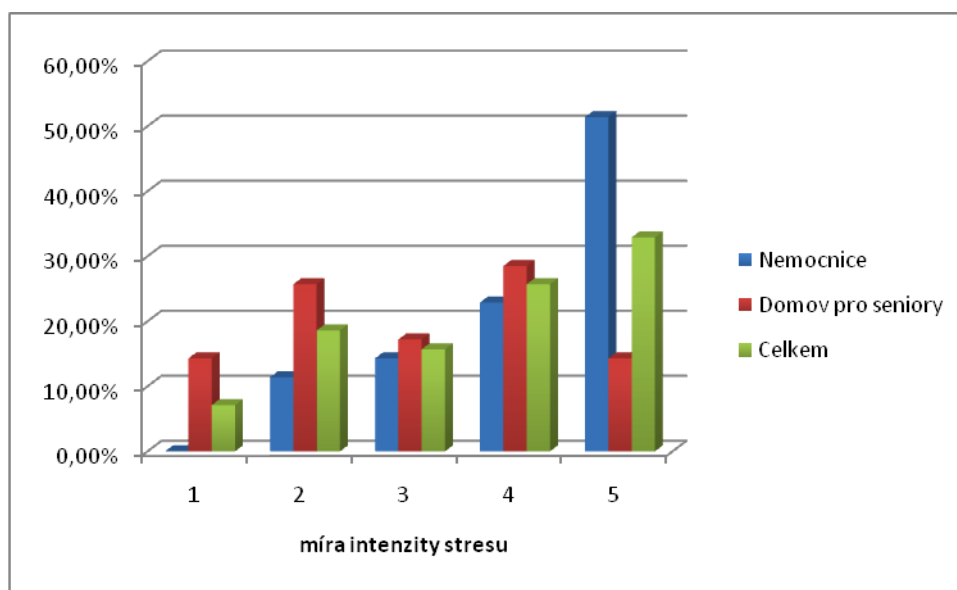


Stresor 1c) „špatné pracovní vztahy mezi S - Dr.“ s mírou intenzity stresu 1 zvolilo 7 (20,00 %) respondentů z nemocnic a 17 (48,50 %) z DpS; s mírou intenzity stresu 2 zvolilo 11 (31,40 %) respondentů z nemocnic a 9 (25,70 %) z DpS; s mírou intenzity 3 zvolili 4 (11,40 %) respondenti z nemocnic a 7 (20,00 %) z DpS; s mírou intenzity 4 zvolilo 8 (22,90 %) respondentů z nemocnic a 1 (2,90 %) z DpS; s mírou intenzity 5 zvolilo 5 (14,30%) respondentů z nemocnic a 1 (2,90%) z DpS.

Tabulka č. 4 – Míra stresu u stresoru – „nedostatečné finanční ohodnocení“

položka	nedostatečné finanční ohodnocení									
	1		2		3		4		5	
intenzita stresu	abs. č.	rel. č.	abs. č.	rel. č.	abs. č.	rel. č.	abs. č.	rel. č.	abs. č.	rel. č.
nemocnice	0	0,00%	4	11,40%	5	14,30%	8	22,90%	18	51,40%
domov pro seniory	5	14,30%	9	25,70%	6	17,20%	10	28,50%	5	14,30%
celkem	5	7,10%	13	18,60%	11	15,70%	18	25,70%	23	32,90%

Graf č. 4 – Míra stresu u stresoru – „nedostatečné finanční ohodnocení“

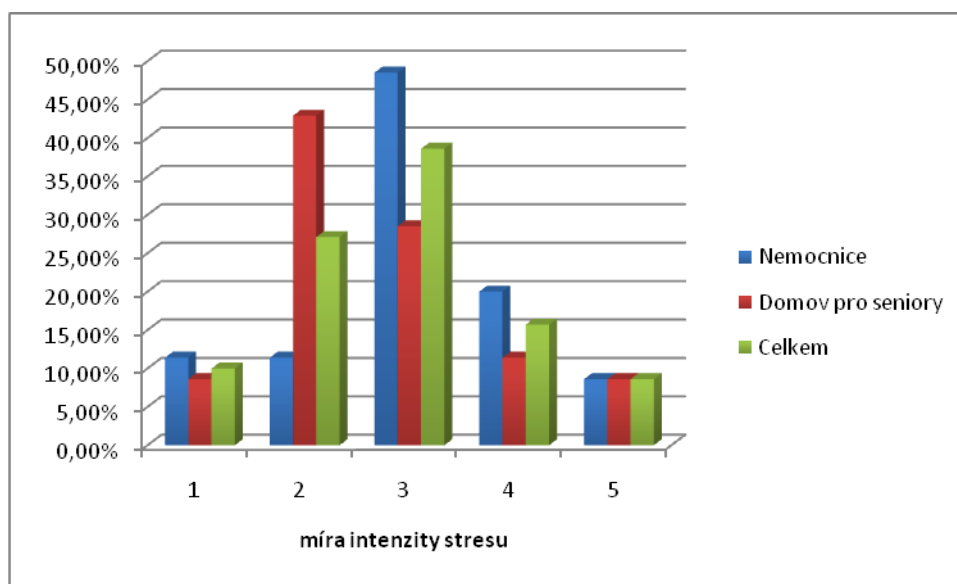


Stresor 1d) „**nedostatečné finanční ohodnocení**“ s mírou intenzity stresu 1 ne zvolil žádný (0 %) respondent z nemocnic a 5 (14,30 %) z DpS; s mírou intenzity 2 zvolili 4 (11,40 %) respondenti z nemocnic a 9 (25,70 %) z DpS; s mírou intenzity 3 zvolilo 5 (14,30 %) respondentů z nemocnic a 6 (17,20 %) z DpS; s mírou intenzity 4 zvolilo 8 (22,90 %) respondentů z nemocnic a 10 (28,50 %) z DpS; s mírou intenzity 5 zvolilo 18 (51,40 %) respondentů z nemocnic a 5 (14,30 %) z DpS.

Tabulka č. 5 – Míra stresu u stresoru – „zavádění nových metod a způsobů práce“

položka	zavádění nových metod a způsobů práce									
	1		2		3		4		5	
intenzita stresu	abs. č.	rel. č.	abs. č.	rel. č.	abs. č.	rel. č.	abs. č.	rel. č.	abs. č.	rel. č.
nemocnice	4	11,40%	4	11,40%	17	48,50%	7	20,00%	3	8,60%
domov pro seniory	3	8,60%	15	42,90%	10	28,50%	4	11,40%	3	8,60%
celkem	7	10,00%	19	27,10%	27	38,60%	11	15,70%	6	8,60%

Graf č. 5 – Míra stresu u stresoru – „zavádění nových metod a způsobů práce“

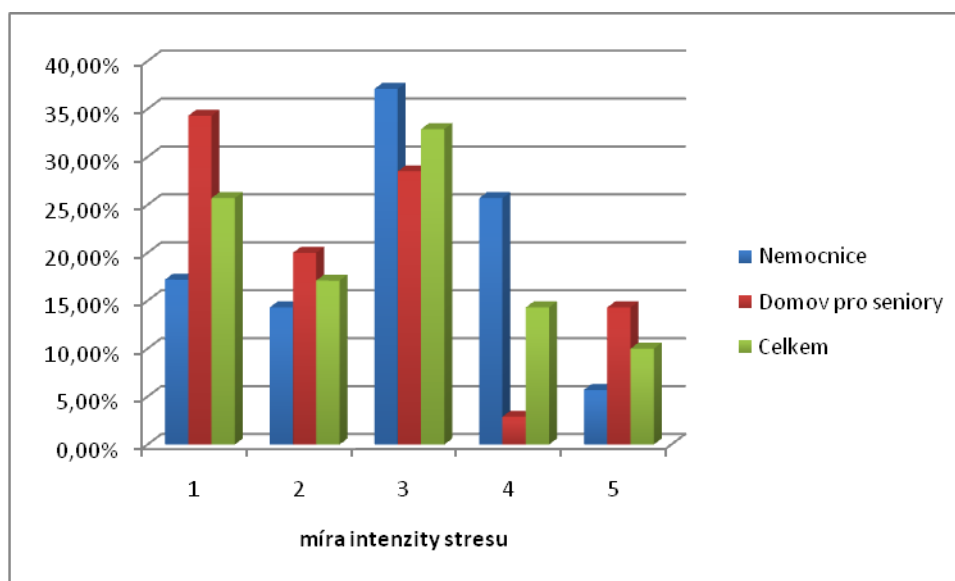


Stresor 1e) „zavádění nových metod a způsobů práce“ s mírou intenzity stresu 1 zvolili 4 (11,40 %) respondenti z nemocnic a 3 (8,60 %) z DpS; s mírou intenzity 2 zvolili 4 (11,40 %) respondenti z nemocnic a 15 (42,90 %) z DpS; s mírou intenzity 3 zvolilo 17 (48,50 %) respondentů z nemocnic a 10 (28,50 %) z DpS; s mírou intenzity 4 zvolilo 7 (20,00 %) respondentů z nemocnic a 4 (11,40 %) z DpS; s mírou intenzity 5 zvolili 3 (8,60 %) respondenti z nemocnic a 3 (8,60 %) z DpS.

Tabulka č. 6 – Míra stresu u stresoru – „setkávání se smrtí“

položka	setkávání se smrtí									
	1		2		3		4		5	
intenzita stresu	abs. č.	rel. č.	abs. č.	rel. č.	abs. č.	rel. č.	abs. č.	rel. č.	abs. č.	rel. č.
nemocnice	6	17,20%	5	14,30%	13	37,10%	9	25,70%	2	5,70%
domov pro seniory	12	34,30%	7	20,00%	10	28,50%	1	2,90%	5	14,30%
celkem	18	25,70%	12	17,10%	23	32,90%	10	14,30%	7	10,00%

Graf č. 6 – Míra stresu u stresoru – „setkávání se smrtí“

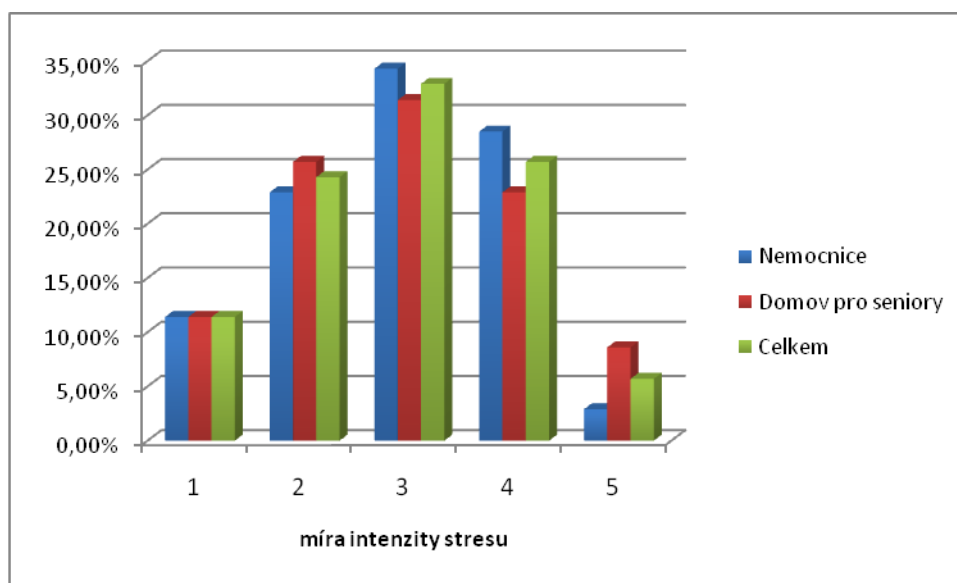


Stresor 1f) „setkávání se smrtí“ s mírou intenzity stresu 1 zvolilo 6 (17,20 %) respondentů z nemocnic a 12 (34,30 %) z DpS; s mírou intenzity 2 zvolilo 5 (14,30 %) respondentů z nemocnic a 7 (20,00 %) z DpS; s mírou intenzity 3 zvolilo 13 (37,10 %) respondentů z nemocnic a 10 (28,50 %) z DpS; s mírou intenzity 4 zvolilo 9 (25,70 %) respondentů z nemocnic a 1 (2,90 %) z DpS; s mírou intenzity 5 zvolili 2 (5,70 %) respondenti z nemocnic a 5 (14,30 %) z DpS.

Tabulka č. 7 – Míra stresu u stresoru – „náhlá změna zdravotního stavu pacienta“

položka	náhlá změna zdravotního stavu pacienta									
	1		2		3		4		5	
intenzita stresu	abs. č.	rel. č.	abs. č.	rel. č.	abs. č.	rel. č.	abs. č.	rel. č.	abs. č.	rel. č.
nemocnice	4	11,40%	8	22,90%	12	34,30%	10	28,50%	1	2,90%
domov pro seniory	4	11,40%	9	25,70%	11	31,40%	8	22,90%	3	8,60%
celkem	8	11,40%	17	24,30%	23	32,90%	18	25,70%	4	5,70%

Graf č. 7 – Míra stresu u stresoru – „náhlá změna zdravotního stavu pacienta“

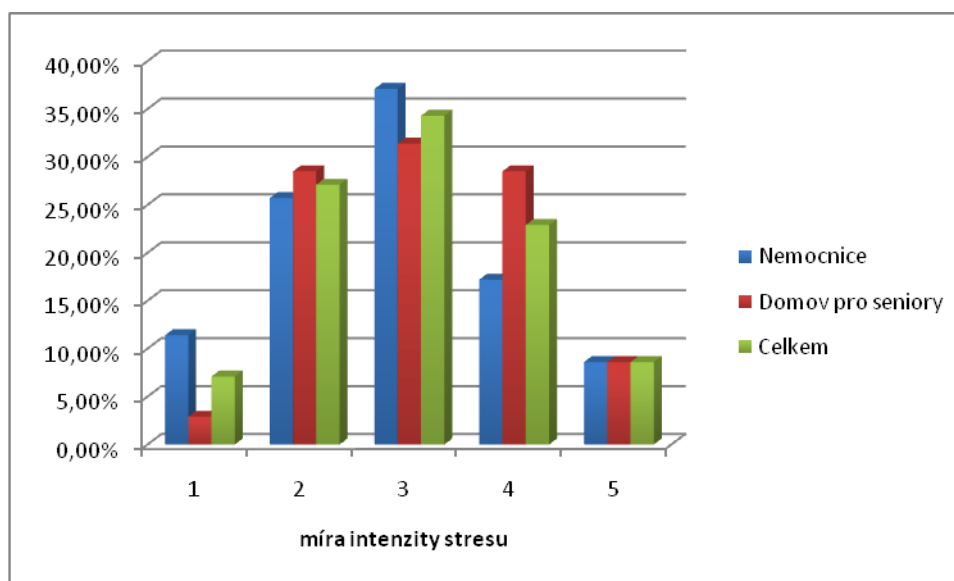


Stresor 1g) „náhlá změna zdravotního stavu pacienta“ s mírou intenzity stresu 1 zvolili 4 (11,40 %) respondenti z nemocnic a 4 (11,40 %) z DpS; s mírou intenzity 2 zvolilo 8 (22,90 %) respondentů z nemocnic a 9 (25,70 %) z DpS; s mírou intenzity 3 zvolilo 12 (34,30 %) respondentů z nemocnic a 11 (31,40 %) z DpS; s mírou intenzity 4 zvolilo 10 (28,50 %) respondentů z nemocnic a 8 (22,90 %) z DpS; s mírou intenzity 5 zvolil 1 (2,90 %) respondent z nemocnic a 3 (8,60 %) z DpS.

Tabulka č. 8 – Míra stresu u stresoru – „určený časový limit na poskytnutí péče“

položka	určený časový limit na poskytnutí péče									
	1		2		3		4		5	
intenzita stresu	abs. č.	rel. č.	abs. č.	rel. č.	abs. č.	rel. č.	abs. č.	rel. č.	abs. č.	rel. č.
nemocnice	4	11,40%	9	25,70%	13	37,10%	6	17,20%	3	8,60%
domov pro seniory	1	2,90%	10	28,50%	11	31,40%	10	28,50%	3	8,60%
celkem	5	7,10%	19	27,10%	24	34,30%	16	22,90%	6	8,60%

Graf č. 8 – Míra stresu u stresoru – „určený časový limit na poskytnutí péče“

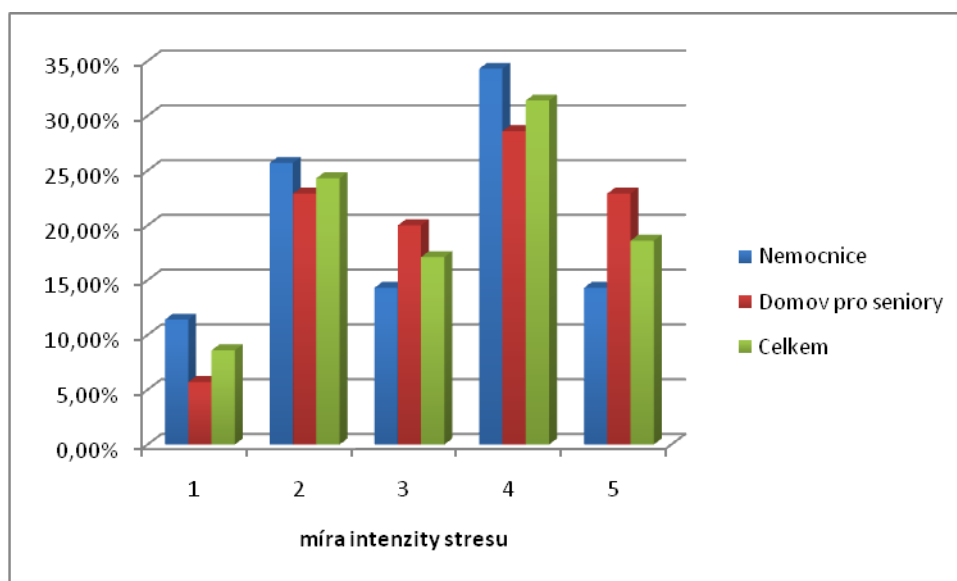


Stresor 1h) „určený časový limit na poskytnutí péče“ s mírou intenzity stresu 1 zvolili 4 (11,40 %) respondenti z nemocnic a 1 (2,90 %) z DpS; s mírou intenzity 2 zvolilo 9 (25,70 %) respondentů z nemocnic a 10 (28,50 %) z DpS; s mírou intenzity 3 zvolilo 13 (37,10 %) respondentů z nemocnic a 11 (31,40 %) z DpS; s mírou intenzity 4 zvolilo 6 (17,20 %) respondentů z nemocnic a 10 (28,50 %) z DpS; s mírou intenzity 5 zvolili 3 (8,60 %) respondenti z nemocnic a 3 (8,60 %) z DpS.

Tabulka č. 9 – Míra stresu u stresoru – „zodpovědnost za provedenou péči“

položka	zodpovědnost za provedenou péči									
	1		2		3		4		5	
intenzita stresu	abs. č.	rel. č.	abs. č.	rel. č.	abs. č.	rel. č.	abs. č.	rel. č.	abs. č.	rel. č.
nemocnice	4	11,40%	9	25,70%	5	14,30%	12	34,30%	5	14,30%
domov pro seniory	2	5,70%	8	22,90%	7	20,00%	10	28,60%	8	22,90%
celkem	6	8,60%	17	24,30%	12	17,10%	22	31,40%	13	18,60%

Graf č. 9 – Míra stresu u stresoru – „zodpovědnost za provedenou péči“



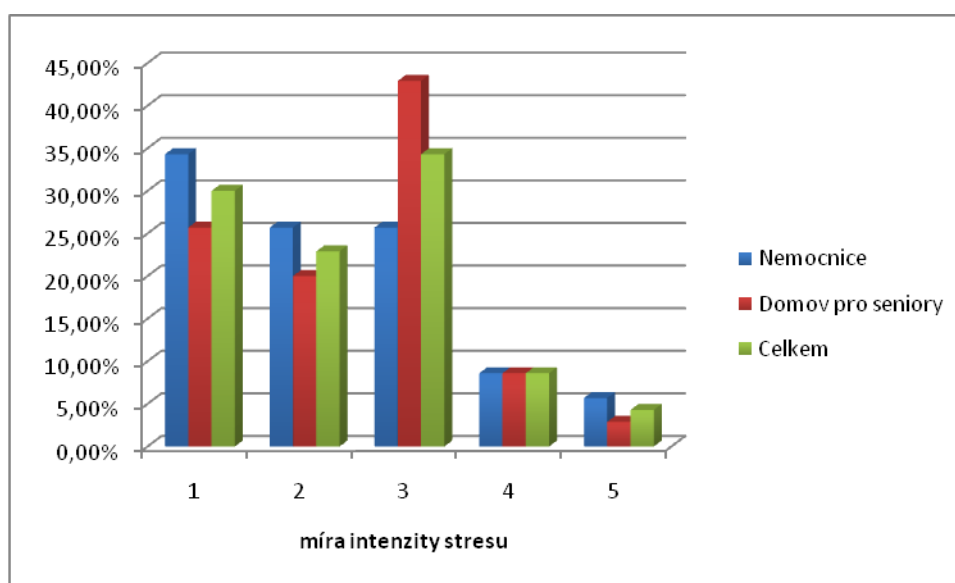
Stresor 1i) „zodpovědnost za provedenou péči“ s mírou intenzity stresu 1 zvolili 4 (11,40 %) respondenti z nemocnic a 2 (5,70 %) z DpS; s mírou intenzity 2 zvolilo 9 (25,70 %) respondentů z nemocnic a 8 (22,90 %) z DpS; s mírou intenzity 3 zvolilo 5 (14,30 %) respondentů z nemocnic a 7 (20,00 %) z DpS; s mírou intenzity 4 zvolilo 12 (34,30 %) respondentů z nemocnic a 10 (28,60 %) z DpS; s mírou intenzity 5 zvolilo 5 (14,30 %) respondentů z nemocnic a 8 (22,90 %) z DpS.



