

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2019

Tereza Kratochvílová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Vliv práce perioperační sestry na její psychosociální zdraví

Tereza Kratochvílová

Diplomová práce

2019

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2017/2018

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Tereza Kratochvílová**
Osobní číslo: **Z17232**
Studijní program: **N5345 Specializace ve zdravotnictví**
Studijní obor: **Perioperační péče**
Název tématu: **Vliv práce perioperační sestry na její psychosociální zdraví**
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

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

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 50 stran

Forma zpracování diplomové práce: tištěná/elektronická

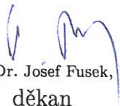
Seznam odborné literatury:

1. JEDLIČKOVÁ, Jaroslava a kol. Ošetřovatelská perioperační péče. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. ISBN 978-80-7013-543-3.
2. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Sestra a stres. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN 978-80-247-3149-0.
3. PAULÍK, Karel. Psychologie lidské odolnosti. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN 978-80-247-2959-6.
4. VENGLÁŘOVÁ, Martina, Ludmila MYŠÁKOVÁ, Gabriela MAHROVÁ a Marek LAŠTOVICA. Sestry v nouzi - syndrom vyhoření, mobbing, bossing. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3174-2.
5. VÉVODA, Jiří, Kateřina IVANOVÁ, Marie NAKLÁDALOVÁ, Sylva BÁRTLOVÁ, Naděžda ŠPATĚNKOVÁ a Eva PROŠKOVÁ. Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013. ISBN 978-80-247-4732-3.

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Věra Záhorová, Ph.D.
Katedra klinických oborů

Datum zadání diplomové práce: 1. prosince 2017

Termín odevzdání diplomové práce: 2. května 2019


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Hóráčková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 13. března 2019

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 29.4.2019

Tereza Kratochvílová

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala Věře Záhorové, Ph.D. za její čas, ochotu, trpělivost a cenné rady při vedení této diplomové práce. Dále děkuji všem respondentům, kteří mi pomohli získat potřebné informace. Velké poděkování patří mé rodině za všechnu podporu a pomoc nejen při zpracování diplomové práce, ale i po celou dobu mého studia.

ANOTACE

Diplomová práce je zaměřena na problematiku vlivu práce na operačním sále na psychosociální zdraví perioperačních sester.

Teoretická část zahrnuje poznatky o faktorech ovlivňujících psychosociální zdraví, popisuje stres, syndrom vyhoření a seznamuje s možnostmi péče o psychosociální zdraví.

Výzkumná část prezentuje data získaná prostřednictvím dotazníkového šetření, které je tvořeno třemi částmi. První část představuje dotazník vlastní tvorby, druhý úsek tvoří Meisterův dotazník, který hodnotí vliv pracovní zátěže na psychiku perioperační sestry. Třetí část tvoří standardizovaný dotazník Maslach Burnout Inventory, který slouží k zjištění míry syndromu vyhoření. Výsledná data jsou prezentována pomocí tabulek a grafů, ve kterých je posouzen vliv práce perioperační sestry na její psychosociální zdraví. Výstupem z diplomové práce je informační materiál pro perioperační sestry.

KLÍČOVÁ SLOVA

sestra pro perioperační péči, pracovní zátěž, psychosociální zdraví, stres, syndrom vyhoření

TITLE

Work factors and its effects on perioperative nursing staff members' psychosocial health.

ANNOTATION

This thesis is focused on the influence of work in the operating room on perioperative nurses' mental and social health.

The theoretical part includes findings on factors affecting mental health, describes stress, burnout syndrome, and introduces psychosocial and mental health care options.

The research part presents data obtained through a questionnaire survey consisting of three parts. The first part is my own questionnaire, the second part is Meister's questionnaire which evaluates the influence of the workload on perioperative nurse's mental health. The third part

is a Maslach Burnout Inventory standardized questionnaire which measures the rate of burnout syndrome. The resulting values and data are presented using tables and graphs, which enables to clearly assess the influence of perioperative nurse's work on their mental and social health. The final result of the thesis is informative material for perioperative nurses.

