

UNIVERZITA KARLOVA

2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetrovatelství

Miroslava Kurišová

Psychická zátěž studentů na odborné praxi

Bakalářská práce

Praha 2023

Autor práce: **Miroslava Kurišová**

Vedoucí práce: **PhDr. Mádlová Ivana, MBA, Ph.D.**

Oponent práce: **PhDr. Javůrková Alena, Ph.D.**

Datum obhajoby: **2023**

Bibliografický záznam

KURIŠOVÁ, Miroslava. Psychická zátěž studentů na odborné praxi. Univerzita Karlova, 2. Lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství, 2023. 94 s., přílohy. Vedoucí bakalářské práce Ivana Mádlová.

Abstrakt

Práca sa zamerala na psychickú záťaž študentov na odbornej praxi a s nej súvisiaci sebadôveru študentov.

Ciele som si stanovila nasledovné:

1. Zanalyzovať súčasný stav problematiky psychickej záťaže študentov na odbornej praxi s využitím vedeckých zdrojov a článkov v českej a zahraničnej literatúre
2. Pripraviť neštandardizovaný štruktúrovaný dotazník a zadať cieľovým respondentom-študentom Univerzity Karlovej 2. a 3. LF /lekárskej fakulty/ v Prahe a študentom Fakulty zdravotníctva Katolíckej univerzity na Slovensku
3. Zistiť prípadné rozdiely v identifikácii stresorov v priebehu odbornej praxe a hodnotení záťaže študentami
4. Navrhnuť doporučenia pre zlepšenie vzdelávania a prípravy počas štúdia

Metodika práce spočívala v analýze dát získaných pomocou štruktúrovaného dotazníku vlastnej konštrukcie, ktorý som distribuovala elektronicky celkovo 92 študentom odboru Všeobecné ošetrovatel'stvo 2. a 3. ročníku na 2. a 3. LF Univerzity Karlovy v Prahe a na študentom 2. a 3. ročníku na Fakulte zdravotníctva na Katolíckej univerzite v Ružomberku, Slovensko. Konečný počet respondentov za obidve univerzity bol 66, čo je miera návratnosti 72%. K analýze dát bol použitý tabuľkový procesor MS excel 2016 a štatistický software IBM SPSS Statistics verzia 22 (USA) a program Statistica verzia 12. Hypotézy boli overované Mann-Whitney U-testom.

Výsledky v hypotézach. Predpokladali sme rozdiel medzi študentmi, ktorým sa mentor počas praxe venoval dostatočne a medzi tými, ktorým sa venoval nedostatočne vo vnímaní traumatizujúcich udalostí počas odbornej praxe. Hypotéza sa potvrdila.

Predpokladali sme medzi študentmi z KU SK a UK CZ je rozdiel vo vnímaní traumatizujúcich udalostí počas odbornej praxe. Hypotéza sa potvrdila.

U študentov z UK CZ a KU SK je rozdiel v sebadôvere pri individualizovanej, ošetrovatel'skej starostlivosti a po skončení praxe. Hypotéza sa nepotvrdila. Takisto nie je rozdiel medzi študentami 2.a3. ročníkov v sebadôvere.

Záverom je doporučenie na zníženie psychickej záťaže u študentov, a to prostredníctvom zavedenia supervízií, opakovaných praktických cvičení pod vedením učiteľ'ov, motivovanie mentoriek a poskytnutie online inštruktážných videí študentom.

Abstract

The thesis focused on the psychological burden of students on professional practice and the related self-confidence of students.

I set myself the following **goals**:

1. To analyze the current state of the issue of mental stress of students in professional practice using scientific sources and articles in Czech and foreign literature
2. Prepare a non-standardized structured questionnaire and assign the target respondents – students of Charles University 2nd and 3rd Faculty of Medicine / Faculty of Medicine / in Prague and students of the Faculty of Health Care of the Catholic University in Slovakia
3. Identify potential differences in the identification of stressors in the course of professional practice and assessment of load by students
4. Propose recommendations for improving education and training during studies

The methodology of the work will consist in the analysis of data obtained using a structured questionnaire, which will be distributed electronically among students of General Nursing in 2nd and 3rd year in Czech Republic and in the 2nd and 3rd year in Slovakia. The final number of respondents for both universities was 66, a rate of return of 72%. MS excel 2016 spreadsheet processor and IBM SPSS Statistics software version 22 (USA) and Statistica version 12 were used for data analysis.

The hypotheses were tested by the Mann-Whitney U-test.

Results in hypotheses. We assumed a difference between students who were sufficiently addressed by the mentor during practice and those who were insufficiently addressed in the perception of traumatic events during professional practice. The hypothesis has been confirmed.

We assumed that there is a difference between students from KU SK and CZ in the perception of traumatic events during professional practice. The hypothesis has been confirmed.

For students from CZ CZ and KU SK, there is a difference in self-confidence in individualized, nursing care and after completion of practice. The hypothesis has not been confirmed. There is also no difference between students 2.a3. grades in self-confidence.

The conclusion is a recommendation to reduce the mental burden on students through the introduction of supervisions, repeated practical exercises under the guidance of teachers, motivation of mentors and provision of online instructional videos to students.

Klíčové slová

Psychická zátěž

Odborná prax

Študenti ošetrovatel'stva

Stres

Klinická prax

Keywords

Psychological Stress

Clinical practice

Nursing Students

Stress factors

Clinical practice

Zadávací protokol

UNIVERZITA KARLOVA

2. lékařská fakulta

Ústav ošetrovatelství

2020/2021

Akademický rok:

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení: **Miroslava Kurišová**

Studijní program: **Všeobecné ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecné ošetrovatelství**

Děkan fakulty Vám podle zákona č. 111/1998 Sb. určuje tuto bakalářskou práci:

Název práce: **Psychická zátěž studentov na odbornej praxi**

Zásady pro vypracování:

Bakalářská práce musí splňovat požadavky uvedené v platném opatření děkana.

Zpracováním bakalářské práce student/ka prokáže, že se umí samostatně orientovat ve studovaném oboru a že v průběhu studia získal/a a zároveň je i schopen/a v praxi uplatňovat teoretické poznatky a praktické postupy (metody).

Bakalářská práce musí být původním a samostatně zpracovaným odborným textem. Při zpracování bakalářské práce se student/ka může opírat o výsledky a zkušenosti získané jinými autory, avšak vždy musí tyto výsledky a zkušenosti konfrontovat s vlastními názory, úvahami, hodnoceními a závěry.

Rozsah bakalářské práce vyplývá z povahy zpracovávaného tématu, přičemž její minimální rozsah činí 40 stran normovaného textu.

Referenční seznam musí obsahovat nejméně 25 položek časopiseckých, literárních či elektronických zdrojů informací. Do referenčního seznamu se nezapočítávají pouhá abstrakta. Zpracováním bakalářské práce musí student prokázat schopnost pracovat s aktuální odbornou literaturou vztahující se k řešené problematice, včetně práce s cizojazyčnou literaturou a s dalšími prameny. Citace typu "ústní sdělení" a "nepublikovaná data" (s výjimkou vnitřních předpisů a standardů) nelze v bakalářské práci použít.

Seznam odborné literatury:

SKŘIVÁNKOVÁ, E., 2012. Klinické praxe ošetrovatelství - reflexe studentů. Ošetrovatelství a porodní asistence.

Ostravská univerzita, Lékařská fakulta, roč. 3, 2/2012, s. 384 - 389. ISSN 1804-2740.

FONTÁNA, D. Stres v práci a v životě: jak ho pochopit a zvládat. Přeložil Alice ZAVADILOVÁ. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1033-7.

RAUDENSKA, J., JAVURKOVÁ, A. Lékařská psychologie ve zdravotnictví. 1. vyd. 2011, ISBN 978-80-247-2223-8

DEADMAN, Peter. 2018. Live Well, Live Long. TCM Point. Police nad Metují. ISBN 978_80-907261-0-9

TIMMINS, Fs, CORROON, BYRNE, G. and MOONEY, B. (2011), The challenge of contemporary nurse education programmes. Perceived stressors of nursing students: mental health and related lifestyle issues. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 18: 7584-766. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01780.x>

NAJAFI KALYANI M, JAMSHIDI N, MOLAZEM Z, et al How do nursing students experience the clinical leaning environment and respond to their experiences? A qualitative study

BMJ Open 2019;9:e028052. doi: 10.1136/bmjopen-2018-028052

PULIDO-MARTOS, M., AUGUSTO-LANDA, J. AND LOPEZ-ZAFRA, E. (2012), Sources of stress in nursing students: a systematic review of quantitative studies. International Nursing Review, 59: 15-25. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2011.00939.x>

GALLETTA, M. et al., 2017. Lack of respect, role uncertainty and satisfaction with clinical practise among nursing students: the moderating role of supportive staff. Acta Biomedica Scientia. 88(3), 43-50, doi: 10.23750/abm.v88i3-S.6613.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Mádlová Ivana, MBA, Ph.D.**

Oponenti: **PhDr. Javůrková Alena, Ph.D.**

Konzultanti:

Datum zadání bakalářské práce: 26.4.2021

Termín odevzdání bakalářské práce: dle harmonogramu příslušného akademického roku


Vedoucí katedry
V Praze dne 26.4.2021


Děkan
Univerzita Karlova
2. lékařská fakulta
Děkanát (5)
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5
IČO: 00216208 DIČ: CZ00216208

Prehlásenie

Prehlasujem, že bakalársku prácu som vypracovala samostatne pod vedením PhDr. Mádlovej Ivany, MBA, PhD., uviedla všetky použité literárne a odborné zdroje a dodržala zásady vedeckej etiky. Prehlasujem, že elektronická verzia diplomovej práce zadaná do študijného informačného systému je identická s predloženou tlačnou verziou bakalárskej práce. Ďalej vyhlasujem, že tá istá práca nebola použitá na získanie iného alebo rovnakého akademického titulu.

V Prahe, 24.5. 2023

Miroslava Kurišová

Pod'akovanie

Rada by som pod'akovala vedúcej práce PhDr. Ivane Mádlovej, MBA, PhD., za odborné vedenie, cenné rady a pripomienky pri tvorbe práce, ďalej by som chcela pod'akovať pani konzultantke doc. PhDr. Irene Kamanovej, PhD., MPH z Katolíckej univerzity v Ružomberku za jej nesmiernu podporu pri spracovaní práce. Takisto veľké pod'akovanie patrí spolužiakom z Univerzity Karlovej ako aj študentom z Katolíckej univerzity v Ružomberku za účasť v dotazníkovom prieskume.

OBSAH

UNIVERZITA KARLOVA	1
SEZNAM ZKRATEK.....	4
1 ÚVOD.....	5
1.1 CIELE PRÁCE.....	5
2 TEORETICKÁ ČASŤ PRÁCE.....	6
2.1 SÚČASNÝ STAV VZDELÁVANIA SESTIER V ČESKEJ A SLOVENSKEJ REPUBLIKE	6
2.2 ROLE SESTRY	8
2.2.1 Motivácia a spokojnosť.....	11
2.2.2 Profesionalita sestry.....	13
2.2.3 Komunikácia v práci sestry.....	14
2.2.4 Psychická záťaž a syndróm vyhorenia.....	16
2.2.5 Duševná hygiena v povolání sestry	20
2.3 PSYCHICKÁ ZÁŤAŽ.....	21
2.3.1 Charakteristika stresu a jeho fázy.....	21
2.3.2 Účinok stresu na organizmus	24
2.3.3 Zvládanie stresu.....	26
2.3.4 Psychická záťaž a jej formy	27
2.3.5 Psychická záťaž u študentov ošetrovateľstva.....	30
2.3.6 Traumy.....	32
2.3.7 Posttraumatická stresová porucha	33
2.3.8 Formy a možnosti účinných terapií traumy	34
2.4 PREHEAD REALIZOVANÝCH ŠTÚDIÍ.....	36
3. EMPIRICKÁ ČASŤ PRÁCE	39
3.1 METODIKA	39
3.2 MATERIÁL.....	39
3.3 ORGANIZÁCIA VLASTNÉHO ŠETRENIA A SPRACOVANIE DÁT	40
3.4 VÝSLEDKY VLASTNÍ PRÁCE.....	41
3.5 DISKUSIA	56
3.5.1 Diskusia vlastných výsledkov práce vo vzťahu ku stanoveným hypotézam	56
3.5.2 Porovnanie výsledkov vlastného prieskumu s výsledky realizovaných štúdií	61
3.5.3 Návrhy do praxe	63
ZÁVER.....	64
REFERENČNÍ SEZNAM.....	67
SEZNAM PŘÍLOH.....	72
PRÍLOHA Č. 1: DOTAZNÍK VLASTNEJ KONŠTRUKCIE V ČESKOM JAZYKU	73
PRÍLOHA Č. 2: DOTAZNÍK VLASTNEJ KONŠTRUKCIE V SLOVENSKOM JAZYKU.....	79

SEZNAM ZKRATEK

FZ	Fakulta zdravotníctví
LF	Lekárska fakulta
KU	Katolícka Univerzita
VŠ	Vysoká škola
UK	Univerzita Karlova

1 ÚVOD

Tému svojej bakalárskej práce *Psychická záťaž študentov na odbornej praxi* som si vybrala na základe mojej každodennej práce s klientami ako terapeut, kde sa stretávam s množstvom klientov pod tlakom z práce, školy či rodiny. Môj záujem nebol len čisto profesionálny ale aj osobný. Mojou druhou osobnou je rola študenta a chcela som si overiť či moje skúsenosti, pocity, zážitky z odbornej praxe prežívajú aj ostatní kolegovia, študenti. A na základe analýzy prispieť k novej zmene pre ďalších študentov, aby sa učili v psychickej pohode a praxe v nemocnici boli pre nich prínosom a nie nevyhnutným utrpením.

1.1 Ciele práce

Bakalárska práca sa skladá z teoretickej a empirickej časti. Ciele sú stanovené nasledovne.

1. Zanalyzovať súčasný stav problematiky psychickej záťaže študentov na odbornej praxi s využitím vedeckých zdrojov a článkov v českej a zahraničnej literatúre
2. Pripraviť neštandardizovaný štruktúrovaný dotazník a zadať cieľovým respondentom-študentom Univerzity Karlovej 2. a 3. LF /lekárskej fakulty/ v Prahe a študentom Fakulty zdravotníctva Katolíckej univerzity na Slovensku
3. Zistiť prípadné rozdiely v identifikácii stresorov v priebehu odbornej praxe a hodnotení záťaže študentami
4. Navrhnuť doporučenia pre zlepšenie vzdelávania a prípravy počas štúdia

2 TEORETICKÁ ČÁST PRÁCE

2.1 Súčasný stav vzdelávania sestier v Českej a Slovenskej republike

V podmienkach Českej republiky danú problematiku rieši zákon č. 96/2004 Sb. o podmienkach získavania a uznávania spôsobilosti k výkonu nelékařských zdravotníckých povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotníckých povoláních).

Z ustanovenia § 5 ods. 1 predmetného zákona vyplýva, že odborná spôsobilosť k výkonu povolania všeobecnej sestry sa získava absolvovaním:

- „a) najmenej trojročného akreditovaného zdravotníckeho bakalárskeho študijného odboru na prípravu všeobecných sestier,
- b) najmenej trojročného štúdia v odbore diplomovaná všeobecná sestra na vyšších zdravotníckych školách,
- c) štúdia v odbore diplomovaná všeobecná sestra na vyššej zdravotníckej škole v dĺžke najmenej jeden rok, ak ide o zdravotníckeho pracovníka, ktorý získal odbornú spôsobilosť na výkon povolania praktickej sestry, zdravotníckeho záchranára, pôrodnej asistentky alebo detskej sestry podľa § 5a ods. 1 písm. . a) alebo b), ak bol prijatý do vyššieho ako prvého ročníka vzdelávania,
- d) vysokoškolského štúdia v študijných programoch a študijných odboroch psychológie - starostlivosť o chorých, pedagogika - ošetrovatel'stvo, pedagogika - starostlivosť o chorých, starostlivosť o chorých alebo učitel'stvo odborných predmetov pre stredné zdravotnícke školy,
- e) trojročného štúdia v odbore diplomovaná detská sestra alebo diplomovaná sestra pre psychiatriu na vyšších zdravotníckych školách,
- f) študijného odboru všeobecná sestra na strednej zdravotníckej škole študijného odboru zdravotná sestra, detská sestra, sestra pre psychiatriu, sestra pre intenzívnu starostlivosť, ženská sestra alebo pôrodná asistentka na strednej zdravotníckej škole, ak sa štúdium prvého ročníka začalo najneskôr v školskom roku 1996/1997, alebo
- h) trojročného štúdia v odbore diplomovaná pôrodná asistentka na vyšších zdravotníckych školách.“

Charakteristiku povolania sestry dotvárajú etické princípy, ktoré sa uplatňujú pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti bez ohľadu na etnické, národné, kultúrne vzdelanostné, politické, osobnostné, rolové a náboženské rozdiely. Komplexná erudovanosť sestry získaná dosiahnutím príslušného vzdelania sestry vyžaduje aj schopnosť komunikovať, schopnosť vytvárať a udržiavať primeraný kontakt s ľuďmi. Vzťah založený na úcte k človeku zohráva relevantnú a dôležitú úlohu v povolaní sestry (Obročníková, Majerníková, 2018).

V rámci práce sestier na pracovisku zohráva dôležitú úlohu okrem iného aj etický kódex. Sestry v zmysle etického kódexu majú 4 základné zodpovednosti a to podporovať zdravie, predchádzať chorobám, obnovovať a udržiavať zdravie a zmierňovať utrpenie. Pri svojom rozhodovaní o poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti metódou ošetrovateľského procesu zvažujú sestry dôsledky pre klienta - pacienta, rodinu a komunitu a všeobecné morálne princípy, z ktorých vyplývajú etické princípy ošetrovateľstva. Medzi najdôležitejšie patria:

- úcta k človeku a rešpekt k ľudskému životu,
- autonómia - sebaurčenie jednotlivca,
- konanie dobra,
- vyhýbanie sa spôsobeniu škody,
- zachovávanie mlčanlivosti,
- pravdivosť, spoľahlivosť a spravodlivosť v konaní voči ľuďom (príloha 1 zákona č. 311/2002 Z.z.).

V podmienkach Slovenskej republiky rieši danú problematiku Nariadenie č. 296/2010 Z.z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností.

Ustanovenie § 11 predmetného nariadenia rieši odbornú spôsobilosť na výkon pracovných činností povolania sestry a to konkrétne: *„Odborná spôsobilosť na výkon odborných pracovných činností sa získava nadobudnutím:*

- a) vyššieho odborného vzdelania v študijnom odbore diplomovaná všeobecná sestra,*
- b) vysokoškolského vzdelania prvého stupňa v bakalárskom študijnom programe v študijnom odbore ošetrovateľstvo alebo*

c) vysokoškolského vzdelania druhého stupňa v magisterskom študijnom programe v študijnom odbore ošetrovatel'stvo, ak vysokoškolské vzdelanie prvého stupňa bolo získané v študijnom odbore podľa písmena b)''

Sestra, ktorá získala odbornú spôsobilosť na výkon odborných pracovných činností, samostatne vykonáva odborné pracovné činnosti, ktoré sú spojené s poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti, ktoré zodpovedajú rozsahu a obsahu získaného vzdelania (§ 12 ods. 1 Nariadenia vlády č. 296/2010 Z.z.).

Sestra, ktorá získala odbornú spôsobilosť na výkon špecializovaných pracovných činností, samostatne vykonáva špecializované pracovné činnosti podľa akreditovaného špecializačného študijného programu príslušného špecializačného odboru spojené s ošetrovateľskou starostlivosťou, ochranou, podporou a udržiavaním zdravia a špecializované pracovné činnosti v oblasti výchovy k zdraviu, vzdelávania a výskumu spojené s poskytovaním zdravotnej starostlivosti (§ 12 ods. 2 Nariadenia vlády č. 296/2010 Z.z.).

2.2 Role sestry

Sestry tvoria dôležitý článok v poskytovaní zdravotnej starostlivosti, nakoľko bez nich by nebolo možné realizovať klinickú medicínu v praxi. Stávajú sa čoraz dôležitejšími členmi zdravotníckemu tímu z dôvodu intenzívneho kontaktu s pacientom. Úlohou sestry je usilovať sa o vytvorenie liečebno-ošetrovateľského vzťahu s pacientom a uspokojovať jeho bio-psycho-sociálne potreby, rešpektujúc jeho názory a duchovné princípy (Obročníková, Majerníková, 2018).

Je zrejmé, že povolanie sestry nesie so sebou zvýšenú dávku zodpovednosti a je veľmi náročné. Jej profesijná rola rastie, kompetencie sa rozširujú a nevyhnutnou súčasťou jej práce je nutnosť celoživotného vzdelávania a zvyšovania kvalifikácie. Sestra je považovaná za profesionálnu opatrovatel'ku, ktorej úlohou je najmä podporovať pacientov, vzdelávať ich, obhajovať ich práva, edukovať a tíšit' bolesť. Zároveň má určitú zodpovednosť aj za starostlivosť a ich liečbu. Na druhej strane je potrebné zdôrazniť, že povolanie sestry môže byť v niektorých prípadoch tiež nevďačné a frustrujúce (Bártlová, Chloubová, Trešová, 2010).

Profesia sestry patrí medzi významné povolania, i keď sa v spoločnosti status sestry nezvyšuje a nepripisuje sa mu náležitá dôležitosť, akú by si zaslúžilo. Sestra má v starostlivosti o zdravie nezastupiteľné miesto a stáva sa autonómnym pracovníkom. Zvyšuje sa jej odborná kvalifikácia, rozširujú sa jej kompetencie, za ktoré plne zodpovedá pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti. Sestra samostatne vykonáva posudzovanie stavu pacienta, stanovuje ošetrovateľskú diagnózu, vypracováva plán starostlivosti v spolupráci s daným pacientom, plánuje ošetrovateľské intervencie, spolupracuje s pacientom a jeho rodinou (Obročníková, Majerníková, 2018).

Sestra plní najčastejšie nasledovné roly:

- poskytovateľka ošetrovateľskej starostlivosti: činnosť sestry, ktorá je charakterizovaná holistickým chápaním jedinca alebo skupiny a uspokojovaním ich potrieb,
- edukátorka (v zmysle zdravotno-výchovného pôsobenia) – činnosť sestry spočíva vo vytváraní a formovaní uvedomelého a zodpovedného správania a konania jedinca alebo skupiny,
- líderka – sestra má vodcovskú úlohu, pomáha pacientovi dosiahnuť ciele smerujúce k zlepšeniu jeho blaha,
- poradkyňa – sestra pomáha pacientovi spoznať stresové, psychické či sociálne problémy a vyrovnáť sa a s nimi, rozvíja medziľudské vzťahy,
- manažérka – sestra manažuje ošetrovateľskú starostlivosť o jednotlivca, skupiny a rodiny, poveruje ošetrovateľskými úkonmi iné sestry a pomocné sily,
- komunikátorka a pomocníčka – spočíva v schopnosti nadväzovať vzťahy, v schopnosti načúvať, odpovedať,
- pacientova advokátka – sestra obhajuje a reprezentuje práva pacienta,
- nositeľka zmien – sestra je hnacou silou zmien,
- výskumníčka – sestra sa podieľa spolu na výskumnej činnosti v oblasti ošetrovateľstva (Farkašová a kol., 2009).

Základný predpoklad na výkon práce sestry predstavuje absolvovanie školy, adaptačného obdobia a ďalšieho vzdelávania v odbore. Okrem toho musia mať uchádzači tiež dispozície na zvládnutie nárokov na osobnosť sestry. Jednou z dôležitých oblastí sú tiež sociálne schopnosti, medzi ktoré možno zaradiť:

- sociálne percepcie – predstavujú schopnosť vnímať druhých. Sestra by mala dokázať vnímať emócie a náladu pacientov,
- komunikatívnosť a prívetivosť – otvorenosť a priateľskosť voči druhým,
- schopnosť tímovej spolupráce,
- riešenie konfliktov (Hudáková, 2019).