Tabulka č. 10 – Míra stresu u stresoru – „komunikace s pacientem“

položka	komunikace s pacientem									
	1		2		3		4		5	
intenzita stresu	abs. č.	rel. č.	abs. č.	rel. č.	abs. č.	rel. č.	abs. č.	rel. č.	abs. č.	rel. č.
nemocnice	12	34,30%	9	25,70%	9	25,70%	3	8,60%	2	5,70%
domov pro seniory	9	25,70%	7	20,00%	15	42,90%	3	8,60%	1	2,90%
celkem	21	30,00%	16	22,90%	24	34,30%	6	8,60%	3	4,30%

Graf č. 10 – Míra stresu u stresoru – „komunikace s pacientem“

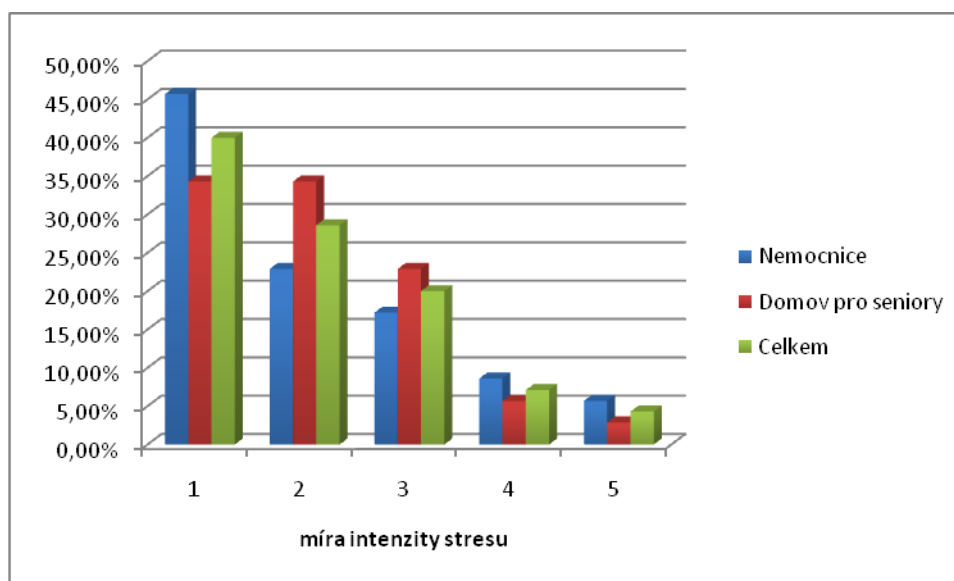


Stresor 1j) „komunikace s pacientem“ s mírou intenzity stresu 1 zvolilo 12 (34,30 %) respondentů z nemocnic a 9 (25,70 %) z DpS; s mírou intenzity 2 zvolilo 9 (25,70 %) respondentů z nemocnic a 7 (20,00 %) z DpS; s mírou intenzity 3 zvolilo 9 (25,70 %) respondentů z nemocnic a 15 (42,90 %) z DpS; s mírou intenzity 4 zvolili 3 (8,60 %) respondenti z nemocnic a 3 (8,60 %) z DpS; s mírou intenzity 5 zvolili 2 (5,70 %) respondenti z nemocnic a 1 (2,90 %) z DpS.

Tabulka č. 11 – Míra stresu u stresoru – „první kontakt s pacientem“

položka	první kontakt s pacientem									
	1		2		3		4		5	
	abs. č.	rel. č.	abs. č.	rel. č.	abs. č.	rel. č.	abs. č.	rel. č.	abs. č.	rel. č.
nemocnice	16	45,70%	8	22,90%	6	17,20%	3	8,60%	2	5,70%
domov pro seniory	12	34,30%	12	34,30%	8	22,90%	2	5,70%	1	2,90%
celkem	28	40,00%	20	28,60%	14	20,00%	5	7,10%	3	4,30%

Graf č. 11 – Míra stresu u stresoru – „první kontakt s pacientem“



Stresor 1k) „**první kontakt s pacientem**“ s mírou intenzity stresu 1 zvolilo 16 (45,70 %) respondentů z nemocnic a 12 (34,30 %) z DpS; s mírou intenzity 2 zvolilo 8 (22,90 %) respondentů z nemocnic a 12 (34,30 %) z DpS; s mírou intenzity 3 zvolilo 6 (17,20 %) respondentů z nemocnic a 8 (22,90 %) z DpS; s mírou intenzity 4 zvolili 3 (8,60 %) respondenti z nemocnic a 2 (5,70 %) z DpS; s mírou intenzity 5 zvolili 2 (5,70 %) respondenti z nemocnic a 1 (2,90 %) z DpS.

V prostoru pro doplnění vlastní odpovědi se jako stresor u 2 respondentů z DpS objevil:

„**Vytíženost ve směnách**“ (3 x 12 hodinová služba po sobě) s mírou intenzity stresu 3 u 1 respondenta, tj. 2,90 %.

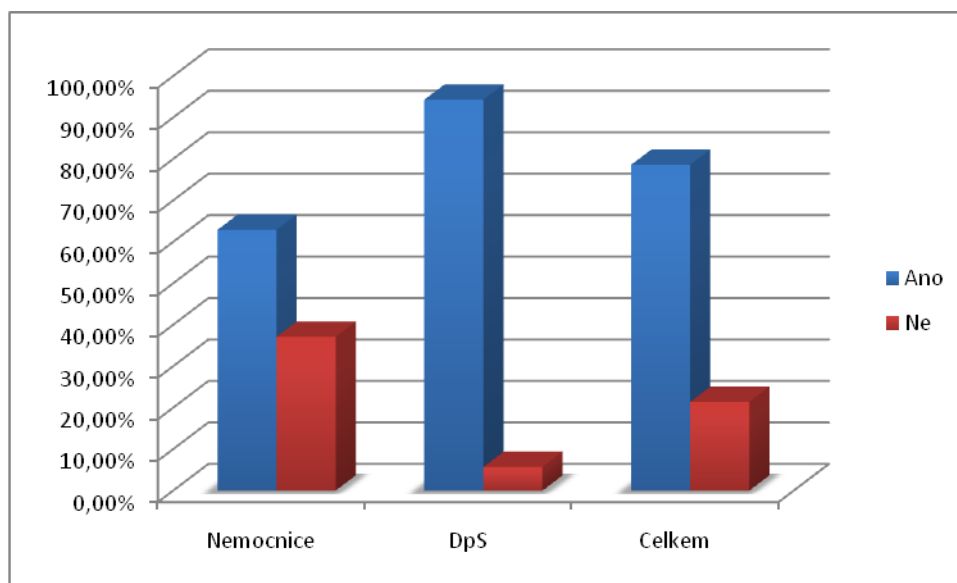
„**Stres z důvodu nedostavení se očekávaných pozitivních výsledků**“ s mírou intenzity stresu 3 u 1 respondenta, tj. 2,90 %.

## Položka č. 2: Stres řeším

Tabulka č. 12 – Stres řeším

	nemocnice		DpS		celkem	
	abs. č.	rel. č.	abs. č.	rel. č.	abs. č.	rel. č.
<b>ano</b>	22	62,90%	33	94,30%	55	78,60%
<b>ne</b>	13	37,10%	2	5,70%	15	21,40%

Graf č. 12 – Stres řeším



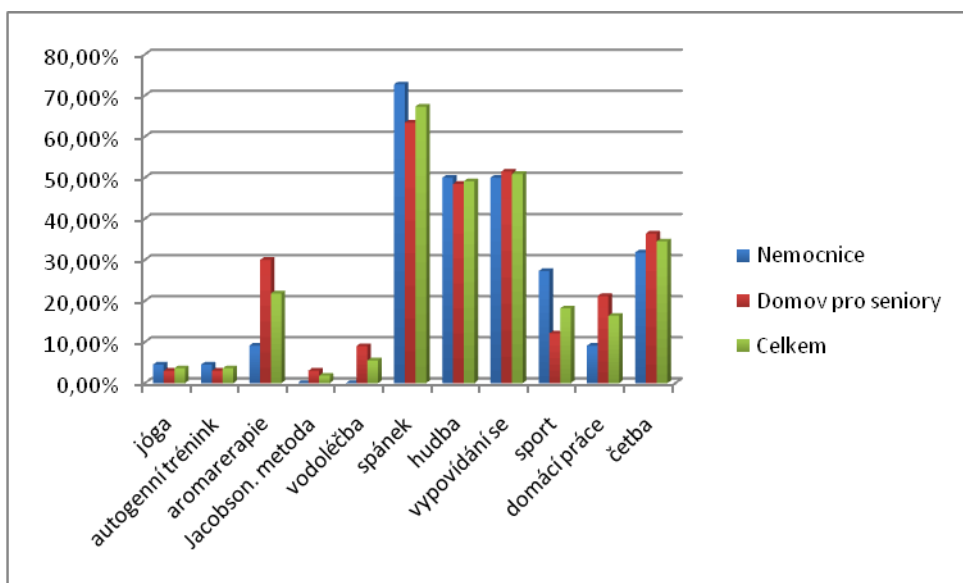
Odpověď „ano“ u této otázky zvolilo 22 (62,90 %) respondentů a odpověď „ne“ zbylých 13 (37,10 %) respondentů z nemocnic. Odpověď „ano“ vybralo 33 (94,30 %) respondentů a odpověď „ne“ 2 (5,70 %) respondentů z DpS. Z celkového počtu dotázaných kladnou odpověď „ano“ zvolilo 55 (78,60 %) a odpověď zápornou „ne“ zvolilo 15 (21,40 %) respondentů.

**Položka č. 3:** Pokud „ano“; pomáhá mi

Tabulka č. 13 – Pokud „ano“; pomáhá mi

		nemocnice	domov pro seniory	celkem
jóga	abs. č.	1	1	2
	rel. č.	4,50%	3,00%	3,60%
autogenní trénink	abs. č.	1	1	2
	rel. č.	4,50%	3,00%	3,60%
aromaterapie	abs. č.	2	10	12
	rel. č.	9,10%	30,00%	21,80%
Jacobson. metoda	abs. č.	0	1	1
	rel. č.	0,00%	3,00%	1,80%
vodoléčba	abs. č.	0	3	3
	rel. č.	0,00%	9,00%	5,50%
spánek	abs. č.	16	21	37
	rel. č.	72,70%	63,40%	67,30%
hudba	abs. č.	11	16	27
	rel. č.	50,00%	48,50%	49,10%
vypovídání se	abs. č.	11	17	28
	rel. č.	50,00%	51,50%	50,90%
sport	abs. č.	6	4	10
	rel. č.	27,30%	12,10%	18,20%
domácí práce	abs. č.	2	7	9
	rel. č.	9,10%	21,20%	16,40%
četba	abs. č.	7	12	19
	rel. č.	31,80%	36,40%	34,50%

Graf č. 13 – Pokud „ano“; pomáhá mi



„**Jógu**“ používá pouze 1 (4,50 %) z dotázaných respondentů z nemocnic a 1 (3,00 %) z DpS, kteří stres řeší. „**Autogenní trénink**“ používá 1 (4,50 %) respondent z nemocnic a 1 (3,00 %) z DpS. „**Aromaterapii**“ jako způsob relaxace používají 2 (9,10 %) respondenti z nemocnice a 10 (30,00 %) z DpS. „**Jacobsonovu metodu**“ nepoužívá žádný z dotázaných respondentů z nemocnic a 1 (3,00 %) z DpS. „**Vodoléčbu**“ nevyužívá žádný (0 %) respondent z nemocnic a pomáhá od stresu 3 (9,00 %) respondentům z DpS. „**Spánek**“ zvolilo 16 (72,70 %) respondentů z nemocnic a 21 (63,40 %) z DpS. „**Hudba**“ od stresu pomáhá 11 (50,00 %) respondentům z nemocnic a 16 (48,50 %) z DpS. „**Vypovídání se blízké osobě**“ pomáhá 11 (50,00%) respondentům z nemocnic a 17 (51,50 %) z DpS. „**Sport**“ volí při stresu 6 (27,30 %) respondentů z nemocnic a 4 (12,10 %) z DpS. „**Drobné domácí práce**“ volí k odreagování 2 (9,10 %) respondenti z nemocnic a 7 (21,20 %) z DpS. „**Četbou**“ na stres zapomene 7 (31,80 %) respondentů z nemocnic a 12 (36,40 %) z DpS.

Možnost doplnění vlastní odpovědi využili 2 respondenti z nemocnic:

„**Alkohol**“ jako odpoutání od stresu volí 1 (4,50 %) respondent a „**vlastní individuální postoj**“ pomáhá od stresu 1 respondentovi (4,50 %).

Možnost doplnění vlastní odpovědi využilo 5 respondentů z DpS:

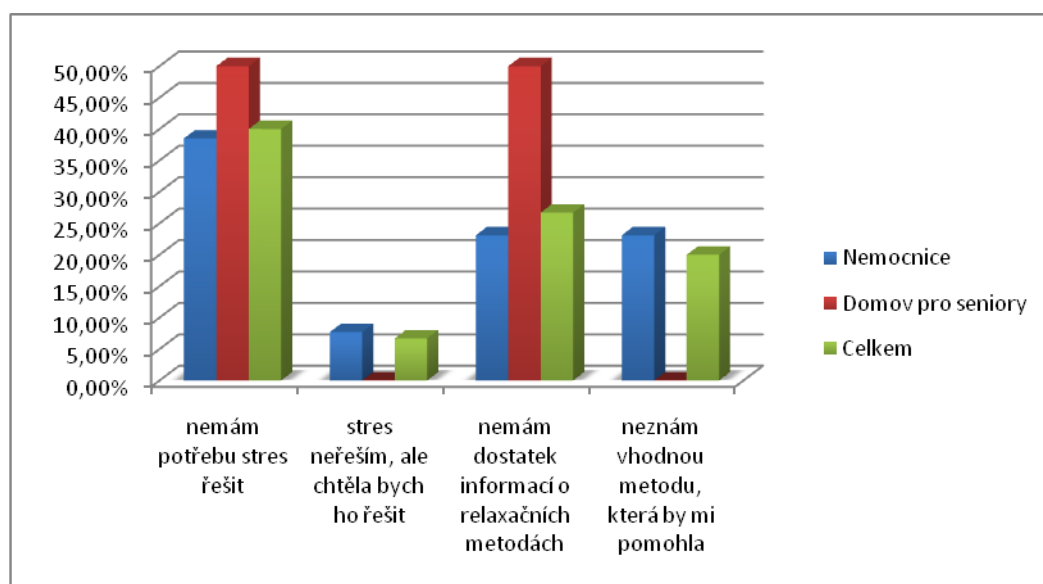
„**Masáž, tanec, sauna, supervize a pes**“ využívá vždy 1 respondent (3,00 %) k odpoutání od stresu.

#### **Položka č. 4:** Pokud „ne“; tak z důvodu

Tabulka č. 14 – Pokud „ne“; tak z důvodu

		nemocnice	domov pro seniory	celkem
nemám potřebu stres řešit	abs. č.	5	1	6
	rel. č.	38,50%	50,00%	40,00%
stres neřeším, ale chtěla bych ho řešit	abs. č.	1	0	1
	rel. č.	7,70%	0,00%	6,70%
nemám dostatek informací o relaxačních metodách	abs. č.	3	1	4
	rel. č.	23,10%	50,00%	26,70%
neznám vhodnou metodu, která by mi pomohla	abs. č.	3	0	3
	rel. č.	23,10%	0,00%	20,00%

Graf č. 14 – Pokud „ne“; tak z důvodu



Ze všech dotázaných respondentů, kteří stres neřeší, zvolilo 5 (38,50 %) respondentů z nemocnic, že „nemají potřebu stres řešit“ a z DpS 1 (50,00 %). Odpověď, „stres neřeším, ale chtěla bych ho řešit“, zvolil 1 (7,70 %) respondent z nemocnice a žádný (0 %) z DpS. Odpověď, „nemám dostatek informací o relaxačních metodách“, zvolili 3 (23,10 %) respondenti z nemocnic a 1 (50,00 %) z DpS. „Neznám vhodnou metodu, která by mi pomohla“, zvolili 3 (23,10 %) respondenti z nemocnic a žádný (0 %) z DpS.

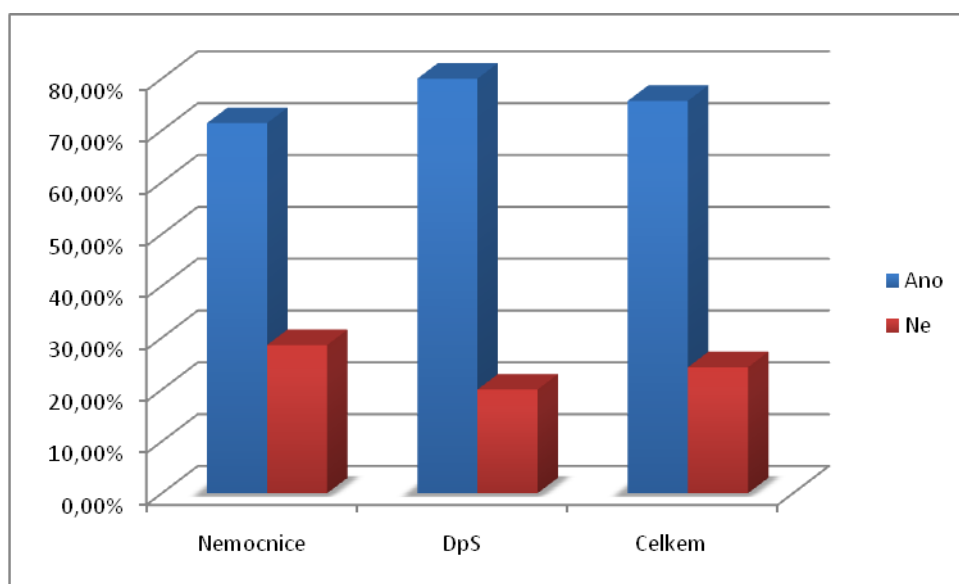
Možnost napsání vlastní odpovědi využil 1 (6,60 %) respondent z nemocnice, a to „nemám čas k řešení stresu“.

**Položka č. 5:** Chtěla bych více informací o možnostech řešení stresu

Tabulka č. 15 – Chtěla bych více informací o možnostech řešení stresu

	nemocnice		DpS		celkem	
	abs. č.	rel. č.	abs. č.	rel. č.	abs. č.	rel. č.
ano	25	71,40%	28	80,00%	53	75,70%
ne	10	28,60%	7	20,00%	17	24,30%

Graf č. 15 – Chtěla bych více informací o možnostech řešení stresu



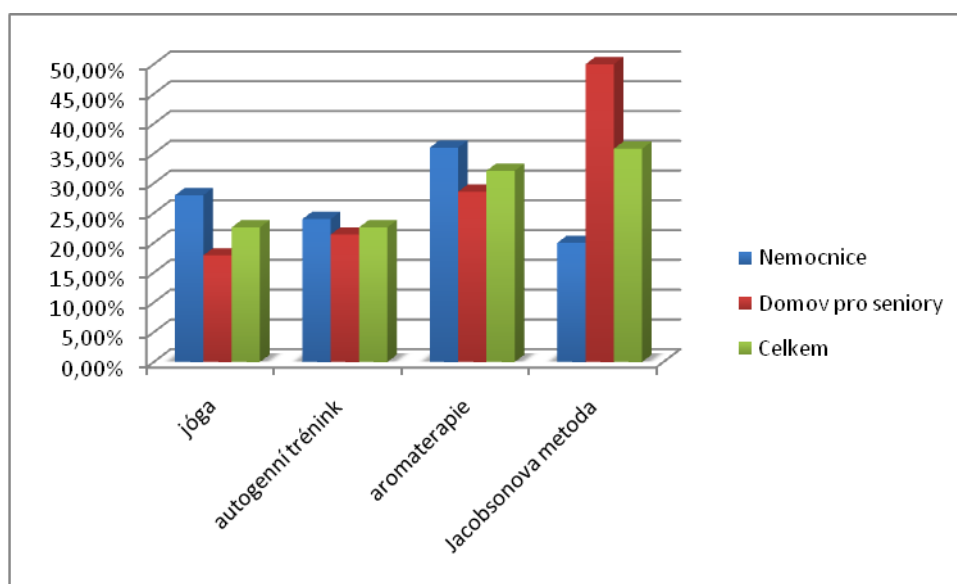
Více informací, a tedy odpověď „ano“, zvolilo 25 (71,40 %) respondentů z nemocnic a 28 (80,00 %) respondentů z DpS. Odpověď „ne“ zvolilo 10 (28,60 %) respondentů z nemocnic a 7 (20,00 %) z DpS. Z celkového počtu dotázaných kladně odpovědělo 53 (75,70 %) a záporně 17 (24,30 %).