KEYWORDS

Perioperative nurse, workload, mental and social health, stress, burnout syndrome

OBSAH

ÚVOD.....	13
1 CÍLE PRÁCE.....	15
2 TEORETICKÁ ČÁST	16
2.1 Sestra pro perioperační péči.....	16
2.1.1 Osobnostní charakter a citové prožívání.....	16
2.2 Faktory ovlivňující psychosociální zdraví perioperační sestry.....	17
2.2.1 Psychická zátěž	18
2.2.2 Fyzická zátěž.....	19
2.2.3 Časový stres	19
2.2.4 Velká zodpovědnost za následky své práce.....	20
2.2.5 Vztahy a kolektiv na operačním sále	20
2.2.6 Nepravidelné stravování	21
2.2.7 Narušení spánkového rytmu při práci ve směnách	21
2.2.8 Fyzikální vlivy	23
2.3 Stres	24
2.3.1 Teorie stresu.....	24
2.3.2 Stresory	25
2.3.3 Příznaky stresu.....	26
2.3.4 Strategie zvládnání stresu	26
2.4 Syndrom vyhoření	27
2.4.1 Protektivní faktory syndromu vyhoření.....	28
2.4.2 Rizikové faktory syndromu vyhoření	28

2.4.3	Příznaky syndromu vyhoření	29
2.4.4	Diagnostika syndromu vyhoření	29
2.5	Péče o psychosociální zdraví	30
2.5.1	System psychosociální intervenční služby	30
2.5.2	Supervize	31
2.5.3	Duševní hygiena	32
2.5.4	Relaxace.....	32
3	VÝZKUMNÁ ČÁST.....	35
3.1	Výzkumné otázky	35
3.2	Hypotézy	36
3.3	Metodika výzkumu	36
3.4	Prezentace výsledků.....	43
3.4.1	Ohrožení syndromem vyhoření podle MBI v závislosti na délce praxe.....	53
3.4.2	Porovnávání psychické zátěže podle Meisterova dotazníku na COS a na OS	56
4	DISKUZE	60
5	ZÁVĚR	67
6	POUŽITÁ LITERATURA	69
7	PŘÍLOHY	78

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Graf četnosti psychické náročnosti práce.....	43
Obrázek 2 Graf četnosti obtíží.....	46
Obrázek 3 Graf četnosti dostatku volného času.....	48
Obrázek 4 Graf četnosti způsobů předcházení stresu.....	49
Obrázek 5 Graf četnosti povědomí o psychosociální intervenční péči.....	50
Obrázek 6 Graf četnosti povědomí o peer a smyslu jeho práce.....	51
Obrázek 7 Graf vyhodnocení podle faktorů na COS.....	56
Obrázek 8 Graf vyhodnocení podle faktorů na OS.....	57

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Kritické hodnoty mediánů	38
Tabulka 2 Faktory pracovní zátěže	38
Tabulka 3 Aritmetické průměry, směrodatné odchylky a kritické hodnoty pro ženy	39
Tabulka 4 Faktorová analýza – přetížení	39
Tabulka 5 Faktorová analýza – monotonie	40
Tabulka 6 Faktorová analýza – kombinace	40
Tabulka 7 Klasifikace psychické zátěže	40
Tabulka 8 Úroveň vyhoření u MBI	42
Tabulka 9 Četnost nejvíce psychicky náročných situací na pracovišti	44
Tabulka 10 Četnost negativních faktorů ovlivňující psychosociální zdraví	45
Tabulka 11 Četnost myšlení na práci ve chvílích volna	47
Tabulka 12 Četnost délky praxe na operačním sále	52
Tabulka 13 MBI v závislosti na délce praxe	53
Tabulka 14 Hodnoty mediánu na COS a OS	58
Tabulka 15 Přehled hodnot mediánů pro jednotlivé faktory na COS a OS	58

SEZNAM ZKRATEK

BM	Burnout Measure
CISM	Critical Incident Stress Management
COS	centrální operační sály
ČAS	Česká asociace sester
ČR	Česká republika
DP	depersonalizace
EE	emocionální vyčerpání
OS	oborové sály
MBI	Maslach Burnout Inventory
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NCONZO	Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
NREM	non rapid eye movement
PA	stupeň osobního uspokojení
REM	rapid eye movement
SPIS	Systém psychosociální intervenční služby

ÚVOD

Při zpracování diplomové práce jsem se zaměřila na problematiku psychické zátěže a psychosociálních rizik u perioperačních sester. Jeden z důvodů byl ten, že oblast psychosociálního zdraví je mi blízká, neboť při své práci pocítuji stres a pozoruji ho také u svých spolupracovnic, a to zejména v krizových situacích a za vypjatých podmínek. Rozhodnutí pod časovým tlakem, velká zodpovědnost, hrozba selhání, které může být důsledkem ohrožení zdraví a života pacienta. To jsou atributy, se kterými bývají sestry pracující na operačním sále dennodenně konfrontovány. Dalším podnětem výběru tématu je aktuálnost hrozby syndromu vyhoření, pramenící z dnešní velmi uspěchané doby, kdy lidé neumějí zvolnit své pracovní nasazení a nedokáží relaxovat.

