

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2021

Tereza Novotná

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Psychická zátěž všeobecných sester na oddělení klinické hematologie

Tereza Novotná

2021

Bakalářská práce

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Tereza Novotná**
Osobní číslo: **Z18163**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Téma práce: **Psychická zátěž všeobecných sester na oddělení klinické hematologie**
Zadávací katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace průzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

KURUCOVÁ, Radka. *Zátěž pečovatele: posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevyléčitelně nemocné*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5707-0.
VÉVODA, Jiří. *Motivace sestry a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4732-3.
ZACHAROVÁ, Eva. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0155-9.
PEŠEK, Roman a Ján PRAŠKO. *Syndrom vyhoření: jak se prací a pomáháním druhým nezničit : pohledem kognitivně behaviorální terapie*. V Praze: Pasparta, 2016. ISBN 978-80-88163-00-8.
PENKA, Miroslav a Eva SLAVÍČKOVÁ. *Hematologie a transfuzní lékařství*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3460-6.
VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3742-3.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Zdeněk Hrstka, Ph.D.**
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **2. prosince 2019**
Termín odevzdání bakalářské práce: **6. května 2021**

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D. v.r.
děkanka

L.S.

Mgr. Michal Kopecký v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 12. března 2021

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji, že

práci s názvem: „Psychická zátěž všeobecných sester na oddělení klinické hematologie“ jsem vypracovala samostatně.

Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 15. 07. 2021

Tereza Novotná v.r.

PODĚKOVÁNÍ

Na tomto místě bych ráda poděkovala svému vedoucímu práce PhDr. Zdeňku Hrstkovi, Ph.D., za jeho podporu, cenné rady, rychlé reakce na mé dotazy a skvělou spolupráci při tvorbě mé bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala své rodině a přátelům za veškerou podporu, trpělivost a důvěru, kterou mi po celou dobu studia hojně poskytovali.

ANOTACE

Bakalářská práce je zaměřena na psychickou zátěž sester z oddělení klinické hematologie. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se zabývá definicí základních pojmů, jako je zátěž a stres, práce všeobecné a praktické sestry a klinická hematologie. Praktická část ukazuje výsledky mého kvantitativního průzkumu. Průzkum byl prováděn na třech vybraných odděleních klinické hematologie, a to na ambulantním zařízení, standardním lůžkovém oddělení a na onkologicko-hematologické intenzivní péči. Anonymní dotazník obsahoval celkem 18 otázek a vyplnilo jej 45 respondentů. Hlavním cílem této bakalářské práce bylo porovnat míru psychické zátěže u sester pracujících na již zmíněných odděleních klinické hematologie.

KLÍČOVÁ SLOVA

Psychická zátěž, stres, práce sester, hematologie, syndrom vyhoření

TITLE

Psychological burden of general nurses in the department of clinical hematology

ANNOTATION

The bachelor thesis is focused on the psychological burden of nurses from the departments of clinical hematology. The work is divided into the theoretical and the practical part. The theoretical part deals with the definition of the basic concepts such as load and stress, the work of general and practical nurses on clinical hematology. The practical part shows the results of my quantitative survey. The survey was performed in three selected departments of clinical hematology, namely in the outpatient facility, the standard inpatient department and in the oncological-hematological intensive care. The anonymous questionnaire contained a total of 18 questions and was completed by 45 respondents. The main goal of this bachelor thesis was to

compare the level of mental stress in nurses working in the already mentioned departments of clinical hematology.

KEYWORDS

Psychological burden, stress, work of nurses, hematology, burnout

OBSAH

Úvod.....	12
1 Cíl práce.....	13
2 Teoretická část	14
2.1 Zátěž a stres.....	14
2.1.1 Typy osobnosti a stres.....	16
2.1.2 Pracovní zátěž	16
2.1.3 Reakce na zátěž.....	17
2.1.4 Důsledky stresu.....	17
2.1.5 Návykové látky a zdravotníci	18
2.1.6 Syndrom vyhoření.....	18
2.1.7 Duševní hygiena	21
2.1.8 Spánek.....	22
2.2 Práce všeobecné a praktické sestry	23
2.2.1 Týmová spolupráce ve zdravotnictví.....	23
2.2.2 Motivace k volbě povolání	24
2.2.3 Osobnostní předpoklady pro práci v pomáhající profesi	25
2.2.4 Role sestry.....	26
2.2.5 Klíčové principy utváření terapeutické aliance mezi sestrou a pacientem	28
2.2.6 Komunikace	28
2.3 Klinická hematologie	30
2.3.1 Vybraná hematologická onemocnění.....	30
2.3.2 Chemoterapie	34
2.3.3 Žilní vstupy pro podávání cytostatik	35
2.3.4 Diagnostika nádorových chorob	36
3 Průzkumná praktická část	40
3.1 Průzkumné otázky	40

3.2	Metodika	40
3.3	Interpretace a zpracování dat	41
4	Diskuze	60
5	Závěr	65
6	Doporučení pro praxi	68
7	Limity průzkumu	69
8	Použitá literatura	70

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 - Huberova jehla	35
Obrázek 2 - Odebraná kostní dřev na vyšetřovacích sklíčkách	39
Tabulka 1 Složení vzorku respondentů podle pohlaví (vlastní zpracování)	41
Tabulka 2 Složení vzorku respondentů podle let na jednotlivých odděleních	42
Tabulka 3 Složení vzorku zdravotníků dle vzdělání	43
Tabulka 4 Složení zdravotního personálu dle pracovního zařazení	44
Tabulka 5 Počet odevzdaných dotazníků dle jednotlivých oddělení	45
Tabulka 6 Délka praxe na jednotlivých odděleních klinické hematologie	46
Tabulka 7 Spokojenost zaměstnanců jednotlivých oddělení	47
Tabulka 8 Ochota respondentů změnit zaměstnání	48
Tabulka 9 Pocity zaměstnanců po ukončení směny	49
Tabulka 10 Situace vyvolávající psychickou zátěž	50
Tabulka 11 Míra zátěže jednotlivých respondentů v daných situacích	52
Tabulka 12 Situace, se kterou se zaměstnanci nejčastěji setkávají	53
Tabulka 13 Subjektivní pocit strachu zaměstnanců o své zdraví v důsledku zaměstnání	54
Tabulka 14 Přítomnost zdravotních potíží u respondentů	55
Tabulka 15 Konkrétní zdravotní potíže respondentů	56
Tabulka 16 Způsoby odreagování využívané zaměstnanci	57
Tabulka 17 Počet zaměstnanců využívajících podporu od zaměstnavatele	58
Tabulka 18 Možnosti zaměstnanecké podpory, kterou by zaměstnanci uvítali	59

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

Např.	Například
Apod.	A podobně
Atd.	A tak dále
Tzv.	Takzvaný, takzvaně
ALL	Akutní lymfoblastická leukémie
AML	Akutní myeloidní leukémie
CLL	Chronická lymfocytární leukémie
CML	Chronická myeloidní leukémie
PICC	Periferně zavedený centrální žilní katétr
PET CT	Pozitronová emisní tomografie s výpočetní tomografií

ÚVOD

Tato bakalářská práce se zabývá psychickou zátěží všeobecných sester na odděleních klinické hematologie. Pro srovnání míry psychické zátěže jsem vybrala ambulantní zařízení klinické hematologie, standardní lůžkové oddělení klinické hematologie a onkologicko-hematologickou intenzivní péči.

Velice mě zajímalo, zda se dá míra psychické zátěže posoudit, změřit či porovnat. Každá část hematologické kliniky je výjimečná a specifická v něčem jiném. Na ambulantním zařízení se můžeme setkat s krátce trvající návštěvou pacienta (např. kontrola krevních odběrů), ale také třeba s podáváním cytostatik. Na standardním lůžkovém oddělení jsou hospitalizováni pacienti pro déletrvající léčbu (např. několikadenní cyklus podávání chemoterapie). Onkologicko-hematologická intenzivní péče je vybavena pro péči o pacienta s nutností dechové podpory nebo například pro pacienta vyžadujícího intenzivně-resuscitační péči.

Práce sester je velice psychicky i fyzicky náročná. Často pracují ve stresu a časové tísní. Na sestry jsou kladeny vysoké nároky v podobě odborných znalostí, praktických dovedností, administrativy a časově náročných, po sobě jdoucích směn.

Teoretická část se zabývá třemi oblastmi. První oblast se týká psychické zátěže, stresu a syndromu vyhoření, prevencí a péčí o duševní hygienu. Druhou oblast tvoří práce sester, nároky na povolání sestry, osobnost v povolání sestry. Třetí oblast je zaměřena na specifika práce na oddělení hematologie a hematologická onemocnění.

Pro praktickou část mé bakalářské práce bylo zvoleno kvantitativní průzkumné šetření. Průzkum proběhl na již zmíněných odděleních klinické hematologie.

Cílem této bakalářské práce bylo porovnat míru psychické zátěže u všeobecných sester pracujících na oddělení klinické hematologie. Dalším cílem bylo zjistit, jaké situace jsou pro sestry pracující na oddělení klinické hematologie zatěžující. Následně pak porovnat zatěžující vlivy působící na sestry pracující na oddělení klinické hematologie. Posledním cílem bylo zjistit, jaké metody odreagování se od zaměstnání používají sestry, které pracují na odděleních klinické hematologie.

1 CÍL PRÁCE

Cílem teoretické části je:

- popsat stres, faktory vzniku stresu, syndrom vyhoření, jeho prevenci a péči o duševní hygienu,
- vymezit definici a kompetence práce všeobecné a praktické sestry,
- objasnit specifika práce na oddělení klinické hematologie.

Cílem průzkumné části je:

- porovnat míru psychické zátěže všeobecných sester na oddělení klinické hematologie (ambulantní zařízení x lůžkové standardní oddělení x onkologicko-hematologická intenzivní péče),
- zjistit zatěžující situace u všeobecných sester pracujících na oddělení klinické hematologie,
- porovnat zatěžující vlivy působící na všeobecné sestry na jednotlivých odděleních klinické hematologie,
- zjistit metody odreagování, které využívají všeobecné sestry na odděleních klinické hematologie.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Zátěž a stres

Zátěží rozumíme namáhání adaptačních způsobilostí osobnosti, organismu. Zátěž může dosáhnout takové fáze, že vytváří náročnou situaci. V pozitivním případě ji jedinec přijímá jako výzvu k vynaložení maxima svých sil a prokázání své zdatnosti. V opačném případě, tedy negativním, ji přijímá jako hrozbu, že danou situaci nezvládne, cítí se ohrožen a trápí jej obavy (Helus, 2018, str. 173).

Jako stres označujeme zátěž, která dosahuje takové intenzity, že hrozí, že bude nad síly jedince. To přivodí celou řadu psychických i fyziologických procesů, které ohrožují zdraví jedince, eventuálně i jeho život (Helus, 2018, str. 173).

Stresové situace jsou ty, při kterých dochází k výraznějšímu rozporu mezi expozičními a dispozičními faktory v důsledku překročení nároků kladených na osobnostní dispozice nebo naopak nevyužívání dispozic a výkonové schopnosti či nedostatečnou stimulací danými nároky vůbec (Paulík, 2017, str. 65).

Fyzickou zátěž zdravotnického personálu způsobuje statické zatížení, do něhož řadíme výkony kolem pacienta prováděné vestoje, zatížení kosterního systému, svalového systému, kloubů (například při manipulaci s pacientem) nebo nedostatek času na stravování a dodržování pitného režimu (Kurucová, 2016, str. 22).

Psychickou zátěž můžeme definovat jako proces psychického zpracování a vyrovnávání se s nároky a vlivy životního a pracovního prostředí. Některé faktory pracovního prostředí jsou jednoznačně spjaté s psychickou pracovní zátěží. Tedy hlavně o přetížení i vyčerpání, kombinací značné pracovní náročnosti s nízkou mírou vlastní kontroly nad svou prací, časový tlak, násilné pracovní tempo, vysoká odpovědnost, směňová a ustavičná noční práce, riziko vzniku ohrožení vlastního zdraví i zdraví jiných osob, konfliktní interpersonální vztahy na daném pracovišti. Nesmí se podceňovat ani časový tlak, kdy velký počet pacientů velice často nedovoluje navazování individuálních kontaktů. Důsledkem nepřiměřené a dlouhodobé psychické zátěže jsou psychické obtíže, včetně vzniku poruch chování, vymizení motivace k práci, změny v pracovním tempu a výkonu až syndrom vyhoření. Neadekvátní psychická zátěž taktéž hraje roli při somatických onemocněních (Vévoda a kolektiv, 2013, str. 88–89).

Z psychických projevů zátěže popisuje zdravotnický personál nejčastěji stres, nervozitu, strach, depresi. Do psychické zátěže patří neustálá pozornost a sledování stavu pacienta, svižné reakce

na požadavky a změnu u pacienta, vysoké nároky na paměť, odpovědnost za výsledky vykonané práce, samostatnost v rozhodování a respektování určitých pravidel (Kurucová, 2016, str. 22).

Zdravotnický personál, který je pod neustálou fyzickou a psychickou zátěží, reaguje na zátěžovou situaci v rámci několik fází:

1. fáze: uvědomění si zátěže – zdravotnický personál prožívá a interpretuje určité situace jako stresové. Způsob, jakým vnímá stresové situace závisí na aktuálním stavu, schopnostech a sociální podpoře.
2. fáze: aktivace psychických obranných reakcí – zdravotník se může například izolovat od situace, která je pro něj nadměrně zatěžující.
3. fáze: aktivace fyziologických reakcí – fyziologické adaptační mechanismy jsou spuštěny psychickými impulsy.
4. fáze: zvládání neboli coping – hledání strategií, které vedou ke zmírnění působení stresu.
5. fáze: první chorobné příznaky – zdravotník si je vědom, že jde o vážnější a trvalejší problémy.
6. fáze: diagnóza stresem podmíněné poruchy – zdravotníka postihuje psychosomatické onemocnění (Kurucová, 2016, str. 22–25).

Příznaky stresu u zdravotnického personálu

Mezi fyziologické příznaky patří například nechutenství, bolesti břicha, bolesti hlavy, častější migrény. Emocionální příznaky se projevují prudkými a výraznými změnami nálad, neschopností projevit emocionální sympatie, nadměrnými starostmi o zdravotní stav a fyzický zjev, nadměrnými pocity únavy a zvýšenou podrážděností. Behaviorální příznaky jsou charakteristické nerozhodností, zvýšenou nehodovostí, zhoršenou kvalitou práce, zvýšeným počtem vykouřených cigaret, zvýšenou konzumací alkoholu, ztrátou chuti k jídlu nebo naopak přejídáním (Kurucová, 2016, str. 26).

2.1.1 Typy osobnosti a stres

Ray Rosenman a Mayer Friedman zaznamenali dva odlišné osobnostní typy ve vztahu mezi stresem a zdravím. Dokázali, že jeden z nich tvoří zvýšené riziko podléhání stresu včetně závažných zdravotních dopadů, takzvaný **osobnostní typ A**. Člověk tohoto typu usiluje o co nejvyšší výkon, prahne po úspěchu a sebeprosazení, je soutěživý a netrpělivý. Odpírá si odpočinek. Při poklesu svého tempa je nespokojený. Má neustálý pocit časové tísně. Při komunikaci s druhým člověkem neustále skáče do řeči. Nepřátelsky reaguje na ty, kteří jsou podle něho pomalí. V současnosti s tímto typem osobnosti spojujeme workoholismus, což je posedlost prací, závislost na značném pracovním tempu. Na opačné straně stojí **osobností typ B**. Pracovní zaujatost osobnostního typu B není tak výrazná, tito jedinci oceňují i jiné věci, například hodnoty. Umí si dopřát odpočinek, zábavu, odreagování se, relaxaci. Od zahlcení závazky, úkoly si udržují odstup. Ohrožení stresem je u tohoto typu osobnosti značně menší. Výzkumy podnítila inspirace k charakteristice dalších typů, které taktéž souvisejí se sklonem ke stresu a následnému onemocnění. Jedná se zvláště o **osobností typ C**. Tento je popisován jako *cancer personality*, tedy jako osobnost, která je náchylná k rakovinnému onemocnění. Typická je pro ně silná emocionalita, ale city, které prožívají, zároveň pevně potlačují. Jsou to hlavně city zlosti, vzteku, úzkosti a nenávisti. Snaha vyhnout se konfliktům je pro tento osobnostní typ charakteristická (Helus, 2018, str. 177).

2.1.2 Pracovní zátěž

Pracovní zátěž můžeme rozdělit do dvou kategorií, a to objektivní a subjektivní. Objektivní zátěží rozumíme měřitelné faktory, jako jsou například počet pacientů, počet kontaktů s pacienty, doba strávená s pacienty apod. Subjektivní přetížení vnímá zaměstnanec tehdy, když si myslí, že nemá schopnosti udělat danou práci, např. vyhotovit určitý počet zpráv za určitý časový úsek, nebo se domnívá, že nemá dostatečnou odbornost ke splnění specifického úkolu, např. je nucen prezentovat na konferenci téma, o kterém si myslí, že mu dostatečně neporozuměl. K pocitu subjektivního přetížení mohou přispívat myšlenky jako „nezvládnou to“, „nestihnu to“ nebo „je toho na mě hodně“. (Pešek, Praško, 2016, str. 120).