**Položka č. 6:** Mám zájem o podrobnější informace týkající se

Tabulka č. 16 – Mám zájem o podrobnější informace týkající se

		nemocnice	domov pro seniory	celkem
jóga	abs. č.	7	5	12
	rel. č.	28,00%	17,90%	22,60%
autogenní trénink	abs. č.	6	6	12
	rel. č.	24,00%	21,40%	22,60%
aromaterapie	abs. č.	9	8	17
	rel. č.	36,00%	28,60%	32,10%
Jacobsonova metoda	abs. č.	5	14	19
	rel. č.	20,00%	50,00%	35,80%

Graf č. 16 – Mám zájem o podrobnější informace týkající se



„**Jógu**“ zajímá 7 (28,00 %) respondentů z nemocnic a 5 (17,90 %) z DpS, celkově se jedná o 12 (22,60 %). „**Autogenní trénink**“ chce blíže poznat 6 (24,00 %) respondentů z nemocnic a 6 (21,40 %) z DpS, celkem tedy 12 (22,60 %). „**Aromaterapii**“ chce blíže poznat 9 (36,00 %) respondentů z nemocnic a 8 (28,60 %) z DpS, celkem se jedná o 17 (32,10 %). „**Jacobsonova metoda**“ zaujala 5 (20,00 %) respondentů z nemocnic a 14 (50,00 %) z DpS, celkem 19 (35,80 %).

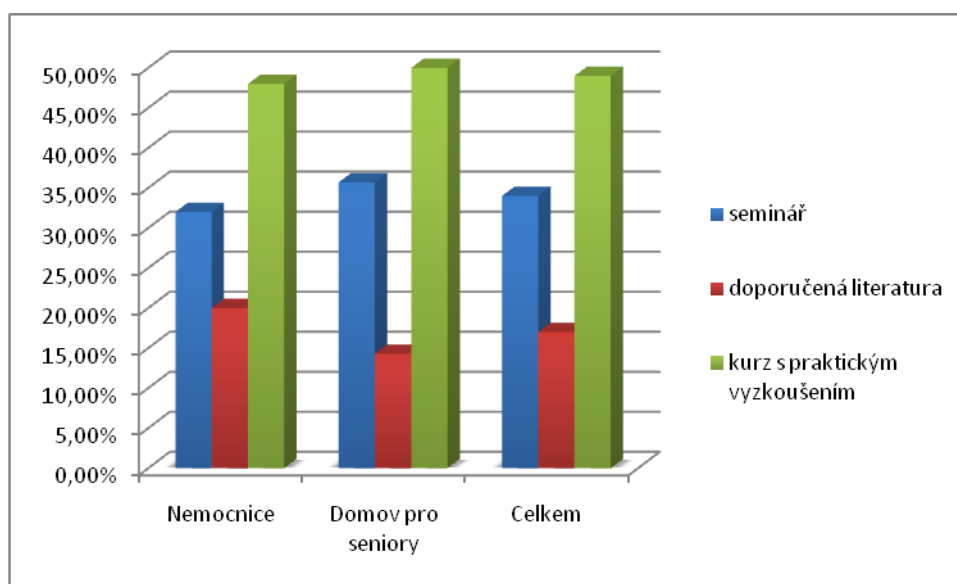
**Položka č. 7:** Více informací bych chtěla získat formou

Tabulka č. 17 – Více informací bych chtěla získat formou

		nemocnice	domov pro seniory	celkem
<b>seminář</b>	abs. č.	8	10	18
	rel. č.	32,00%	35,70%	34,00%
<b>doporučená literatura</b>	abs. č.	5	4	9
	rel. č.	20,00%	14,30%	17,00%
<b>kurz s praktickým vyzkoušením</b>	abs. č.	12	14	26
	rel. č.	48,00%	50,00%	49,00%



Graf č. 17 – Více informací bych chtěla získat formou



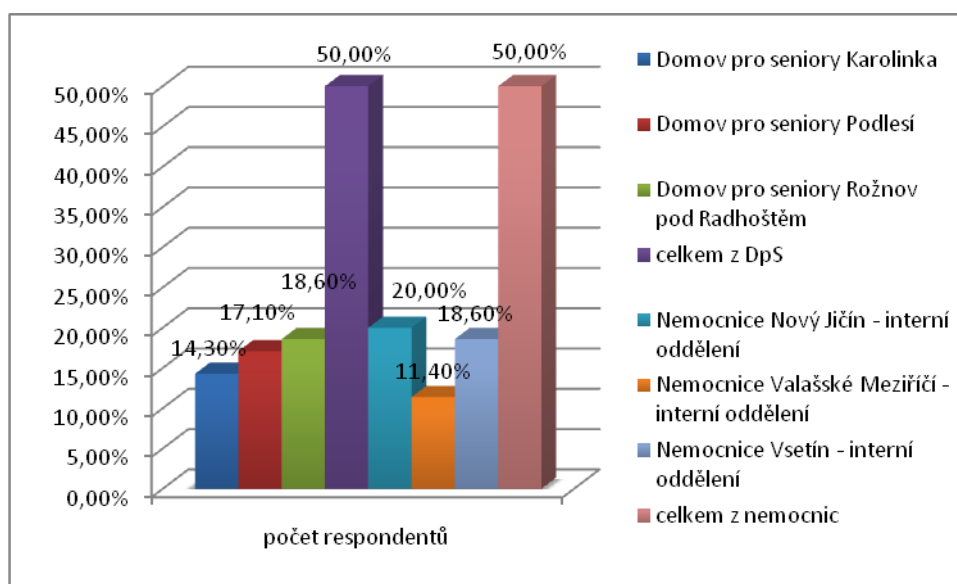
„Seminář“ zvolilo 8 (32,00 %) respondentů z nemocnic a 10 (35,70 %) z DpS. „Doporučení literatury“ by vyhovovalo 5 (20,00 %) respondentům z nemocnic a 4 (14,30 %) z DpS. „Kurz s praktickým vyzkoušením“ zvolilo 12 (48,00 %) respondentů z nemocnic a 14 (50,00 %) z DpS. „Seminář“ by celkově vyhovoval 18 (34,00 %). „Doporučení literatury“ by uvítalo celkem 9 (17,00 %) respondentů a 26 (49,00 %) respondentům by nejvíc vyhovoval „kurz s praktickým vyzkoušením“.

**Položka č. 8:** Pracuji jako všeobecná sestra

Tabulka č. 18 – Pracoviště a počet zúčastněných respondentů na průzkumu

Pracoviště	počet respondentů	
	absol. č.	relat.č.
Domov pro seniory Karolinka	10	14,30%
Domov pro seniory Podlesí	12	17,10%
Domov pro seniory Rožnov p.R.	13	18,60%
Nemocnice Nový Jičín - interní oddělení	14	20,00%
Nemocnice Valašské Meziříčí - interní oddělení	8	11,40%
Nemocnice Vsetín - interní oddělení	13	18,60%
Celkem	70	100%

Graf č. 18 – Pracoviště a počet zúčastněných respondentů na průzkumu



Z uvedené tabulky a grafu vyplývá, že se průzkumu zúčastnilo 70 (100 %) respondentů, z toho 35 (50 %) z nemocnic (interní oddělení): Nový Jičín 14 (20,00 %), Valašské Meziříčí 8 (11,40 %), Vsetín 13 (18,60%) a 35 (50 %) z domovů pro seniory: Karolinka 10 (14,30 %), Podlesí 12 (17,10 %), Rožnov p. R. 13 (18,60%).

## 4 Diskuse

Práce byla zvolena cíleně jako komparační studie, kde zjištěné výsledky byly porovnány s výsledky průzkumu z roku 2000 (Volková, 2000). Zajímalo nás, jestli došlo u sester k nějaké změně ve vnímání stresu a stresorů v jejich povolání, a jestli se s odstupem 11 let změnil jejich zájem o alternativní metody v řešení stresu.

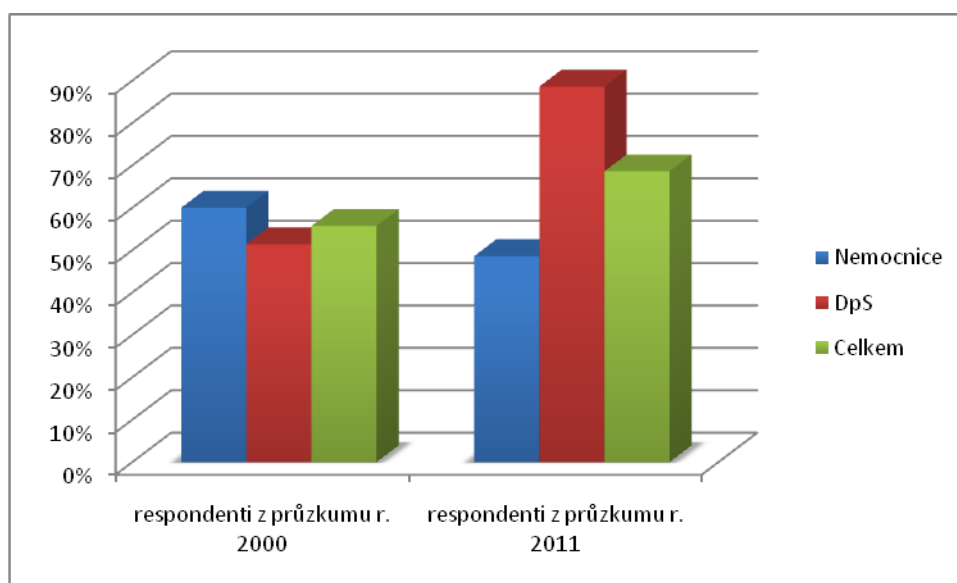
Rozbor jednotlivých stresorů u položky s číslem 1 je proveden vzhledem k intenzitě stresu rovné nebo větší hodnotě 3 z důvodu toho, abychom mohli rozlišit intenzitu stresu u sester pracujících v nemocnicích a domovech pro seniory. Míra stresu 1 a 2 je tedy z tohoto pohledu nepodstatná.

„Nedostatek pomocného personálu“ méně stresuje sestry v nemocnicích (48,6 %) než sestry z DpS (88,6 %), což je v porovnání s výsledky průzkumu z roku 2000 velký rozdíl. Intenzita vnímání tohoto stresoru byla u sester z nemocnic vyšší (60 %) a u sester z DpS nižší (51,4 %). Zajímavé je, že výsledky průzkumu z roku 2000 vycházejí u tohoto stresoru přibližně stejně, na rozdíl od výsledků v roce 2011 (viz tabulka, graf č. 19). Z uvedené tabulky a grafu je zřejmý markantní nárůst ve vnímání tohoto stresoru u sester z DpS (88,6 % z 51,4 %). Domníváme se, že tento nárůst je důsledkem toho, že si sestry mnohem více uvědomují své postavení, ví přesně, jaká je jejich náplň práce a neztotožňují se s tím, že by měly vykonávat práci, která je určena pro ošetrovatelky. Dále je možné uvažovat nad tím, že v práci sestry přibylo více administrativních povinností, které mohou vést ke zvýšenému vnímání zátěže při nedostatku pomocného personálu. S vysokým vnímáním tohoto stresoru souvisí i nedostatek času na poskytnutou péči, který je u sester v DpS značný (viz tabulka, graf č. 20). Velkým problémem je i nedostatečné personální obsazení nelékařů v poměru k počtu K/P. V současnosti má zodpovědnost za určování počtu zaměstnanců poskytovatel zdravotní péče a určitým vodítkem pro stanovení počtu je sazebník výkonů (<http://www.tribune.cz/clanek /16605-pocet-pacientu-na-jednu-sestru>), dále je možné využít metodu PhDr. Karly Pochylé k určení počtu a kvalifikačního obsazení ošetrovatelského personálu ([http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/vypocet\\_personalu\\_brozura.pdf](http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/vypocet_personalu_brozura.pdf)).

Tabulka č. 19 – Srovnání průzkumů u stresoru „nedostatek pomocného personálu“

položka	nedostatek pomocného personálu			
	respondenti z průzkumu r. 2000		respondenti z průzkumu r. 2011	
	abs. č.	rel. č.	abs. č.	rel. č.
nemocnice	21	60,00%	17	48,60%
domov pro seniory	18	51,40%	31	88,60%
celkem	39	55,70%	48	68,60%

Graf č. 19 – Srovnání průzkumů u stresoru „nedostatek pomocného personálu“



Stres v souvislosti se „zaváděním nových metod a způsobů práce“ postihuje v 77 % sestry pracující v nemocnicích a v 48,6 % sestry v DpS. Tento výsledek je téměř totožný s výsledkem z roku 2000, který byl 60 % u sester z nemocnic a 45,7 % u sester z DpS. Výsledek je celkem pochopitelný, protože sestry z DpS nejsou vystaveny neustálým změnám v technice, nových materiálech apod. V analýze výsledků průzkumu z roku 2000 se uvádí, že se Volková (2000) nesetkala během své praxe v DpS s pořádáním seminářů nebo jiné formy získávání nových poznatků a informací. Proto jako velký přínos pro praxi hodnotíme zavedení celoživotního vzdělávání, protože tento systém neustálého vzdělávání donutil všechny nelékaře rozšiřovat své znalosti i z oblastí, ve kterých nepracují.

Stresor „setkávání se smrtí“ je velmi obtížné srovnávat mezi sestrami pracujícími v nemocnicích a domovech pro seniory. Domníváme se, že záleží především na typu

osobnosti sestry a způsobu jejího vyrovnání se s touto smutnou událostí. Někoho zasáhne tato událost více, jiného méně. Volková (2000) uvádí, že se setkala i s názorem, že si sestry za dobu své praxe natolik zvykly, že jim smrt pacienta nepřijde nijak stresující. Je otázkou, zda se nejedná o syndrom vyhoření. Ze zjištěných výsledků vyplývá, že míra intenzity stresu u stresoru „setkávání se smrtí“ je větší u sester pracujících v nemocnicích (68,6 %) než u sester pracujících v DpS (45,7 %), výsledky průzkumu z roku 2000 byly u sester z nemocnic 65,8 % a u sester z DpS 48,4 %. Můžeme tedy konstatovat, že výsledky jsou téměř shodné.

„Náhlá změna zdravotního stavu pacienta“ je z výsledku průzkumu nepatrně více stresující pro sestry v nemocnicích (65,7 %) s porovnáním s výsledky sester z DpS (62,9 %). Z výsledků z roku 2000 je patrný větší rozdíl mezi sestrami ze sledovaných pracovišť, a to 74,3 % u sester z nemocnic a 48,5 % u sester z DpS. Výsledek je zajímavý, protože jsme předpokládali, že intenzita působení stresoru bude větší u sester z nemocnic z toho důvodu, že jsou zde hospitalizováni pacienti, u nichž může častěji dojít ke změně zdravotního stavu.

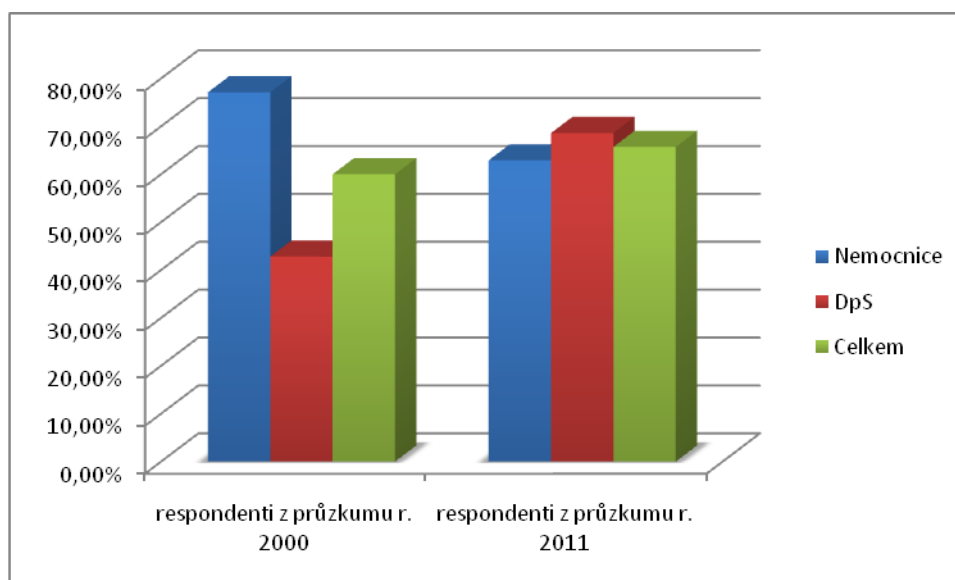
Intenzita působení stresoru „určený časový limit na poskytnutí péče“ je nižší u sester v nemocnicích (62,9 %) a vyšší u sester v domovech pro seniory (68,9 %). Výsledek průzkumného šetření z roku 2000 byl zcela opačný (viz tabulka a graf č. 20). Míru intenzity u tohoto stresoru hodnotilo větší procento sester z nemocnic (77,1 %) a menší procento sester z DpS (42,8 %), usuzovali jsme z toho, že tento výsledek je ovlivněn hlavně tím, že se v práci sestry v DpS vyskytuje minimum odborných výkonů oproti náplni práce sester v nemocnicích, které jsou často limitovány časem k jejich provedení. Můžeme se domnívat, že sestry v nemocnicích jsou natolik zručné a umějí si dokonale rozvrhnout čas, že jim tento stresor přijde méně stresující než u sester v DpS. Procentuelní nárůst u tohoto stresoru u sester v DpS může být způsoben zvýšenými požadavky na kvalitu péče o klienty ze strany rodiny, jeho samého, ale i státu (např. Národní program přípravy na stárnutí). Kvalitní péče je rozhodně omezována časem, což může způsobovat pro sestry větší zátěž. Dalším možným důvodem je i změna při pohledu na spolupráci klienta s ošetřovatelským týmem, kde čas hraje významnou roli. Senioři v DpS nejsou jen pasivními příjemci služeb, ale aktivně se podílí na sestavení plánů péče, denních aktivit, které jsou průběžně revidovány a přizpůsobovány vzhledem

k individuálním potřebám. Pro sestru to může znamenat větší zátěž, než tomu bylo dříve, kdy byl klient podřízen požadavkům, a tím bylo zapotřebí i mnohem méně času.

Tabulka č. 20 – Srovnání průzkumů u stresoru „určený časový limit na poskytnutí péče“

položka	určený časový limit na poskytnutí péče			
	respondenti z průzkumu r. 2000		respondenti z průzkumu r. 2011	
	abs. č.	rel. č.	abs. č.	rel. č.
nemocnice	27	77,10%	22	62,90%
domov pro seniory	15	42,80%	24	68,60%
celkem	42	60,00%	46	65,70%

Graf č. 20 – Srovnání průzkumů u stresoru „určený časový limit na poskytnutí péče“



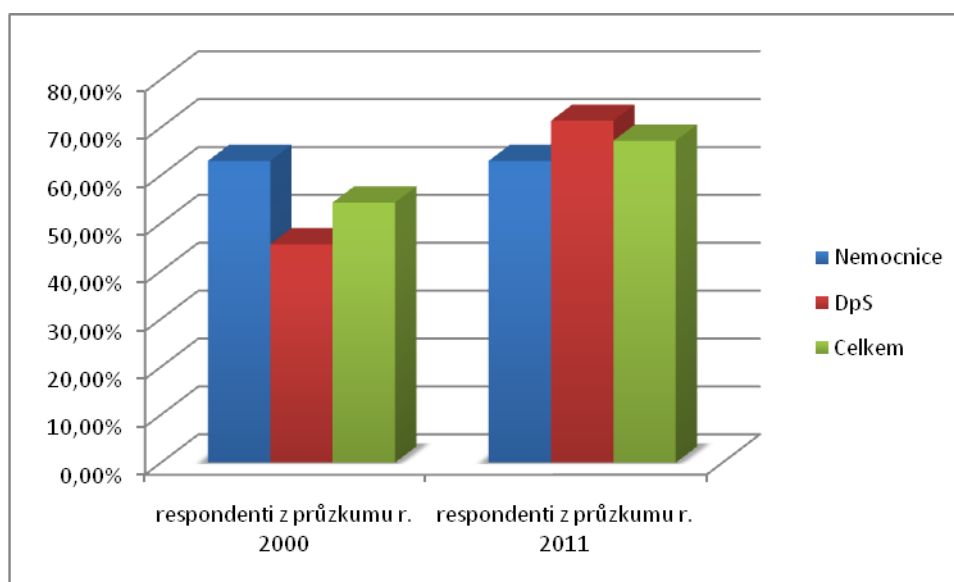
Stresor „zodpovědnost za provedenou péči“ je více stresující pro sestry z DpS (71,4 %) než pro sestry z nemocnic (63 %). Z výsledků z roku 2000 je patrné, že v nemocnicích byla intenzita vnímání tohoto stresoru vyšší (63 %) než u sester v DpS (45,6 %). Zajímavé je zjištění plynoucí z porovnání dvou průzkumů, kde u sester z DpS došlo k nárůstu vnímání tohoto stresoru ze 45,6 % na 71,4 % (viz tabulka a graf č. 21). Domníváme se, že sestry pracující v DpS vnímají zodpovědnost více z toho důvodu, že jsou ovlivněny tlakem rodin, které vyžadují precizní dlouhodobou péči o své blízké a sestry se obávají potenciálních sankcí za případné protiprávní jednání. Z toho plyne i zodpovědnost za řádně vyplněnou dokumentaci, která poskytnutou péči dokládá a je podkladem při vzniklých problémech. Patrně i celoživotní vzdělávání přineslo sestrám

mnoho informací, které přispěly k tomu, že sestry mnohem intenzivněji než dříve vnímají zodpovědnost v jejich profesi.