Práce na operačním sále je sama o sobě náročná, jak na odbornou přípravu, tak na psychickou a fyzickou kondici. Negativní dopady této činnosti mohou vyvolat stres a působit nepřiměřenou zátěž v oblasti psychiky i tělesného zdraví. V práci perioperační sestry se může jednat o události, které nelze ovlivnit či negativní myšlenky, že něco může zle skončit. Dále to mohou být sociální faktory, které mají dopad na duševní pohodu a vyváženost, jako jsou nedořešené osobní vztahy, neefektivní komunikace a organizace práce nebo nedostatečná profesní perspektiva. Také to může být nejistota a špatně řízené organizační změny, nedostatečná podpora ze strany kolegů a vedení, rozporuplné požadavky a rozhodnutí, které nelze ovlivnit. Velký vliv mohou mít i nesplněná očekávání, vysoké pracovní zatížení či nadměrná odpovědnost za svou práci. Stresorem může být nedostatek tekutin či potravy. Mezi fyzické stresory v perioperační péči určitě patří prudké světlo, nadměrný hluk, nerespektování biologických rytmů nebo přetěžování páteře.

Všechny faktory, jež lze obecně řadit mezi stresory, silně ovlivňují fyziologické i psychologické funkce. Nadmíra psychického zatížení může mít značný dopad nejen na zdraví jedince, ale za určitých podmínek i na chod organizací a hospodářství jednotlivých států. Nefungují-li jednotlivé články systému, nemůže fungovat bezchybně ani celý systém.

Podobně jako mnoho jiných záležitostí v oblasti duševního zdraví je stres často stigmatizován a špatně vnímán. Avšak jsou-li stres a psychosociální rizika chápány jako problém celé organizace, a nikoliv pouze jako selhání jednotlivce, lze je zvládat jako jakékoliv ohrožení v oblasti ochrany zdraví a bezpečnosti na pracovišti. Při stresu se aktivují obranné mechanismy,

které umožňují krátkodobé „přežití“ ohroženého organismu, tedy i nás. U dlouhodobého působení ovšem rezervy přestávají fungovat, neboť jsou vyčerpány, a organismus zkolabuje.

Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část zahrnuje seznámení s náplní práce, denními aktivitami perioperační sestry a významu jejího charakteru při působení psychické zátěže. Dále je uveden teoretický přehled faktorů, které ovlivňují psychosociální zdraví sester na operačním sále. Teoretická část se také zabývá projevy stresu a syndromem vyhoření. Kapitola psychosociální zdraví je věnována především psychosociální intervenční službě a pro zdraví velmi důležité – duševní hygieně a relaxaci. Ve výzkumné části je uveden metodologický postup, analýza zjištěných výsledných dat a závěrečná diskuze. Výsledky kvantitativního výzkumu byly získány za pomoci dotazníku vlastní tvorby a dotazníků standardizovaných podle Meistera a Maslach Burnout Inventory. Výstupem diplomové práce je informační materiál pro perioperační sestry o psychosociální intervenční službě v daném zdravotnickém zařízení.

Motivací pro podrobné studium této problematiky je také skutečnost, že přáním každého pacienta je, aby sestra během jeho pobytu na operačním sále byla v psychické pohodě, vyrovnaná, odpočatá a bez známek stresu.

1 CÍLE PRÁCE

Cílem mé diplomové práce je přispět k pochopení psychické zátěže a stresu a objasnit mechanismus jejich vzniku a dopadu na práci perioperačních sester. Chceme-li se psychické zátěži vyhnout, nebo eliminovat její působení, musíme nejprve tuto zátěž umět rozpoznat a diagnostikovat. V rovině teoretické tedy budu pracovat s cílem č. 1.

Cíl 1. Vytvořit přehled základních faktorů, které ovlivňují psychosociální zdraví perioperačních sester.