Kódex zdravotnej sestry pozostáva z 11 bodov a to:

1. *„Sestra si váži ľudský život, ľudské práva a dôstojnosť každého jednotlivca ako jedinečnej ľudskej bytosti, akceptuje klienta - pacienta v jeho zdravotnej situácii a poskytuje mu ošetrovateľskú starostlivosť bez ohľadu na pohlavie, etnickú skupinu, rasu, náboženstvo, kultúru, sexuálnu orientáciu, sociálne postavenie a politické presvedčenie.*
2. *Sestra ochraňuje právo klienta na súkromie tak, že uvážene chráni informácie dôverného charakteru. Povinnosti mlčanlivosti môže byť zbavená, ak dá klient - pacient na to výslovný súhlas alebo ak to zákon ustanovuje.*
3. *Sestra koná tak, aby ochránila klienta v prípadoch, keď je zdravotná starostlivosť a bezpečnosť klienta ohrozená nekompetentným, neetickým alebo nezákonným konaním niektorého člena zdravotníckeho tímu alebo inej osoby.*
4. *Sestra je povinná sústavne prehľbovať svoje teoretické vedomosti a praktické zručnosti, udržiavať si profesionálny výkon povolania v súlade s aktuálnymi vedeckými poznatkami v ošetrovatelstve a v ďalších vedeckých disciplínach súvisiacich s ošetrovatelstvom.*
5. *Sestra je osobne zodpovedná za ošetrovateľské rozhodnutia a výkony, ktoré vykonáva samostatne alebo v spolupráci s lekárom.*
6. *Sestra je zodpovedná za profesionálnu kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti. Zúčastňuje sa na formulovaní, realizácii a hodnotení noriem (štandardov) ošetrovatelstva.*
7. *Sestra pri preberaní zodpovednosti za úlohy, ktorými bola poverená zdravotníckymi pracovníkmi, je oprávnená ich prijať len vtedy, ak si je istá, že je spôsobilá na ich výkon z hľadiska svojho vzdelania, vedomostí, schopností a rozsahu skúseností. Rovnako musí postupovať pri delegovaní ošetrovateľských úkonov na iné osoby.*
8. *Sestra sa zúčastňuje na činnostiach, ktoré prispievajú k rozvoju teoretickej základne ošetrovatelstva, ako aj na aplikácii vedeckých poznatkov do ošetrovateľskej praxe.*

9. *Sestra sa podieľa na profesionálnom úsilí o dosiahnutie a udržanie takých pracovných podmienok, ktoré vyústia do vysokej kvality ošetrovateľskej starostlivosti.*

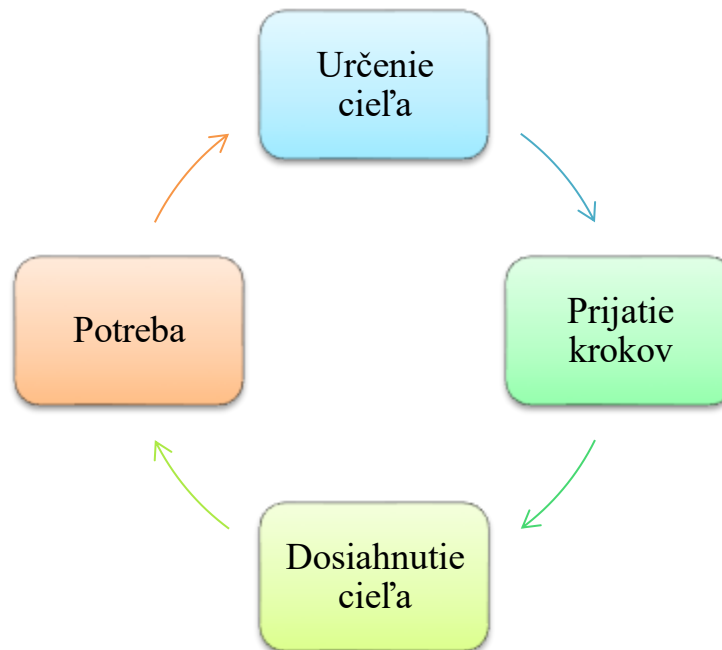
10. *Sestra sa podieľa na výchove verejnosti k zdravému spôsobu života, podpore a udržiavaní zdravia a na ochrane verejnosti pred nesprávnymi informáciami.*

11. *Sestra spolupracuje so zdravotníckymi pracovníkmi a s inými pracovníkmi v zdravotníctve, s orgánmi štátnej správy a orgánmi územnej samosprávy a s občianskou verejnosťou pri rozvoji a zjednocovaní úsilia spoločnosti o uspokojovanie zdravotných potrieb obyvateľstva“ (príloha 1 zákona č. 311/2002 Z.z.).*

2.2.1 Motivácia a spokojnosť

„Motivácia predstavuje zložku ľudského správania a zároveň prostriedok, prostredníctvom ktorého prevezmú zamestnanci zodpovednosť za ich vykonanú prácu a získavajú samostatnosť. Motiváciu spoznáme prostredníctvom očakávaní, potrieb, odmeňovacieho systému a určovania platu, vytvárania pracovných pozícií a prostredníctvom spojenia medzi výkonom a odmenou“ (Lewthwaite, 2007, s. 21).

S motiváciou sa stretávame v rôznych oblastiach života. Motivujeme deti, motivujú sa študenti, zamestnanci. Zvlášť v tak náročnom povolání ako je sestra zohráva motivácia veľmi dôležitú úlohu. Výkon sestry so sebou prináša zvýšené nároky na fyzické a psychické zdravie, z toho dôvodu je dôležité, aby boli sestry efektívnym spôsobom motivované. Na obrázku 1 znázorňujeme proces motivácie, ktorý je zložený zo štyroch krokov.

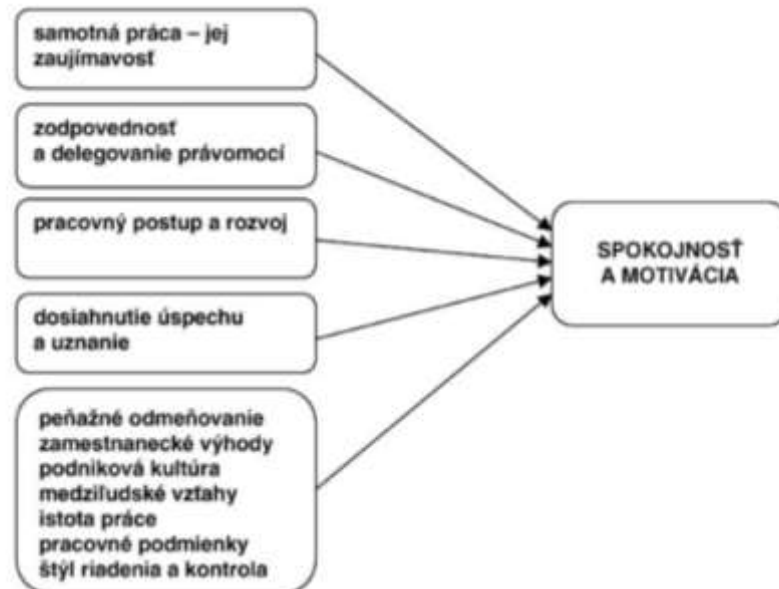


Obrázok 1 Proces motivácie. Zdroj: Antalová, 2011, s. 98

Pracovná spokojnosť vyjadruje stránku psychického vyrovnania sa človeka s prácou. Pracovná spokojnosť predstavuje postoj, ktorý formujú rysy jedinca a organizácia v celom kontexte vykonávanej práce. Dôsledky pracovnej spokojnosti môžu byť pozitívne, prejavujúce sa napríklad v kvalite výkonu. Môžu byť ale tiež negatívne, ktoré sa prejavujú kontraproduktívnym správaním sa a konaním jedincov, absenciou a fluktuáciou. Jedným z najdôležitejších aspektov, ktoré vplývajú na úspešnosť organizácie predstavujú kvalitní a spokojní zamestnanci. Organizácie by sa nemali snažiť len o získanie vzdelaných odborníkov, ale mali by sa tiež usilovať o udržanie a rozvoj kvalitných ľudí. Kvalitní zamestnanci podávajú potrebný výkon, sú ochotní, tvoriví, inovatívni a lojálni, udržiavajú dobré interpersonálne vzťahy a dokážu vytvárať sociálne siete, majú vysoký potenciál rozvoja – tzn. efektívne plnia ciele organizácie. Udržanie si takýchto zamestnancov vo veľkej miere závisí od miery ich pracovnej spokojnosti a to predpokladá vhodnú stimuláciu (Kozelová, 2016).

Profesionálne zameranie sestry zahŕňa ochranu, rozvoj a prinavrátenie zdravia, prevenciu ochorenia a zmierňovanie utrpenia v starostlivosti o jednotlivca, skupiny alebo komunity. Profesia vyžaduje kritické myslenie, odborné vedomosti na vysokej úrovni a praktické skúsenosti. Podmienkou spokojnosti a úspešnosti je dobrá profesionálna adaptácia, t. j. prekonanie hlbokého a ozajstného prežívania zaťažujúcich udalostí, s ktorými sa sestra stretáva v pracovnom živote. Adaptácia na povolanie sa ľahšie

a rýchlejšie dosahuje vtedy, keď je motivácia k jeho voľbe založená na hlbokom záujme a vedomostiach (Ďordovičová, 2006).



Obrázok 2 Schéma faktorov pracovnej motivácie a spokojnosti. Zdroj: Kachaňáková, 2008

2.2.2 Profesionalita sestry

Sestra nesie zodpovednosť za starostlivosť poskytovanú pacientom. Pri svojej práci je povinná rešpektovať štyri základné zložky ošetrovateľstva a tými sú starostlivosť o zdravie, predchádzanie ochoreniam, podieľať sa na zlepšovaní zdravotného stavu a zmierňovať bolesť. Cení si pacienta s jeho náboženským presvedčením, životnou hodnotou, zvykmi a pri ošetrovaní sa usiluje vytvárať podmienky, ktoré vyhovujú individuálnym potrebám chorého. Pri vykonávaní ošetrovateľskej starostlivosti nesie plnú zodpovednosť za výkony, ktoré realizuje (Farkašová a kol., 2009).

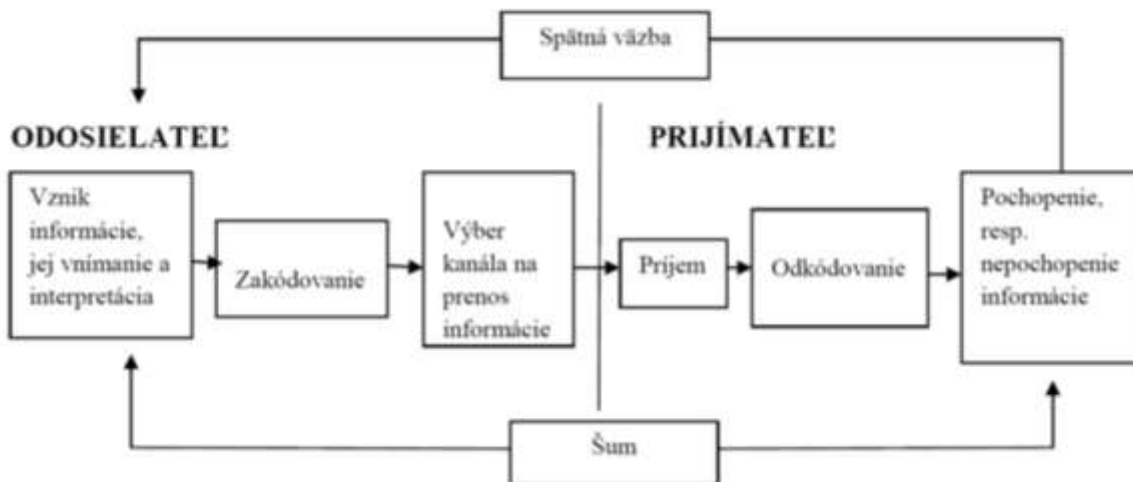
Sestra si musí neustále uvedomovať, že jej správanie sa k pacientovi môže mať prípadné následky, a z toho dôvodu by sa mala vystríhať akýchkoľvek nevhodných alebo odmietavých postupov. Porozumenie a participácia prináša pacientovi úľavu a sestre dôležitú informáciu. Sestra vynakladá maximálne úsilie na pomoc pacientovi v jeho náročnom životnom rozpolžení akým je choroba, úraz. Počas prístupu k pacientovi využíva pozitívne prvky akými sú individuálny a empatický prístup:

- **Individuálny prístup:** je preukázaním tvorivého prístupu sestry k pacientovi. Sestra v konkrétnom prípade mení svoje správanie a počínanie s ohľadom na osobnosť pacienta. Týka sa to hlavne rôznych fáz ochorenia, iný prístup je pri hospitalizácii, iný počas aktívnej adaptácie. Ak je interakcia medzi sestrou a pacientom kladná, vytvorí sa medzi nimi pomerne silné citové spojenie, ktoré má veľký význam práve pre pacienta. Príliš blízky vzťah môže byť signálom, že pacient je na sestre závislý. Profesia sestry - ošetrovateľky je spojená s morálnym predpokladom. Netýka sa to iba odborných vedomostí, zručnosti, ale je nutná schopnosť vedieť jednat s ľuďmi, vedieť spolupracovať v kolektíve, riadiť spolupracovníkov, zvažovať postupnosť výkonov a hodnotiť činnosť. Pri výkone povolania sú dané určité povinnosti a s nimi súvisiaca zodpovednosť. V etike nie sú formálne zákony, no stanovené sú normy tzv. etický kódex. V normách sa odrážajú hodnoty, je tu priestor na ospravedlnenie a zdôvodnenie. V mravných normách je odraz profesionálnych úloh fungujúcich ako variant spoločenských princípov. Potreba starostlivosti o chorého je daná mravným princípom, kde je pri starostlivosti braný do úvahy jazyk, kultúrne zvyky, osobnostná hodnota jedinca. Morálne predpoklady sestry, jej schopnosť alebo neschopnosť empatie, citlivej komunikácie s chorým sa formujú už od útleho veku, hlavne v rodine, v škole, vo vzťahoch medzi rovesníkmi, s najbližšími. Z etického hľadiska sú schopnosť komunikácie a empatie kľúčovými vlastnosťami sestry.
- **Empatický prístup:** je dispozícia sestry vcítiť sa do duševného stavu pacienta, čo práve prežíva, ako sa momentálne cíti, ako prežíva chorobu, ako sa s ňou vyrovnáva. Sestra musí rozpoznať duševné rozpoloženie pacienta, akú má náladu, čo zamestnáva jeho myslenie, čo potrebuje. Tu je dôležitá komunikácia, pozornosť venovať aj neverbálnym prejavom. Schopnosť emočného priblíženia je potrebná pre dobrú sestru, no na druhej strane sestra musí mať aj vypestovanú emočnú odolnosť, schopnosť vnímať pacienta a jeho ochorenia s odstupom, ktorý nesmie byť prejavom cynizmu (Pavlíková, 2009).

2.2.3 *Komunikácia v práci sestry*

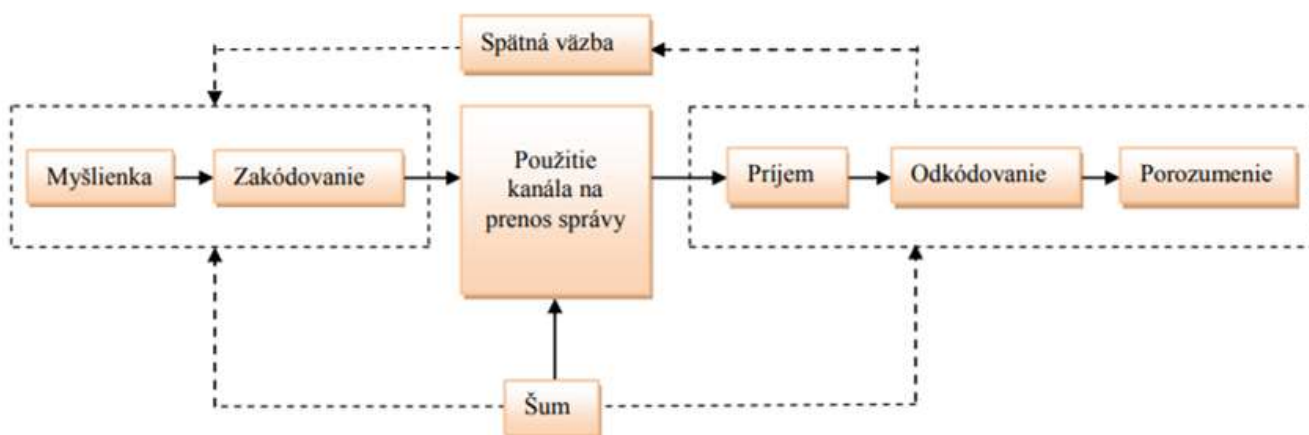
Komunikácia vystupuje v živote ľudí ako jeden z najvýznamnejších faktorov ich činnosti. Možno konštatovať, že v každej ľudskej činnosti, ktorá predpokladá akýkoľvek typ spolupráce, to je práve komunikácia, ktorá zohráva funkciu zjednocujúceho prvku a zároveň aj funkciu nástroja riadenia spoločného úsilia

zainteresovaných jednotlivcov (Szarková, 2018). Na obrázku 3 je znázornená komunikačná schéma, ktorá sa vytvára medzi odosiateľom a prijímateľom.



Obrázok 3 Komunikačná schéma. Zdroj: Harausová, 2013, s. 20

Komunikácia a komunikačný proces zabezpečujú nepretržitú výmenu informácií, ktorá predstavuje dôležitú súčasť fungovania akéhokoľvek spoločenského útvaru, podnik, organizáciu alebo spoločnosť nevynímajúc. V súčasnosti jej význam nesporne neustále rastie (Nagyová a kol., 2012). Obrázok 4 znázorňuje model komunikačného procesu.



Obrázok 4 Model komunikačného procesu. Zdroj: Sedlák, 2007, s. 25

Komunikačné zručnosti patria k najdôležitejším mäkkým zručnostiam, nakoľko sú neodmysliteľnou súčasťou života človeka, osobného a profesijného. Komunikujeme

neustále, a to aj vtedy, keď nič nehovoríme. Komunikácia v oblasti zdravotníctva má veľmi dôležitú úlohu, je neodmysliteľná a neustála (Kolenčíková, 2004).

Komunikácia pacienta a sestry sa začína skôr ako sa môžu stretnúť. Ide o správy, ktoré sa šíria o tom, ako je na oddelení poskytovaná starostlivosť, ako pristupuje personál k pacientom. Pre zdravotníckych pracovníkov a sestru nevynímajúc je optimálna komunikácia jedným z dôležitých prvkov starostlivosti. Na začiatku má byť vládny pozdrav, pri vstupe do izby, čakárne, kedy prítomným posielame prejav neprehliadania, zobrať na vedomie. Aj napriek možným starostiam, neprenášajme ich na oddelenie, zachovajme si aspoň neutrálny výraz. Komunikácia je vhodná aj pri činnostiach, ktoré nesúvisia s pacientom, napr. úprava postele, znovu je to rozhovor medzi sestrou a pacientom. Najviac chýb sa robí pri oslovovaní, používa sa familiárne oslovovanie, pre niektorých veľmi nevhodný prístup (Kolenčíková, 2004).

2.2.4 *Psychická záťaž a syndróm vyhorenia*

Pracovná záťaž je daná mierou vyváženosti medzi výkonovou kapacitou človeka na jednej strane a požiadavkami úloh a podmienkami, za ktorých je vykonávaná na strane druhej. Ak sú obe tieto zložky v rovnováhe, ide o primeranú pracovnú záťaž. V opačnom prípade hovoríme o neprimeranej, nežiadúcej, resp. ide o záťaž nadlimitnú alebo sublimitnú. Každá pracovná činnosť predstavuje pre organizmus určitú záťaž. Pripravenosť a pracovná činnosť je spôsobilosť zvládnuť nielen určité úlohy, ale i trvalé vykonávanie pracovnej činnosti (Obročníková, Majerníková, 2018).

Pracovná záťaž je spôsobená náročnými úlohami, prekážkami, konfliktami, problémovými situáciami. Vyjadruje vzťah neúmernosti práce v pomere k možnostiam človeka. Pracovná záťaž vymedzuje časť celkovej životnej záťaže, ktorej pôvod tvoria pracovná činnosť a pracovné podmienky (Bartošíková, 2006).

Medzi stresory súvisiace s pracovnou činnosťou a podmienkami, za ktorých je vykonávaná patrí napríklad monotónna práca, časový tlak, zmenová a nočná práca, nutnosť zvládania nových pracovných postupov, využívanie informačných technológií, veľká hmotná a morálna zodpovednosť. Objektívne, vonkajšie zdroje pracovnej záťaže súvisia s pracovným predmetom a prostriedkom, t. j. požiadavkami na svalovú činnosť, s požiadavkami na zrak, sluch a nárokmi na mentálnu funkciu vrátane zodpovednosti (Obročníková, Majerníková, 2018).

Následkom rastúcej produktivity vykonáva stále menej ľudí viac pracovných povinností, prichádzajú nové druhy pracovných činností, úsporné personálne opatrenia vedú k zvyšovaniu obsahu činností v rámci pracovnej náplne zamestnanca. Zvýšená pracovná záťaž so sebou vo všeobecnosti prináša:

- **vyššie nároky:** neustále sme zaplavovaní množstvom rôznych údajov, textov a vzdelávacích materiálov. Hlavne od pomáhajúcich profesií sa vyžaduje stály prísun rôznych dát, formulárov a oficiálnych správ,
- **pôsobenie rušivých vplyvov:** pracovníci sú pre ostatných čoraz ľahšie dosiahnuteľní, v závislosti od telekomunikačných prostriedkov, ktoré pôsobia rušivo. Aj tieto vplyvy sú stresujúce a rizikové pre vznik burnout,
- **nedostatok samostatnosti:** nemožnosť sa prejaviť, ovplyvniť svoje pracovné prostredie pod vplyvom zlého manažmentu. Nesloboda a neustály dohľad je ďalším závažným stresorom,
- **nedostatok uznania:** nedostatočné ocenenie pracovných výsledkov, či už peňažné alebo morálne pracovníka demotivujú, prispievajú k nespokojnosti,
- **nepriaznivé pracovné vzťahy:** v tíme, ktorá má problémy, prevláda v ňom závisť, neúcta, nevraživosť sa výrazne znižuje výkonnosť,
- **nespravodlivosť:** podceňovanie či diskriminácia kolegov závažne narušuje pracovnú klímu,
- **konflikt hodnôt:** ak panuje nesúlad medzi firemnými a osobnými hodnotami, práca pripadá byť bezvýznamná, zbytočná alebo škodlivá, čoskoro sa dostaví odcudzenie (Stock, 2010).

Ošetrovatel'stvo je povolanie spojené s vysokým počtom rizikových faktorov, ktoré sú príčinami konfliktov, frustrácie a stresu na pracovisku. Patrí sem materiálo-technické vybavenie, interpersonálne vzťahy, emocionálna záťaž, časový stres, chaotická organizácia práce. Telesným a duševným zdravím, životným štýlom a sociálnymi determinantami sú ovplyvňované najmä chronické bolesti chrbta, ktorých etiológiu sú psychosociálne a individuálne psychologické faktory (Bednár, 2012).

Vo všeobecnosti je vhodné rozdeliť záťaž v práci sestry na záťaž vyplývajúcu z pracovných činností, záťaž plynúcu z rôznorodosti ošetrovaných pacientov a záťaž týkajúcu sa osobnosti pracovníka (Venglářová a kol., 2011).