Tabulka č. 21 – Srovnání průzkumů u stresoru „zodpovědnost za provedenou péči“

položka	zodpovědnost za provedenou péči			
	respondenti z průzkumu r. 2000		respondenti z průzkumu r. 2011	
	abs. č.	rel. č.	abs. č.	rel. č.
nemocnice	22	63,00%	22	63,00%
domov pro seniory	16	45,60%	25	71,40%
celkem	38	54,30%	47	67,20%

Graf č. 21 – Srovnání průzkumů u stresoru „zodpovědnost za provedenou péči“

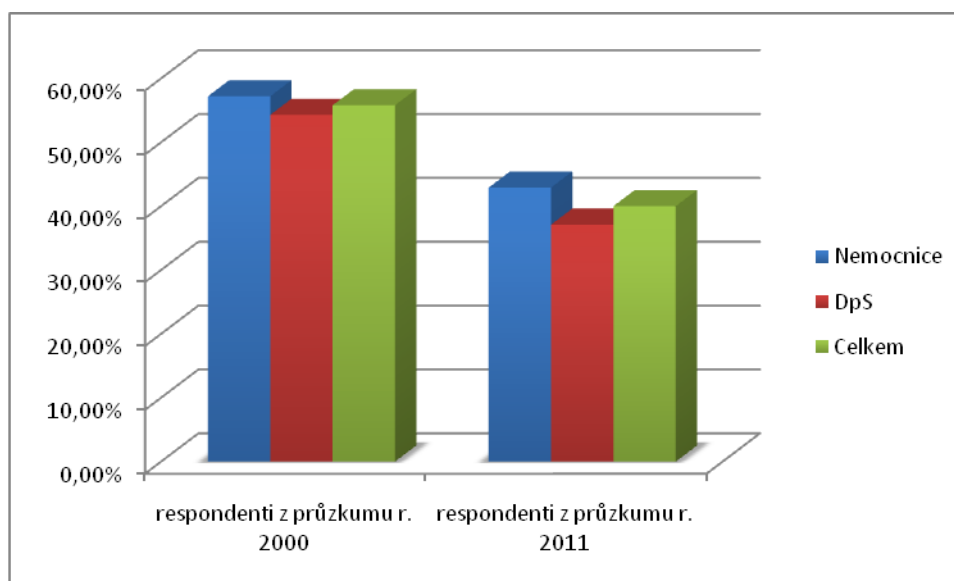


Stresový faktor „špatné pracovní vztahy mezi S – S“ je zcela individuální. Na pracovišti mohou být špatné vztahy a někoho to stresuje, jiného ne. Z výsledků průzkumu vychází, že intenzita vnímání tohoto faktoru je téměř totožná na obou pracovištích – z roku 2000 u 57,2 % sester z nemocnic, nyní u 42,9 % a na pracovištích DpS byl výsledek 54,3 %, nyní 37,1% (viz tabulka a graf č. 22). Z výsledků můžeme usuzovat, že se snížila míra vnímání tohoto stresoru jako příčina stresu nebo se zlepšila kvalita pracovních vztahů, protože v původním průzkumu se jednalo o více než polovinu sester na obou pracovištích, které byly více ve stresu díky špatným vztahům s kolegyněmi.

Tabulka č. 22 – Srovnání průzkumů u stresoru „špatné pracovní vztahy mezi S – S“

položka	špatné pracovní vztahy mezi S – S			
	respondenti z průzkumu r. 2000		respondenti z průzkumu r. 2011	
	abs. č.	rel. č.	abs. č.	rel. č.
nemocnice	20	57,20%	15	42,90%
domov pro seniory	19	54,30%	13	37,10%
celkem	39	55,80%	28	40,00%

Graf č. 22 – Srovnání průzkumů u stresoru „špatné pracovní vztahy mezi S – S“



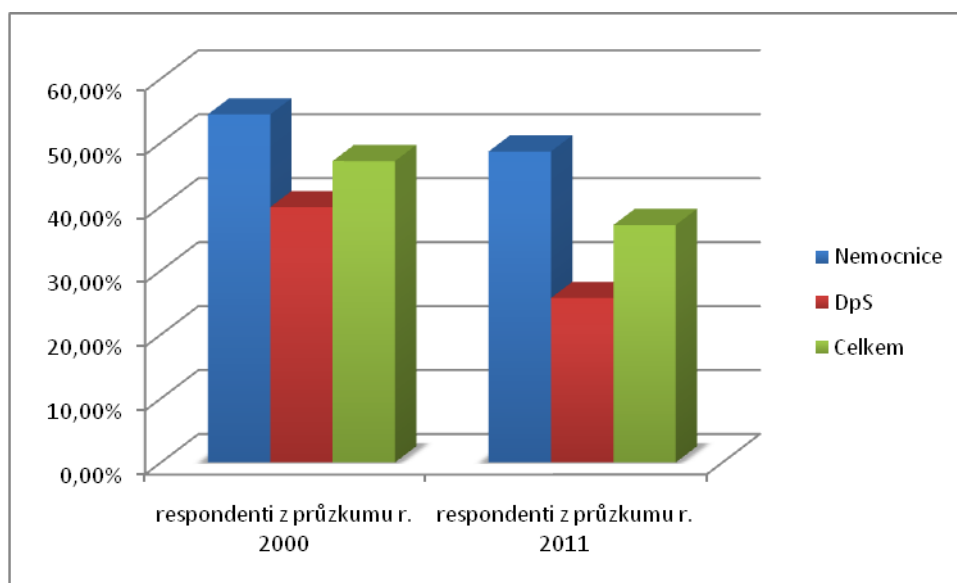
U dalšího stresoru „špatné pracovní vztahy mezi S – Dr.“ jsme nemohli srovnávat míru intenzity stresu u sester v nemocnicích a domovech pro seniory, protože sestra z DpS se s lékařem setká jen několikrát do měsíce oproti sestře z nemocnice, která spolupracuje s lékařem denně. Ze zjištěných výsledků je míra intenzity stresu vyšší u sester z nemocnic (48,6 %) stejně jako z průzkumu z roku 2000 (54,4 %) než u sester pracujících v DpS (25,7 %), z roku 2000 je to 39,9 % (viz tabulka a graf č. 23). Zajímavé je, že u obou skupin sester došlo k poklesu vnímání tohoto stresoru, který je výraznější u sester z DpS. Usuzujeme, že tento pokles je ovlivněn díky větší vzdělanosti sester, neustálému získávání nových znalostí, možnostem se prosazovat, plánovat a řídit ošetrovatelskou péčí. Důležitou roli zde představuje i zvýšená prestiž této profese než tomu bylo v minulosti, nárůstu sebevědomí sester, a tudíž i vnímání sester jako rovnocenného partnera lékaře.



Tabulka č. 23 – Srovnání průzkumů u stresoru „špatné pracovní vztahy mezi S – Dr.“

položka	špatné pracovní vztahy S - Dr.			
	respondenti z průzkumu r. 2000		respondenti z průzkumu r. 2011	
	abs. č.	rel. č.	abs. č.	rel. č.
nemocnice	19	54,40%	17	48,60%
domov pro seniory	14	39,90%	9	25,70%
celkem	33	47,10%	26	37,10%

Graf č. 23 – Srovnání průzkumů u stresoru „špatné pracovní vztahy mezi S – Dr.“



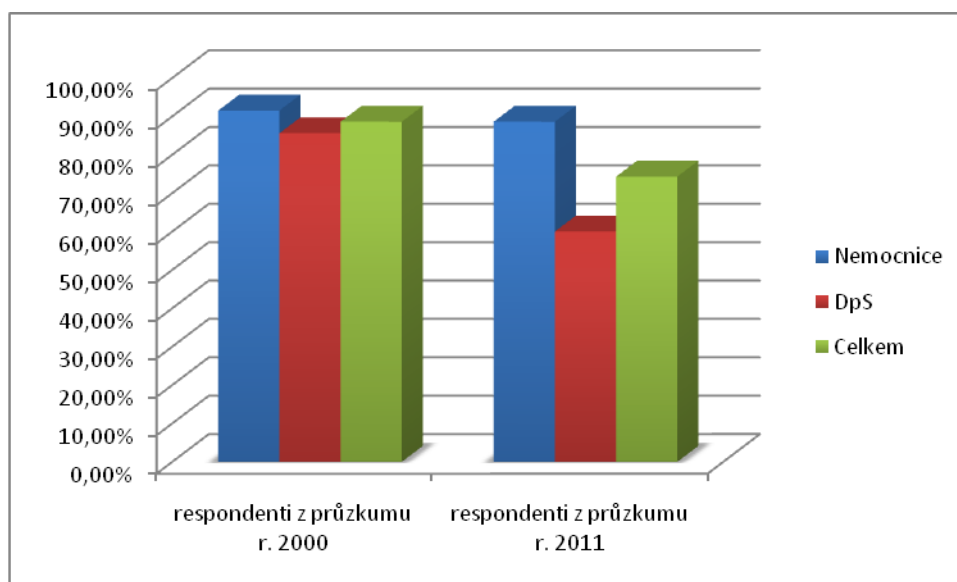
Největší míra intenzity stresu byla u sester na obou pracovištích u stresoru „nedostatečné finanční ohodnocení“. Výsledek u sester v nemocnicích je 88,6 % a u sester z DpS 60 %. Průzkum z roku 2000 ukazuje na téměř totožné procentuelní zastoupení u sester v nemocnicích, a to 91,5 % a u sester z DpS byl výsledek 85,6 %, což bylo u většího procenta sester než je tomu nyní (viz tabulka, graf č. 24). Vzhledem k tomu, že výsledky průzkumu ukazují na nejvyšší procentuelní zastoupení ze všech sledovaných stresorů, nepředpokládáme, že by se snížila míra vnímavosti tohoto stresoru jako původce stresu. Je zřejmé, že sestry trápí jejich nedocnění za poskytnutí kvalitní péče o K/P. Výrazné snížení počtu sester z DpS je pravděpodobně způsobené tím, že sestry pracují v sociální sféře, která je řízena státem, a jsou jasně daná kritéria odměňování. Naopak tomu je u sester v nemocnicích, kde je sice patrný mírný pokles ve vnímání tohoto stresoru, ale nedocnění za jejich práci je alarmující. Tady si dovoluujeme položit otázku, proč sestra, která pracuje v soukromém zařízení, by měla být hůře ohodnocena za stejně odvedenou práci než sestra ve státní sféře? Dalším

předpokladem je, že staniční sestry by měly být ve svých funkcích natolik zkušené a vnímavé, že dovedou rozlišit mezi schopnostmi svého personálu a měly by mít možnost své zaměstnance za kvalitně odvedenou práci motivovat např. formou odměn.

Tabulka č. 24 – Srovnání průzkumů u stresoru „nedostatečné finanční ohodnocení“

položka	nedostatečné finanční ohodnocení			
	respondenti z průzkumu r. 2000		respondenti z průzkumu r. 2011	
	abs. č.	rel. č.	abs. č.	rel. č.
nemocnice	32	91,50%	31	88,60%
domov pro seniory	30	85,60%	21	60,00%
celkem	62	88,60%	52	74,30%

Graf č. 24 – Srovnání průzkumů u stresoru „nedostatečné finanční ohodnocení“



U posledních dvou stresorů „komunikace s pacientem“ a „první kontakt s pacientem“ je míra intenzity stresu nejmenší ze všech sledovaných faktorů. Při porovnávání výsledků nás překvapilo, že sestry více stresuje komunikace s K/P (40 % sester z nemocnic, 54,3 % sester z DpS) oproti výsledkům z roku 2000, kde intenzita vnímání stresoru byla u malého počtu sester (22,9 % sester z nemocnic, 17,1 % sester z DpS). Výsledky mohou vést k úvaze, že si sestry nyní více uvědomují důležitost komunikace, a to nejen ve verbálním projevu, ale i neverbálním, což jim může způsobovat větší zátěž. Dalším důvodem může být i větší zájem a informovanost ze strany K/P. K/P se aktivně zapojuje do ošetrovatelského plánu, prosazuje své vlastní názory, potřeby, to pro sestru znamená, že musí umět adekvátně komunikovat, být empatická a být natolik

zkušená, že dovede vnímat K/P jako celek se všemi jeho potřebami. „První kontakt s K/P“ je stresor, který působí dle výsledků na stejný počet sester (31,4 %) z obou pracovišť. Jedná se opět o větší počet sester, než tomu bylo v průzkumu z roku 2000 (11,4 % sester z nemocnic, 17,1 % sester z DpS). Sestry si nejspíš mnohem více uvědomují důležitost haló efektu při prvním setkání s K/P, který hraje výraznou roli v následné péči. Mezi další důvody můžeme zařadit již výše zmíněné u stresoru „komunikace s pacientem“.

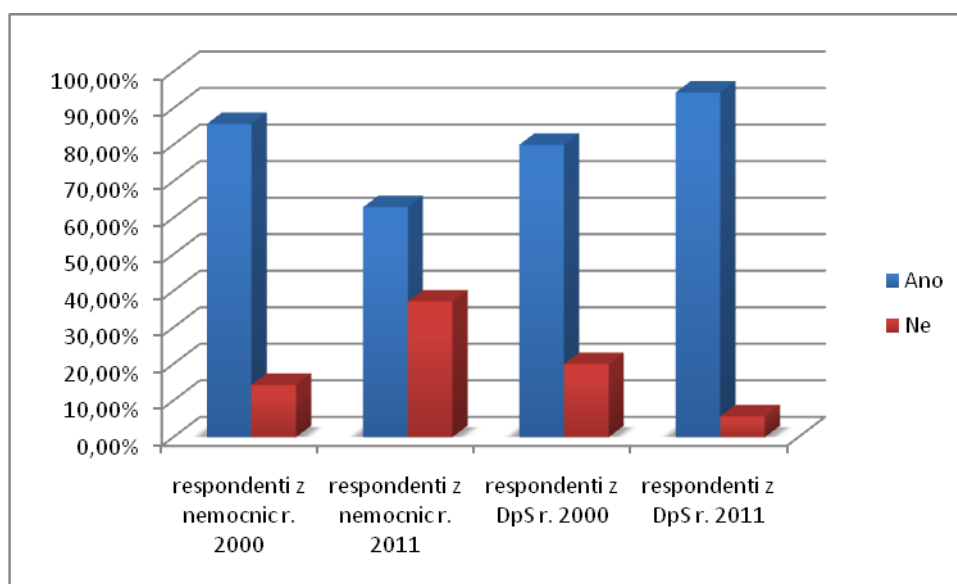
Překvapilo nás, že jen nepatrné procento sester (2,9 %) se zamyslelo nad jinými stresory (vytíženost ve směnách, stres z důvodu nedostavení se očekávaných pozitivních výsledků) v jejich profesi. V průzkumu roku 2000 se jednalo o 11,4 % sester a stresory – inkontinence, hygiena, fyzická námaha, nedostatek materiálu, málo času na kontakt s K/P a zkoušení nadřízenými. Můžeme se jen domnívat, že výčet stresorů byl pro respondenty vyčerpávající.

Zjištěné výsledky u položky č. 2 ukazují, že 78,6 % respondentů (82,9 % z roku 2000), stres určitými způsoby řeší. Když jsme srovnali výsledky mezi počtem sester ze zkoumaných pracovišť, zjistili jsme, že došlo k navýšení počtu sester v nemocnicích, co se stresem nezabývají, a snížení počtu sester z DpS (viz tabulka, graf č. 25). Tento výsledek je ovlivněn individuálním postojem každé sestry, proto je obtížné diskutovat nad tím, proč k této změně došlo. Pokud bychom se blíže zajímali o personální obsazení jednotlivých oddělení (např. průzkum charakterových vlastností, délka praxe, vzdělání, počet dětí) bylo by jistě zajímavé srovnávat výsledky z tohoto pohledu, jestli mají vliv na řešení stresu či nikoliv. Tyto informace byly pro cíl naší práce nepodstatné.

Tabulka č. 25 – Srovnání průzkumů u položky „stres řeším“

položka	stres řeším			
	respondenti z nemocnic r. 2000		respondenti z nemocnic r. 2011	
	abs. č.	rel. č.	abs. č.	rel. č.
<b>ano</b>	30	85,70%	22	62,90%
<b>ne</b>	5	14,30%	13	37,10%
	respondenti z DpS r. 2000		respondenti z DpS r. 2011	
	abs. č.	rel. č.	abs. č.	rel. č.
<b>ano</b>	28	80,00%	33	94,30%
<b>ne</b>	7	20,00%	2	5,70%

Graf č. 25 – Srovnání průzkumů u položky „stres řeším“

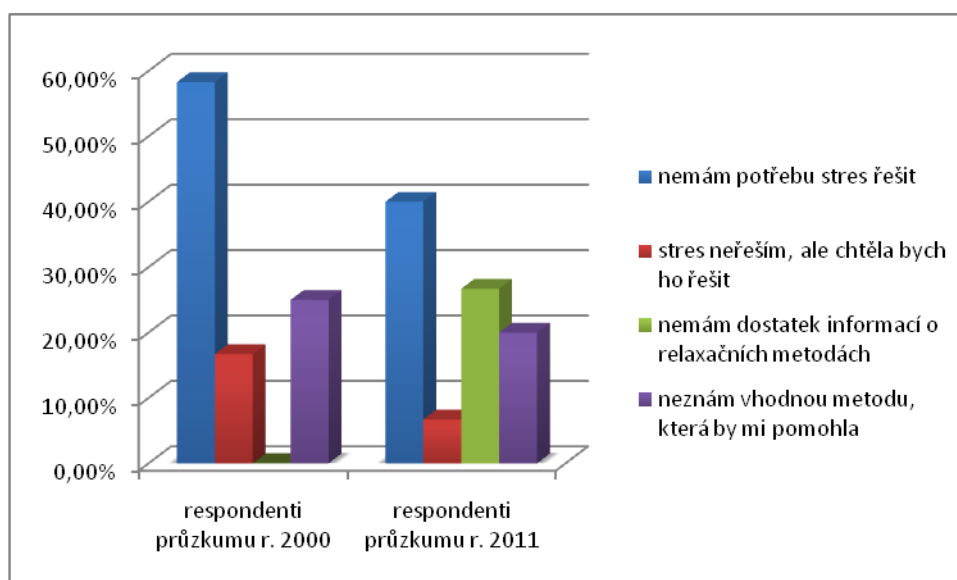


Z uvedených výsledků u položky č. 3 poukazujeme na větší procento sester (24,3 %) z průzkumu 2011 v porovnání s výsledky průzkumu z roku 2000, kde pouhých 14,3 % sester řešilo stres alternativními metodami. I přes větší procento sester se jedná pořád o velmi malou část sester, což není ani jedna třetina. Sestry nejvíce využívají aromaterapii (21,8 % sester, z roku 2000 10,4 %), dále je to jóga (stejný počet u obou průzkumů 3,6 % sester) a autogenní trénink (3,6 %, z roku 2000 0 %), nakonec Jacobsonova metoda (1,8 %, v průzkumu roku 2000 to byl výsledek 3,6 % sester). Pokud porovnáme způsoby řešení stresu u sester v nemocnicích a domovech pro seniory u dalších položek, tak se jedná v podstatě o téměř totožný počet sester, které využívají dále uvedené způsoby při řešení stresu. Konkrétně největší počet sester (67,3 %, z roku 2000 72,4 %) řeší stres „spánkem“. Je to především pro jeho nenáročnost, 100 % uvolnění a regeneraci organismu. Mezi další preferované metody u sester patří „hudba“ (49,1 %, z roku 2000 56,9 %), která se dá využít k usínání a je také využívána jako doplněk při provádění relaxačních cvičení. „Vypovídání se blízké osobě“ využívá v řešení stresu 50,9 % (z roku 2000 51,7 %) všeobecných sester. Domníváme se, že pouhé vypovídání se někomu druhému, kdo opravdu naslouchá a chápe, co člověka tíží, značně přispívá ke zbavení se stresu. „Četbou“ se odreaguje 34,5 % (z roku 2000 43,1 %), protože pokud se člověk začte do knihy, nemá možnost myslet na něco jiného. Ostatní jako je „sport“ a „domácí práce“ jsou využívány u menšího počtu sester. Možnost vepsání postupů v řešení stresu, využil jen nepatrný počet respondentů, rozbor je uveden ve zjištěných výsledcích.