Stres z pracovního prostředí

Tato skupina stresorů se pojí na souvislost, v níž vykonáváte práci. Specifické nároky, které naše práce obnáší, nás mohou omezovat natolik, že je pro nás těžké se náležitě zotavit a zůstat koncentrovaní a produktivní. Mezi možné stresory z pracovního prostředí patří časový tlak,

přílišné zatížení z množství pacientů, nedostatek podpory od kolegů nebo problémy ve vztazích s kolegy, nadměrné papírování či nedostatečná finanční odměna (Kottler, 2013, str. 47).

2.1.3 Reakce na zátěž

Když se člověk ocitne v situaci ohrožení, má sklon reagovat dvěma základními způsoby – buď bude bojovat, nebo uteče. Takto reagovali už naši předkové, kdy na správném vyhodnocení situace závisel jejich život. V dnešní době se málokdy dostáváme do situace přímého ohrožení života, přitom náš organizmus reaguje velmi obdobně – mobilizací prostoru, chystáním se na akci. Dnes již nejde při stresové situaci o život, ale o jiné hodnoty, mezi které patří čest, postavení, společenský status apod. Často své reakce potlačíme, čímž se náš organizmus opakovaně dostává na značnou úroveň aktivace, která, pokud není přirozeně snížena, může být původcem obtíží. Jestliže je stres obrovský, zatížení organismu je nadměrné, nebo pokud je zatížení slabší, ale trvá dlouhou dobu, začínají se projevovat trvalejší příznaky, které postupně vedou k nemocem ze stresu (Venglářová a kolektiv, 2011, str. 59).

Reakce na stres můžeme rozdělit do čtyř skupin:

- 1) Reakce v emocích – pláč, úzkost, smutek, vztek, strach, deprese apod.
- 2) Reakce v tělesných příznacích – zrychlený tep, dech, pocení, zrudnutí či zblednutí, napětí ve svalech, bolesti břicha, sevření žaludku a další.
- 3) Reakce v chování a v činnosti – stresová situace nás nabádá stále něco dělat – např. chodit, urovnávat věci, nadáváme, křičíme, jdeme si zakouřit, práskáme dveřmi apod.
- 4) Reakce v myšlení – například nejsme schopni soustředit se na cokoli jiného, myšlenky nám ulpívají na stálém analyzování stresu, v duchu jej stále prožíváme, napadají nás nová řešení, jak jsme to mohli udělat, říct apod. Často nám toto rozjímání narušuje spánek a odebírá potřebnou energii (Venglářová a kolektiv, 2011, str. 59–60).

2.1.4 Důsledky stresu

Z časového hlediska je můžeme rozdělit na bezprostřední projevy zátěže a stresu a účinky trvalejšího rázu. Bezprostřední projevy zátěže a stresu, které se dále dělí na psychické reakce a krátkodobé stavy (emoční rozlada – *annoyance*, emoční reakce a nálady, únava, snížená bdělost a ospalost, ztráta motivace, značný pokles výkonnosti, výpadky soustředěnosti a krátkodobé paměti), somatické (nepříjemné pocity jako je bolest hlavy, bolest břicha, zrychlený puls a dech) a krátkodobé behaviorální reakce (agresivní a nepřátelské projevy, pasivita apod.). Účinky trvalejšího rázu rozdělujeme na psychologické příznaky (únava, vyčerpání), somatické příznaky (respirační a oběhové problémy, dlouhodobé bolesti hlavy,

přetrvávající sexuální problémy, značné negativní změny v chování) a zvýšení nespecifické nemocnosti, poruch duševního zdraví (adaptační poruchy, posttraumatická stresová porucha apod.). (Paulík, 2017, str. 106).

Únava a její zvládnání

Příležitostná únava je normální a souvisí s fyziologickými procesy, biologickými rytmy, s druhem, délkou a intenzitou naší aktivity. Únava může být příznakem vyhoření, ale může být i projevem somatických onemocnění nebo onemocnění psychiatrických. Pro často unavené lidi je typický náročný životní styl, který je naplněn prací a spěchem. Z výzkumů vyplývá, že únavou trpí více lidí, kteří mají nevyvážený životní styl, pracovní styl, málo se hýbou a objevuje se u nich deficit odpočinku a spánku. Psychoterapie únavy spočívá především v úpravě životosprávy, životního i pracovního režimu (Pešek, Praško, 2016, str. 92–93).

2.1.5 Návykové látky a zdravotníci

Mezi nejvíce nadužívané látky patří kofein, tabák, alkohol, konopné produkty, opiáty nebo třeba léky s psychotropním účinkem. Zdravotníci jsou lidé jako všichni ostatní a jejich sklony k užívání návykových látek se nijak neliší (Venglářová a kolektiv, 2011, str. 131).

Tabák a kofein neomezují zátěž na úrovni kardiovaskulárního systému, ale naopak ji zvyšují. Podobným způsobem působí i alkohol. Zdravotnický personál zná i rizika užívání návykových léků, například hypnotik či anxiolytik. I přesto je nadužívání návykových látek palčivým problémem celé zdravotnické profese (Venglářová a kolektiv, 2011, str. 70).

Experimentální studie poukazují na skutečnost, že kouření je do určité míry vhodným prostředníkem mezi stresem a jeho zvládnáním. Stresu vždy bylo a je mnoho, zvláště u mladistvých. Není tedy divu, že se pokouší kouřením řešit své aktuálně zátěžové situace. Tam, kde člověk spatří pozitivní vliv kouření, se kouření opakuje. Lidé, kteří kouří, obvykle i pijí více kávy než lidé, kteří nekouří. Kuřáci často konzumují více alkoholu než nekuřáci. (Křivohlavý, 2009, str. 191–192).

2.1.6 Syndrom vyhoření

V souvislosti s některými zaměstnáními, ve kterých jsou pracovníci v kontaktu s lidmi, jejich bolestmi, utrpením a těžkými osudy, se začalo mluvit o syndromu vyhoření (Venglářová a kolektiv, 2011, str. 23).

Pojem syndrom vyhoření jako první zavedl roku 1974 psychoanalytik Herbert J. Freudenberger (Dostálová, 2016, str. 81).

„*Syndrom vyhoření je odosobnění, odcizení, vymizení reflexe vnitřních norem*“ (Dostálová, 2016, str. 81).

Pro syndrom vyhoření jsou typické dopady na psychiku postiženého. Navenek jsou projevy viditelné až mnohem později (Venglářová a kolektiv, 2011, str. 23).

Syndrom vyhoření je výsledkem progresivního procesu, který probíhá v určitých fázích. Ve své finální podobě se syndrom vyhoření projevuje na úrovni myšlenek, emocí, tělesných reakcí a pozorovatelného jednání. Má negativní dopady nejen na postiženého zaměstnance, ale i na jeho klienty a organizaci, tedy pracovní tým, kterého je postižený členem (Pešek, Praško, 2016, str. 20).

Stres z práce vyplývá z konfliktu rolí, pracovního zatížení, pracovní odpovědnosti, problémů v oblasti komunikace, nevyužití kvalifikace a ze ztráty pracovní perspektivy a nevhodného fyzického prostředí. Z hlediska syndromu vyhoření jsou zdravotní sestry druhou nejohroženější skupinou, hned po lékařích (Dostálová, 2016, str. 81).

Příznaky syndromu vyhoření

Symptomy syndromu vyhoření můžeme rozdělit na vnitřní a vnější. Mezi psychosomatické poruchy patří chronická fyzická únava, napětí ve svalech, nedostatek odpočinku po spánku, zvýšený sklon k nemocem, bolest v oblasti páteře a napětí šíje a zad. Somatické poruchy jsou typické žaludečními nebo dvanáctíkovými vředy, infarktem myokardu, výskytem alergie na dané látky v prostředí, které dříve nebyly, či alergickými reakcemi způsobenými podvědomou snahou se jim vyhnout. Emoční vyčerpání se projevuje také několika příznaky, patří sem pesimismus, emoční plochost, cynismus, nechut' ke všemu, podrážděnost, nervozita, pocit bezmoci a beznaděje, občasné záchvaty pláče. Duševní vyčerpání je typické negativními postoji k sobě samému, ke své práci, ke svému okolí a ke klientům. Mezi sociální poruchy patří pokles kvality poskytované péče klientům, nevycházení s kolegy, netaktnost, ničení soukromých vztahů, projevy agresivity vůči okolí (Dostálová, 2016, str. 81–82).

Fáze syndromu vyhoření

Stále více je syndrom vyhoření charakterizován ne jako stav, ale jako neustále progredující proces, který může trvat několik měsíců až několik let. Zmiňovaný proces se může objevit u motivovaného, nadšeného zaměstnance už při nástupu do pomáhající profese, o které má určité představy. Často číší optimizmem, elánem a touží po realizaci svých plánů. Je nepozorný k signálům únavy. Syndrom vyhoření má několik fází. Na začátku se objevuje emoční

vyhoření, ke kterému jsou více vnímavé ženy než muži. Dále dochází k psychickému vyčerpání a úbytku inspirace. Nakonec dochází k fyzickému vyčerpání, které může přejít do psychosomatického onemocnění. Jedná se o důsledek dlouhodobě potlačovaného stresu a přirozených reakcí, jako je zlost, pláč, strach a hněv.

1. fáze – NADŠENÍ – pro tuto fázi jsou typické jasné cíle, kvalita práce, neustále nové nápady. V této fázi postupně dochází k přetěžování se.
2. fáze – STAGNACE – prvotní nadšení značně upadá, dochází k opuštění ideálů.
3. fáze – FRUSTRACE – zdravotník se začíná zajímat o otázky efektivity a smyslu vlastní práce, v hlavě má pouze svoji práci a nic jiného ho nezajímá, pocituje, že na Kotler své problémy sám.
4. fáze – APATIE – zdravotník vnímá svoje zaměstnání pouze jako zdroj obživy, dělá pouze nejnnutnější práce, snaží se vyhýbat komunikaci s nemocnými, může se objevit bezmoc a beznaděj.
5. fáze – VYHOŘENÍ – fáze vyčerpání, negativismus, lhostejnost a úplné vyhýbání se profesním povinnostem (Venglářová a kolektiv, 2011, str. 29–30).

Profese s nejčastějším výskytem syndromu vyhoření

Zdravotnictví bylo první oblastí, která poukázala na existenci syndromu vyhoření. Konkrétně se problémy vyskytovaly u sester pracujících v hospicích, na onkologických odděleních, jednotkách intenzivní péče, psychiatrických odděleních, neurologických odděleních a interních odděleních, zvláště na koronárních odděleních (nemoci srdce a krevního oběhu). Mezi nejčastější spouštěče syndromu vyhoření u sester patří jejich pocit, že nejsou ze školy dostatečně připraveny na emocionální zátěž, že neunesou tíži při sdělování nepříznivých zpráv rodinným příslušníkům pacienta, že na ně dopadá nedostatek personálu a nadměrná pracovní vyčerpání. Pokud se k těmto problémům přidalo ještě nevhodné vedení, pak tato dlouhodobá psychická i fyzická zátěž zapříčinila vznik syndromu vyhoření (Pugnerová a kol., 2019, str. 215).

Řešení syndromu vyhoření

K řešení syndromu vyhoření může jedince přistupovat buď negativně, nebo pozitivně. Negativním řešením je odchod do jiného oboru, změna zaměstnání v rámci oboru, přestup na jinou pozici, zejména kde není kontakt s klienty, nebo setrvání na původním místě pouze kvůli

finančním jistotám. Mezi pozitivní řešení patří přehodnocení předností, využití svých vloh a silných stránek (Dostálová, 2016, str. 83).

Možnosti pomoci jedinci trpícímu syndromem vyhoření

Velice důležité je pochopit důvod, proč člověk vyhořel, zda za tím stojí jeho vnitřní, nebo vnější realita. Cílem je podpořit nemocného jedince, aby se osvobodil od vlastní bezmoci a aby nezneužíval její moc. Podstatou úspěšné léčby syndromu vyhoření je navázání dialogu a vztahu se sebou samým. S navazováním vnitřního dialogu může ostatním pomáhat pouze ten, kdo umí vést dialog sám se sebou. Pomoci druhým nacházet jejich vlastní identitu může pouze ten, kdo svou identitu zná. Dalším důležitým faktorem je změna postoje vzdělávacích institucí k syndromu vyhoření. Ty totiž svým studentům neustále zdůrazňují, že syndrom vyhoření je nemoc, ale nezmiňují jeho prevenci (Priess, 2015, str. 157–158).

Odborná pomoc pro jedince trpícího syndromem vyhoření

Vyvinutý syndrom vyhoření patří vždy do rukou odborníka, psychiatra nebo psychologa. V této fázi si již jedince nedokáže pomoci sám, jelikož je natolik psychicky i fyzicky vyčerpaný, že to není v jeho vlastních silách. Východiska odborné pomoci spočívají v psychoterapii a medikaci. Psychoterapie je založena na pochopení problémů, na ztotožnění nežádoucích vzorců chování a myšlení a na následném nácviku chování a žádoucího myšlení. Medikace obvykle urychluje účinky a význam psychoterapie. Medikace funguje na principu tlumení určitých složek nacházejících se v centrální nervové soustavě. Někdy se může kombinovat s antidepresivy (Pugnerová a kolektiv, 2019, str. 226).

2.1.7 Duševní hygiena

Duševní hygienu lze charakterizovat jako soubor zásad a technik, které při správném dodržování přispívají k redukci následků působení stresorů, přispívají k přípravě na nelehké životní situace, zesilují odolnost vůči těžkým životním situacím, případně takovýmito situacím pomáhají předcházet. V širším slova smyslu můžeme duševní hygienu chápat jako obor, ve kterém usilujeme o objevování optimální životní cesty se zřetelem na potřeby každého jedince. V užším slova smyslu můžeme duševní hygienu chápat jako obor, který se zabývá východisky uchování duševního zdraví. Velice důležitá je prevence rozvoje syndromu vyhoření, který je jedním z důsledků stresu (Švamberská Šauerová, 2018, str. 66–67).

Mezi doporučené aktivity, které mohou vést ke zdravému životnímu stylu a v dlouhodobějším horizontu směřují k celkovému wellness, patří minimální pohybová aktivita, kterou lze spojit

s denním režimem (náhrada jízdy autem chůzí), dostatečná doba a kvalita spánku (chodit spát pravidelně, před spaním provozovat relaxační aktivity, například četbu), relaxační techniky jako dechová cvičení, správné stravování, které je vyvážené a plné vitamínů, včetně dodržování pitného režimu. Dále pak prosazování svých zálib a koníčků (Švamberk Šauerová, 2018, str. 71–72).

2.1.8 Spánek

Dostatek spánku je důležitým faktorem pro to, abychom mohli co nejlépe fungovat. Nedostatek spánku má dopad na všechny oblasti našeho života – na náladu, energii, vztahy, pracovní výkon atd. Spánek není stav neaktivity. Zatímco je náš organizmus v klidu, náš mozek neúnavně pracuje, proto nám dostatek spánku zlepšuje paměť a schopnost učit se. Terapií pro chronické spánkové obtíže číslo jedna je kognitivně behaviorální terapie pro insomni (CBT-I). Vybranými doporučeními CBT-I jsou: Každý den chodte spát ve stejnou dobu, stejně tak i vstávejte. Travte v posteli jen tolik času, kolik zvládnete spát. Užívejte postel pouze na spaní (kromě sexu). Uplatňujte relaxaci. Omezte kofein, vyvětrejte a zatemněte místnost. Vyhněte se zdřímnutím během dne, hůře se po nich večer usíná (Gillihan, 2020, str. 158–160).

Insomnie

Insomnií rozumíme poruchu, která je charakterizována nedostatkem spánku nebo jeho špatnou kvalitou. Člověk trpící nespavostí se po probuzení necítí odpočatý. Během subjektivního hodnocení problémy popisuje často jako potíže s usínáním nebo časté buzení. Insomnie může být vyvolána různými vnějšími, vnitřními, fyzickými i psychickými příčinami. Psychofyziologická nespavost je charakterizována delším usínáním (déle než 30 minut) a hojným přerušováním spánku. Jedinec trpící insomnií si stěžuje na sníženou výkonnost během dne nebo třeba zvýšené svalové napětí. Nespavost se může ukázat ve třech rovinách, a to fyziologické, kognitivní a emocionální. Do fyziologické roviny patří zvýšená tělesná teplota, zvýšení klidového napětí svalstva. V kognitivní rovině je to neschopnost hledat souvislosti mezi pojmy. Do emocionální roviny řadíme zvýšené vnímání pocitu strachu. Psychofyziologická insomnie se může projevit na základě stresu nebo nemoci, která narušuje spánek (Slezáková, 2014, str. 188).