Medzi potenciálne stresory v práci sestry možno zahrnúť požiadavky na vyššiu zodpovednosť sestier za výsledky a následky svojej práce, nutnosť rýchleho a samostatného rozhodovania a pružného reagovania pri zmene zdravotného stavu pacienta, zmene liečebných ordinácií, požiadavky na neustále vzdelávanie sestier a často nízke hodnotenie ich práce. V odbornej literatúre sa považuje za zdroj stresu v práci sestry stav sociálnych interakcií, ktoré sa vytvárajú v procese poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti. Nepriaznivé medziľudské vzťahy a opakované nezhody, konfliktné situácie na pracovisku, môžu byť jednou z príčin podieľajúcich sa na rozvoji syndrómu vyhorenia (Obročníková, Majerníková, 2018).

Syndróm vyhorenia je prekladom anglického výrazu „burn-out“, čo znamená vyhoriť, vyhasnúť, vypáliť, vyčerpať“. Tento pojem do literatúry uviedol ako prvý Freudenberg. Vzhľadom na rastúce nároky výkonovo zameranej spoločnosti sa napriek snahe o prevenciu a informovanie o rizikách syndrómu vyhorenia, zvyšuje počet zamestnancov, ktorí s ním majú osobnú skúsenosť. Syndróm sa prejavuje príznakmi, z ktorých najtypickejšími sú: vyčerpanie, odcudzenie a pokles výkonnosti. Vznik syndrómu vyhorenia je vždy podmienený súhrou interných faktorov súvisiacich s osobnosťou jedinca a externých faktorov, pričom každého človeka tieto faktory oplyvňujú rôznou mierou (Stock, 2010).

Raudenská, Javůrková (2011) uvádzajú, že syndróm predstavuje spoločensky nebezpečný jav s vážnymi dôsledkami pre samotného jedinca, pre zamestnávajúcu inštitúciu a v nie poslednom rade pre tých, ktorí sú cieľovou skupinou súvisiacich pracovných aktivít, napríklad pre pacientov, podporné osoby, študentov.

Vyhorenie je podľa Bednára (2012) charakterizované:

- **únavou** - obzvlášť emocionálnou únavou, ktorá sa prejavuje pochybovačnou nedôverou a necitlivosťou vo vzťahu k ľuďom, ktorým má postihnutý zamestnanec pomáhať, jeho klienti ho nezaujímajú alebo ho otravujú,
- **bezmocnosťou a beznádejou** – budúcnosť vidí človek negatívne, zo všetkého viní svoje okolie, je náchylný na telesné ochorenia,
- **pomalým vznikom** – proces vyhorenia trvá niekoľko rokov, niekedy si človek ani nevšimne, že jeho vzťah ku práci a k ľuďom sa zmenil.

Jednou z príčin syndrómu vyhorenia predstavuje stres, z toho dôvodu sa v nasledujúcej časti práce zameriame aj na túto problematiku. Od nepamäti predstavoval

stres neoddeliteľnú súčasť spoločnosti. V istej miere dokáže byť stres pozitívny prvok, avšak na druhej strane býva vnímaný ako narušiteľ zdravia, výkonnosti, šťastia a iných súčastí života. V pozitívnom zmysle pre človeka stres predstavuje motivačnú a hnaciu silu, ktorá ho približuje k cieľu či splneniu určitých povinností. Stres dokáže byť tiež prvok, ktorý zabezpečí prežitie v nejakej nebezpečnej, života ohrozujúcej situácii. Vznik stresu sa spája najmä s nedostatkom času. Možno konštatovať, že bez stresu a nedá žiť, pre človeka je však negatívny nedostatok ale tiež prebytok stresu. Vo väčšine prípadov sa však možno stretnúť s prebytkom stresu, a preto je dôležité dokázať so stresom zaobchádzať, pracovať a dokázať ho eliminovať (Paulík, 2017).

V prípade sestier je prevalencia vyhorenia značná u sestier pracujúcich v hospicioch, ktoré poskytujú paliatívnu starostlivosť a sestier pracujúcich na onkologických oddeleniach. Sestry bývajú denne vystavované množstvu potenciálnych stresorov vrátane konfliktov. V ošetrovatelstve vstupujú do popredia špecifické pracovné faktory, ktoré sa podieľajú na duševnej nestabilite sestry, vedúcej k rozvoju syndrómu vyhorenia, napríklad prílišná emocionálna záťaž v rámci vzťahov sestry a pacient, vplyv prostredia, pracovných podmienok a organizácie práce, nedostatok kompetencií a dominantnosť medicíny, znížená autonómia, deficit sestier, nedostatok pomocného personálu, časová tieseň, nepriaznivá ekonomická situácie a iné (Obročníková, Majerníková, 2018).

V ošetrovateľskom povolání rozlišujeme dva základné typy syndrómu vyhorenia a to akútne a chronické:

- **akútne syndróm vyhorenia:** vzniká pôsobením záťaže v krátkom časovom úseku. Jeho príčinou býva najmä nadmerná pracovná záťaž, ktorú môže spôsobiť viac služieb v krátkom časovom úseku v dôsledku nedostatku sestier alebo práceneschopnosti viacerých kolegyň. Druhou najčastejšou príčinou je prítomnosť neprimerane veľkého počtu pacientov na oddelení, ktorých ošetrovanie si vyžaduje väčšie pracovné nasadenie. Riešením akútneho syndrómu vyhorenia je návrat pracovných podmienok do normálneho stavu a možnosť regenerácie síl prostredníctvom čerpania voľna a dovolenky,
- **chronické syndróm vyhorenia:** prichádza spravidla po rokoch praxe, keď sestry jej práca zovšednie. Sestry bývajú neustále vystavované pôsobeniu rôznych negatívnych faktorov v práci, často i v súkromí, a riešenie alebo eliminácia rizikových faktorov je málo účinná. Priebeh chronického syndrómu vyhorenia sa

opisuje vo viacerých fázach. Po období prvotného nadšenia, s ktorým sestra vstupuje do praxe, nastupuje stagnácia. Vyvoláva ju najmä stret istých pozitívnych očakávaní sestier s realitou na pracovisku, kde často prevažujú negatívne až demotivujúce faktory. Ak sa táto fáza nerieši, dostavuje sa fáza frustrácie. Vtedy sa sestra zaoberá myšlienkou, či jej práca má zmysel. Pokiaľ sa sestra s danou situáciou nevyrovná, upadá do apatie a zaujíma postoj, že nemá cenu sa veľmi snažiť, ak sa počas tejto fázy nezmobilizuje, rozvinie sa syndróm vyhorenia (Obročníková, Majerníková, 2018).

2.2.5 Duševná hygiena v povolani sestry

Na zdravotníckeho pracovníka, teda aj na sestru pôsobí celý rad stresorov. Zo začiatku je stres vnímaný pozitívne a motivačne. Sestra sa cíti motivovaná a vykonaná práca jej spôsobuje radosť. Niektorí ľudia podávajú vyšší výkon, keď pracujú pod tlakom či už časovým alebo pod vidinou vyššieho príjmu (Clegg, 2005).

Jednou z úloh sestry je starostlivosť o pacientov, no nezabúdajúc na starostlivosť sestry o seba, ktorá zahŕňa starostlivosť o vlastný vzhl'ad, vlastné zdravie, stravovanie ale aj starostlivosť o duševný život. Sestry sa môžu chrániť pred stresovou záťažou a rozvojom syndrómu vyhorenia, rešpektovaním a dodržiavaním prevencie stresu a duševnou hygienou (Obročníková, Majerníková, 2018).

Křivohlavý, Pečenková (2004) vymedzili posilňujúce aktivity, ktoré zvyšujú odolnosť jedinca voči stresu:

- vytváranie a udržanie kvalitných medziľudských vzťahov,
- zvládnutie potrebných pracovných povinností,
- práca s podstatnými informáciami,
- psychoterapeutický výcvik,
- sebauvedomovanie na telesnej a duševnej úrovni,
- dobrá a jasná komunikácia v rámci pracovného tímu,
- reálne nároky k sebe samému,
- stanovenie dosiahnuteľných cieľov,
- vedieť zvládať negatívne emócie,
- mať a udržiavať si pevné hranice medzi prácou a súkromím,
- mať záujmy, záľuby, ktoré nesúvisia so zamestnaním,
- vhodné telesné cvičenie,

- optimalizácia vlastného životného štýlu,
- vhodné prejavovanie emócie a humoru,
- vhodná pracovná doba,
- kladný postoj k sebe samému.

Medzi najčastejšie prostriedky, ktoré upevňujú duševné sestry možno zaradiť:

- životospráva: organizácia striedania práca a odpočinku, režim spánku, striedanie telesnej a duševnej činnosti. Dôležitá je organizácia času,
- úprava životného prostredia: správne osvetlenie, farebnosť prostredia, vetranie, zvuková izolácia,
- úprava sociálnych vzťahov: disciplína – príkazy, zákazy, konflikty, sebvýchova (Košč, 2003).

2.3 Psychická záťaž

Psychická záťaž predstavuje proces psychického spracovania a vyrovnania sa s požiadavkami životného a pracovného prostredia. Dlhotrvajúca psychická záťaž môže vyústiť do poruchy zdravia ako sú niektoré psychosomatické ochorenia (ischemická choroba srdca, vredová choroba, hypertenzia) i poruchy v oblasti mentálneho zdravia (Vévoda a kol., 2013).

Psychická záťaž pramení zo situácií, v ktorých vzniká spor medzi nárokmi kladenými na organizmus človeka a jeho schopnosťou ich splniť. Intenzita a interval vnútorného prežívania napätia sa odrzkadľuje v psychike a v zmene fyziologických funkcií. Človek prežíva záťaž dovtedy, kým sa mu nepodarí odstrániť jej zdroj alebo nejakým iným spôsobom zmeniť nepohodu, ktorú prežíva. Človek v náročnej situácii a pri dlhotrvajúcom pôsobení stresorov zapája na ich zvládnutie svoje vnútorné rezervy. Ak je riešenie problému úspešné, prežíva satisfakciu a zároveň podporuje jeho motiváciu na riešenie ďalších záťaží (Obročníková, Majerníková, 2018).

2.3.1 Charakteristika stresu a jeho fázy

Stres predstavuje všeobecne prítomný fenomén. Takmer každý jedinec sa denne stretáva s pôsobením stresorov, podnetov, ktoré vyvolávajú stresovú reakciu. Aj keď sa môže zdať, že stres predstavuje niečo negatívne, samotná stresová reakcia je veľmi dôležitá v prípade, že organizmu hrozí nebezpečenstvo. Nebezpečným sa stres stáva vtedy, keď na organizmus pôsobí dlhodobo (Mravec, 2011, s. 5).

Stres vzniká spojením stresoru a stresovej reakcie, pričom stresorom označujeme podnet, ktorý spúšťa stresovú reakciu. Môže ním byť akákoľvek zmena vo vnútri alebo mimo organizmu. Stresovou reakciou označujeme reakciu, v ktorej sa znižuje subjektívna schopnosť kontroly. Táto reakcia môže byť popísaná na úrovni pozorovateľného správania, fyziológie (organizmu), emócií a myšlienok (Fontana, 2016).

Problematika stresu a jeho zvládania je v súčasnej dobe veľmi aktuálna. Množstvo zamestnancov zažíva denne stres vo svojom zamestnaní, ľudia sú v súčasnej informačnej spoločnosti presýtení rôznymi podnetmi, ktoré nestíhajú spracovávať, v spoločnosti je veľký tlak na výkon, na udržanie si zamestnania, na to ako zvládnuť pracovné povinnosti a zladiť ich optimálne s rodinným životom. Chronický stres sa podľa odborníkov stáva príčinou mnohých vážnych chorôb, možno vidieť, že napríklad kardiovaskulárne choroby či onkologické ochorenia, ktoré sú úzko spojené so stresom, majú stále rastúcu tendenciu a sú príčinou väčšiny úmrtí v našej spoločnosti. Problematiku stresu by nemali jednotlivci, ani spoločnosti podceňovať, nakoľko má rozsiahle zdravotné následky, ktoré sa následne premietajú tiež do finančných následkov v spoločnostiach vďaka nadmernej chorobnosti, absenciám či odchodom zamestnancov na iné pozície alebo do iných spoločností (Mravec, 2016).

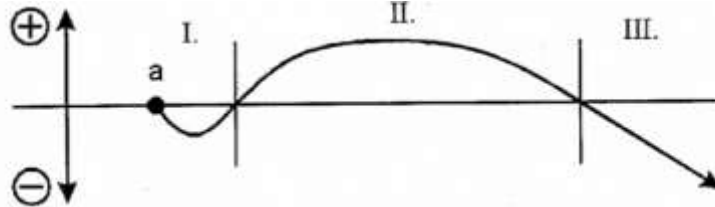
Aj napriek tomu, že pojem stres sa používa relatívne často, nie vždy je používaný v správnom kontexte. Ako stresor sa označuje podnet, ktorý aktivuje stresovú reakciu. Ako stres potom možno označiť stav či reakciu organizmu na pôsobenie stresora. Aj keď sa výskumu stresu venuje pomerne veľká pozornosť, stále neexistuje všeobecne akceptovaná definícia stresovej reakcie. Vo všeobecnosti ale možno stresovú reakciu charakterizovať ako reakciu, ktorú vyvolá vonkajší alebo vnútorný podnet, ktorého intenzita presiahla úroveň, keď sú ešte dostačujúce bežné kompenzačné mechanizmy. Príkladom takýchto podnetov je vzostup teploty na hodnoty charakteristické pre trópy alebo strata väčšieho objemu krvi (Mravec, 2016).

Stres má rôzne definície. Napríklad Hartl, Hartlová (2010) ho charakterizujú ako fyziologická odpoveď organizmu na nadmernú záťaž neúnikového druhu, ktorá vedie ku stresovej reakcii. Je to teda stav živého organizmu, ktorý je vyvedený zo svojej rovnováhy a musí hľadať možnosti, ako sa do rovnováhy, ktorá vedie k adaptácii, opäť navrátiť. Túto nerovnováhu spôsobujú stresory, ktoré môžu byť rôzneho druhu.

Na obrázku 1 je znázornený všeobecný adaptačný syndróm:

a – podnet typu pôsobenie stresoru

- I. Prvá fáza – pôsobenie stresoru
- II. Druhá fáza – zvýšená rezistencia (obranyschopnosť organizmu)
- III. Tretia fáza – vyčerpanie rezerv, síl, obranných možností.



Obrázok 5 Všeobecný adaptačný syndróm. Zdroj: Křivohlavý, 1994

Jednotlivé fázy adaptačného syndrómu popisuje Šnýdrová (2006, s. 120) nasledovne:

1. „**poplachová reakcia** – šok, zmena svalového napätia, krvného tlaku, zvýšenie tepu, vylučuje sa adrenalín, objavuje sa pot, bolesti hlavy, tráviace ťažkosti
2. **fáza rezistencie** – stav napätia a pohotovosti, objavujú sa choroby súvisiace s poškodením orgánov, napríklad žalúdočné vredy, vysoký tlak, infarkt,
3. **fáza vyčerpania, vyhorenia** – nastáva pocit chronickej únavy, depresie a možná je i následná smrť”.

Paulík (2010) popisuje jednotlivé fázy všeobecného adaptačného syndrómu nasledovným spôsobom:

1. **Poplachová reakcia:** je to prvá reakcia organizmu na stresor. V tejto fáze sa môže objaviť šok a utlmenie obranných reakcií. Po chvíli sa jedinec adaptuje na vzniknutú situáciu, obnoví sa obrana a zvýši sa jeho aktivácia. Na endokrinnom a neuropsychickom pozadí medzitým prebiehajú biochemické zmeny, ktoré umožňujú rýchlu reakciu – útok alebo útek.
2. **Štádium rezistencie:** v tomto štádiu dochádza k relatívnemu upokojeniu organizmu, zabezpečovaniu zdrojov pre získanie ďalšej energie a prebieha tu i vyhodnocovanie, či je potrebné udržať stresovú reakciu aktívnu, alebo tu nebezpečie už pominulo.
3. **Štádium vyčerpania:** pokiaľ sa jedinec nedokáže na situáciu adaptovať, prípadne ju vyriešiť, stres je nadmerne intenzívny alebo sa objavila porucha adaptačného mechanizmu (napríklad aktivácia sympatoadrenálneho či hypotalamo-

hypofyzárneho systému) dochádza k vyčerpanosti organizmu. Tá môže pokračovať až k negatívnym dôsledkom.

Možno predpokladať, že na stresovú záťaž prichádza nielen fyziologická reakcia organizmu ale i psychická. Tá môže podľa závažnosti prechádzať od radosti až po úzkosť, skleslosť a smútok. Niekedy dokonca kolíše, môžu sa objaviť i ambivalentné emócie. Pokiaľ sú tieto emócie preťahované, môže dôjsť k dlhodobejším psychickým poruchám, ako je napríklad posstraumatická stresová porucha či klinická depresia. Opakované nevládanie stresových situácií môže viesť k apatii a naučenej bezmocnosti, pokiaľ stresovaný považuje stresor za hrozbu, ktorú nedokáže ovplyvniť. Na bezmocnosť potom často nasadajú pocit menej cennosti. Dôsledkom výrazného stresu, emočného vypätia môže byť i oslabenie kognitívnych funkcií, znížená schopnosť koncentrácie pozornosti a logického usudzovania, nedostatok nápadov pre kreatívne riešenie problémov (Stock, 2010).

Stresory môžu byť z pohľadu jedinca vonkajšie alebo vnútorné. Vo všeobecnosti možno podľa mechanizmu účinku stresory rozdeliť do viacerých kategórií:

- **fyzikálne** (napríklad výrazne vysoká alebo nízka teplota ovzdušia, žiarenie, hluk, vibrácie), tieto stresory často pôsobia poškodzujúco, hlavne na povrchové tkanivá organizmu a preto môžu byť sprevádzané bolesťou,
- **chemické** (napríklad hypoglykémia, oxidačný stres, otravy, hypoxia),
- **biologické** (napríklad patogénne mikroorganizmy, toxíny, akútne ochorenie, chronická choroba), stresory narušujúce kardiovaskulárnu a metabolickú homeostázu (hemoragia svalová práca, ortostáza),
- **psychologické**, ktoré odzrkadľujú odpoveď na pôsobenie podnetov, ktoré už v minulosti vyvolali averzívnu reakciu (obmedzenie príjmu potravy, spánková deprivácia, emočný stres, pocity beznádeje, pocit ohrozenia, strata hierarchizovaného usporiadania života, exogénna depresia),
- **sociálne** (napríklad narušene pracovne vzťahy, nezamestnanosť).
- **kultúrne** (napríklad normy správania) (Mravec, 2011).

2.3.2 *Účinok stresu na organizmus*

Stres však nie je faktor, ktorý pôsobí na organizmus iba negatívne, poškodzujúco a nie vždy musí byť pociťovaný ako nepríjemný (distres). Počas stresovej reakcie sa mobilizujú energetické zdroje (glukóza, mastné kyseliny), ktoré sú pre organizmus

dôležité pre vykonanie adekvátnej fyzickej aktivity, dochádza tiež k aktivácii mozgových štruktúr, čo zabezpečuje primeraný psychický výkon, čo je potrebné pre zvládnutie záťažových situácií. Jedným z príkladov pozitívneho pôsobenia stresu je fyzická aktivita spojená s cvičením, ktoré okrem iného stimuluje kostnú osteoblastickú aktivitu a kalcifikáciu potrebnú pre zvyšovanie kostnej denzity, a tým pevnosti kostí. Prospešný vplyv primeranej fyzickej aktivity pre kardiovaskulárny systém a metabolizmus je ďalším príkladom pozitívne pôsobiaceho stresora. Takýto stres zvyšuje aj mentálnu a fyzickú kondíciu, čím zvyšuje výkon a produktivitu a môže byť pociťovaný ako príjemný, pozitívny alebo vzrušujúci (eustres). Stres, ako neoddeliteľná súčasť života ľudí teda predstavuje na jednej strane esenciálnu zložku života, na druhej strane, ak je neprimeraný, môže predstavovať poškodzujúci faktor vedúci k maladaptácnym reakciám (Mravec, 2016).

Dopad stresovej záťaže na zdravie organizmu je stále objektom výskumu, objavujú sa dva prístupy. Jeden z nich prepojenosť psychiky a somatiky človeka vylučuje, v nemocniciach sa stretáme s mnohými lekármi, ktorých ani nenapadne riešiť psychiku človeka. V niektorých prípadoch možno hovoriť až o iatropatogenii. Lekári nemajú čas, vzdelanie a často ani záujem detailnejšie preskúmať situáciu pacienta a možné príčiny jeho ochorenia. V druhej skupine môžeme nájsť tých, ktorí tieto dve oblasti týkajúce sa človeka spájajú do psychosomatiky, alebo somatopsychologie a uvedomujú si, že spoločným činiteľom v etiopatogenéze niektorých chorôb sa objavuje stres (Paulík, 2010).

Zatiaľ čo krátkodobá aktivácia stresovej reakcie je pre organizmus nevyhnutná na zvládnutie záťažových situácií, nadmerná a opakovaná aktivácia stresovej reakcie má na činnosť organizmu nepriaznivý dopad. V súčasnom období pôsobia stresory na jedincov často chronicky, pričom dlhodobé a nadmerné pôsobenie stresorov má na činnosť organizmu preukázateľne nepriaznivý vplyv. Opakovaná a nadmerná aktivácia stresovej reakcie sa podieľa na etiopatogenéze viacerých závažných chorôb (napríklad kardiovaskulárnych, metabolických, neuropsychiatrických) (Mravec, 2016).

Stresové situácie akéhokoľvek rozmeru a akejkolvek podoby v nás vyvolávajú únavu a emocionálne zmeny. Tieto dôsledky sa dajú rozdeliť do dvoch skupín:

1. Bezprostredné prejavy záťaže a stresu (emočné zmeny, únava, mentálne presýtenie, strata motivácie, pokles výkonnosti, dočasný kognitívny deficit, zo

somatických zmien bolesti, tachykardia, zmenená dychová frekvencia, z behaviorálnych potom agresivita a nepriateľstvo, pasivita).

2. Účinky trvalejšieho rázu (nespokojnosť, únava, vyčerpanie, somatické bolesti, respiračné a obehové problémy, pohybového ústrojenstva, sexuálna dysfunkcia, negatívne zmeny správania, zvýšená chorobnosť, poruchy duševného zdravia) (Paulík, 2010).

2.3.3 Zvládanie stresu

So stresom sa môžeme vysporiadať viacerými spôsobmi. Niekedy sa stane, že príčina sama vymizne a život ide ďalej. Niekedy zostane a my sa so stresorom musíme vyrovnáť inak, napríklad vyriešiť problém alebo od neho utiecť. Opäť sa vraciame k prastarému úteku (pasívna reakcia) alebo útoku (aktívna reakcia). Stresový zážitok v nás väčšinou zanechá nejakú stopu, spomienku. A to, aká táto spomienka bude, často záleží na tom, akým spôsobom sme danú situáciu riešili, prípadne sa s ňou vyrovnali (Křivohlavý, 1994).

Tabuľka 1 Obranné mechanizmy a copingové stratégie. Zdroj: Paulík, 2010

Obranná reakcia	Copingová stratégia
Obsahujú implicitné reakcie	Obsahujú explicitné reakcie
Aktivované intrapsychicky	Aktivované prostriedkami, okolnosťami
Náročnejšie pozorovateľné	Ľahké pozorovateľné
Jedinec si ich niekedy ani neuvedomuje	Jedinec ich ovláda vôľou
Determinované osobnostnými črtami	Determinované osobnostne i situačne
Základom je inštinktívne správanie	Základom sú kognitívne procesy
Neprechádza zhodnotenie situácie	Predchádza zhodnotenie situácie i vlastných možností
Výsledkom je automatické správanie	Výsledkom je premyslené správanie

Pre úspešnú adaptáciu a prekonanie situácie, ktorá ohrozuje náš sebaobraz a pocity istoty nám slúžia obranné mechanizmy, väčšinou neuvedomované stratégie obmedzujúce našu úzkosť. Dôležité je, že nemenia situáciu ani sa o to nesnažia, menia iba naše vnímanie a hodnotenie tejto situácie, a snažia sa udržať integritu osobnosti, kým stresor nevymizne alebo situáciu nevyriešime inak. Môže ísť o určitý prvok sebaklamu. Pokiaľ sú ale tieto mechanizmy plne zakomponované do štruktúry osobnosti a jedinec ich

nadužíva, stráca sa schopnosť nadhľadu a môže vzniknúť falošné sebapoňatia, nedochádza k úspešnej adaptácii a v niektorých prípadoch môže dôjsť k duševným a psychosomatickým ochoreniam. Medzi obranné mechanizmy patria napríklad agresia, nepriateľstvo, únik, potlačenie, vytesnenie, racionalizácia, introjekcia, projekcia, intelektualizácia, splývanie, retroflexie, kompenzácia, substitúcia, sublimácie, odčinenia a reaktívny výtvar (Vašina, 2002).