V rovině praktické se zaměřím na výzkum konkrétních podmínek a faktorů psychické zátěže spjatých s prací perioperační sestry. Pokusím se formou dotazníkového šetření popsat situaci na pracovišti operačních sálů, zjistit, jak práce na operačním sále ovlivňuje zdraví sester a uvést jaké intervenční programy a služby jsou k dispozici v daném zdravotnickém zařízení.

Cíl 2. Zjistit, které faktory ovlivňující psychosociální zdraví se nejvíce projevují v práci perioperační sestry.

Cíl 3. Zjistit, jaký vliv má práce perioperační sestry na její psychosociální zdraví.

Cíl 4. Vytvořit informační materiál pro perioperační sestry o Systému psychosociální intervenční služby v daném zdravotnickém zařízení.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Sestra pro perioperační péči

Perioperační sestra je nelékařský zdravotnický pracovník a specializovanou způsobilost získává studiem specializačního vzdělávání v oboru perioperační péče, a to podle nařízení vlády č. 164/2018 Sb. (Nařízení vlády č. 164/2018 Sb.). Vyhláška č. 391/2017 Sb. popisuje činnosti zdravotnických a jiných odborných pracovníků, stanovuje i kompetence perioperačních sester. Podle § 54 sestra pro perioperační péči vykonává činnosti před, v průběhu a bezprostředně po operaci, zejména instrumentuje při operačních výkonech. Dále připravuje instrumentárium a zdravotnické prostředky k operačnímu zákroku, provádí dezinfekční a sterilizační postupy, vykonává antisepsi a zarouškování operačního pole. Na základě indikace lékaře může zajišťovat polohu a fixaci pacienta na operačním stole a asistovat při méně náročných operacích (Vyhláška č. 391/2017 Sb.).

Sestra na operačním sále je vysoce specializovaný odborník a z této pozice plyne mnoho závazků, ale samozřejmě i práv. Vysoká odpovědnost vložená do rukou sestry specialistky si žádá maximální důraz na vlastnosti, jako jsou emoční stabilita, trpělivost, pečlivost, spolehlivost a schopnost improvizovat (Wichsová a kol., 2013, s. 48). Na operačním sále často dochází ke značně vypjatým stresovým situacím na základě charakteru práce, mezilidských vztahů, fyzické zátěže i ekonomických vlivů. Podpořit kvalitní týmovou spolupráci může perioperační sestra tím, že se bude zajímat a vzdělávat v oblasti nových informacích o technologických zdravotnických prostředcích. Zároveň bude podporovat kolektiv včetně vyjadřování vzájemné úcty, slušnosti a poctivosti v jednání v týmu a bude aktivně pečovat o své duševní zdraví (Kordulová, 2016, s. 242).

2.1.1 Osobnostní charakter a citové prožívání

Každý člověk je neopakovatelnou, jedinečnou osobností a má svůj vlastní individuální vzorec chování, který je ovlivněn psychickými vlastnostmi a charakteristikami vypěstovanými u jedince v průběhu jeho mládí a dospívání, kdy se formuje osobnost. Jsou lidé s různým charakterem, temperamentem, fyzickými i duševními předpoklady. Nejrůznější vnější a vnitřní vlivy působí na každého člověka odlišně (Bilavčíková a kol., 2010, s. 26). Významným pojmem

ve zvládnání psychické zátěže je resilience. Představuje, jak odolný je člověk v těžkých situacích, jaká je jeho nezdolnost a vyjadřuje schopnost rychle se vzpamatovat ze zátěžové situace. Podstatná je i osobní zdatnost, která se vyznačuje představou člověka o tom, co je schopen zvládnout. Dále osobní tvrdost, naučený optimismus a svou roli zde hraje i smysl pro humor (Křivohlavý, 2009, s. 32-33).

Psychosomatické onemocnění a syndrom vyhoření hrozí více lidem, kteří bývají obvykle přehnaně zodpovědní, velmi ctižádostiví a často se u nich objeví přepracování (Pešek a kol., 2016, s. 30). Takové osoby jsou idealistické, perfekcionistické a od sebe i od druhých očekávají příliš mnoho (Minirth a kol., 2011, s. 13). Zvládnání psychického napětí pomáhá sestře nacházet správnou rovnováhu mezi energií na jedné straně a příznaky nadměrného stresu, jako únava nebo pocit neadekvátnosti při plnění rolí, na straně druhé. Tento druh rovnováhy je u každého člověka individuální a způsob jeho získávání a udržení představuje proces učení. Z toho důvodu je třeba, aby se sestra naučila určit vlastní východiska stresu, identifikovat stresory a příznaky stresu, a to proto, aby získala zručnost a schopnost zvládat psychickou zátěž (Komačeková, 2012).

