

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.,

Duškova 7, 150 00, Praha 5

**PRACOVNÍ ZÁTĚŽ SESTER NA CHIRURGICKÉM
ODDĚLENÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Denisa Grossmannová

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D.

Praha 2018



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

GROSSMANNOVÁ Denisa

3AVS

Schválení tématu bakalářské práce

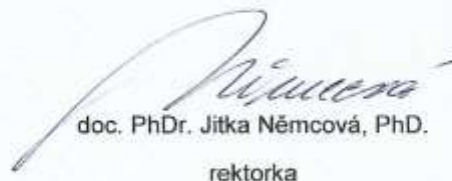
Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Pracovní zátěž sester na chirurgickém oddělení

Nurses' Workland in a Surgical Department

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D.

V Praze dne 1. listopadu 2017


doc. PhDr. Jitka Němcová, Ph.D.
rektorka

ABSTRAKT

GROSSMANNOVA, Denisa. *Pracovní zátěž sester na chirurgickém oddělení.*

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.).

Vedoucí práce: Mgr. Eva Marková Ph.D.

Tématem bakalářské práce jsou pracovní podmínky, fyzická a psychická zátěž sester pracujících na chirurgickém oddělení. Empirická část bakalářské práce prezentuje kvantitativní průzkum, jehož cílem bylo zjistit, jak všeobecné sestry vnímají pracovní zátěž fyzickou a psychickou. Ke zjištění psychické zátěže byl použit Meisterův dotazník, ke zjištění fyzické zátěže dotazník vlastní konstrukce. Zkoumaný vzorek tvořilo 34 všeobecných sester z chirurgických oddělení: Fakultní nemocnice Brno a Nemocnice na Homolce. Data byla získána technikou dotazníku a dále statisticky zpracována. Sestry nejvíce vnímají zátěž při polohování pacientů a při přesunu pacientů z lůžka na lůžko. Zároveň bylo zjištěno, že 88 % pracovníků trpí nějakými zdravotními problémy, konkrétně se jedná nejvíce o bolest zad, otoky dolních končetin a bolest hlavy. Na základě výsledků z Meisterova dotazníku je možné konstatovat, že vnímání pracovní zátěže sestrami je v rámci přijatelných mezí s ohledem na výslednou hodnotu zátěžové tendence stupně 1 ve zkoumaném vzorku respondentů. Při analýze determinantů, které nejvíce ovlivňují psychickou zátěž všeobecné sestry na chirurgickém oddělení, bylo zjištěno, že nejkritičtější vnímanými psychickými vlivy jsou přetížení a stresová odezva. Naopak minimální vliv na fyzickou zátěž má jednotvárnost práce. Nejčastějším způsobem vyrovnání s psychickou a fyzickou zátěží je u 94 % sester spánek.

Klíčová slova

Chirurgie, chirurgické oddělení, všeobecná sestra, stres, pracovní zátěž, ošetřovatelství.

ABSTRACT

GROSSMANNOVÁ, Denisa. *Workload of nurses in the surgical department.*

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Qualification level: Bachelor (Bc.).

Leadership: Mgr. Eva Marková Ph.D.

The topic of the bachelor thesis is the working conditions, the physical and mental burden of nurses working in the surgical department. The empirical part of the bachelor thesis presents a quantitative survey aimed at finding out how general nurses perceive physical and mental workload. The Meister questionnaire was used to determine the psychological burden, to determine the physical burden of a questionnaire of its own construction. The examined sample consisted of 34 general nurses from the surgical departments: Brno University Hospital and Homolce Hospital. The data were obtained by the questionnaire technique and further processed statistically. Nurses most perceive the burden of positioning patients and moving patients from bed to bed. At the same time, it was found that 88% of workers suffer from some health problems, namely the back pain, lower limb swelling and headache. Based on the results of the Meister questionnaire, it can be stated that the perception of workload by nurses is within acceptable limits with respect to the final value of the stress tendency of grade 1 in the surveyed sample of respondents. When analyzing the determinants most affected by the general nurse's psychological burden in the surgical department, the most critical psychic effects were found to be overload and stress response. On the contrary, the minimal effect on physical load has the monotony of work. The most common way to deal with mental and physical stress is in 94% sleep nurses.

Keywords

Surgery, Surgical Department, General Nurse, Stress, Workload, Nursing.

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně, že jsem řádně citoval/a všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu nebo titulu neakademického.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou vyjádřila poděkování za odbornou pomoc, cenné rady, připomínky, nápady a inspiraci vedoucí práce paní Mgr. Eva Marková Ph.D., která s velkou dávkou empatie a ochotou vedla mou bakalářskou práci.

OBSAH

ÚVOD

1	PROFESE VŠEOBECNÉ SESTRY	7
1.1	Všeobecná sestra.....	8
1.2	Osobnost sestry	10
1.3	Role sestry	11
2	OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE	13
2.1	Náplň práce všeobecných sester	14
3	ZÁTĚŽE V PRÁCI SESTRY	18
3.1	Psychologie práce	19
3.2	Psychická zátěž.....	22
3.3	Syndrom vyhoření	25
3.4	Fyzická zátěž	27
4	EMPIRICKÁ ČÁST	32
4.1	Průzkumný problém a cíle výzkumu	32
4.2	Volba výzkumné metody a techniky.....	32
4.3	Organizace průzkumu.....	34
4.4	Definování vzorku respondentů.....	34
4.5	Zpracování a analýza získaných dat.....	39
4.6	Vyhodnocení dotazníkového šetření.....	43
4.6.1	Vyhodnocení fyzické zátěže respondentů.....	43

SEZNAM TABULEK

TAB. 1: Výpočet jednotlivých faktorů.....	39
TAB. 2: Normované kritické hodnoty pro muže a ženy.....	40
TAB. 3: Kritické hodnoty mediánů.....	40
TAB. 4: Vyhodnocení dle jednotlivých položek - případ I.....	41
TAB. 5: Vyhodnocení dle jednotlivých položek – případ II.....	41
TAB. 7: Vyhodnocení dle jednotlivých položek – případ III.....	41
TAB. 8: Typ fyzické zátěže při práci.....	43
TAB. 9: Nejvyšší pociťovaná fyzická zátěž.....	44
TAB. 10: Kontingenční tabulka pro H1.....	46
TAB. 11: Korelační tabulka pro H1	46
TAB. 12: Očekávané četnosti pro H1	46
TAB. 13: Kontingenční tabulka pro H2.....	47
TAB. 14: Korelační tabulka pro H2	47
TAB. 15: Očekávané četnosti pro H2	47
TAB. 16: Typy vyskytovaných zdravotních problémů.....	50
TAB. 17: Četnost použití pomůcek pro manipulaci s pacienty.....	51
TAB. 18: Využití pomůcky pro manipulaci s pacientem.....	51
TAB. 19: Typ spolupráce při manipulaci s pacientem.....	52
TAB. 20: Hodnocení fyzické kondice po směně.....	53
TAB. 21: Typ relaxace po směně	54
TAB. 22: Množství vypitých tekutin za směnu	55
TAB. 23: Možnost využívání „bonusů" od zaměstnavatele	56
TAB. 24: Poskytované výhody	57
TAB. 25: Výstupy z Meisterova dotazníku	58
TAB. 26: Výsledky hodnocení vnímání pracovní zátěže podle kritické hodnoty mediánu...	59
TAB. 27: Součty mediánů pro jednotlivé faktory	60
TAB. 28: Součet pro jednotlivé stupně zátěžové tendence	60
TAB. 29: Vyhodnocení aritmetickým průměrem, směrodatnou hodnotou a vypočtená kritická hodnota pro zjištěné hodnoty z dotazníku	61

SEZNAM OBRÁZKŮ

OBR. 1: Celková návratnost dotazníků z jednotlivých klinik (Fakultní nemocnice Brno a Nemocnice na Homolce).....	35
OBR. 2: Pohlaví respondentů.....	36
OBR. 3: Věk respondentů	36
OBR. 4: Nejvyšší dosažené vzdělání	37
OBR. 5: Délka praxe na současném oddělení	37
OBR. 6: Počet pacientů, které mají sestry ve skupinové péči.....	38
OBR. 7: Pracovní směny.....	38
OBR. 8: Míra zátěže při přenášení břemen	44
OBR. 9: Míra zátěže při chůzi po oddělení	45
OBR. 10: Míra zátěže při polohování pacientů.....	48
OBR. 11: Míra zátěže při přesunu pacienta z lůžka na lůžko (křeslo)48	Chyba! Záložka není definována.
OBR. 12: Nejnáročnější činnost během služby.....	49
OBR. 13: Relativní četnost výskytu zdravotních problémů u dotazovaných50	Chyba! Záložka není definována.
OBR. 14: Relativní četnost odpovědí na použití pomůcek při manipulaci s pacienty 51	Chyba! Záložka není definována.
OBR. 15: Relativní četnost využití jednotlivých pomůcek pro manipulaci s pacienty.....	52
OBR. 16: Relativní četnost spolupráce při manipulaci s pacientem	53
OBR. 17: Relativní četnost odpovědí na otázku fyzické kondice po směně53	Chyba! Záložka není definována.
OBR. 18: Relativní četnost typů relaxace u respondentů.....	54
OBR. 19: Relativní četnost objemu vypitých tekutin u respondentů během směny ...	55
	Chyba! Záložka není definována.
OBR. 20: Relativní četnost odpovědí na pravidelnost stravování během směny.....	56
OBR. 21: Relativní četnost nabízených bonusů u zaměstnavatelů respondentů.....	57
	Chyba! Záložka není definována.
OBR. 22: Relativní četnost jednotlivých poskytovaných výhod	58

SEZNAM ZKRATEK

Bc.	bakalář
BMI	body mass index
ČAS	Česká asociace sester
DiS.	diplomovaný specialista
Mgr.	Magistr
NCO NZO	Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
NLZP	nelékařský zdravotnický pracovník
VS	všeobecná sestra

ÚVOD

Předkládaná bakalářská práce se zabývá problematikou psychické a fyzické zátěže všeobecných sester (dále jen sester) pracujících na chirurgických oddělení vybraných nemocnic: Fakultní nemocnice Brno a Nemocnice na Homolce. Toto téma je velmi aktuální, protože povolání sester je velmi fyzicky náročné a nese s sebou i velkou psychickou zátěž. Práce sestry obnáší nejen fyzickou zátěž v podobě zvedání a polohování pacientů, ale také velkou psychickou zátěž, ke které dochází v každodenní ošetrovatelské péči. Sestra se každý den setkává s problémy, které jsou spojené s bolestí, utrpením a smrtí pacientů, což představuje velkou psychickou zátěž. Psychická zátěž je proces, kdy jedinec se psychicky vyrovnává s vnějšími vlivy prostředí, ve kterém žije. Odolnost každého jedince vůči psychické zátěži je odlišná, záleží na jeho povahových vlastnostech, výchově, společnosti a situacích ve kterých se nachází. Můžeme konstatovat, že čím jsou nároky z prostředí větší, jedinec je přestává zvládat a dostane se do psychického stresu, který může mít velmi negativní dopad na jeho zdraví. Fyzická zátěž je činnost, při které dochází ke zatížení svalové soustavy. V ošetrovatelství je to zejména práce spojená s manipulací s pacienty. Při každodenní práci s imobilními pacienty dochází k přetížení pohybového systému. Je velmi nesnadné dodržovat doporučené limity pro hmotnost a manipulaci s břemenem. Dlouhodobá fyzická zátěž může vést ke zdravotním problémům, převážně v oblasti pohybového systému. Práce sester je velmi náročná. Je v denním kontaktu s pacientem, kterým by měla poskytovat nejen ošetrovatelskou péči, ale pomáhat jim překonat těžké období, které pro něj nemoc přináší. V teoretické části práce z aktuální české a zahraniční literatury definujeme základní problematiku, tzn. osobnost sestry, roli sestry, kompetence všeobecných sester. Analyzujeme problematiku stresu, psychické a fyzické zátěže, jejich důsledky na životní styl sester. Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak všeobecné sestry vnímají pracovní zátěž fyzickou a psychickou. Sběr údajů byl realizován pomocí kvantitativního dotazníkového šetření. Ke zjištění psychické zátěže byl použit standardizovaný Meisterův dotazník, na analýzu fyzické zátěže jsme použili dotazník vlastní konstrukce. Výzkumný vzorek tvořilo 34 sester pracujících na chirurgických oddělení Fakultní nemocnice Brno a Nemocnice na Homolce. Získaná data z dotazníků byla zakódována, zpracována v tabulkovém procesoru Microsoft EXCEL a statisticky vyhodnocena.

Pro výběr zdrojů pro vypracování této práce byla zvolena rešeršní strategie stavebních kamenů, která byla zvolena jako nejvhodnější. Mezi vyhledávané pojmy byly např. tato slovní spojení: fyzická zátěž sester, psychická zátěž sester, stres při práci, lékařská psychologie, ošetrovatelská péče v chirurgii, chirurgie a další. Tyto pojmy byly vybrány s ohledem na souvislost s tématem této práce. (viz Příloha E).

1 PROFESE VŠEOBECNÉ SESTRY

Povolání všeobecné sestry je systém společenských rolí. Osvojení si role sestry a přizpůsobení se na stále nově vznikající situace a zvyšující se zodpovědnost, velmi souvisí se společenským postavením povolání. Povolání sestry vždy bylo a bude fyzicky, psychicky velmi náročné. Sestra je v interakci s pacienty ve velmi vážném zdravotním stavu, často v ohrožení života, na pokraji smrti. Na sestru je kladena velká zodpovědnost, musí zvládat náročné situace, velmi rychle se rozhodovat, přesně, ale přitom klidně a s rozvahou. Velká psychická i emocionální zátěž souvisí také se samotnou podstatou ošetrovatelské profese, se sociálními interakcemi s pacienty i ostatními členy multidisciplinárního ošetrovatelského týmu (BÁRTLOVÁ, 2008). Profese všeobecné sestry patří k povoláním s velkou fyzickou a psychickou zátěží na organismus. Na sestru působí zatěžující faktory, které vycházejí z charakteru její práce. Jedním z hlavních zátěžových faktorů profese je častá komunikace s pacientem, rodinnými příslušníky. Během komunikace může docházet ke konfliktním situacím i několikrát během jediné pracovní směny. K dalším zátěžovým faktorům patří vysoká zodpovědnost, nečekané stresové situace, časová vytíženost. K psychickému zatížení sestry dochází během její každodenní setkání s utrpením, bolestí a smrtí. Kromě psychické zátěže je sestra vystavena i zátěži fyzické, která může mít různou intenzitu, v závislosti na charakteru oddělení. Manipulace s imobilními pacienty, dlouhodobé stání, vynucené polohy, směnnost, statické zatížení. Všechny tyto faktory řadí povolání sestry mezi rizikové práce s dopadem na jejich zdraví (PLEVOVÁ a kol., 2011).

Začátky profese sahají až do raného středověku a jsou spjaty s křesťanstvím. Pomoc nemocnému byla považována, jako morální a lidská povinnost. Začátky organizované ošetrovatelské péče se datují do 19. stol., souvisí s válkami a rozvojem medicíny. K rozvoji profese přispělo křesťanství. Péče o nemocné se ujaly kláštery a křesťanské řády. Při kláštrech byly zřizovány špitály, které zajišťovaly potřeby nemocných. Tento směr byl velmi důležitý pro vznik počátku profese sestry. Sestry se setkávaly a předávaly si zkušenosti, znalosti a dovednosti. Také války ovlivnily profesi sestry. Vznikaly vojenské lazarety, ve kterých ošetrovaly raněné vojáky. Velkým mezníkem byla Krymská válka. Významné osoby, které se zasloužily o profesionalizaci zdravotnictví: Florenc Nightingalová, Nikolaj Ivanovič Pirogov, Jean Henri Dunant. Florenc Nightingalová je považována za zakladatelku moderního ošetrovatelství, její poznatky a doporučení jsou použitelné i v moderní praxi. Důležitou institucí byl Červený kříž, který byl založen Jeanem Henriem Dunantem.

V českých zemích jsou důležitými jmény Eliška Krásnohorská a Karolína Světla. Jejich snahou bylo zajistit vzdělání žen, které by umožňovalo výkon placené profese. Tento ženský výrobní spolek český spolek (NINA SEYCKOVA, 1871-1972) apeloval na lékaře, aby pomohly organizovat vznik ošetrovatelské školy. V roce 1874 vznikla v Praze první ošetrovatelská škola, poskytovala teoretickou i praktickou výuku. Škola vyučovala dle konceptu Florence Nightingalové (KUTNOHORSKÁ, 2010).

1.1 Všeobecná sestra

Profese všeobecné sestry zahrnuje mnoho rolí a je považováno za humánní poslání. Povolání sestry prodělalo historicky poměrně dost velkých změn, od prvotního formování až po současnost (Plevová a kol., 2011). Změny nezasáhly samotný název profese, ale také kompetence sester. Přímý výklad pro klíčové slovo všeobecná sestra se v odborných databázích a literatuře spíše nevyskytuje, významově je slovo sestra základem pro výrazy – všeobecná sestra (původně zdravotní sestra). V bakalářské práci převážně používáme zjednodušený pojem – sestra. Výklad pojmů ze Sbírký zákonů, definuje všeobecnou sestru v souvislosti s výkonem povolání: „*Všeobecná sestra vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem poskytuje, případně zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu.*“ (Česká Republika, Vyhláška č. 55/2011 Sb., ze dne 1. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, s. 484).

Etika a komunikace v medicíně definuje pojem sestra dle etického kodexu sester, který vymezuje etická pravidla pro sestry na celém světě: „*Sestra je povinna převzít profesionální odpovědnost za péči o zdraví, prevenci nemoci a za zlepšování zdravotního stavu právě tak jako za tišení bolesti. Potřeba zdravotní péče je všeobecná. Sestra je osobně zodpovědná za kvalitu ošetrovatelské péče a za obnovování svých znalostí cestou neustálého vzdělávání.*“ (PTÁČEK, 2011, s. 240). Světová zdravotnická organizace definuje: „*Sestra je osoba, která byla formálně přijata do ošetrovatelského vzdělávacího programu, řádně uznaného členským státem, v němž je tento program zajišťován, úspěšně dokončila předepsaná studia ošetrovatelství a získala požadovanou kvalifikaci k tomu, aby se stala registrovanou sestrou anebo sestrou s právoplatnou licenci k výkonu ošetrovatelské praxe.*“ (PLEVOVÁ a kol., 2011, s. 82).

Odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry je vymezena zákonem 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) ve znění platných předpisů a získává se absolvováním (Česká republika, zákon č. 96/2004 Sb., §5, odst. 1) – viz komentář výše

„a) nejméně tříletého akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu všeobecných sester,

b) nejméně tříletého studia v oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšších zdravotnických školách,

c) studia v oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšší zdravotnické škole v délce nejméně jeden rok, jde-li o zdravotnického pracovníka, který získal odbornou způsobilost k výkonu povolání praktické sestry, zdravotnického záchranáře, porodní asistentky nebo dětské sestry podle § 5a odst. 1 písm. a) nebo b), byl-li přijat do vyššího než prvního ročníku vzdělávání,

d) vysokoškolského studia ve studijních programech a studijních oborech psychologie - péče o nemocné, pedagogika - ošetřovatelství, pedagogika - péče o nemocné, péče o nemocné nebo učitelství odborných předmětů pro střední zdravotnické školy, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději v akademickém roce 2003/2004,

e) tříletého studia v oboru diplomovaná dětská sestra nebo diplomovaná sestra pro psychiatrii na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004,

f) studijního oboru všeobecná sestra na střední zdravotnické škole, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004,

g) studijního oboru zdravotní sestra, dětská sestra, sestra pro psychiatrii, sestra pro intenzivní péči, ženská sestra nebo porodní asistentka na střední zdravotnické škole, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 1996/1997, nebo

h) tříletého studia v oboru diplomovaná porodní asistentka na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004.“

Za výkon povolání všeobecné sestry se považuje poskytování ošetrovatelské péče. Všeobecná sestra se ve spolupráci s lékařem nebo zubním lékařem podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, paliativní, neodkladné nebo dispenzární péči. (Česká republika, zákon 96/2004 Sb., §5, odst. 2)

1.2 Osobnost sestry

Požadavky na sestru jsou velmi náročné. Základy osobnosti sestry se utvářejí začíná již v dětství. V 70. letech začaly vznikat psychologické profesiogramy, které shrnuly nezbytné předpoklady pro výkon povolání všeobecné sestry.

Mezi základní předpoklady patří:

- předpoklady senzomotorické: zručnost, šikovnost, pohybová odolnost, nepozměněné smyslové vnímání,
- předpoklady estetické: schopnost úpravy vlastního zevnějšku, smysl pro úpravu zdravotnického prostředí,
- předpoklady intelektové: myšlenkové operace umožňující osvojení široké soustavy pojmů, schopnost řešit aktuální situace,
- předpoklady sociální: empatický vztah k lidem, schopnost navázat kontakt, schopnost komunikovat, schopnost regulovat projevy své verbální i neverbální komunikace,
- předpoklady autoregulační: přizpůsobivost, zvýšená odolnost vůči psychickému a fyzickému stresu (VONDRÁČEK, WIRTHOVÁ, 2009).

Předpoklady a osobnostní rysy pro výkon povolání všeobecné sestry dle Zacharové (2011):

- kreativita – způsob, jakým všeobecná sestra řeší svěřené úkoly, jak je schopna vnímat a realizovat nové podněty,
- kritický a sebekritický přístup k sobě samému,
- empatie - schopnost se vcítit do pocitů druhých,
- přiměřené vystupování - asertivní jednání, trpělivost, umět se ovládat a odpoutání se od osobního života v pracovním procesu, pohotové reakce,
- smysl pro humor – umět se smát s nemocným, ne nemocnému, usmívat se při práci,
- hodnotová orientace – žebříček hodnot, smysl pro povinnost, hezký vztah k lidem, který vede k vnitřnímu uspokojení z vykonané práce,
- humánní vztah k nemocnému – patří k jednomu z projevů osobní zralosti všeobecné sestry,

- dále by měla všeobecná sestra být „sociálně zralá“, optimisticky laděná, měla by znát svoji hierarchii hodnot, sebepoznání, sebevýchova (ZACHAROVÁ, 2011).