Copingové stratégie predstavujú vedomé a aktívne spôsoby zvládania stresu, teda náročnejších životných situácií, kedy je potrebné vyvinúť väčšie úsilie na ich prekonanie (Paulík, 2010).

Coping predstavuje schopnosť človeka vyrovnáť sa zodpovedajúcim spôsobom s nárokmi, ktoré sú na neho kladené, príp. zvládať nadlimitnú záťaž, môže mať aj podobu zmeny vnímania situácie alebo zmeny postoja (Hartl, Hartlová, 2010).

Nie je možné vyhnúť sa pôsobeniu stresov. Existujú však možnosti ako obmedziť ich negatívne pôsobenie na organizmus. Jednu z možností predstavujú psychologické metódy, príkladom je autogénny tréning. Aj pravidelná fyzická aktivita môže obmedziť negatívne dôsledky stresu. Ako obzvlášť významná sa javí potreba obmedziť stresovú reakciu u pacientov. U pacientov totiž často dochádza k zvýšenému pôsobeniu stresorov, ktoré môžu súvisieť so strachom z diagnózy, obavou o život, strachom z operačného zákroku, straty zárobku, invalidizujúcich následkov ochorenia atď. Stres sa potom môže podieľať na zhoršení spolupráce pacienta s lekárom, znížení efektívnosti terapeutických postupov, spomalení rekonvalescencie a iných negatívnych dôsledkoch. Lekár svojím empatickým prístupom môže výrazne redukovať pôsobenie uvedených stresorov spojených s chorobou, a tým obmedziť ich negatívne pôsobenie na pacienta (Mravec, 2016).

2.3.4 Psychická záťaž a jej formy

Človek sa počas života ocitne v náročných situáciách, ktoré ho zaťažujú. Ak nemá dostatok energie adaptovať sa na negatívne vplyvy, narúšajú jeho rovnováhu, vyvolávajú u neho napätie, strach a pod. V náročných životných situáciách sa mení prežívanie a správanie jedinca. Z ošetrovateľského hľadiska majú význam najmä:

- **Strach:** má spravidla konkrétnu príčinu, prejavuje sa rozličnou intenzitou a spôsobom. Ide o negatívny emočný stav s rôznym trvaním. Sprevádza ho spravidla narušenie duševnej rovnováhy. Strach je súčasťou choroby, hlavne takej, ktorá môže mať vážne zdravotné následky a ohrozenia. Človek pociťuje

strach z diagnostických, terapeutických a ošetrovateľských výkonov a ich následkov, z bolesti, neistých a nepriaznivých výsledkov vyšetrení a strach zo smrti. Sestra musí vedieť identifikovať tento emočný stav a primerane ho eliminovať.

- **Konflikt:** predstavuje stretnutie protichodných vonkajších alebo vnútorných záujmov. Ich rovnováha vyvoláva sťažené rozhodnutie a voľbu a človek sa musí rozhodnúť medzi dvoma neprijateľnými alternatívami. Veľmi často sa osoba dostáva do konfliktu, keď je chorá a keď často vznikajú vonkajšie a vnútorné protichodné záujmy (napríklad liečiť sa, zostať práceneschopný alebo pokračovať v práci a čiastočne sa liečiť), pričom je v záujme zdravia jedinca liečiť sa.
- **Frustrácia:** znamená prekážku pri uskutočňovaní niečoho, na čom človeku záleží. Počas frustrácie prežíva sklamanie a často reaguje agresívne. Ľudia bývajú nezriedka frustrovaní v období hospitalizácie, nakoľko sa nemôžu napríklad starať o rodinu, vykonávať dôležité činnosti a práci.
- **Deprivácia:** znamená neuspokojenie potrieb, ktoré sú pre jedinca subjektívne dôležité. Veľmi často je človek deprimovaný počas ochorenia alebo hospitalizácie pre neúplné alebo čiastočné napĺňanie jeho potrieb (napríklad v oblasti hygieny, nedostatku informácií).
- **Stres:** znamená, že jedinec sa dostáva do situácie, ktorá presahuje jeho psychické sily, teda je preťažený. Na zvládnutie stresovej situácie použije mimoriadne spôsoby, ktoré ho psychicky a somaticky ohrozujú. Človeku spôsobuje stres napríklad samotná choroba alebo diagnostické, terapeutické a ošetrovateľské výkony (Farkašová, 2005).

Jednotlivé stupne záťaže možno charakterizovať nasledovne:

- **1.stupeň bežná záťaž:** vzniká na základe nesúladu medzi tlakom vonkajšieho prostredia a našimi možnosťami vytvárať protiklad. Spočíva v takých úlohách s ktorými sme sa už veľakrát stretli a dokázali ich úspešne riešiť.
- **2.stupeň zvýšená záťaž:** je viazaný na také pracovné situácie v ktorých nestačíme so zaužívanými spôsobmi riešenia a reagovania. Sú pre nás nové, a preto na ich zvládnutie musím vynaložiť zvýšené úsilie. Je potrebné zdôrazniť, že práve zvýšená záťaž je pre náš život nevyhnutná, pretože nás dokáže posunúť vpred. Núti nás rozširovať si okruh poznatkov, skúseností a pracovať na sebe.

- **3.stupeň hraničná záťaž:** vzniká ak sa objavuje výrazný nesúlad medzi našou pripravenosťou a nárokmi vonkajšieho prostredia na nás. Riešiť takéto situácie môžeme len vynaložením mimoriadneho úsilia, v ktorom sa predpokladá ísť až na doraz a siahnuť až na dno svojich psychických rezerv. Pri danom stupni záťaže dochádza k rôznym spôsobom správania a k výrazným fyziologickým zmenám. Daný stupeň psychickej záťaže odhaľuje skutočnú kvalitu osobnosti človeka.
- **4.stupeň extrémna záťaž:** objavuje sa vtedy ak medzi požiadavkami vonkajšieho prostredia a našimi možnosťami potrebnými na ich zvládnutie je obrovský rozpor. Pretrvávajúca extrémna záťaž vedie k narušeniu vzťahov so spoločenským prostredím. Narastaním množstva záťažových situácií v krátkom čase môže nastať rýchly prechod jedného stupňa záťaže do druhého vyššieho stupňa (1). Psychické vyčerpanie v práci sestry je následkom emocionálne náročných situácií, ktoré je potrebné riešiť. Emocionálne vyčerpanie sú pocity beznádeje, že človeku niet pomoci a je chytený do pasce. Tieto negatívne atribúty pramena z rozporu medzi očakávaným a reálnym stavom v ošetrovateľskej praxi, čo má za následok syndróm vyhorenia (Vévoda a kol., 2013).

Náročné životné situácie môžu pôsobiť súčasne, môžu sa vzájomne ovplyvňovať a vytvárať priestor pre kumuláciu zložitých reakcií prejavujúcich sa v správaní a konaní. To zase vytvára podmienky vzniku psychických obranných mechanizmov, medzi ktoré patria napríklad:

- **Racionalizácia:** zdôvodňovanie vlastného správania alebo konania, ktoré človeku vyhovuje, je však v rozpore so skutočnosťou, niektorí pacienti si racionalizujú ochorenie tým, že si nepripúšťajú nebezpečnú skutočnosť, z ktorej majú strach a obavy.
- **Popretie:** znamená výberové zameranie pozornosti na určité skutočnosti a odmietanie iných, ktoré človeka znepokojujú, jedinec sa vyhýba problémom negatívne ovplyvňujúcim jeho zdravie, napríklad nadmerná hmotnosť, fajčenie.
- **Vytesnenie:** aktívne zabúdanie nepríjemných skutočností, ktoré si človek síce uvedomuje, no nechce na ne myslieť ani sa nimi zaoberať, napríklad vie, že je vážne chorý, ale nechce o tom hovoriť ani to brať na vedomie.
- **Kompenzácia:** znamená vyrovnávanie osobného nedostatku a neúspechu. Pacient využíva kompenzáciu najmä pri následkoch ochorenia ako formu zabezpečenia určitej náhrady za chýbajúcu schopnosť.

- **Regresia:** znamená správanie, prežívanie jedinca, ktoré nezodpovedá jeho veku. Prejavuje sa emocionálnou labilitou, vyžadovaním zvýšenej pozornosti okolia, trvalej starostlivosti, nespokojnosťou, prežívaním úzkosti a osamelosti, napríklad pri vážnom ochorení, úraze, imobilite a pod.
- **Zníženie horizontu vedomia:** pacient sa vo svojom vedomí zaoberá prevažne vlastným ochorením, sebou samým, následkami choroby. Často žije s chorobou a pre chorobu.
- **Znížené sebavedomie:** znamená stratu sebaúcty, nezávislosti, zhoršené ovládanie psychických a telesných funkcií, veľmi často beznádej, ľudskú bezmocnosť a strach zo smrti (Farkašová, 2005).

2.3.5 *Psychická záťaž u študentov ošetrovateľstva*

Vysokoškolské štúdium predstavuje zvýšené nároky na psychiku študentov. Forma štúdia na vysokej škole predpokladá samostatnosť študenta, je skúškou pre jedinca. V tomto prechode medzi adolescenciou a úplnou dospelosťou sa mladý človek postupne osamostatňuje, číni nezávislým a pociťuje základnú potrebu slobody, čo je charakteristickým znakom pre toto vývojové obdobie. Obdobie mladej dospelosti sa spája s očakávaniami spoločnosti, že bude mladý človek viac zodpovedný a býva k nemu preto aj menej tolerantná (Vágnerová, 2017).

Študenti ošetrovateľstva počas klinickej praxe často prežívali vysokú úroveň stresu alebo úzkosti, ktorá negatívne ovplyvnila štúdium, klinické výsledky a celkové hodnotenie študenta. Táto vysoká úroveň stresu zároveň ovplyvňovala pamäť, koncentráciu a mohla narušiť schopnosť riešiť problémy. Prítomnosť stresu v klinickej praxi mohla negatívne ovplyvniť výcvik študentov (Gurková a kol., 2017).

Klinická prax v zdravotníckych zariadeniach ako špecifická forma študijnej praxe je v rámci prepojenia teórie s praxou považovaná za dôležitý komponent profesionálnej prípravy sestier. Učenie v klinických podmienkach, konfrontácia s reálnymi klinickými situáciami predstavuje komplexný proces implikujúci rozvoj širokého spektra spôsobilosti študentov, akými sú psychomotorické zručnosti, kritické myslenie, komunikačne zručnosti a riešenie problémov (klinické rozhodovanie), časový manažment a ďalšie. Tradičné klinické vzdelávanie v ošetrovateľstve kladie doraz na výsledky v dosahovaní kognitívnych, afektívnych a psychomotorických výchovno-vzdelávacích

cieľov (formulovaných v intenciách konkrétneho správania študenta), vychádzajúcich z behaviorálnych teórií učenia a vzdelávania (Gurková, Cibříková, Žiaková, 2015).

Úspech študijných ošetrovateľských programov je silne spojený s efektivitou počas klinickej praxe. Štúdie podporujú argument, že súčasné programy vzdelávania sestier čelia mnohým výzvam. Niektoré z týchto problémov môžu byť pre študentov výrazne stresujúce. Preto by sa školy a nemocnice mali snažiť prehĺbiť svoju spoluprácu a snažiť sa preskúmať a pochopiť faktory, ktoré uľahčujú efektívne vzdelávanie v klinickom prostredí. Jasnejšie chápanie úlohy študentov ošetrovateľstva, pokiaľ ide o povinnosti a činnosti počas klinických stáží, by určite poskytlo východiskový bod pri vytváraní zdravšieho vzdelávacieho prostredia (Galleta a kol., 2017).

Zdroje stresu študentov súvisia so štúdiom samotným. Ďalšími zdrojmi stresu je klinická prax - napríklad strach z neznámych situácií, urobenie chyby pri práci s pacientmi alebo pri manipulácii s technickým vybavením. V jeho práci boli identifikované 3 hlavné skupiny stresorov: akademické stresory ako testovanie a hodnotenie, strach zo zlyhania v odbornej príprave, problémy s pracovnou záťažou, druhým stresorom boli klinické stresory, kde patrí práca, strach z chýb, negatívne reakcie na smrť alebo utrpenie pacientov, vzťahy s ostatnými členmi tímu na oddelení a v neposlednej rade osobné/sociálne stresory ako napríklad ekonomické problémy. (Pulido-Martos, 2011).

Tím pod vedením Jimenesa (2010) urobil výskum pomocou štandardných nástrojov na zhromažďovanie informácií. Táto štúdia bola vykonaná s 357 študentmi zo všetkých 3 rokov diplomového programu ošetrovateľstva na španielskej vysokej škole ošetrovateľstva (71% miera odpovedí). Identifikovali tri typy stresorov (klinické, akademické a externé) a dve kategórie symptómov (fyziologické a psychologické) spojené s klinickou praxou. Faktorová analýza identifikovala šesť hlavných zdrojov stresu a šesť dôležitých symptómov. Študenti vnímali klinické stresory intenzívnejšie ako akademické a vonkajšie stresory a vykazovali psychologické symptómy častejšie ako fyziologické symptómy. Študenti ošetrovateľstva zo všetkých 3 rokov vnímali mierny stres na podobnej úrovni. Identifikované zdroje stresu boli: Stres z nedostatku odborných vedomostí a zručností, stres z praktických úloh a pracovnej záťaže, stres zo starostlivosti o pacientov, stres zo skúšok osobnej spôsobilosti, stres z klinického prostredia a pedagogického a ošetrovateľského personálu, stres zo zasahovania do každodenného života.

V štúdií Kalyaniho (2011) vykonanou formou kvalitatívneho výskumu účastníkmi bolo 19 zdravotných sestier študenti, 4 inštruktori ošetrovateľstva a 3 klinické sestry. Z výskumu vyplýva nasledovné: práve v prostredí klinického výcviku si študenti ošetrovateľstva uvedomili, že im chýba požadovaná efektívnosť. Podľa skúseností študentov niektorí pedagógovia a sestry nemali dostatočnú snahu vzdelávať študentov a odovzdávať im vedomosti. Niektorí im neposkytli dostatočné podrobnosti o liekoch, postupoch a požadovanej starostlivosti o pacientov, niektorí podľa nich nesprávne hodnotili študentov, nemali dostatok skúseností, klinických zručností a neodpovedali na otázky študentov. Študentom chýbal jasný popis úloh pre sestry a študentov, preto nevedeli, za čo sú zodpovední. Študenti tak často získali negatívny postoj k ošetrovateľstvu a zmätok ohľadom svojich funkcií. Okrem toho sa prehĺbil nesúlads medzi očakávaniami a realitou a rozdiel medzi tým, čo sa učili v triedach a tým, čo pozorujú v klinickom prostredí.

Výber metód, ktoré sa využívajú v rámci hodnotenia študentov, súvisí najmä s formou hodnotenia (formatívne, priebežne, sumatívne hodnotenie). Formatívne hodnotenie sa zameriava na podporu učenia študentov, proces ich odborného rastu, ma edukatívny účel. Zameriava sa na priebežne dosahovanie cieľov učenia u študentov a identifikáciu oblastí, ktoré je potrebné v rámci procesu učenia zlepšiť. S formatívnym hodnotením sa najčastejšie stretávame pri poskytovaní spätnej väzby zo strany učiteľa, mentora študentom počas semestra. Sumatívne (výsledné) hodnotenie je zamerané na zhodnotenie, či študent spĺňa vymedzené profesionálne štandardy výkonov, predstavuje spôsob klasifikácie študentov v klinických podmienkach (Gurková, Cibíriková, Žiaková, 2015).

2.3.6 Traumy

Traumy, a to aj pri užšom chápaní traumy ako zážitku, skúsenosti súvisiacej s ohrozením života alebo sexuálnym násilím, môžu byť veľmi rôznorodými zážitkami. Traumy delíme na traumy typu I a typu II. ako traumy typu I označujeme relatívne ohraničený a jednorazový zážitok, napríklad dopravnú nehodu, tornádo, ozbrojené prepadnutie alebo aj znásilnenie. Medzi traumy II. typu patria zážitky, ktoré pôsobia dlhodobo a opakovane, napríklad vojnový konflikt, opakované mučenie alebo pretrvávajúce sexuálne zneužívanie (Maercker, 2020).

Traumy môžeme ďalej deliť na náhodné a interpersonálne. Náhodné traumy sú napríklad nehody vrátane dopravných nehôd, pri ktorých vychádzame z toho, že sa udiali

náhodne, to znamená bez zámeru protistrany. Patria sem veľké prírodné alebo technické katastrofy ako zemetrasenia a výbuchy. Medzi príklad interpersonálnych, teda človekom zavinených tráum, patria sexuálne útoky, vojny a ťažké formy politického prenasledovania (Steiner, 2018).

Mnohé vedecké výskumy traumatizácie a dôsledkov traumy uvádzajú, u akého počtu ľudí sa štatisticky vyskytujú traumatické skúsenosti. Takéto číselné údaje však treba prijímať s istou opatrnosťou. Dôvodov je niekoľko. Po prvé sa môžu rôzniť definície toho, čo sa rozumie pod traumatickým zážitkom. Týka sa to najmä zahrnutia skúseností so život ohrozujúcou chorobou a konfrontácie so smrťou blízkeho človeka. Väčšina národných prehľadových štúdií takéto zážitky zahŕňa, hoci klinické skúsenosti ukazujú, že postraumatická stresová porucha po takýchto udalostiach nevzniká. Po druhé, referuje väčšina výskumov len častotú tráum u ľudí medzi osemnástym a šesťdesiatym piatym rokom života. V kontexte týchto obmedzení, je percento ľudí s prinajmenšom jedným traumatickým zážitkom v rôznych krajinách nasledovný:

- Nemecko: ženy 46%, muži 54%,
- Švajčiarsko: ženy 38%, muži 34%,
- USA: ženy 51%, muži 61%,
- Austrália: ženy 50%, muži 65%,
- Mexiko: ženy 71%, muži 83%,
- Japonsko 61% bez údajov pre jednotlivé pohlavia (Maercker, 2020).

2.3.7 Posttraumatická stresová porucha

Posttraumatická stresová porucha je komplex psychologických symptómov vyvolaných zážitkom mimoriadne traumatizujúcej udalosti. Obete násilných trestných činov, vojnoví veteráni aj ľudia, ktorí prežili prírodné či iné katastrofy sú zraniteľní postraumatickou stresovou reakciou a môžu sa v nich prejavovať psychická porucha. Prejavuje sa najmä opakovaným prežívaním traumatickej udalosti v myšlienkach, snoch a predstavách, aj keď sú tieto spomienky na konkrétnu udalosť čiastočne narušené.

Posttraumatická stresová porucha vzniká z bezprostredných symptómov traumatizácie. Stanoviť presný časový údaj, odkedy sa dá o tejto poruche hovoriť, je ťažké. Odborníci sa však zhodujú, že od skončenia pôsobenia traumy by mali uplynúť prinajmenšom jeden až viac mesiacov. Dôležité je, že posttraumatická stresová porucha sa rozvinie na základe psychických zmien. Jej príznaky musia byť závažné a prekročiť

určitú hranicu postihnutia. Len tak možno stanoviť túto diagnózu. Tieto symptómy sa však u traumatizovaných ľudí môžu prejavíť aj v oslabenej podobe. Takíto ľudia sa potom ešte cítia zdraví a treba k nim ako k zdravým pristupovať (Maercker, 2020).

Posttraumatická stresová porucha pramení z narušených funkcií pamäti a vedomia. Patria sem najmä príznaky „intrúzií“ (z latinčiny: vznikanie) či „znovuprežívania“. Ľudia trpiaci touto poruchou sa cítia byť zahlcovaní nechcenými, zaťažujúcimi spomienkami na traumatickú udalosť (Steiner, 2018).

2.3.8 Formy a možnosti účinných terapií traumy

V nasledujúcej časti práce sa zameriame na formy a možnosti účinných terapií traumy. Veľká pozornosť, ktorá bola téme traumatizácie venovaná, viedla k vzniku širokej terapeutickojej ponuky. My sa zameriame na charakteristiku vybraných foriem.

Supervízia

Súčasťou dobrej praxe sú pravidelné návštevy podpornej supervízie (napríklad v niektorých krajinách existuje odporúčaná frekvencia supervíznych sedení). Supervízie slúžia napríklad k tomu, aby si terapeut zachoval objektivitu, aby mal priestor reflektovať s ďalším človekom svoju prácu, aby exploroval prípadné problémy, ktoré v terapeutickom vzťahu prežíva, aby požiadal o radu alebo poznal skúsenosti svojho kolegu, aby reflektoval prácu svojich kolegov, aby získal podporu pre svoje terapeutické rozhodnutia. Supervízna činnosť býva často ošetrovaná etickým kódexom pre supervíziu, ktorý udáva štandardy eticky dobrej supervízie (Timulák, 2006).

Mádlová (2007) uvádza, že supervízia je v zahraničí zahrnutá do prípravy na niektoré pomáhajúce povolania a takisto aj do prípravy na povolanie sestry. V Českej republike sa tento nástroj sebazdokonaľovania študenta a pomoc pri zvládaní obtiažnych situácií moc nepoužíva. Supervízie môžu prebiehať v individuálnej či skupinovej podobe, v Nizozemsku sú zavedené skupinové supervízie. Podmienkou úspešnosti a efektívnosti skupinovej supervízie je navodenie bezpečnej a priateľskej atmosféry. Skupinové supervízie majú bezpochyby i ekonomické výhody - nižšie náklady na hodiny supervizora, ale aj psychologické výhody pre študentov, kde sa môžu podeliť o podobné zážitky, prípadne si nacvičiť ako danú situáciu zvládať.

Skupinové terapie

Skupinové terapie prebiehajú v súčasnosti najmä v rámci hospitalizácie. Tam sú to hlavne „otvorené skupiny“. To znamená, že k skupine sa pridá každý novoprijatý pacient, bez ohľadu na to, kde sa skupina v terapeutickom procese práve nachádza (na rozdiel od „uzavretých skupín“, v ktorých začínajú všetci účastníci naraz). Okrem kliník sú skupinové terapie od 80-tych a 90-tych rokov 20. storočia, keď boli celkom obľúbené, v nemecky hovoriacich krajinách veľmi zriedkavé. Na medzinárodnej úrovni sa však skupinová terapia pre traumatizovaných pacientov rýchlo vyvíja, hoci ide najmä o „uzavreté skupiny“ (Maercker, 2020).

Na rozdiel od individuálnej psychoterapie chýba vo všetkých účinných skupinových terapiách trauma hlboké zaoberanie sa traumatickými skúsenosťami. Psychodynamické terapeutické skupiny navyše nepoužívajú pre svoju metódu typické interpretácie a sústredia sa skôr na stabilizačné techniky, ku ktorým patrí uznanie pacientovho utrpenia, informovanie sa, čo doteraz pomohlo, ako aj návrhy nových možností na sebauspokojenie a zmiernenie príznakov (Maercker, 2020).