Mezi intervence k zajištění dostatku spánku patří například:

- zajištění klidného prostředí pro spánek a omezení rušivých vlivů v místě spánku,
- provádění vhodných činností před usnutím – čtení, procházka, hygienické úkony, zklidňující koupel,

- eliminovat usínání mimo lůžko (například při zapnuté televizi), vyvarovat se pití nadměrného množství černé kávy, čaje, alkoholu (Slezáková, 2014, str. 190).

2.2 Práce všeobecné a praktické sestry

V České republice lze získat odbornou způsobilost absolvováním zdravotnických akreditovaných oborů na vysoké škole, vyšší odborné škole, střední zdravotnické škole nebo absolvováním kvalifikovaných kurzů, které jsou taktéž akreditované. V současné době mohou získat všeobecné sestry odbornou způsobilost pouze dvěma typy vzdělání, a to vzděláním na vysoké škole nebo na vyšší odborné škole. Praktické sestry získávají odbornou způsobilost absolvováním střední zdravotnické školy (Vévoda a kolektiv, 2013, str. 104).

V případě, že všeobecná sestra dosáhla způsobilosti na střední zdravotnické škole a posléze neabsolvovala vysokoškolský obor, který má ošetrovatelské zaměření, včetně nekvalifikačních bakalářských oborů, smí samostatně, tedy bez odborného dohledu, vykonávat své povolání až po třech letech provozování povolání všeobecné sestry (Vévoda a kolektiv, 2013, str. 106).

Podstatným předpokladem pro výkon povolání všeobecné sestry je absolvování náležité školy, zvládnutí adaptačního období a následné vzdělávání. Taktéž jsou důležité osobnostní předpoklady. Osobnost člověka se utváří na biologickém podkladě, který je poté ovlivněn vším, s čím se v životě setkáváme (Venglářová a kolektiv, 2011, str. 14).

U sester i jiných ošetrovatelských profesí bychom měli usilovat o rovnoměrný rozvoj profesionality, a to ve všech třech jejích složkách. Důležité je, aby sestry měly relativně obsáhlé a aktuální vědomosti, tedy aby celoživotně a neustále rozvíjely kognitivní složku své profesionality. Stejně tak je důležité, aby sestry měly neustále kultivovanou emotivní oblast profesionality při poskytování péče a ošetřování (například aby uplatňovaly empatii, soucit, byly taktní a uměly navázat terapeutický vztah s pacientem). Rovněž je důležitá dobře rozvinutá a neustále udržovaná zručnost a dovednost, tedy behaviorální složka profesionality (Špirudová, 2015, str. 44).

2.2.1 Týmová spolupráce ve zdravotnictví

Podstatou organizace zdravotní péče jsou organizační útvary rozmanitých podob, ve kterých jsou zaměstnaní pracovníci dílčích specializací a druhů vzdělání, které jsou stanoveny zákonem. Přesně určené jsou jejich kompetence, vztahy nadřízenosti a podřízenosti i jejich pracovněprávní vztahy. V současné době dochází k rozšiřování kompetencí všeobecných sester a delegování některých specializovaných pravomocí z lékaře na všeobecnou sestru. Dochází také ke změně ve vztazích mezi pracovníky různých specializací a zároveň i k rozšíření

vzájemné spolupráce. K zajištění kvality poskytované péče je zapotřebí týmová spolupráce a dodržování jistého řádu (Vévoda a kolektiv, 2013, str. 40).

Tým se skládá ze tří a více jedinců, kteří spolu interagují, chápou společnou identitu, přijímají společné normy a cíle a vnímají jeden druhého. Tým má čtyři funkce, a to úkol v týmu, roli, pozice v mezilidské interakci a vlastní osobnost. Hlavním cílem působení je nejčastěji řešení jedinečného souhrnného úkolu nebo vykonání určitého úkolu. Často se skládá z jedinců různorodých odborností, např. lékaře, sestry, psychologa, fyzioterapeuta, sociálního pracovníka a mnoha dalších, a to dle daného úkolu nebo potřeb pacientů (Vévoda a kolektiv, 2013, str. 41).

Teambuilding

V České republice je teambuilding poměrně novou metodou. Podporuje zlepšování mezilidských vztahů a pomáhá zvyšovat efektivitu a úspěšnost pracovního týmu. Uplatňuje specifické postupy, které jsou zaměřeny na vývoj skupinových procesů, mezilidských vztahů a sociální interakce. Teambuilding je pro zdravotnické týmy velmi příhodný. Nelze si nevšimnout specifik a problémů, které zdravotnictví ovlivňují. Zdravotnická profese je vysoce pomáhající a orientovaná na člověka, proto jsou zdravotníci zatíženi nadměrným stresem, velkými nároky v oblasti komunikace a značnou potřebou dodávat energii pacientům (Venglářová a kolektiv, 2011, str. 169–171).

2.2.2 Motivace k volbě povolání

Ve zdravotnickém povolání je velmi důležitá komunikace s klienty. Je tedy důležité, aby studenti věděli, proč si toto povolání zvolili. Je vhodné, když si studenti již na začátku studia uvědomí hlavní motiv své volby. Občas je tento proces poměrně složitý. Nejlepší variantou je mít jasno již před zahájením studia. Nicméně velmi důležité je, aby si to jedinec uvědomoval při nástupu do zaměstnání. Pomáhající profese není pro každého a připustit si to není žádná ostuda. Každý z nás je jiný a důležité je, aby každý jedinec našel to, co k němu náleží a co ho baví. Na každém z nás bylo a je samotné rozhodnutí. Toto rozhodnutí je jedno z nejdůležitějších, jelikož zasahuje do daleké budoucnosti a do jisté míry stanovuje, jak se bude náš život vyvíjet a jak s ním budeme vnitřně spokojeni (Dostálová, 2016, str. 14–17).

Nejen spokojenější, ale i motivovanější jsou úspěšní pracovníci. K jejich motivaci vede hrdost na svou práci. Společně s tím roste i jejich sebedůvěra a víra ve vlastní pracovní schopnosti, která přispívá k ochotě přijímat náročnější úkoly a mnohdy je i vyhledávat. Z téhož důvodu jsou tito pracovníci schopni pracovat samostatně a přijímat vyšší odpovědnost (Urban, 2017, str. 46).

Mezi důležité předpoklady úspěšnosti zaměstnanců patří:

- správný výběr osob pro práci, která odpovídá jejich schopnostem a zájmům,
- vyhovující zaškolení a další rozvoj, který jim umožňuje dosáhnout nezbytných dovedností a pracovat s jistou mírou samostatnosti,
- eliminace nejruznějších překážek bránících pracovní úspěšnosti (Urban, 2017, str. 47).

Při motivaci zdravotnických pracovníků je klíčový faktor „péče o pacienty“, tedy motivační faktor práce samotné. Podle mnoha výzkumů je hlavním faktorem určujícím spokojenost s prací právě samotná péče o pacienty, tj, kvalita jejího poskytování, případné ocenění péče ze strany pacientů nebo třeba zlepšení zdravotního stavu pacientů. Důvody k nespokojenosti naopak vychází z chyb při poskytování zdravotní péče, neočekávaných komplikací, hrubých urážek samotným pacientem nebo jeho rodinou (Vévoda a kolektiv, 2013, str. 24).

2.2.3 Osobnostní předpoklady pro práci v pomáhající profesi

Nynější pojetí psychohygieny je šetrné k psychice zdravotníků a nabízí účelné nakládání s pracovní zátěží.

Pro zvládnutí nároků osobnosti zdravotní sestry existují následující předpoklady:

1. Poznat sám sebe. Při reálném pohledu na svou osobu znám své silné stránky a možnosti, ve kterých se mohu zdokonalit.
2. Všimát si sebe a svých reakcí. Je známo, že nelze odstříhnout své starosti. Je zdravé pozorovat své pocity, nálady a hledat a následně řešit původ nepohody. Tým, který funguje, můžeme poznat dle reakcí na starosti a problémy jeho příslušníků.
3. Dokázat komunikovat o svých potřebách, představách a potížích. V případě, že rozumíme sami sobě, svým podnětům a reakcím, je zapotřebí umět je sdělit (Venglářová a kolektiv, 2011, str. 14).

Povahové rysy

Z testu temperamentu lze získat informace o tom, jak obvykle reagujeme nebo co s námi dělá stres. Základními rysy osobnosti jedince jsou introverze a extroverze, které určují naše reakce. Člověk, který je extravertem, je družný, společenský, má rád vzrušení a legraci, nemá pod kontrolou své city. Může tedy snadno vzplanout a rychle vyhořet. Introvert je člověk spíše tichý, uzavřený, má úzký okruh přátel, nebývá agresivní ani náladový, jeho jednání je spíše plánovité než impulzivní (Venglářová a kolektiv, 2011, str. 15).

I v současné době se v učebnicích setkáváme s odkazem na starořeckého lékaře Hippokrata a jeho teorií čtyř temperamentových typů. Ty se pojí k citovému životu a projevům nálad, které převažují. **Cholerik** prožívá svoje city intenzivně a výbušně je projevuje, nemá nad nimi kontrolu. Jak prudce jeho city vznikají, tak zanikají. Opakem cholerika je **flegmatik**. Flegmatika lze popsat jako „klidáse“, kterého jen máloco vyvede z míry. Zdá se jako pomalý, ale zároveň jako stálý, vážný a spolehlivý. **Sangvinik** je člověk se sklonem k optimismu, je živý a pohyblivý. S lehkostí se nadchne pro cokoli, ale méně často u toho vytrvá. **Melancholik** je typický pro pochmurné citové ladění, se sklony k pesimismu a hůře se přizpůsobuje (Helus, 2018, str. 168).

Empatie

Empatií rozumíme schopnost vcítit se do pocitů druhého, přičemž mu dokážeme vyjádřit pochopení. Například následující větou: „Nemáte to lehké“. I přesto, že se můžeme někdy mýlit, většina lidí je ráda, že se pokoušíme vcítit do jejich pocitů a problémů, a proto nám o sobě jsou ochotni více prozradit. Můžeme se trénovat v odhadování pocitu druhého člověka, ale také můžeme cvičit naši citovou rezonanci. U empatie nejsou podstatná zvolená slova, ale především výraz v obličeji a intonace. Empatií projevujeme zájem pochopit toho, komu chceme pomoci. Nejvíce důležité je to na začátku kontaktu navázaného z důvodu poskytnutí pomoci, jelikož dodává pocit bezpečí a zájem ke spolupráci. (Sand, 2014, str. 34–35).

2.2.4 Role sestry

Dle Světové zdravotnické organizace je sestra osobou, která byla formálně přijata do ošetrovatelského vzdělávacího programu, získala požadovanou kvalifikaci k tomu, aby se stala sestrou. Sestry jsou nápomocny pacientům, rodinám, kterým pomáhají dosáhnout fyzického, mentálního a sociálního potenciálu a nadále je udržovat. Sestry jsou oprávněny k hodnocení, plánování, poskytování a vyhodnocování své profesionální péče v průběhu nemoci a rekonvalescence, která zahrnuje fyzické, mentální a sociální aspekty života a jejich dopady na zdraví, nemoc, neschopnost a umírání. Sestry mají oprávnění k samostatné práci. Sestry nesou odpovědnost za svá rozhodnutí i jednání. Sestra motivuje pacienta i jeho rodinu ke všem formám zdravotní péče tak, aby výsledkem byla jejich sebedůvěra a samostatné rozhodování při utváření zdravého životního prostředí (Plevová a kolektiv, 2018, str. 82–83).

V 50. letech 20. století role sestry upoutala pozornost sociologů, kteří se snažili definovat a charakterizovat rolové znaky práce sestry. Ze sociologických analýz vplynuly čtyři nejzákladnější rolové znaky:

1. **Funkční specifita**, která vyjadřuje nezbytnost formální a faktické odborné kompetence pro výkon povolání. Odborná kompetence je definována odborným vzděláním a dalším specializačním vzděláváním. V nemocničním zařízení je kompetence definována horizontálně, tedy typem oddělení, na kterém sestra pracuje (interní, chirurgické atd.) a které je orientované na diagnostiku a terapii určité skupiny nemocí. Dále je kompetence sestry vymežována postavením na vertikální struktuře organizace (např. při rozhodovacím právě vrchní sestry, staniční sestry apod.).
2. **Sociocentrismus**, který předpokládá, že sestra vychází z potřeb a zájmů nemocného, nikoli svých. Toto je nezbytné pro úspěšné zvládnutí role sestry. Sestry i lékaři by měli být jako lidé ve svém vlastním sociálním rozvoji tak daleko, aby orientace na druhého člověka a jeho potřeby pro ně byla samozřejmostí.
3. **Univerzalizmus** předpokládá, že je sestra schopna vykonávat svoji roli vůči všem nemocným, a to bez ohledu na její osobní postoj k nim. To samé se očekává ve vztahu ke kolegům. Určité „odosobnění“ je důležité a v zájmu pacienta, jelikož nikdy nelze zcela eliminovat sympatie a antipatie vůči klientovi.
4. **Emocionální neutralita** znamená, že je sestra schopna vždy podřídit svoji emocionalitu rozumu. Profese sestry často vyvolává intenzivní, až stálé napětí. Podstatným zdrojem napětí je značná odpovědnost za stav a život nemocného člověka. Dalším zdrojem napětí mohou být neočekávané změny u nemocného nebo třeba možnost příjmu nemocného ve velmi vážném stavu. Nutnost podřídit city rozumu ale neznamená, že má sestra zákaz citově prožívat. Zásada citové neutrality se týká hlavně situací, kdy je sestra pod tlakem, nesmí zpanikařit a musí se chovat tak, aby dobře plnila svoje povinnosti. Emocionální neutralita umožňuje vykonávat profesi bez vnitřních i vnějších konfliktů (Bužková, Plevová a kolektiv, 2011, str. 83–84).

Povinná mlčenlivost

„Platný právní předpis stanovuje poskytovatelům zdravotní péče povinnou mlčenlivost o všech skutečnostech, o kterých se dozvěděl v souvislosti s výkonem svého povolání, a v trestním zákoně pak stanovuje postih toho, kdo byť z nedbalosti neoprávněně sdělí nebo zpřístupní osobní údaje o jiném shromážděné v souvislosti s výkonem veřejné správy.

I když k porušení povinné mlčenlivosti častěji dochází při osobních jednáních verbálně, nelze opomíjet skutečnost, že nedbalostním jednáním s dokumentací také dochází k porušení povinné mlčenlivosti, které je však obecně vnímáno jako porušení závažnější.

K porušení povinné mlčenlivosti dochází zejména tím, že sestra poskytne zdravotnickou dokumentaci bez souhlasu pacienta osobám, které k nahlížení do dokumentace nemají oprávnění.

Méně často k tomuto excesu dochází tím, že je zdravotnická dokumentace zapomenuta nebo zaslána omylem jinému adresátovi.“ (Vondráček, Wirthová, 2008, str. 49).

2.2.5 Klíčové principy utváření terapeutické aliance mezi sestrou a pacientem

Vztah mezi sestrou a pacientem musí být jasně definován. Je třeba, aby oba měli ujasněny své role v procesu uzdravování. Pacient by měl aktivně přistupovat ke své léčbě, být ochoten sdílet se sestrou své zdravotní problémy, ale i radostné věci. Pacient musí být schopen přijímat pomoc a péči. Sestra nese odpovědnost za přizpůsobení léčebného a ošetrovatelského plánu, který vyhovuje aktuálním potřebám pacienta. Sestra je průvodkyní v jeho nemoci a rádcem v jeho neznalosti či nejistotě. Pro pacienta je sestra oporou v těžkých a nejistých okamžicích. Pro správnou komunikaci a vzájemnou aktivní spolupráci je důležité, aby sestra svého pacienta již od začátku léčebně vedla a navázala vztah založený na důvěře. Důležitým úkolem sestry je rozeznat rozdíl mezi léčebným, sociálním a intimním vztahem. V léčebné kooperaci je třeba aby se sestra zaměřila nejen na pacientovy potřeby, jeho léčbu a péči o něj, ale také na jeho myšlenky, přání, zkušenosti a pocity. Mezi silné osobnostní stránky pracovníků v pomáhajících profesích patří upřímnost, pozitivnost, respekt a empatie. Nevhodným chováním sestry, pacienta či někoho jiného může dojít ke zničení vztahu mezi sestrou a pacientem. Je zapotřebí, aby si i pacient byl vědom svého podílu odpovědnosti na procesu utváření léčebného vztahu s ošetrující sestrou. To samé platí i pro další osoby, například ostatní zdravotníky či rodinné příslušníky pacienta (Špirudová, 2015, str. 59).

2.2.6 Komunikace

Komunikací se rozumí poskytování zpráv, sdílení informací, vyměňování si myšlenek a vyjadřování se takovým způsobem, aby si aktéři komunikace rozuměli (Andršová, 2012, str.42).

Člověk je sociálním tvorem, který se od jiných živočichů liší schopností využívat svoji řeč jako nástroj pro dorozumívání a myšlení. Komunikace je všeobecným jevem lidské společnosti a je přímým regulátorem úrovně mezilidských vztahů. Současně je podmínkou existence všech sociálních systémů. Bez komunikace nemůže žít žádná sociální skupina. Slovo komunikace vychází z latinského slova *communicare*. Komunikace slouží k výměně informací mezi lidmi, a to v mluvené, psané, obrazové nebo činnostní podobě (Zacharová, 2016, str. 8–9).