2.2 Faktory ovlivňující psychosociální zdraví perioperační sestry

V zaměstnání jsou sestry mnohdy vystaveny nepříznivým faktorům práce a pracovního prostředí, se kterými se ve všedním životě nesetkají. Obecně lze považovat práci ve zdravotnictví za nepostradatelnou, zajímavou, ale i velice náročnou a rizikovou. Zdravotničtí pracovníci musí čelit vlivu kombinace různorodých faktorů, které hrají významnou roli v jejich zdraví. Psychosociální zdraví ovlivňují především faktory, jako je nedostatek odpočinku, směnný provoz, fyzicky a psychicky náročná práce, časový stres, ale i biologické, chemické a fyzikální činitele (Petrovová, 2017, s. 28). K významným faktorům ovlivňující práci na operačním sále je také sociální stres, kdy je k jeho řešení zapotřebí, aby perioperační sestra použila vysokou míru komunikačních dovedností. Jejím úkolem je odvádět stres operátora při emočně vypjatých chvílích, ale ne každá perioperační sestra je dostatečně psychicky odolná pro splnění této úlohy (Židková, 2010, s. 40).

Podhodnoceným faktorem, který může ubírat z psychických rezerv, je dojíždění do zaměstnání. Čas strávený jízdou do práce lze z pohledu fyziologické odezvy započíst k pracovní době (Stock, 2010, s. 16). Možnost jízdy na kole nebo pěší chůze přispívá ke zlepšení kondice, avšak ne vždy existují kvalitní podmínky v dané lokalitě. Stres při jízdě autem, zpoždění prostředků

hromadné dopravy a tedy celkově pobyt v uzavřeném prostředí, kde nelze ovlivnit situaci na silnici, to jsou vše typické stresory, které mohou přispívat k civilizačním onemocněním (Židková, 2010, s. 41).

2.2.1 Psychická zátěž

Na psychiku člověka působí vliv psychické zátěže, která je daná druhem práce a pracovního prostředí, ve kterém člověk žije. Psychická zátěž je faktorem působící na organismus a vyžaduje psychickou aktivitu, psychické zpracování a vyrovnávání se s požadavky a vlivy životního prostředí (Balková a kol., 2015, s. 31). Povolání perioperační sestry bylo, je a bude vždy nejen fyzicky náročné, ale především s sebou nese velkou psychickou zátěž, která vyplývá ze samotné podstaty této profese (Komačková, 2012). Psychická zátěž na operačním sále zahrnuje stálou pozornost a sledování operačního výkonu, nároky na paměť, samostatné rozhodování, odpovědnost za výsledky, pružné reakce na požadavky lékaře nebo také respektování určitých zásad a pravidel (Kurucová, 2016, s. 22).

Psychickou zátěž lze rozdělit na zátěž sensorickou, mentální a emocionální. Sensorická vyplývá z požadavků na činnost periferních smyslových orgánů, mentální zase z požadavků na zpracování informací kladoucí nároky na psychické funkce. Emocionální psychická zátěž plyne z požadavků vyvolávající afektivní odezvu (Balková a kol., 2015, s. 31). Posuzování psychické pracovní zátěže je možné provádět pomocí metod založených na subjektivní odpovědi organismu, psychofyziologickými metodami specializovanými na zjišťování fyziologické odezvy, psychologickými výkonovými testy, popřípadě biochemickými technikami, které spočívají ve zjišťování změn ve vylučování nadledvinkových a hypofyzárních hormonů (Vévoda a kol, 2013, s. 88).