Tabulka č. 26 – Srovnání průzkumů „proč stres neřeším“

		respondenti průzkumu r. 2000	respondenti průzkumu r. 2011
nemám potřebu stres řešit	abs. č.	7	6
	rel. č.	58,30%	40,00%
stres neřeším, ale chtěla bych ho řešit	abs. č.	2	1
	rel. č.	16,70%	6,70%
nemám dostatek informací o relaxačních metodách	abs. č.	0	4
	rel. č.	0,00%	26,70%
neznám vhodnou metodu, která by mi pomohla	abs. č.	3	3
	rel. č.	25,00%	20,00%

Graf č. 26 – Srovnání průzkumů „proč stres neřeším“



Na položku č. 4 odpovídali pouze ti respondenti, kteří na položku druhou odpověděli záporně, tzn., že stres neřeší. Jedná se o 21,4 % všeobecných sester z celkového počtu dotázaných. Z průzkumu roku 2000 byl počet sester 17,1 %. U této položky byly jako odpovědi popsány možné důvody, proč sestry stres neřeší. Z položených odpovědí byla největším počtem sester 40 % (z roku 2000 58,3 %) zvolena odpověď a) tzn., že „nemají potřebu stres řešit“. Jedná se o snížení počtu sester, než tomu bylo ve zjištěných výsledcích průzkumu roku 2000. Především lidé pracující v pomáhajících profesích by si měli uvědomit důležitost vnímání a řešení vzniklých stresových situací. Bohužel jsou sestry, které „nemají potřebu“ nebo „nemají čas“ (viz dopsaná odpověď u této otázky) stres řešit. Každý by si měl umět udělat čas sám na sebe, i když je to v dnešním uspěchaném světě hodně náročné, ale je to důležitý první krok k zvládnutí překážek,

kteře člověka potkávají. Pokud člověk v jakékoliv profesi nebo i v soukromém životě stres neřeší, kumuluje se v něm, až jednou se tento nakumulovaný stres projeví nejen na jeho chování, ale i na zdraví. Oproti tomu 6,7 % (z roku 2000 16,7 %) sester zvolilo odpověď b) tzn., že „stres neřeší, ale chtěly by ho řešit“. Domníváme se, že tento výsledek ve snížení počtu sester je ovlivněn tím, že větší procento sester zahrlo odpovědi následující (c, d). Možnost c) tzn., že „nemám dostatek informací o relaxačních metodách“, označilo 26,7 % (z roku 2000 0 %) sester a poslední možnou odpověď d) tzn., že „neznají vhodnou metodu, která by jim pomohla“, zvolilo 20 % (z roku 2000 25 %). Z výsledků je patrné, že se sestry stresem nezabývají, protože jim chybí informace o různých možnostech zvládnání stresu. Tento výsledek by měl být podnětem pro zaměstnavatele, kteří by měli sestry podporovat v duševní hygieně a umožnit jim např. různé semináře s alternativní tematikou nebo nabídnout formu příspěvku na masáže apod. (podrobněji v doporučení pro praxi). Nejdůležitější je, aby samy sestry změnilly svůj přístup, samy usilovaly a nalézaly různé možnosti řešení stresu.

Z výsledků u položky č. 5 jsme zjistili, že 75,7 % sester (výsledek z roku 2000 je 57,1 %) má zájem o více informací v řešení stresu. Jedná se o výrazné navýšení počtu sester, které může být způsobeno potřebou sester se vzdělávat, poznávat nové metody a způsoby řešení stresu, ale i pochopení, sama o sebe více pečovat.

Z odpovědí u položky č. 6 jsme zjistili, že sestry nejvíce zajímá Jacobsonova metoda (35,8 %), tak tomu bylo i u průzkumu z roku 2000 (57,5 %). Aromaterapii by chtělo blíže poznat 28,3 % (v roce 2000 35 %) sester. Vzhledem k tomu, že zájem ze strany všeobecných sester je větší o podrobnější informace o výše zmíněných metodách, v návrhu vyrovnání se se stresem zařadíme právě Jacobsonovu metodu a aromaterapii. K realizaci využijeme i zjištěné výsledky u položky č. 7. Z těchto výsledků vyplývá, že 34 % (z roku 2000 30 %) sester by zvolilo jako formu získání informací seminář, 17 % (z roku 2000 17,5 %) by vyhovovalo doporučení literatury a 49 % (z roku 2000 57,5 %) kurz s praktickým vyzkoušením. Pokud spojíme tyto nejžádanější formy (seminář, kurz s praktickým vyzkoušením) dohromady, vznikne zajímavý a prospěšný způsob, jak získat informace v řešení stresu. Právě praktickým vyzkoušením se nejlépe osvojují věci neznámé a to je i cílem dále navrženého semináře.

## 5 Doporučení pro praxi

Nabízí se rozsáhlé možnosti v řešení stresu u stresových faktorů, které se v profesi všeobecné sestry vyskytují. Předpokladem pro úspěšné zvládnutí stresu je, že by sestry neměly mít strach o svých problémech, stresových faktorech mluvit a jejich snahou by měl být především zájem stres řešit. Musíme si však položit otázku, na koho by se sestry v těchto případech měly obrátit, kdo by jim byl poradcem či oporou. V každém zdravotnickém zařízení by měl být psycholog, který by byl k dispozici všeobecným sestřám, ale i ostatnímu zdravotnickému personálu a pomáhal by jim nejen při řešení stresu. Pokud sestry však nebudou mít snahu řešit problémy, s kterými se ve své profesi potýkají, tak jsou veškeré návrhy na vyrovnání se se stresem zbytečné. Určitě se pak takové neřešení stresu nějak projeví. Sestra bude v sobě kumulovat stres a jednoho dne se zhroutl. Než ovšem k této poslední fázi dojde, bude svou nespokojenost, nevyrovnanost vyvolanou stresem přenášet na všechny kolem, což se zajisté projeví i v péči a chování ke K/P. Myslíme si, že by se zájem sester o řešení stresu zvýšil pravidelnými konzultacemi s psychologem. Díky bližšímu rozboru problému s kvalifikovanou osobou, se člověk donutí nad problémem zamyslet a tímto nacházet možnosti řešení.

Pro praxi je také velmi důležité zaměstnance motivovat, a to nejen finančně, ale i například pochvalou, která je často opomíjena. Domníváme se, že by bylo přínosné, pokud by zaměstnavatelé dopřáli svým zaměstnancům odpočinek v podobě masáží, koupelí ve wellness centrech apod., anebo pořádali pravidelné semináře, které přinesou užitečné informace a rady, jak o sebe pečovat, jaké jsou možnosti, což by mělo pozitivní vliv na pracovní zázemí, pracovní výkon a výsledky.

Vzhledem ke zjištěným výsledkům z provedeného průzkumu, kde všeobecné sestry mají zájem řešit stres, bychom doporučili uspořádat seminář pro sestry s praktickým vyzkoušením o alternativních metodách se zaměřením na aromaterapii a Jacobsonovu metodu (viz příloha F). Jedná se o návrh, jak by mohl být seminář koncipován. Je také možné využít firmy, které se přímo zaměřují na pořádání kurzů s různou tematikou

k zvládnání stresu. Dále doporučujeme studovat časopisy (Regenerace, Zdraví, Aromaterapie, Meduňka aj.), kde jsou uvedeny nabídky kurzů, ale i jiné zajímavosti např. v souvislosti s alternativními technikami. Nabízíme prostudovat literaturu, která byla použita při vypracování této práce, jejíž seznam je uveden v závěru, ale i ostatní zdroje, kterých je na trhu celá řada. Samozřejmostí v dnešní době je i využití internetových odkazů (např. <http://www.karelhadek.eu/cs/>, <http://www.joga.cz/>), kde je možné se dozvědět spoustu zajímavých a aktuálních informací.



## ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala problematikou stresu, stresových faktorů a způsoby jejich řešení v profesi všeobecné sestry. Byly srovnávány výsledky dotazníkového šetření sester pracujících v nemocnicích (interní oddělení) a domovech pro seniory. Zjištění byla porovnána i s výsledky průzkumu, který byl proveden v roce 2000.

Prvním cílem práce bylo zjistit míru stresové zátěže u vybraných stresorů v povolání všeobecné sestry. Tento cíl byl splněn. Obě skupiny sester ze zkoumaných zařízení se shodly, že nejintenzivněji vnímají stresový faktor „nedostatečné finanční ohodnocení“. Vyjádřilo se takto 88,6 % z nemocnic a 60 % z domovů pro seniory. Otázkou však je, jaké finanční ohodnocení, by bylo uspokojivé, a taky na jak dlouhou dobu. Vysoké procento sester (88,6 %) z domovů pro seniory intenzivně vnímá i stresor „nedostatek pomocného personálu“.

Druhým cílem bylo zmapovat, jaké relaxační metody sestry využívají pro odstranění nebo zmírnění stresu. Cíl byl splněn. Největší počet sester 67,3 % řeší stres spánkem, 50,9 % vypovídání se blízké osobě a 49,1 % využívá hudbu.

Třetí cíl byl stanoven za účelem porovnat hodnocení stresové zátěže všeobecných sester v rozmezí let 2000 – 2011. Cíle bylo dosaženo. Srovnání výsledků průzkumných šetření přinesla zajímavé, mnohdy i překvapivé výsledky. Je zřejmé, že stres je součástí této profese a vnímání stresorů je různorodé.

Čtvrtým cílem bylo navrhnout možná řešení pro snížení stresové zátěže u všeobecných sester. Stanovený cíl byl splněn. Zjistili jsme, že sestry mají zájem o informace týkající se alternativních metod v řešení stresu, proto jsme navrhli seminář, který by jim blíže přiblížil aromaterapii a Jacobsonovu metodu. Taky jsme doporučili, aby ve zdravotnických i sociálních zařízeních byl pro zaměstnance k dispozici psycholog, na kterého by se mohli při jakýchkoliv problémech obracet.

Prvním hypotetickým tvrzením jsme předpokládali, že stresová zátěž sester v nemocnicích bude větší než stresová zátěž sester pracujících v domovech pro seniory u těchto stresových faktorů – nedostatek pomocného personálu, zavádění nových metod a způsobů práce, setkávání se smrtí, náhlá změna zdravotního stavu pacienta, určený časový limit na poskytnutí péče, zodpovědnost za provedenou péči. Průzkumem jsme zjistili, že u stresorů „nedostatek pomocného personálu“, „určený časový limit na poskytnutí péče“ a „zodpovědnost za provedenou práci“ je větší intenzita vnímání u většího procenta sester z domovů pro seniory. U stresorů „zavádění nových metod a způsobů práce“, „setkávání se smrtí“ a „náhlá změna zdravotního stavu pacienta“ je naopak větší intenzita vnímání u většího procenta sester z nemocnic. Na základě zjištěných výsledků můžeme prohlásit, že se první hypotetické tvrzení potvrdilo jen částečně.

Druhé hypotetické tvrzení, které bylo založeno na předpokladu, že více jak 75 % sester se stresem zabývá, bylo průzkumem se zjištěným výsledkem 78,6 % potvrzeno.

Třetím hypotetickým tvrzením jsme předpokládali, že víc jak 50 % sester, které stres neřeší, nemá dostatek informací o alternativních metodách v řešení stresu. Zjistili jsme, že 21,4 % sester se problematikou stresu nezabývá a z nich 26,7 % nemá dostatek informací o alternativních technikách v řešení stresu. Můžeme tedy konstatovat, že se třetí hypotetické tvrzení nepotvrdilo.

Čtvrtým hypotetickým tvrzením jsme předpokládali, že víc jak 50 % sester nepoužívá pro zmírnění stresu jógu, autogenní trénink, aromaterapii a Jacobsonovu metodu. Uvedené alternativní metody používá k odreagování malé procento sester (24,3 %). Z uvedených zjištění vyplývá, že můžeme potvrdit čtvrté hypotetické tvrzení.

Myslíme si, že je potřeba se zajímat o stresory, kterým jsou vystaveny všeobecné sestry při vykonávání svého povolání, neřešení může způsobit psychické i fyzické obtíže. Stresorů a stresových situací je mnoho, proto je důležité se s touto skutečností smířit a se stresem se naučit správně a efektivně vyrovnávat.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. přeprac. a dopl. vyd. . Praha : Grada Publishing, 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.

BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Vyd. 1. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 86 s. ISBN 80-7013-439-9.

BEŇADÍKOVÁ, Daniela; RAPČÍKOVÁ, Tatiana. Sestra jako poskytovatelka ošetrovatelské péče a její postavení ve zdravotnickém týmu. *Sestra : odborný časopis pro sestry a ostatní nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2009, 19, 12, s. 28-30. ISSN 1210-0404.

DROTÁROVÁ, Eva; DROTÁROVÁ, Lucia. *Relaxační metody : malá encyklopedie*. 1. vyd. Praha : EPOCH, 2003. 247 s. ISBN 80-86328-12-0.

FARKAŠOVÁ, Dana, et al. *Ošetrovatelstvo - teória : učebnica pre fakulty ošetrovatelstva*. 3. dopl. vyd. Martin : Osveta, 2009. 244 s. ISBN 978-80-8063-322-6.

FOSTER, Vernon W. *Nový začátek : kniha o zdravém životním stylu*. Vyd. 2. Praha : Advent-Orion, 1995. 235 s. ISBN 80-7172-132-8.

GEIST, Bohumil . *Autogenní trénink*. 3. vyd. Praha : Vodnář, 2004. 128 s. ISBN 80-86226-48-4.

GROSJEAN, Nelly. *Velká kniha aromaterapie*. Vyd. 1. Olomouc : Fontána, 2003. 284 s. ISBN 80-7336-084-5.

*Jídlo jako jed, jídlo jako lék : abecední průvodce bezpečnou a zdravou výživou*. Vydání první. Praha : Reader's Digest Výběr, spol. s r.o., 1998. 400 s. ISBN 80-902069-7-2.

KOLEKTIV, Autorů. *Velká kniha technik učení, tréninku paměti a koncentrace*. Z něm. orig. přel. Zuzana Veselá. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2009. 232 s. ISBN 978-80-247-3023-3.

KRASKA-LÜDECKE, Kerstin. *Nejlepší techniky proti stresu*. Vyd. 1. Praha : Grada Publishing, 2007. 116 s. ISBN 978-80-247-1833-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat stres*. Praha : Grada Avicenum, 1994. 192 s. ISBN 80-7169-121-6.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Vyd. 1. Praha : Grada Publishing , 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Psychologické faktory v premorbidním období onkologicky nemocných. *Časopis lékařů českých*. 1986, 125, 3, s. 65-68.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres : příručka pro duševní pohodu*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3149-0.

KUBRYCHTOVÁ BÁRTOVÁ, Helena; STUHLÍK, Robert. *Jóga : jak si vybrat tu pravou*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. 208 s. ISBN 978-80-247-2071-5.

LAVERY, Sheila. *Aromaterapie : v kostce*. 1. vyd. Praha : Slovart, 1998. 58 s. ISBN 80-7209-067-4.

MATOUŠEK, Oldřich. *Potřebujete psychoterapii?*. 2., rozš. a upr. vyd. Praha : Portál, 1999. 136 s. ISBN 80-7178-314-5.

MELGOSA, Julián. *Zvládni svůj stres*. 2. dotisk 2. vyd. Praha : Advent-Orion, 2004. 190 s. ISBN 80-7172-624-9.

MLČÁK, Zdeněk. *Psychologie zdraví a nemoci*. Vyd. 1. Ostrava : Ostravská univerzita, Filozofická fakulta, 2005. 84 s. ISBN 80-7368-035-1.

PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. Vyd. 1. Praha : Grada Publishing, 2010. 240 s. ISBN 978-80-247-2959-6.

PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatel'stva v kocke* . Vyd. 1. Praha : Grada Publishing, 2006. 152 s. ISBN 80-247-1211-3.

PLAMÍNEK, Jiří. *Sebepoznání, sebeřízení a stres : praktický atlas sebezvládnání*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. 178 s. ISBN 978-80-247-2593-2.

PRAŠKO, Ján; PRAŠKOVÁ, Hana . *Asertivitou proti stresu*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. 277 s. ISBN 978-80-247-1697-8.

PRICE, Geraldine; MAIER, Pat. *Efektivní studijní dovednosti : odemkněte svůj potenciál*. Vyd. 1. Praha : Grada Publishing, 2010. 361 s. ISBN 978-80-247-2527-7.

RHEINWALDOVÁ, Eva. *Dejte sbohem distresu*. 1. vyd. Praha : Scarabeus, 1995. 211 s. ISBN 80-85901-07-2.

*Rodinná encyklopedie alternativní medicíny*. Vydání první. Praha : Reader's Digest Výběr, spol. s r.o., 1997. 400 s. ISBN 80-902069-3-X.

SCHREIBER, Vratislav. *Lidský stres*. Vyd. 1. Praha : Academia, 1992. 84 s. ISBN 80-200-0458-0.

SLÁMA, Jiří. *Jóga*. Brno : Epa, 1994. 178 s. ISBN 80-900870-2-7.

SOVOVÁ, Eliška; ŘEHOŘOVÁ, Jarmila. *Kardiologie : pro obor ošetrovatel'ství*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2004. 156 s. ISBN 80-247-1009-9.

STAŇKOVÁ, Marta. *Sestra - reprezentant profese*. Vyd. 1. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. 78 s. ISBN 80-7013-368-6.

STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2010. 103 s. ISBN 978-80-247-3553-5.

TRČA, Stanislav. *Jak život prodloužit*. Praha : Universe, 1992. 131 s. ISBN 80-85207-23-0.

VENGLÁŘOVÁ, Martina , et al. *Sestry v nouzi : syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2011. 192 s. ISBN 978-80-247-3174-2.

VOLKOVÁ, Dagmar. *Stresové faktory v práci zdravotních sester*. Vsetín, 2000. 52 s. Absolventská práce. Vyšší zdravotnická škola.

ZACHAROVÁ, Eva. Profesionální image sester. *Zdravotnické noviny : týdeník pro odborníky ve zdravotnictví a farmacii*. 3.5.2010, 59, 18, s. 25. ISSN 0044-1996.

ZACHAROVÁ, Eva; HERMANOVÁ, Miroslava; ŠRÁMKOVÁ, Jaroslava. *Zdravotnická psychologie : teorie a praktické cvičení*. Vyd. 1. Praha : Grada , 2007. 229 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

### ***Internetové zdroje:***

BRŮHA, Dominik. *Medical tribune CZ : tribuna lékařů a zdravotníků* [online]. 17.2.2010 [cit. 2011-05-24]. Dostupné z WWW: <<http://www.tribune.cz/clanek/16605-pocet-pacientu-na-jednu-sestru>>.

Česká republika. Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In *Sbírka zákonů.*, 2011, 20, 55, s. 482-544. Dostupný také z WWW: <[http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/informace-k-vyhlasce-c-sb-kterou-se-ustanovi-cinnosti-zdravotnickych-pracovniku-a-jinych-odbornych-pracovniku-ve-zneni-vyhlaske-c-sb\\_4763\\_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/informace-k-vyhlasce-c-sb-kterou-se-ustanovi-cinnosti-zdravotnickych-pracovniku-a-jinych-odbornych-pracovniku-ve-zneni-vyhlaske-c-sb_4763_3.html)>. ISSN 1211-1244.

Česká republika. Zákon, kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu

činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů. In *Sbírka zákonů*. 2011, 40, s. 1053 - 1055. Dostupný také z WWW: <[http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=105/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=105/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)>. ISSN 1211-1244.

HRDINA, Radomír, et al. Farmakoterapie ischemické choroby srdeční. *Praktické lékárenství* [online]. 2007, 2, [cit. 2011-03-09]. Dostupný z WWW: <<http://www.solen.cz/pdfs/lek/2007/02/03.pdf>>. ISSN 1803-5329.

Jóga. In *Wikipedia : the free encyclopedia* [online]. St. Petersburg (Florida) : Wikipedia Foundation, 5.8.2005, last modified on 1.2.2011 [cit. 2011-03-16]. Dostupné z WWW: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/J%C3%B3ga>>.