Komunikace s pacienty

Komunikace by měla být základním umem pracovníků v pomáhajících povolání. S nadsázkou lze říci, že v pomáhající profesi je komunikace pracovním nástrojem. Pro sestru je komunikace základní dovedností, protože právě ona nejčastěji přichází do kontaktu s pacienty. Zároveň má komunikace zásadní význam uvnitř pracovního kolektivu, protože jakékoli neshody se odrážejí i v péči o pacienta, který dokáže rozpor mezi zdravotnickými pracovníky vycítit. Při komunikaci s onkologicky nemocnými je důležitá zvláštní ohleduplnost a trpělivost. Zdravotní sestra by si měla v případě nepříjemného verbálního výstupu ze strany pacienta svoji reakci pečlivě promyslet. V případě, že si není jistá, jak správně zareagovat, neměla by reagovat vůbec a měla by si vyčlenit čas na uklidnění a promyšlení. Pokud je pro ni daná situace nesnesitelná, měla by odejít a požádat o zastoupení někým z kolektivu. To ale neznamená, že by si měla nechat všechno líbit a že si pacient může dělat, cokoli ho napadne. Jde hlavně o to, aby informace, které sestra pacientovi předává, byly jasné a srozumitelné. Nicméně k nesrozumitelnosti a používání odborných výrazů mají tendenci spíše lékaři. Vždy je třeba si ověřit, že sdělované zprávy pacient porozuměl. Může se stát, že je natolik šokovaný, že psychicky úplně vypne. V tomto případě je nutné zpomalit a znovu mu sdělení zopakovat nebo ho nechat v klidu sedět či ležet do doby, než bude znovu schopen vnímat a poslouchat. Je důležité uvědomit si, že každý pacient má být vnímán jako autentický jedinec, ne jako pořadové číslo (Dostálová, 2016, str. 33–34).

Komunikace mezi sestrou a pacientem může negativně ovlivňovat řada skutečností. Některé z nich můžeme lehce identifikovat a eliminovat. Nejčastější komunikační překážkou je nevhodné prostředí, které neposkytuje dostatek soukromí, dále nevhodné načasování komunikace nebo úzkost na straně pacienta či sestry. Neexistuje univerzální rada, jak komunikovat s pacientem. Sestry musí být především empatické, schopné určit potřeby pacienta a následně na ně reagovat. (Vévoda a kolektiv, 2013, str. 75).

Komunikace a emoce

Pro úspěšnou komunikaci je zapotřebí umět pracovat se svými emocemi. V případě, že se necháme ovládnout emocemi, často dochází k neefektivnímu jednání a volbě nevhodných komunikačních strategií. K tomu, abychom se zvládli s druhými domluvit, přesvědčit je nebo třeba odmítnout, nám pomůže pochopení funkcí dvou částí mozku, a to limbického systému a neokortexu. Limbický systém je odpovědný za naše emoce, vzpomínky a návyky, jehož součástí je amygdala, která stále sleduje informace, které přicházejí ze smyslových orgánů.

V případě, že amygdala vyhodnotí danou situaci jako ohrožující, vyšle poplašné signály, převezme kontrolu nad naším myšlením a jednáním a nastává emoční únos, který se projeví například vyhlášením protiútoky, obhajobou sebe sama nebo snahou vymanit se z komunikační situace. Neokortex nám umožňuje řešit problémy, plánovat a zhodnotit situaci. Dále nám pomáhá pochopit druhého člověka, naslouchat, argumentovat a hledat společné řešení. Díky neokortexu si jsme vědomi sami sebe a jsme schopni se rozhodnout, jaké chování je pro nás v nejlepší, dokážeme zastavit a měnit své reakce (Lošťáková, 2020, str. 21–24).

Problémy komunikace v kolektivu

Mezi vlastnosti, které ztěžují komunikaci v kolektivu, patří například nadměrná soutěživost, předstírání, ponižování, pomluvy, lhaní, zkreslování skutečnosti a nesnášenlivost (Dostálová, 2016, str. 35–36).

2.3 Klinická hematologie

Hematologie je věda o krvi (řecky *haima*=krev) zabývající se buněčnými částmi krve i jejími tekutými složkami. Buněčnými částmi krve rozumíme erytrocyty, leukocyty a trombocyty. Tekutou část krve tvoří proteiny angažované v hemostáze a proteiny, které jsou metabolismem železa (Penka, Buliková a kolektiv, 2009, str. 19).

Subjektivní příznaky hematologických onemocnění jsou často nespecifické. Patří sem únava, slabost, subfebrilie, noční pocení, úbytek na váze nebo třeba nechutenství (Penka, Buliková a kolektiv, 2009, str. 19).

Podrobná rodinná a osobní anamnéza společně s objektivním vyšetřením, které je doplněné základním laboratorním vyšetřením, vede k určení správné diagnózy, kterou je třeba dále potvrdit speciálními vyšetřeními (Penka, Buliková a kolektiv, 2009, str. 20).

2.3.1 Vybraná hematologická onemocnění

Hematologické malignity jsou klonální choroby, které vznikají z hemopoetických buněk, které jsou buď zcela nezralé, nebo z buněk, které již jsou na určitém stupni vývoje (Penka, Tesařová a kolektiv, 2011, str. 289).

Akutní lymfoblastická leukémie

„Akutní lymfoblastická leukémie (ALL) je nádorové onemocnění, které vzniká maligní transformací kmenové hemopoetické buňky. Hemopoetická buňka se diferencuje v lymfoblasty.

ALL, která má infiltraci kostní dřeně menší než 20 % označujeme lymfoblastickým lymfomem.“ (Indrák, 2014, str. 249).

Epidemiologie: Jde o leukémii, která se objevuje především v dětském věku, 75 % případů ALL se objeví do 6 let věku dítěte (Penka, Tesařová a kolektiv, 2011, str. 311).

Klinický obraz: Typické je rychlé zhoršování celkového stavu nemocného v časovém horizontu dnů až týdnů. Příznaky jsou důsledkem nedostatku fyziologické krvetvorby. K tomu se navíc mohou připojit příznaky z postižení jednotlivých extramedulárních orgánů, a to například: hepatomegalie, splenomegalie, plurální výpotek (Indrák, 2014, str. 249).

Počáteční projevy nemoci: Slabost, únava, bolest kostí a kloubů, teploty, infekce, noční pocení, krvácivé projevy, nechutenství (Vydra, Novák, Lauermannová a kolektiv, 2019, str. 272).

Diagnostika: Při určování diagnózy můžeme v krevním obraze najít leukocytózu, normální počet leukocytů nebo leukopenii. Leukemické blasty jsou u většiny nemocných evidentní v periferní krvi. Vždy je nutné provést sternální punkci. Vzorky kostní dřeně získané sternální punkcí je nutné poslat na cytogenetické, molekulárně-genetické a imunofenotypizační vyšetření prováděné průtokovou cytometrií (Indrák, 2014, str. 252).

Léčba: Základní léčbou ALL je chemoterapie (Indrák, 2014, str. 253).

Akutní myeloidní leukémie

Definice: Akutní myeloidní leukémie (AML) jsou heterogenní skupinou maligních nemocí krvetvorby. Vznikají na základě klonální transformace hematopoetické kmenové buňky (Indrák, 2014, str. 260).

Epidemiologie: AML tvoří zhruba 80 % všech typů akutních leukémií dospělých jedinců. Vyskytuje se v každém věku, nejvyšší výskyt bývá u jedinců starších 60 let (Indrák, 2014, str. 260).

Klinický obraz: Potíže nemocného jedince často vyplývají z nepřítomnosti normální funkce elementů v periferní krvi. Nedostatek leukocytů způsobuje infekce a horečky. Chybění trombocytů vede ke krvácivým projevům. Nedostatek erytrocytů způsobuje únavu a slabost. Těžká anémie zapříčiní dušnost nebo závratě. (Penka, Tesařová a kolektiv, 2011, str. 293–294).

Mezi další projevy patří například slabost, únava, infekce, horečky, krvácivé projevy, bolesti hlavy. (Vydra, Novák, Lauermannová a kolektiv, 2019, str. 279).

Diagnostika: Vyšetření krevního obrazu, kde najdeme anémii, trombocytopenii a leukocytózu. Rozhodujícím výkonem pro stanovení diagnózy AML je vyšetření kostní dřeně. AML je potvrzeno cytochemickým a imunofenotypizačním vyšetřením s průkazností myeloperoxidázy a prognosticky upřesňuje vyšetření cytogenetické a molekulárně-genetické (Indrác, 2014, str. 262–263).

Léčba: Léčba spočívá v intenzivní kombinované chemoterapii. Dle prognostických činitelů může pomoci transplantace kostní dřeně.

Chronická lymfocytární leukémie

Definice: Chronická lymfocytární leukémie (CLL) je lymfoidní zhoubné onemocnění krvetvorby, které je způsobené akumulací monoklonálních a funkčně nekompetentních morfoloogicky zralých a malých B lymfocytů, které najdeme v kostní dřeni, periferní krvi a lymfatických orgánech (Vydra, Novák, Lauermannová a kolektiv, 2019, str. 235).

Epidemiologie: CLL je nejčastějším typem leukémie vyskytující se u dospělých. Střední hodnota věku je 65–72 let. Muži bývají tímto onemocněním postiženi až dvakrát více než ženy (Indrác, 2014, str. 277).

Klinický obraz: Nyní je až 75 % nemocných s CLL diagnostikováno zcela náhodně během asymptomatického období, často při vyšetření krevního obrazu v rámci pravidelné preventivní prohlídky. U většiny nemocných CLL dochází k rozvoji únavy, horečky, hubnutí či zvětšení uzlin (Indrác, 2014, str. 277).

Diagnostika: Diagnóza CLL se stanovuje z vyšetření krevního obrazu s diferenciálním počtem leukocytů. Vyšetření kostní dřeně nebo lymfatických uzlin není v tomto nutné (Vydra, Novák, Lauermannová a kolektiv, 2019, str. 236).

Léčba: U většiny nemocných je průběh onemocnění indolentní. Z toho důvodu je zásadní, zda je léčba indikována, nebo ne. Namísto paliativní chemoterapie se dnes využívá razantní chemoimunoterapie (Indrác, 2014, str. 280–281).

Chronická myeloidní leukémie

Definice: Chronická myeloidní leukémie (CML) je klonální myeloproliferativní onemocnění, které je charakteristické přítomností filadelfského chromozomu– Ph (Vydra, Novák, Lauermannová a kolektiv, 2019, str. 300).

Epidemiologie: CML tvoří zhruba 20 % všech leukemií. CML postihuje vzácně děti a adolescenty a nejvíce se vyskytuje ve věkové kategorii 53 let. Tímto onemocněním o něco častěji onemocní muži než ženy (Indrák, 2014, str. 285).

Klinický obraz: Valná většina nemocných je diagnostikována v chronické fázi, která je typická pozvolným nástupem. Zhruba 20–40 % nemocných nemá žádné příznaky a často přichází k lékaři s leukocytózou, která výrazně zvyšuje viskozitu krve. Běžnými příznaky CML bývá únava, úbytek na váze, noční pocení a anémie (Penka, Tesařová a kolektiv, 2011, str. 325).

Diagnostika: V krevním obrazu je značná leukocytóza, ale její nepřítomnost diagnózu CML nevylučuje. Diferenciální rozpočet je typický posunem doleva, kde se vyplavují nezralé formy včetně několik procent blastů a promyelocytů (Indrák, 2014, str. 286).

Léčba: V počáteční léčbě se stále využívá cytoredukce hydroxyureou. Při hyperleukocytóze je vhodným řešením leukaferéza. Urgentní provedení leukaferézy je nevyhnutelné spolu s antikoagulační léčbou a další podpůrnou léčbou, která je důležitá ke zvládnutí syndromu leukostázy (Indrák, 2014, str. 288).

Maligní lymfomy

Definice: Maligní lymfomy jsou nádorová onemocnění, která vycházejí z lymfocytů. K jejich poznání docházelo postupně, nejdříve došlo k odštěpení dvou jednotek. Specifickou jednotku tvořil Hodgkinův lymfogramulom. Podobná onemocnění byla řazena do skupiny nehogkinských lymfomů, které se dělí na lymfomy vycházející z B lymfocytů a lymfomy vycházející z T lymfocytů. Početnější skupinu tvoří lymfomy z B lymfocytů. Maligní lymfomy mohou vznikat v periferních uzlinách nebo v kterémkoli orgánu, jako je například kost, ledvina, mozek, varle nebo střevo (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kolektiv, 2012, str. 389–390).

Klinický obraz: Maligní lymfomy se mohou projevovat celkovými příznaky nebo příznaky vycházejících z místního růstu lymfomu. Do celkových příznaků můžeme zařadit například noční pocení, zvýšenou teplotu, úbytek na váze a zvýšenou únavu, která nemá příčinu. Následující příznaky se mohou objevit současně nebo jednotlivě: zvětšení uzlin na krku, v podpaží nebo v tříselech, zvětšená slezina. Dále sem patří zvětšení uzlin v dutině břišní, které způsobí trávicí obtíže nebo útlak močového, v jehož důsledku dochází k poruše odtoku moči z ledvin (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kolektiv, 2012, str. 389–390).

Stádia onemocnění:

STADIUM I – dochází k postižení jedné uzlinové oblasti,

STADIUM II – dochází k postižení dvou uzlinových oblastí na jedné straně bránice,

STADIUM III – dochází k postižení uzlin na obou stranách bránice (nad i pod bránicí),

STADIUM IV – generalizované postižení uzlin i kostní dřeni (Indrák, 2014, str. 340).

Diagnostika: Diagnóza je stanovena histologickým a imunohistochemickým vyšetřením tkáně, která byla získána biopsií nebo exstirpací z postiženého orgánu, často lymfatické uzliny (Indrák, 2014, str. 339).

Léčba: Léčba maligních lymfomů je závislá na rozsahu onemocnění. V raných stádiích, kdy je postižení lokalizováno, se uplatňuje radioterapie. Ve stádiích pokročilých se využívá chemoterapie s použitím více preparátů. Především časná stádia lze považovat za vyléčitelná (Penka, Tesařová, 2011, str. 357).

2.3.2 Chemoterapie

Chemoterapie znamená podávání léků, jež jsou produkty chemické syntézy. V onkologii pojem chemoterapie znamená podávání léků (cytostatik), které mají za účel zabít buňky svým cytotoxickým účinkem (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kolektiv, 2012, str. 119).

Cytostatika zastavují proces buněčného dělení a buňky zničí tím, že poškodí jejich genetickou informaci. Rychlost buněčného dělení ve zdravých tkáních určuje, která zdravá tkáň bude poškozena více či méně. Sliznice zažívacího ústrojí a krevní tvořba mají nejrychleji se obnovující zdravé buňky, a proto jsou působením cytostatiky poškozovány nejvíce. Cytostatika se nejčastěji dávají dle povrchu těla pacienta, který je vypočten z hodnoty výšky a hodnoty hmotnosti nemocného. U většiny cytostatik se při určování vhodné dávky musí brát ohled také na funkci ledvin a jater. Principem úspěchu léčby je podávat cytostatikum v určitých intervalech, aby mezi jednotlivými podáními nedocházelo k nárůstu počtu buněk maligního charakteru, ale aby se jejich počet snižoval (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kolektiv, 2012, str. 121).

S cytostatiky je nutno zacházet jako s kancerogeny, a to při ředění, manipulaci i podávání nemocnému (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kolektiv, 2012, str. 121).

2.3.3 Žilní vstupy pro podávání cytostatik

Pacient s onkologickou diagnózou je s ohledem na přítomnost malignity a nežádoucí účinky protinádorové léčby vystaven značným rizikům, která mohou komplikovat životnost i funkčnosti žilního vstupu. U každého pacienta by měly být před zahájením léčby vyhodnoceny rizikové faktory pro paravazaci léčiva. Cílem je najít pacienty, kteří mají primárně insuficientní žilní systém nebo u nich žilní insuficience hrozí. Malignita je onemocnění, které zásadně souvisí s imunitním systémem. S postupem onemocnění souvisí vyšší náchylnost k infekčním komplikacím, jejichž výskyt znásobuje protinádorová léčba s imunosupresivním efektem. Péče o dlouhodobě zavedený žilní vstup podléhá v onkologii velmi striktním pravidlům, která vedou ke snížení vzniku infekčních komplikací (Charvát a kolektiv, 2016, str. 137).

Intravenózní port

Intravenózní implantabilní port je dlouhodobý a trvalý žilní vstup. Nejčastěji je využíván u onkologických pacientů, nejlépe před zahájením léčby. Implantabilní podkožní intravenózní port především zkvalitňuje život onkologicky nemocných (Charvát a kolektiv, 2016, str. 83).