Základním předpokladem pro vykonávání povolání všeobecné sestry je absolvování příslušné školy, adaptačního období v nemocnici a kontinuální vzdělávání. (VENGLÁŘOVÁ, 2011).

1.3 Role sestry

Ošetřovatelství, jako vědní obor se neustále dynamicky rozvíjí. Všeobecná sestra se tak stává důležitou členkou zdravotnického týmu ve svém oboru. Dle WHO je role sestry v současné době definována takto: sestra je osoba, která byla oficiálně přijata do ošetřovatelského vzdělávacího programu, řádně uznaného členským státem, v němž je tento program zajišťován, úspěšně dokončila předepsaná studia ošetřovatelství a získala požadovanou kvalifikaci k tomu, aby se stala registrovanou sestrou. Sestry pomáhají pacientům, rodinám, skupinám, s cílem dosáhnout jejich fyzického, mentálního a sociálního potenciálu. Sestry potřebují jasně dané kompetence, které přispívají k rozvíjení a podpoře faktorů podporujících a udržujících zdraví, důležité je také zaměření na prevenci (PLEVOVÁ, 2011). Sestry hodnotí, plánují, poskytují a vyhodnocují svou profesionální péči v průběhu nemoci a rekonvalescence, která zahrnuje fyzické, mentální a sociální aspekty života a jejich dopady na zdraví, nemoc, neschopnost (invaliditu) a umírání. Praxi mohou vykonávat v nemocnicích a komunitách. Sestry jsou oprávněny pracovat samostatně/autonomně a jako členky zdravotnického týmu. Za určitých okolností mohou delegovat péči na asistenty zdravotnické péče, odpovědnost za péči si však ponechávají, provádějí v případě nutnosti dozor a jsou odpovědné za svá rozhodnutí a jednání. Sestry podporují vhodné aktivní zapojení jedinců, pacientů, rodin, sociálních skupin a komunit, do všech forem zdravotní péče tak, aby je podněcovaly k sebedůvěře a samostatnému rozhodování při současném vytváření zdravého životního prostředí (PLEVOVÁ, 2011).

Dle Farkašové (2014) můžeme rozdělit sestry podle svých rolí:

Sestra pečovatelka – poskytuje ošetřovatelskou péči, jak v nemocničním zařízení, tak v terénu. Definuje jejich ošetřovatelské problémy a aktivně se podílí na plánu řešení těchto problémů.

Sestra edukátorka nemocného a jeho rodiny – sestra působí v oblasti upevňování zdraví, prevenci, rozvoji a udržení soběstačnosti, nácviku praktických dovedností.

Sestra obhájkyň nemocného – sestra tráví s nemocnými při poskytování ošetrovatelské péče poměrně velkou část času, může tak rozpoznat jeho přání, potřeby a problémy. Pokud pacient nemůže nebo nedokáže vyjádřit své problémy, přání, touhy, sestra se stává prostředníkem pacienta v kontaktu s ostatními členy zdravotnického týmu. Nemocného i rodinu pozitivně ovlivňuje ke spolupráci.

Sestra asistentka – úzce spolupracuje s lékařem a ostatními členy zdravotnického týmu, aktivně vykonává činnosti, které jsou spojeny s diagnosticko-terapeutickou péčí v mezích své kompetence.

Sestra výzkumnice – sestra aktivně vyhledává nové poznatky a informace, tyto informace jsou zdrojem při poskytování ošetrovatelské péče, může se podílet na rozvoji svého oboru. Sestra – manažerka řídí ošetrovatelský proces u pacienta i ostatní ošetrovatelské činnosti. Zvládnutím této role sestra poskytuje efektivní a koordinovanou péči. Sestra – nositelka změn - reaguje pružně na změny. Je kontinuální hnací silou celého ošetrovatelství. Sestra – mentorka – je zralá sestra s náležitou klinickou i pedagogickou způsobilostí, která je zodpovědná za dohled nad studenty v klinické i komunitní praxi. Mentor je zároveň také člověkem, který poskytuje podporu, zpětnou vazbu a je studentovi přítelem (FARKAŠOVÁ, 2014).

Z dalších rolových znaků sester jsou specifické např.:

Sociocentrismus – sestra vychází z potřeb nemocného, ne ze svých, orientace na druhé a jejich potřeby je pro práci sestry nezbytná.

Univerzalismus – sestra musí zaujímat ke všem pacientům stejný postoj, bez ohledu na osobní postoje k nim, sympatie a antipatie.

Emocionální neutralita – sestra musí být schopna podřídit své emoce rozumem (VÉVODA a kol., 2013).

2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Hlavní náplní činnosti všeobecné sestry je ošetrovatelská péče, kterou definuje Věstník MZ ČR (Česká republika, Věstník č. 9/2004, s. 2) takto: „*Ošetrovatelskou péčí se rozumí soubor odborných činností zaměřených na prevenci, udržení, podporu a navrácení zdraví jednotlivců, rodin a osob, majících společné sociální prostředí nebo trpících obdobnými zdravotními obtížemi. Součástí ošetrovatelství je péče o nevyлéčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné smrti. Ošetrovatelská péče je poskytována v rámci integrované péče i paliativní péče.*“

Ošetrovatelství jako vědní disciplína se vyvíjela řadu let až do dnešní podoby samostatného oboru. V současné době WHO do ošetrovatelství zahrnuje „autonomní a společnou péči o jednotlivce všech věkových kategorií, rodin, skupin a komunit, nemocných nebo dobře a ve všech prostředích. Zahrnuje podporu zdraví, prevenci nemocí a péči o nemocné, zdravotně postižené a umírající lidi.“ (WHO: Nursing, 2018). Klíčový pojem ošetrovatelská péče, má v ošetrovatelství velký význam a jeho neoddelitelnou součástí je komunikace s pacienty. Ošetrovatelskou péči poskytuje tým zdravotnických pracovníků, který pečuje o pacienty dle přidělených kompetencí. Odborná literatura definuje pojem ošetrovatelská péče jako soubor mnoha činností a jejím cílem je poskytnout vždy kvalitní péči vycházející z nejnovějších poznatků (PLEVOVÁ a kol, 2011).

Mikšová (2006, s. 9) definuje pojem ošetrovatelská péče takto: „Ošetrovatelská péče je popsána formou ošetrovatelského procesu od získávání informací, stanovení ošetrovatelských diagnóz přes plánování k hodnocení.“ Efektivní řízení zdravotnické organizace je především v poskytování špičkové ošetrovatelské péče. Znamená to pochopit všechny stupně odpovědnosti, pravomocí a významu spolupráce. Pracovní povinností je poskytnout kvalitní a vysoce odbornou péči o pacienty. Je nutné umět vytvořit prostředí, kde je možné všechny stanovené cíle uskutečnit (PLEVOVÁ, 2012).

2.1 Náplň práce všeobecných sester

Profesní přípravu sester v České Republice (dále ČR) upravuje zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností související s poskytováním zdravotní péče (viz podkapitola 1.1). Kompetence sester stanoví vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, a vyhláška č. 2/2016 Sb., kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb. Dne 1. září 2017 nabyl účinnosti zákon č. 201/2017 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). Pro zdravotnické pracovníky je důležitý, neboť zavádí řadu změn. Mimo jiné totiž některým z nich umožňuje získat kvalifikaci všeobecné sestry minimálně ročním studiem na vyšší odborné škole (tzv. 4 + 1). Nový zákon o nelékařských zdravotnických povoláních vytvořil novou profesi praktická sestra, kam spadají všichni dosavadní zdravotničtí asistenti nebo ti, kteří tento obor právě studují. Změna je automatická, od školního roku 2019/2020 pak bude obor zdravotnický asistent úplně zrušen a nahrazen oborem praktická sestra. Vzdělání praktické sestry je zakončeno maturitou, její plat i kompetence jsou tudíž nižší než u všeobecné sestry. Všeobecnou sestrou se mohou stát absolventi tříletého bakalářského akreditovaného studia oboru Ošetrovatelství (titul Bc.). Další možností je studium nejméně tříletého oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšších odborných zdravotnických školách (titul DiS). Diplomovanou všeobecnou sestrou se lze stát i tehdy, jestliže uchazeč má kvalifikaci praktické sestry, porodní asistentky, zdravotnického záchranáře nebo dětské sestry. Pak musí studovat nejméně rok oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšší odborné škole (Dis, tzv. kombinace 4+1). S novelou zákona o nelékařských zdravotnických povoláních již není výkon zdravotnického povolání bez odborného dohledu podmiňován získáním osvědčení a kreditní systém s ním spojený je tedy zrušen. Povinnost celoživotního vzdělávání zůstává zachována v souladu s čl. 22 písm. b) směrnice 2005/36/ES. Vnitřní systém plánování a kontroly celoživotního vzdělávání je povinen zajistit každý poskytovatel zdravotních služeb, což by mělo být kontrolováno zejména v rámci hodnocení kvality poskytované zdravotní péče.

2.1.1 Kompetence všeobecné sestry

Kompetence všeobecné sestry dle vyhlášky č. 55/2011 Sb., § 4 jsou následující: „Všeobecná sestra provádí činnosti v souladu s diagnózou stanovenou lékařem. Poskytuje, případně zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Vyhodnocuje potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů, projevů jejich onemocnění, rizikových faktorů, a to i za použití měřících technik používaných v ošetrovatelské praxi (například testů soběstačnosti, rizika proleženin, měření intenzity bolesti, stavu výživy). Sleduje a orientačně hodnotí vitální funkce pacientů, to je dech, puls, elektrokardiogram, tělesnou teplotu, krevní tlak a další tělesné parametry. Pozoruje, hodnotí a zaznamenává stav pacienta. Zajišťuje herní aktivity dětí. Zajišťuje a provádí vyšetření biologického materiálu získaného neinvazivní cestou a kapilární krve kvantitativními metodami (diagnostickými proužky). Provádí odsávání sekretů z horních cest dýchacích a zajišťuje jejich průchodnost. Hodnotí a ošetřuje poruchy celistvosti kůže a chronické rány a ošetřuje stomie, centrální a periferní žilní vstupy. Provádí ve spolupráci s fyzioterapeutem a ergoterapeutem rehabilitační ošetřování, to je zejména polohování, posazování, dechová cvičení a metody bazální stimulace s ohledem na prevenci a nápravu hybných a tonusových odchylek, včetně prevence dalších poruch mobility. Provádí nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti. Edukuje pacienty, případně jiné osoby v ošetrovatelských postupech a připravuje pro ně informační materiály. Orientačně hodnotí sociální situaci pacienta, identifikuje potřebnost spolupráce sociálního nebo zdravotně-sociálního pracovníka a zprostředkuje pomoc v otázkách sociálních a sociálně-právních. Zajišťuje činnosti spojené s přijetím, přemísťováním a propuštěním pacientů. Provádí psychickou podporu umírajících a jejich blízkých a po stanovení smrti lékařem zajišťuje péči o tělo zemřelého a činnosti spojené s úmrtím pacienta. Přejímá, kontroluje, ukládá léčivé přípravky, včetně návykových látek, manipuluje s nimi a zajišťuje jejich dostatečnou zásobu. Přejímá, kontroluje a ukládá zdravotnické prostředky a prádlo, manipuluje s nimi a zajišťuje jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu. Motivuje a edukuje jednotlivce, rodiny a skupiny k přijetí zdravého životního stylu a k péči o sebe. Analyzuje, zajišťuje a hodnotí kvalitu a bezpečnost poskytované ošetrovatelské péče. V rozsahu své odborné způsobilosti provádí opatření při řešení následků mimořádné události nebo krizové situace. Všeobecná sestra může vykonávat bez odborného dohledu na základě indikace lékaře činnosti při poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péče. Přitom zejména připravuje pacienty k diagnostickým a léčebným postupům, na základě indikace lékaře je provádí nebo při nich asistuje, zajišťuje ošetrovatelskou péči při

těchto výkonech a po nich; zejména může: podávat léčivé přípravky s výjimkou nitrožilních injekcí nebo infuzí u novorozenců a dětí do 3 let a s výjimkou radiofarmak, zavádět a udržovat kyslíkovou terapii. Provádět screeningová a depistážní vyšetření, odebírat biologický materiál a orientačně hodnotit, zda jsou výsledky fyziologické. Provádět ošetření akutních a operačních ran, včetně ošetření drénů. Provádět katetrizaci močového měchýře žen a dívek nad 10 let, pečovat o močové katetry pacientů všech věkových kategorií, včetně výplachů močového měchýře. Provádět výměnu a ošetření tracheostomické kanyly, zavádět nazogastriční sondy pacientům při vědomí starším 10 let, pečovat o ně a aplikovat výživu sondou, případně žaludečními nebo duodenálními stomiemi u pacientů všech věkových kategorií. Provádět výplach žaludku u pacientů při vědomí starších 10 let “ (Česká republika, VYHLÁŠKA č. 55/2011 Sb., § 4, a VYHLÁŠKA č. 2/2016 Sb. čl. I.).

2.1.2 Náplň práce všeobecné sestry u lůžka

Sestra provádí komplexní ošetrovatelskou péči o nemocného a podílí se na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární péči. Komplexní péče o pacienta znamená příjem nemocných, získávání a analýza informací o nemocných, neustálé sledování změn jejich zdravotního a psychického stavu, aktivní účast a asistenci při lékařských vizitách, přípravu pomůcek pro lékaře, péči o tyto pomůcky, aktivní účast a spolupráci při vyšetřování, ošetřování, operacích, podávání předepsaných léků, odebírání biologického materiálu, měření a sledování životních funkcí, poskytování neodkladné péče při selhání základních životních funkcí u nemocných. (Janáčková, 2008). Náplň práce sestry u lůžka je rozdílná podle oddělení, na kterém sestra pracuje. Odlišnosti jsou dány počtem nelékařských pracovníků, počtem hospitalizovaných pacientů a jejich zdravotním stavem. Všeobecná sestra pracuje v nepřetržitém provozu s nepravidelně rozloženými směnami, včetně víkendů, svátků, noční práce a práce přesčas. Tato práce je proto velmi náročná jak fyzicky tak psychicky (JANAČKOVÁ, 2008).

2.1.3 Specifika práce sestry na chirurgii

V této části popisujeme specifika práce sestry na chirurgických pracovištích vzhledem k tomu, že jsme provedli zkoumání fyzické a psychické zátěže sester na těchto pracovištích. Na chirurgické pracoviště jsou přijímáni pacienti, u kterých se předpokládá chirurgické řešení jejich onemocnění, a proto specifika práce sestry vychází ze zaměření oboru. Sestra pracující na chirurgických pracovištích by měla umět hodnotit situace, využívat informačních a komunikačních technologií, zvládat administrativu a být schopná jednat s lidmi. Hlavní úkoly chirurgické sestry, které se dělí na několik rolí a to: autonomní, kde sestra analyzuje stav pacienta před operací, v průběhu operace a po ní, vyhledává aktuální potřeby pacienta, sestavuje ošetrovatelské diagnózy a plánuje ošetrovatelskou péči, vede ošetrovatelskou dokumentaci, edukuje pacienta a jeho rodinu o prevenci komplikací apod. Dále funkce kooperativní sestra spolupracuje se všemi členy multidisciplinárního týmu, podílí se na screeningu, dispenzarizaci a povinných hlášeních. Důležitá je schopnost koordinační a řídicí, kde sestra řídí týmovou spolupráci v týmu, řídí poskytování péče a vede ošetrovatelský proces (JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ, 2014). Práce sester na těchto pracovištích je ovlivněna řadou faktorů, jako je např. zdravotní stav nemocných. Sestra kromě dovedností a znalostí musí také dobře vše zorganizovat tak, aby bylo možné u pacientů přijatých v akutních stavech co nejrychleji stanovit diagnózu a zahájit terapii. Kromě uvedených schopností je důležitá také rychlost, pohotovost, předvídatost a přesnost. U pacientů, kteří jsou přijatí k plánované operaci nebo k invazivnímu vyšetření, nesmíme opomenout jejich psychický stav a jejich většinou zkreslené informace uvést na pravou míru a minimalizovat tak jejich strach (VOMELA, 1997).

3 ZÁTĚŽE V PRÁCI SESTRY

Ochrana veřejného zdraví – kategorizace prací, je základní kritérium pro vyhodnocení vlivu práce na zdraví. Vliv na kategorizaci mají i zdravotní ústavy a orgány ochrany veřejného zdraví. V zaměstnání je člověk vystaven vlivům, které se běžně v jeho životě nevyskytují nebo jen v omezené míře. Kategorizace prací je dána zákonem č.258/2000Sb., § 37. – zákon o ochraně veřejného zdraví a související předpisy. Kategorie prací jsou definovány dle § 3 vyhlášky č. 432/2003Sb, která stanovuje podmínky pro zařazování prací do příslušných kategorií. Základní kritéria, které stanovují pracovní podmínky z hlediska psychické zátěže, jsou dána platnou legislativou:

- práce v třisměnném a nepřetržitém pracovním režimu a noční práce,
- vlivy narušující soustředění,
- časový tlak a intenzita práce,
- vynucené pracovní tempo,
- nároky v oblasti komunikace a spolupráce,
- odpovědnost,
- riziko ohrožení vlastního zdraví a zdraví jiných osob,
- pracovní podmínky (práce vykonávané na dislokovaných pracovištích, spojené se sociální izolací),
- šikana, mobbing a další problémy ve vztazích na pracovišti (Česká republika, ZÁKON č. 258/2000 Sb.)

Nešpor (2007, s.371) definoval stresující faktory ve zdravotnickém povolání:

- kontakt s náročnými oblastmi lidského bytí (bolest, soukromí pacientů, smrt),
- emocionální stavy pacientů (deprese, vyčerpání, podrážděnost, hněv),
- velká odpovědnost (morální a právní), nejistota při zvolené volbě optimálního léčebného postupu,
- konflikt rolí (role otce nebo matky versus nároky zdravotnické profese),
- neadekvátní pozornost k vlastním neřešeným problémům, které se stykem s nemocnými často aktivují,
- zdravotník bývá svým okolím často vnímán přes svoji profesi, což může vést k obtížnějšímu oddělování soukromého a profesionálního života,
- rizika některých zdravotnických profesí (např. riziko infekce nebo napadení pacienta),

- neustálé nároky na průběžné vzdělávání,
- nepřetržitá adaptace na nové situace a přístupy,
- nároky vycházející z týmové práce a interpersonálních problémů,
- nárazový charakter práce v mnoha oborech, složité úkoly, které musí zvládnout v omezeném čase

3.1 Psychologie práce

Během pracovního procesu působí na člověka řada vlivů, účinek některých z nich může být za určitých podmínek rizikový a vede k onemocnění nebo ke snížení pracovní schopnosti.

Bylo popsáno 13 faktorů, ale nejčastěji se vyskytují tyto:

- hluk, prach, chemické látky – práce v průmyslu,
- fyzická zátěž – nejčastěji zátěž drobných svalů ruky a předloktí,
- pracovní poloha – podmínky uspořádání pracovních míst,
- psychická zátěž – monotónie, vnucené pracovní tempo,
- zraková zátěž – sledování obrazovky (monitoru) po dobu delší než polovinu směny.

Jestli se na pracovišti zaměstnavatele vyskytují určité rizikové faktory, je zaměstnavatel povinen měřením analyzovat a kontrolovat jejich hodnoty. Pokusit se, aby byly vyloučeny nebo alespoň omezeny na nejmenší dosažitelnou míru. Zvláštním aspektem je psychická zátěž, která se u každého jedince (pracovníka) na stejném pracovišti projevuje odlišně. Předpoklady vysoké pracovní výkonnosti jsou jednak osobní, na straně osoby, ale také na straně pracovních podmínek. Mezi osobní předpoklady pracovní výkonnosti patří např. povahové rysy pracovníka, které budou ovlivňovat pracovní pohodu, tzn. zda to jsou osoby s tendencí vyvolávat konflikty a napětí, s agresivními rysy, netolerantní nebo naopak osoby s malou sebedůvěrou, úzkostné, nerozhodné, sociálně a emočně nevyrovnané apod. To vše ovlivňuje pracovní pohodu a klima na pracovišti a vzniku sociálního napětí. Pojem pracovní zátěž definuje část celkové životní zátěže, jejíž zdroje tvoří pracovní činnost a podmínky. Psychickou zátěž můžeme popsat, jako proces psychického zpracovávání a vyrovnávání se s požadavky a vlivy životního a pracovního prostředí. Emoční zátěž vyplývá ze situací a požadavků, vyvolávajících afektivní odezvu. Nadměrné nároky na člověka se mohou týkat všech tří zmíněných forem zátěže, přičemž se vše odehrává ve vzájemné souvislosti (Drgáčová, 2016). Každodenní pracovní činnost je chronickou dlouhodobou zátěží, kterou lze charakterizovat jako:

- přiměřenou;
- nepřiměřeně zvýšenou; tzv. přetížení, které může být kvalitativní (příliš obtížné úkoly, vysoké nároky na vědomosti, zkušenosti a schopnosti) nebo kvantitativní (příliš mnoho úkolů, termínované práce s nedostatkem času)
- sníženou; je označována jako nepřiměřené podtížení, charakterizované nedostatkem činnosti a podnětů, popřípadě jednostranností či jednotvárností

Těmto základním charakteristikám odpovídají i psychické stavy. Ty lze rozdělit na:

- bezprostřední
- krátkodobé (únava, diskomfort, přechodné emoční stavy)
- setrvalé (dlouhodobější afektivní ladění)

Únava je charakterizována jako tělesná (lokální únava svalových skupin) a psychická (mentální). Rychle zmizí při změně úkolu, prostředí nebo situace.

Monotonie je definovaná jako vyvíjející stav snížené aktivity, která se může objevit v průběhu dlouho trvajících stejných a opakujících se úkolů či činností. Je spojena s pocitem únavy, ospalosti, poklesem a kolísáním výkonu, sníženou reakční schopností a adaptabilitou.

Snížená bdělost je pomalu se vyvíjející stav, charakterizovaný sníženým výkonem při detekci signálů v monitorovacích úlohách, které poskytují málo rozmanitosti (např. sledování přístrojových panelů).

Syndrom vyhoření je formálně definován a subjektivně prožíván jako stav fyzického, citového (emocionálního) a duševního (mentálního) vyčerpání způsobeného dlouhodobým pobýváním v situacích, které jsou emocionálně mimořádně náročné (podrobněji viz kapitola 3.3).