Míru subjektivně prožívané psychické zátěže je možné rozdělit do čtyř kategorií. První z nich je běžná zátěž, kterou představuje život v obvyklých, osvojených kontextech života. Druhá úroveň je optimální zátěž, která stimuluje a podmiňuje psychický rozvoj osobnosti. Třetí stupeň je hraniční zátěž, která už představuje nároky, s nimiž se člověk vyrovnává s mimořádným vypětím psychických sil (Pelcák, 2015, s. 11). Čtvrtý stupeň zátěže představuje extrémní psychická zátěž, která se objevuje tehdy, když je obrovská nerovnováha mezi nároky vnějšího prostředí a možnostmi, potřebnými na jejich zvládnutí. Nesoulad je tak velký, že není v silách jedince vyvinout protiklad a aktivně vzdorovat. Přetrvávající zátěž vede k narušení vztahů se společenským prostředím (Balková a kol., 2015, s. 32).

2.2.2 Fyzická zátěž

S nadměrnou fyzickou zátěží v perioperační péči souvisí zejména statická pracovní poloha. Jedná se především o trvalý stoj, hluboký předklon a otáčení trupu (Petrovová, 2017, s. 29). Perioperační sestry by měly dbát na správné otáčení těla, neměly by rotovat v pase, ale otáčet se celým tělem. Důležité je i správné zvedání břemen, které by měla perioperační sestra zvedat z dřepu, s rovnými zády a s břemenem co nejbližší u těla. Pokud instrumentářky pociťují bolest zad, a to například při dlouhodobém stání, Hettnerová doporučuje změnit statický postoj na dynamický. Mohou tak učinit přenášením váhy z jedné nohy na druhou, prodýcháním se, mírnou oporou o stůl či stojem na špičkách (Hettnerová, 2016, s. 42). Při opakovaných pohybech především horními končetinami, nastává dlouhodobá, nadměrná a jednostranná zátěž stále stejných svalů a přilehlého kloubního systému. Může docházet k rozvoji onemocnění svalů, šlach, kloubů, kostí, nervů a tíhových váčků (Petrovová, 2017, s. 29).

Tělesná a psychická únava spolu úzce souvisí, jestliže působí dohromady, mohou zvyšovat účinky stresu a pocity psychického vyčerpání (Žídková, 2010, s. 40). Vyčerpaný zdravotník může být také nebezpečný zdravotník, jelikož narůstá riziko jeho pochybení. Právní předpisy udávají povinnou přestávku po 6 hodinách nepřetržité práce, aby si perioperační sestra mohla odpočinout a až pak pokračovat ve své práci bezpečně. Bohužel to v řadě případů z provozních důvodů není reálné (Di Cara a kol., 2014, s. 35).

2.2.3 Časový stres

Sestra na operačním sále, která svými teoretickými znalostmi a praktickými dovednostmi zajišťuje plynulý průběh operačního výkonu, má v operačním týmu své nezastupitelné místo. Dennodenně je vystavována psychické zátěži, která může vycházet mimo jiné i z nedostatku času na řešení svých pracovních úkolů (Longauerová a kol., 2012). Měla by být především pohotová a bystrá, očekává se od ní rychlé, bezchybné a přesné plnění pokynů a úkolů od operátora (Balková a kol., 2012). Na operačním sále je často nutné se vypořádat s náhlou závažnou situací v časové tísní, s vědomím následků vážného i nesprávného rozhodnutí pro pacienta (Petrovová, 2017, s. 29). Perioperační sestra se může dostat do časové tísně, kterou způsobí náhlý zvrat operačního výkonu, což může zapříčinit i disharmonii uvnitř operačního týmu. Práce na operačním sále by měla být taková, aby nedocházelo k překročení lidských možností, nevedla k vyčerpání, nevzbuzovala úzkost nebo frustraci (Ulrichová, 2012, s. 36).

2.2.4 Velká zodpovědnost za následky své práce

Práce na operačním sále je náročná na odbornost a psychickou vyrovnanost. Vyžaduje obrovskou zodpovědnost, trpělivost a sebeovládání (Longauerová a kol., 2012). Každý den se perioperační sestra potkává s lidmi ohroženými na zdraví a životě. Je tedy ve velkém riziku, že pokud selže, může způsobit nehodu s vážnými důsledky pro pacienta, pro sebe nebo velkou materiální škodu (Balková a kol., 2012). Odpovědnost v pracovním procesu je jistě nemalým původcem stresových situací (Ulrichová, 2012, s. 36). Také sestry mohou prožívat, podobně jako jejich pacienti, úzkost a strach (Longauerová a kol., 2012).