Důvodem k zavedení žilního vstupu u onkologických pacientů je nejčastěji podání cytostatické léčby, ale i podání parenterální výživy nebo aplikace podpurné léčby (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kolektiv, 2012, str. 121).

Implantabilní port je jednoduchý systém, který se skládá ze dvou částí: portu a katétru. K aplikaci do portu je nutné využívat pouze jehly se speciálním hrotem, tzv. Huberovy jehly (Charvát a kolektiv, 2016, str. 83).



Obrázek 1 - Huberova jehla

Periferně zavedený centrální žilní katétr

Periferně zavedený centrální katétr splňuje požadavky centrálního žilního vstupu. Jde o katétr, který se zavádí pomocí ultrazvuku do některé z žil na paži – *vena basilica*, *vena cephalica* nebo *vena brachialis*. Konec katétru je umístěn v oblasti přechodu horní duté žíly a pravé síně (Charvát a kolektiv, 2016, str. 100).

Průměrná doba možnosti využití tohoto katétru je v České republice zhruba 3 měsíce. (Charvát a kolektiv, 2016, str. 101).

Mezi nejčastější indikace k zavedení PICC patří střednědobá nebo dlouhodobá terapie léčivy, která vyžaduje výhradně vstup do centrálního řečiště. Jedná se především o protinádorovou léčbu, tedy podávání cytostatik. Dále se PICC využívá při podávání krevních derivátů nebo parenterální výživy, při častém měření centrálního žilního tlaku nebo při častých odběrech krve (Charvát a kolektiv, 2016, str. 102).

2.3.4 Diagnostika nádorových chorob

ANAMNÉZA: Anamnéza se velice často podceňuje. Nicméně informace o rizikovém zaměstnání nemocného nebo genetické zátěži onkologickým onemocněním v jeho rodině mohou být velice důležité. Záměrně se ptáme na tzv. varovná znamení, mezi která řadíme například dlouhodobé nechutenství nebo hubnutí, přetrvávající kašel, přítomnost krve v moči nebo ve stolici (Klener, 2011, str. 23).

K anamnéze musíme přistupovat velmi opatrně a pečlivě, někteří pacienti mohou vlivem strachu onemocnění zlehčovat, nebo dokonce zatajit zdravotní obtíže (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kolektiv, 2012, str. 62).

FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ: Palpací můžeme zjistit zvětšené mízní uzliny (Klener, 2011, str. 24).

LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ – HEMATOLOGICKÉ: Změny v krevním obraze mohou být projevem nádorového onemocnění, ale i protinádorové léčby. Častokrát vyšetřujeme počet erytrocytů, leukocytů, trombocytů, hematokritu a množství hemoglobinu. Stav bílých krvinek přítomných v periferní krvi můžeme zjistit pomocí vyšetření diferenčního obrazu, počtu a morfologie bílých krvinek (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kolektiv, 2012, str. 64).

ZOBRAZOVACÍ METODY: Výběr ze zobrazovacích metod závisí na lokalizaci nádoru. Většinou jako první ordinujeme ultrasonografii, která může zobrazit například zvětšené uzliny (Klener, 2011, str. 25).

PET-CT neboli pozitronová emisní tomografie nám umožňuje znázornit metabolickou aktivitu buněk (Klener, 2011, str. 25). Tato vyšetřovací metoda najde uplatnění při stagingu nebo restagingu nádorových onemocnění (Ferda a kolektiv, 2015, str. 85). PET-CT používá látku fluorodeoxyglukózu (Ferda a kolektiv, 2015, str. 85). Její akumulace znamená aktivní nádor (Klener, 2011, str. 25). Kombinace PET a CT vyšetření má větší vypovídací hodnotu, a proto má dnes přednost před samotným PET vyšetřením (Klener, 2011, str. 25).

MAGNETICKÁ REZONANCE

Magnetická rezonance (MR) používá kombinaci silného magnetického pole, radiových vln a počítačového zpracování, které vytvoří průřezové obrazy tělesných struktur. Ze všech metod nám magnetická rezonance nejlépe zobrazuje rozsah maligního onemocnění. Proto je MR považována za základ při plánování léčby radioterapií (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kolektiv, 2012, str. 67–68).

PRŮTOKOVÁ CYTOMETRIE umožňuje pomocí monoklonálních protilátek rychlý rozbor leukocytárních populací a imunofenotypizaci lymfocytů (Klener, 2011, str. 27).

NÁTĚRY PERIFERNÍ KRVE A KOSTNÍ DŘENĚ

Pro morfologické hodnocení je kritický perfektní preparát. Velice záleží na správné technice provedení a barvení samotného preparátu. Malá kapka krve nebo kostní dřeně se umístí na střední čáru podložního skla zhruba 1,5 cm od jeho užší hrany. Roztíracím sklem, které je nakloněné v úhlu 45°, posouváme od středu podložního skla ke kapce krve, která se po dotyku s roztíracím sklem rozprostře po celé délce jeho hrany. Rovnoměrným tahem roztíracího skla po skle podložním směrem od kapky je rozetřena všechna krev nebo aspirát s částicemi z kostní dřeně (Penka, Tesařová, 2011, str. 72).

PUNKCE A ASPIRACE KOSTNÍ DŘENĚ

Jedná se o odběr malého množství dřeňové krve s částicemi kostní dřeně na cytologické vyšetření a průtokovou cytometrii. Obvykle se volí ještě další vyšetření, a to například cytogenetika a molekulární genetika (Vydra, Novák, Lauermannová a kolektiv, 2019, str. 380).

Je důležité pacientovi vysvětlit důvod vyšetření a samotný výkon. Odběr se provádí ze sternu zhruba ve 3. – 4. mezižebří nebo ze *spiny iliacy posterior superior* (Vydra, Novák, Lauermannová a kolektiv, 2019, str. 380).

Po natažení dřeňové krve ihned provádím nátěr získaného materiálu na připravená sklíčka (Vydra, Novák, Lauermannová a kolektiv, 2019, str. 381).

Kapku dřeňové krve umístíme na podložní sklíčko. Pomocí nátěrového sklíčka, které je pod úhlem 45°, rovnoměrně rozetřeme kapku krve. Pohyb musí být rovnoměrný a bez změny úhlu. Tento postup opakujeme na natření všech plánovaných sklíček (Vydra, Novák, Lauermannová a kolektiv, 2019, str. 382).

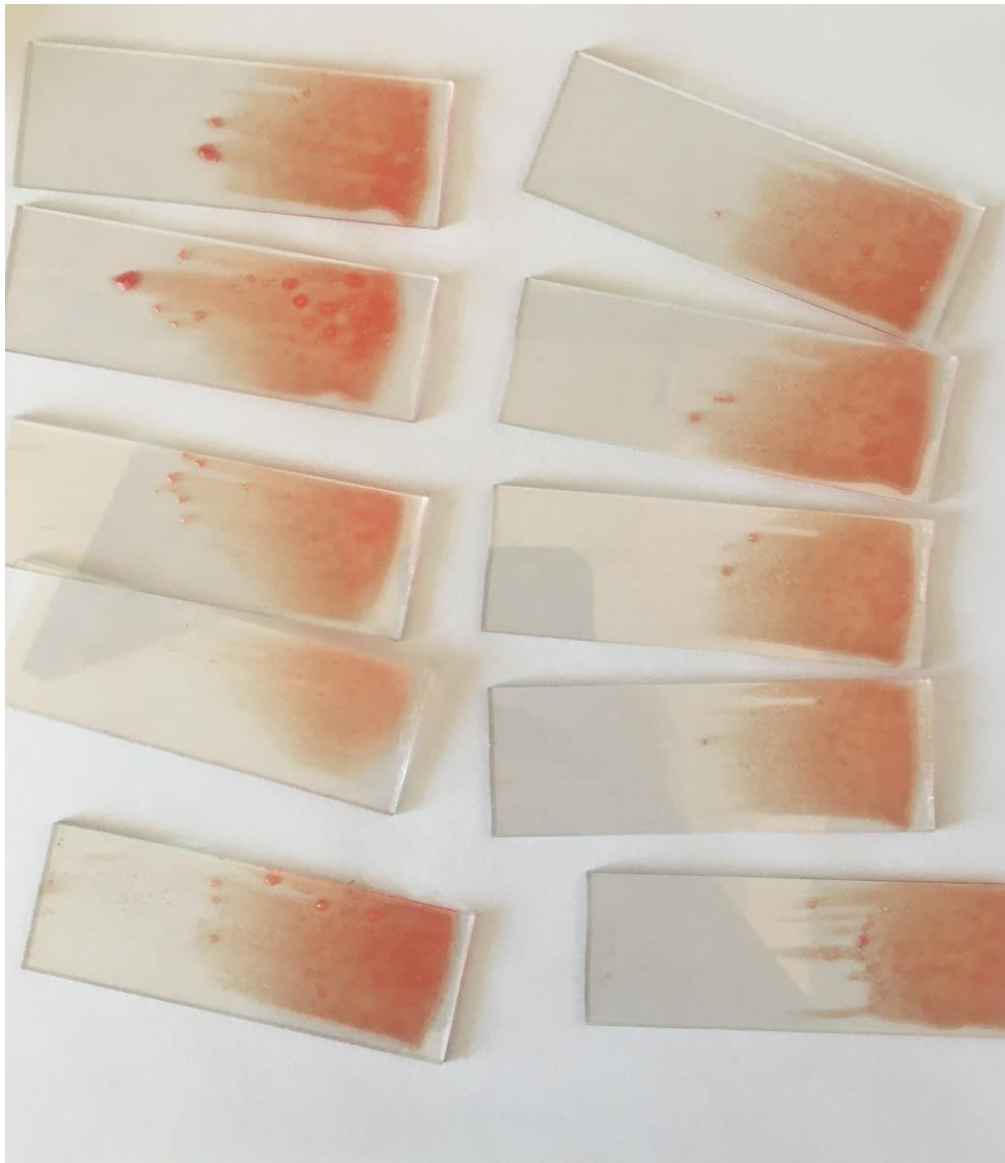
TREPANOBIOPSIE

Jedná se o odběr cca 2–3 cm dlouhého bioptického válečku kostní dřeně, který slouží k histologickému vyšetření. Současně se provádí aspirace kostní dřeně pro další vyšetření (Vydra, Novák, Lauermannová a kolektiv, 2019, str. 383).

Pacientovi je nutné výkon vysvětlit a připravit ho na něj. Trepanobiopsie se provádí z lopaty kosti kyčelní (Vydra, Novák, Lauermannová a kolektiv, 2019, str. 383).

Provedení samotné trepanobiopsie:

Trepanobioptická jehla se zavádí rovně dolů, kolmo na hrbol kosti kyčelní. Vahou předloktí, které máme volné, pronikneme vrtavým pohybem do dřeňové dutiny. Poté se odstraní mandrén jehly. Opatrně se změní sklon jehly tak, aby její hrot směřoval podélně průběhem dřeňové dutiny směrem na hrbol kosti kyčelní. Pomalým a vrtavým pohybem se zavede jehla zhruba 2 až 3 cm do dřeňové dutiny. Jehla se vytahuje kroutivým pohybem. Místo vpichu se musí stlačit tamponkem. Z bioptické jehly vytlačíme bioptický vzorek. Zalepíme místo vpichu.



Obrázek 2 – Odebraná kostní dřeň na vyšetřovacích sklíčkách

3 PRŮZKUMNÁ PRAKTICKÁ ČÁST

Tématem bakalářské práce je psychická zátěž všeobecných sester na oddělení klinické hematologie.

3.1 Průzkumné otázky

1. Jsou všeobecné sestry pracující na odděleních klinické hematologie spokojeny se svým současným zaměstnáním?
2. Jaké jsou zatěžující vlivy na práci všeobecných sester zaměstnaných na odděleních klinické hematologie?
3. Jak nebo čím se všeobecné sestry pracující na odděleních klinické hematologie odreagovávají od svého zaměstnání?

3.2 Metodika

Kvantitativní výzkum byl prováděn dotazníkovým způsobem na třech různých odděleních klinické hematologie ve druhé polovině listopadu 2020. Jednalo se o ambulantní zařízení klinické hematologie, standardní lůžkové oddělení klinické hematologie a onkologicko-hematologickou intenzivní péči. O vyplnění dotazníků jsem požádala sestry, které jsem předem informovala o jeho účelu a celkové anonymitě. Celkem jsem rozdala 45 dotazníků. Pro lepší objektivnost při zpracování dat jsem dala na všechna tři oddělení stejný počet dotazníků. Zpět se mi vrátilo všech 45 (100 %) dotazníků, které byly kompletně vyplněné a tím pádem vhodné ke zpracování. Dotazník byl zcela anonymní a obsahoval celkem 18 otázek. U 12 otázek bylo možné vybrat odpověď z nabídnutých možností, 6 otázek bylo s možností označit více odpovědí, přičemž otázky číslo 11, 15 a 18 měly přímou návaznost na otázku předešlou. Dotazník byl rozdělen do tří oblastí. První byla zaměřena na spokojenost zaměstnanců oddělení klinické hematologie. Další se týkala zatěžujících vlivů a míru stresu při práci všeobecných sester zaměstnaných na odděleních klinické hematologie. Poslední část se věnovala činnostem, které využívají zaměstnanci ke své relaxaci. Respondenti byli zaměstnanci Fakultní nemocnice na odděleních klinické hematologie. Jediným z kritérií pro zařazení respondenta do průzkumu bylo, aby na oddělení klinické hematologie dané fakultní nemocnice pracoval/a na pozici praktická sestra, všeobecná sestra, sestra z oboru anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče nebo zdravotnický záchranář. Dále bylo požadováno, aby byl respondent starší 18 let a na oddělení klinické hematologie pracoval nejméně jeden rok. Zajímaly mě zkušenosti žen i mužů pracujících na různých typech oddělení klinické

hematologie. Výše uvedená tři oddělení jsem vybrala z toho důvodu, že na každém z nich má práce určitá specifika.

3.3 Interpretace a zpracování dat

Jednotlivé otázky jsou postupně zpracovány dle odevzdaných dotazníků z jednotlivých oddělení a výsledky jsou zpracovány do tabulek. Celkem jsem zpracovávala 45 odevzdaných dotazníků. Respondenti jsou různého vzdělání a věku. Ve věku 20–29 let bylo 16 respondentů, ve věku 30–39 let bylo 8 dotazovaných, 40–49 let uvedlo 15 zaměstnanců a mezi 50–60 lety bylo v 6 respondentům. Převyšoval počet žen, kterých bylo 44 a muž pouze jeden.

Otázka číslo 1 – *Jaké je vaše pohlaví?*

Z ambulantního zařízení klinické hematologie vyplňovalo dotazník 15 (100 %) žen, ze standardního lůžkového oddělení klinické hematologie 15 (100 %) žen, z onkologicko-hematologické intenzivní se průzkumu účastnil 1 (6,67 %) muž a 14 (93,33 %) žen.

Tabulka 1 – Složení vzorku respondentů podle pohlaví (vlastní zpracování)

	Ambulantní zařízení klinické hematologie		Standardní lůžkové oddělení klinické hematologie		Onkologicko- hematologická intenzivní péče	
Muž	0	0 %	0	0 %	1	6,67 %
Žena	15	100 %	15	100 %	14	93,33 %

Zdroj: vlastní zpracování

Otázka číslo 2 – Kolik je vám let?

Na ambulantním zařízení klinické hematologie jsou respondenti 3 (20 %) ve věku 20–29 let, stejně tak ve věkovém rozmezí 30–39 let jsou 3 (20 %) respondenti, mezi 50–60 lety je dalších 3 (20 %), věk mezi 40–49 lety uvedlo 6 (40 %) dotázaných. Na standardním lůžkovém oddělení klinické hematologie je ve věku 20–29 let 11 (73,34 %) respondentů, ve věku 30–39 let ani jeden respondent, ve věkových skupinách 40–49 let a 50–60 let je na oddělení po 2 (13,33 %) respondentkách. Na onkologicko-hematologické intenzivní péči uvedli 2 (13,33 %) respondenti věk 20–29 let, 5 (33,33 %) dotazovaných uvedlo věk 30–39 let, ve věku 40–49 je na oddělení 7 (46,67 %) respondentů a ve věku 50–60 let pouze 1 (36,67 %) respondent.

Tabulka 2 – Složení vzorku respondentů podle let na jednotlivých odděleních

	Ambulantní zařízení klinické hematologie		Standardní lůžkové oddělení klinické hematologie		Onkologicko- hematologická intenzivní péče	
20–29 let	3	20,00 %	11	73,34 %	2	13,33 %
30–39 let	3	20,00 %	0	0 %	5	33,33 %
40–49 let	6	40,00 %	2	13,33 %	7	46,67 %
50–60 let	3	20,00 %	2	13,33 %	1	6,67 %

Zdroj: vlastní zpracování

Otázka číslo 3 – Jaké je Vaše dosavadní vzdělání?