Šikana na pracovišti jsou příkoří jednoho nebo více lidí proti určitému člověku. Projevuje se v pracovních vztazích, ve výkonnosti pracovníka a výsledcích firmy.

Za **mobbing** bývá označováno řada negativních komunikačních aktů, jichž se pravidelně dopouští jednotlivec nebo několik osob vůči určitému člověku po určitou dobu (nejméně půl roku). Na rozdíl od šikany se jedná spíše o psychické, dlouhodobé a o to hůře prokazatelné a postižitelné ústrky, ponižování a stresování zaměstnance ze strany kolegů. Cílem mobbingu bývá většinou dosažení odchodu zaměstnance.

Bossing je druh psychického teroru, který vykonává vedoucí pracovník na svém podřízeném, aby si vynutil jeho přizpůsobení nebo poslušnost. Častým projevem bossingu je

zadávání nesplnitelných úkolů (obsahově i časově), sexuální návrhy a vydírání nebo přímo sexuální obtěžování.

Forma mobbingu, která se projevuje útoky zaměstnanců na vedoucí pracovníky s cílem je zničit nebo znemožnit se nazývá **staffing**.

Systematické řešení psychologie práce je nástrojem k vyšší produktivitě a konkurenceschopnosti (DRGÁČKOVÁ, 2016).

3.2 Psychická zátěž

Psychickou zátěž lze definovat, jako proces psychického vyrovnání se s požadavky a vlivy životního a pracovního prostředí. Dlouhotrvající psychická zátěž může vyvolat poruchy zdraví, jako jsou psychosomatická onemocnění (např. astma bronchiale, ischemická choroba srdeční, vředová choroba, hypertenze) a také, jako poruchy v oblasti mentálního zdraví. (ŠVÁBOVÁ, TUČEK, NAKLÁDALOVÁ, 2012)

3.2.1 Stres

„Stres je slovo anglosaského původu a vyjadřuje stavy napětí a tísně,“ (BARTŮŇKOVÁ, 2010, s. 53). První teorii stresu definoval maďarský endokrinolog Hans Selye. Stres je charakterizován, jako fyziologická odpověď organismu na zátěž, která se projevuje prostřednictvím adaptačního syndromu. Adaptační syndrom je kompenzační schopnost organismu a má tři fáze: poplachová reakce – odolnost organismu na určitou dobu klesá, jeho cílem je přehodnotit priority pro vyrovnání se se stresorem, fáze odolávání – aktivuje obranyschopnost, je to období energeticky náročné, fáze vyčerpání – dlouhodobé vystavení stresoru, přetížení, důsledkem může být rozvinutí chorob. Stres můžeme také charakterizovat jako odpověď organismu na nadměrné požadavky (stresory) na schopnosti jedince (salutory). Odolnost vůči stresu je individuální a je dána vývojovými faktory, ale dá se i nacvičit. Stres můžeme dělit také na akutní a chronický. Akutní stresová situace, trvá jen několik minut, nebo hodin, organismus použije energetické rezervy pro náhlou situaci přežití, je aktivován nervový, endokrinní, pohybový a kardiopulmonální systém, a naopak trávicí, vylučovací a reprodukční systém je utlumen. Chronický stres může trvat týdny, měsíce až roky jsou aktivovány dlouhodobější nervové, hormonální a imunologické mechanismy. Některé funkce jsou potlačeny, hladina stresových hormonů stoupá (BARTŮŇKOVÁ, 2010). Sestry jsou často vystavovány velkým stresovým situacím. Sestry řeší tělesné, psychické a sociální problémy pacientů. Jsou součástí jejich bolesti, strachu, utrpení. Neustálé prožívání emocí pacientů, bez možnosti relaxace, může mít za následek vznik syndromu vyhoření nebo psychosomatických onemocnění. Reakce na stres se různí podle typu stresoru, délky jeho trvání a typu podnětu. Trávicí systém je nejvýrazněji ovlivněn psychickým stavem. Odráží vědomé i nevědomé konflikty. Mezi funkční poruchy zažívacího traktu patří spasmus jícnu, žaludeční dyspepsie, střevní dyspepsie, dyskineze biliárního systému, achalázie, specifickou poruchou je polykání předmětů. Mezi organické psychosomatické poruchy patří peptický vřed, ulcerózní kolitida a

Crohnova choroba. Stres ovlivňuje i nervový systém. Mezi nejčastější poruchy řadíme poruchy spánku, kdy jeho nedostatek způsobuje vegetativní potíže, poruchy paměti a soustředění, bolesti hlavy. Dále sem patří migréna, tenzní bolesti a ischemické příhody mozkové. Mezi endokrinní poruchy související s poruchami psychiky patří tyreotoxikóza, hypotyreóza, hypokortikalismus, hyperkortikalismus, hyperkalcémie, hypokalcémie, diabetes mellitus. Kardiovaskulární onemocnění způsobená stresem se projevují jako srdeční potíže. Jedná se o neurotickou poruchu s úzkostí, stenokardiemi, palpitacemi, dušností, kolísáním tlaku, závratěmi, mdlobami. Patří sem neurocirkulační astenie, hyperkinetický syndrom, arytmie, hypertenze, ischemická choroba srdeční a další. Nemoci dýchacího systému způsobeného stresem jsou psychogenní kašel, hyperventilační stavy a astma bronchiale. Poruchy příjmu potravy jako je mentální anorexie, bulimie a obezita patří také k psychogenním onemocněním. Stres může zapříčinit poruchy reprodukčního systému, kožní onemocnění a vznik nádorových onemocnění (BARTOŠÍKOVÁ, 2006).

3.2.2 Působení stresu, reakce na stres a zvládání stresu

Pokud se člověk dostane do stresové situace, může reagovat dvěma základními způsoby bojem či útokem. Reakce se mohou projevovat v emocích (pláč, úzkost, smutek, vztek, agrese, apatie, strach, deprese), v tělesných příznacích (zrychlení tepu, dechu či tlaku, pocení, zarudnutí či zblednutí, napětí ve svalech, bolesti břicha, sucho v ústech, v chování a v činnosti (stále něco dělat, kouření, chůze, křik), v myšlení (nesoustředěnost, nepřetržité myšlenky na stres). Reakce na zátěž je velmi ovlivněna osobností jedince, schopnost řešit problémy, vzory, přesvědčení o svých schopnostech. V sociální opoře jsou důležité vztahy s okolím a možnost požádat o pomoc.

Mezi strategie na zvládání stresu jsou řazeny postupy zaměřené na řešení či odstranění problému (vyvinutí vlastní aktivity k řešení problému) a postupy zaměřené na zvládnutí emocí (cílem zklidnění emocí a udržení vnitřní rovnováhy) (VENGLÁŘOVÁ, 2011).

3.2.3 Prevence psychické zátěže

Zaměstnavatel by měl dbát na vytvoření programů na poradenství, osobnostní rozvoj pracovníka, nácvik týmové spolupráce, uspokojivého pracovního prostředí, adekvátní odměna za práci, dodržovat pracovní dobu a přestávky, možností supervize. Dodržovat bezpečnost při práci. Organizovat workshopy, kde účastníci řeší různé situace, úkoly a jak je zvládat stres, analyzovat stresové situace a naučit se jim předcházet. Relaxovat a odpočívat, věnovat se koníčkům, procházkám, výletům. Udržovat vztahy a přátelství s druhými lidmi. Dělat věci, které nám radost přináší (poslech hudby, setkání s přáteli, čas věnovaný rodině, návštěva kulturních akcí, četba knihy). Aktivně zapojit tělesný pohyb (kolo, plavání, rychlá chůze, práce na zahrádce), procházky, výlety, cílené cvičení. Dbát na pravidelnou a zdravou stravu, dostatečný pitný režim. Při dobré fyzické kondici všeobecná sestra lépe zvládne požadavky na výkon během své pracovní směny. Důležité je i dobré načasování fyzické aktivity, ne před spaním nebo noční směnou (KŘIVOHLAVÝ, PEČENKOVÁ, 2004).

3.3 Syndrom vyhoření

Se stresovou zátěží úzce souvisí syndrom vyhoření. Syndrom vyhoření je celkové vyčerpání psychických i fyzických sil. Doprovází ho ztráta profesního zájmu i osobního zápalu pro práci, často je spojen s pocity zklamání, stereotypu a rutiny. Objevuje se v profesích s intenzivním kontaktem s lidmi, tzv. pomáhajících profesích, kam povolání sestry patří. (VENGLÁŘOVÁ, 2011). Neurčitou příčinou vzniku jsou nároky, které na sestry klade kontakt s pacienty. Dlouhodobý kontakt s nemocnými lidmi vyžaduje velkou míru empatie, trpělivosti a schopnost se efektivně vyrovnávat s pracovním stresem. Více než v jiných profesích je všeobecná sestra ovlivněna ve své pracovní činnosti svou osobností. Přesto, že se o syndromu vyhoření mnoho hovoří, není v české praxi chápán jako diagnostická kategorie ani není klasifikován jako choroba z povolání přesto, že se jedná o skupinu specifických symptomů a syndrom má prokazatelný negativní vliv na pracovní výkon (KEBZA, ŠOLCOVÁ, 2003). Projevy syndromu vyhoření jsou: vyhýbání se intenzivnímu kontaktu s pacienty, trvání na zavedených postupech, ztráta empatie, ztráta schopnosti tvořivě přistupovat k práci, nezbytně nutný nebo minimální energetický vklad do pracovních činností, plnění administrativních činností před kontaktem s pacienty, důraz na pracovní pozici, na formální pravomoci, na mzdu, a na jiné výhody plynoucí ze zaměstnání, časté pracovní neschopnosti, žádosti o neplacené volno, omezování komunikace s kolegy, někdy i konflikty s nimi, pocity depersonalizace, únava. Proces vývoje syndromu vyhoření se vyvíjí postupně pomalu nebo se může objevovat v cyklech, během nichž pracovník propadá do pasivity. K rozvoji syndromu vyhoření také přispívají pracoviště, která nevěnují pozornost personálu, kde nové sestry nejsou zaškoleny personálem zkušeným, kde chybí supervize, kde sestra nemá příležitost sdělit někomu, své potíže a poradit se o možnostech řešení. Pracovní kolektivy, ve kterých jsou špatné interpersonální vztahy, vládne soupeřivá atmosféra, a kde často do svých konfliktů zatahují i pacienty (BARTOŠÍKOVÁ, 2006). Příznaky vyhoření rozdělujeme na emocionální, psychické a fyzické. Emocionální vyčerpání znamená, že zdravotník není schopen zabývat se problémy pacientů, hovoří o nich nelichotivě až hanlivě, reaguje odmítavě a agresivně. Do práce chodí s nechutí a vyhýbá se pacientům. Negativní postoj ovlivňuje i vztahy k ostatním spolupracovníkům a může se promítat i do osobního života. Psychické vyčerpání se projevuje změnou životních postojů, ztrátou energie a ideálů. Fyzické vyčerpání zahrnuje chronickou únavu, neaktivitu, deprese. Dochází ke změnách v sociálních vztazích (BOUČEK, 2006).

Stádia vývoje syndromu vyhoření (BOUČEK, 2006) jsou:

1. fáze – nadšení, přetěžování se,
2. fáze – psychické i fyzické vyčerpání,
3. fáze – dehumanizované vnímání okolí,
4. fáze – vyčerpání, negativismus, apatie.

Prevencí syndromu vyhoření na úrovni organizace je dobrá příprava na zaměstnání, definice postupů a náplně práce, s nimiž se nastupující sestra dobře seznámí, přesně stanovená náplň práce, existence systému zácviku nových pracovníků, možnost využití profesionálního poradenství, podpora dalšího vzdělávání, průběžná supervize, dostatečné personální obsazení, omezení administrativní zátěže, zkrácení pracovního úvazku, kombinace práce s pacienty s jinými činnostmi. Důležitá je i prevence na úrovni jedince – pečuje o sebe, odpočívá a uspokojuje své vlastní potřeby. Prevencí vyhoření je sociální opora rodiny, spolupracovníků a přátel (BARTOŠÍKOVÁ, 2006). Při zvládání stresu je důležitá psychohygienu neboli duševní hygiena. Psychohygienu znamená zlepšení psychického stavu jedince. Psychohygienu pomáhá udržet nebo znovu získat duševní zdraví. Důležitým aspektem duševní hygieny je prevence somatických a psychických nemocí, dobrá pracovní výkonnost, společenská vyrovnanost a celková rovnováha a spokojenost člověka. Při péči o duševní zdraví je velmi důležité rodinné zázemí. Nejdůležitější období života prožíváme v rodině. Funkční rodina zvládne čelit problémovým a krizovým situacím (BARTOŠÍKOVÁ, 2006). K udržení dobré tělesné a duševní kondice nám napomáhá pohyb a fyzická práce. Aktivní sport zlepšuje tělesnou kondici, ale má vliv i na psychiku (sebevědomí, sebehodnocení i hodnocení jedince ostatními) a může mít vliv i na posilování sociálních vztahů a vazeb. Proto je velmi důležité se naučit odpočívát. Každý člověk by se měl naučit hospodařit s časem a s vlastními silami. Měl by udržovat přiměřené osobní pracovní tempo a pořádek. Pravidelný denní rytmus práce a odpočinku šetří energii a napomáhá k psychické vyrovnanosti. Duševní hygiena úzce souvisí se systémem hodnot. Duševní hygiena by měla zahrnovat i cílevědomou práci na sobě samém (ANNA MAKAROVÁ, 2011, <http://hygienu.zdrave.cz/dusevni-hygienu>). Velký význam má sociální opora, naslouchání jedince bez kritizování a dlouhých komentářů. Důležitá je emocionální opora, poskytnutí útěchy a empatie, odborné ocenění a uznání, kdy jedinec vnímá, že jeho úsilí je příznivě hodnoceno a že je doceněna jeho práce. Poskytnutí hmotné pomoci ve smyslu finanční výpomoci, materiální pomoci nebo dárku. Poskytnutí osobní pomoci nebo určité služby, na kterou jedinec sám nestačí. (HERKUCZOVÁ, 2008).

3.4 Fyzická zátěž

Nadměrná fyzická zátěž se týká převážně sester na lůžkových odděleních. Úroveň zátěže je různá, záleží na typu oddělení, skladbě pacientů a jejich zdravotním stavu, ale také na dostatečné personální zabezpečení. Mezi taková oddělení patří např. oddělení chirurgická, neurologická, geriatrická, jednotky intenzivní péče a další zejména léčebny pro dlouhodobě nemocné nebo specializované rehabilitační ústavy. Fyzickou zátěž způsobuje zejména manipulace s pacientem v rámci ošetrovatelské péče. K tomu můžeme přidat další zátěž při manipulaci s prádlem, zdravotnickým materiálem. Studie provedené na těchto odděleních prokázala velkou tělesnou zátěž všeobecných sester a bylo zjištěno také překračování limitních hodnot pro dlouhodobě únosnou fyzickou zátěž žen. (VÉVODA, 2013). Jde o pracovní zátěž zejména pohybového systému, srdečně cévního a dýchacího systému s odrazem v látkové přeměně a termoregulaci organismu. Fyzická zátěž se dělí na celkovou fyzickou zátěž, lokální fyzickou zátěž, manipulace s břemeny a pracovní polohy.

3.4.1 Celková a lokální fyzická zátěž

Celková fyzická zátěž se posuzuje z hlediska energetické náročnosti práce pomocí hodnot energetického výdeje vyjádřených v netto hodnotách a pomocí hodnot srdeční frekvence. Hygienickými limity celkové fyzické zátěže se rozumí hodnoty energetického výdeje směnové průměrné, směnové přípustné, minutové přípustné, průměrné roční a dále přípustné hodnoty srdeční frekvence v průměrné směně. Přípustnými hygienickými limity se rozumí limity, které se v průměrné směně bez ohledu na její délku nenavysňují. Za průměrnou směnu se pokládá osmihodinová směna, která probíhá za obvyklých pracovních podmínek, při níž doba výkonu práce jednotlivých pracovních operací odpovídá skutečné míře zátěže. Při hodnocení lokální svalové zátěže se zjišťují a posuzují vynakládané svalové síly, počty pohybů a pracovní polohy končetin v závislosti na rozsahu statické a dynamické složky práce při práci v průměrné osmihodinové směně. Hygienickými limity lokální svalové zátěže se rozumí hodnoty vynakládaných svalových sil, hodnoty směnových počtů pohybů ruky a předloktí vztažené k průměrné směnové časově vážené hodnotě vynakládaných svalových sil a hodnoty průměrných minutových počtů pohybů drobných svalů rukou a prstů v průměrné osmihodinové směně (MINIBERGEROVÁ, JIČÍNSKÁ, 2010).

3.4.2 Prevence a důsledky fyzické zátěže v práci všeobecných sester

Snížení celkové fyzické zátěže je založeno na zajištění dostatečného počtu zdravotnického personálu, vhodných mechanických pomůcek k manipulaci s imobilními pacienty, v optimalizaci prostorového řešení oddělení zejména tam, kde je víc imobilních pacientů a v odstraňování architektonických bariér. Pokud dochází ke kumulaci fyzické zátěže na některých odděleních, měli by tuto práci vykonávat muži. Ke snížení lokální svalové zátěže je třeba vhodně ergonomicky upravit pracoviště a pracovní pomůcky, včetně optimalizace výkonových nároků (VÉVODA, 2013). Zvýšené fyzické zátěži je vystaven zejména pohybový aparát dolních končetin, protože většinu pracovní doby sestra chodí nebo stojí. Dále je zatížena páteř a horní končetiny, zejména při manipulaci s imobilními klienty. Jedním z fyzicky náročných úkonů pro sestru je polohování. Je nevhodné, aby polohovala pouze jedna sestra. Kromě toho, že ničí zdraví sobě, může být z hlediska vzniku proleženin takové polohování nebezpečné i pro klienta a je i v rozporu s pracovněprávními předpisy. Důsledkem opakovaných zátěží je únava, která většinou odezní po odpočinku a odpovídající době spánku. Při déletrvajícím fyzické zátěži může dojít k přepracování a vyčerpání organismu, projevující se předrážděností, snížením pozornosti a schopnosti soustředit se, nespavostí a emoční labilitou. V této době je organismus vnímavější k infekcím. Překonávání únavy bývá často spojeno s nadměrnou konzumací kávy, cigaret, léků. Mezi další důsledky patří bolesti nohou, páteře a později i poruchy páteře a kloubů. Výjimkou nejsou ani křečové žíly. Pohybový aparát je ještě více zatížen tehdy, když se pohyb provádí neekonomicky, nesprávně, nekoordinovaně. Náhlé zvýšení fyzického výkonu zatěžující páteř je spojeno s rizikem vyhřeznutí meziobratlové ploténky a vznikem hernie. Pokud dojde k poškození zdraví v souvislosti s výkonem povolání, jde o pracovní úraz, případně nemoc z povolání (ve zdravotnictví u sester nejčastěji hepatitida typu B). Současný trend vývoje pracovních podmínek směřuje ke snižování podílu fyzicky náročných prací a naopak vede k nárůstu psychické zátěže. Jsou však povolání, a mezi ně patří i povolání sestry, při nichž je fyzická zátěž stále značná. Vyplývá to z podstaty práce – zacházení s nemocným člověkem. Veškerá snaha o rozvoj mechanizace nedokáže nahradit pohlazení, milé slovo, úsměv, podání pomocné ruky. Tedy projevy, které jsou typické pouze pro lidskou bytost. A v době, která je charakteristická heslem „silnější přežijí“, jsou tyto projevy velmi potřebné a důležité (TUČEK a kol., 2005).

3.4.3 Změny životního stylu v povolání sestry

Povolání sestry nám přináší určité změny v životním stylu, kterým se musí sestra přizpůsobovat:

- práce na směny včetně sobot, nedělí a svátků,
- noční směny - v čase, kdy lidské tělo má odpočívat a mobilizovat síly na další den, sestra pečuje o nemocné a jejich potřeby; mají negativní účinky na zdravotní stav, přispívají ke vzniku poruch spánku, onemocnění žaludku a střev, onemocnění srdce a krevního oběhu, úzkostných stavů, zvyšují počet chyb při práci, počet nehod, konzumaci alkoholu a cigaret,
- riziko vzniku alergií při práci s antibiotiky a dezinfekčními prostředky,
- riziko vzniku infekce a přenosu na rodinné příslušníky - sníží se dodržáním hygienicko-epidemiologických předpisů a používáním ochranných pomůcek (gumové rukavice, náustky, empír aj.),
- pracovní přetížení, časová tíseň, nevyhovující pracovní podmínky, nepravidelné stravování a nedostatečný pitný režim, nepravidelné čerpání pracovních přestávek (GUČKOVÁ, 2007).

3.4.4 Práce ve směnách

Sestry pracují ve dvousměnném provozu, a to denní a noční, nebo je práce rozdělena do tří směn, do ranní, odpolední a noční. Provoz nemocnice je nepřetržitý, proto je potřeba zajistit ošetrovatelskou práci sestrou, a to také i o svátcích a víkendech. Při střídání směn v noci existuje pravidlo, že mezi jednotlivými směnami by měl být minimálně dvanácti hodinový odpočinek. Pracovní doba se rozděluje na odpočinkové pauzy a to na krátkodobé, které představují přestávky, střednědobé, kdy nepracují a mají pracovní volno a dlouhodobě při čerpání dovolené nebo prázdnin. Někdy se stane, že si sestra v souvislosti s naléhavostí práce u pacientů nenajde chvíli pro oddech a čerpání přestávky, ale vždy je však potřeba, aby si všeobecná sestra během směny našla příležitost využít krátké přestávky k uspokojení svých biologických potřeb (TUČEK a kol., 2005). Práce na směny samozřejmě představuje pro zdravotní sestry i psychickou zátěž. S ohledem na to, že např. noční směny jsou mimo běžný životní rytmus člověka, dochází k zatížení organismu a tím tedy i psychiky. Zároveň během nočních směn může docházet na jednu stranu k velmi monotónní práci, ale na druhou stranu ke zvýšené

psychické zátěži s ohledem, že v případě náročného případu je k dispozici snížený počet pracovníků, které jsou schopny případ vyřešit a o případný náročný případ se postarat. Střídání směn také nabourává přirozený biorytmus a ovlivňuje i soukromý a rodinný život zdravotních sester, což může být především pro matky s dětmi velmi psychicky náročné, když při odpoledních směnách své děti v domácnosti víceméně mívají.