Zdravotnický pracovník je vystaven mnoha zátěžovým situacím, které pramení z utrpení pacienta a je nutné, aby se vyrovnal případně i s jeho smrtí (Petrovová, 2017, s. 29). Částečná odpovědnost perioperační sestry za zdraví pacienta může způsobit nadměrnou stresovou zátěž při utrpení nebo úmrtí pacienta a ve spojení s pocitem vlastní bezmocnosti se někdy stává příčinou syndromu vyhoření (Balková a kol., 2012). Důležité je nepropadnout syndromu pomocníka. Je podstatné se vyhnout nadměrné citlivosti k potřebám druhých lidí. Je dobré se pohybovat v rozmezí mezi soucítěním a emocionálním odstupem (Dufková, 2016, s. 45).

2.2.5 Vztahy a kolektiv na operačním sále

Korektní vztahy mezi pracovníky zajišťují vyšší spokojenost zaměstnanců, kteří tak vykonávají svou práci lépe a kvalitněji (Ondriová a kol., 2010). Příčiny konfliktů na operačních sálech můžeme hledat především v lidských vlastnostech, temperamentu, povaze a odlišných prioritách. Na operační tým působí nepříznivě především dlouhodobě neřešené anebo potlačené pracovní a osobní konflikty, které rozkládají kolektiv (Cabanová a kol., 2016, s. 210). Veškeré vzniklé konflikty nemusí být nutně škodlivé, ačkoliv ty, které jsou, je nutné dostat pod kontrolu a řešit je včas. Správné vyhodnocení situace a následné řízení sporu napomáhá ke zlepšení komunikace a vede ke zlepšení vztahů v pracovním kolektivu. Situace, kdy vznikne konflikt mezi pracovníky, se v kolektivu objevují neustále, a aby byly zachovány pozitivní vztahy mezi jejími příslušníky, je nutné si v první řadě uvědomit jejich existenci, řešit a pojmout danou situaci tak, aby přinesla kladný výsledek (Vévoda a kol., 2013, s. 61).

Stres vyplývající z interpersonálních sporů a jakékoliv druhu šikany, určitě patří mezi zdroje pracovní psychické zátěže. Ptáček a kol. uvádí, že se nejedná pouze o příčinu psychické nepohody či možné neurotické symptomatologie, ale že jsou opakovaně prokazovány vazby

mezi výskytem interpersonálních konfliktů a šikany, které fungují jako spouštěč vážných forem depresivních a úzkostných poruch (Ptáček a kol., 2017, s. 83).

2.2.6 Nepravidelné stravování

Významným ukazatelem životosprávy sester je pravidelný režim stravování. Vyvážená strava může vést ke zvýšení odolnosti vůči negativním zevním vlivům, podílí se na dobré funkci metabolismu a je celkově významná pro správnou činnost organismu. Kvalita stravy a vyvážené zastoupení všech jejích složek úzce souvisí s fyzickou i psychickou pohodou perioperační sestry (Šanderová, 2005). Častou chybou sester při stravování bývá nepravidelnost a nedodržení pauzy na oběd, mnohdy prvním teplým jídlem bývá až večere (Žídková, 2010, s. 41). Důvodem může být spěch chirurga, který by rád splnil operační program nebo shon anesteziologa, který se může prostrídat s anesteziologickou sestrou. Perioperační sestry potřebují uklidit a předat instrumentárium na sterilizaci, zkompletovat dokumentaci pacienta, přichystat nástroje na další operaci. Častokrát jim ani na polední přestávku nezbyde čas (Šanderová, 2005). Zavedený postup je otázkou domluvy mezi účastníky operace a ochoty vycházení si vstříct. V rámci organizace práce se jedná o řešitelný problém a nesmí být samozřejmostí nestíhání polední pauzy odůvodňovat nutností setrvání na operačním sále (Žídková, 2010, s. 41).

Nedílnou složku každodenních stravovacích návyků tvoří stejně jako pravidelný příjem potravy také pravidelný příjem tekutin. Dostatečný přísun tekutin je zásadní pro správnou funkci organismu a tím i pro tělesnou a duševní pohodu. Nutnost pravidelného příjmu tekutin patří podle Maslowovy pyramidy mezi základní, biologické potřeby (Vojtová a kol., 2012). Perioperační sestry pracují především v klimatizovaných prostorách operačních sálů, proto by obzvláště měly dbát na dodržení dostatečného příjmu tekutin. Nicméně není výjimkou, že se jejich pitný režim obvykle pohybuje na spodní hranici (Žídková, 2010, s. 41).