*Karel Hadek* [online]. c2007 [cit. 2011-05-20]. Dostupné z WWW: <<http://www.karelhadek.eu/cs/>>.

KŘÍŽOVÁ, Jarmila. *Ordinace.cz* [online]. 20.6.2007 [cit. 2011-03-25]. Hypertenze - vysoký krevní tlak. Dostupné z WWW: <<http://www.ordinace.cz/clanek/hypertenze-vysoky-krevni-tlak/?chapter=1>>. ISSN 1801-8467.

POCHYLÁ, Karla; POCHYLÝ, Otakar. *Metoda pro stanovení počtu a kvalifikačního zastoupení ošetrovatelského personálu na standardních ošetrovatelských jednotkách pro dospělé oborů interních, chirurgických, gynekologie a porodnictví, ošetrovatelských a pobytových lůžkách, jako východisko pro vytvoření standardu personálního vybavení daného pracoviště* [online]. [s.l.] : [s.n.], 2008 [cit. 2011-05-24]. Dostupné z WWW: <[http://www.cнна.cz/docs/tiskoviny/vypocet\\_personalu\\_brozura.pdf](http://www.cнна.cz/docs/tiskoviny/vypocet_personalu_brozura.pdf)>.

*Systém Jóga v denním životě* [online]. c2011 [cit. 2011-05-20]. Dostupné z WWW: <<http://www.joga.cz/>>.

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Dotazník průzkumného šetření	I
Příloha B – Účinek stresu na různě silná individua s různou náročností zátěže	III
Příloha C – Systémové pojetí stresu	IV
Příloha D – Psychologické faktory v premorbidním období onkologicky nemocných V	
Příloha E – Vyhláška MZ ČR č. 55/2011 Sb., § 1 - § 4	IX
Příloha F – Seminář o alternativních technikách (aromaterapie, Jacobson. metoda)	XIII
Příloha G – Žádost o povolení průzkumu v jednotlivých zařízeních	XV
Příloha H – Rešerše na téma „Stres v profesi všeobecné sestry“	XXI



## Příloha A – Dotazník průzkumného šetření

Vážená kolegyně,

chtěla bych Vás požádat o vyplnění následujícího dotazníku, který je podkladem pro mou bakalářskou práci na Vysoké škole zdravotnické o.p.s. Praha. Dotazník je zaměřen na problematiku stresu, stresových faktorů v práci všeobecné sestry a vyrovnání se s nimi. U bodu č. 1 prosím o vyjádření ke každé položce: čísla 1 – 5 znázorňují stupnici, kde 1 = nejnižší a 5 = nejvyšší intenzita stresového faktoru. Svou volbu zakroužkujte. U ostatních otázek svou odpověď také zakroužkujte, popř. napište svůj názor do volného prostoru. Počet odpovědí není omezen. Dotazník je anonymní a poskytnuté informace nebudou zneužity. Děkuji předem za kladný postoj a spolupráci.

Dagmar Dohnálková, DiS.  
studentka 3. ročníku VŠZ o.p.s. Praha

### 1. Míra stresu u jednotlivých položek: (pozn. S = sestra, Dr. = lékař)

a) nedostatek pomocného personálu	1	2	3	4	5
b) špatné pracovní vztahy mezi S – S	1	2	3	4	5
c) špatné pracovní vztahy mezi S - Dr.	1	2	3	4	5
d) nedostatečné finanční ohodnocení	1	2	3	4	5
e) zavádění nových metod a způsobů práce	1	2	3	4	5
f) setkávání se smrtí	1	2	3	4	5
g) náhlá změna zdravotního stavu pacienta	1	2	3	4	5
h) určený časový limit na poskytnutí péče	1	2	3	4	5
i) zodpovědnost za provedenou péči	1	2	3	4	5
j) komunikace s pacientem	1	2	3	4	5
k) první kontakt s pacientem	1	2	3	4	5
jiné:	1	2	3	4	5

### 2. Stres řeším:

- a) ano
- b) ne

### 3. Pokud ano (u položky č. 2), pomáhá mi:

- a) jóga
- b) autogenní trénink
- c) aromaterapie
- d) Jacobsonova metoda – postupná relaxace
- e) vodoléčba
- f) spánek
- g) hudba

- h) vypovídání se blízké osobě
- i) sport
- j) drobné domácí práce
- k) četba
- jiné:

4. Pokud ne (u položky č. 2), tak z důvodu:

- a) nemám potřebu ho řešit
- b) neřeším, ale chtěla bych ho řešit
- c) nemám dostatek informací o relaxačních technikách
- d) neznám vhodnou metodu, která by mi pomohla
- jiné:

5. Chtěla bych více informací o možnostech řešení stresu:

- a) ano
- b) ne

6. Mám zájem o podrobnější informace týkající se:

- a) jóga
- b) autogenní trénink
- c) aromaterapie
- d) Jacobsonova metoda – postupná relaxace
- jiné:

7. Více informací bych chtěla získat formou:

- a) semináře
- b) doporučené literatury
- c) kurz s praktickým vyzkoušením
- jiné:

8. Pracuji jako všeobecná sestra:

- a) v domově pro seniory – Karolinka – Podlesí – Rožnov p.R.
- b) v nemocnici – Nový Jičín – Valašské Meziříčí – Vsetín

Děkuji za Váš čas, ochotu a spolupráci při vyplnění dotazníku.

### JEDINCI RŮZNĚ SILNÍ, SE STEJNOU ZÁTĚŽÍ



**SILNÝ**                      **PRŮMĚRNÝ**                      **SLABÝ**

*Pokud chceme předcházet stresu nebo jej zvládat, je nutné posilovat organismus po stránce fyzické i duševní tak, aby obstál v nečekaných životních okolnostech.*

### TENTÝŽ ČLOVĚK, S RŮZNOU ZÁTĚŽÍ

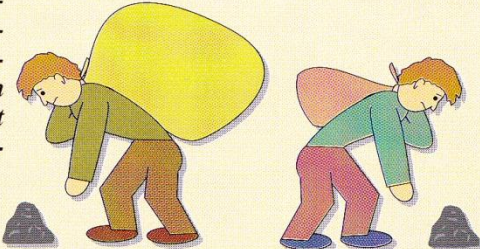


**TĚŽKÁ**                      **PRŮMĚRNÁ**                      **LEHKÁ**

*Jiným způsobem, jak můžeme ovládnout stres, je zredukovat množství našich osobních problémů tak, aby nepřesáhly naši odolnost.*

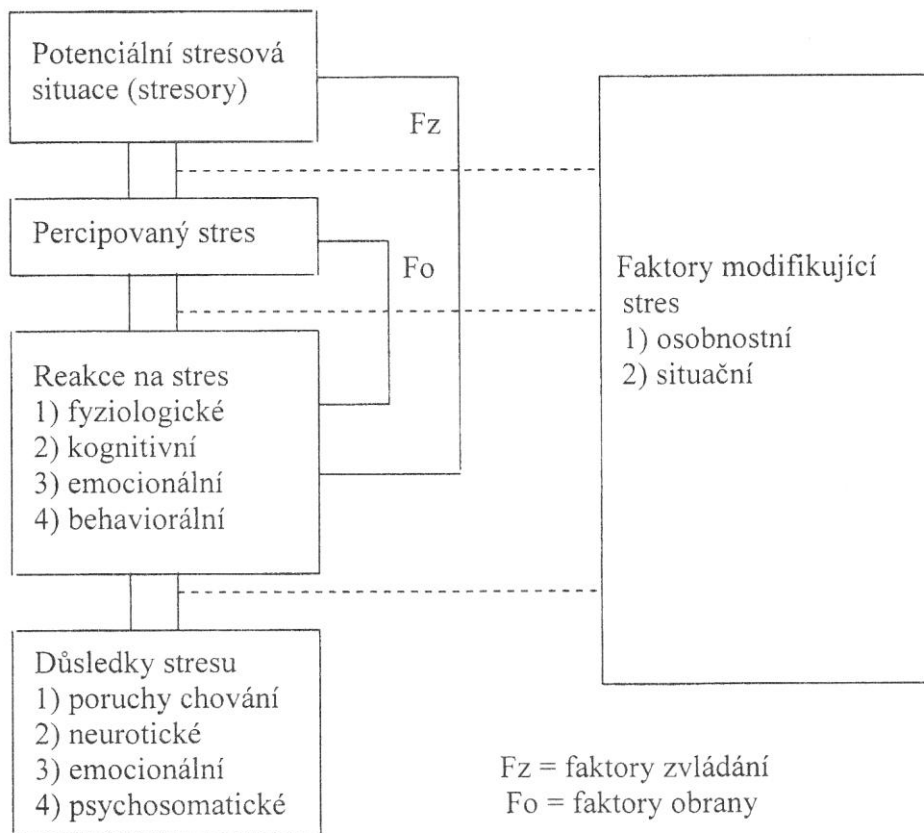
### PŘEKONÁVÁNÍ VNĚJŠÍCH PŘEKÁŽEK

*Pokud naše problémy a vnitřní rozpory představují pro nás nadměrnou zátěž, pak i sebemenší překážka nám může způsobit úzkost a depresi, které jen těžko odoláváme.*



*Pokud nám naše citová labilita nedovoluje překonat ani ten nejmenší vnitřní konflikt, pak se může stát, že v docela běžných životních situacích selžeme a dostaneme se nejspíš do stavu hlubokého zoufalství a beznaděje.*

## Příloha C – Systémové pojetí stresu



Zdroj: Mlčák, 2005, s. 27

## REDAKČNÍ ČLÁNEK

### PSYCHOLOGICKÉ FAKTORY V PREMORBIDNÍM OBDOBÍ ONKOLOGICKY NEMOCNÝCH

J. KŘIVOHlavý

Katedra posudkového lékařství (vedoucí MUDr. J. Jeřábek, CSc.) Institutu pro další vzdělávání lékařů a farmaceutů, Praha, ředitel prof. MUDr. P. Macůch

#### Souhrn

V posledních desetiletích bylo publikováno mimořádně množství prací soustavně studujících to, co se událo v psychice onkologických pacientů před objevením neoplastického onemocnění. Článek podává přehled těchto retrospektivních a prospektivních studií a jejich kritické zhodnocení. Uvádí i model působení psychických faktorů při zrodu a rozvoji onkologického onemocnění, který umožňuje zobecnění vztahů mezi psychikou a onkologickým onemocněním.

#### Выводы

Крживоголави И.: Психологические факторы в предболезненном периоде у онкологических больных

V poslední desetiletia bylo опубликовано чрезвычайно большое количество работ, в которых систематически изучалось происходящее в психике онкологических больных перед появлением неопластического заболевания. В статье приведен обзор этих ретроспективных и проспективных исследований и дана их критическая оценка. Представлена модель воздействия психических факторов при возникновении и развитии онкологического заболевания, позволяющая обобщить взаимоотношения между психикой и онкологическим заболеванием.

Čas. Lék. Čes., 125, 1986, No. 3, s. 65–68.

Ко

#### Summary

Křivohlavý J.: Psychological Factors in the Premorbid Stage of Oncological Patients

In recent decades a large number of papers was published devoted to the systematic investigation of the psychic make up of oncological patients before the diagnosis of the neoplastic disease. The paper summarizes these retrospective and prospective studies and evaluates them critically. It presents also a model of the action of psychic factors in the genesis and development of oncological disease which makes it possible to genera-

tize relations between psychic aspects and oncological disease.

Čas. Lék. Čes., 125, 1986, No. 3, p. 65–68.

#### Resumé

Křivohlavý J.: Les facteurs psychologiques à l'état prémorbide des malades oncologiques

Au cours des dernières dizaines d'années est apparu un nombre extraordinaire de publications analysant constamment l'évolution psychique des malades oncologiques avant le diagnostic de la maladie néoplastique. L'auteur offre un aperçu de ces études retrospectives et prospectives et leur évaluation type des facteurs psychiques à l'origine et pendant l'évolution de la maladie oncologique, qui permet une généralisation des rapports entre le psychisme et la maladie oncologique.

Čas. Lék. Čes., 125, 1986, No. 3, p. 65–68.

Práce, zabývající se psychologickými aspekty onkologie (7, 13, 15, 18, 20, 22), je možno rozdělit do tří tematických skupin:

I. Psychika onkologicky nemocných v premorbidním období. — II. Specifické charakteristiky onkologicky nemocných, u nichž neoplastické onemocnění bylo již prokázáno a kteří se léčí na onkologických odděleních. — III. Psychoterapie a psychická rehabilitace onkologicky nemocných.

V tomto článku pojednáváme jen o prvním z těchto témat.

Pozornost věnovaná tomu, co se děje v psychice pacientů před objevením prvních symptomů určité nemoci, není v medicíně novým aspektem. Poté, co se zjistil vztah psychických zážitků a prožitků ke změnám hormonálních funkcí (21, 25), k neuroche-

mickým dějům v lidském organismu (21), k imunologické činnosti (21) a vliv psychiky na vznik celé řady tzv. psychosomatických onemocnění, není divu, že se stále soustavněji studují vztahy mezi psychickým stavem pacientů a jejich onkologickým onemocněním.

Míra pozornosti, kterou lékaři věnovali roli psychických faktorů při vzniku a průběhu onkologických onemocnění, se v průběhu staletí podstatně měnila. Po řadu staletí byla pozorování psychiky těchto pacientů považována za organickou součást lékařovy observace. V literatuře se to projevuje řadou postřehů o vztazích mezi psychikou a vznikem, případně rozvojem, karcinomů. Soustavný přehled těchto postřehů v historii onkologie podává např. Fox (7). Při přesunu pozornosti onkologů výrazně, a až skoro výlučně, jen na biologické a fyziologické jevy, v posledním století se však senzitivita k psychickým faktorům podstatně snížila. V posledních desetiletích je pak možno opět sledovat oživení zájmu o tyto vztahy. Svědčí o tom např. založení Evropské studijní skupiny pro studium psychosomatických aspektů rakoviny (EUPSYCA) v roce 1960 a její kongresy (1960 v Amsterdamu, 1961 v Paříži, 1963 v Cambridge, 1965 v Turínu atd. až v roce 1981 v Brixenu-Bressanone v Itálii a další v Kyjevě v SSSR). Svědčí o tom i obdobná aktivita v USA (viz např. kongres s tematikou „Psychofyziologické aspekty rakoviny“ pořádaný v roce 1965 newyorskou akademií nauk atp.). Svědčí o tom i založení časopisu „Psychooncologia“ atp.

Citlivost lékařů k psychickým faktorům v premorbidním období onkologicky nemocných je možno demonstrovat třemi ukázkami:

T. H. Nunn (16) v knize nazvané „Rakovina prsu“ konstatuje, že emocionální faktory ovlivňují objevení a růst nádoru. Uvádí řadu kasuistik, kde mu byl např. nápadný vztah mezi úmrtím manžela jeho pacientky, výskytem výrazného psychického šoku po této události a krátce na to prudký růst nádoru.

W. H. Walse (24) v knize „Podstata a terapie rakoviny“ píše doslova: „Moc se toho napsalo o vlivu duševních strastí, náhlých životních zvratů a poměrně trvalých trudomyslných nálad jako predispozic onkologických onemocnění. Můžeme-li věřit autorům, kteří se touto otázkou soustavně zabývali, pak musíme počítat s tím, že tyto psychické jevy jsou důležitým faktorem při vzniku a růstu nádorů... Často se setkáváme s fakty, které nás zřetelně přesvědčují o tom, že psychické vlivy mají důležitý podíl na zrodu těchto nemocí. Sami to můžeme pozorovat. Já sám jsem se setkal s takovou řadou případů, u nichž byl tento vztah tak zřetelný, že nevěřit tomu by znamenalo činit násilí vlastnímu rozumu.“

J. Paget (17) v knize „Chirurgická patologie“ jde dále a pokouší přesněji určit, o které psychické faktory jde. Identifikuje pak depresi jako primárně závažný faktor spolupůsobící při vzniku rakoviny. Píše: „Není možné pochybovat o tom, že duševní deprese je velice důležitým faktorem, který působí spolu s dalšími faktory při vzniku a rozvoji nádorových onemocnění. Případy, kdy můžeme pozorovat růst nádoru a prudké jeho zvětšování po tom, co

pacient upadl do hluboké úzkosti, kdy jeho naděje zklamaly a kdy se objevil stav celkového psychického rozladění a bazálního životního neuspokojení, jsou tak časté, že to vylučuje jakoukoliv pochybnost.“

Systematické studie, zaměřené na zjišťování vlivu různých psychických faktorů na vznik rakoviny je možno rozdělit na dvě skupiny: A. Retrospektivní studie a B. Prospektivní studie. První skupina je podstatně bohatší. Má též výraznou a mimořádně významnou práci hned na svém počátku.

#### A. Retrospektivní studie

V roce 1926 vydala švýcarská psycholožka E. Evansová knihu „Psychologické studie karcinomu“. Předmluvu k ní napsal její slavný učitel prof. C. G. Jung, který tuto práci stimuloval. Kniha obsahuje shrnutí poznatků z rozboru kasuistik 100 pacientů s onkologickou diagnózou. Autorka se pokouší nejen pečlivě zaznamenat vše, co by mohlo mít vztah k objevení neoplastického onemocnění, ale i shrnout základní poznatky v obecnější model. Ten ukazuje onkologického pacienta jako člověka, který v premorbidní době investoval veškerou svou psychickou energii do určitého interpersonálního vztahu — např. k rodině, manželce atp., nebo do vztahu k určité činnosti — např. k práci. S tímto vztahem se ztotožnil. Tato identifikace mu zabrala tolik energie, že daný člověk relativně opomíjel další rozvíjení své individuality. Při tom zaostalo zrání jeho osobnosti. Stačilo mu, že byl na někoho nebo na něco cele navázán. Když se tento pro něho tak důležitý vztah z přerůzných důvodů zhroutil, když např. musel přerušit práci, kterou si zamiloval nebo když zemřela osoba, kterou měl rád, pak nenašel dostatek sil ke zvládnutí těžké situace. Často neměl dostatek vhodných adaptačních schopností ke zvládnutí těžké životní situace a řešil ji tím, že se vzdal. Po čase se u něho objevilo onkologické onemocnění.

Řadou dalších studií byl tento závěr E. Evansové potvrzen. Uvedme jako příklad některé z nich: W. A. Greene (8) po 15 let soustavně sledoval pacienty s diagnózou leukémie a lymfomu. Zjistil, že ztráta životně důležitého vztahu byla pro tyto pacienty závažným faktorem v premorbidním stadiu nemoci. Pro muže i pro ženy to bylo úmrtí matky, což bylo nejčastěji v anamnéze uváděno. Pro muže to byla smrt manželky, pro ženy smrt dítěte, změna domova a menopauza. Těžkým faktorem byla též ztráta zaměstnání a hrozba násilného přefazení do důchodu.

A. H. Schmale a H. Iker (19) shrnuli výsledky svých dlouhodobých pozorování a sestrojili zvláštní test, kterým se měří jev „vzdání se boje“. Tak označují situaci člověka v psychickém šoku, kdy pocít beznaděje, frustrace a marnosti dosahuje vrcholu. Tento test administrovali např. pacientkám, u nichž bylo možno očekávat určitou predispozici ke karcinomu cervixu. Zjistili, že v 73,6 % případů, kdy byly v tomto testu zjištěny vyšší hodnoty, skutečně později došlo ke klinickému potvrzení neoplastického onemocnění. Tím byla potvrzena jejich domněnka, že pocít beznaděje a představa vlastní neschopnosti uspokojivě vyřešit mi-

mimořádně těžkou osobní situací jsou důležitými faktory při vzniku karcinomu. E. M. Blumberg, P. M. West a F. W. Ellis (5) porovnávali charakteristiky onkologických pacientů s kontrolní skupinou. Onkologičtí pacienti se projeví jako výrazně defenzivnější, podstatně více se snažili o to, aby byli společensky co nejlépe hodnoceni, neuměli se však dosti dobře bránit tísnivým stavům úzkosti. Silná deprese se u nich projevovala ve chvílích osamění. Pozoruhodná byla síla jejich vůle, kterou tlumili jakékoliv projevy silnějších emocí. Jejich emocionální projevy v sociální situaci byly však poměrně velice chudé. Těžké vnitřní zážitky nedovedli dost dobře odreagovávat (akumulovali je v sobě).

D. M. Kissen (12) porovnával dvě skupiny těžkých kuřáků. U první se později vyvinul karcinom plic, u druhé ne. Srovnávací studie ukázala, že v první skupině byly zjištěny relativně primitivní a neúčinné způsoby uvolňování prožívaného napětí.

Model, který postavila E. Evansová (6), se pokusili někteří autoři doplnit. L. Le Shann (14) na základě rozboru anamnézy více jak 500 pacientů s onkologickým onemocněním naznačil čtyřstupňový model vztahu mezi psychologickými faktory a onkologickým onemocněním.