Sociálne terapie

Sociálne terapie resp. psychosociálne intervencie predstavujú súhrn rôznych pomocných opatrení, ktoré sa zameriavajú na veľké skupiny ľudí až po určité súčasti obyvateľstva, napríklad obeť regionálnych prírodných katastrof alebo teroristických útokov. Hnacou silou týchto intervencií a programov sú spravidla mimovládne organizácie alebo Svetová zdravotnícka organizácia. Takéto programy predstavujú možnosť liečby aj regionálnych tráum v rozvinutých priemyselných krajinách. Predpokladá to však, že na úrovni mestskej štvrte či spoločenstva cíti spolupatričnosť dostatočný počet traumatizovaných ľudí, aby sa skupina pod vedením odborníka zišla (Maercker, 2020).

Farmakoterapia

Na rozdiel od iných duševných chorôb nie sú v liečbe posttraumatickej stresovej poruchy lieky prvoradé. Väčšina medzinárodne platných terapeutických odporúčaní považuje medikamenty za „liečbu druhej voľby“. Je to v súlade so spontánnym prianím týchto pacientov, ktorí si väčšinou neprajú lieky na zmiernenie svojho utrpenia. Farmakologickému priemyslu sa dodnes nepodarilo objaviť ani jeden jediný preparát špecificky účinný na posttraumatickú stresovú poruchu. Väčšinou sa ordinujú pacientom antidepresíva, teda selektívne inhibítory spätného vychytávania serotonínu. Časť

pacientov, ktorí tieto lieky užívajú, ich hodnotia ako účinné a pociťujú po nich zmiernenie symptómov (Maercker, 2020).

2.4 Prehľad realizovaných štúdií

Dôležitou súčasťou kvalifikačného štúdia ošetrovateľstva je klinická prax, ktorá je realizovaná pod odborným vedením mentorov. Hodnotenie mentorov prispieva k zisteniu efektívnosti mentoringu. Šrubárová, Zeleníková (2012) realizovali prieskum, ktorého cieľom bolo zistiť, ako študenti ošetrovateľstva hodnotia mentorov klinickej praxe v štyroch sledovaných oblastiach: vzťah medzi mentorom a študentom, osobnosť mentora, štýl vedenia odbornej praxe, proces učenia. Súbor tvorilo 169 študentov druhých a tretích ročníkov prezenčného štúdia bakalárskeho študijného odboru Všeobecná sestra troch vybraných pracovísk. Na zber dát bol použitý dotazník. Respondenti hodnotili na Likertovej škále od 1 do 5 mentorov v štyroch sledovaných oblastiach: vzťah medzi mentorom a študentom, osobnosť mentora, štýl vedenia odbornej praxe, proces učenia. Študenti hodnotili najskôr mentora, s ktorým sa im na odbornej praxi spolupracovalo najlepšie, a následne mentora, s ktorým bola spolupráca najviac problematická. Zber dát bol realizovaný v období od začiatku decembra 2010 do konca januára 2011. Najvyššie hodnotenie u mentorov, s ktorými sa študentom spolupracovalo najlepšie, malo nasledujúce položky: skúsený odborník vo svojej praxi, ľahké nadviazanie kontaktu, vedenie k samostatnosti na príslušnej úrovni s ohľadom na bezpečnosť pacienta, ochota vysvetliť problematické oblasti. Najhoršie hodnotená bola oblasť proces učenia. Medzi najslabšie stránky všetkých hodnotených mentorov patria vytváranie situácií a úloh, ktoré podporujú aplikáciu teórie do praxe, podpora kritického myslenia, nadšenie z klinickej výučby. Z výsledkov prieskumu vyplývajú pre mentorov nasledujúce odporúčania: vytvárať situácie a úlohy, ktoré podporujú aplikáciu teórie do praxe, podporovať rozvoj kritického myslenia, poskytovať viac spätnej väzby študentom o ich pokroku. Na druhej strane je potrebné tiež motivovať a podporovať mentorov k pozitívnemu postojú k učeniu.

Výskumným nástrojom Timmins (2011) bol 146-položkový dotazník založený prieskume College Lifestyle and Attitudinal National survey, kde oslovení 348 študentov. Z dotazníka identifikoval mnoho stresorov súvisiacich s programom vrátane skúšok a úloh. Viac ako jedna tretina tiež uviedla stresory súvisiace so vzťahmi s klinickým personálom a klinickým hodnotením spôsobilosti. Študenti posledného ročníka však

častejšie hodnotili svoje duševné zdravie ako zlé. Časť študentov uviedlo, že na zmiernenie stresu používa alkohol.

Skřivánková (2012) realizovala šetrenie, ktorého cieľom bolo zistiť, ako študenti ošetrovateľstva hodnotia klinické výučbové prostredie a spoluprácu s mentorom, ďalej zistiť úroveň spokojnosti študentov s praktickou výučbou a porovnať podľa typu klinického pracoviska. Výskumný súbor tvorilo 59 študentov druhej a tretieho ročníka bakalárskeho študijného odboru Všeobecná sestra Fakulty zdravotníckych štúdií Ostravskej univerzity. Celkové hodnotenie klinického prostredia aj jednotlivých dimenzií bolo pomerne vysoké (priemerné známky 3,8 - 4,3). Študenti hodnotili klinickú prax a klinické výukové prostredie na interných oddeleniach vo všetkých sledovaných oblastiach lepšie vzhľadom na chirurgické oddelenia. Jedinou oblasťou hodnotenou lepšie na chirurgických pracoviskách bol štýl vedenia staničnej sestry. Študenti prezentovali, že na oddeleniach s nízkou fyzickou záťažou sestier je kvalitnejšia ošetrovateľská starostlivosť. Z uvedených výsledkov sa možno domnievať, že na pracoviskách s vyššou záťažou sestier sú študenti pravdepodobne častejšie a samostatnejšie zapájaní do starostlivosti o pacienta a sestry oceňujú ich pomoc. Na druhej strane študenti môžu pociťovať svoju užitočnosť a to, že ich činnosti vykonávané v rámci klinickej praxe majú zmysel.

Mádlová (2007) sa v svojej dizertačnej práci zaoberá tiež výskumom psychickej záťaže študentov. Jej výskum bol realizovaný na VŠ /Vysoké škole/ v Plzni, Brne, Zlíne a Prahe 1.a.3. LF UK so študijnými programami Ošetrovateľstvo.

Jednou zo sledovaných oblastí u 165 študentov bol Traumatizujúci faktor na praxi a vyhodnotenie poradia z ponúknutých kategórii, kde na 1. mieste bolo Starostlivosť o kriticky nemocné a umierajúce deti, na 2. Starostlivosť o kriticky nemocných a umierajúcich dospelých a na 3. mieste Vzťahy medzi študentom a personálom.

Študenti takisto hodnotili, ktoré oddelenie bolo pre nich psychicky náročné, na prvých priečkach boli liečebňa dlhodobo chorých, interné oddelenie, detské oddelenie, detské onkologické oddelenie.

U otázky či počas štúdia potrebovali psychologickú pomoc 12,7% odpovedalo áno, 64,3% nie z celkového počtu 165 účastníkov. Hlavným dôvodom pre 20,6% z 34 odpovedí boli vzťahy medzi personálom a študentom, 8,5% definovalo smrť a umieranie.

V prípade polozenia otvorenej otázky Aký bol pre študenta najviac traumatizujúci zážitok až 30,3% z 165 účastníkov odpovedalo vzťah medzi personálom a študentom, na 1.

mieste bolo Utrpenie, umieranie detí a dospelých, čo predstavovalo 35,1%. Na otázku komu sa študenti zverili s traumatizujúcim zážitkom, uviedli sami sa vysporiadali 13,9%, zverili sa kolegovi, študentovi 38,2%, rodičom 30,6%, nadriadenému na pracovíšti 6,7%, učiteľovi 5,5%. Negatívny zážitok podľa študentov odoznel do mesiaca u 29,1% , to predstavuje 48 študentov, nad 1 mesiac u 10,9%, čo je 18 študentov z 165.

V dizertačnej práci Madlovej (2007) má zaujal výraz Komplex nižšieho dosiahnutého vzdelania, čo sa prejavuje v situáciách, kde personál oddelenia s nižším vzdelaním alebo dlhodobou praxou dáva najavo študentom, že i napriek nižšiemu vzdelaniu sú v praxi dokonalejší. Prejavuje sa to hľadáním chýb a nedokonalosti na strane študentov a často je to prezentované agresívnym či študenta zosmiešňujúcim až degradujúcim spôsobom. Práve s týmto spôsobom chovania som sa na praxi stretla i ja osobne.

3. EMPIRICKÁ ČASŤ PRÁCE

Výskumný problémom je psychická záťaž študenta na odbornej praxi v študijnom odbore ošetrovateľstvo. Na meranie psychickej záťaže sú štandardizované dotazníky, my sme sa rozhodli pre dotazník vlastnej konštrukcie, ktorý sme rozdelili do oblastí A,B,C,D, spracovávame v podkapitole 3.2 Materiál.

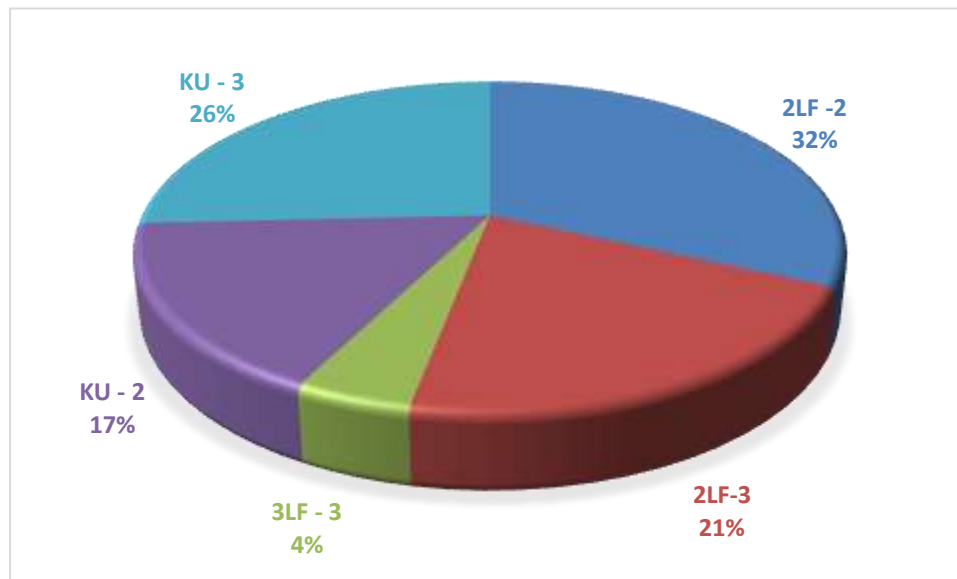
3.1 Metodika

V empirickom šetrení sme použili dotazník vlastnej konštrukcie s názvom *Sledovanie psychickej záťaže študenta na odbornej praxi*. Pozostával z dvoch častí: demografické údaje respondentov a skúmanú oblasť, ktorú sme rozdelili do okruhov A- Záťaž počas praxe v nemocnici, B- Sebadôvera na odbornej praxi, C- Plánovanie budúceho výkonu profesie, D- Príprava pred nástupom na prax.

Dotazník ako výskumný nástroj má svoje výhody: ekonomické (viac respondentov za krátky čas), anonymita respondenta, možnosť distribúcie on line. Má aj svoje nevýhody: nižšia návratnosť, chýba kontrola, nezrozumiteľnosť otázky, obmedzená možnosť odpovedí pri zatvorených položkách. Aj napriek tomu sme sa rozhodli pre kvantitatívnu stratégiu. V dotazníku sme mali originálne a nominálne premenné.

3.2 Materiál

Skúmaný súbor tvorili študenti študijného odboru ošetrovateľstvo LF Karlovy univerzity v Prahe, v počte 38 a študenti z Fakulty zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku v počte 28, spolu 66 respondentov. V našom výskume pracujeme so zámerným súborom, oslovili sme študentov druhého a tretieho ročníka z obidvoch vysokých škôl.



Graf č. 1 Respondenti

Náš zámerný súbor tvorilo celkovo 66 respondentov, z toho: 38 študentov Lekárska fakulta Karlova univerzita, študijný odbor ošetrovatel'stvo; 28 respondentov z Fakulty zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku. Oslovovali sme študentov druhého a tretieho ročníka. Zaujímali sme sa aké majú ukončené stredoškolské vzdelanie, respondenti z LF mali ukončený študijný odbor praktická sestra 66,7%, FZ 28,8%. 16,5% malo ukončené stredoškolské vzdelanie nezdravotníckeho typu.

3.3 Organizácia vlastného šetrenia a spracovanie dát

Dotazníkové šetrenie prebiehalo online. Študentom 2. a 3. ročníka odboru Všeobecné ošetrovatel'stvo na 2.LF a 3.LF Univerzity Karlovej v Prahe a študentom 2.a 3. ročníka odboru Všeobecné ošetrovatel'stvo na Fakulte zdravotníctva Katolíckej univerzite v Ružomberku, Slovensko. Dotazník bol zaslaný online na vybrané emaily študentských skupín, aby sa zachovala anonymita. Počet oslovených študentov: 92. Počet účastníkov 66, čo predstavuje 72% návratnosť. Zber dát prebiehal v období 01-05 2022.

K analýze dát bol použitý tabuľkový procesor MS excel 2016 a štatistický software IBM SPSS Statistics verzia 22 (USA) a program Statistica verzia 12.

3.4 Výsledky vlastnej práce

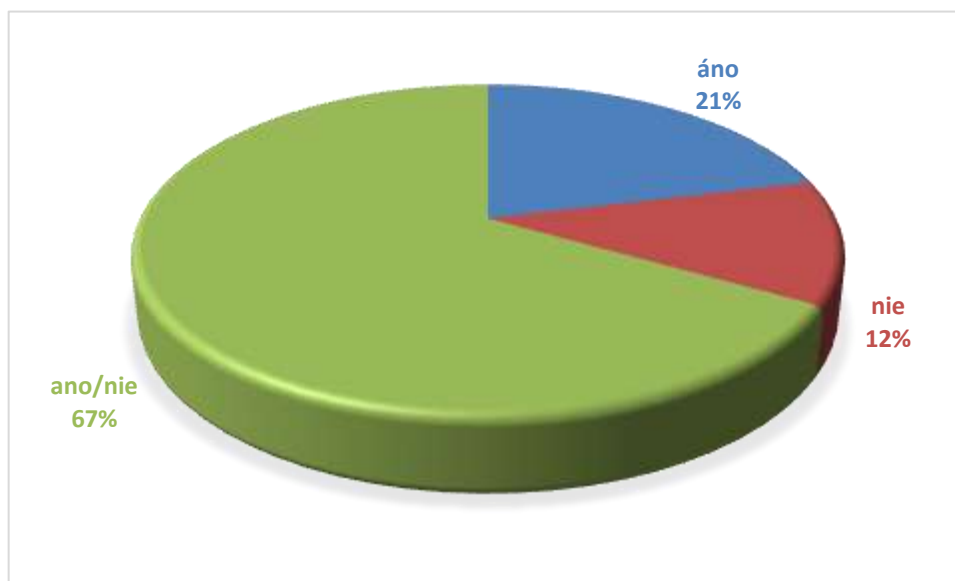
V tejto často podkapitoly realizujem deskriptívnu analýzu dát, podľa jednotlivých častí dotazníka: Sledovanie psychickej záťaže študenta na odbornej praxi:

A: ZAŤAŽ POČAS PRAXE V NEMOCNICI

Otázka č. 1 Pred nástupom na prax ste bol/a pridelený/á mentorovi/konkrétnej sestre na prax?

21,2 % respondentov uviedlo, že pred nástupom na odbornú prax im bol pridelený mentor, až 12,1% nemali prideleného žiadneho mentora. Tento údaj sme neskúmali ďalej – nekonkretizovali sme oddelenia. 66,7% uviedlo, že niekde áno a niekde nie. Tento údaj sme neskúmali ďalej – nekonkretizovali sme oddelenia.

Sestry mentorky zodpovedajú za podporu študentov počas ich odbornej praxe. Mali by byť prítomné v každom zdravotníckom zariadení, kde sú rozmiestňovaní študenti na klinickú prax. Byť sestrou mentorkou je veľmi dôležitá úloha, ktorá môže byť aj obohatením pre ňu samotnú (Zeleníková, 2009). Táto sestra musí byť odborníkom vo svojej profesii, mala by prejsť zodpovedajúcou prípravou na svoje poslanie mentorky, poskytovateľky podpory a pomoci pre študentov.



Graf č. 2 Mentor

Otázka č. 2 Venoval/a sa Vám pridelený/á mentor/zdravotná sestra dostatočne? (vysvetlila Vám špecifiká a chod oddelenia, odpovedala a predávala Vám skúsenosti, vysvetľovala odborné problémy a témy?)

Mentorka pozná najlepšie svoje pracovisko, jeho chod a špecifiká, zvyklosti, vzťahy medzi personálom a pacientmi, dôležité je aby ona viedla prax študentov. Je nutné pripomenúť, že mentorka významne uľahčuje adaptáciu v neznámom prostredí nielen študentom, ale aj ostatným novo prichádzajúcim pracovníkom. 15,2% respondentov uviedlo, že sa im mentorka venovala, 43,9% skôr áno. Nie 6,1% a skôr nie 30,3%.

Tabuľka č. 1 Mentor – vedenie

	Počet	%
Áno	10	15,2
Nie	4	6,1
Neviem	3	4,5
Skôr áno	29	43,9
Skôr nie	20	30,3
Spolu	66	100

Pre zjednodušenie ďalších výpočtov sme spojili hodnoty áno a skôr áno a hodnoty nie, skôr nie.

Tabuľka č.2 Mentor – vedenie - hodnoty

	Počet	%
Áno	39	59,1
Neviem	3	4,5
Nie	24	36,4
Spolu	66	100

V ďalšej časti dotazníka sme sa respondentov pýtali na to, či ich počas praxe niečo traumatizovalo, ktoré oddelenie bolo pre nich najviac psychicky náročné a takisto na dôvody.

Otázka č. 3 Ktoré z oddelení bolo pre Vás najviac psychicky náročné a stresujúce?

Respondentom sme položili otvorenú otázku, ktoré oddelenie považujú z ich pohľadu za traumatizujúce, prevažovalo: *interné oddelenie, nasledovalo geriatrické a doliečovacie oddelenie, následne chirurgické oddelenie*. Skúmali sme aj dôvod.

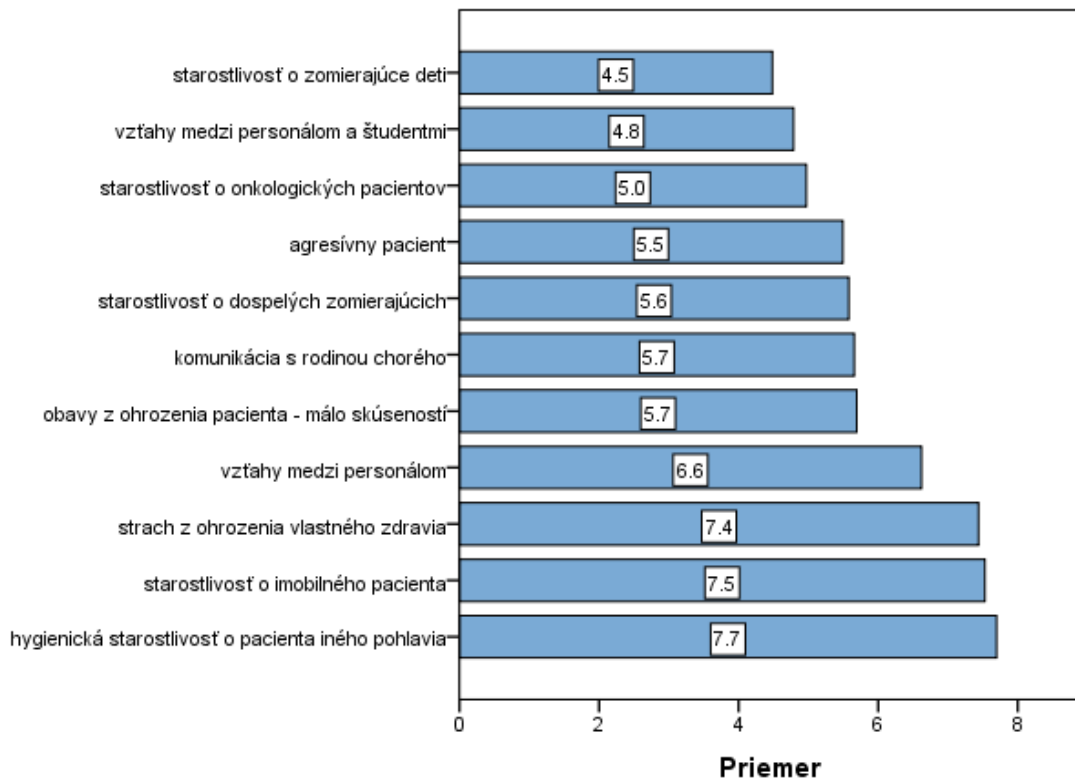
Otázka č. 4 Ktoré z oddelení bolo pre Vás najviac psychicky náročné a stresujúce?

Dôvod?

Respondentom sme položili otvorenú otázku, zaujímali sme sa o dôvody výberu oddelenia/ní, ktoré vyhodnocujeme kvalitatívne: *„staničná sa nám nevenuje, chodíme za pacienti s polovičatými informáciami; nemala som skúsenosti s infúziami; personál sa nám nevenoval; hodne práce; chaotická práca sestier na oddelení; málo času na študenta; neľúbilo sa mi chovanie pracovníka ku pacientom; neochota zdravotníkov nám niečo vysvetľovať; nepríjemné sestry – cítila som sa navyše a nechcená; pracovala som podľa štandardu – ale sestry to chceli robiť inak; osobné urážky; ponurá atmosféra; špatný chod oddelení – moc študentov na oddelení z rôznych škôl; zanedbávanie pacientov; zlý stav pacientov*.

Otázka č. 5 Ktorú situáciu z odbornej praxe považujete za traumatizujúcu?

V tejto otázke mali respondenti ordinálne premenné, ktoré pomocou Likertovej škály hodnotili od 1-12, kde 1 znamenalo najviac traumatizujúci zážitok a 12 najmenej traumatizujúci zážitok. Výsledky sú vizualizované v grafe č. 3. Môžeme vidieť, že najviac respondentov traumatizovala starostlivosť o umierajúce deti, vzťahy medzi personálom a starostlivosť o onkologických pacientov. Najmenej traumatizujúca pre respondentov je hygienická starostlivosť o pacienta iného pohlavia.



Graf č. 3 Traumatizujúci zážitok podľa respondentov

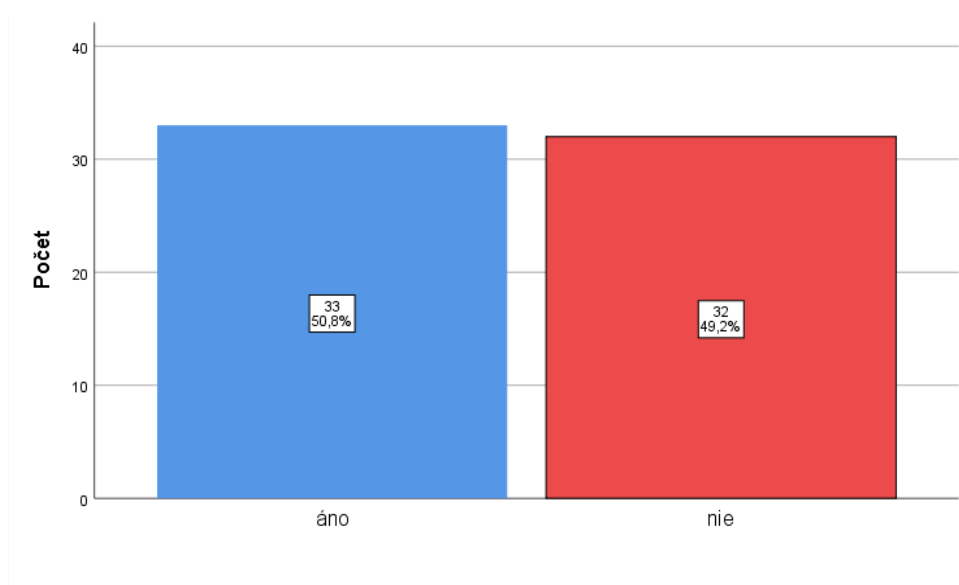
Otázka č. 6 Prosím uveďte Váš najviac traumatizujúci zážitok z odbornej praxe

Respondentom sme položili otvorenú otázku, zaujímali sme sa o konkrétny zážitok z praxe, ktorí vnímali študenti ako najviac pre nich traumatizujúci, vyhodnocujeme kvalitatívne. Ako najviac traumatizujúci zážitok respondenti uvádzali: „arogancia lekárov a sestier; ignorancia sestier – úlohy sanitára; gangrenózne rany; správanie sa k pacientom; starostlivosť o umierajúcich pacientov; covidoví pacienti; zlá komunikácia, zlá mentorka...“ Žiadny traumatizujúci zážitok uviedli dvaja respondenti tretieho ročníka a jeden druhého ročníka LF.