3.4.5 Manipulace sester s pacienty

Pacient se v lůžku má cítit co nejpohodlněji i za předpokladu, že leží v čistém a správně upraveném lůžku. Důležitá je vhodná poloha za použití pomůcek, kterými je lůžko doplněno. Vhodná poloha zmírňuje bolest a neklid pacienta, zabraňuje vzniku dekubitů, usnadňuje dýchání a zajišťuje klidný spánek. Jde o preventivní opatření imobilizačního syndromu. Polohujeme-li pacienta, musíme se držet několika zásad. Základ polohování vychází ze správného stoje a sedu člověka. Polohujeme 24 hodin denně, změna poloh nastává ve dne každé 2 hodiny a v noci každé 3 hodiny. Polohy jsou měněny v závislosti na individuálním vývoji nemoci a podle potřeb nemocného. Střídáme polohu na zádech, na boku a případně na břiše. Je vhodné využívat během polohování různé polohovací pomůcky k zajištění správné polohy nemocného. Je potřeba dbát na správnou polohu končetin. Polohování musí být šetrné. Mnoho diagnóz má specifické požadavky na správné polohování. Pomůcky můžeme dělit na polohovací pomůcky pro pacienty a pomůcky usnadňující manipulaci sestry s pacientem. Mezi polohovací pomůcky pro pacienty, které doplňují lůžko, patří nastavitelné části ložné plochy lůžka, umožňující zvýšené polohy horních i dolních končetin. Hrazdička pomáhá pacientovi, aby si polohu měnil aktivně sám. Žebříček pomáhá pacientům k přitahování do sedu a během rehabilitačních cviků. Součástí lůžka by měly být i pomůcky zajišťující bezpečnost pacienta, tedy postranice. K zajištění polohy pacienta může personál využívat bedničku, která slouží nemocnému jako opora nohám proti sjíždění v lůžku. Často se využívají různé válce, kroužky, abdukční klíny, věnečky, které jsou vyrobeny z různého materiálu (z pěrových, molitanových nebo z polystyrenových kuliček) (BEDNÁR, MAJERÍKOVÁ, KULIŠIAKOVÁ, 2011). K pomůckám usnadňující manipulaci sester s pacienty patří hydraulický zvedák, pojízdná traverza, rolovací podložky z různých materiálů, rampy, plachty, pásy, rotující poduška či podložka, transportní desky nebo boční popruhy. Jiným druhem pomůcek určených pro pacienty jsou kompenzační pomůcky, které napomáhají obnově a usnadnění lokomočních schopností, u kterých není možné obnovení jinými způsoby. Existuje mnoho druhů kompenzačních pomůcek v závislosti na charakteru postižení. Změnu polohy posunutím lze

provést několik způsoby. Nejjednodušší způsob je pomocí hrazdičky upevněné na čele lůžka, kterou pacient uchopí, zároveň pokrčí dolní končetiny a zapře se o paty, stáhne hýžděové svaly. A to buď s pomocí jednoho člena zdravotnického pracovníka, nebo sám. Při vysunování méně pohyblivého pacienta asistují minimálně dvě sestry, které stojí z obou stran lůžka. Sestry stojící naproti sobě podsunou ruce pod lopatky nemocného a spojí je a ruce blíž k nohám podsunou pod hýždě, požádají pacienta, aby se zapřel o nohy, a spolu jej vysunou. Nehybného pacienta vysunují tři sestry, nebo dvě s pomocí dalšího člena týmu. Pokud otáčíme imobilního pacienta nebo pacienta v bezvědomí, otáčí dvě sestry. Podsunou ruce pod záda, pas, hýždě a stehna, přitáhnou jej k sobě a otočí směrem od sebe. Při přenášení pacienta je důležité zvážit své síly a uvědomit si hmotnost pacienta, hlavně zajistit dostatek osob pro provedení. Dbáme na preventivní opatření předcházející pádům. Jestliže vertikalizujeme pacienta, měly bychom se řídit určitým postupem, kdy postupujeme od nejjednoduššího úkonu po nejtěžší jako je chůze (KLUSOŇOVÁ, PITNEROVÁ, 2012). Mezi pomůcky usnadňující fyzickou práci sestry můžeme zařadit: hydraulický zvedák, pojízdnou traverzu, rampy, pásy, polohovací lůžka, různé typy podložek, transportní desky nebo boční popruhy. Pacient může využít kompenzační pomůcky k pohybu, jako jsou chodítka, tříbodové a čtyřbodové hole, podpažní nebo francouzské berle. Pomůcky musí být upraveny tak, aby pacientovi seděly. Pacient musí mít pohodlnou a pevnou obuv, aby nedošlo k zakopnutí nebo uklouznutí. Během nácviku chůze stojí sestra za pacientem, při chůzi ze schodů stojí před pacientem a při chůzi ze schodů za pacientem. Během celého procesu vertikalizace zdravotnický pracovník dbá na bezpečnost pacienta a předchází všem rizikům, která mohou během procesu vzniknout (KLUSOŇOVÁ, PITNEROVÁ, 2012).

4 EMPIRICKÁ ČÁST

4.1 Průzkumný problém a cíle výzkumu

Průzkumným problémem je vnímání pracovní zátěže, fyzické a psychické, všeobecnými sestrami. Hlavní cíl: Zjistit, jak všeobecné sestry vnímají pracovní zátěž.

Hlavní cíl jsme dekomponovali na dílčí cíle:

Dílčí cíl č. 1: Zjistit, jak silně vnímají zdravotní sestry na chirurgii pracovní fyzickou zátěž.

Dílčí cíl č. 2: Zjistit, které determinanty nejvíce ovlivňující fyzickou zátěž všeobecné sestry na chirurgickém oddělení

Dílčí cíl č. 3: Zjistit, které determinanty nejvíce ovlivňující psychickou zátěž všeobecné sestry na chirurgickém oddělení

Dílčí cíl č. 4: Zjistit, jakým způsobem se všeobecné sestry ze zkoumaného vzorku vyrovnávají s fyzickou a psychickou zátěží.

Dále jsme stanovili hypotézy:

H1: Existuje souvislost mezi věkem a vnímáním zátěže při chůzi po oddělení

H2: Existuje souvislost mezi délkou praxe a vnímáním zátěže při chůzi po oddělení

4.2. Volba výzkumné metody a techniky

K průzkumnému šetření bakalářské práce a vzhledem ke stanoveným cílům byl využit kvantitativní výzkum. Zvolená metoda dotazníková, patří mezi nejrozšířenější a nejčastěji využívané metody k získávání kvantitativních dat. Výhodou dotazníkového šetření je získání údajů od velkého počtu respondentů v krátkém časovém úseku. Z uvedeného důvodu jsme zvolili metodu dotazníkového šetření formou standardizovaného a nestandardizovaného dotazníku. U formy nestandardizovaného dotazníku byly zvoleny otázky, které vymezily problematiku fyzické zátěže (příloha č. 2). Dále jsme použili dotazník, který byl převzat od autora W. Meistera z Zentralinstitutu für Arbeitsmedizin v Berlíně (NDR) a ověřován v letech

1976–1984 hygienickou službou. Standardizovaný Meisterův dotazník (HLADKÝ, ŽIDKOVÁ, 1999) „*Hodnocení zátěže podle této metody má platnost pouze pro zkoumanou skupinu, protože se pracovní skupiny i při podobném charakteru práce od sebe liší sociálně-psychologickými okolnostmi (motivace k práci, stabilita pracovní skupiny, vztahy mezi lidmi, jednání vedoucích, podmínky, v nichž je práce vykonávána).*“ HLADKÝ (1999, s. 39)

Úkolem dotazovaných v Meisterově dotazníku bylo u každé z 10 uvedených otázek zakroužkovat odpověď, která nejvíce vystihuje pocity respondenta při práci. Možnosti odpovědí jsou od 5 do 1 dle níže uvedeného popisu.

- 5 - ano, plně souhlasím
- 4 - spíše ano
- 3 - nevím, někdy ano, někdy ne
- 2 - spíše nesouhlasím
- 1 - ne, vůbec nesouhlasím

Otázky v Meisterově dotazníku byly následující:

1. Při práci se často dostávám do časové tísně
2. Práce mě neuspokojuje, chodím do ní nerad/a
3. Práce mě velmi psychicky zatěžuje pro vysokou zodpovědnost, spojenou se závažnými důsledky
4. Práce je málo zajímavá, duševně je spíše otupující
5. V práci mám časté konflikty a problémy, od nichž se nemohu odpoutat ani po skončení pracovní doby
6. Při práci udržuji jen s námahou pozornost, protože se po dlouhou dobu nic nového neděje
7. Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím nervozitu a rozechvělost
8. Po několika hodinách mám práce natolik dost, že bych chtěl/a dělat něco jiného
9. Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím únavu a ochablost
10. Práce je psychicky tak náročná, že ji nelze dělat po léta se stejnou výkonností

Dotazník je uveden v příloze (PŘÍLOHA A).

4.3 Organizace průzkumu

Dotazníkové šetření probíhalo od 2. 10. 2017 do 16. 03. 2018 na základě písemného souhlasu náměstkyň pro ošetrovatelskou péči (Příloha C, Příloha D). Finální podobu dotazníků pro respondenty schválila vedoucí bakalářské práce Mgr. Eva Marková, Ph.D. (Příloha C, Příloha D).

Dříve než se přistoupilo k dotazníkovému šetření, byl proveden předprůzkum. Bylo tak provedeno ověření vhodnosti zvolené průzkumné techniky a jejího obsahu, při které bylo požádáno o vyplnění dotazníků v tištěné podobě 40 sester na oddělení chirurgickém: Fakultní nemocnice Brno a Nemocnice na Homolce. Nebyly zjištěny žádné zásadní nesrovnalosti a ani zásadní dotazy od sester na nesrozumitelnost či nejednoznačnost otázek. Dotazníky byly distribuovány osobně na daná oddělení a předána staničním sestřím, které byly požádány o spolupráci v rámci oslovení respondentů. Staniční sestry oslovených oddělení byly informovány o anonymním šetření a instruovány, jakým způsobem mají vysvětlit respondentům způsob vyplnění, tak aby byla návratnost dotazníků v co největším počtu, s cílem získat relevantní odpovědi pro následné průzkumné šetření. Bylo rozdáno 40 dotazníků respondentům splňujícím kritéria pro zařazení do průzkumného šetření - všichni pracovníci obou oslovených oddělení. Bohužel více zdravotních sester nespadlo do kategorie, která je v rámci této práce zkoumána. Návratnost byla pouze 34 dotazníků, které byly všechny řádně vyplněné. Průzkumný soubor tedy činil $N=34$ respondentů.

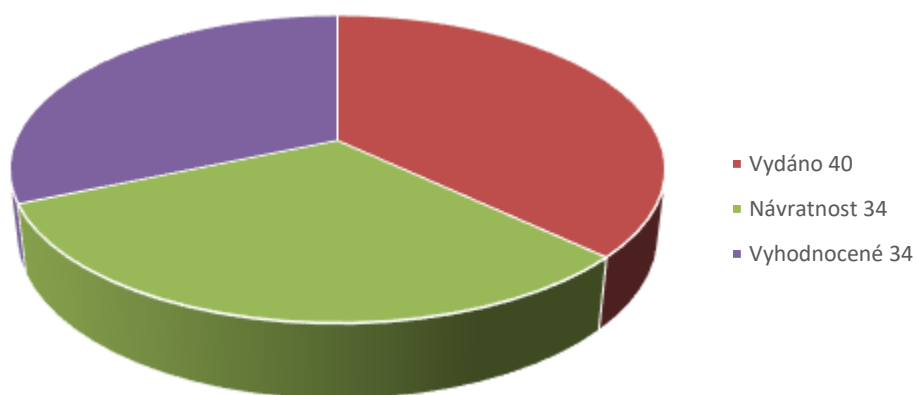
Průběh tvorby bakalářské práce a realizace průzkumného šetření probíhal v následujících fázích:

- červen 2017: vyhledávání relevantních podkladů ke zpracování teoretické části práce, příprava na obsahovou analýzu teoretických a empirických východisek dané problematiky,
- červenec – srpen 2017: stanovení cílů bakalářské práce, průzkumných problémů a zpracování odborných zdrojů na dané téma, zpracování teoretické části práce,
- září – říjen 2017: formulování dílčích cílů, sestavení dotazníku, pilotní studie, podání žádostí o schválení průzkumného šetření v nemocnicích a následná distribuce dotazníků,
- leden – únor 2018: zpracování a vyhodnocení dotazníkového šetření, vyhodnocení stanovených cílů, hodnocení závěrů výzkumného šetření, zpracování praktické části bakalářské práce v závislosti na získaných výsledcích a uzavření bakalářské práce.

4.4 Definování vzorku respondentů

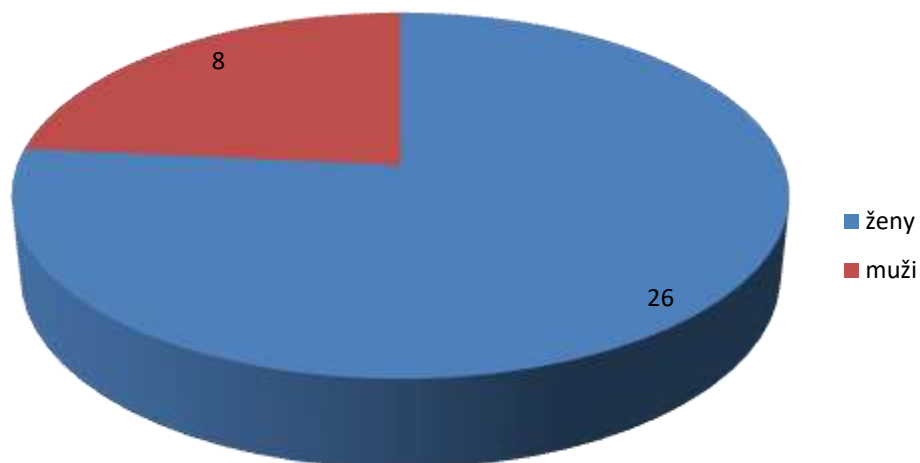
Kritéria pro výběr respondentů byly všeobecné sestry s registrací na lůžkovém chirurgickém oddělení, které pracují ve směnném provozu. Dále délka zaměstnání delší než 1 rok. Bylo celkem rozdáno 40 dotazníků s návratností 34 dotazníků (viz obr. 1), které byly statisticky zpracovány a vyhodnoceny.

OBR. 1: Celková návratnost dotazníků z jednotlivých klinik (Fakultní nemocnice Brno a Nemocnice na Homolce)



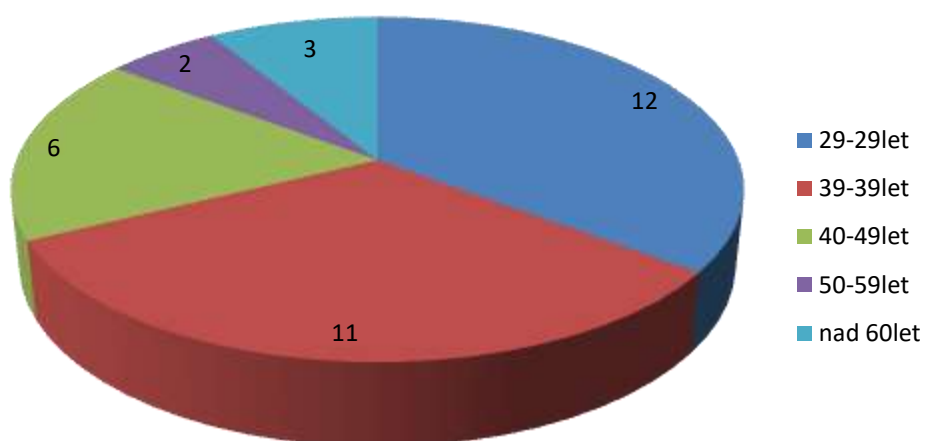
V průzkumné skupině respondentů bylo 8 mužů a 26 žen viz obr. 2).

OBR. 2: Pohlaví respondentů



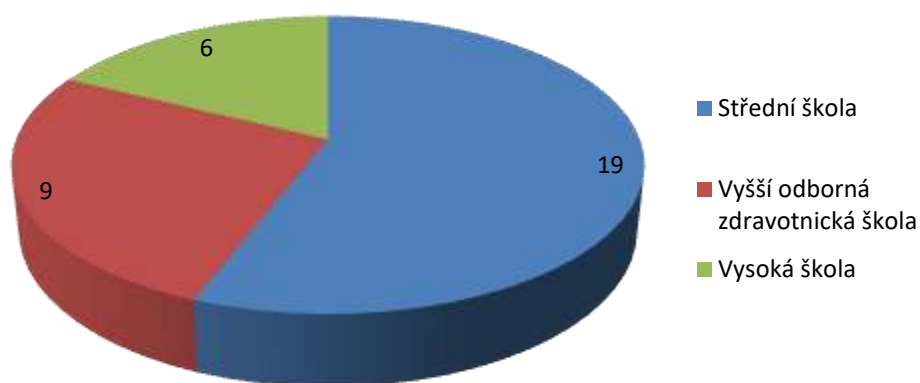
Nejvíce respondentů bylo ve věku 19 – 29 let. Medián zjišťovaného věku je v rozmezí 29 – 39 let. (viz obr. 3).

OBR. 3: Věk respondentů



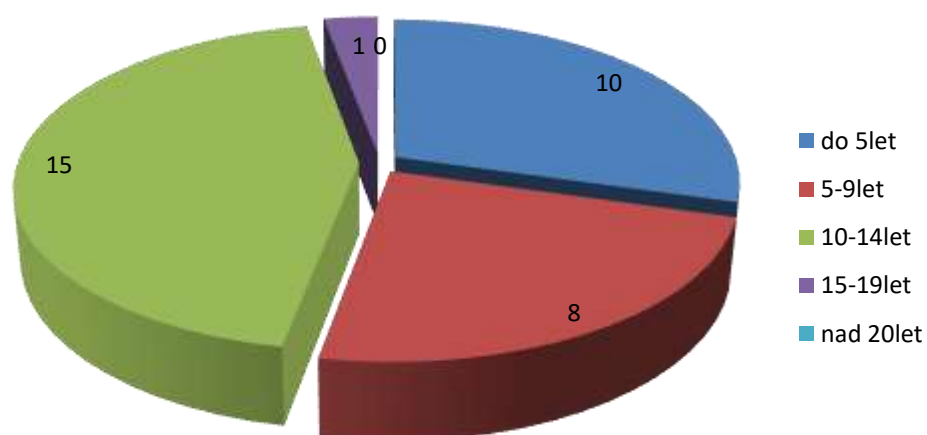
Ve sledovaném souboru bylo 19 sester s nejvyšším dosaženým vzděláním střední zdravotnická škola, 9 sester, které měly vyšší zdravotnickou školu a 6 sester, u kterých byla nejvyšším dosaženým vzděláním vysoká škola (nerozlišovali jsme bakalářský a magisterský stupeň), jak ukazuje obr. 4.

OBR. 4: Nejvyšší dosažené vzdělání



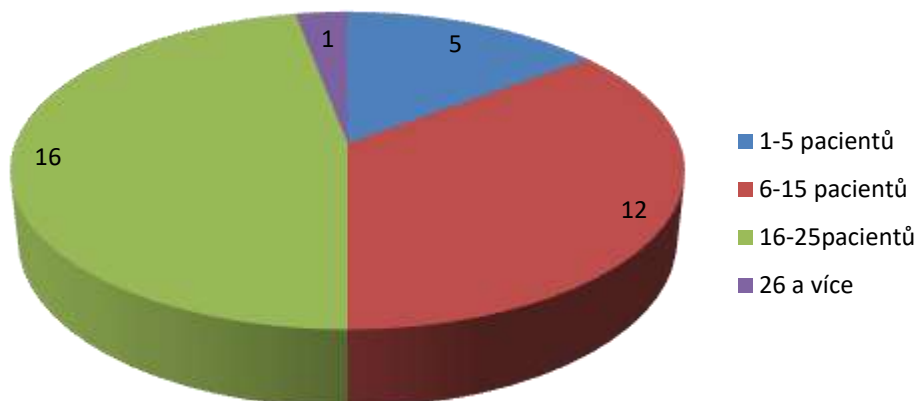
Přehled hodnot délky praxe na současném oddělení ukazuje obr. 5. Nejvíce sester (15) mělo praxi v délce 10–14 let.

OBR. 5: Délka praxe na současném oddělení



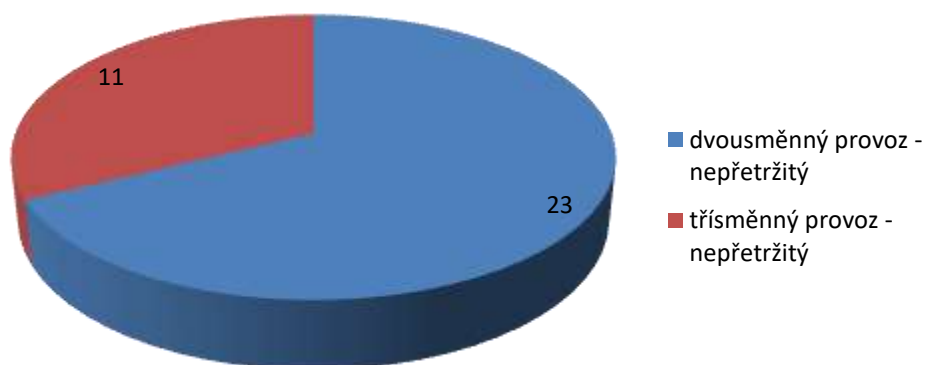
Sledovali jsme též počet pacientů, které měly sestry ve skupinové péči (viz obr. 6). Nejčastěji se sestry staraly o skupinu 16–25 pacientů.

OBR. 6: Počet pacientů, které mají sestry ve skupinové péči



Sestry ze sledovaného souboru pracovaly nejčastěji ve dvousměnném provozu (viz obr. 7).

OBR. 7: Pracovní směny



4.5 Zpracování a analýza získaných dat

Nejprve byla provedena kontrola vyplnění dotazníků. Byly vyřazeny ty, které nesplňovaly kritéria výběru souboru a/nebo nebyly vyplněny kompletní odpovědi. Pro základní zpracování dat z odpovědí z jednotlivých dotazníků se používal tabulkový procesor MS EXCEL ze softwarového balíku Microsoft Office Professional Edition 2010, který sloužil i na tabulkové zobrazení dat a zobrazení grafů.