1. V raném mládí pacienta se častokrát zjišťuje, že jeho nejintimnější emocionální vztahy v primární skupině byly jen obtížně realizovány. Častokrát byla zjištěna sociální deprivace dítěte, jeho zanedbávání rodiči, a z toho pramenící negativní emocionální stavy dítěte.

2. V adolescenci pacienta bylo častokrát pozorováno navázání velice intenzivního vztahu k blízké osobě nebo zaujetí určitou činností. Tento vztah se danému pacientovi stal smyslem jeho života a středem všeho dění. Bylo do něho investováno nepředstavitelné množství psychologické energie.

3. Tento silný a emocionálně mimořádně důležitý vztah pacienta se z přerůzných příčin zhroutil — např. úmrtím milované osoby, odchodem z místa bydliště (z domova), propuštěním z práce, odchodem do důchodu, rozvodem atp. V důsledku této události došlo pak u pacienta k hlubokému emocionálnímu šoku a zvratu. Důsledkem byl stav hlubokého zoufalství. U řady pacientů se zdálo, že se znovu propadávají do negativních emocionálních stavů, v nichž již jednou byli v raném mládí.

4. Zoufalství se v pacientovi uzavřelo a pacient se uzavřel v něm proti světu. Tito pacienti nebyli schopni dát druhým lidem najevo, co se v nich děje. Nikomu nedali možnost nahlédnout do svého nitra. Nikomu se neotevřeli (nevyzpovídali). S nikým nebyli schopni komunikovat o tom, co se v nich děje. Nikdo s nimi nenavázal empatický kontakt. Lidé kolem nich je viděli jako lidi obdivuhodně dobře se vypořádávající s poměrně velice těžkou životní situací. V jádru osobnosti těchto lidí byla však častokrát diagnostikována deprese z neschopnosti pacienta zvládnout danou těžkou situaci vlastními silami, nedostatek sebedůvěry pacienta a hluboká beznaděj. L. Le Shann (14) o tom sám říká: „Zhroutení životně důležitého vztahu brali tito pacienti jako příchod pohromy. Neblahou událost viděli jako katastrofu svého celoživotního úsilí. Viděli v ní příchod zhouby, které se po celý život báli. Fungovali

sice dále, ale jejich život ztratil barvu, štávu a říz. Ztratili smysl života. Neměli proč dál žít. Ztratili osobní spojení se skutečným životem. Lidem kolem nich se zdálo, že obtížnou situaci docela dobře zvládají, ale to byl jen falešný dojem, který se však pacienti snažili druhým lidem předestřít. Ve skutečnosti byl jejich stoický klid jen zdánlivým klidem. V hloubi jejich duše bylo ukryto zoufalství a oni nečekali na nic jiného, nežli na smrt. Ta se jim zdála jediným východiskem z jinak bezvýchodné situace. Psychicky byli na její příchod připraveni. V odstupu určitého času, tj. doby šesti měsíců až dvou let, se u těchto lidí objevil nádor a častokrát jejich odchod vše vyřešil.“

Podobně Simonton, Simonton-Matthews a Creighton (18) doplňují model E. Evansové (6) a jeho úpravu Le Shannem (14). Potvrzují negativní vliv shluku nepříznivých životních podmínek, které zneumožňují člověku realizaci pro něho životně důležitých představ, dávajících jemu smysl života. Podtrhují však zároveň neschopnost pacienta změnit „pravidla životní hry“ a z toho vyplývající propadnutí pacienta do hluboké beznaděje a bezvýchodnosti situace. Zároveň ukazují jak postoj pacienta se stává stále strnulějším, jak ten je stále neústupnějším a jak se tak dostává do sociální izolace a nakonec i do izolace od života. Bahnsónovi (2) svými studiemi potvrdili sníženou schopnost onkologických pacientů v pre-morbidním období adekvátně vybit energetické napětí. Kissen (12) potvrdil sníženou schopnost sociálního sdělování emocí. Sklar a Anisman (20) zdůraznili vedle objektivně zjistitelných faktů typu těžkých životních katastrof další důležitý moment, a to neschopnost vyrovnat se s nastalou situací (coping inability). Svůj zasvěcený přehled vlivu stressorů na zrod a růst onkologických jevů uzavírají konstatováním: „Retrospektivní výzkum, jak se zdá, naznačil vztah mezi psychologickými proměnnými a neoplastickými nemocemi. Tyto studie zdůrazňují zvláště, že stres a ještě výslovněji neschopnost osobně se vyrovnat se stresově působícími vlivy, může mít určitý vliv na vznik a růst karcinomu.“

*Kritika retrospektivních studií.* Při zhodnocování výše uvedených prací upozorňují někteří autoři, že je třeba brát v úvahu i vliv některých okolností, které zeslabují jejich jednoznačnou průkaznost. Uvádí se např., že pacienti na onkologických odděleních jsou celkově senzitivnější ke všemu, a tak tedy není divu, že citlivěji prožívají i události, které se u nich staly před objevením tohoto onemocnění. Zároveň se připomíná, že je třeba počítat s tím, že onkologické onemocnění v určitých případech, např. při metastázách do mozku, má přímý vliv na psychologický stav pacientů. O to větší je proto význam prospektivních studií, kterým není možno toto vytýkat.

#### B. Prospektivní studie

Prospektivní studie ukázaly, že zřejmě existuje určitý vztah mezi psychologickými faktory a vznikem neoplastického onemocnění. Přehled těchto studií v knižní formě podává Bammer a Newberry (4). Ukazuje se, že v základních rysech je podstatná shoda těchto retrospektivních studií s tím, co bylo

zjištěno prospektivními studii (20). Na některé závěry však přece jen chceme upozornit výslovněji.

Prospektivními studii byla zjištěna vyšší prediktivní hodnota tzv. „snížené osobnostní stability“ (10). Je možno se domnívat, že tato snížená osobnostní stabilita se projevuje i v další charakteristice, která má též vyšší prediktivní hodnotu, tj. ve schopnosti přiměřeně, adekvátně reagovat v situaci emocionálního vzrušení. Na jednání ve zlosti to prokázali Greer a Marris (9). Podobně byla prokázána prediktivní hodnota těžších forem nespavosti [Harrower, Thomas a Altman, (11)]. Některé psychodiagnostické metody se ukázaly jako nosné při predikci karcinomů. Platí to především o projekktivní metodě DPT (Draw a Picture Test), tj. rozboru kresby lidské postavy. Platí to i o škále sociální distance a intimity pacienta v jeho primární sociální skupině (např. v rodině). Metodou DPT to prokázali Harrower, Thomas a Altman (11). Obdobné výsledky přinesly i práce Thomase (23).

*Kritika prospektivních studií.* Při vyhodnocování prospektivních studií se zdůrazňuje, že je třeba určité opatrnosti při usuzování na kauzální vztah mezi vlivem psychologických faktorů a objevením karcinomu. Je třeba brát v úvahu, že obojí může být ovlivněno třetím, společným faktorem — např. vřvy, hormonálními vlivy, chemickými látkami atp. (7, 20). Odpovědi na tyto výtky jsou experimentální studie o vlivu psychologických proměnných (například sociálního stresu) na vznik rakoviny. Jejich přehled přináší sborník, redigovaný Bammerem a Newberryem (4). Zsvěcený přehled těchto studií, prováděných v SSSR přináší např. souborný referát pracovníků kyjevského onkologického ústavu Balitskyho a Vinnitskyho (3). Tyto experimentální prospektivní studie jsou dnes prováděny v rozsáhlé míře na zvířatech. Chceme o nich souborně referovat na jiném místě.

#### Z á v ě r

Představa o existenci určitého vztahu mezi psychologickými faktory a vznikem neoplastického onemocnění, případně i určitými charakteristickými jevy jeho dalšího průběhu, byla v posledních letech podepřena řadou empirických retrospektivních i prospektivních studií na lidech s onkologickým onemocněním. Byl vypracován i model zobecňující nejzávažnější zjištěné faktory. Těmito studii se autoři mimo jiné snaží podepřít opodstatnění koncepce využití psychologických metod v psychiatrii a psychologické rehabilitaci onkologických pacientů.

#### L iteratura

1. Amkraut, A., Solomon, G. F.: Stress and urine sarcoma virus (maloney) — induced tumor. *Cancer Res.*

32, 1972, s. 1428—1433. — 2. Bahnson, C. B., Bahnson, M. B.: Denial and repression of primitive impulses and of disturbing emotions in patients with malignant neoplasms. In: D. M. Kissen a L. Le Shann (Eds.) *Psychosomatic aspects of neoplastic disease*. London, Pitman 1964. — 3. Balitsky, K. P., Vinnitsky, V. B.: The central nervous system and cancer. In: Bammer K. a Newberry B. H. (Eds.) *Stress and Cancer*. Toronto, Hogrefe C. J., 1981, s. 1—42. — 4. Bammer, K., Newberry B. H. (Eds.): *Stress and Cancer*. Toronto, Hogrefe 1981. — 5. Blumberg, E. M., West, P. M., Ellis, F. W.: A possible relationship between psychological factors in human cancer. *Psychosom. Med.*, 16, 1954, s. 227—286. — 6. Evans, E.: A psychological study of cancer. New York, Dodd, Mead and C. 1926. — 7. Fox, B. H.: Psychological epidemiology of cancer. In: J. W. Cullen, B. H. Fox a B. N. Ison (Eds.). *Cancer: The behavior of dimensions*, New York, Raven Press 1976 a Premorbid psychological factors as related to cancer incidence. *J. Behav. Med.*, 1, 1978, s. 45 až 133. — 8. Greene, W. A.: The psychological setting of the development of leukemia and lymphoma. *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, 125, 1966, s. 794—801. — 9. Greer, S., Morris, T.: Psychological attributes of women who develop breast cancer: a controlled study. *J. Psychosom. Res.*, 19, 1975, s. 147—153. — 10. Hagnell, O.: The premorbid personality of persons who develop cancer in a total population investigated in 1947 and 1957. *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, 125, 1966, s. 846—855. — 11. Harrower, M., Thomas, C. B., Altman, A.: Human figure drawings in a prospective study of six disorders. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 161, 1975, s. 191 až 199. — 12. Kissen, D. M.: Psychological factors, personality and prevention of lung cancer. *Med. Off.*, 116, 1966, s. 135—138. — 13. La Barba, C. R.: Experimental and environmental factors in cancer: a review of research with animals. *Psychosom. Med.*, 32, 1970, s. 259—276. — 14. Le Shann, L. L.: An emotional life — history pattern associated with neoplastic disease. *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, 125, 1966, s. 780—793. — 15. Meerwein, F. (Ed.): *Einführung in die Psycho-Onkologie*. Bern, Hans Huber 1981. — 16. Nunn, T. H.: *Cancer of the Breast*. London, Churchill 1948. — 17. Paget, J.: *Surgical Pathology*. London, Longmans' Green 1970. — 18. Simonton, C. O., Simonton-Matthews, S., Creighton, J. S.: *Getting Well Again*. Bantam Books 1978. — 19. Schmale, A. H., Jr., and Iker, H. P.: The psychological setting of uterine cervical cancer. *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, 125, 1966, s. 807—813. — 20. Sklar, L. S., Anisman, H.: Contribution of stress and coping to cancer development and growth. In: Bammer a Newberry B. H.: *Stress and Cancer*. Toronto, Hogrefe 1981, s. 98—136. — 21. Stone, E. A.: Stress and catecholamines. In: A. J. Friedhoff (Ed.): *Catecholamines and Behavior*, Vol. 2, New York, Plenum Press, 1975. — 22. Tausch, A. M.: *Gespräche gegen die Angst*. Reinbeck, Rowohlt 1981. — 23. Thomas, C. B.: Precursors of premature disease and death: the predictive potential of habits and family attitudes. *Ann. intern. Med.*, 85, 1976, s. 653—658. — 24. Walse, W. A.: *Nature and Treatment of Cancer*. London, Taylor and Walton, 1846. — 25. Yuwiler, A.: Stress, anxiety and endocrine functions. In: G. E. Grenell a S. Gabay (Eds.). *Biol. Found. Psychiat.*, Vol. 2., New York, Raven Press 1976.

Adresa: J. K., 100 05 Praha 10, Ruská 85

Četné jsou katedry, ale málo je moudrých a ušlechtilých učitelů. Četné a velké jsou posluchárny, ale málo mladých lidí, kteří upřímně žijí po pravdě a spravedlnosti.  
Albert Einstein



## 55

## VYHLÁŠKA

ze dne 1. března 2011

## o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

Ministerstvo zdravotnictví stanoví podle § 90 odst. 2 písm. e) zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění zákona č. 125/2005 Sb.:

**ČÁST PRVNÍ**  
**OBECNÁ USTANOVENÍ**

## § 1

## Předmět úpravy

Tato vyhláška stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

## § 2

## Vymezení pojmů

Pro účely této vyhlášky se rozumí

- a) ošetrovatelskou péčí soubor odborných činností zaměřených na udržení, podporu a navrácení zdraví a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb změněných nebo vzniklých v souvislosti s poruchou zdravotního stavu jednotlivců nebo skupin nebo v souvislosti s těhotenstvím a porodem, rozvoj, zachování nebo navrácení soběstačnosti; její součástí je také péče o nevléčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné smrti,
- b) základní ošetrovatelskou péčí ošetrovatelská péče podle písmene a) poskytovaná pacientům, kterým jejich zdravotní stav nebo léčebný a diagnostický postup umožňuje běžné aktivity denního života, jejichž riziko ohrožení základních životních funkcí, zejména dýchání, krevního oběhu, vědomí a vylučování, je minimální, a kteří jsou bez patologických změn psychického stavu, pokud není dále uvedeno jinak,
- c) specializovanou ošetrovatelskou péčí ošetrovatelská péče podle písmene a) poskytovaná pacientům, kterým jejich zdravotní stav nebo léčebný a diagnostický postup výrazně omezuje běžné aktivity denního života, jejichž riziko narušení základních životních funkcí nebo jejich selhání je reálné, nebo kteří mají patologické změny psychického stavu, jež nevyžadují stálý dozor nebo použití omezujících prostředků z důvodu ohrožení života nebo zdraví pacienta nebo jeho okolí; za specializovanou ošetrovatelskou péči se považuje také péče poskytovaná pacientům se závažnými poruchami imunity a pacientům v terminálním (konečném) stavu chronického onemocnění, kde se nepředpokládá resuscitace,
- d) vysoce specializovanou ošetrovatelskou péčí ošetrovatelská péče podle písmene a) poskytovaná pacientům, u kterých dochází k selhání základních životních funkcí nebo bezprostředně toto selhání hrozí nebo kteří mají patologické změny psychického stavu, jež vyžadují stálý dozor nebo použití omezujících prostředků z důvodu ohrožení života nebo zdraví pacienta nebo jeho okolí, specifickou ošetrovatelskou péčí péče podle písmene a) poskytovaná pacientům ve vymezeném úseku zdravotní péče (například ošetrovatelská péče poskytovaná při radiologických výkonech nebo při zabezpečování nutričních potřeb pacientů v oblasti preventivní a léčebné výživy),
- e) indikací pověření k výkonu činnosti na základě pokynu, ordinace, objednávky nebo lékařského předpisu,
- f) ošetrovatelským procesem zhodnocení stavu individuálních potřeb pacienta nebo skupiny osob a stanovení ošetrovatelských problémů, plánování a realizace ošetrovatelské péče, vyhodnocování účinnosti ošetrovatelské péče a zaznamenávání do zdravotnické dokumentace,
- g) specializovaným postupem postup, metoda nebo výkon při poskytování zdravotní péče, které jsou náročné z hlediska zvýšeného rizika pro pacienta nebo z hlediska technologické náročnosti provedení nebo jsou používány při zdravotní péči poskytované pacientům uvedeným v písmenu d)

- a kde je nutná zvláštní příprava zdravotnického pracovníka prostřednictvím celoživotního vzdělávání<sup>1)</sup>, včetně dlouhodobé přípravy podle dřívějších právních předpisů,
- h) standardem písemně zpracovaný postup při poskytování zdravotní péče nebo související s poskytováním zdravotní péče, který odpovídá současným dostupným poznatkům vědy, zveřejněný ve věstníku Ministerstva zdravotnictví, případně v publikačním prostředí jiného ústředního správního úřadu,
- i) správnou laboratorní praxí postup v laboratoři, který odpovídá právním předpisům, normám ČSN, případně normám CEN a ISO nebo standardům upravujícím činnosti zajišťované laboratorně ve zdravotnických zařízeních, včetně dodržování programu zabezpečování kvality; toto vymezení správné laboratorní praxe se nevztahuje na správnou laboratorní praxi v oblasti léčiv, která je upravena jiným právním předpisem<sup>2)</sup>,
- j) zdravotnickým přístrojem přístroj, který je zdravotnickým prostředkem podle jiného právního předpisu<sup>3)</sup>,
- k) klinickou odpovědností za lékařské ozáření<sup>4)</sup> odpovědnost za jednotlivé lékařské ozáření, kterou nese aplikující odborník, zahrnující zejména odpovědnost za odůvodnění lékařského ozáření, jeho optimalizaci a klinické hodnocení, praktickou spolupráci s jinými zdravotnickými pracovníky, popřípadě jinými odbornými pracovníky včetně získávání informací o předchozím vyšetření, poskytování radiologických informací nebo záznamů jiným aplikujícím nebo indikujícím odborníkům na jejich žádost, popřípadě za poskytování informací o riziku ionizujícího záření pacientům a jiným dotčeným osobám,
- l) praktickou částí lékařského ozáření konkrétní provedení lékařského ozáření a všechny podporné činnosti s tím související, včetně manipulace a používání radiologického vybavení, hodnocení technických a fyzikálních parametrů, včetně dávek záření, kalibrace, údržby vybavení, přípravy a podávání radiofarmak a vyvolávání filmů,
- m) aplikujícím odborníkem pro lékařské ozáření (dále jen „aplikující odborník“) lékař, zubní lékař nebo jiný zdravotnický pracovník, který je způsobilý podle této vyhlášky nebo podle jiného právního předpisu<sup>5)</sup> převzít klinickou odpovědnost za lékařské ozáření,
- n) zabezpečováním jakosti všechna plánovaná a systematická opatření nezbytná pro poskytnutí odpovídajících záruk za uspokojivé fungování zařízení, systémů, komponentů nebo postupů v souladu se schválenými standardy,
- o) určenou osobou zákonný zástupce pacienta nebo jiná osoba, kterou pacient nebo jeho zákonný zástupce určí.

## ČÁST DRUHÁ

### ČINNOSTI ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ PO ZÍSKÁNÍ ODBORNÉ ZPŮSOBILOSTI

#### § 3

#### Činnosti zdravotnického pracovníka s odbornou způsobilostí

(1) Zdravotnický pracovník uvedený v § 4 až 29 bez odborného dohledu a bez indikace v rozsahu své odborné způsobilosti

- a) poskytuje zdravotní péči v souladu s právními předpisy a standardy,
- b) dbá na dodržování hygienicko-epidemiologického

<sup>1)</sup> § 54 odst. 1 písm. a), b) a d) zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění zákona č. 189/2008 Sb.

<sup>2)</sup> Vyhláška č. 86/2008 Sb., o stanovení zásad správné laboratorní praxe v oblasti léčiv.

<sup>3)</sup> § 2 zákona č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č. 130/2003 Sb. a zákona č. 196/2010 Sb.

<sup>4)</sup> § 2 písm. x) bod 2 zákona č. 18/1997 Sb., o mírovém využívání jaderné energie a ionizujícího záření (atomový zákon) a o změně a doplnění některých zákonů, ve znění zákona č. 13/2002 Sb.

<sup>5)</sup> Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů.

režimu v souladu s právními předpisy upravujícími ochranu veřejného zdraví<sup>6)</sup>,

- c) vede zdravotnickou dokumentaci a další dokumentaci vyplývající z jiných právních předpisů<sup>7)</sup>, pracuje s informačním systémem zdravotnického zařízení,
- d) poskytuje pacientovi informace v souladu se svou odbornou způsobilostí, případně pokyny lékaře,
- e) podílí se na praktickém vyučování ve studijních oborech k získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání uskutečňovaných středními školami a vyššími odbornými školami, v akreditovaných zdravotnických studijních programech k získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání uskutečňovaných vysokými školami v České republice a ve vzdělávacích programech akreditovaných kvalifikačních kurzů,
- f) podílí se na přípravě standardů.

(2) Zdravotnický pracovník uvedený v § 30 až 43 po získání odborné způsobilosti<sup>8)</sup> pod odborným dohledem zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu povolání bez odborného dohledu v rozsahu své odborné způsobilosti

- a) poskytuje zdravotní péči v souladu s právními předpisy a standardy,
- b) pracuje se zdravotnickou dokumentací a s informačním systémem zdravotnického zařízení.

(3) Pokud zdravotnický pracovník vykonává činnosti zvláště důležité z hlediska radiační ochrany, musí splňovat zvláštní požadavky stanovené jiným právním předpisem<sup>9)</sup>.