Otázka č. 7 Opakoval sa ešte niekedy behom praxe tento traumatizujúci zážitok?

Touto nominálnou otázkou sme zisťovali opakovanie danej situácie, kde 50,8 % respondentov uviedlo áno – opakoval sa zážitok. Tento údaj je pre nás prekvapivý – vnímanie traumatizujúcich zážitkov na odbornej praxi očami študenta, z toho nám

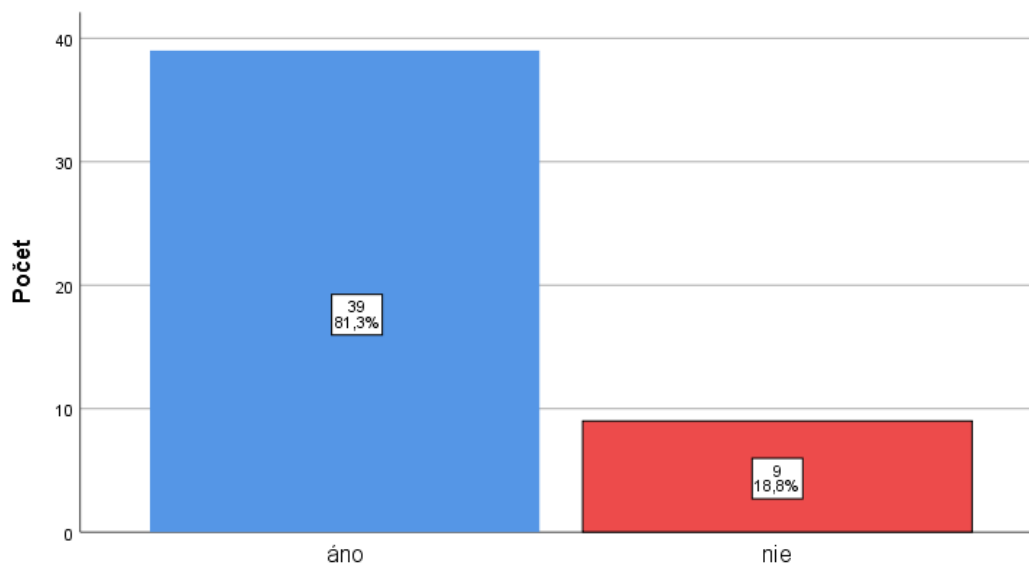
vyvstávajú otázky: Ako sú pripravovaní študenti na dané situácie? Ako sa pracuje so študentmi?



Graf č. 4 Opakovanie zážitku

Otázka č. 8 Zvládol/a ste túto opakovanú situáciu lepšie?

Opakujúcu situáciu zvládali študenti lepšie 81,3 %, nezvládali situáciu 18,8 % respondentov.



Graf č. 5 Zvládanie opakovanej situácie

Otázka č. 9 Potreboval/a si na tento zážitok v priebehu odbornej praxe za celé tri roky odbornú psychickú pomoc ?

Z tabuľky môžeme vidieť, že 54,5% respondentov nepotrebovalo alebo skôr nepotrebovalo 30,3 % v priebehu odbornej praxe psychickú pomoc počas štúdia. 1,5 % áno a skôr áno 4,5 % potrebovali v priebehu odbornej praxe psychickú pomoc.

Tabuľka č. 3 Odborná pomoc počas štúdia

	Počet	%
Áno	1	1,5
Skôr áno	3	4,5
Neviem	6	9,1
Skôr nie	20	30,3
Nie	36	54,5
Spolu	66	100

Otázka č. 10 Ak ste odpovedal/la áno a skôr áno, napíšte v akej situácii ste potreboval/la odbornú pomoc?

Zaujímali sme sa o konkrétne situácie v ktorých študenti potrebovali odbornú pomoc, respondenti uviedli: *poradiť ako správne reagovať v takej situácii, chcela som vymeniť mentorku, orientácia v téme – pochopiť správanie personálu voči druhým.*

Otázka č. 11 Ako ste sa v priebehu odbornej praxe s touto najviac traumatizujúcou situáciou vyrovnával/la?

Vyrovňovanie s traumatizujúcou situáciou zvládali sami 36,4 %, zverili sa blízkemu 63,6 % respondentov.

Tabuľka č.4 Vyrovnávanie sa s traumou

	Počet	%
Sám-sama	24	36,4
Zveril-a som sa blízkeму	42	63,6
Spolu	66	100

Otázka č. 12 Komu ste sa zverili?

Zaujímali sme sa komu sa respondenti zverovali pri traumatizujúcom zážitku na odbornej praxi počas štúdia, kde 31,8 % sa zverilo svojmu kolegovi, študentovi, 16,7 % svojmu partnerovi, 12,1 % rodičovi, 9,1 % priateľovi a 1,5 % učiteľovi.

Tabuľka č. 5 Situácia – osoba

	Počet	%
Kolega, študent	21	31,8
Učiteľ	1	1,5
Priateľ	6	9,1
Partner	11	16,7
Rodič	8	12,1
Neodpovedal	19	28,8
Spolu	66	100,0

B: SEBADÔVERA NA ODBORNEJ PRAXI

V tejto časti vyhodnocujeme časť B dotazníka sebadôvera na odbornej praxi. Sebadôveru študentov na odbornej praxi sme skúmali ôsmimi otázkami dotazníka. Respondentom sme kládli otázky otvorené a zatvorené otázky, zaujímal nás ich názor ako si vedia ohodnotiť svoju vlastnú sebadôveru pri poskytovaní individualizovanej starostlivosti, pri ošetrovateľských úkonoch, pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, popísať situácie kedy sa cítili neisto.

Otázka č. 1 Ohodnoťte svoju sebadôveru pri poskytovaní individualizovanej starostlivosti na odbornej praxi.

Vyhodnocuje otázku podľa ročníkov, kde predpokladáme, že ročník (ich vlastné skúsenosti z odbornej praxe, nadobudnuté teoretické a praktické skúsenosti, určité zručnosti) môžu zvyšovať sebadôveru v realizácii úkonov a výkonov počas odbornej praxe. Respondenti danú otázku vyhodnocovali pomocou Likertovej škály (1- verím si, 2-prevažuje sebadôvera nad neistotou, 3- niekedy si verím a niekedy neverím, 4 – prevažuje neistota nad sebadôverou, 5- neverím si). Z odpovedí nám vyplýva, u 53 % respondentov prevažuje sebadôvera nad neistotou, 31, 8 % respondentov niekedy si verí a niekedy neverí, 12,1 % respondentov si úplne verí a u 3 % respondentov prevažuje neistota nad sebadôverou.

Tabuľka č. 6 Individualizovaná starostlivosť

	Počet	%
Úplne si verím	8	12,1
Prevažuje sebadôvera nad neistotou	35	53,0
Niekedy si verím, niekedy nie	21	31,8
Prevažuje neistota nad sebadôverou	2	3,0
Spolu	66	100

Otázka č. 2 Ohodnot'te svoju sebadôveru pri vykonávaní ošetrovateľských výkonov preberaných v predmete ošetrovateľskej postupy na odbornej praxi.

Respondenti danú otázku vyhodnocovali pomocou Likertovej škály (1- verím si, 2- prevažuje sebadôvera nad neistotou, 3- niekedy si verím a niekedy neverím, 4 – prevažuje neistota nad sebadôverou, 5- neverím si). Pri vykonávaní ošetrovateľských výkonov na odbornej praxi, ktoré mali respondenti preberané v predmete ošetrovateľské postupy na odbornej praxi prevažuje sebadôvera nad neistotou u 48,5 % respondentov, niekedy si verí a niekedy nie 30,3 % respondentov, úplne si verí 15,2 % respondentov.

Tabuľka č. 7 Sebadôvera pri vykonávaní ošetrovateľských výkonov

	Počet	%
Úplne si verím	10	15,2
Prevažuje sebadôvera nad neistotou	32	48,5
Niekedy si verím, niekedy nie	20	30,3
Prevažuje neistota nad sebadôverou	2	3,0
Neverím si	2	3,0
Spolu	66	100

Otázka č. 3 Ohodnot'te svoju sebadôveru v schopnosti poskytovať zdravotnú starostlivosť samostatne po skončení odbornej praxi.

Respondenti danú otázku vyhodnocovali pomocou Likertovej škály (1- verím si, 2- prevažuje sebadôvera nad neistotou, 3- niekedy si verím a niekedy neverím, 4 – prevažuje neistota nad sebadôverou, 5- neverím si).

Po ukončení štúdia poskytovať ošetrovateľskú starostlivosť má sebadôveru: u 57,6 % respondentov prevažuje sebadôvera nad neistotou, úplne si verí 21,2 % respondentov, niekedy si verí a niekedy neverí 19,7 % respondentov, u 1,5 % respondentov prevažuje neistota nad sebadôverou.

Tabuľka č. 8 Hodnotenie sebadôvery po skončení praxe

	Počet	%
Úplne si verím	14	21,2
Prevažuje sebadôveru nad neistotou	38	57,6
Niekedy si verím, niekedy nie	13	19,7
Prevažuje neistota nad sebadôverou	1	1,5
Spolu	66	100

Otázka č. 4 Ak ste odpovedali na predchádzajúcu otázku 3, 4, alebo 5, uveďte dôvod?

V predchádzajúcej otázke sme sa pýtali respondentov na ich sebadôveru v schopnosti poskytovať ošetrovateľskú starostlivosť samostatne po skončení odbornej praxi. Ak odpovedali možnosťou 3 (niekedy si verím a niekedy neverím), 4 (prevažuje neistota nad sebadôverou), 5 (neverím si), zaujímali sme sa o dôvod. Danú otázku vyhodnocujeme kvalitatívne z celého skúmaného súboru (obidve vysoké školy): „Bohužiaľ nedostatočná príprava odborných postupov na prax. Stále a dookola len meriam tlak a napr. kanylu som robila za 2 roky praxou cca 5; chýba mi prax; Každú chvíľu z nás robí radový personál blbca, čo nič nevie formou ponižujúceho charakteru; Nedostatočná teoretická príprava, nemožnosť si intervencie vyskúšať. Nedostatok zaškolenia v rámci praxe. Pretože niektoré výkony na praxi skúsíte len raz, nie je práve žiadny pacient, ktorý by toto potreboval. Nezáskate teda tú praktickú istotu. Teoreticky viem, čo mám robiť, ale prax býva niekedy trochu iná. Každú chvíľu z nás robí personál blbcov-čo nič nevedia a to ponižujúco. Pretože to je u mňa tak, že dokým na pracovisku nepracujem, necítim sa ako plnohodnotný člen a tým pádom to so mnou ide tak na pol plynu. Nedostatočná teoretická príprava, nemožnosť si intervencie vyskúšať. Nedostatočná príprava zo strany školy, nemocnice. Na praxi sme boli prevažne sami, a sestry nemali vždy čas a ochotu nám vysvetľovať veci, ktoré nám mali vysvetliť prípadne ukázať v škole.“

Otázka č. 5 V akej situácii ste sa cítil/a neistá?

Danú otázku vyhodnocujeme kvalitatívne z celého skúmaného súboru (obidve vysoké školy). Neistota v praxi môže byť zapríčinená krátkym nácvikom určitého výkonu, preto sme sa zaujímali o konkretizáciu situácie, v ktorej sa môže cítiť študent neistý: „

administratíva, nepripravenosť k výkonu, komunikácia s pacientom, narušal sa mi osobný priestor, podávanie infúzií, prvý krát realizovaný výkon. Asistencia lekárovi pri výkone, Zavádzanie kanyly, keď sa pacient pýta na to, čo nemôžem odpovedať (nie je to moja kompetencia), časová tieseň, narušal sa mi osobný priestor, podávanie infúzií, prvý krát realizovaný výkon..“

Otázka č. 6 Čo bolo príčinou malej sebadôvery pri prevádzaní výkonu?

Danú otázku vyhodnocujeme kvalitatívne z celého skúmaného súboru (obidve vysoké školy). Ako príčinu malej sebadôvery respondenti druhého a tretieho ročníka uvádzali: *malá skúsenosť, málo teórie v praxi, málo priestoru venované v škole, nedostatočná teoretická príprava a možnosť vysvetlenie výkonu na praxi, nedostatok informácií, obava z reakcie sestier na danom oddelení, Málo učiva preberaného v škole, nedostatočná skúsenosť so špecifikami daných oddelení, nedostatočný počet zavedených periférnych žilných katétrov, nedostatočný nácvik na pacientovi.“*

Otázka č. 7 Ako sa prejavovala Vaša neistota?

Danú otázku vyhodnocujeme kvalitatívne z celého skúmaného súboru (obidve vysoké školy). Prejavy vlastnej neistoty respondenti uvádzali: *„zhoršená komunikácia s pacientami, chvenie, úzkosť, nervozita, chyba vo výkone, nevedela som čo mám v danej chvíli robiť, kládla som opakovane otázky, strach z neúspechu, strach z nedokonalosti. Tras rúk či výkon robím na 100% správne. Chyby v práci, Vnútornej strach. Väčšinou ma ukludnilo, keď bola pri mne mentorka a dívala sa či to robím správne. Nevedela som, čo v danej situácii robiť. Pomalým tempom pri práci. Pýtala som sa veľa sestry, ku ktorej som bola pridelená.“*

Otázka č. 8 Doplňte nasledujúcu vetu: sestry na školiacich pracoviskách svoju sebadôveru (čím) by mali zvyšovať.....,

Danú otázku vyhodnocujeme kvalitatívne z celého skúmaného súboru (obidve vysoké školy), respondenti uvádzali: *„aby ma viedli praxou, potrebujem dohľad počas celého výkonu, jasné informácie, kludný hlas-vysvetliť, podpora a tutoring, pochvala, pochvala nie len kritika. Svojím priateľským prístupom ku študentovi. Kludným prístupom a priznaním si vlastných chýb. Tým, že môžem s nimi konzultovať to v čom si nie som*

istý. Väčšou mierou edukácie a informovanosti. Väčším záujmom odovzdávať informácie študentom a umožniť si vyskúšať čo najviac výkonov. Milým výrazom. Dohľad počas výkonu, pochvala, kludný prístup a uznanie si aj vlastných chýb, ukázať a podporiť. Hovoriť so študentmi slušne – neubližovať im slovne, ukázať odborný-ludský prístup.“

C PLÁNOVANIE BUDÚCEHO VÝKONU PROFESIE

Otázka č. 1 Napíšte (ak už viete) v akom odbore alebo priamo na konkrétnom oddelení poprípade mimo zdravotníctve by ste chceli pracovať po absolvovaní školy?

Po ukončení štúdia pôjdu pracovať mimo zdravotníctva dvaja respondenti, svoju prácu chcú vykonávať na ambulancii 15,2 % respondentov. Pracovať v zdravotníctve chce: 22,7 % chirurgia, intenzívna starostlivosť 15,2 %, neurochirurgia 9,1 %, detské 9,1 %, interné 4,5 %, onkológia 1,5 % respondentov. 19,7 % respondentov uviedlo iné – nekonkretizovali.

Tabuľka č. 9 Výber budúceho pracoviska

	Počet	%
Interné	3	4,5
Chirurgia	15	22,7
Onkológia	1	1,5
JIS	10	15,2
Neurochirurgia	6	9,1
Detské	6	9,1
Ambulancie	10	15,2
Žiadne	2	3,0
Iné	13	19,7
Spolu	66	100,0

Otázka č. 2 Mala vykonaná odborná prax súvislosť s výberom daného oddelenia alebo odchod mimo zdravotníctva/zdravotníckeho zariadenia?

Otázkou sme sa zaujímali o súvislosť medzi výberom v zdravotníctve (jednotlivé oddelenia), výber ambulatnej starostlivosti alebo práca mimo zdravotníctva - zdravotníckeho zariadenia, kde: 59,1 % respondentov vníma danú súvislosť a 40,9 % respondentov nevníma žiadnu súvislosť.

Tabuľka č. 10 Výber pracoviska

	Počet	%
Áno	39	59,1
Nie	27	40,9
Spolu	66	100

Otázka č. 3 Mala profesionalita sestier (vedenie a podpora zo strany personálu oddelenia počas odbornej praxe) súvislosť s výberom vášho budúceho pracoviska?

Povolanie sestry nesie v sebe vysokú odbornosť, profesionalitu, samostatnosť, zvládanie krízových situácií preto sme sa zaujímali, či tieto odborné vlastnosti mali súvis a výberom budúceho pracoviska u študentov, kde: 63,6 % respondentov uviedlo áno a 36,4 % respondentov uviedlo nie.

Tabuľka č. 11 Profesionalite - výber pracoviska

	Počet	%
Áno	42	63,6
Nie	24	36,4
Spolu	66	100

Otázka č. 4 Považujete podľa svojich skúseností z odbornej praxe, povolania všeobecnej sestry za psychicky (začiarknite vyhovujúce možnosti)

Povolanie sestry za veľmi psychicky náročné považuje 47 % respondentov, za náročné 42,4 %, náročnosť nevybočuje z priemeru u 9,1 %, skúr nenáročné uviedol jeden respondent.

Tabuľka č.12 Náročnosť povolania sestry

	Počet	%
Veľmi náročné	31	47,0
Náročné	28	42,4
Náročnosť nevybočuje z priemeru	6	9,1
Skôr nenáročné	1	1,5
Spolu	66	100

D PRÍPRAVA PRED NÁSTUPOM NA PRAX

Otázka č. 1 V rámci teoretickej prípravy ste bol/a pripravovaný/á na psychicky a emočne náročné situácie, s ktorými sa môžete stretnúť na oddeleniach s pacientmi vo vážnom stave (vrátane terminálne chorých)?

V časti dotazníka D sme sa respondentov pýtali na ich prípravu pred nástupom na odbornú prax. Zamerali sme sa na náročné situácie s ktorými sa môžu stretnúť počas praxe. V tabuľke č. 13 uvádzame vyjadrenia k pripravenosti študentov na ich vlastnú odbornú prax, kde 37,9 % respondentov sa vyjadrili, že u väčšiny situácií im bola známa teória, 28,8 % uviedlo, že len okrajovo, 15,2 % respondentov boli na tieto situácie pripravení v teoretickej aj praktickej rovine, 10,6 % neboli pripravení a 7,6 % respondentov boli pripravení.

Tabuľka č. 13 Príprava na náročné situácie pred praxou

	Počet	%
Áno	5	7,6

U väčšiny situácií mi bola známa teória	25	37,9
Bola som pripravená v teoretickej a praktickej rovine	10	15,2
Len okrajovo	19	28,8
Nie	7	10,6
Spolu	66	100

Otázka č.2 Teoretická príprava pred nástupom na prax bola podľa môjho názoru?

Teoretická príprava pred odbornou praxou tvorí súčasť prípravy študenta v študijnom odbore ošetrovateľstvo. Zaujímali sme sa na názor respondentov na ich vlastnú teoretickú prípravu, kde 33,3 % ju označilo za dostačujúcu, 30,3 % za čiastočne dostačujúcu 25,8 % za vyhovujúcu, 6,1 % za úplne nedostatočnú a 4,5 % za výbornú.

Tabuľka č. 14 Teoretická príprava pred nástupom na prax

	Počet	%
výborná	3	4,5
dostačujúca	22	33,3
vyhovujúca	17	25,8
čiastočne postačujúca	20	30,3
úplne nedostatočná	4	6,1
Total	66	100,0

Otázka č. 3 Praktické cvičenie pred nástupom na prax bolo podľa môjho názoru

V tejto otázke sme sa zaujímali o praktické cvičenie, ktoré sa realizujú pred nástupom na odbornú prax. Respondenti uviedli, že praktická príprava bola u 27,3 % respondentov dostačujúca, 27,3 % respondentov ako vyhovujúca, 24,2 % respondentov ju vnímalo s nedostatkami, 13,6 % ako úplne nedostatočnú a len 7,6 % respondentov ako výbornú.

Tabuľka č. 15 Praktická príprava pred odbornou praxou

	Počet	%
výborná	5	7,6
dostačujúca	18	27,3
vyhovujúca	18	27,3
s nedostatkami	16	24,2
úplne nedostatočná	9	13,6
Spolu	66	100

3.5 Diskusia

V tejto časti bakalárskej práce budú diskutované výsledky vlastného šetrenia predovšetkým vo vzťahu k skôr stanoveným hypotézam.

3.5.1 Diskusia vlastných výsledkov práce vo vzťahu ku stanoveným hypotézam

H1: U študentov z UK CZ a KU SK je rozdiel v sebadôvere pri individualizovanej starostlivosti.

H2: U študentov z UK CZ a KU SK je rozdiel v sebadôvere pri ošetrovateľských výkonoch.

H3: U študentov z UK CZ a KU SK je rozdiel v sebadôvere po skončení praxe.

Hypotézy 1,2,3 sme overovali Mann-Whitney U-testom pričom ako nezávislá premenná bola univerzita, na ktorej respondenti študujú a ako závislá premenná bola sebadôvera v jednej z troch skúmaných dimenzií. Ani jedna z hypotéz sa nepotvrdila, to znamená ani v jednej zo skúmaných dimenzií sebadôvery sa medzi študentmi UK a KU nepreukázal rozdiel.

Tabuľka č. 16 Overovanie hypotézy 1,2,3

	univerzita	počet	Mean rank	p hodnota
Sebadôvera pri ind starostlivosti	UK CZ	39	35,58	0,243
	KU SK	27	30,50	
Sebadôvera v oše výkonoch	UK CZ	39	33,60	0,955
	KU SK	27	33,35	
Sebadôvera po ukončené praxe	UK CZ	39	34,23	0,676
	KU SK	27	32,44	

H4: U študentov 2. a 3. ročníku je rozdiel v sebadôvere pri individualizovanej starostlivosti.

H5: U študentov 2. a 3. ročníku je rozdiel v sebadôvere pri ošetrovateľských výkonoch.

H6: U študentov 2. a 3. ročníku je rozdiel v sebadôvere po skončení praxe.

Hypotézy 4,5,6 sme overovali Mann-Whitney U-testom pričom ako nezávislá premenná bol ročník, ktorí respondenti študujú a ako závislá premenná bola sebadôvera v jednej z troch skúmaných dimenzií. Ani jedna z hypotéz sa nepotvrdila, to znamená ani v jednej zo skúmaných dimenzií sebadôvery sa medzi študentmi druhého a tretieho ročníka nepreukázal rozdiel.

Tabuľka č. 17 Overovanie hypotézy 4,5,6

	ročník	počet	Mean rank	p hodnota
Sebadôvera pri ind starostlivosti	2	34	32,72	0,707
	3	32	34,33	
Sebadôvera v oše výkonoch	2	34	31,38	0,318
	3	32	35,75	
Sebadôvera po ukončené praxe	2	34	32,07	0,484
	3	32	35,02	

H7: Medzi študentmi z KU SK a UK CZ je rozdiel vo vnímaní traumatizujúcich udalostí počas odbornej praxe.