Údaje z dotazníkového šetření jsme statisticky zpracovali. Provedli jsme primární zpracování skupin dat (třídění 1. stupně). U položek pohlaví, věk, vzdělání, délka praxe a skupinová péče byla vypočítána celková četnost odpovědí. U dalších otázek, zaměřujících se na fyzickou zátěž a další zkoumané faktory v práci sester byla vypočítána procentuální četnost odpovědí.

Pro zjištění, zda existuje souvislost mezi některými sledovanými veličinami, byl vypočten chí kvadrát pro stanovení, zda souvislost mezi veličinami existuje, nebo nikoli.

Dále byl využit také Meisterův dotazník, který, jak bylo uvedeno, slouží k hodnocení vlivů pracovní činnosti na psychiku pracovníků. Jedná se o orientační vyšetření psychické zátěže při práci. Vyhodnocení výsledků lze provést dvojím způsobem: podle faktorů a podle jednotlivých položek.

Vyhodnocení Meisterova dotazníku podle faktorů

Faktorovou analýzou byly stanoveny tři faktory: I. - přetížení, II. - jednostrannost (monotonie), III. - nespecifický faktor (stresová odezva). Jednotlivé faktory jsou syceny příslušnými položkami (otázkami).

TAB. 1: Výpočet jednotlivých faktorů

Faktor	Název faktoru	Součet položek	Maximum
I.	Přetížení	1 + 3 + 5	15
II.	Monotonie	2 + 4 + 6	15
III.	Nespecifický faktor	7 + 8 + 9 + 10	20
HS	Hrubý skór	I. + II. + III.	50

Při hodnocení jednotlivce je třeba vypočítat hodnoty všech tří sledovaných faktorů a hrubého skóru. Pro skupinové hodnocení použijeme aritmetické průměry sledovaných faktorů a rovněž hrubého skóru.

V následující tabulce jsou uvedeny aritmetické průměry a kritické hodnoty, které byly získány a zpracovány hygienickou službou pro muže a ženy v české populaci. Překročení uvedených kritických hodnot pak indikuje nadměrnou zátěž v dané oblasti.

TAB. 2: Normované kritické hodnoty pro muže a ženy

Faktor	Název faktoru	Ženy			Muži		
		\bar{x}	s.d	Kritická hodnota	\bar{x}	s.d	Kritická hodnota
I.	Přetížení	8,4	3,2	10	10,6	3,0	12
II.	Monotonie	7,6	3,0	9	6,4	3,2	8
III.	Nespecifický faktor	11,7	4,4	14	10,3	4,1	12
HS	Hrubý skór	25,0	8,1	29	22,9	6,4	26

Vyhodnocení Meisterova dotazníku podle jednotlivých položek

Při hodnocení zatěžujících faktorů se vychází z překročení kritických hodnot mediánu – viz následující tabulka. V těch položkách, kde zjištěný medián překračuje kritickou hodnotu, je práce hodnocena negativně a naopak, v položkách, v nichž medián nedosahuje kritickou hodnotu, kladně.

TAB. 3: Kritické hodnoty mediánů

	Otázka (zkráceně)	Kritická hodnota mediánu	Začlenění do faktoru
1.	Časová tíseň	3,0	I.
2.	Malé uspokojení	2,5	II.
3.	Vysoká zodpovědnost	3,0	I.
4.	Otupující práce	2,5	II.
5.	Problémy a konflikty	2,5	I.
6.	Monotonie	2,5	II.
7.	Nervozita	3,0	III.
8.	Přesycení	3,0	III.
9.	Únava	3,0	III.
10.	Dlouhodobá únosnost	2,5	III.

Klasifikace psychické zátěže se pak provádí ve třech stupních. Pro zařazení do stupně zátěže celé skupiny je třeba vycházet z faktorových skóre. Hodnocení se provede následujícím způsobem: sečtou se mediány (střední hodnoty) pro jednotlivé faktory (pro faktor I. sečteme otázky č.1+3+5, pro faktor II. č.2+4+6, pro faktor III. č.7+8+9+10). Po sečtení mohou nastat 3 případy:

1. faktor I. má nejméně o 2 body vyšší součet středních hodnot než faktor II. - při této variantě k němu přičteme součet středních hodnot faktoru III., tedy I.+III. Podle tabulky se pak vyhodnotí stupeň a k tomu odpovídající zátěžová tendence.

TAB. 4: Vyhodnocení dle jednotlivých položek – případ I.

Jestliže je součet:	Stupeň	Zátěžová tendence
7 – 19	1	
20 – 24	2	k přetížení
25 - 35	3	k přetížení

2. má-li faktor II. nejméně o 2 body vyšší součet středních hodnot než faktor I., pak se sečte součet středních hodnot II.+III. Podle tabulky se opět určí výsledný stupeň a odpovídající zátěžová tendence.

TAB. 5: Vyhodnocení dle jednotlivých položek – případ II.

Jestliže je součet:	Stupeň	Zátěžová tendence
7 – 19	1	
20 – 24	2	k monotonii (podtížení)
25 - 35	3	k monotonii (podtížení)

3. bude-li rozdíl mezi faktory I. a II. menší než 2 body, pak se sečtou součty středních hodnot všech faktorů dohromady, tj. I.+II.+III. Podle tabulky se určí stupeň, resp. odpovídající zátěžová tendence.

TAB. 7: Vyhodnocení dle jednotlivých položek – případ III.

Jestliže je součet:	Stupeň	Zátěžová tendence
7 – 19	1	
20 – 24	2	kombinace obou (přetížení, monotonie)
25 - 35	3	kombinace obou (přetížení, monotonie)

Konečné zařazení do jednotlivých stupňů (1, 2, 3) uvádí následující tabulka.

TAB. 6: Konečné hodnocení psychické zátěže dle Meisterova dotazníku

Stupeň	Charakteristika
1	Psychická zátěž, při které není pravděpodobné ovlivnění zdraví, subjektivního stavu a výkonnosti (přitom je nutno odhlédnout od náhodných situačně podmíněných výkyvů v průběhu pracovní směny).
2	Psychická zátěž, při které může docházet pravidelně k dočasným ovlivněním subjektivního stavu, resp. výkonnosti.
3	Psychická zátěž, při níž nelze vyloučit zdravotní rizika.

4.6 Vyhodnocení dotazníkového šetření

V první fázi vyhodnocování dotazníků bylo provedeno zpracování odpovědí – třídění prvního stupně. Absolutní i relativní četnosti byly přehledně zpracovány do tabulek.

Tyto údaje byly podrobeny následnému zkoumání a hodnocení. Data jsou prezentována a vyhodnocována souhrnně podle četnosti odpovědí za celou skupinu respondentů. Výstupy z otázek v dotazníku jsou uvedeny názorně v grafech včetně uvedení procentuálního zastoupení jednotlivých odpovědí.

4.6.1 Vyhodnocení fyzické zátěže respondentů

V prvním dotazníku, který byl zdravotním sestřám předložen k vyplnění, bylo hlavním záměrem zjistit vnímání fyzické zátěže respondentek. Zároveň se dotazník zaměřoval i na jejich zdravotní problémy, které po odsloužené směně mají. Mimoto je samozřejmě jasné, že prevence sestřám může pomoci zdravotním potížím předcházet, proto se dotazník zaměřoval i na tyto faktory, které mají obrovský vliv na to, zda se zdravotní problémy u zdravotních sester projeví, či nikoliv.

Na následujících několika stranách jsou uvedeny tabulky s výsledky dotazníkového šetření a na konci kapitoly bylo provedeno celkové vyhodnocení tohoto šetření.

Otázka č. 7: U jednotlivých položek označte míru zátěže.

TAB. 8: Typ fyzické zátěže při práci

Typ fyzické zátěže	Data									
	Nízká		Mírná		Střední		Nadprůměrná zátěž		Nadměrná zátěž	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a) Přenášení břemen	5	14,71	5	14,71	18	52,94	2	5,88	4	11,76
b) Chůze po oddělení	3	8,82	3	8,82	7	20,59	5	14,71	16	47,06
c) Polohování pacientů	2	5,88	3	8,82	7	20,59	8	23,53	14	41,18
d) Přesun pacienta z lůžka na lůžko	3	8,82	2	5,88	5	14,71	9	26,47	15	44,12

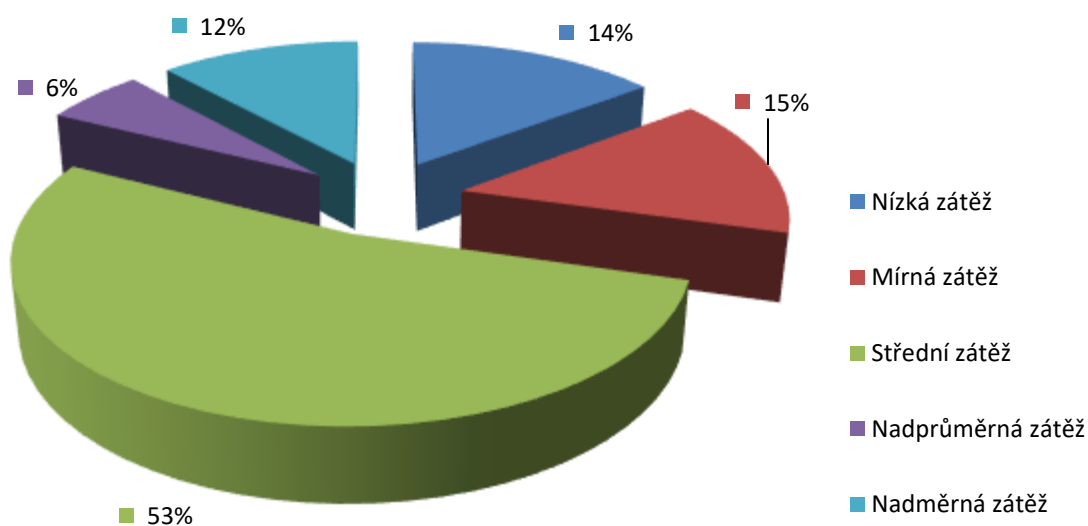
Legenda: n = absolutní četnost; % = relativní četnost

TAB. 9: Nejvyšší pociťovaná fyzická zátěž

Typ fyzické zátěže	Data							
	Přenášení břemen		Chůze po oddělení		Polohování pacientů		Přesun z lůžka na lůžko	
	n	%	n	%	n	%	n	%
e) Nejvyšší zátěž	3	8,82	4	11,76	16	47,06	11	32,35

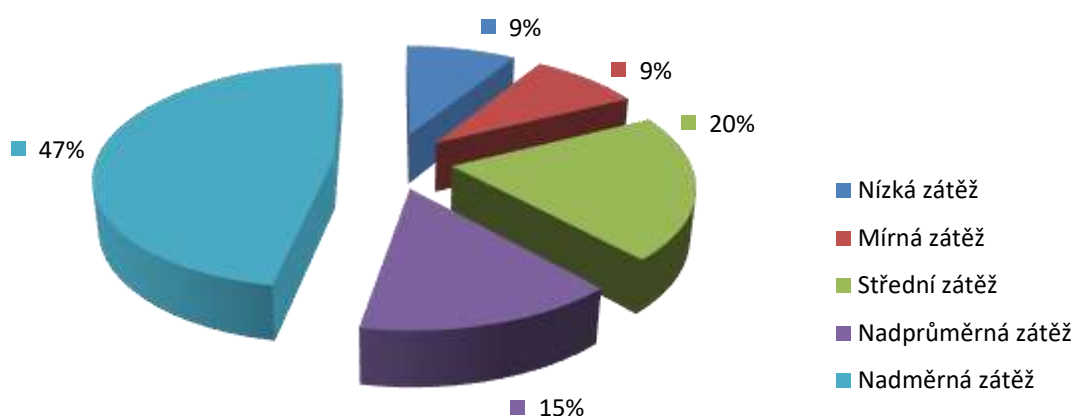
Legenda: n = absolutní četnost; % = relativní četnost

OBR. 10: Míra zátěže při přenášení břemen



Z grafu je zřejmé, že přenášení břemen vnímá nejvíce sester jako střední zátěž. Tuto možnost zvolilo celkem 53 % (n = 18) oslovených sester. Druhou nejčastější odpovědí byla mírná zátěž (15 %) s téměř stejným počtem odpovědí, jako nízká zátěž (14 %).

OBR. 11: Míra zátěže při chůzi po oddělení



Při chůzi po oddělení byla překvapivě nejčastější odpovědí nadměrná zátěž, kterou pociťuje 47 % oslovených sester ($n = 16$). Tento fakt svědčí o tom, že je pro sestry namáhavé neustále chodit. Druhou nejčastější odpovědí byla střední zátěž (20 %), a pak až na třetím místě nadměrná zátěž (15 %). Toto rozdělení odpovědí je velmi zajímavé a vypovídá o tom, že je velmi individuální vnímání zátěže v tomto ohledu. Odpovědi totiž neklesají postupně, ale jsou rozděleny nerovnoměrně.

Výsledky odpovědí na tuto otázku byly velmi zajímavé a překvapující, jelikož téměř polovina dotazovaných označila chůzi po oddělení jako nadměrnou zátěž. Proto byla tato otázka ještě dále zkoumána a zjišťována platnost následujících hypotéz:

H1: Existuje souvislost mezi věkem a vnímáním zátěže při chůzi po oddělení

H2: Existuje souvislost mezi délkou praxe a vnímáním zátěže při chůzi po oddělení

Ověření hypotézy H1 pomocí chí kvadrátu

Hypotéza H1 byla ověřována chí-kvadrát testem dobré shody. Byla vytvořena kontingenční tabulka s marginálními četnostmi, pak tabulka korelační a následně vypočítány očekávané četnosti e_{ij} – viz následující tabulky.

TAB. 7: Kontingenční tabulka pro H1

Věk	Chůze po oddělení					n_j
	A	B	C	D	E	
a) 20-29 let	2	1	3	2	4	12
b) 30 - 39 let	1	1	2	2	5	11
c) 40 - 49 let	0	1	1	0	4	6
d) 50 - 59 let	0	0	1	0	1	2
e) nad 60 let	0	0	0	1	2	3
n_i	3	3	7	5	16	34

TAB. 8: Korelační tabulka pro H1

e_{ij}	A	B	C	D	E
A	1,058824	1,058824	2,470588	1,764706	5,647059
B	0,970588	0,970588	2,264706	1,617647	5,176471
C	0,529412	0,529412	1,235294	0,882353	2,823529
D	0,176471	0,176471	0,411765	0,294118	0,941176
E	0,264706	0,264706	0,617647	0,441176	1,411765

TAB. 9: Očekávané četnosti pro H1

K_{ij}	A	B	C	D	E
A	0,836601	0,003268	0,113445	0,031373	0,480392
B	0,000891	0,000891	0,03094	0,090374	0,006016
C	0,529412	0,418301	0,044818	0,882353	0,490196
D	0,176471	0,176471	0,840336	0,294118	0,003676
E	0,264706	0,264706	0,617647	0,707843	0,245098

Následně byl v tabulkovém procesoru vypočítán součet očekávaných četností, který činí 7,550343 a vypočítána hodnota chí kvadrátu. Pro chí kvadrát byla použita funkce CHIDIST, s využitím součtu očekávaných četností a počtu stupňů volnosti $v = 16$.

Hodnota výsledného kritéria K v tomto případě byla 96,114. To dokazuje, že Hypotéza H1 je platná a existuje závislost mezi věkem a vnímáním chůze po oddělení. Čím jsou sestry starší, tím hůře vnímají náročnost chůze po oddělení.

Ověření hypotézy H1 pomocí chí kvadrátu

Hypotéza H1 byla ověřována chí-kvadrát testem dobré shody. Byla vytvořena kontingenční tabulka s marginálními četnostmi, pak tabulka korelační a následně vypočítány očekávané četnosti e_{ij} – viz následující tabulky.

TAB. 10: Kontingenční tabulka pro H2

Věk	Chůze po oddělení					n_j
	A	B	C	D	E	
a) do 5 let	2	2	3	0	3	10
b) 5 - 9 let	1	1	3	1	2	8
c) 10 - 14 let	0	0	1	4	10	15
d) 15 - 19 let	0	0	0	0	1	1
n_i	3	3	7	5	16	34

TAB. 11: Korelační tabulka pro H2

e_{ij}	A	B	C	D	E
A	0,882353	0,882353	2,058824	1,470588	4,705882
B	0,705882	0,705882	1,647059	1,176471	3,764706
C	1,323529	1,323529	3,088235	2,205882	7,058824
D	0,088235	0,088235	0,205882	0,147059	0,470588

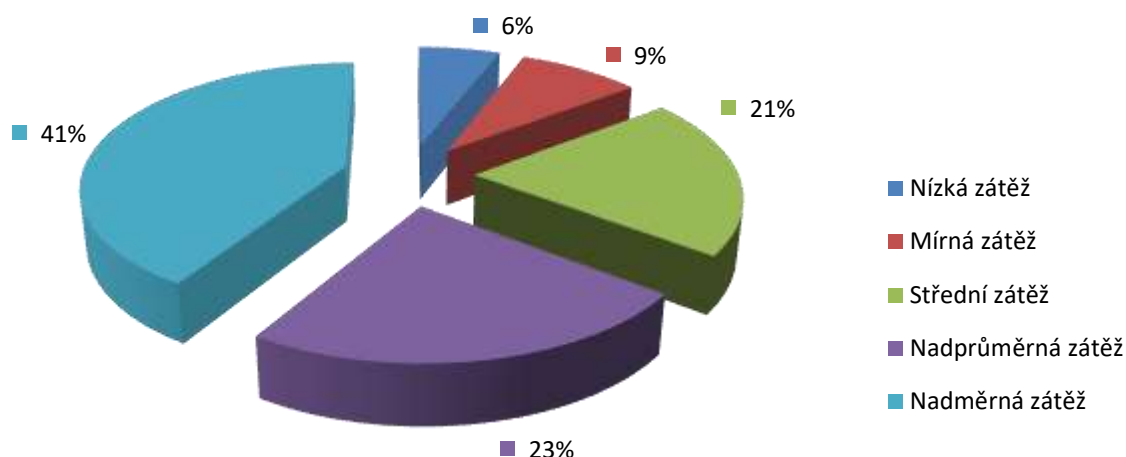
TAB. 12: Očekávané četnosti pro H2

K_{ij}	A	B	C	D	E
A	1,415686	1,415686	0,430252	1,470588	0,618382
B	0,122549	0,122549	1,111345	0,026471	0,827206
C	1,323529	1,323529	1,412045	1,459216	1,22549
D	0,088235	0,088235	0,205882	0,147059	0,595588

Následně byl v tabulkovém procesoru vypočítán součet očekávaných četností, který činí 15,429524 a vypočítána hodnota chí kvadrátu. Pro chí kvadrát byla použita funkce CHIDIST, s využitím součtu očekávaných četností a počtu stupňů volnosti $v = 12$.

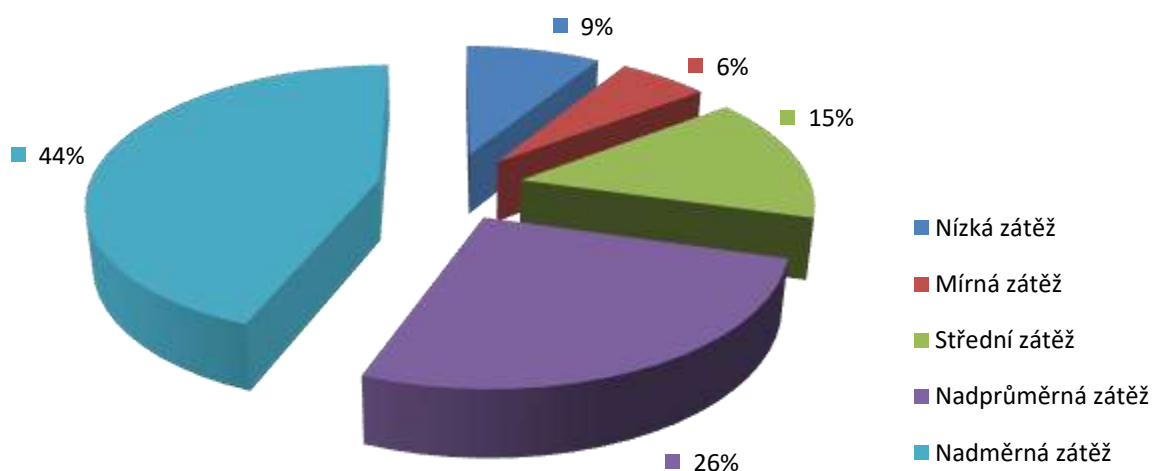
Hodnota výsledného kritéria K v tomto případě byla 21,878. To dokazuje, že Hypotéza H2 je také platná a existuje závislost mezi délkou praxe a vnímáním chůze po oddělení. Čím je délka praxe delší, tím hůře chůzi sestry snášejí.

OBR. 12: Míra zátěže při polohování pacientů



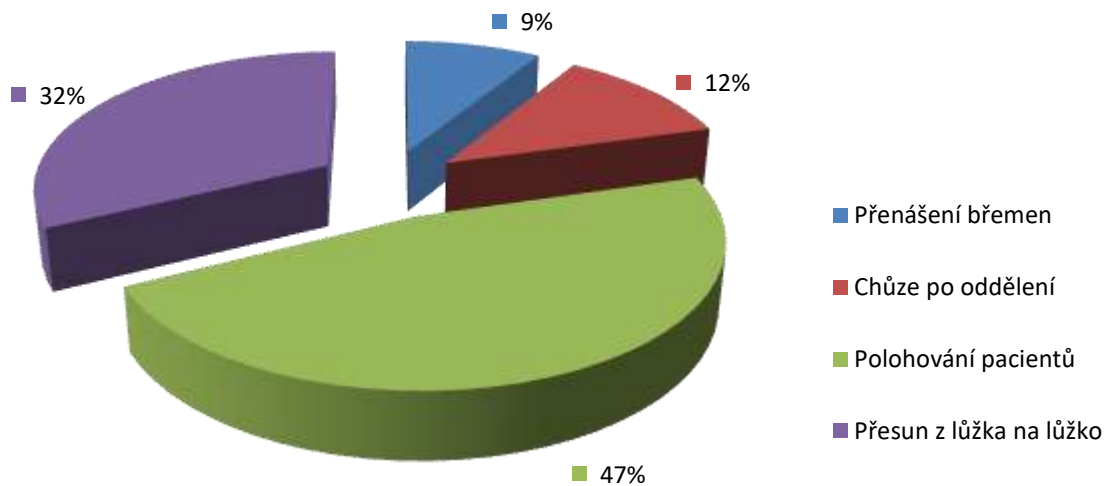
Celkem náročně je také vnímána zátěž sester při polohování pacientů, jak je vidět z výše uvedeného grafu. Celkem 41 % (n = 14) respondentů odpovědělo, že je pro ně tato činnost nadměrně náročná. 23 % odpovědělo, že je nadprůměrně náročná a 21 % dotazovaných, že se jedná o střední zátěž. Méně než 10 % sester odpovědělo, že se jedná o nízkou nebo mírnou zátěž.