(4) Zdravotnický pracovník, který vykonává činnosti pod odborným dohledem zdravotnického pracovníka se specializovanou způsobilostí, může také vykonávat z těchto činností úzce vymezené činnosti pod odborným dohledem zdravotnického pracovníka, který je v rozsahu své zvláštní odborné způsobilosti k výkonu takových úzce vymezených činností způsobilý.

## § 4

### Všeobecná sestra

(1) Všeobecná sestra vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem poskytuje, případně zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Přitom zejména může

- a) vyhodnocovat potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů, projevů jejich onemocnění, rizikových faktorů, a to i za použití měřicích technik používaných v ošetrovatelské praxi (například testů soběstačnosti, rizika proleženin, měření intenzity bolesti, stavu výživy),
- b) sledovat a orientačně hodnotit fyziologické funkce pacientů, to je dech, puls, elektrokardiogram, tělesnou teplotu, krevní tlak a další tělesné parametry,
- c) pozorovat, hodnotit a zaznamenávat stav pacienta,
- d) zajišťovat herní aktivity dětí,
- e) zajišťovat a provádět vyšetření biologického materiálu získaného neinvazivní cestou a kapilární krve semikvantitativními metodami (diagnostickými proužky),
- f) provádět odsávání sekretů z horních cest dýchacích a zajišťovat jejich průchodnost,
- g) hodnotit a ošetřovat poruchy celistvosti kůže a chronické rány a ošetřovat stomie, centrální a periferní žilní vstupy,
- h) provádět ve spolupráci s fyzioterapeutem a ergoterapeutem rehabilitační ošetřování, to je zejména polohování, posazování, dechová cvičení a metody bazální stimulace s ohledem na prevenci a nápravu hybných a tonusových odchylek, včetně prevence dalších poruch z mobility,
- i) provádět nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti,
- j) edukovat pacienty, případně jiné osoby v ošetrova-

<sup>6)</sup> Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Vyhláška č. 195/2005 Sb., kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče.

<sup>7)</sup> Například zákon č. 18/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů, vyhláška č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon České národní rady o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, vyhláška č. 307/2002 Sb., o radiační ochraně, ve znění pozdějších předpisů.

<sup>8)</sup> § 29 až 42 zákona č. 96/2004 Sb., ve znění zákona č. 189/2008 Sb.

<sup>9)</sup> Zákon č. 18/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

- telských postupech a připravovat pro ně informační materiály,
- k) orientačně hodnotit sociální situaci pacienta, identifikovat potřebnost spolupráce sociálního nebo zdravotně-sociálního pracovníka a zprostředkovat pomoc v otázkách sociálních a sociálně-právních,
- l) zajišťovat činnosti spojené s přijetím, přemístováním a propuštěním pacientů,
- m) provádět psychickou podporu umírajících a jejich blízkých a po stanovení smrti lékařem zajišťovat péči o tělo zemřelého a činnosti spojené s úmrtím pacienta,
- n) přejímat, kontrolovat, ukládat léčivé přípravky, včetně návykových látek<sup>10)</sup>, (dále jen „léčivé přípravky“), manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dostatečnou zásobu,
- o) přejímat, kontrolovat a ukládat zdravotnické prostředky<sup>11)</sup> a prádlo, manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu.
- (2) Všeobecná sestra pod odborným dohledem všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí nebo porodní asistentky se specializovanou způsobilostí v oboru, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem může vykonávat činnosti podle odstavce 1 písm. b) až i) při poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče.
- (3) Všeobecná sestra může vykonávat bez odborného dohledu na základě indikace lékaře činnosti při poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péče. Přitom zejména připravuje pacienty k diagnostickým a léčebným postupům, na základě indikace lékaře je provádí nebo při nich asistuje, zajišťuje ošetrovatelskou péči při těchto výkonech a po nich; zejména může
- a) podávat léčivé přípravky<sup>10)</sup> s výjimkou nitrožilních injekcí nebo infuzí u novorozenců a dětí do 3 let a s výjimkou radiofarmak; pokud není dále uvedeno jinak,
- b) zavádět a udržovat kyslíkovou terapii,
- c) provádět screeningová a depistážní vyšetření, odbírat biologický materiál a orientačně hodnotit, zda jsou výsledky fyziologické,
- d) provádět ošetření akutních a operačních ran, včetně ošetření drénů,
- e) provádět katetrizaci močového měchýře žen a dívek nad 10 let, pečovat o močové katetry pacientů všech věkových kategorií, včetně výplachů močového měchýře,
- f) provádět výměnu a ošetření tracheostomické kanuly, zavádět nazogastrické sondy pacientům při vědomí starším 10 let, pečovat o ně a aplikovat výživu sondou, případně žaludečními nebo duodenálními stomiemi u pacientů všech věkových kategorií,
- g) provádět výplach žaludku u pacientů při vědomí starších 10 let.
- (4) Všeobecná sestra pod odborným dohledem lékaře může
- a) aplikovat nitrožilně krevní deriváty<sup>12)</sup>,
- b) asistovat při zahájení aplikace transfuzních přípravků<sup>13)</sup> a dále bez odborného dohledu na základě indikace lékaře ošetřovat pacienta v průběhu aplikace a ukončovat ji.

<sup>10)</sup> Zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

<sup>11)</sup> Zákon č. 123/2000 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

Nařízení vlády č. 336/2004 Sb., kterým se stanoví technické požadavky na zdravotnické prostředky a kterým se mění nařízení vlády č. 251/2003 Sb., kterým se mění některá nařízení vlády vydaná k provedení zákona č. 22/1997 Sb., o technických požadavcích na výrobky a o změně a doplnění některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Nařízení vlády č. 154/2004 Sb., kterým se stanoví technické požadavky na aktivní implantabilní zdravotnické prostředky a kterým se mění nařízení vlády č. 251/2003 Sb., kterým se mění některá nařízení vlády vydaná k provedení zákona č. 22/1997 Sb., o technických požadavcích na výrobky a o změně a doplnění některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, ve znění nařízení vlády č. 307/2009 Sb.

Nařízení vlády č. 453/2004 Sb., kterým se stanoví technické požadavky na diagnostické zdravotnické prostředky in vitro, ve znění nařízení vlády č. 246/2009 Sb.

<sup>12)</sup> § 2 odst. 2 písm. l) zákona č. 378/2007 Sb.

<sup>13)</sup> § 2 odst. 2 písm. n) zákona č. 378/2007 Sb., ve znění zákona č. 296/2008 Sb.

Příloha F – Seminář o alternativních technikách (aromaterapie, Jacobsonova metoda)

**Termín:** 9. 9. 2011

**Účastníci:** Seminář je určen pro všeobecné sestry (z nemocnic a domovů pro seniory)

**Počet účastníků:** 40 (účastníci budou pracovat ve 2 skupinách po 20 osobách)

**Místo konání:** Alternativní centrum Slunečnice Rožnov p. R.

**Téma:** Aromaterapie

**Cíl:** Získat informace o aromaterapii a umět využít tuto techniku v praxi

**Přednášející:** Karel Hádek

**Počet účastníků:** 20

**Obsah semináře:** Skupina A

7:45 – 8:00 hod.: Prezentace a rozdání brožurek o aromaterapii.

8:00 – 9:00 hod.: Dějiny aromaterapie, účinné láky.

9:00 – 9:15 hod.: Přestávka

9:15 – 10:15 hod.: Aromaterapie v praxi, působení éterických olejů na lidský organizmus, vlastnosti a působení jednotlivých preparátů.

10:15 – 10:30 hod.: Přestávka

10:30 – 11:45 hod.: Demonstrace komplexního ošetření těla, každá zúčastněná vyzkouší aroma různých olejů a jejich využití v praxi.

11:45 hod.: Ukončení 1. části semináře.

Skupina B

13:00 – 13:15 hod.: Prezentace a rozdání brožurek o aromaterapii.

13:15 – 14:15 hod.: Dějiny aromaterapie, účinné látky.

14:15 – 14:30 hod.: Přestávka

14:30 – 15:30 hod.: Aromaterapie v praxi, působení éterických olejů na lidský organizmus, vlastnosti a působení jednotlivých preparátů.

15:30 – 15:45 hod.: Přestávka

15:45 – 17:00 hod.: Demonstrace komplexního ošetření těla, každá účastnice si vyzkouší aroma různých olejů a

jejich využití v praxi.

17:00 hod.: Ukončení semináře o aromaterapii.

**Téma:** Jacobsonova metoda

**Cíl:** Získat informace o Jacobsonově metodě a osvojit si tuto techniku v praxi

**Přednášející:** Psycholog nebo psychoterapeut, který tuto metodu používá ve své praxi

**Počet účastníků:** 20

**Obsah semináře:** Skupina B

7:45 – 8:00 hod.: Prezentace

8:00 – 9:30 hod.: Co je Jacobsonova metoda, princip, účel  
a podmínky pro provedení metody.

9:30 – 10:00 hod.: Přestávka

10:00 – 11:45 hod.: Jacobsonova metoda v praxi.

11:45 hod.: Ukončení 1. části semináře.

Skupina A

13:00 – 13:15 hod.: Prezentace

13:15 – 14:45 hod.: Co je Jacobsonova metoda, princip, účel  
a podmínky pro provedení této metody.

14:45 – 15:15 hod.: Přestávka

15:15 – 17:00 hod.: Jacobsonova metoda v praxi.

17:00 hod.: Ukončení semináře o Jacobsonově metodě.

## Příloha G – Žádost o povolení průzkumu v jednotlivých zařízeních



Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.  
Dušková 7, 150 00 Praha 5

### ŽÁDOST O POVOLENÍ PRŮZKUMU

Příjmení Jméno	studijní skupina	obor
Dohnálková Dagmar, DiS.	3VSV	všeobecná sestra

#### Název bakalářské práce

Stres v profesi všeobecné sestry

Vážení,

žádám Vás o povolení k provedení průzkumného šetření dotazníkovou metodou u všeobecných sester v Domově pro seniory v Karolínce, výsledky budou podkladem pro mou bakalářskou práci. Dotazník je anonymní a výsledky nebudou zneužity.

Děkuji za spolupráci

Dagmar Dohnálková, DiS.  
5.května 1350, Rožnov p.R., 75661  
Tel.: 777692297

#### Potvrzení organizace:

S průzkumem: souhlasím      nesouhlasím

V Karolínce dne... 7. 2. 2011 .....

Podpis, razítko:

ROŽNOVSKÝ DOMOV PRO SENIORY  
Podpisy  
756 00 KAROLÍNKA



Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.  
Dušková 7, 150 00 Praha 5

## ŽÁDOST O POVOLENÍ PRŮZKUMU

Příjmení Jméno	studijní skupina	obor
Dohnálková Dagmar, DiS.	3VSV	všeobecná sestra

### Název bakalářské práce

Stres v profesi všeobecné sestry

Vážení,

žádám Vás o povolení k provedení průzkumného šetření dotazníkovou metodou u všeobecných sester na interním oddělení nemocnice ve Vsetíně, výsledky budou podkladem pro mou bakalářskou práci. Dotazník je anonymní a výsledky nebudou zneužity.

Děkuji za spolupráci

Dagmar Dohnálková, DiS.  
5.května 1350, Rožnov p.R., 756 61

### Potvrzení organizace:

S průzkumem:      souhlasím       nesouhlasím

Ve Vsetíně dne 9. 12. 2020

Podpis, razítko:

Vsetínská nemocnice a.s.  
Mgr. Jaroslava Hrabicová  
náměstkyně ředitele pro OP





Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.  
Duškova 7, 150 00 Praha 5

## ŽÁDOST O POVOLENÍ PRŮZKUMU

Příjmení Jméno	studijní skupina	obor
Dohnálková Dagmar, Dis.	3VSV	všeobecná sestra

### Název bakalářské práce

Stres v profesi všeobecné sestry

Vážení,

žádám Vás o povolení k provedení průzkumného šetření dotazníkovou metodou u všeobecných sester v Domově pro seniory v Podlesí, výsledky budou podkladem pro mou bakalářskou práci. Dotazník je anonymní a výsledky nebudou zneužity.

Děkuji za spolupráci

Dagmar Dohnálková, DiS.  
5.května 1350, Rožnov p.R., 756 61  
tel.: 777692297

### Potvrzení organizace:

S průzkumem:

souhlasím

nesouhlasím

V Podlesí dne 9.12.2010

Podpis, razítko:

SOCIÁLNÍ SLUŽBY VSETÍN  
příspěvková organizace  
DOMOV PRO SENIORY  
PODLEŠÍ  
756 24 BYSTRČKA ③



Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.  
Duškova 7, 150 00 Praha 5

## ŽÁDOST O POVOLENÍ PRŮZKUMU

Příjmení Jméno	studijní skupina	obor
Dohnálková Dagmar, DiS.	3VSV	všeobecná sestra

### Název bakalářské práce

Stres v profesi všeobecné sestry

Vážení,

žádám Vás o povolení k provedení průzkumného šetření dotazníkovou metodou u všeobecných sester na interním oddělení nemocnice v Novém Jičíně, výsledky budou podkladem pro mou bakalářskou práci. Dotazník je anonymní a výsledky nebudou zneužity.

Děkuji za spolupráci

Dagmar Dohnálková, DiS.  
5.května 1350, Rožnov p.R., 756 61  
tel.: 777692297

### Potvrzení organizace:

S průzkumem:       souhlasím       nesouhlasím

V Novém Jičíně dne..... 8. 12. 2010 .....

Podpis, razítko:

Nemocnice s poliklinikou v Novém Jičíně  
Příspěvková organizace  
K nemocnici 76, 741 11 Nový Jičín  
Tel: 556 773 111, Fax: 556 710 489  
IČO: 00844781



Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.  
Duškova 7, 150 00 Praha 5

## ŽÁDOST O POVOLENÍ PRŮZKUMU

Příjmení Jméno	studijní skupina	obor
Dohnálková Dagmar, DiS.	3VSV	všeobecná sestra

### Název bakalářské práce

Stres v profesi všeobecné sestry

Vážení,

žádám Vás o povolení k provedení průzkumného šetření dotazníkovou metodou u všeobecných sester na interním oddělení nemocnice ve Valašském Meziříčí, výsledky budou podkladem pro mou bakalářskou práci. Dotazník je anonymní a výsledky nebudou zneužity.

Děkuji za spolupráci

Dagmar Dohnálková, DiS.  
5.května 1350, Rožnov p.R., 756 61  
tel.: 777692297

### Potvrzení organizace:

S průzkumem:  souhlasím  nesouhlasím

Ve Valašském Meziříčí dne..... 8. 12. 2010 .....

Podpis, razítko:

Jana Petlikánová  
hlavní sestra

Nemocnice Valašské Meziříčí a.s.  
U Nemocnice č.p. 980  
757 42 Valašské Meziříčí



Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.  
Duškova 7, 150 00 Praha 5

## ŽÁDOST O POVOLENÍ PRŮZKUMU

Příjmení Jméno	studijní skupina	obor
Dohnálková Dagmar, DiS.	3VSV	všeobecná sestra

### Název bakalářské práce

Stres v profesi všeobecné sestry

Vážení,

žádám Vás o povolení k provedení průzkumného šetření dotazníkovou metodou u všeobecných sester v Domově pro seniory v Rožnově p.R., výsledky budou podkladem pro mou bakalářskou práci. Dotazník je anonymní a výsledky nebudou zneužity.

Děkuji za spolupráci

Dagmar Dohnálková, DiS.  
5.května 1350, Rožnov p.R., 756 61  
tel.: 777692297

### Potvrzení organizace:

S průzkumem:           souhlasím           nesouhlasím

V Rožnově p.R. dne..... 9/12 2020

Sociální služby Vsetín  
příspěvková organizace  
DOMOV PRO SENIORY  
Duškova 1604  
756 61 Rožnov pod Radh.

Podpis, razítko:

## Příloha H – Rešerše na téma „Stres v profesi všeobecné sestry“

### Knihy

1.

Venglářová, Martina, 1969-

**Sestry v nouzi : syndrom vyhoření, mobbing, bossing** / Martina Venglářová a kolektiv. -- 1. vyd. -- Praha : Grada, 2011. -- 184 s. : il. ; 21 cm. -- (Sestra)  
ISBN 978-80-247-3174-2 (brož.)

\* zdravotní sestry  
\* psychohygienu  
\* zvládání stresu  
\* syndrom vyhoření  
\* mobbing  
\* supervize (pomáhající profese)  
\* stres z povolání  
Signatura MSVKOs : **G 339.405**

2.

Křivohlavý, Jaro, 1925-

**Sestra a stres : příručka pro duševní pohodu** / Jaro Křivohlavý. -- 1. vyd. -- Praha : Grada, 2010. -- 119 s. ; 21 cm. -- (Sestra)  
ISBN 978-80-247-3149-0 (brož.)

Signatury: **G 328.396**

3.

Bartošíková, Ivana, 1948-

**O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry** / Ivana Bartošíková. -- Vyd. 1. -- Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. -- 86 s.  
ISBN 80-7013-439-9 : [Kč 130,00]

\* stres z povolání  
\* syndrom vyhoření  
Signatury: **G 297.877**

4.

**Pracovní stres a zdraví** / [zpracoval Oldřich Matoušek]

Vyd. 1.

Praha : Výzkumný ústav bezpečnosti práce s podporou firmy 3M Česko, 2005 dotisk

Popis (rozsah) 20 s. : il. ; 21 cm

OSA001 [Moravskoslezská věd.knih. Ostrava] -- sign. **G 309.998**

ISBN 80-903604-1-6 (brož.) : Kč 105,00

Klíčová slova \* odolnost \* prevence \* stres z povolání \* vlivy \* zdraví

5.

Švingalová, Dana, 1964-

**Stres a "vyhoření" u profesionálů pracujících s lidmi** / Dana Švingalová. -- Vyd.

1. -- Liberec : Technická univerzita v Liberci, 2006. -- 82 s. ; 29 cm

ISBN 80-7372-105-8 (brož.) : Kč 92,00

\* pomáhající povolání  
\* stres z povolání  
Signatury: **H 76.721**

7.  
 TI: **Povolání sestry znamená lidskost, solidaritu a úctu**  
 CI: Zdravotnické noviny, Roč. 58, č. 44 (2009), s. 13  
 DE: KONGRESY JAKO TÉMA ; STRES PSYCHICKÝ ; VYHASNUTÍ  
 PROFESIONÁLNÍ - PREVENCE A KONTROLA ;  
 ZDRAVOTNÍ SESTRY - PSYCHOLOGIE
8.  
 TI: **Fyzická a psychická zátěž při poskytování ošetrovatelské  
 péče - prevence, ochrana a podpora zdraví sestry**  
 AU: Komačeková, Dagmar  
 CI: Sestra, Roč. 19, č. 7-8 (2009), s. 26-28.
9.  
 TI: **Výskyt syndromu vyhoření u sester na Slovensku**  
 AU: Dimunová, Lucia  
 CI: Sestra, Roč. 19, č. 5 (2009), s. 32.  
 DE: LIDÉ ; VYHASNUTÍ PROFESIONÁLNÍ ; ZDRAVOTNÍ SESTRY -  
 PSYCHOLOGIE ;
10.  
 TI: **Faktory ovlivňující syndrom vyhoření zdravotních sester se  
 zřetelem na koncept multidimenzionálního leadershipu**  
 AU: Kedroutek, Michal  
 CI: I. česko-slovenská konference doktorandů oborů  
 pomáhajících profesí, (2008), s. nestr.
11.  
 TI: **Sestra stráví denně v předklonu 96 minut**  
 AU: Valášková, Dana  
 CI: Sestra, Roč. 18, č. 12 (2008), s. 22.  
 DE: ZDRAVOTNÍ SESTRY - VYUŽITÍ ; OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE - METODY,  
 PRACOVNÍ SÍLY, PSYCHOLOGIE ; TĚLO - POLOHA - FYZIOLOGIE ;  
 STRES PSYCHICKÝ - PREVENCE A KONTROLA, PSYCHOLOGIE ; PRIMÁRNÍ  
 PREVENCE - METODY ; VYHASNUTÍ PROFESIONÁLNÍ
12.  
 TI: **Boj s profesionální deformací**  
 AU: Zachová, Veronika - Škochová, Dagmar  
 CI: Interní medicína pro praxi, Roč. 9, č. 12 (2007), s. 569-  
 570  
 DE: VYHASNUTÍ PROFESIONÁLNÍ - PREVENCE A KONTROLA ; STRES  
 FYZIOLOGICKÝ ; PERSONÁL SESTERSKÝ
13.  
 TI: **Analýza výskytu burn-out na konkrétním pracovišti**  
 AU: Mačejovská, Monika  
 CI: Sestra, Roč. 17, č. 9 (2007), s. 28-29.  
 DE: ZDRAVOTNÍ SESTRY ; VYHASNUTÍ PROFESIONÁLNÍ ; STRES  
 FYZIOLOGICKÝ ; VÝZKUM

Zdroj: Moravskoslezská vědecká knihovna v Ostravě, rešerše č. III - 6163