Traumatizujúce udalosti sú popísané v grafe č. 3. Na zistenie rozdielov sme použili Mann-Whitney U-test, pričom ako **nezávislá premenná bola univerzita**, na ktorej respondent študuje a **závislá premenná bola jedna zo skúmaných traumatizujúcich udalostí počas praxe**.

V tabuľke č.18 môžeme vidieť, že rozdiely v traumatizujúcich udalostiach sa vzhľadom na študovanú univerzitu preukázali v častiach: vzťahy medzi personálom, starostlivosť o dospelých zomierajúcich, starostlivosť o onkologických pacientov, komunikácia s rodinou chorého, hygienická starostlivosť o pacienta iného pohlavia, starostlivosť o imobilného pacienta.

V tabuľke č.18 môžeme vidieť, že vo všetkých premenných, kde sa preukázal rozdiel medzi respondentmi z Čiech a Slovenska, slovenskí respondenti vnímajú tieto udalosti ako viac traumatizujúce.

Tabuľka č. 18 Overovanie hypotézy 7

	univerzita	počet	Mean rank	priemer	p hodnota
Vzťahy medzi personálom	UK CZ	38	38,68	7,68	0,010
	KU SK	28	26,46	5,18	
Vzťahy medzi personálom a študentmi	UK CZ	38	36,18	5,16	0,182
	KU SK	28	29,86	4,29	
Starostlivosť o dospelých zomierajúcich	UK CZ	38	37,57	6,45	0,008
	KU SK	26	25,10	4,31	
Starostlivosť o zomierajúce deti	UK CZ	38	34,78	5,03	0,260
	KU SK	28	29,57	3,79	
Starostlivosť o onko pacientov	UK CZ	38	38,62	5,84	0,011
	KU SK	28	26,55	3,79	
Komunikácia s rodinou chorého	UK CZ	38	37,82	6,61	0,005
	KU SK	26	24,73	4,27	

Agresívny pacient	UK CZ	38	35,97	6,03	0,130
	KU SK	27	28,81	4,74	
Hygienická starostlivosť o pacienta iného pohlavia	UK CZ	38	40,57	9,05	0,000
	KU SK	28	23,91	5,86	
Starostlivosť o imobilného pacienta	UK CZ	38	39,57	8,76	0,002
	KU SK	28	25,27	5,86	
Strach o zdravie	UK CZ	38	38,25	8,42	0,018
	KU SK	28	27,05	6,11	
Málo skúseností	UK CZ	38	35,50	6,18	0,204
	KU SK	28	29,48	5,00	

H8: Predpokladáme rozdiel medzi študentmi, ktorým sa mentor počas praxe venoval dostatočne a medzi tými, ktorým sa venoval nedostatočne vo vnímaní traumatizujúcich udalostí počas odbornej praxe. (vysvetlila Vám špecifiká a chod oddelenia, odpovedala a predávala Vám skúsenosti, vysvetľovala odborné problémy a témy)

Traumatizujúce udalosti sú popísané v grafe č. 3. Na zistenie rozdielov sme takisto použili Mann-Whitney U-test, pričom ako nezávislá premenná bolo hodnotenie, či sa mentor venoval dostatočne alebo nedostatočne.

V tabuľke 19 môžeme vidieť, že rozdiely v traumatizujúcich udalostiach sa vzhľadom na venovanie sa mentora preukázali v dvoch častiach: vzťahy medzi personálom a študentmi a málo skúseností. V tabuľke môžeme vidieť, že v oboch premenných, kde sa preukázal signifikantný rozdiel, respondenti, ktorým sa mentor venoval nedostatočne, títo vnímajú udalosti ako viac traumatizujúce.

Tabuľka č. 19 Overovanie hypotézy 8

		počet	mean rank	priemer	p hodnota
vzťahy medzi personálom	dostatočne	39	34,31	7,13	0,200
	nedostatočne	24	28,25	5,88	
	dostatočne	39	36,54	5,67	0,012

vzťahy medzi personálom a študentmi	nedostatočne	24	24,63	3,58	
starostl. o dosp. zomierajúcich	dostatočne	37	28,43	5,19	0,158
	nedostatočne	24	34,96	6,54	
starost. o zomierajúce deti	dostatočne	39	27,83	4,05	0,060
	nedostatočne	22	36,61	5,55	
starost. o onko pacientov	dostatočne	39	28,58	4,41	0,057
	nedostatočne	24	37,56	6,21	
komunikácia s rodinou chirého	dostatočne	39	28,29	5,23	0,111
	nedostatočne	22	35,80	6,64	
agresívny pacient	dostatočne	39	31,28	5,56	0,901
	nedostatočne	23	31,87	5,61	
hyg. star. o pacienta iného pohlavia	dostatočne	39	30,63	7,54	0,444
	nedostatočne	22	34,23	8,29	
starost. o imobil. pacienta	dostatočne	39	31,38	7,56	0,731
	nedostatočne	24	33,00	7,88	
strach z ohrozenia vlast. zdravia	dostatočne	39	33,97	7,97	0,271
	nedostatočne	24	28,79	6,83	
málo skúseností	dostatočne	38	35,39	6,66	0,032
	nedostatočne	24	25,33	4,67	

3.5.2 Porovnanie výsledkov vlastného prieskumu s výsledky realizovaných štúdií

Výsledky vyplývajúce z môjho prieskumu porovnávam s výsledkami realizovaných a publikovaných štúdií.

Mádlová (2007) sa v svojej dizertačnej práci zaoberá tiež výskumom psychickej záťaže študentov. Jednou zo sledovaných oblastí u 165 študentov bol **Traumatizujúci faktor na praxi** a vyhodnotenie poradia z ponúknutých kategórii, kde na 1. mieste bolo Starostlivosť o kriticky nemocné a umierajúce deti, na 2. Starostlivosť o kriticky nemocných a umierajúcich dospelých a na 3. mieste Vzťahy medzi študentom a personálom. V mojom prieskume v dotazníkovej časti A otázka - Ktorú situáciu z odbornej praxe považujete za traumatizujúcu, sme pomocou Likertovej škály zistili, že najviac respondentov traumatizovala v tomto poradí starostlivosť o umierajúce deti, vzťahy medzi personálom a starostlivosť o onkologických pacientov.

K podobnému výsledku v oblasti hodnotenia stresorov v oblasti vzťahov medzi personálom a študentami došiel aj Timmins (2011) a jeho výskumným nástrojom bol 146-položkový dotazník založený prieskume College Lifestyle and Attitudinal National survey, kde oslovili 348 študentov. Z dotazníka identifikoval mnoho stresorov súvisiacich s programom vrátane skúšok a úloh. Viac ako jedna tretina tiež uviedla stresory súvisiace so vzťahmi s klinickým personálom a klinickým hodnotením spôsobilosti.

Ďalšou významnou otázkou je v mojom prieskume, časti A – **Komu sa zverili s traumatizujúcim zážitkom**. Výsledok je zarážajúci, študenti sa snažia sami spracovať zážitok 36,4% a 62,1% sa zverí blízkeho – priateľovi, spolužiakovi, rodičovi. Len 1,5% sa zdôverí učiteľovi/mentorovi. Podobné výsledky nachádzam i v dizertačnej práci Mádlová (2007), kde študenti uviedli, sami sa vysporiadali 13,9%, zverili sa kolegovi, študentovi 38,2%, rodičom 30,6%, nadriadenému na pracovisku 6,7%, učiteľovi 5,5%. I keď je sú tieto prieskumy vykonané s časovým odstupom, je možné sledovať trend, že študenti sa ešte viac uzatvárajú do seba a snažia sa spracovať sami. Takisto otvorenosť k diskusii a zvereniu sa učiteľovi je ešte nižšia ako pred rokmi, len 1,5%. Negatívny zážitok podľa študentov odoznel do mesiaca u 29,1% , to predstavuje 48 študentov, nad 1 mesiac u 10,9%, čo je 18 študentov z 165. V mojej práci negatívny zážitok odoznel až u 20%, čo je 13 študentov nad 1 mesiac.

Významnou časťou práce bola časť zisťovania **sebadôvery** pri poskytovaní individualizovanej starostlivosti či pri vykonávaní ošetrovateľských výkonov, kde si neverí 34% študentov a po skončení praxe si stále nie je istých pri výkonoch 21%, čo je značne alarmujúce číslo. V prieskume Mádlovej (2007) je takisto vidieť neistotu študentov pri poskytovaní individualizovanej starostlivosti. I keď viac neistí sú študenti, ktorí nepochádzajú zo zdravotníckeho prostredia. Sebadôvera sa odráža aj vo výskume Jimenesa (2010), táto štúdia bola vykonaná s 357 študentmi zo všetkých 3 rokov diplomového programu ošetrovateľstva na španielskej vysokej škole ošetrovateľstva (71% miera odpovedí). Identifikované zdroje stresu boli: Stres z nedostatku odborných vedomostí a zručností, stres z praktických úloh a pracovnej záťaže, stres zo starostlivosti o pacientov, stres zo skúšok osobnej spôsobilosti, stres z klinického prostredia a pedagogického a ošetrovateľského personálu, stres zo zasahovania do každodenného. V neposlednej rade **mentorka** ako nositeľ vzdelávania bol tiež dôležitým bodom prieskumu v časti A, 59% študentov uviedlo, že mentorka sa im počas praxe venovala ale 36% študentov má negatívnu skúsenosť a mentorka im nevenovala pozornosť. Podobnú skúsenosť nájdeme v štúdiu Kalyaniho (2011) vykonanou formou kvalitatívneho výskumu účastníkmi bolo 19 zdravotných sestier študenti, 4 inštruktori ošetrovateľstva a 3 klinické sestry. Z výskumu vyplýva nasledovné: práve v prostredí klinického výcviku si študenti ošetrovateľstva uvedomili, že im chýba požadovaná efektivita. Podľa skúseností študentov niektorí pedagógovia a sestry nemali dostatočnú snahu vzdelávať študentov a odovzdávať im vedomosti. Niektorí im neposkytli dostatočné podrobnosti o liekoch, postupoch a požadovanej starostlivosti o pacientov, niektorí podľa nich nesprávne hodnotili študentov, nemali dostatok skúseností, klinických zručností a neodpovedali na otázky študentov. Študentom chýbal jasný popis úloh pre sestry a študentov, preto nevedeli, za čo sú zodpovední.

V mojej práci sa ukazuje, že i traumatizujúce udalosti sú vnímané viacej a hlbšie u študentov, ktorým sa mentor nevenuje, a to hlavne v 2 oblastiach: vzťahy medzi personálom a študentmi a málo skúseností. V tabuľke č.19 môžeme vidieť, že v oboch premenných, kde sa preukázal signifikantný rozdiel, respondenti, ktorým sa mentor venoval nedostatočne, títo vnímajú udalosti ako viac traumatizujúce.

3.5.3 Návrhy do praxe

Z výsledkov prieskumu som identifikovala oblasti, kde je priestor na zlepšenie v oblasti komunikácie, podpory ale aj teoretickej prípravy. Ako vyplynulo z výsledkov dotazníka a anonymných odpovedí študentov situácia je podobná ba v niektorých bodoch zhodná na UK CZ i KU SK.

Supervízie skupinové či individuálne, sú jedným z možných riešení ako sa získať spätnú väzbu od študentov ohľadom hodnotenia praxe, oddelení, zážitkov. Mal by to byť priestor a čas, kde sa navodí atmosféra otvorenosti a dôvery voči učiteľovi, aby študenti z obavy o svoje ďalšie pôsobenie v nemocnici sa nebudú báť hovoriť otvorene.

Odborná pomoc, psychológ ako podpora a pomoc pri spracovaní traumatizujúcich zážitkov. Priateľ, rodina, študent obvyčajne nemôže poskytnúť správny spôsob pomoci pri prekonávaní traumatizujúceho zážitku. Existuje riziko, že v prípade neriešenia a častého opakovania sa študent a následne zdravotník môže uchýliť k úniku na prácu neschopnosť či odchodu z pracoviska.

Ako ukázali výsledky v oblasti Sebadôvera v ošetrovateľských výkonoch i u individualizovanej starostlivosti navrhujem viac zaangažovať či motivovať **Mentorky nositeľky vzdelania v praktickej oblasti**. Takisto zapracovať na úzka spolupráca medzi školou a nemocnicou.

Škola/učitelia by mohli prispieť zavedením Praktického cvičenia i v priebehu štúdia, názorne ukazovať, vysvetľovať správny postup jednotlivých ošetrovateľských úkonov, keďže sa na oddelení postupuje študent často podľa miestnych zvyklostí a študentovi sa nedostane správne vysvetlený a zažitý úkon.

Online inštruktážne videa by sa mohli stať každodennou pomôckou pre študentov pred odbornou praxou.

Predkladám tieto návrhy k ďalšiemu hlbšiemu preskúmaniu a rozvedeniu v ďalšej práci zameranej konkrétne na zlepšenie výuky a spolupráce so školiacimi pracoviskami.

ZÁVER

Psychická záťaž je neodmysliteľnou súčasťou vzdelávania zdravotných sestier vzhľadom k faktom, že stres môže znižovať kvalitu štúdia a prípravy, ovplyvňovať osobný život a ich zdravotný stav, je potrebné sa touto otázkou zaoberať a implementovať opatrenia na zníženie psychickej záťaže. V práci som sa zamerala na zistenie miery rôznych foriem záťaže študentov odboru všeobecné ošetrovatel'stvo na odbornej praxi na oddeleniach z pohľadu študentov.

Ciele som si stanovila nasledovné:

5. Zanalyzovať súčasný stav problematiky psychickej záťaže študentov na odbornej praxi s využitím vedeckých zdrojov a článkov v českej a zahraničnej literatúre
6. Pripraviť neštandardizovaný štruktúrovaný dotazník a zadať cieľovým respondentom-študentom Univerzity Karlovej 2. a 3. LF /lekárskej fakulty/ v Prahe a študentom Fakulty zdravotníctva Katolíckej univerzity na Slovensku
7. Zistiť prípadné rozdiely v identifikácii stresorov v priebehu odbornej praxe a hodnotení záťaže študentami
8. Navrhnuť doporučenia pre zlepšenie vzdelávania a prípravy počas štúdia

Dotazník vlastnej konštrukcie pozostával z dvoch častí: demografické údaje respondentov a skúmanú oblasť, ktorú sme rozdelili do okruhov A: Záťaž počas praxe v nemocnici, B: Sebadôvera na odbornej praxi, C: Plánovanie budúceho výkonu profesie, D: Príprava pred nástupom na prax.

Metodika práce spočívala v analýze dát získaných pomocou štruktúrovaného dotazníku vlastnej konštrukcie, ktorý som distribuovala elektronicky celkovo 92 študentom odboru Všeobecné ošetrovatel'stvo 2. a 3. ročníku na 2. a 3. LF Univerzity Karlovy v Praze a na študentom 2. a 3. ročníku na Fakulte zdravotníctva na Katolíckej univerzite v Ružomberku, Slovensko. Konečný počet respondentov za obidve univerzity bol 66, čo je miera návratnosti 72%. K analýze dát bol použitý tabuľkový procesor MS excel 2016 a štatistický software IBM SPSS Statistics verzia 22 (USA) a program Statistica verzia 12.

Hypotézy

H1: U študentov z UK CZ a KU SK je rozdiel v sebadôvere pri individualizovanej starostlivosti.

H2: U študentov z UK CZ a KU SK je rozdiel v sebadôvere pri ošetrovatel'ských výkonoch.

H3: U študentov z UK CZ a KU SK je rozdiel v sebadôvere po skončení praxe.

Hypotézy sme overovali Mann-Whitney U-testom pričom ako nezávislá premenná bola univerzita, na ktorej respondenti študujú a ako závislá premenná bola sebadôvera v jednej z troch skúmaných dimenzií. Ani jedna **z hypotéz sa nepotvrdila**, to znamená ani v jednej zo skúmaných dimenzií sebadôvery sa medzi študentmi UK a KU nepreukázal rozdiel.

H4: U študentov 2. a 3. ročníku je rozdiel v sebadôvere pri individualizovanej starostlivosti.

H5: U študentov 2. a 3. ročníku je rozdiel v sebadôvere pri ošetrovateľských výkonoch.

H6: U študentov 2. a 3. ročníku je rozdiel v sebadôvere po skončení praxe.

Hypotézy sme overovali Mann-Whitney U-testom pričom ako nezávislá premenná bol ročník, ktorí respondenti študujú a ako závislá premenná bola sebadôvera v jednej z troch skúmaných dimenzií. Ani jedna **z hypotéz sa nepotvrdila**, to znamená ani v jednej zo skúmaných dimenzií sebadôvery sa medzi študentmi druhého a tretieho ročníka nepreukázal rozdiel.

H7:

Na zistenie rozdielov sme použili Mann-Whitney U-test, pričom ako nezávislá premenná bola univerzita, na ktorej respondent študuje a závislá premenná bola jedna zo skúmaných traumatizujúcich udalostí počas praxe.

Z výsledkov môžeme vidieť rozdiely v traumatizujúcich udalostiach, ktoré sa vzhľadom na študovanú univerzitu preukázali v častiach: vzťahy medzi personálom, starostlivosť o dospelých zomierajúcich, starostlivosť o onkologických pacientov, komunikácia s rodinou chorého, hygienická starostlivosť o pacienta iného pohlavia, starostlivosť Medzi študentmi z KU SK a UK CZ je rozdiel vo vnímaní traumatizujúcich udalostí počas odbornej praxe. o imobilného pacienta. Vo všetkých premenných, kde sa preukázal rozdiel medzi respondentmi z Čiech a Slovenska, slovenskí respondenti vnímajú tieto udalosti ako viac traumatizujúce. **Hypotéza sa potvrdila.**

H8: Predpokladáme rozdiel medzi študentmi, ktorým sa mentor počas praxe venoval dostatočne a medzi tými, ktorým sa venoval nedostatočne vo vnímaní traumatizujúcich udalostí počas odbornej praxe.

Na zistenie rozdielov sme takisto použili Mann-Whitney U-test, pričom ako nezávislá premenná bolo hodnotenie, či sa mentor venoval dostatočne alebo nedostatočne.

V obidvoch premenných, kde sa preukázal signifikantný rozdiel, respondenti, ktorým sa mentor venoval nedostatočne, títo vnímajú udalosti ako viac traumatizujúce. **Hypotéza sa potvrdila.**

Poznatky vyplývajúce z dotazníka, ktoré sú závažnou témou a môžu významne ovplyvňovať a zvyšovať psychickú záťaž.

Ako prvý poznatok je odpoveď na otázku Ktorú situáciu z odbornej praxe považujete za traumatizujúcu, sme pomocou Likertovej škály zistili, že najviac respondentov traumatizovala v tomto poradí: Starostlivosť o umierajúce deti, vzťahy medzi personálom a študentami a starostlivosť o onkologických pacientov. Vzťahy medzi personálom a študentami je významnou témou aj v iných štúdiách a zjavne spôsobuje veľkú psychickú záťaž u študentov.

Ďalšou významnou otázkou je Komu sa zverili s traumatizujúcim zážitkom. Výsledok je zarážajúci, študenti sa snažia sami spracovať zážitok 36,4% a 62,1% sa zverí blízkeму – priateľovi, spolužiakovi, rodičovi. Len 1,5% sa zdôverí učiteľovi/mentorovi.

Významnou súčasťou práce bola časť zisťovania **sebadôvery** pri poskytovaní individualizovanej starostlivosti či pri vykonávaní ošetrovateľských výkonov, kde si neverí 34% študentov a po skončení praxe si stále nie je istých pri výkonoch 21%, čo je značne alarmujúce číslo.

Na základe vyhodnotenia som navrhla doporučenia, ako vylepšiť situáciu v teoretické i praktické príprave študentov a znížiť ich psychickú záťaž, aby väčší počet študentov dokončilo štúdium s kvalitnou odbornou prípravou a sebadôverou v profesionálnu zdatnosť v praktických úkonoch. Jedná sa o zavedenie supervízií, odbornej pomoci, zaangažovanosti mentorky do procesu učenia, zavedenie praktického cvičenia aj počas štúdia v pravidelných intervaloch, sprístupnenie online inštruktážnych videí pre študentov.

Záverom môžem konštatovať, že stanovené ciele práce boli splnené a mňa osobne písanie tejto práce obohatilo a rozšírilo mi pohľad na súčasnú situáciu u študentov na odbornej praxi.

REFERENČNÍ SEZNAM

ANTALOVÁ, Mária, 2011. *Ludské zdroje a personálny manažment*. 1. vydanie. Bratislava: Ekonóm, 2011. 162 s. ISBN 978-80-225-3234-1.

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

BÁRTLOVÁ, Sylvia, CHLOUBOVÁ, Ivana, TREŠLOVÁ, Márie, 2010. *Vztah sestra – lékař*. Brno: NCOZO, 2010, 127 s. ISBN 978-80-7013-526-6.

BEDNÁR, Rastislav. 2011. Práca sestry a bolesti chrbta. In: *Sestra a lekár v praxi: časopis pre sestry, lekárov a iných zdravotníckych pracovníkov*, roč. 10, č. 3-4, s. 42-44. ISSN 1335-9444.

CLEGG, Brian. 2005. *Stres management*. Brno: CP Books, 2005. 111s. ISBN 80-251-0617-9.

ĎORĎOVIČOVÁ, Katarína, 2006. K problematike emočných nárokov práce sestier. In: *Revue ošetrovatelstva, sociálnej práce a laboratórných techník*, roč. 12, č. 2/2006, s. 85-87. ISSN 1335-5090.

FARKAŠOVÁ, Dana a kol., 2005. *Ošetrovatel'stvo – teória*. Martin: Osveta, 2005, 214s. ISBN 80-8063-182-4.

FARKAŠOVÁ, Dana a kol., 2009. *Ošetrovatel'stvo – teória*. Martin: Osveta, 2009, 244s. ISBN 978-80-806-3322-6.

FONTANA, David. 2016. *Stres v práci a v životě: jak ho pochopit a zvládat*. Praha: Portál, 2016. 184s. ISBN 978-80-262-1033-7.

GALLETTA, M. et al., 2017. Lack of respect, role uncertainty and satisfaction with clinical practise among nursing students: the moderating role of supportive staff. *Acta Biomedica Scientia*. 88(3), p.43-50.

GURKOVÁ, Elena, CIBRÍKOVÁ, Silvia, ŽIAKOVÁ, Katarína, 2015. *Metódy hodnotenia študentov v klinických podmienkach*. In: *Ošetrovateľstvo*, roč. 5, č. 1/2015, s. 31-37. ISSN 1338-6263.

GURKOVÁ, Elena a kol., 2017. Stress and coping behaviours of nursing students in clinical practice. In: *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie*, roč. 1, č. 1/2017, s. 20-27. ISSN 1338-6263.

HARAUSOVÁ, Helena, 2013. *Komunikácia v organizácii*. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, 2013. 120s. ISBN 978-80-8152-019-8.

HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena, 2010. *Velký psychologický slovník*. 4. vydanie. Praha: Portál, 2010. 800 s. ISBN 978-80-7367-686-5.

HUDÁKOVÁ, Anna, 2019. *Teoretické východiská ošetrovateľského procesu*. Prešov: Prešovská univerzita, 2019, 145s. ISBN 978-80-555-2314-9.

JIMENEZ, C., NAVIA-OSORIO, P.M. AND DIAZ, C.V. (2010), *Stress and health in novice and experienced nursing students*. *Journal of Advanced Nursing*, 66: 442-455. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05183.x>

KACHÁŇÁKOVÁ, Anna, 2008. *Personálny manažment*. Bratislava: IURA EDITION, 2008, 235 s. ISBN 978-80-8078-192-7.

KALYANI, M.N., JAMSHIDI, N., MOLAZEM Z., et al. 2019. How do nursing students experience the clinical learning environment and respond to their experiences? In: *BMJ Open* 2019, 26 (7). Dostupné na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31350243/>

KOLENČIKOVÁ, Oľívia. 2004. Zásady optimálnej komunikácie. In: *Sestra*, roč. III., č. 10/2004, s. 13. ISSN 1335-9444.