OBR. 13: Míra zátěže při přesunu pacienta z lůžka na lůžko (křeslo)



Odpověď na zátěž při přesunu pacienta z lůžka na lůžko byla velmi obdobná, jako u předchozí otázky zátěže při polohování. Nejvíce respondentů (44 %) odpovědělo, že se jedná o nadměrnou zátěž. Dále pak 26 % sester odpovědělo, že se jedná o nadprůměrnou zátěž. Možnosti nízké až střední zátěže byly označeny jen v minimálním počtu pod 10 %.

OBR. 14: Nejnáročnější činnost během služby



Velmi zajímavým zjištěním byly výsledky průzkumu nejnáročnější činnosti během služby. Drtivá většina (47 %) sester vnímá jako nejtěžší činnost polohování pacientů. Druhou nejnáročnější činností jsou pro ně přesuny z lůžka na lůžko. Jen malé procento dotazovaných považuje za nejnáročnější činnost přenášení břemen a chůzi po oddělení.

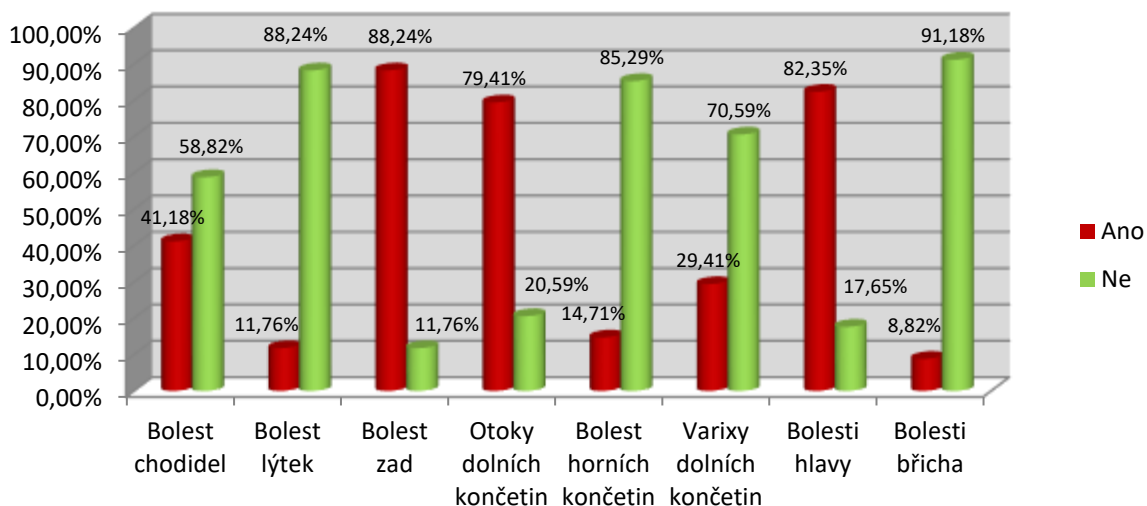
Otázka č. 8: Vyskytují se u Vás tyto zdravotní problémy po pracovní směně?

TAB. 16: Typy vyskytovaných zdravotních problémů

Typ zdravotního problému	Data			
	Ano		Ne	
	n	%	n	%
Bolest chodidel	14	41,18 %	20	58,82 %
Bolest lýtek	4	11,76 %	30	88,24 %
Bolest zad	30	88,24 %	4	11,76 %
Otoky dolních končetin	27	79,41 %	7	20,59 %
Bolest horních končetin	5	14,71 %	29	85,29 %
Varixy dolních končetin	10	29,41 %	24	70,59 %
Bolesti hlavy	28	82,35 %	6	17,65 %
Bolesti břicha	3	8,82 %	31	91,18 %

Legenda: n = absolutní četnost; % = relativní četnost

OBR. 8: Relativní četnost výskytu zdravotních problémů u dotazovaných



Sestry ze sledovaného souboru si nejvíce stěžovaly na bolesti zad 88 %, otoky dolních končetin 79 % a bolesti hlavy 82 %. Minimálně si stěžovali na bolesti břicha pouze 9 %

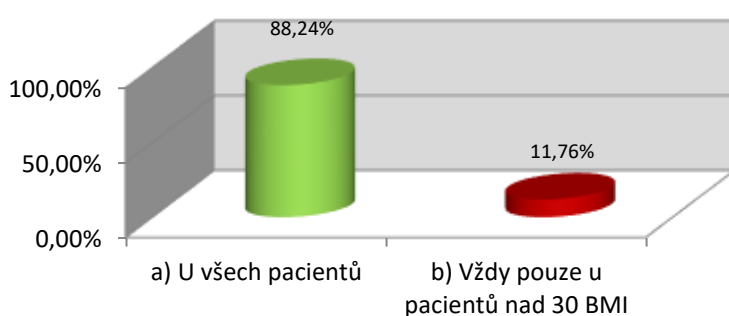
Otázka č. 9: Jak často používáte pomůcky pro manipulaci s pacienty?

TAB. 17: Četnost použití pomůcek pro manipulaci s pacienty

Četnost použití pomůcek pro manipulaci	Data	
	n	%
a) U všech pacientů	30	88,24 %
b) Vždy pouze u pacientů nad 30 BMI	4	11,76 %

Legenda: n = absolutní četnost; % = relativní četnost

OBR. 9: Relativní četnost odpovědí na použití pomůcek při manipulaci s pacienty



Četnost použití pomůcek pro manipulaci s pacienty je příznivě vysoká. Jen necelých 12 % (n = 4) dotazovaných uvedlo, že využívá pomůcky vždy pouze u pacientů nad BMI = 30. Ostatní využívají pomůcky při manipulaci s pacienty ve všech případech. Přes 88 % sester má tedy usnadněnou práci technologickými zařízeními při manipulaci s pacienty.

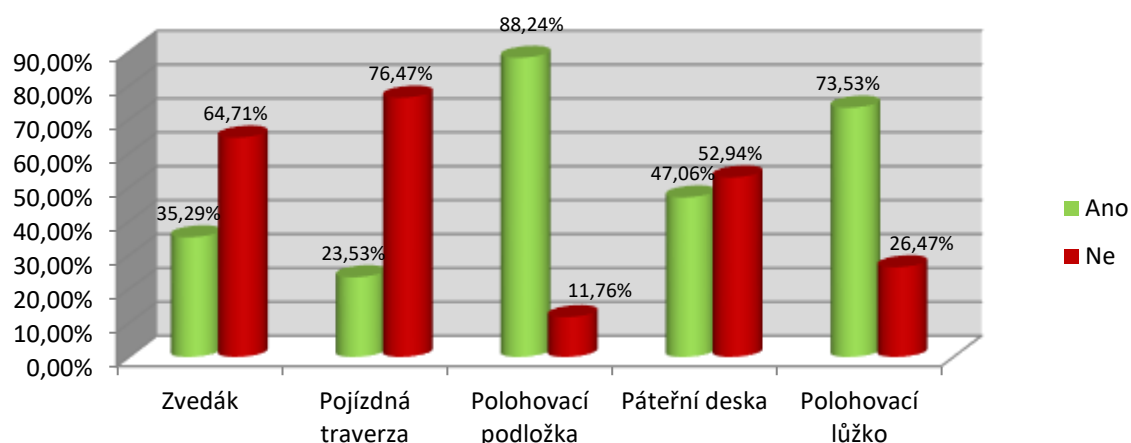
Otázka č. 10: Které pomůcky používáte při manipulaci s pacientem?

TAB. 18: Využívané pomůcky pro manipulaci s pacientem

Typ používané pomůcky	Data			
	Ano		Ne	
	n	%	n	%
a) Zvedák	12	35,29 %	22	64,71 %
b) Pojízdná traverza	8	23,53 %	26	76,47 %
c) Polohovací podložka	30	88,24 %	4	11,76 %
d) Pátevní deska	16	47,06 %	18	52,94 %
e) Polohovací lůžko	25	73,53 %	9	26,47 %

Legenda: n = absolutní četnost; % = relativní četnost

OBR. 10: Relativní četnost využití jednotlivých pomůcek pro manipulaci s pacienty



Nejčastější používanou pomůckou pro manipulaci s pacienty je dle průzkumu polohovací podložka, kterou využívá přes 88 % dotazovaných zdravotních sester. Druhou nejpoužívanější pomůckou je polohovací lůžko, které využívá přes 73 % z dotázaných respondentek. Na třetím místě se jedná o páteřní desku, kterou využívá téměř polovina dotazovaných (47 %).

Nejméně používanými pomůckami pro manipulaci s pacienty je zvedák (35 %) a pojízdná traverza s využitím pouze u necelé čtvrtiny (23 %) dotazovaných. Podobně jako u otázky 8.

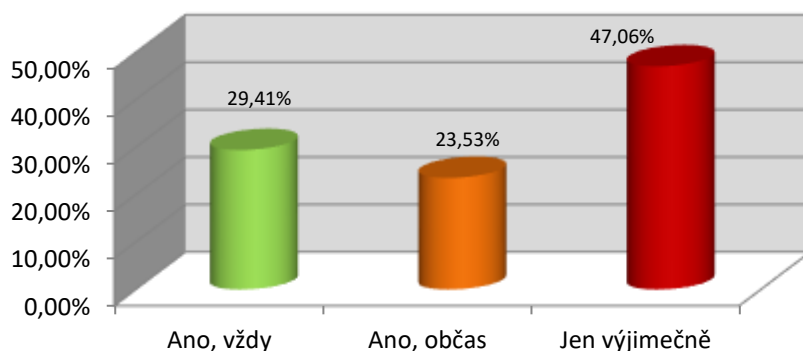
Otázka č. 11: Spolupracujete se sestrou nebo s ostatním zdravotnickým personálem při manipulaci s pacientem?

TAB. 19: Typ spolupráce při manipulaci s pacientem

Typ spolupráce při manipulaci s pacientem	Data	
	n	%
a) Ano, vždy	10	29,41 %
b) Ano, občas	8	23,53 %
c) Jen výjimečně	16	47,06 %

Legenda: n = absolutní četnost; % = relativní četnost

OBR. 11: Relativní četnost spolupráce při manipulaci s pacientem



Dle výsledků výzkumu v uvedeném grafu je vidět, že sestry při manipulaci většinou (47 % případů) spolupracují s dalšími kolegy jen výjimečně. Občas spolupracuje 23,53 % dotazovaných a vždy spolupracuje 29,41 sester.

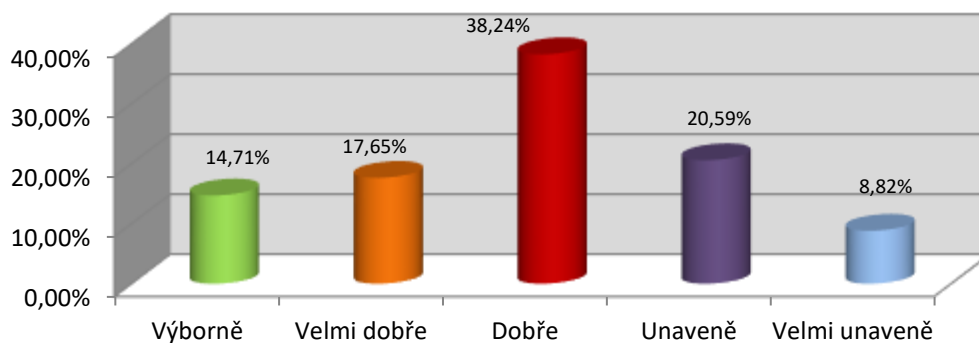
Otázka č. 12: Jak se cítíte z fyzického hlediska po absolvování směny?

TAB. 20: Hodnocení fyzické kondice po směně

Hodnocení fyzické kondice po směně	Data	
	n	%
a) Výborně	5	14,71 %
b) Velmi dobře	6	17,65 %
c) Dobře	13	38,24 %
d) Unaveně	7	20,59 %
e) Velmi unaveně	3	8,82 %

Legenda: n = absolutní četnost; % = relativní četnost

OBR. 12: Relativní četnost odpovědí na otázku fyzické kondice po směně



Z grafu vidíme, že nejvíce dotazovaných osob se po směně cítí dobře – 38 % (n = 13). Unaveně se cítí 20 % (n = 7), velmi dobře se cítí 17 % (n = 6), výborně se cítí téměř 15 % (n = 5) respondentů a nejméně zdravotních sester se po směně cítí velmi unaveně – necelých 9 % (n = 3).

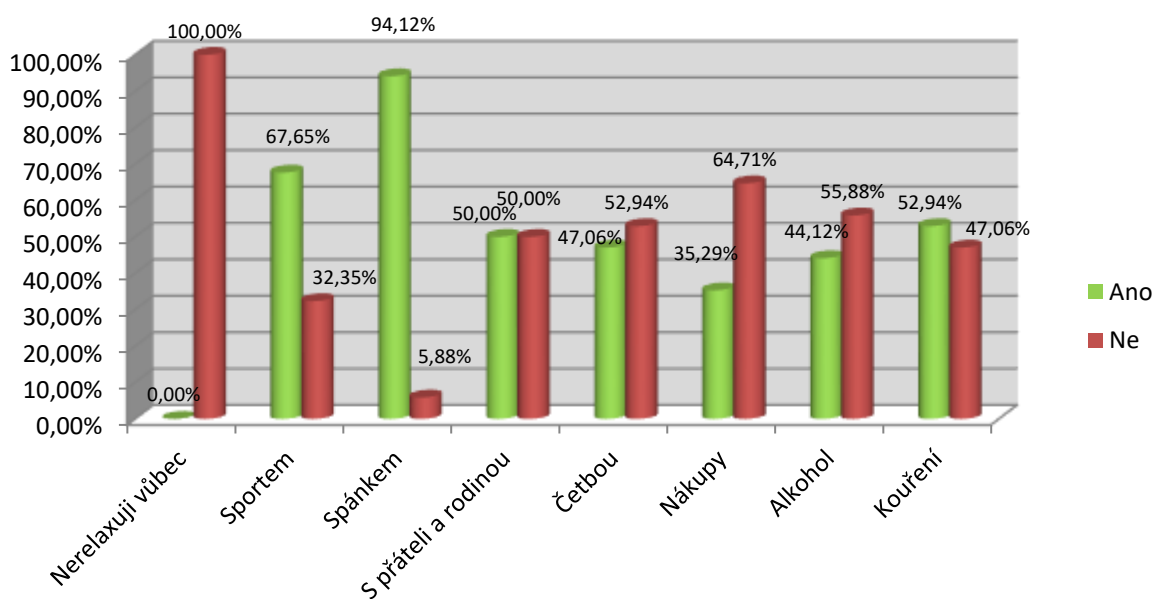
Otázka č. 13: Jakým způsobem relaxujete po absolvování služby?

TAB. 21: Typ relaxace po směně

Typ relaxace po směně	Data			
	Ano		Ne	
	n	%	n	%
a) Nerelaxuji vůbec	0	0 %	34	100 %
b) Sportem	23	67,65 %	11	32,35 %
c) Spánkem	32	94,12 %	2	5,88 %
d) S přáteli a rodinou	17	50,00 %	17	50,00 %
e) Četbou	16	47,06 %	18	52,94 %
f) Nákupy	12	35,29 %	22	64,71 %
g) Alkohol	15	44,12 %	19	55,88 %
h) Kouření	18	52,94 %	16	47,06 %

Legenda: n = absolutní četnost; % = relativní četnost

OBR. 18: Relativní četnost typů relaxace u respondentů



Všechny sestry ze sledovaného souboru využívají nějakou z nabízených možností relaxací, některé je kombinují. Nejčastějším druhem relaxace je spánek 94 % a sport 68 %. Následuje kouření 53 %, které nelze považovat z hlediska zdravotního za optimální relaxaci. Dalšími druhy relaxace jsou čas trávený s přáteli 50 %, četba 47 %, alkohol 44 %, což opět není optimální způsob relaxace. Na posledním místě jsou nákupy 35%.

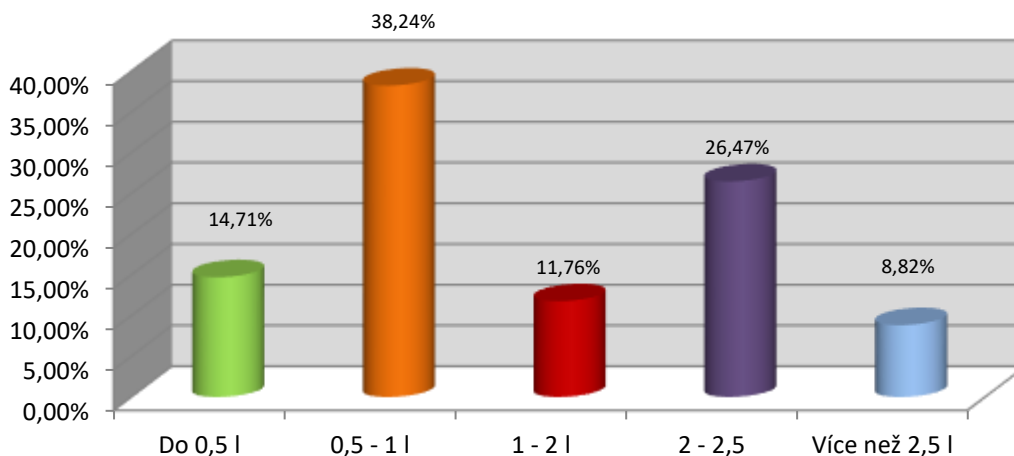
Otázka č. 14: Kolik tekutin vypijete za směnu?

TAB. 22: Množství vypitých tekutin za směnu

Množství vypitých tekutin za směnu	Data	
	n	%
a) Do 0,5 l	5	14,71 %
b) 0,5 - 1 l	13	38,24 %
c) 1 - 2 l	4	11,76 %
d) 2 - 2,5 l	9	26,47 %
e) Více než 2,5 l	3	8,82 %

Legenda: n = absolutní četnost; % = relativní četnost

OBR.19: Relativní četnost objemu vypitých tekutin u respondentů během směny



Nejvíce dotazovaných sester (38 %) během směny vypije pouze 0,5–1 litr tekutin. 26 % vypije 2–2,5 litru tekutin během směny. Menší procenta zdravotních sester pak vypijí méně než 0,5 l tekutin (téměř 15 %), 1–2 litry tekutin (téměř 12 %) a nejméně respondentů vypije více než 2,5 litru tekutin za směnu.

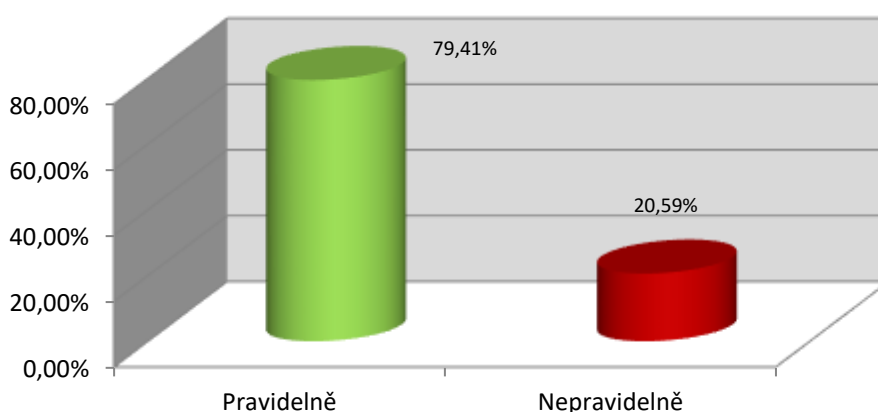
Otázka č. 15: Jak se stravujete během směny?

OBR.23: Pravidelnost stravování během směny

Pravidelnost stravování	Data	
	n	%
a) Pravidelně	27	79,41 %
b) Nepravidelně	7	20,59 %

Legenda: n = absolutní četnost; % = relativní četnost

OBR.20: Relativní četnost odpovědí na pravidelnost stravování během směny



Nejvíce dotazovaných všeobecných sester se stravuje během směny pravidelně (téměř 80 %). Jen 21 % uvedlo, že se stravuje nepravidelně.

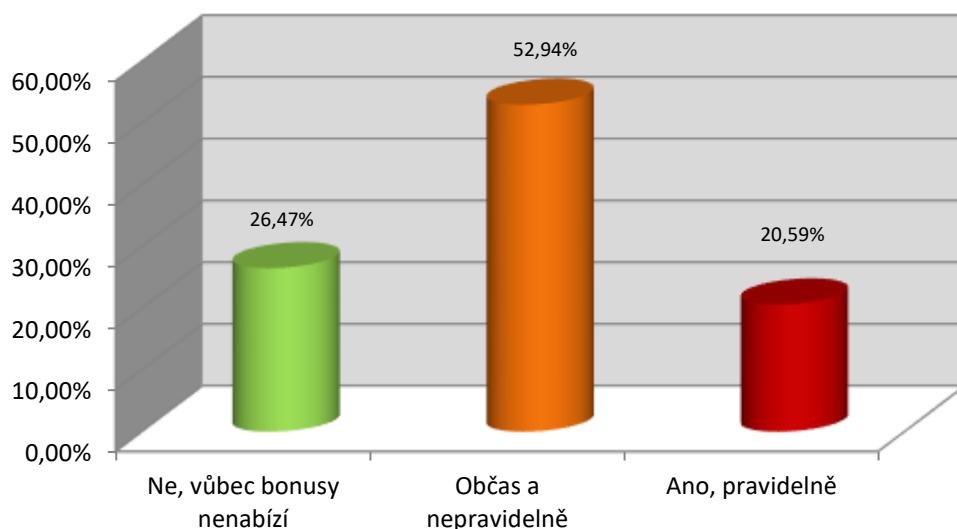
Otázka č. 16: Máte možnost využívat od zaměstnavatele nějaké „bonusy“ v péči o své zdraví?