V ambulantním zařízení oddělení klinické hematologie má střední školu s maturitou 7 (46,69 %) respondentů, vyšší odbornou školu 5 (33,35 %) respondentů a vysokou školu 3 (20,11 %) respondenti. Na oddělení standardní lůžkové klinické hematologie je středoškolsky vzdělaných s maturitou 12 (80,4 %) respondentů, vyšší odbornou školu absolvovali 2 (13,33 %) respondenti a vysokoškolského vzdělání dosáhl 1 (6,67 %) respondent. Na oddělení onkologicko-hematologické intenzivní péče má 7 (46,67 %) respondentů střední školu s maturitou, 3 (20,11 %) respondenti vyšší odbornou školu a 5 (33,35 %) respondentů získalo vysokoškolské vzdělání.

Tabulka 3 – Složení vzorku zdravotníků dle vzdělání

	Ambulantní zařízení klinické hematologie		Standardní lůžkové oddělení klinické hematologie		Onkologicko- hematologická intenzivní péče	
Střední škola s maturitou	7	46,67 %	12	80,00 %	7	46,67 %
Vyšší odborná škola	5	33,33 %	2	13,33 %	3	20,00 %
Vysoká škola	3	20,00 %	1	6,67 %	5	33,33 %

Zdroj: vlastní zpracování

Otázka číslo 4 – Jaké je Vaše pracovní zařazení?

V této otázce se ukázalo, že na těchto třech odděleních pracuje nejčastěji pracují praktické a všeobecné sestry. Zdravotnický záchranář není uveden v žádném ze 45 dotazníků. Na ambulantním zařízení klinické hematologie je praktická sestra 14x (93,33 %) a 1x (6,67 %) sestra z oboru anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče. Všeobecná sestra zde není žádná. Na standardním lůžkovém oddělení klinické hematologie byla 8x (53,33 %) uvedena praktická sestra a 7x (46,67 %) všeobecná sestra, jiné pracovní zařazení zde nebylo uvedeno. Na oddělení onkologicko-hematologické intenzivní péče je 11x (73,34 %) sestra všeobecná a 4x (26,44 %) sestra z oboru anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče. Na tomto oddělení není žádná praktická sestra.

Tabulka 4 – Složení zdravotního personálu dle pracovního zařazení

	Ambulantní zařízení klinické hematologie		Standardní lůžkové oddělení klinické hematologie		Onkologicko- hematologická intenzivní péče	
Praktická sestra	14	93,33 %	8	53,33 %	0	0 %
Všeobecná sestra	0	0 %	7	46,67 %	11	73,33 %
Zdravotnický záchranář	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Sestra z oboru Anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče	1	6,67 %	0	0 %	4	26,67 %

Zdroj: vlastní zpracování

Otázka číslo 5 – Na jakém oddělení pracujete?

Z tabulky plyne, že z každého oddělení bylo odevzdáno 15 dotazníků, což je 100 % dotázaných.

Tabulka 5 – Počet odevzdaných dotazníků dle jednotlivých oddělení

Ambulantní zařízení klinické hematologie		Standardní lůžkové oddělení klinické hematologie		Onkologicko- hematologická intenzivní péče	
15	100 %	15	100 %	15	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Otázka číslo 6 – Kolik let pracujete na oddělení klinické hematologie?

V ambulantním zařízení klinické hematologie nepracuje nikdo pod dobu 16–20 let. Možnost 1–5 let je zastoupena 5x (33,33 %), 6–10 let 7x (46,67 %), 11–15 let 2x (13,33 %) a 21 a více let 1x (6,67 %). Na standardním lůžkovém oddělení klinické hematologie uvedli respondenti možnost 1–5 let 11x (73,34 %), 6–10 let 2x (13,33 %), možnost 21 a více let rovněž 2x (13,33 %), do kategorie 11–15 let a 16–20 nepatřil žádný respondent. Na oddělení onkologicko-hematologické intenzivní péče jsou zastoupeny všechny kategorie, a to následovně: 1–5 let 6x (40,00 %), 6–10 let 2x (13,33 %), 11–15 let 1x (6,67 %) a 16–20 let a 21 let po 3 (20,00 %).

Tabulka 6 – Délka praxe na jednotlivých odděleních klinické hematologie

	Ambulantní zařízení klinické hematologie		Standardní lůžkové oddělení klinické hematologie		Onkologicko- hematologická intenzivní péče	
1–5 let	5	33,33 %	11	73,34 %	6	40,00 %
6–10 let	7	46,67 %	2	13,33 %	2	13,33 %
11–15 let	2	13,33 %	0	0 %	1	6,67 %
16–20 let	0	0 %	0	0 %	3	20,00 %
21 let a více	1	6,67 %	2	13,33 %	3	20,00 %

Zdroj: vlastní zpracování

Otázka číslo 7 – Jste spokojen/a se svým zaměstnáním na oddělení klinické hematologie?

Na ambulantním zařízení klinické hematologie je odpověď „Ano“ zvolilo 6 (40 %) respondentů, „Spíše ano“ 8 (53,33 %) respondentů, „Nevím“ 1 dotazovaný, „Spíše ne“ a „Ne“ neuvedl nikdo. Na standardní lůžkové klinické hematologii uvedli „Ano“ 4 (26,66 %) respondenti, „Spíše ano“ 11 (73,34 %) respondentů, zbylé možnosti nevybral nikdo. Na onkologicko-hematologické intenzivní péči označilo „Ano“ 6 (40 %) respondentů, „Spíše ano“ 8 (53,33 %) respondentů, „Spíše ne“ 1 (6,67 %) respondent, možnost „Ne“ a „Nevím“ zůstala nevyužita.

Tabulka 7 – Spokojenost zaměstnanců jednotlivých oddělení

	Ambulantní zařízení klinické hematologie		Standardní lůžkové oddělení klinické hematologie		Onkologicko- hematologická intenzivní péče	
Ano	6	40,00 %	4	26,66 %	6	40,00 %
Spíše ano	8	53,33 %	11	73,34 %	8	53,33 %
Nevím	1	6,67 %	0	0 %	0	0 %
Spíše ne	0	0 %	0	0 %	1	6,67 %
Ne	0	0 %	0	0 %	0	0 %

Zdroj: vlastní zpracování

Otázka číslo 8 – Přemýšlel/a jste někdy o změně povolání?

Respondenti z ambulantního zařízení klinické hematologie označili odpověď „Ano“ 9x (60 %) a odpověď „Ne“ 6x (40 %). Na standardním lůžkovém oddělení klinické hematologie odpovědělo „Ano“ 6 (40 %) respondentů a možnost „Ne“ 9 (60 %) respondentů. Na onkologicko-hematologické intenzivní péči uvedlo možnost „Ano“ 7 (46,67 %) dotázaných a možnost „Ne“ 8 (53,33 %) dotázaných.

Tabulka 8 – Ochota respondentů změnit zaměstnání

	Ambulantní zařízení klinické hematologie		Standardní lůžkové oddělení klinické hematologie		Onkologicko- hematologická intenzivní péče	
Ano	9	60,00 %	6	40,00 %	7	46,67 %
Ne	6	40,00 %	9	60,00 %	8	53,33 %

Zdroj: vlastní zpracování

Otázka číslo 9 – Jak se nejčastěji cítíte, když odcházíte ze zaměstnání domů?

Z ambulantního zařízení klinické hematologie odchází 14 (93,33 %) respondentů unaveně a 1 (6,67 %) respondent má stejné pocity jako ráno. Po ukončení směny na standardním lůžkovém oddělení klinické hematologie je unavených 14 (93,33 %) respondentů a 1 (6,67 %) respondent uvedl možnost „Jinak“ a uvedl: unaveně, našťvaně a smutně. Z onkologicko-hematologické intenzivní péče odchází ze zaměstnání unaveně 7 (46,66 %) respondentů, našťvaně 1 (6,67 %) respondent, stejně jako ráno se cítí 3 (20 %) respondenti a vesele také 3 (20 %) respondenti, 1 (6,67 %) respondent uvedl možnost „Jinak“ a doplnil: unaveně, vesele, někdy smutně.

Tabulka 9 – Pocity zaměstnanců po ukončení směny

	Ambulantní zařízení klinické hematologie		Standardní lůžkové oddělení klinické hematologie		Onkologicko- hematologická intenzivní péče	
Unaveně	14	93,33 %	14	93,33 %	7	46,66 %
Našťvaně	0	0 %	0	0 %	1	6,67 %
Stejně jako jsem ráno přicházela	1	6,67 %	0	0 %	3	20,00 %
Vesele	0	0 %	0	0 %	3	20,00 %
Smutně	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Jinak, uveďte jak	0	0 %	1	6,67 %	1	6,67 %

Zdroj: vlastní zpracování

Otázka číslo 10 – Jaké situace jsou pro Vás v zaměstnání psychicky zatěžující?

Respondenti mohli uvést více odpovědí, proto nejsou odpovědi zpracovány procentuálně. Na ambulantním zařízení klinické hematologie označilo možnost „Úmrtí pacienta“ 9 dotázaných, možnost „Nový pacient s nepříznivou diagnózou“ 5 dotázaných. Volbu „Podávání cytostatik“ označili 2 dotázaní, možnost „Paliativní péče“ rovněž 2 respondenti, volbu „Péče o mladé, těžce nemocné“ zvolilo 11 dotázaných, možnost „Vztahy na pracovišti neuvedl nikdo“. Odpověď „Jiné“ označili 2 dotázaní (1x nedostatek personál a 1x nevhodné pracovní prostředí, hluk, množství telefonátů). Na standardním lůžkovém oddělení klinické hematologie bylo uvedeno „Úmrtí pacienta 9x“, „Nový pacient s nepříznivou diagnózou“ 6x, „Podávání cytostatik“ 4x, „Paliativní péče“ 5x, „Péče o mladé, těžce nemocné“ 13x, „Vztahy na pracovišti“ 4x, Jiné 1x, a to s doplněnou odpovědí: špatná spolupráce. Na onkologicko-hematologické intenzivní péči uvedlo možnost „Úmrtí pacienta“ 11 respondentů, možnost „Nový pacient s nepříznivou diagnózou“ 8 respondentů, možnost „Podávání cytostatik“ 2 respondenti, „Paliativní péči“ uvedli 3 respondenti, odpověď „Péči o mladé, těžce nemocné označilo“ 13 respondentů, „Vztahy na pracovišti“ byly označeny 1x, možnost „Jiné“ byla uvedena 5x, z toho 1x byla doplněna nefunkční paliativní péče a 1x péče o přátele, u tří odpovědí není uveden důvod.

Tabulka 10 – Situace vyvolávající psychickou zátěž

	Ambulantní zařízení klinické hematologie	Standardní lůžkové oddělení klinické hematologie	Onkologicko- hematologická intenzivní péče
Úmrtí pacienta	9	9	10
Nový pacient s nepříznivou diagnózou	5	6	8
Podávání cytostatik	2	4	2
Paliativní péče	2	5	3
Péče o mladého, těžce nemocného pacienta	11	13	12
Vztahy na pracovišti	0	4	1
Jiné	2	1	2

Zdroj: vlastní zpracování

Otázka číslo 11 – V předchozí otázce očíslojte Vámi vybrané odpovědi tak, jakou měrou Vás zatěžují. Čísly od 1 do 10, přičemž 1 je psychická zátěž nepatrná/minimální, 10 je psychická zátěž maximální.

Respondenti měli V předchozí otázce očíslovat jimi vybrané odpovědi podle míry zátěže uvedených situací čísly od 1 do 10, přičemž 1 značí psychickou zátěž nepatrnou/minimální, 10 psychickou zátěž maximální.

V ambulantním zařízení klinické hematologie je uvedena možnost „Úmrtí pacienta“ 9x a míra stresu je 1x2, 1x3, 1x4, 2x5, 4x8. Možnost „Nový pacient s nepříznivou diagnózou“ je uvedena 5x a míra stresu je 1x6, 3x7, 1x8. „Podávání cytostatik“ 2x a míra stresu je 1x10, 1x9. „Paliativní péče“ 2x, míra stresu je 1x5, 1x8. „Péče o mladého, těžce nemocného pacienta“ byla uvedena v 11 dotaznících a míra stresu se pohybovala 1x1, 1x3, 2x5, 1x6, 2x7, 2x8, 1x9, 1x10. Možnost „Jiné“ byla uvedena 2x, z toho 1x7 je důvod nedostatek personálů a 1x8 nevhodné pracovní prostředí, hluk a množství telefonátů. V dotaznících standardního lůžkového oddělení klinické hematologie bylo uvedeno „Úmrtí pacienta“ 10x a míra stresu je 3x4, 2x5, 1x8, 1x9, 2x10. „Nový pacient s nepříznivou diagnózou“ 6x a míra stresu je 1x2, 2x3, 1x5, 1x7, 1x8. „Podávání cytostatik“ 4x a míra stresu je 2x2, 1x5, 1x4. „Paliativní péče“ 5x, míra stresu je 1x1, 2x5, 1x7, 1x8. „Péče o mladé, těžce nemocné“ byla uvedena 13x, míra stresu 2x3, 2x4, 2x5, 2x6, 2x8, 1x9, 2x10. Vztahy na pracovišti uvádí 4 respondenti, což vyvolává míru stresu 1x1, 1x3, 1x5, 1x8. „Jiné“ bylo uvedeno 1x8, jedná se o špatnou spolupráci. Na onkologicko-hematologické intenzivní péči respondenti uvedli „Úmrtí pacienta“ 10x a míra stresu je 2x3, 2x4, 1x5, 1x8, 3x9, 1x10. „Nový pacient s nepříznivou diagnózou“ 8x a míra stresu je 1x3, 1x4, 3x6, 1x8, 2x7. „Podávání cytostatik“ 2x a míra stresu je 1x1, 1x2. „Paliativní péče“ 3x, míra stresu je 1x2, 1x3, 1x7. „Péče o mladé, těžce nemocné“ byla uvedena 12x, míra stresu 1x5, 3x7, 1x8, 3x9, 4x10. „Vztahy na pracovišti“ uvádí 4 respondent, a to při míře stresu 10. „Jiné“ bylo uvedeno 2x, z toho 1x8 nefunkční péče paliativní, 1x8 péče o přátele.

Tabulka 11 – Míra zátěže jednotlivých respondentů v daných situacích

	Ambulantní zařízení klinické hematologie	Standardní lůžkové oddělení klinické hematologie	Onkologicko- hematologická intenzivní péče
Úmrtí pacienta	1x2, 1x3, 1x4, 2x5, 4x8	3x4, 2x5, 1x8, 1x9, 2x10	2x3, 2x4, 1x5, 1x8, 3x9, 1x10
Nový pacient s nepříznivou diagnózou	1x6, 3x7, 1x8	1x2, 2x3, 1x5, 1x7, 1x8	1x3, 1x4, 3x6, 1x8, 2x7
Podávání cytostatik	1x10, 1x9	2x2, 1x5, 1x4	1x1, 1x2
Paliativní péče	1x5, 1x8	1x1, 2x5, 1x7, 1x8	1x2, 1x3, 1x7
Péče o mladého, těžce nemocného pacienta	1x1, 1x3, 2x5, 1x6, 2x7, 2x8, 1x9, 1x10	2x3, 2x4, 2x5, 2x6, 2x8, 1x9, 2x10	1x5, 3x7, 1x8, 3x9, 4x10
Vztahy na pracovišti		1x1, 1x3, 1x5, 1x8	1x10
Jiné	1x7, 1x8	1x8	1x5, 1x8

Zdroj: vlastní zpracování

Otázka číslo 12 – Se kterou z uvedených situací se v zaměstnání setkáváte nejčastěji?

V ambulantním zařízení klinické hematologie respondenti uvedli ve 12x (80 %) „Podávání cytostatik“, 3x (20 %) respondenti uvedli „Úmrtí pacienta“. Na oddělení standardní lůžkové klinické hematologie se dle 15 (100 %) respondentů nejčastěji podávají cytostatika. Na onkologicko-hematologické intenzivní péči respondenti uvedli „Podávání cytostatik“ 13x (86,66 %), 1 respondent uvedl možnosti dvě: „Úmrtí pacienta“ a „Paliativní péče“.

Tabulka 12 – Situace, se kterou se zaměstnanci nejčastěji setkávají

	Ambulantní zařízení klinické hematologie		Standardní lůžkové oddělení klinické hematologie		Onkologicko- hematologická intenzivní péče	
Úmrtí pacienta	3	20,00 %	0	0 %	1	6,67 %
Podávání cytostatik	12	80,00 %	15	100 %	13	86,66 %
Paliativní péče	0	0 %	0	0 %	1	6,67 %
Konflikty na pracovišti	0	0 %	0	0 %	0	0 %

Zdroj: vlastní zpracování

Otázka číslo 13 – Máte strach o své zdraví v důsledku zaměstnání na tomto oddělení?

V ambulantním zařízení klinické hematologie má o své zdraví strach 6 (40 %), stejný počet dotazovaných (40 %), ale na otázku odpověděl „Ne“, 3 (20 %) dotázaní zvolili odpověď „Nevím“. Zaměstnanci na oddělení standardní lůžkové klinické hematologie uvedli možnost „Ano“ 2x (13,33 %), možnost „Ne“ 7x (46,67 %), možnost „Nevím“ 6x (40 %). Na onkologicko-hematologické intenzivní péči nemá o své zdraví strach nikdo, přičemž 9 (60 %) respondentů uvedlo možnost „Ne“ a 6 respondentů (40 %) možnost „Nevím“.