KOŠČ, Marián. 2003. *Základy psychológie*. Bratislava: Mladé letá, 2003. 118s. ISBN 80-10-0202-X.

KOZELOVÁ, Stanislava, 2016. *Pracovná spokojnosť zamestnancov v organizácii*. In: Sociálno-ekonomické revue, č. 2, s. 61-69. ISSN 1336-3727.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 1994. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada, 1994. 190 s. ISBN 80-7169-121-6.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, PEČENKOVÁ, Jaroslava. 2004. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2004. 78s. ISBN 80-247-0784-5.

LEWTHWAITE, Julie, 2007. *Začínám řídit lidi: Poprvé manažerem - vše, co byste měli znát a umět*. 1. vydanie. Brno: Computer Press, 2007. 211 s. ISBN 978-80-251-1727-9.

MADLOVÁ, Ivana, 2007. *Vyznamne problemy predmetu odborna praxe v bakalarskem studijnim programu Osetrovatelstvi, z roku 2006/2007*. Univezota Palackho Olomouc, Pedagogická fakulta.B

MAERCKER, Andreas, 2020. *Psychická trauma a poruchy po traume*. Bratislava: Vydavateľstvo F, Pro mente sana, 2020. 102s. ISBN 978-80-99982-00-1.

MRAVEC, Boris. 2011. *Stres a adaptácia*. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave, 2011. 350s. ISBN 978-80-8095-067-5.

MRAVEC, Boris, 2016. *Stres: od prospešných účinkov po vznik chorôb*. [online]. [cit. 23.6.2022]. Dostupné na: <https://www.unilabs.sk/casopis-invitro/stres-od-prospesnych-ucinkov-po-vznik-chorob>

NAGYOVÁ, Ľudmila a kol., 2012. *Manažérska komunikácia*. Nitra: SPU, 2012. 215s. ISBN 978-80-552-0918-0.

OBROČNÍKOVÁ, Andrea, MAJERNÍKOVÁ, Ľudmila, 2018. *Analýza pracovnej záťaže sestier*. Prešov: Prešovská univerzita, 2018. 92s. ISBN 978-80-555-1975-3.

PAULÍK, Karel, 2010. *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2959-6.

PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. 2007. *Modely ošetrovatel'stva v kocke*. Praha: Grada Publishing, 2007. 141 s. ISBN 978-80-247-1918-4.

PULIDO-MARTOS, M., AUGUSTO-LANDA, J., LOPEZ-ZAFRA, E. 2011. Sources of stress in nursing students: a systematic review of quantitative studies. In: *International Nursing Review*, 59: p.15-25.

RAUDENSKÁ, Jaroslava, JAVŮRKOVÁ, Alena. 2011. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing, 2011. 184s. ISBN 978-80-247-2223-8.

SEDLÁK, Mikuláš. 2007. *Manažment. Tretie, prepracované a doplnené vydanie*. Bratislava: IURA EDITION, 2007. 360 s. ISBN 978-80-8078-133-0.

SKŘIVÁNKOVÁ, Eliška. 2012. Klinické praxe ošetrovatel'ství - reflexe studentů. In: *Ošetrovatel'stvi a porodni asistence*, roč. 3 2/2012, s. 384 - 389. ISSN 1804-2740.

STEINER, John. 2018. *Psychická útočiště : patologické organizace u psychotických, neurotických a hraničních pacientů*. Praha: Triton, 2018. 191s. ISBN 978-80-7553-458-3

STOCK, Christian, 2010. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada Publishing, 2010, 112s. ISBN 978-80-247-3553-3.

SZARKOVÁ, Miroslava. 2018. *Komunikácia v manažmente*. Bratislava: Ekonóm, 2018, 229s. ISBN 978-80-7598-184-4.

ŠRUBAŘOVÁ, Viera, ZELENÍKOVÁ, Renáta, 2012. Hodnocení mentorů z pohledu studentů ošetrovatel'ství. In: *Ošetrovatel'ství*, roč. 14, č. 2/2012, s. 137-144. ISSN 1804-7122.

TIMMINS, F., et al., 2011. The challenge of contemporary nurse education programmes. Perceived stressors of nursing students: mental health and related lifestyle issues. In: *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18: p.758-766. Dostupné na: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01780.x>

TIMULÁK, Ladislav. 2006. *Základy vedení psychoterapeutického rozhovoru*. Praha: Portál, 2006. 171s. ISBN 80-7637-106-9.

VAŠINA, Lubomír, 2002. *Klinická psychologie a somatická psychoterapie*. Brno: Neptun, 2002. 233s. ISBN 80-90-28-96-4-9.

VÉVODA, Jíří a kol., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing, 2013. 160s. ISBN 978-80-247-4732-3.

Nariadenie vlády č. 296/2010 Z.z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností.

Zákon č. 311/2002 Z. z. o povolání sestry, o povolání pôrodnej asistentky, o Slovenskej komore sestier a pôrodných asistentiek a o zmene a doplnení zákona SNR číslo 14/1992 Zb. o Slovenskej komore stredných zdravotníckych pracovníkov a o Slovenskej komore zubných technikov.

Zákon č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Dotazník vlastnej konštrukcie v českom jazyku	73
Příloha č. 2: Dotazník vlastnej konštrukcie v slovenskom jazyku.....	79

PRÍLOHA Č. 1: DOTAZNÍK VLASTNEJ KONŠTRUKCIE V ČESKOM JAZYKU

Sledování psychické zátěže studenta na odborné praxi

Vážená studentko, vážený studente,

Jsem studentkou 3. ročníku 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy obor Všeobecné ošetrovatelství. Zpracovávám bakalářskou práci s názvem: *Psychická zátěž studentů na odborné praxi*. Dovolte mi se obrátit se na Vás s prosbou o vyplnění anonymního dotazníku, pro analýzu psychické zátěže studentů na odborné praxi. Všechny vámi poskytnuté odpovědi budou anonymní a použiji je ke zpracování své bakalářské práce. Za vaši ochotu a čas strávený vyplňováním dotazníku předem děkuji.

Instrukce k vyplnění dotazníku:

V úvodě dotazníku vás žádám o poskytnutí údajů k Vaší osobě, které budou použity pouze k potřebám zpracování výzkumu.

Na otázky se dá odpovědět jedním z následujících způsobů:

- **vybrání** relevantní odpovědi
- vybrání z **pěti možností** (1. – první znamená naprostý souhlas, 5. naprostý nesouhlas)
- **doplnění slovního** vysvětlení
- doplnění **priority** číslem (1 je pro vás nejdůležitější/nejvíce prioritní).

Údaje o vás

1. Univerzita:

- Univerzita Karlova, Česká republika
- Katolícka Univerzita, Slovensko

2. Fakulta:

- 2.Lékařská fakulta
- 3.Lékařská fakulta
- Fakulta zdravotnictví

3. Ročník:

- 2. ročník
- 3. ročník

4. Předchozí ukončené vzdělání:

- Středoškolské zdravotnického typu - obor:

5. Předchozí ukončené vzdělání

- Středoškolské nezdravotnického typu
- Vysokoškolské nezdravotnického typu

- Vysokoškolské zdravotnického typu

6. Pracujete momentálně ve zdravotnictví, v nemocnici/ambulanci?: **Ano** **Ne**

A. Zátěž během praxe v nemocnici

1. Při nástupu na praxi jste byl/a **přidělený/á mentorovi/ konkrétní sestře** na praxi?

- Ano
- Někde ano, někde ne
- Ne

2. **Věnoval se vám** přidělený mentor/zdravotní sestra dostatečně? Tj. vysvětlil specifika a chod oddělení, odpovídal, předával zkušenosti, vysvětlovat odborné problémy a témata ?

- Ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Ne

3. Které z oddělení pro Vás bylo **nejvíce** psychicky **náročné a stresující**?

Napište název oddělení

4. Které z oddělení pro Vás bylo nejvíce psychicky náročné a stresující?

Důvod:

5. Kterou **situaci** z odborné praxe považujete za **traumatizující**?

Seřad'te následující seznam podle dopadu, který to pro vás mělo, napište číslo od 1 - 12, kde **1 znamená nejvíce traumatizující** a 12 nejméně traumatizující.

- **Vztahy mezi personálem** na pracovišti odborné praxe
- **Vztahy mezi personálem a studenty** na pracovišti odborné praxe
- **Péče o dospělé kriticky nemocné/umírající**
- **Péče o děti** kriticky nemocné/umírající
- **Péče o onkologické pacienty**
- **Komunikace s nejbližšími** kriticky nemocného
- **Agresivní pacient**
- **Celková hygienická péče o pacienta druhého pohlaví**
- **Péče o nepohyblivého, ochrnutého, handicapovaného nemocného**

- Strach z **ohrožení vlastního zdraví**
..... Obavy z **ohrožení pacientů** z důvodu **neznalosti/nedostatečné zkušenosti** procesu a ošetrovatelských postupů
..... **Jiné:** _____

6. Prosím uveďte váš **nejvíce traumatizující zážitek** z odborné praxe:
7. **Opakoval se** ještě někdy během praxe tento traumatizující situace/zážitek?
- Ano
 - Ne
8. **Zvládl/a jste** tuto opakovanou situaci **lépe**?
- a. Ano
 - b. Ne
9. **Potřebovali byste na tento zážitek** v průběhu odborné praxe za celé tři roky **odbornou psychickou pomoc**?
- Ano
 - Spíše ano
 - Nevím
 - Spíše ne
 - Ne
10. Pokud jste odpověděl/a ano a spíše ano, napište **v jaké situaci** jste potřeboval/a odbornou pomoc.
11. **Jak** jste se v průběhu odborné praxe s touto nejvíce traumatizující událostí **vyrovnal/a**:
- Sám
 - svěřil se blízkému
 - vyhledal odbornou pomoc
12. Svěřil se blízkému, udělejte křížek k příslušné osobě, které jste se svěřil/a:
- a. kolegovi-studentovi
 - b. učiteli
 - c. příteli
 - d. partnerovi
 - e. rodiči
 - f. nadřízenému na pracovišti odborné praxe

B. Sebedůvěra na odborné praxi

1. Ohodnoťte svoji sebedůvěru **při poskytování celkové individualizované péče** na odborné praxi
 - 1- zcela si věřím,
 - 2 - převažuje sebedůvěra nad nejistotou,
 - 3 - někdy si věřím, někdy ne,
 - 4 - převažuje nejistota nad sebedůvěrou,
 - 5- nevěřím si

2. Ohodnoťte svoji sebedůvěru **při provádění ošetrovatelských výkonů** probíraných v předmětu ošetrovatelské postupy na odborné praxi.
 - 1- zcela si věřím,
 - 2 - převažuje sebedůvěra nad nejistotou,
 - 3 - někdy si věřím, někdy ne,
 - 4 - převažuje nejistota nad sebedůvěrou,
 - 5- nevěřím si

3. Ohodnoťte svoji sebedůvěru v schopnosti poskytovat zdravotní péči samostatně **po skončení odborné praxi.**
 - 1- zcela si věřím,
 - 2 - převažuje sebedůvěra nad nejistotou,
 - 3 - někdy si věřím, někdy ne,
 - 4 - převažuje nejistota nad sebedůvěrou,
 - 5- nevěřím si

4. Pokud jste odpověděli 3, 4, nebo 5, uveďte proč
.....

5. V jaké **situaci** jste se cítil/a nejistý/á?

6. Co bylo příčinou malé sebedůvěry při provádění výkonů?
.....

7. Jak se **projevovala** vaše nejistota?

8. Doplňte následující větu: sestry na školních stanicích by měli **zvyšovat moji sebedůvěru (čím):**
.....

C. Plánování budoucího výkonu profese

1. Napište, pokud již víte, **ve kterém oboru**, či přímo na kterém **oddělení** případně mimo zdravotnictví byste chtěli po absolvování školy **pracovat**?

- Interní
 - Chirurgické
 - Onkologické
 - Intenzivní péče
 - Neurochirurgie
 - Dětské
 - Raději Ambulance
 - Žádné
 - Jiné
2. Měla vykonaná odborná **praxe souvislost s výběrem** daného oddělení nebo odchod mimo zdravotnictví (zdravotnického zařízení)
- Ano
 - Ne
3. Měla **profesionalita sester** (= vedení a podpora ze strany personálu oddělení během odborné praxe) souvislost s výběrem vašeho budoucího pracoviště?
- Ano
 - Ne
4. Považujete podle své zkušeností z odborné praxe, **povolání** všeobecné sestry za **psychicky**:
- velmi náročné
 - náročné
 - náročnost nevybočuje z průměru
 - spíše nenáročné
 - nenáročné

D. Příprava před nástupem na praxi

1. V rámci **teoretické** přípravy jste byl/a **připravovaný/á** na psychicky a emočně **náročné situace**, se kterými se můžete setkat na odděleních s pacienty ve vážném stavu (včetně terminálně nemocných)?
- 1 Ano, všechny situace, které jsem zažil na praxi byly probrány
 - 2 U většiny situací mi byla známa teorie
 - 3 Byl/a jsem připraven v teoretické aj praktické rovině
 - 4 Přípravě na náročné situace pro personál jsme se věnovali okrajově
 - 5 Ne, na naprostou většinu situací jsem nebyl/a připraven/a
2. **Teoretické příprava** před nástupem na praxi byla dle mého názoru:
- 1 Výborná
 - 2 Dostačující
 - 3 Vyhovující
 - 4 Částečně postačující

- 5 Zcela nedostatečná
3. Byl/a jste v rámci **praktické** přípravy **cvičen/á** na **psychicky a emočně náročné situace**, se kterými se můžete setkat na odděleních s pacienty ve vážném/terminálním stavu?
- 1 Ano, všechny situace, které jsem zažil na praxi byly procvičeny
 - 2 Většiny situací jsem procvičoval
 - 3 Byl/a jsem připraven zhruba napůl
 - 4 Přípravě jsme se věnovali okrajově
 - 5 Ne, naprostá většina situací nebyla procvičována
4. **Praktická cvičení** před nástupem na praxi byla dle mého názoru:
- 1 Výborná
 - 2 Dostačující
 - 3 Vyhovující
 - 4 S nedostatky
 - 5 Zcela nedostatečná

A to je vše, děkuji vám moc za vyplnění dotazníku.

PRÍLOHA Č. 2: DOTAZNÍK VLASTNEJ KONŠTRUKCIE V SLOVENSKOM JAZYKU

Sledovanie psychickej záťaže študenta na odbornej praxi

Vážená študentka, Vážený študent,

Som študentkou 3. ročníka 2. lekárskej fakulty Univerzity Karlovej v odbore všeobecné ošetrovatelstvo. Pracujem na bakalárskej práci s názvom: Psychická záťaž študentov na odbornej praxi. Dovoľte mi, aby som sa na Vás obrátila so žiadosťou o vyplnenie anonymného dotazníka na analýzu psychickej záťaže študentov v odbornej praxi. Všetky Vaše odpovede budú anonymné a použijem ich na spracovanie svojej bakalárskej práce.

Vopred ďakujeme za ochotu a čas strávený vyplnením dotazníka.

Pokyny na vyplnenie dotazníka:

Na začiatku dotazníka vás požiadam o poskytnutie vašich osobných údajov, ktoré budú použité len na účely výskumu.

Na otázky je možné odpovedať nasledovnými spôsobmi:

- **výber** relevantných odpovedí
- výber z **piatich možností** (1. – prvá znamená úplnú zhodu, 5. úplný nesúhlas)
- **pridanie slovného** vysvetlenia
- uvedenie čísla **priority** (1 je pre vás najdôležitejšie/prioritné).

Údaje o vás

1. Univerzita:

- Univerzita Karlova, Česká republika
- Katolícka Univerzita, Slovensko

2. Fakulta:

- 2.LF
- 3.LF
- Fakulta zdravotníctva

3. Ročník:

- 2. ročník
- 3. ročník

4. Predchádzajúce ukončené vzdelanie:

- Stredoškolské zdravotníckeho typu - odbor:

5. Predchádzajúce ukončené vzdelanie:

- Stredoškolské nezdravotníckeho typu
- Vysokoškolské nezdravotníckeho typu
- Vysokoškolské zdravotníckeho typu

6. Pracujete momentálne ve zdravotníctve, v nemocnici/ambulanci?: **Áno** **Ne**

A. Zát'az počas praxe v nemocnici

- Pri nástupe na prax ste bol/a **pridelený/á mentorovi/ konkrétnej sestre** na praxi?
 - Áno
 - Niekde áno, niekde nie
 - Nie
- Venoval sa vám** pridelený mentor/zdravotná sestra dostatočne? Tj. vysvetlil špecifiká a chod oddelenia, odpovedal, predával skúsenosti, vysvetloval odborné problémy a témy ?
 - Áno
 - Skôr áno
 - Neviem
 - Skôr nie
 - Nie
- Ktoré z oddelení pre Vás bolo **najviac** psychicky **náročné a stresujúce**?
 Napíšte názov oddelenia
- Ktoré z oddelení pre Vás bolo najviac psychicky náročné a stresujúce?
 Dôvod:
- Ktorú **situáciu** z odbornej praxe považujete za **traumatizujúcu**?
 Zorad'te nasledujúci zoznam podľa dopadu, ktorý to na vás malo, napíšte číslo od 1 - 12, kde **1** znamená **najviac traumatizujúci** a 12 najmenej traumatizujúci.
 - **Vz'tahy medzi personálom** na pracovišti odbornej praxe
 - **Vz'tahy medzi personálom a študentami** na pracovišti odbornej praxe
 - **Starostlivosť** o dospelých **kriticky nemocných/umierajúcich**
 - **Starostlivosť** o **deti** kriticky choré/umierajúce
 - Starostlivosť o **onkologických pacientov**
 - **Komunikácia s najbližšími** kriticky nemocného
 - **Agresívny pacient**
 - Celková **hygiena u pacienta druhého pohlavia**

- **Starostlivosť** o **nepohyblivého**, ochrnutého, handicapovaného pacienta
 Strach z **ohrozenia vlastného zdravia**
 Obavy z **ohrozenia pacientov** z dôvodu **neznalosti/nedostatočnej skúsenosti** procesu a ošetrovateľských postupov
 **Iné:** _____

6. Prosím uveďte váš **najviac traumatizujúci zážitok** z odbornej praxe:
7. **Opakoval sa** ešte niekedy počas praxe tento traumatizujúci zážitok/situácia?
 • Áno
 • Nie
8. **Zvládl/a ste** túto opakovanú situáciu **lepšie**?
 • Áno
 • Nie
9. **Potrebovali by ste na tento zážitok** v priebehu odbornej praxe za celé tri roky **odbornú psychologickú pomoc**?
 • Áno
 • Skôr áno
 • Neviem
 • Skôr nie
 • Nie
10. Ak ste odpovedal/a áno a skôr áno, napíšte v **akej situácii** ste potreboval/a odbornú pomoc.
11. **Ako** ste se v priebehu odbornej praxe s touto najviac traumatizujúcou udalosťou **vyrovnal/a**:
 • Sám
 • Zveril som sa blízkeému
 • vyhľadal som odbornú pomoc
12. Ak si sa zveril blízkeému, označ k príslušnej osobe, ktorej ste se zveril/a:
 • kolegovi-študentovi
 • učiteľovi
 • priateľovi
 • partnerovi
 • rodičovi
 • nadriadenému na pracovíšti odbornej praxe

B. Sebadôvera na odbornej praxi

1. Ohodnoťte svoju sebadôveru **pri poskytovaní celkovej individualizovanej starostlivosti** na odborné praxi
 - 1 - úplne si verím,
 - 2 - prevažuje sebadôvera nad neistotou,
 - 3 - niekedy si verím, niekedy nie,
 - 4 - prevažuje neistota nad sebadôverou,
 - 5- neverím si

2. Ohodnoťte svoju sebadôveru **pri vykonávaní ošetrovateľských výkonov** preberaných v predmete ošetrovateľské postupy na odbornej praxi.
 - 1 - úplne si verím,
 - 2 - prevažuje sebadôvera nad neistotou,
 - 3 - niekedy si verím, niekedy nie,
 - 4 - prevažuje neistota nad sebadôverou,
 - 5- neverím si

3. Ohodnoťte svoju sebadôveru v schopnosti poskytovať zdravotnú starostlivosť samostatne **po skončení odbornej praxi**.
 - 1 - úplne si verím,
 - 2 - prevažuje sebadôvera nad neistotou,
 - 3 - niekedy si verím, niekedy nie,
 - 4 - prevažuje neistota nad sebadôverou,
 - 5- neverím si

4. Pokiaľ ste odpovedali 3, 4, alebo 5, uveďte prečo

5. V akej **situácii** ste sa cítil/a neistý/á?

6. Čo bolo príčinou malej sebadôvery pri ošetrovateľských výkonoch?
.....

7. Ako sa **prejavovala** vaša neistota?

8. Doplňte nasledujúcu vetu: sestry na školiacich staniaciach by mali **zvyšovať svoju sebadôveru (čím)**:

C. Plánovanie budúceho výkonu profesie

1. Napište, pokiaľ už viete, **v ktorom odbore**, či priamo na ktorom **oddelení** prípadne mimo zdravotníctva by ste chceli po absolvovaní školy **pracovať**?
 - Interné

- Chirurgické
 - Onkologické
 - Intenzívna starostlivosť
 - Neurochirurgia
 - Detské
 - Radšej Ambulancia
 - Žiadne
 - Iné
2. Mala vykonaná odborná **prax súvislosť s výberom** daného oddelenie alebo odchod mimo zdravotníctvo (zdravotníckeho zariadenia)
- Áno
 - Nie
3. Mala **profesionalita sestier** (= vedenie a podpora zo strany personálu oddelenia počas odbornej praxe) súvislosť s výberom vášho budúceho pracoviska?
- Áno
 - Nie
4. Považujete na zklade vašej skúsenosti z odbornej praxe, **povolanie** všeobecnej sestry za **psychicky**:
- veľmi náročné
 - náročné
 - náročnosť nevybočuje z priemeru
 - skôr nenáročné
 - nenáročné

D. Príprava pred nástupom na prax

1. V rámci **teoretickej** prípravy ste bol/a **pripravovaný/á** na psychicky a emočne **náročné situácie**, s ktorými sa môžete stretnúť na oddeleniach s pacientami vo vážnom stave (vrátane terminálne nemocných)?
- 1 Áno, všetky situácie, ktoré som zažil na praxi boli prebrané
 - 2 U väčšiny situácií mi bola známa teória
 - 3 Bol/a som pripravený/á v teoretickej aj praktickej rovine
 - 4 Príprave na náročné situácie pre personál sme sa venovali okrajovo
 - 5 Nie, na väčšinu situácií som nebol/a pripravený/á
2. **Teoretická príprava** pred nástupom na prax bola podľa môjho názoru:
- 1 Výborná
 - 2 Dostačujúca
 - 3 Vyhovujúca
 - 4 Čiastočne postačujúca

- 5 Úplne nedostatočná
3. Bol/a ste v rámci **praktickej prípravy cvičený/á** na **psychicky a emočne náročné situácie**, s ktorými sa môžete stretnúť na oddeleniach s pacientami vo vážnom/terminálnom stave?
- 1 Áno, všetky situácie, ktoré som zažil na praxi boli precvičené
 - 2 Väčšinu situácií som precvičoval
 - 3 Bol/a som pripravený/á zhruba na polovicu
 - 4 Príprave sme sa venovali okrajovo
 - 5 Nie, naprostá väčšina situácií nebola precvičovaná
4. **Praktické cvičenia** pred nástupom na prax boli podľa môjho názoru:
- 1 Výborné
 - 2 Dostačujúce
 - 3 Vyhovujúce
 - 4 S nedostatkami
 - 5 Úplne nedostatočné

A to je všetko, ďakujem vám pekne za vyplnenie dotazníka.