TAB. 24: Možnost využívání „bonusů“ od zaměstnavatele

Možnost využívání „bonusů“ od zaměstnavatele	Data	
	n	%
a) Ne, vůbec nenabízí bonusy	9	26,47 %
b) Občas a nepravidelně	18	52,94 %
c) Ano, pravidelně	7	20,59 %

Legenda: n = absolutní četnost; % = relativní četnost

OBR.21: Relativní četnost nabízených bonusů u zaměstnavatelů respondentů



Oba zaměstnavatelé svým pracovníkům občas / nepravidelně (53 %) bonusy pro péči o jejich zdraví. Zhruba čtvrtina (26 %) dotazovaných uvedla, že zaměstnavatel bonusy vůbec nenabízí. Jen pětina dotazovaných (necelých 21 %) má od svého zaměstnavatele k dispozici bonusy pro péči o zdraví pravidelně.

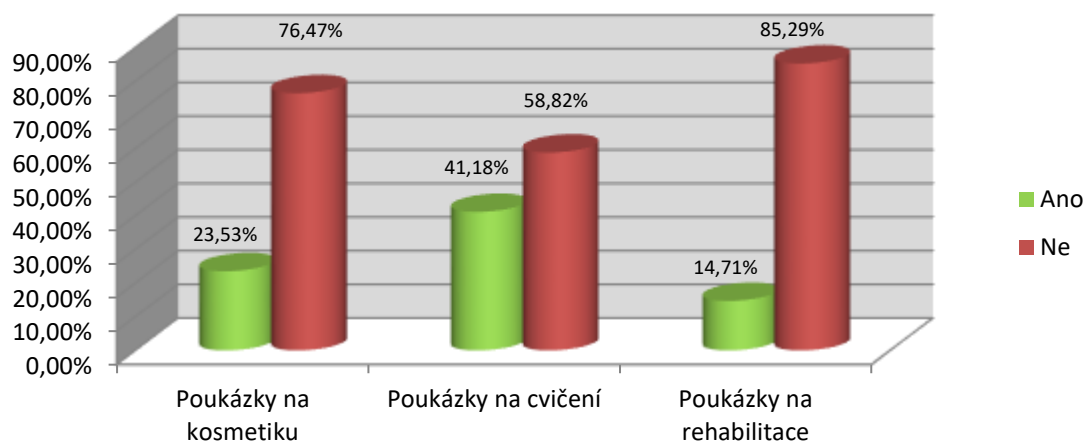
Otázka č. 17: Jaké výhody Vám zaměstnavatel poskytuje navíc?

TAB. 25: Poskytované výhody

Poskytované výhody	Data			
	Ano		Ne	
	n	%	n	%
a) Poukázky na kosmetiku	8	23,53 %	26	76,47 %
b) Poukázky na cvičení	14	41,18 %	20	58,82 %
c) Poukázky na rehabilitace	5	14,71 %	29	85,29 %

Legenda: n = absolutní četnost; % = relativní četnost

OBR. 22: Relativní četnost jednotlivých poskytovaných výhod



Z grafu je zřejmé, že oslovení pracovníci většinou nemají od svých zaměstnavatelů uvedené výhody navíc. Nejvíce se z uvedených výhod nabízí zdravotním sestřám poukázky na cvičení – u 41 % dotazovaných je právě tato výhoda uvedena. U 23 % zaměstnavatelů se dávají k dispozici poukázky na kosmetiku a v necelých 15 % se poskytují poukázky na rehabilitace.

Meisterův dotazník je možné využít skupinově nebo individuálně. V případě tohoto textu je uvedeno hodnocení skupinové. Výstupy z realizovaného dotazníkového šetření jsou uvedeny v následující tabulce.

TAB. 26: Výstupy z Meisterova dotazníku

Otázka	Data									
	Ano		Spíše ano		Nevím		Spíše ne		Ne	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1.	2	5,88	16	47,06	2	5,88	1	2,94	13	38,24
2.	0	0,00	0	0,00	4	11,76	4	11,76	26	76,47
3.	16	47,06	5	14,71	6	17,65	7	20,59	0	0,00
4.	0	0,00	0	0,00	2	5,88	6	17,65	26	76,47
5.	0	0,00	0	0,00	5	14,71	4	11,76	25	73,53
6.	0	0,00	0	0,00	1	2,94	4	11,76	29	85,29
7.	12	35,29	4	11,76	6	17,65	6	17,65	6	17,65
8.	15	44,12	3	8,82	2	5,88	2	5,88	12	35,29
9.	6	17,65	4	11,76	12	35,29	8	23,53	4	11,76
10.	5	14,71	3	8,82	4	11,76	4	11,76	18	52,94

Vyhodnocení výsledků bylo provedeno podle jednotlivých otázek za použití kritické hodnoty mediánu a podle faktorů. Podrobně je uvedeno v následujících podkapitolách.

4.6.1.1 Vyhodnocení psychické zátěže podle jednotlivých položek a kritické hodnoty mediánu

Při hodnocení zatěžujících faktorů se vychází z překročení kritických hodnot mediánu – viz následující tabulka 12. V těch položkách, kde zjištěný medián překračuje kritickou hodnotu, je práce hodnocena negativně a naopak, v položkách, v nichž medián nedosahuje kritickou hodnotu, kladně.

TAB. 27: Výsledky hodnocení vnímání pracovní zátěže podle kritické hodnoty mediánu

	Otázka (zkráceně)	Kritická hodnota mediánu	Zjištěná hodnota mediánu	Rozdíl	Hodnocení práce
1.	Časová tíseň	3,0	4	-1	Negativní
2.	Malé uspokojení	2,5	1	1,5	Kladné
3.	Vysoká zodpovědnost	3,0	4	-1	Negativní
4.	Otupující práce	2,5	1	1,5	Kladné
5.	Problémy a konflikty	2,5	1	1,5	Kladné
6.	Monotonie	2,5	1	1,5	Kladné
7.	Nervozita	3,0	3	0	Negativní
8.	Přesycení	3,0	4	-1	Negativní
9.	Únava	3,0	3	0	Negativní
10.	Dlouhodobá únosnost	2,5	1	1,5	Kladné

Na základě porovnání zjištěné hodnoty mediánů s kritickou hodnotou normovaných hodnot bylo zjištěno výše uvedené hodnocení práce dotazovanými zdravotními sestrami.

Kladně jsou hodnoceny následující faktory:

- ✓ Malé uspokojení
- ✓ Otupující práce
- ✓ Problémy a konflikty
- ✓ Monotonie
- ✓ Dlouhodobá únosnost

Negativně jsou naopak hodnoceny následující faktory:

- × Časová tíseň
- × Vysoká zodpovědnost
- × Nervozita
- × Přesycení
- × Únava

Pro zařazení do stupně zátěže byly následně sečteny mediány pro jednotlivé faktory.

TAB. 28: Součty mediánů pro jednotlivé faktory

Faktor	Název faktoru	Součet položek	Součet mediánů
I.	Přetížení	1 + 3 + 5	9
II.	Monotonie	2 + 4 + 6	3
III.	Nespecifický faktor	7 + 8 + 9 + 10	11
HS	Hrubý skór	I. + II. + III.	23

Klasifikace zátěže byla následně provedena ve třech stupních. Vzhledem k tomu, že faktor I. má o 6 bodů (více než 2) vyšší součet středních hodnot než faktor II., tak k němu přičteme součet středních hodnot faktoru III., tedy I.+III. Výsledky se pak hodnotí podle:

TAB. 29: Součet pro jednotlivé stupně zátěžové tendence

Jestliže je součet:	Stupeň	Zátěžová tendence
7 – 19	1	přijatelná zátěž
20 – 24	2	přetížení
25 - 35	3	přetížení

Výstupem z našeho dotazníku tedy je součet $9 + 11 = 18$, jedná se tedy o první stupeň zátěžové tendence a nedochází tedy na pracovišti k přetížení pracovníků.

Stupeň 1 je psychická zátěž, při které není pravděpodobné ovlivnění zdraví, subjektivního stavu a výkonnosti (přitom je nutno odhlédnout od náhodných situačně podmíněných výkyvů v průběhu pracovní směny).

4.6.1.2 Vyhodnocení psychické zátěže pomocí faktorové analýzy

Základem vyhodnocení podle faktorů je stanovení tří základních faktorů: I. - přetížení, II. - jednostrannost (monotonie) a III. - nespecifický faktor (stresová odezva). Jednotlivé faktory jsou syceny příslušnými položkami (otázkami) - viz tabulka.

Pro skupinové hodnocení jsou dále použity aritmetické průměry sledovaných faktorů i hrubého skóru. V následující tabulce jsou uvedeny aritmetické průměry a kritické hodnoty, které byly získány a zpracovány na základě provedeného dotazníkového šetření.

TAB. 30: Vyhodnocení aritmetickým průměrem, směrodatnou hodnotou a vypočtená kritická hodnota pro zjištěné hodnoty z dotazníku

Faktor	Název faktoru	\bar{x}	s.d	Kritická hodnota
I.	Přetížení	8,09	3,43	9,80
II.	Monotonie	3,82	1,70	4,68
III.	Nespecifický faktor	11,71	3,46	13,44
HS	Hrubý skór	23,62	2,83	25,03

Legenda: \bar{x} = aritmetický průměr, s.d = směrodatná odchylka, Kritická hodnota = : $\bar{x} + 0,5(s.d)$

Z výše uvedených tabulek bylo zjištěno, že hodnota vypočtená hodnota přetížení 9,8 (faktoru I.) je nižší, než tabulková kritická hodnota pro ženy i muže. Faktor I. není tedy kritický pro dotazovanou skupinu osob.

Druhý faktor je také nižší. Zjištěná hodnota je 4,68 a tabulková kritická hodnota pro muže i ženy je výrazně vyšší. Monotonie je tedy velmi slabý faktor u sledované skupiny pracovníků.

Třetí faktor má kritickou hodnotu 13,44, což je sice pro ženy ještě pod kritickou hranicí, ale v případě mužů už by se jednalo o faktor, který překračuje tabulkovou hodnotu. Je možné tedy označit III. Nespecifický faktor, jako silný negativní vliv, který vnímá oslovená skupina respondentů.

Hrubý skór je pod hranicí tabulkových kritických hodnot u obou pohlaví. Celkové hodnocení pracovní zátěže vybraného vzorku sester na chirurgickém oddělení je tedy v normě.

4.7 Vyhodnocení dotazníkového průzkumu a vytyčených cílů

Cíl č. 1 (Hlavní cíl): Zjistit, jak všeobecné sestry vnímají pracovní zátěž

Z dotazníku č. 1 bylo zjištěno od respondentů, že nejvíce vnímají zátěž při polohování pacientů a při přesunu pacientů z lůžka na lůžko. Zároveň bylo zjištěno, že většina pracovníků trpí nějakými zdravotními problémy. Konkrétně se jedná nejvíce o bolest zad, otoky dolních končetin a bolest hlavy. Tyto zdravotní problémy uvedlo více než 80 % dotazovaných a jedná se tedy o velmi častý problém.

O míře vnímání pracovní zátěže vypovídá také otázka č. 12 Dotazníku č. 1, která se zaměřuje na fyzickou kondici pracovníků po ukončení směny. Většina dotazovaných osob se po směně cítí dobře (38 %). Unaveně se cítí 20 %, velmi dobře se cítí 17 %, výborně se cítí téměř 15 % respondentů a nejméně zdravotních sester se po směně cítí velmi unaveně – necelých 9 %. Lze tedy konstatovat, že vnímání zátěže je velmi individuální a nejedná se o extrémní hodnoty ani v pozitivním ani negativním směru.

Je zajímavé, že zdravotní sestry uvádějí, že je pro ně chození po oddělení náročné a že někdy trpí bolestmi hlavy, ale zároveň uvádějí, že se po směně cítí dobře. Je možné se tedy domnívat, že je to s ohledem na to, že byla k dispozici ještě možnost, že se cítí výborně a velmi dobře, což odpověděla jen menší část z oslovených. Dalším důvodem může být to, že se zdravotní sestry již s těmito zdravotními problémy naučily fungovat a považují je za součást svého pracovního života a nepovažují je za tak vysilující, aby na škále od 1 do 5 uváděly horší varianty.

Na základě výsledků z Meisterova dotazníku je možné konstatovat, že vnímání pracovní zátěže sestrami je v rámci přijatelných mezí s ohledem na výslednou hodnotu zátěžové tendence stupně 1 ve zkoumaném vzorku respondentů.

Cíl č. 2: Zjistit, které determinanty nejvíce ovlivňují fyzickou zátěž všeobecné sestry na chirurgickém oddělení

Jak již bylo uvedeno u výstupů cíle č. 1, tak nejvíce vnímanou fyzickou zátěží je polohování pacientů na lůžku a druhou nejvíce vnímanou nejnáročnější zátěží je přesun pacientů z lůžka na lůžko.

Velmi negativně byla také vnímána náročnost chůze po oddělení, jelikož téměř polovina dotazovaných označila tuto zátěž za nadměrnou. Proto byla této otázce věnována větší pozornost a zjišťovalo se pomocí chí-kvadrát testu dobré shody, zda existuje souvislost mezi

věkem dotazovaných a praxí právě s vnímáním náročnosti chůze. U obou těchto faktorů bylo prokázáno, že existuje silná souvislost mezi těmito vlivy. Čím jsou sestry starší a čím jsou déle na oddělení, tak tím hůře chůzi během směny snášejí.

Cíl č. 3: Zjistit, které determinanty nejvíce ovlivňují psychickou zátěž všeobecné sestry na chirurgickém oddělení

Na základě vyhodnocení Meisterova dotazníku bylo zjištěno, že nejkritičtěji vnímanými psychickými vlivy je přetížení a stresová odezva. Naopak minimální vliv na fyzickou zátěž má jednotvárnost práce.

Cíl č. 4: Zjistit, jakým způsobem se všeobecné sestry ze zkoumaného vzorku vyrovnávají s fyzickou a psychickou zátěží

Nejčastějším způsobem, jakým se sestry ve volném čase vyrovnávají s fyzickou i psychickou zátěží je spánek a sport. Tyto dva faktory uvedlo nejvíce respondentů jako svou relaxační techniku. Následuje kouření, které nelze považovat z hlediska zdravotního za optimální relaxaci. Dalšími druhy relaxace jsou čas trávenými s přáteli, četba, alkohol což opět není optimální způsob relaxace. Na posledním místě jsou nákupy.

5 DISKUSE

Dotazníkové šetření probíhalo od 02.10.2017 do 16.03.2018. Dříve než se přistoupilo k dotazníkovému šetření, byl proveden předprůzkum a ověřena vhodnost zvolené průzkumné techniky a jejího obsahu. Celkově bylo požádáno o vyplnění dotazníků v tištěné podobě 40 sester na oddělení chirurgickém: Fakultní nemocnice Brno a Nemocnice na Homolce. Nebyly zjištěny žádné zásadní nesrovnalosti a ani zásadní dotazy od sester na nesrozumitelnost či nejednoznačnost otázek. Přesto se však vrátilo pouze 34 dotazníků vyplněných bezchybně. Jedná se o celkem nízký počet respondentů pro velmi přesné hodnocení celkového názoru sester na chirurgii v České republice, ale pro základní představu o situaci na daných odděleních má dostatečnou vypovídající hodnotu.

Pro hodnocení byl využit ~~klasický~~ dotazník vlastní konstrukce pro hodnocení fyzické zátěže a Meisterův standardizovaný dotazník pro hodnocení psychické zátěže. Tento způsob hodnocení se projevil jako velmi efektivní, protože bylo možné zjistit odpovědi na předem stanovené cíle uvedené výše ve vyhodnocení dotazníkového průzkumu.

Pro definování základní charakteristiky vzorku respondentů byl využit popis základních součástí odpovědí a popsány jednotlivé vlastnosti dotazovaných osob, mezi které patřil věk, délka praxe, pohlaví, vzdělání a typ směny, ve kterých svou práci vykonávají. Tento způsob popisu skupiny se jeví jako dostatečně vypovídající pro představení respondentů.

Další dotazy týkající se fyzické zátěže a typu relaxace byly vyhodnoceny relativním zastoupením a byly vypočítány procentuální poměry odpovědí na celkovém dotazovaném vzorku respondentů. Pro představu, jak sestry odpovídaly je toto hodnocení dostačující a v kombinaci s vypracovanými grafy se jeví jako dostatečně vypovídající pro rychlou představu o výsledcích dotazníkového šetření.

Pro zjišťování závislosti mezi jednotlivými odpověďmi u dotazovaných osob byl proveden chí-test dobré shody. Tento test je právě pro tento typ statistického šetření velmi vhodný a potvrdil u obou zkoumaných hypotéz jejich pravdivost.

Pro hodnocení psychické zátěže byl vybrán jako metoda pro zkoumání standardizovaný Meisterův dotazník, který velmi přehledně a efektivně pomohl s vyhodnocením tohoto faktoru. Bylo zjištěno, že u dotazovaných ~~zdravotních~~ sester nedochází k nadměrnému zatížení a nejsou s ohledem na standardizované normy přetěžovány.

Pro hodnocení všech uvedených vlastností a faktorů byl využit tabulkový procesor MS Excel ze softwarového balíku Microsoft Office Professional Edition 2010, který sloužil i na

tabulkové zobrazení dat a zobrazení grafů. Tento způsob se projevil jako velmi vhodný a efektivní pro zpracování všech potřebných tabulek a grafů.

Bylo také provedeno srovnání s podobnými akademickými pracemi dalších studentek, které se zaměřovaly na zjišťování fyzické a psychické zátěže zdravotních sester.

Hroudová (2011) uvádí, že téměř 50 % sester na chirurgickém oddělení z jejího zkoumaného vzorku se cítí fyzicky mírně až středně vyčerpaně, tedy sestry hodnotily nejvíce možnosti menší náročnosti. Na rozdíl od námi zkoumaného vzorku, kdy nejvíce odpovědí bylo u střední zátěže.

Škorpíčkové (2014) diplomová práce zaměřená na psychickou pracovní zátěž u všeobecných sester na interním oddělení a domově pro seniory zjišťovala formou Meisterova dotazníku zátěž sester. Výsledky byly velmi obdobné, jako u zjišťovaného vzorku v této práci. Všechny tři faktory i hrubý skór byly pod hranicí normy Meister a neprokázaly tak nadměrnou psychickou zátěž sester v uvedených odděleních.

Krucinová (2011) ve své práci uvádí, že většina (65%) oslovených sester se po pracovní směně cítí unaveně. Druhou nejčastější odpovědí je, že se cítí vyčerpaně. Tyto výsledky jsou výrazně horší, než jsou výsledky námi realizovaného průzkumu.

Nováková (2010) prováděla průzkum psychické zátěže v práci a výstupem bylo, že téměř polovina (přes 48 %) oslovených sester vnímá minimální psychickou zátěž, 31 % vnímá střední zátěž a 21 % vnímá maximální psychickou zátěž. Tento výsledek je tedy v souladu s naším výsledkem, že nejsou sestry vystaveny v průměru nadměrné psychické zátěži a jejich zatížení je v rámci individuálního vnímání zatížení přijatelné.

ZÁVĚR

Povolání všeobecné sestry je velice zajímavé a obohacující, ale na druhou stranu i velice náročné, je označováno, jako jedno z nejnáročnějších a nejrizikovějších. Všeobecná sestra je denně vystavována zátěži fyzické i psychické, ale navíc toto povolání představuje i určité ohrožení zdraví s řadou fyzikálních, chemických a biologických faktorů. Nadměrná zátěž se pak může odrážet nejen na pracovním výkonu, ale i na zdraví jedince a v neposlední řadě i v osobním životě. Na sestru jsou kladeny stále větší nároky. Už jen samotná zodpovědnost, soustředěnost, nutnost rychlého a správného rozhodování, příjemné a profesionální vystupování je velice stresující. Další zátěž představuje neustálou, ale velice nezbytnou manipulaci s pacienty, statické a dynamické zatížení celého pohybového aparátu, což přináší řadu zdravotních obtíží. Z chemické zátěže nelze opomenout kontakt s léky, dezinfekcemi, infekcemi a exkrementy. Častý styk se staršími, agresivními pacienty a opakované setkávání s utrpením, bolestí a smrtí má výrazný vliv na duševní zdraví. Žádná zátěž ať už fyzická nebo psychická nikdy neprobíhá izolovaně. Obě zátěže se prolínají a jedna druhou prohlubují. Každý jsme individuální, a proto zátěž pociťuje každý jinak. Empirická část práce byla realizována pomocí kvantitativní výzkumné metody, technikou dotazníku. Výzkumný soubor tvořilo 34 dotazovaných všeobecných sestry chirurgických oddělení z Fakultní nemocnici Brno a Nemocnici na Homolce. V rámci výzkumného šetření bylo stanoveno pět cílů. Hlavním cílem práce bylo zjistit, jak všeobecné sestry vnímají pracovní zátěž. Cíle byly v rámci šetření splněny. Ke zjištění psychické zátěže byl použit standardizovaný Meisterův dotazník, ke zjištění fyzické zátěže nestandardizovaný dotazník vlastní konstrukce. Z našich výsledků vyplývá, že minimálně 88 % dotazovaných pracovníků trpí nějakými zdravotními problémy, nejvíce se jedná o bolest zad, otoky dolních končetin a bolest hlavy. Nejvíce vnímanou fyzickou zátěží je polohování pacientů na lůžko a přesun pacientů z lůžka na lůžko. Na základě vyhodnocení Meisterova dotazníku jsme zjistili, že nejkritičtěji vnímanými psychickými vlivy je přetížení a stresová odezva. Závěrem lze konstatovat, že fyzická i psychická zátěž se ve zdravotnictví objevuje ve velké míře a všeobecná sestra se s ní setkává dnes a denně. Sestry by měly být více motivovány, mít lepší pracovní podmínky, dostatek pracovních pomůcek a pracovního personálu na směně a také být lépe finančně ohodnoceny. Sestra by si měla také uvědomit, že její zdraví je pro ni nejdůležitější a musí se o něj starat a chránit. Protože jen tak může poskytovat kvalitní a efektivní ošetrovatelskou péči.