Tabulka 13 – Subjektivní pocit strachu zaměstnanců o své zdraví v důsledku zaměstnání

	Ambulantní zařízení klinické hematologie		Standardní lůžkové oddělení klinické hematologie		Onkologicko- hematologická intenzivní péče	
Ano	6	40,00 %	2	13,33 %	0	0 %
Ne	6	40,00 %	7	46,67 %	9	60,00 %
Nevím, takto jsem nepřemýšlel/a	3	20,00 %	6	40,00 %	6	40,00 %

Zdroj: vlastní zpracování

Otázka číslo 14 – *Objevily se u vás někdy nějaké zdravotní potíže spojené se zaměstnáním na tomto oddělení? Např. únava, vyčerpání, bolesti zad, bolesti hlavy, anémie.*

V ambulantním zařízení klinické hematologie uvedlo možnost „Ano“ 9 (60 %) respondentů a možnost „Ne“ 6 (40 %) respondentů. Na oddělení standardní lůžkové klinické hematologie uvedlo možnost „Ano“ 13 dotázaných (86,66 %) a možnost „Ne“ 2 (13,34 %) dotázaní. V dotaznících vyplněných na onkologicko-hematologické intenzivní péči byla možnost „Ano“ uvedena 9x (60 %) a možnost „Ne“ 6x (40 %).

Tabulka 14 – Přítomnost zdravotních potíží u respondentů

	Ambulantní zařízení klinické hematologie		Standardní lůžkové oddělení klinické hematologie		Onkologicko- hematologická intenzivní péče	
Ano	9	60,00 %	13	86,66 %	9	60,00 %
Ne	6	40,00 %	2	13,34 %	6	40,00 %

Zdroj: vlastní zpracování

Otázka číslo 15 – Pokud ano, jaké/keré?

V ambulantním zařízení klinické hematologie se potýkají s následujícími problémy: únava (1x), vyčerpání (2x), bolest hlavy (5x), bolest zad (4x), v jednom případě byla uvedena alergie. V dotaznících ze standardní lůžkové klinické hematologie je uvedena únava (12x), vyčerpání (3x), bolest hlavy (10x) a bolest zad (6x). Na onkologicko-hematologické intenzivní péči respondenti uváděli tyto možnosti: únava (8x), vyčerpání (1x), bolest hlavy (5x), bolest zad (5x) a jiné, blíže neuvedené zdravotní problémy (4x).

Tabulka 15 – Konkrétní zdravotní potíže respondentů

	Ambulantní zařízení klinické hematologie	Standardní lůžkové oddělení klinické hematologie	Onkologicko- hematologická intenzivní péče
Únava	1	12	8
Vyčerpání	2	3	1
Bolest hlavy	5	10	5
Bolest zad	4	6	5
Alergie	1	0	0
Neuvedeno	0	0	4

Zdroj: vlastní zpracování

Otázka číslo 16 – Jaké metody odreagování se od zaměstnání využíváte nejčastěji?

U této otázky mohli respondenti volit z více odpovědí, proto zde není uveden procentuální podíl. Respondenti v ambulantním zařízení klinické hematologie odpovídali následovně: kouření (4x), alkohol (2x), jóga (5x), čtení knih (7x), poslech hudby (4x), pohyb (7x), návštěva kina (2x), návštěva divadla (1x), procházka v přírodě (12x), samota (2x), trávení času s rodinou (7x) a trávení času s přáteli (4x). Respondenti na standardním lůžkovém oddělení klinické hematologie v dotaznících uvedli: kouření (8x), alkohol (3x), jóga (1x), čtení knih (2x), poslech hudby (7x), pohyb (5x), návštěva kina (2x), procházka v přírodě (13x), samota (3x), trávení času s rodinou (10x) a trávení času s přáteli (10x). V dotaznících z onkologicko-hematologické intenzivní péče respondenti uváděli: kouření (1x), alkohol (3x), jóga (3x), čtení knih (6x), poslech hudby (8x), tanec (1x), pohyb (8x), návštěva kina (3x), návštěva divadla (1x), procházka v přírodě (9x), samota (5x), trávení času s rodinou (12x) a trávení času s přáteli (9x).

Tabulka 16 – Způsoby odreagování využívané zaměstnanci

	Ambulantní zařízení klinické hematologie	Standardní lůžkové oddělení klinické hematologie	Onkologicko- hematologická intenzivní péče
Kouření	4	8	1
Alkohol	2	3	3
Jóga	5	1	3
Čtení knih	7	2	6
Poslech hudby	4	7	8
Tanec	0	0	1
Pohyb	7	5	8
Návštěva kina	2	2	3
Návštěva divadla	1	0	1
Procházka v přírodě	12	13	9
Samota	2	3	5
Trávení času s rodinou	7	10	12
Trávení času s přáteli	4	10	9

Zdroj: vlastní zpracování

Otázka číslo 17 – Využíváte možnost podpory od zaměstnavatele? (Psycholog, Gallery Beta)

V ambulantním zařízení klinické hematologie tuto podporu využívá 13 (86,74 %) respondentů, 2 (13,36 %) respondenti nikoliv. Na standardním lůžkovém oddělení kladně odpovědělo 10 (66,70 %) respondentů, záporně 5 (33,30 %). Na onkologicko-hematologické intenzivní péči možnost „Ano“ uvedlo 11 (73,34 %) dotazovaných, možnost „Ne“ pak 4 (26,66 %).

Tabulka 17 – Počet zaměstnanců využívajících podporu od zaměstnavatele

	Ambulantní zařízení klinické hematologie		Standardní lůžkové oddělení klinické hematologie		Onkologicko- hematologická intenzivní péče	
Ano	13	86,67 %	10	66,70 %	11	73,34 %
Ne	2	13,33 %	5	33,30 %	4	26,66 %

Zdroj: vlastní zpracování

Otázka číslo 18 – Případně jakou další možnost podpory od zaměstnavatele byste uvítal/a?

V této otázce mohli respondenti vybírat z více možných odpovědí, z toho důvodu není opět podíl odpovědí vyjádřen v procentech. Podobné odpovědi byly shrnuty do jednoho řádku. Na ambulantním zařízení klinické hematologie by respondenti uvítali: přidat peníze (1x), více personálu (2x), delší dovolenou (4x), lepší obuv (2x), přiděl ovoce a zeleniny (1x), Gallery Beta (1x), 4 respondenti uvedli možnost „nevím“. V dotaznících ze standardního lůžkového oddělení klinické hematologie byly uvedeny následující odpovědi: více školení (1), lepší obuv (2x), prevence syndromu vyhoření (1x), Gallery Beta (1x) a nevím (10x). Respondenti z onkologicko-hematologické intenzivní péče by uvítali následovné benefity: více peněz (2x), delší dovolenou (2x) a lepší obuv (2x), 10 respondentů označilo možnost „nevím“.

Tabulka 18 – Možnosti zaměstnanecké podpory, kterou by zaměstnanci uvítali

	Ambulantní zařízení klinické hematologie	Standardní lůžkové oddělení klinické hematologie	Onkologicko- hematologická intenzivní péče
Přidat peníze	1	0	2
Více personálu	2	0	0
Delší dovolená	4	0	2
Lepší obuv	2	2	2
Více školení	0	1	0
Prevence syndromu vyhoření	0	1	0
Ovoce, zelenina	1	0	0
Gallery Beta	1	1	0
Nevím	4	10	10

Zdroj: vlastní zpracování

4 DISKUZE

K porovnání některých výsledků odpovědí jsem využila dotazník Bc. Adély Svobodové, který použila ve své bakalářské práci s názvem „Vliv stresu na práci sestry“ (Svobodová 2018), a dotazník Bc. Jany Kristkové, který byl součástí bakalářské práce s názvem „Psychická zátěž nelékařského zdravotnického personálu“ (Kristková 2020).

Z každého oddělení odpovídalo 15 respondentů. Ze všech oddělení odpovídalo dohromady 44 žen a pouze jeden muž. Přestože je práce všeobecné sestry velmi náročná po stránce fyzické i psychické, je zastoupení mužů v této profesi téměř mizivé. Stále přetrvává názor, že tuto pracovní pozici vykonávaly a vykonávat by měly spíše ženy. I z tohoto důvodu má jen velmi málo mužů zájem o tento obor.

Nejvíce oslovených respondentů bylo ve věku 20–29 let (35,56 %) a ve věku 40–49 let (33,33 %). Nejméně zastoupená je věková skupina v rozmezí 50–60 let (11,11 %), v tomto věkovém zastoupení jsou na oddělení standardní lůžkové klinické hematologii pouze 2 (13,34 %) respondenti, ve věku 20–29 let jich je 11 (73,33 %). Na oddělení onkologicko-hematologické intenzivní péče je v nejstarší věkové kategorii 50–60 let sestra 1 (6,67 %), ve věku 40–49 let jich zde pracuje 7. V ambulantním zařízení klinické hematologie jsou 3 (20 %) respondenti ve skupině nejstarších, ale zároveň jsou také 3 ve skupině nejmladších. Dle průzkumu Svobodové (2018) je všeobecných sester ve věku 20–40 let 85 % a všeobecných sester starších 50 let 12 %. V průzkumu Kristkové (2020) je zastoupení věku 20–29 let 43 %, 30–39 let 17 %, 40–49 let 29 % a 50 a více let 11 %. Zde jsou výsledky jejich průzkumu téměř shodné.

Většina dotázaných má střední školu s maturitou, v případě standardní lůžkové klinické hematologie to představuje 12 (80 %) respondentů, na onkologicko-hematologické intenzivní péči pak 7 (46,67 %) respondentů. Na ambulantním zařízení klinické hematologie jsou se střední školou s maturitou zaměstnáni 3 (20 %) respondenti, zbytek má vzdělání vyšší odborné školy nebo vysoké školy. Ve srovnání s Kristkovou (2020) je uvedeno 60 % dotázaných se středoškolským zdravotnickým vzděláním, 17 % absolvovalo vyšší odbornou školu, 16 % dotázaných má bakalářské vzdělání. Výsledek průzkumu je totožný. Z praxe vím, že většina praktických sester zaměstnaných v nemocničním zařízení si vysokoškolské vzdělání dodělává až během zaměstnání.

Respondenti jsou z oddělení jsou rozděleni do tří kategorií – praktická sestra (48,89 %), všeobecná sestra (40 %), sestra z oboru anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče (11,11 %).

Zdravotnický záchranář se na těchto třech oddělení nevyskytuje. S touto pozicí se můžeme setkat na jednotkách intenzivní péče, na anesteziologicko-resuscitačním oddělení nebo právě na zdravotnické záchranné službě. Podle Kristkové (2020) je 70 % sester všeobecných a 30 % praktických. V mém průzkumu je to velmi rozdílné.

Většina sester, konkrétně 22 (48,84 %), pracuje na daném oddělení v rozmezí 1–5 let. Nejvíce, celkem 11, jich je na standardním lůžkovém oddělení klinické hematologie. Nejméně, a to pouze 5, jich je v ambulantním zařízení klinické hematologie. Většina z nich zde pracuje v rozmezí 6–10 let, a to 7 dotázaných. 21 a více let je na tomto oddělení 6 pracujících. Na onkologicko-hematologické intenzivní péči pracuje v rozmezí 1–5 let 6 sester, v rozmezí 16–20 let 3 sestry, 21 a více let zde působí rovněž 3 sestry. Z dotazníků vyplývá, že pouze malá část sester setrvá a zvládne na těchto odděleních pracovat delší dobu než 10 let. Podle průzkumu Kristkové (2020) 69 % respondentů setrvá 1–10 let a 31 % respondentů 11 a více let. Podle průzkumu Svobodové (2018) je v rozmezí 1–7 let zaměstnaných 47 % respondentů a v rozmezí 8 a více let 53 % respondentů.

Z otázky číslo 7 je zřejmé, že většina, a to konkrétně 95,54 % respondentů, je v práci spokojena nebo spíše spokojena. Pouze jeden respondent (2,23 %) z ambulantního zařízení klinické hematologie uvedl odpověď „Nevím“. Na onkologicko-hematologické intenzivní péči jeden respondent uvedl možnost „Spíš ne“. Podle Kristkové (2020) je spokojeno 70 % dotázaných a nespokojeno 10 %, zbytek neví. Zde se ukazuje, že většina sester vykonává práci, která je baví a se kterou jsou spokojeny. Obor klinické hematologie je velice zajímavý a rozmanitý, možná proto jsou tu zaměstnanci spokojeni.

Otázka číslo 8 ukázala, že 22 (48,84 %) respondentů přemýšlelo o změně povolání a 23 (51,16 %) respondentů naopak o změně neuvažovalo. Při rozdělení na jednotlivá oddělení jsou odpovědi následující: na ambulantním zařízení klinické hematologie uvedlo možnost „Ano“ 9 (60 %) respondentů a „Ne“ 6 respondentů, což je 40 %. Respondenti na standardní lůžkové klinické hematologii označili možnost „Ano“ 6x (40 %), „Ne“ 9x (60 %). Na onkologicko-hematologické intenzivní péči bylo uvedeno „Ano“ 7x (46,67 %) a „Ne“ 8x (53,33 %).

U otázky číslo 9 byl umožněn výběr z pozitivních i negativních možností. Z odpovědí je zřejmé, že většina dotázaných odchází ze zaměstnání s negativními pocity. Pouze malá část se cítí stejně jako ráno, někteří i vesele. Dle průzkumu Svobodové (2018) prožívá negativní pocity více než 2/3 respondentů. Dle Kristkové (2020) pociťuje negativní pocity 40 % dotázaných, 44 % nepociťuje negativní pocity a ostatní neví. Zde se odpovědi odvíjí zřejmě od náročnosti práce

na daném oddělení. Možnou příčinou negativních pocitů, které vnímají zaměstnanci při odchodu ze zaměstnání, může být právě náročnost práce na tomto typu oddělení. Z mé zkušenosti se jedná například péče o těžce, nevléčitelně nemocné.

V otázce č. 10 zdravotníci uváděli, jaké situace jsou pro ně v zaměstnání psychicky náročné, přičemž měli možnost vybírat z více odpovědí, proto nejsou výsledky uváděny v %. Při vyhodnocení všech 45 dotazníků byla nejčastěji označena možnost „Péče o mladého, těžce nemocného pacienta“, a to v 36 případech, „Úmrtí pacienta“ uvedlo 28 respondentů, volbu „Nový pacient s nepříznivou diagnózou“ označilo 19 respondentů, odpověď „Paliativní péče“ vybralo 10 dotazovaných. Je třeba i zmínit „Špatné vztahy na pracovišti“, které byly označeny 5 respondenty a „Podávání cytostatik“, jež uvedlo 8 účastníků průzkumu. Kolonku „Jiné“ zaškrtnulo 8 respondentů „Jiné“, kteří zmiňovali nefunkční paliativní péči a péči o přátele. Dle průzkumu Svobodové (2018) se ukázalo, že pod neustálým nebo častým vlivem stresu se cítí být více než 1/3 respondentů a další téměř 1/2 všeobecných sester pociťuje stres občas.

Otázka číslo 11 navazuje na otázku předchozí, kde u jednotlivých označených situacích respondenti hodnotili míru psychické zátěže na škále od 1 do 10, kdy 10 byla psychická zátěž maximální. Jednotlivé míry zátěže jsou uvedeny v tabulce číslo 11, a to po jednotlivých odděleních. V ambulantním zařízení klinické hematologie byla hodnocena míra psychické zátěže poměrně vyrovnaně. Na standardní lůžkové klinické hematologii byla psychická zátěž hodnocena v dolní části stupnice. Na onkologicko-hematologické intenzivní péči se hodnocení pohybovalo převážně v horní části stupnice.

Otázka číslo 12 byla zaměřená na situace, se kterými se zdravotníci pracující na odděleních klinické hematologie nejčastěji setkávají. Respondenty z ambulantního zařízení klinické hematologie byla uvedena „Smrt pacienta“ ve 3 případech (20 %) a ve 12 případech (80 %) „Podávání cytostatik“. Na oddělení standardní lůžkové klinické hematologie bylo „Podávání cytostatik“ uvedeno v 15 případech, tedy 100 %. Na onkologicko-hematologické intenzivní péči uvedlo „Podávání cytostatik“ 13 (86,66 %) respondentů, dále po jednom byla uvedena „Smrt pacienta“ a „Paliativní péče“, což je po 6,67 %. Podle odpovědí se na těchto odděleních všeobecné sestry nejčastěji setkají s podáváním cytostatik. Práce s cytostatiky s sebou nese značná rizika a vysokou míru zodpovědnosti při jejich manipulaci i podávání.

Otázka číslo 13 zněla: „Máte strach o své zdraví v důsledku zaměstnání na tomto oddělení?“ V ambulantním zařízení klinické hematologie odpovědělo „Ano“ nebo „Ne“ po 6 (40 %) respondentech. Zbylých 20 % respondentů uvedlo „Nevím, takto jsem o tom nepřemýšlela“. Ze

standardní lůžkové klinické hematologie odpovědělo 7 (46,67 %) respondentů „Ne“ a pouze 2 (13,34 %) respondenti uvedli „Ano“. „Nevím, takto jsem o tom nepřemýšlela“ bylo uvedeno 6 (40 %) respondenty. „Nevím“ odpovědělo 6 (40 %) respondentů i na oddělení onkologicko-hematologické intenzivní péče, zbylých 9 (60 %) dotazovaných se o své zdraví nebojí.

V otázce číslo 14 respondenti mohli vybírat z několika zdravotních potíží, které se u nich objevily. Z odpovědí vyplynulo, že možnost „Ano“ uvedlo 68,89 % respondentů a možnost „Ne“ pouze 31,11 %. Shodně odpovídali na onkologicko-hematologické intenzivní péči a v ambulantním zařízení klinické hematologie, kde odpověděli „Ano“ 9x (60 %) a „Ne“ 6x (40 %). Na standardní lůžkové klinické hematologii uvedlo 13 (86,66 %) respondentů „Ano“ a pouze 2 (13,34 %) respondenti „Ne“.

Otázka číslo 15 byla v návaznosti na předešlou otázku, kde měli respondenti uvést, jaké konkrétní zdravotní problémy mají. Vzhledem k odpovědím, kde bylo udáváno více zdravotních problémů v jednotlivých dotaznicích, není zde vyjádřen procentuální podíl. Na ambulantním zařízení klinické hematologie uvedli únavu 1x, vyčerpání 2x, bolest hlavy 5x, bolest zad 5x a alergii 1x. Dotázaní na oddělení standardní lůžkové klinické hematologie uvedli únavu 12x, vyčerpání 3x, bolest hlavy 10x a bolest zad 6x. Na oddělení onkologicko-hematologické intenzivní péče uvedli únavu 8x, vyčerpání 1x, bolest hlavy 5x a bolest zad 5x, ve 4 případech nebyla odpověď specifikována. Nabízí se otázka, zda za zmíněnými potížemi může stát směnný provoz, nesprávná manipulace s pacienty nebo třeba nedostatek přestávek k zajištění jídla, pití a dalších základních potřeb.

Otázka číslo 16 zněla: „Jaké metody odreagování se od zaměstnání využíváte nejčastěji?“ Nejčastěji byla uváděna možnost „Trávení času s rodinou a přáteli“. Dalším nejčastějším způsobem, kterým se všeobecné sestry odreagovávají od fyzicky i psychicky náročné práce je sport, kultura, čtení knih, ale třeba i pouhá samota. Mnoho všeobecných sester s oblibou chodí na procházky do přírody. Návykové látky, kouření a alkohol byly označeny 21 respondenty. I z průzkumu Svobodové (2018) je zřejmé, že se hodně všeobecných sester odreagovává časem tráveným s rodinou a přáteli, procházkami, kulturou, ale i jídlem, cigaretami a alkoholem. Domnívám se, že aktivní relaxace a pobyt na čerstvém vzduchu patří k nejúčinnějším způsobům odreagování se.

Na otázku, zda respondenti využívají podpory od zaměstnavatele, 75,56 % z nich odpovědělo kladně, 24,44 % záporně.

V poslední otázce jsem se dotazovaných respondentů ptala, jakou další podporu by od zaměstnavatele ještě uvítali. Nejčastější odpovědí bylo „Nevím“, někteří by si přáli více peněz, delší dovolenou, více školení a prevenci syndromu vyhoření. V šesti případech zazněly požadavky na lepší obuv a jeden dotázaný by si přál ovoce a zeleninu na pracoviště. Syndrom vyhoření se u zdravotnického personálu vyskytuje velice často. Domnívám se, že je velmi důležité věnovat mu pozornost a dbát na prevenci jeho vzniku.

Velice si vážím ochoty a času respondentů, kteří i přes svoji pracovní vytíženost věnovali svůj čas vyplnění mého dotazníku, čímž mi dopomohli k získání potřebných dat.

5 ZÁVĚR

V této bakalářské práci se zabývám psychickou zátěží všeobecných sester pracujících na odděleních klinické hematologie. K porovnání různých faktorů a vlivů jsem oslovila tři oddělení klinické hematologie, a to ambulantní zařízení, standardní lůžkové oddělení a onkologicko-hematologickou intenzivní péči. Všichni dotázaní byli ochotní a dotazník vyplnili pečlivě.

Já sama jsem zaměstnaná od roku 2019 jako praktická sestra na standardním lůžkovém oddělení klinické hematologie. K výběru tématu mé bakalářské práce mě dovedly reakce lidí, když zjistili, na kterém oddělení pracuji. Reakce byly ve skrze shodné: „Tam to musí být hrozně těžké!“ Začala jsem se sama zamýšlet nad tím, zda se dá míra psychické zátěže posoudit a změřit. Po absolvování praxí na různých odděleních nemocnice jsem věděla, že každé oddělení má svá specifika i co se týče psychické zátěže. Práce všeobecných sester je velice náročná. Často pracují v časové tísní a velmi často s vysokou odpovědností spojenou se závažnými důsledky.

Z mého průzkumu vyplývá, že všeobecné sestry pracující na odděleních klinické hematologie jsou při výkonu svého povolání vystaveny vysoké psychické a fyzické zátěži. Většina dotázaných uvádí únavu při odchodu ze zaměstnání. Ze své zkušenosti moc dobře vím, že v péči o duševní hygienu je velice důležitý odpočinek a spánek. Zvláště po dvanáctihodinových směnách jsou více než žádání. Práce na tomto typu oddělení není vůbec jednoduchá. Často jsou tu hospitalizováni pacienti vyžadující intenzivnější péči, pacienti imobilní i pacienti v terminálním stádiu nemoci. Jedna ze základních pouček vštěpovaných zdravotníkům je „nenosit si práci domů.“ Občas je to velmi těžké.

Velice mě potěšilo, že většina dotázaných využívá k odreagování volný čas v přírodě, s rodinou nebo přáteli. Zároveň ale většina respondentů hledá útěchu u návykových látek, jako je třeba alkohol nebo cigarety.

Bylo velice zajímavé zjistit zatěžující vlivy na jednotlivých odděleních klinické hematologie. Každý typ oddělení klinické hematologie je specifický v něčem jiném. Avšak nejpodstatnější věcí, a to i pro mě, je práce s cytostatiky, která s sebou přináší značná rizika. Další zatěžující situací pro dotázané je úmrtí pacienta. Důležité je také zmínit značnou psychickou zátěž v péči o mladého, těžce nemocného pacienta a o pacienta s nepříznivou diagnózou.

Nejvíce psychicky zatěžující situací v ambulantním zařízení je podávání cytostatik. Na standardním lůžkovém oddělení uvádí značnou míru psychické zátěže při poskytování paliativní péče. Psychicky zatěžující pro dotázané z onkologicko-hematologické intenzivní péče je nový pacient s nepříznivou diagnózou.

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo porovnat míru psychické zátěže na jednotlivých odděleních klinické hematologie. Dle výsledků mého průzkumu je značně vyšší míra psychické zátěže na onkologicko-hematologické intenzivní péči. Na ambulantním zařízení klinické hematologie je dle průzkumu psychická zátěž nižší.

Dle výsledků počtu odpracovaných let na oddělení klinické hematologie je patrné, že zde více než 10 let setrvává jen málo zaměstnaných sester. Většina dotázaných z ambulantního zařízení uvažovala o změně povolání. Na standardním lůžkovém oddělení a onkologicko-hematologické intenzivní péči o změně povolání uvažoval menší počet dotázaných.

Při práci na odděleních klinické hematologie je důležitá mezioborová spolupráce. Tým zde tvoří jak sestry všeobecné, tak sestry praktické, lékaři, sanitáři, ošetřovatelé, fyzioterapeuti, nutriční terapeutky a také psycholog.

V roce 2020 postihla celý svět pandemie koronavirové choroby covid-19. Jedná se o vysoce infekční onemocnění, které je způsobeno koronavirem SARS-CoV-2. První případy byly identifikovány v čínském Wu-chanu v prosinci 2019. Poté se virus rozšířil po celém světě.

Onemocnění covid-19 může každého postihovat odlišně. U většiny nakažených je průběh onemocnění mírný až středně vážný a není nutná hospitalizace. Mezi nejčastější příznaky patří horečka, suchý kašel, únava, ztráta čichu a chuti.

Mezi doporučená preventivní opatření patří především společenský odstup, nošení roušek či respirátorů na veřejnosti, větrání a filtrace vzduchu, mytí a dezinfekce rukou, zakrývání úst při kýchání nebo kašlání, dezinfekce povrchů, sledování a izolace osob, které se potkali s někým nakaženým nebo symptomatickým.

V České republice se vir rozšířil na jaře roku 2020. Tato skutečnost znamenala obrovskou psychickou i fyzickou zátěž pro celý zdravotnický systém. Na všech odděleních nemocnic bylo potřeba dodržovat zvýšená hygienická opatření. Velký počet zdravotníků byl ze svého původního oddělení přesunut na covidové jednotky, což mělo za následek vyšší počet směn ostatních zaměstnanců na daném oddělení. Všichni pacienti i zdravotnický personál se museli pravidelně podrobovat testům na přítomnost či nepřítomnost viru covid-19. V případě

pozitivního testu docházelo k nařízení karantény, což způsobovalo další nedostatek personálu. Do výsledku testu byl každý pacient považován za infekčního, což obnášelo bariérový přístup v podobě nošení respirátorů, štítů, brýlí, rukavic a celotělového ochranného obleku.

V této nelehké době se zdravotníkům dostávalo velkého poděkování od veřejnosti a jejich práce získala vyšší prestiž.

6 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Práce všeobecné sestry, sestry praktické, sanitářů nebo třeba ošetřovatelek je velice psychicky i fyzicky náročná. Dle mého průzkumu je práce na všech třech zkoumaných odděleních klinické hematologie psychicky zatěžující. Každý pracovník na tomto pracovišti by měl využívat své osvědčené metody k doreagování se od zaměstnání. Někomu pomůže procházka v přírodě, jiný se rád pobaví se svými přáteli. Každý člověk je výjimečná, individuální bytost.

Všichni bychom si měli umět najít chvilku času pro sebe. V dnešním uspěchaném světě je to občas velmi složité, ale každý si zasloužíme dělat něco, co nás baví a naplňuje.

V momentě, kdy člověk nemá čas sám pro sebe, začne to pociťovat na své psychické stránce. Může být podrážděný, unavený, trpět bolestmi hlavy nebo třeba nespavostí. V tu chvíli by měl každý zpozornit a nestydět se vyhledat pomoc odborníka. Na odděleních klinické hematologie mají zaměstnanci možnost využít služeb psychologa.

Ve zdravotnictví by měl být kladen větší důraz na prevenci syndromu vyhoření, například formou absolvování semináře nebo školení o této problematice.

Většina zdravotníků hledá útěchu u návykových látek, jako je například kouření nebo alkohol. Zdravotníci by měli jít příkladem všem ostatním. Všichni známe nežádoucí vlivy alkoholu nebo tabáku na náš organismus. I v této oblasti najde člověk spoustu odborníků, kteří mu od závislosti mohou pomoci.

Důležitým prvkem osobnosti zdravotnického pracovníka je komunikace. Zdravotníci komunikují každý den a téměř neustále. Může jít o komunikaci mezi sestrou a lékařem, mezi sestrou a pacientem nebo třeba mezi sestrou a pozůstalou rodinou. Existují určitá pravidla, jak v dané situaci komunikovat a každý zdravotník by je měl znát.

Každý proto hledejme radost v obyčejných věcech. Pojdme se projít na čerstvý vzduch do lesa, přečteme si knihu, poslechněme si oblíbenou hudbu nebo využijme ticho, které léčí.

A to nejdůležitější na závěr... I zdravotník je člověk. Nezapomínejme na to! Mějme se rádi!

7 LIMITY PRŮZKUMU

Jsem si vědoma limitů této bakalářské práce. Jedním z nich je výběr respondentů, kteří vyplnili dotazník, jež je součástí praktické části této bakalářské práce. Dle názvu bakalářské práce by se měla řešit psychická zátěž všeobecných sester na oddělení klinické hematologie, kdežto dotazník vyplňovaly i sestry praktické a sestry z oboru anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče. Avšak tým ošetřujících sester pracujících na oddělení klinické hematologie je velice důležitý a každá sestra zde má své postavení a svou úlohu. Všeobecná sestra provádí například odborné úkony a školí sestru praktickou. Praktická sestra může být nápomocná při ošetrovatelské péči o pacienta i při odborných výkonech vyžadujících dohled zkušenější sestry. Dalším limitem této bakalářské práce jsou i výsledky průzkumného šetření, které platí pouze pro daný vzorek respondentů.

8 POUŽITÁ LITERATURA

ANDRŠOVÁ, Alena. *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4119-2.

BUŽGOVÁ, Radka a Ilona PLEVOVÁ. *Ošetřovatelství I*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3557-3.

DOSTÁLOVÁ, Olga. *Péče o psychiku onkologicky nemocných*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5706-3.

FERDA, Jiří, Hynek MÍRKA, Jan BAXA a Alexander MALÁN. *Základy zobrazovacích metod*. Praha: Galén, [2015]. ISBN 978-80-7492-164-3.

GILLIHAN, Seth. 10 kroků ke zvládnutí psychické nepohody: sám sobě psychologem s kognitivně behaviorální terapií. Přeložil Kateřina TRENZOVÁ. V Brně: CPress, 2020. ISBN 978-80-264-3220-3.

HELUS, Zdeněk. *Úvod do psychologie*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2018. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4675-3.

CHARVÁT, Jiří. *Žilní vstupy: dlouhodobé a střednědobé*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5621-9.

INDRÁK, Karel, ed. *Hematologie a transfuzní lékařství*. V Praze: Triton, 2014. Lékařské repetitorium. ISBN 978-80-7387-722-4.

KLENER, Pavel. *Základy klinické onkologie*. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-716-5.

KOTTLER, Jeffrey A. *Profesní psychohygienu terapeuta: cvičení a náměty pro sebehodnocení, seberozvoj a péči o sebe sama*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0372-8.

KRISTKOVÁ, Jana. *Psychická zátěž nelékařského zdravotnického personálu* [online]. Hradec Králové, 2020 [cit. 2021-06-24]. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/123541>. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Ústav sociálního lékařství – oddělení ošetřovatelství. Mgr. Veronika Hovorková.

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

- KURUCOVÁ, Radka. *Zátěž pečovatele: posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevyлéčitelně nemocné*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5707-0.
- LOŠŤÁKOVÁ, Olga. *Empatická a asertivní komunikace: jak zvládat obtížné komunikační situace*. Praha: Grada, 2020. ISBN 978-80-271-2227-1.
- PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2017. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5646-2.
- PENKA, Miroslav a Alena BULIKOVÁ. *Neonkologická hematologie*. 2., dopl. a zcela přeprac. vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2299-3.
- PENKA, Miroslav a Eva SLAVÍČKOVÁ. *Hematologie a transfuzní lékařství*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3459-0.
- PEŠEK, Roman a Ján PRAŠKO. *Syndrom vyhoření: jak se prací a pomáháním druhým nezničit : pohledem kognitivně behaviorální terapie*. V Praze: Pasparta, 2016. ISBN 978-80-88163-00-8.
- PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství I*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2018. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0888-6.
- PRIESS, Mirriam. *Jak zvládnout syndrom vyhoření: najděte cestu zpátky k sobě*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5394-2.
- PUGNEROVÁ, Michaela. *Psychologie: pro studenty pedagogických oborů*. Praha: Grada, 2019. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-0532-8.
- SAND, Ilse. *Citlivý pomocník: vysoká citlivost v pomáhajících profesích*. Přeložil Markéta KLIKOVÁ. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1300-0.
- SLEZÁKOVÁ, Zuzana. *Ošetrovatelství v neurologii*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4868-9.
- SVOBODOVÁ, Adéla. *Vliv stresu na práci sestry* [online]. Praha, 2018 [cit. 2021-06-24]. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/100191>. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 3. Lékařská fakulta – Ústav ošetrovatelství. PhDr. Hana Janečková, Ph.D.
- ŠPIRUDOVÁ, Lenka. *Doprovázení v ošetrovatelství I: pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty*. Praha: Grada Publishing, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5710-0.

ŠVAMBERK ŠAUEROVÁ, Markéta. *Techniky osobnostního rozvoje a duševní hygieny učitele*. Praha: Grada, 2018. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-0470-3.

URBAN, Jan. *Motivace a odměňování pracovníků: co musíte vědět, abyste ze svých spolupracovníků dostali to nejlepší*. Praha: Grada, 2017. Manažer. ISBN 978-80-271-0227-3.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3174-2.

VÉVODA, Jiří. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4732-3.

VONDRÁČEK, Lubomír a Vlasta WIRTHOVÁ. *Sestra a její dokumentace: návod pro praxi*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2763-9.

VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3742-3.

ZACHAROVÁ, Eva. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0156-6.