6 Seznam literatury

BÁRTLOVÁ, S., HAVELKOVÁ, H. a K. JIČÍNSKÁ. 2008 *Role sestry specialistky*. Brno: NCO NZO. ISBN 978-80-7013-488-7.

BARTUŇKOVÁ, S. *Stres a jeho mechanismy*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2010. 137 s. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 978-80-246-1874-6.

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

BEDNÁR, R., MAJERÍKOVÁ, G., KULIŠIAKOVÁ, D. 2011 *Zásady správnej manipulácie s imobilným pacientom - škola chrbta pre sestry*. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*. 18(2), 69-77. ISSN 1211-2658.

BOUČEK, J. 2006 *Lékařská psychologie*. Vyd. 1. Olomouc: UP v Olomouci, 2006. 141 s. ISBN 80-244-1501-1.

DRGÁČOVÁ, J. *Psychická zátěž, její příčiny a projevy v pracovním prostředí*. [cit. 2018-03-18]. Dostupné na <http://www.bozpinfo.cz/psychicka-zatez-jeji-priciny-projevy-v-pracovnim-prostredi>).

FARKAŠOVÁ, D., ZÁVODNÁ, V., PADYŠÁKOVÁ, H. *Teoretické rámce ošetrovatelstva*. Vyd. 1. Brno: Tribun EU, 2014. 110 s. Knihovnicka.cz. ISBN 978-80-263-0771-6.

GUČKOVÁ, M. *Fyzická zátěž sester*. *Sestra* 2007, č. 6. Dostupné na <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/fyzicka-zatez-sester-309039>).

HERKUCZOVÁ, E. *Syndrom vyhoření – riziko ohrožující zdravotnické pracovníky*. *Sestra: odborný měsíčník pro zdravotní sestry*, 2008, roč. 18, č.12 s. 56-58. ISSN 12-10-0404.

JANÁČKOVÁ, L., WEISS, P. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008. 134 s. ISBN 978-80-7367-477-9.

JANÍKOVÁ, Eva a ZELENÍKOVÁ, Renáta. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 249 s. Sestra. ISBN 978-80-247-4412-4.

KAFKOVÁ, V. *Z historie ošetřovatelství*. 1. vyd. Brno: Inst. pro další vzděl. prac. ve zdrav., 1992. 185 s. ISBN 80-7013-123-3.

KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. 2003. Syndrom vyhoření: (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu). 2., rozš. a dopl. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav. ISBN 80 - 7071 - 231 – 7.

KLUSOŇOVÁ, E., PITNEROVÁ, J. Rehabilitační ošetřování klientů s těžkými poruchami hybnosti. Vyd. 3. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských oborů, 2014. 125 s. ISBN 978-80-7013-567-9.

KUTNOHORSKÁ, J. *Historie ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 206 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3224-4.

KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2004. 78 s. Sestra. ISBN 80-247-0784-5.

MIKŠOVÁ, Z., FROŇKOVÁ, M., ZAJÍČKOVÁ, M. 2006. *Kapitoly z ošetřovatelské péče II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 172 s. ISBN 80-247-1443-4.

MINIBERGEROVÁ, L., JIČÍNSKÁ, K. *Vybrané kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. 78 s. ISBN 978-80-7013-513-6.

Nařízení vlády č. 361/2007 Sb. kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví při práci. In: *361/2007 Sb.* 2007.

NEŠPOR, K. *Prevence profesionálního stresu a syndromu vyhoření*. Medicína pro praxi, 2007; r. 4, č. 9, s. 371–373. ISSN 1214-8687. Dostupné na https://www.medicinapropraxi.cz/artkey/med-200709-0010_Prevence_profesionalniho_stresu_a_syndromu_vyhoreni.php.

PLEVOVÁ, I. a kol. *Ošetřovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 223 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3558-0. ISBN 978-80-7013-488-7.

PLEVOVÁ, I. A KOL. 2012. MANAGEMENT V OŠETŘOVATELSTVÍ. 1. VYD. PRAHA: GRADA PUBLISHING A.S., 2012. 304 S. ISBN 978-80-247-3871-0.

PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. A KOL. 2011. ETIKA A KOMUNIKACE V MEDICÍNĚ. PRAHA: GRADA, 2011. 528 S. ISBN 978-80-247-3976-2.

Státní zdravotní ústav, Psychická pracovní zátěž [online]. Dostupné z <http://www.szu.cz/tema/pracovni-prostredi/psychicka-pracovni-zatez>.

ŠVÁBOVÁ, K. et al. *Pracovní lékařství pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Raabe, 2013. 154 s. Ediční řada pro VPL III. ISBN 978-80-87553-74-9.

TUČEK, M., CIKRT, M., PELCLOVÁ, D. *Pracovní lékařství pro praxi: příručka s doporučenými standardy*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005. 327 s. ISBN 80-247-0927-9.

VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 184 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3174-2.

Věstník 9/2004 Sb. Metodická opatření MZČR o koncepci ošetřovatelství. [online]. září 2004 [cit. 2012-10-15] dostupné na internetu: <http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vestnik_1881_1038_3.html >.

VÉVODA, J. a kol. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 160 s. ISBN: 978-80-247-4732-3.

VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V. *Právní minimum pro sestry: příručka pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 95 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3132-2.

VOMELA, Jindřich. *Chirurgie pro sestry. Část 1*. Vyd. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1998. 210 s. ISBN 80-7013-262-0.

Vyhláška č. 55/2011, ze dne 1. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: 55/2011. [cit. 2018-03-18]. Dostupné na: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>.

Vyhláška č. 432/2003Sb, ze dne 4. prosince 2003, která stanovuje podmínky pro zařazování prací do kategorií, limitní hodnoty ukazatelů biologických expozičních testů, podmínky odběru biologického materiálu pro provádění biologických expozičních testů a náležitostí hlášení prací s azbestem a biologickými činiteli. [cit. 2017-10-15] dostupné na: <http://www.bozpinfo.cz/kategorizace-praci-1>.

ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 278 s. Sestra. ISBN 978-80-247-4062-1.

Zákon č. 267/2015 Sb., ze dne 14. října 2015 o ochraně veřejného zdraví., ve znění pozdějších předpisů. [cit. 2017-10-18] dostupné na: https://www.mzcr.cz/legislativa/dokumenty/zakon-c267/2015-sb-kterym-se-meni-zakon-c258/2000-sb-o-ochrane-verejneho_10910_11.html.

Zákon č. 201/2017 Sb., ze dne 8. června 2017 o nelékařských zdravotnických povoláních, [cit. 2018-03-18]. Dostupné na https://www.mzcr.cz/obsah/registr-zdravotnickych-pracovniku_929_3.html [online].

VOLKO, Vladimír. Jak na test Chí-kvadrát v Excelu?. *Ing. Vladimír Volko* [online]. 2018 [cit. 2018-03-26]. Dostupné z: http://www.volko.cz/new/chikvadrat_v_excelu.php

VOJTOVÁ, Markéta. Chí-kvadrát (Test dobré shody). *VOŠ a SZŠ Hradec Králové* [online]. 2017 [cit. 2018-03-26]. Dostupné z: <http://www.zshk.cz/files/Ch%C3%AD-kvadr%C3%A1t.pdf>

HROUDOVÁ, Šárka. Fyzická a psychická zátěž u sester na jednotkách intenzivní péče. Praha, 2011. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze. Vedoucí práce Mgr. Iva Eislerová.

ŠKORPÍKOVÁ, Aneta. Psychická pracovní zátěž u všeobecných sester. Olomouc, 2014. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí práce Mgr. Zdeňka Mikšová, Ph.D.

KRUCINOVÁ, Petra. Psychická náročnost profese všeobecné sestry. Zlín, 2010. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí práce Mgr. Kateřina Šrahůlková, Ph.D.

NOVÁKOVÁ, Jana. Pracovní spokojenost a psychický stav zdravotních sester. Olomouc, 2010. Diplomová práce. Filozofická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci. Vedoucí práce Doc. PhDr. Zdeněk Vtípil, CSc.

PŘÍLOHA A

HODNOCENÍ PSYCHICKÉ ZÁTĚŽE PŘI PRÁCI

(MEISTERŮV DOTAZNÍK)

Vaším úkolem je u každé otázky zakroužkovat odpověď, která nejvíce vystihuje Vaše pocity při práci.

5 - ano, plně souhlasím

4 - spíše ano

3 - nevím, někdy ano, někdy ne

2 - spíše nesouhlasím

1 - ne, vůbec nesouhlasím

		ANO.....NE				
1.	Při práci se často dostávám do časové tísně.	5	4	3	2	1
2.	Práce mě neuspokojuje, chodím do ní nerad/a.	5	4	3	2	1
3.	Práce mě velmi psychicky zatěžuje pro vysokou zodpovědnost, spojenou se závažnými důsledky.	5	4	3	2	1

4.	Práce je málo zajímavá, duševně je spíše otupující.	5	4	3	2	1
5.	V práci mám časté konflikty a problémy, od nichž se nemohu odpoutat ani po skončení pracovní doby.	5	4	3	2	1
6.	Při práci udržuji jen s námahou pozornost, protože se po dlouhou dobu nic nového neděje.	5	4	3	2	1
7.	Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím nervozitu a rozechvělost.	5	4	3	2	1
8.	Po několika hodinách mám práce natolik dost, že bych chtěl/a dělat něco jiného.	5	4	3	2	1
9.	Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím únavu a ochablost.	5	4	3	2	1
10.	Práce je psychicky tak náročná, že ji nelze dělat po léta se stejnou výkonností.	5	4	3	2	1

Použití dotazníku

Meisterův dotazník slouží k hodnocení vlivů pracovní činnosti na psychiku pracovníků. Jedná se o orientační vyšetření psychické zátěže při práci. Dotazník byl převzat od autora

W.Meistera z Zentralinstitutu für Arbeitsmedizin v Berlíně (NDR) a ověřován v letech 1976 - 1984 hygienickou službou.

Administrace

Dotazník administruje zaškolený pracovník, lze jej zadávat skupinově i individuálně.

Instrukce je uvedena v záhlaví záznamového archu.

Vyhodnocení dotazníku

6.1 Vyhodnocení výsledků lze provést dvojím způsobem: podle faktorů a podle jednotlivých položek.

Vyhodnocení podle faktorů

Faktorovou analýzou byly stanoveny tři faktory: I. - přetížení, II. - jednostrannost (monotonie), III. - nespécifický faktor (stresová odezva). Jednotlivé faktory jsou syceny příslušnými položkami (otázkami).

Faktor	Název faktoru	Součet položek	Maximum
I.	Přetížení	1 + 3 + 5	15
II.	Monotonie	2 + 4 + 6	15
III.	Nespécifický faktor	7 + 8 + 9 + 10	20
HS	Hrubý skór	I. + II. + III.	50

Při hodnocení jednotlivce je třeba vypočítat hodnoty všech tří sledovaných faktorů a hrubého skóru.

Pro skupinové hodnocení použijeme aritmetické průměry sledovaných faktorů a rovněž hrubého skóru.

V následující tabulce č.1 jsou uvedeny aritmetické průměry a kritické hodnoty, které byly získány a zpracovány hygienickou službou pro muže a ženy v české populaci. Překročení uvedených kritických hodnot pak indikuje nadměrnou zátěž v dané oblasti.

Tab.č.1 Aritmetické průměry, směrodatné odchylky a kritické hodnoty pro ženy (n = 867) a muže (n = 660)

		Ženy			Muži		
Faktor	Název faktoru	\bar{x}	s.d.	Krit.h.	\bar{x}	s.d.	Krit.h.
I.	Přetížení	8,4	3,2	10	10,6	3,0	12
II.	Monotonie	7,6	3,0	9	6,4	3,2	8
III.	Nespecifický faktor	11,7	4,4	14	10,3	4,1	12
HS	Hrubý skór	25,0	8,1	29	22,9	6,4	26

Poznámka: Krit.h.. kritické hodnoty reprezentují $x + 0.5$ sigma

\bar{x} = aritmetický průměr

s.d. = směrodatná odchylka

Vyhodnocení podle jednotlivých položek

Při hodnocení zatěžujících faktorů se vychází z překročení kritických hodnot mediánu (tab.č.2). V těch položkách, kde zjištěný medián překračuje kritickou hodnotu, je práce hodnocena negativně a naopak, v položkách, v nichž medián nedosahuje kritickou hodnotu, kladně.

Tab.č.2. Kritické hodnoty mediánů

Číslo položky	Otázka (zkráceně)	Kritická hodnota mediánu	Začlenění do faktoru
1.	Časová tíseň	3,0	I.
2.	Malé uspokojení	2,5	II.
3.	Vysoká odpovědnost	3,0	I.
4.	Otupující práce	2,5	II.
5.	Problémy a konflikty	2,5	I.
6.	Monotonie	2,5	II.
7.	Nervozita	3,0	III.
8.	Přesycení	3,0	III.
9.	Únava	3,0	III.
10.	Dlouhodobá únosnost	2,5	III.

Klasifikace zátěže

Klasifikace psychické zátěže se provádí ve třech stupních. Význam jednotlivých stupňů (1,2,3) při klasifikaci psychické zátěže uvádí tab.č.3.

Metoda

Pro zařazení do stupně zátěže celé skupiny je třeba vycházet z faktorových skóre. Hodnocení se provede následujícím způsobem: sečtou se mediány (střední hodnoty) pro jednotlivé faktory (pro faktor I. sečteme otázky č.1+3+5, pro faktor II. č.2+4+6, pro faktor III. č.7+8+9+10). Po sečtení mohou nastat 3 případy:

1. faktor I. má nejméně o 2 body vyšší součet středních hodnot než faktor II. - při této variantě k němu přičteme součet středních hodnot faktoru III., tedy I.+III. Podle tabulky se pak vyhodnotí stupeň a k tomu odpovídající zátěžová tendence.

Jestliže je součet:	Stupeň	Zátěžová tendence
7 – 19	1	

20 – 24	2	k přetížení
25 – 35	3	k přetížení

2. má-li faktor II. nejméně o 2 body vyšší součet středních hodnot než faktor I., pak se sečte součet středních hodnot II.+III. Podle tabulky se opět určí výsledný stupeň a odpovídající zátěžová tendence.

Jestliže je součet:	Stupeň	Zátěžová tendence
7 – 21	1	
22 – 26	2	k monotonii (jednostrannosti, podtížení)
27 – 35	3	k monotonii (jednostrannosti, podtížení)

3. bude-li rozdíl mezi faktory I. a II. menší než 2 body, pak se sečtou součty středních hodnot všech faktorů dohromady, tj. I.+II.+III. Podle tabulky se určí stupeň, resp. odpovídající zátěžová tendence.

Jestliže je součet:			Stupeň	Zátěžová tendence
10	-	26	1	
27	-	32	2	kombinace obou (tj. přetížení i jednostrannosti)
33	-	50	3	kombinace obou (tj. přetížení i jednostrannosti)

Poznámka: je velice snadné vytvořit k tomuto hodnocení počítačový program.

Konečné zařazení

Tab.č.3 Klasifikace psychické zátěže

1	Psychická zátěž, při které není pravděpodobné ovlivnění zdraví, subjektivního stavu a výkonnosti (přitom je nutno odhlédnout od náhodných situačně podmíněných výkyvů v průběhu pracovní směny).
---	--

2	Psychická zátěž, při které může docházet pravidelně k dočasným ovlivněním subjektivního stavu, resp. výkonnosti.

3	Psychická zátěž, při níž nelze vyloučit zdravotní rizika.
---	---

HODNOCENÍ FYZICKÉ ZÁTĚŽE PŘI PRÁCI

Vážené kolegyně/Vážení kolegové,

dovoluji si Vás požádat o spolupráci provést dotazníkové šetření.

Jsem studentkou Vysoké školy zdravotnické o.p.s. v Praze a píši bakalářskou práci s názvem „Pracovní zátěž sester na chirurgickém oddělení“.

Dotazník je zcela anonymní, obsahuje celkem sedmáct otázek. Cílem dotazníku je získat cennou zpětnou vazbu o vnímání pracovní zátěži všeobecných sester pracujících na chirurgických odděleních. Získaná data budou statisticky zpracována. Uvedené údaje a výsledky průzkumu budou použity pouze pro účely mé bakalářské práce. Pokud budete mít zájem o výsledky průzkumu, pošlete požadavek na e-mail :

Vášim úkolem je u každé otázky označit odpověď, která nejvíce vystihuje Vaše pocity při práci.

1. Vaše pohlaví:

- a) žena
- b) muž

2. Váš věk:

- a) 20–29 let
- b) 30-39 let
- c) 40-49 let
- d) 50- 59 let
- e) nad 60 let

3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) střední zdravotnická škola
- b) vyšší odborná zdravotnická škola
- c) vysoká škola

4. Jaká je délka Vaší praxe?

- a) do 5 let
- b) 5-9 let
- c) 10-14 let
- d) 15-19 let
- e) nad 20 let

5. V jakých pracovních směnách nejčastěji pracujete?

- a) dvousměnný provoz - nepřetržitý

b) třísměnný provoz- nepřetržitý

6. O kolik pacientů během směny nejčastěji pečujete?

- a) 1 - 5
- b) 6 - 15
- c) 16 – 25
- d) 26 a více

7. U jednotlivých položek označte míru zátěže? označte na šále 1-5 jako ve škole, 1=nejmenší zátěž, 5=nejvyšší zátěž)

a) Přenášení břemen	1	2	3	4	5
b) Mnoho nachozených kroků při pohybu po oddělení	1	2	3	4	5
c) polohování pacientů	1	2	3	4	5
d) přesun pacientů z lůžka na lůžko (na křeslo)	1	2	3	4	5
e) Která z přechozích uvedených zátěží je pro Vás ta nejvyšší	7a	7b	7c	7d	

8. Které problémy se u Vás vyskytují po pracovní směně (možnost více odpovědí)

- a) bolest chodidel ANO-NE
- b) bolest lýtek ANO-NE
- c) bolest zad ANO-NE
- d) otoky dolních končetin ANO-NE
- e) bolest horních končetin ANO-NE
- f) varixy dolních končetin ANO-NE
- h) bolesti hlavy ANO-NE
- i) bolesti břicha ANO-NE

9. Pomůcky pro manipulaci s pacienty využíváte?

- a) u všech pacientů
- b) pouze u pacientů nad 30 BMI
- e) nevyužíváme

10. Které pomůcky používáte častěji při manipulaci s pacientem?

- a) zvedák ANO-NE
- b) pojízdná traverza ANO-NE
- c) polohovací podložka ANO-NE
- d) páteřní deska ANO-NE
- e) polohovací lůžko ANO-NE

11. Spolupracujete se sestrou nebo s ostatním zdravotnickým personálem při manipulaci s pacientem

- a) ano, vždy
- b) ano, občas
- c) jen výjimečně

d) nikdy

12. Jak se cítíte z fyzického hlediska po absolvování směny?

- a) výborně
- b) velmi dobře
- c) dobře
- d) unaveně
- e) velmi unaveně

13. Jakým způsobem relaxujete po absolvování služby? (možnost více odpovědí)

- a) nerelaxuji vůbec ANO-NE
- b) sportem ANO-NE
- c) spánkem ANO-NE
- d) s přáteli a rodinou ANO-NE
- e) četbou ANO-NE
- f) nákupy ANO-NE
- g) alkohol ANO-NE
- h, kouření ANO-NE
- ch) jiné ... ANO-NE

14. Kolik tekutin vypijete za směnu?

- a) do 0,5 l
- b) do 1 l
- c) do 1,5-2
- d) do 2,5
- e) více než 2,5 l

15. Stravujete se během směny:

- a) pravidelně
- b) nepravidelně

16. Máte možnost využívat od zaměstnavatele nějaké „bonusy“ v péči o své zdraví?

- a) ne, vůbec nenabízí bonusy
- b) občas a nepravidelně
- c) ano, pravidelně

17. Jaké výhody Vám zaměstnavatel poskytuje navíc? (možnost více odpovědí)

- a) poukázky na kosmetiku ANO-NE
- b) poukázky na cvičení ANO-NE
- c) poukázky na rehabilitace ANO-NE

Děkuji za vyplnění dotazníku!

Zpracovala: Grossmannová Denisa, studentka Vysoké školy zdravotnické v Praze

PŘÍLOHA C

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



**PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ
PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku,
který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	DEJSA GROSSMANOVÁ	
Studijní obor	VŠEOBECNÁ SESTRA	Ročník 3
Téma práce	PRACOVNÍ ZATĚŽI SESTER NA CHIRURGICKÉM ODDĚLENÍ	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO JHLAUSKA 20, 625 00, BRNO	
Jméno vedoucího práce	Mgr. EVA MARCOVA Ph.D.	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input checked="" type="checkbox"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input type="checkbox"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	

V 16-03-2018 v Brně dne

podpis studenta

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



**PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ
PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku,
který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	DENISA GRUSSMANNOVÁ	
Studijní obor	VŠEOBECNÁ SESTRA	Ročník 3.
Téma práce	"PRACOVNÍ ZÁTĚŽ SESTER NA CHIRURGICKÉM ODDELENÍ"	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	NESTOČNICE NA HOTOVCE ROENTGENOVA 2, 150 30 PRAHA 5	
Jméno vedoucího práce	Mgr. EVA MARHOVÁ Ph.D.	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	Podpis
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	Podpis

v. PRAZE dne 5.2.2018

Podpis studenta



Pracovní zátěž sester na chirurgickém oddělení

Klíčová slova: chirurgie, chirurgické oddělení, všeobecná stres, pracovní zátěž, ošetřovatelství

Rešerše č. 31/2018

Bibliografický soupis

Počet záznamů:	celkem 37 záznamů (kvalifikační práce – 5, monografie – 15, ostatní – 17)
Časové omezení:	2008 - současnost
Jazykové vymezení:	čeština
Druh literatury:	knihy, články a příspěvky ve sborníku
Datum:	22. 1. 2018

Základní prameny:

- katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz)
- Jednotná informační brána (www.jib.cz)
- Souborný katalog ČR (<http://sigma.nkp.cz>)
- Online katalog NCO NZO
- volný internet