2.2.7 Narušení spánkového rytmu při práci ve směnách

Spánek je nedílnou součástí našeho života, zajišťuje regeneraci sil tělesných i duševních. Za zdravý, biologicky plnohodnotný spánek lze považovat takový, po kterém se jedinec probudí dostatečně odpočatý, a to bez pocitu vyčerpání a ospalosti (Machálková, Mikšová, 2013, s. 308). Vašutová definuje spánek jako rytmicky se vyskytující stav organismu, vyznačující se

sníženou reaktivitou na vnější stimuly, sníženou pohybovou aktivitou, typickými změnami aktivity mozku, které lze stanovit elektroencefalografií a sníženou kognitivní činností (Vašutová, 2009, s. 17). Lze rozlišit dva typy, a to spánek REM a spánek NREM. U REM fáze se jedná o intenzitu mozkové činnosti na úrovni bdělého stavu, projevuje se rychlými pohyby očí, zahrnuje ztrátu svalového napětí a živé sny. NREM fáze je charakteristická útlumem mozkové činnosti, uvolněním a tělesným klidem. Spící člověk obvykle prochází během 7–8 hodin spánku 4–6 cykly střídání stadií REM a NREM, a to v asi 70minutových intervalech (Rošková, 2013, s. 35).

Noční směny, jež jsou charakteristické pro zdravotnické zařízení, narušují fyziologický proces organismu, mohou ovlivnit osobní život, psychickou rovnováhu, ale i celkovou subjektivní kvalitu života pracovníků (Machálková, Mikšová, 2013, s. 308). Po nočních směnách bývá spánek kratší a v průběhu dne není fyziologicky plnohodnotný (Žídková, 2010, s. 41). Následně může docházet k omezení a narušení kognitivních funkcí perioperačních sester, zhoršení pozornosti, výkonnosti a schopnosti reagovat, což může mít nepříznivý vliv na kvalitu péče, která je poskytována operovaným pacientům (Pešlova, 2014, s. 21). Zdravotnictví spadá do odvětví, kde je nutné projednávat a volit preventivní opatření pro snížení dopadu práce ve směnách na jedince – sestru. Organizace práce sester pro zajištění nepřetržité péče, je otázkou managementu zdravotnické instituce. Je potřeba posoudit mnoho faktorů a zvolit optimální formu směnného provozu – dvousměnný či třisměnný provoz (Machálková, Mikšová, 2013, s. 308).

Nekvalitní spánek nebo jeho nedostatek je úzce propojen s únavou a vyčerpáním jedince. Často je toto vyčerpání chápáno jako subjektivní příznak, který každý moc dobře zná, ale jen těžko lze únavu potvrdit a změřit nějakou diagnostickou metodou. Klasifikace a třídění únavy není snadné. Lze ji dělit podle různých hledisek, a to především podle vzniku na fyzickou a duševní únavu. Podle stupně závažnosti je možné rozlišit tři stupně únavy. První stupeň je malátnost, což se projevuje jako pocit normální únavy, druhý stupeň je přepětí, které značí velmi silnou únavu a třetí stupeň je stav vyhoření (Machálková a kol., 2013, s. 308). Psychickou, duševní únavu lze vnímat po většinu času jako pocit vyčerpání, zhoršení paměti, ospalost nebo ztrátu koncentrace. Psychické vyčerpání je často kombinováno s únavou tělesnou, kde se jejich vzájemný poměr pouze mění (Boughattas, 2014, s. 579-580).

2.2.8 Fyzikální vlivy

V souvislosti s charakteristikou práce v perioperační péči je nezbytné zmínit fyzikální vlivy, které mohou mít dopad na osoby pracujících na operačních sálech (Wendsche a kol., 2012, s. 109). V pracovním prostředí převažuje jako faktor stresu teplota a mikroklima operačního traktu. Spokojenost s teplotou na pracovišti je ovlivněna subjektivním míněním, které se může u jednotlivých osob významně lišit (Žídková, 2010, s. 40). V zastaralém zařízení operačního sálu se lze setkat s absencí klimatizace nebo jejího špatného nastavení, a to může vést k pracovnímu diskomfortu a ovlivnit pracovní výkon sálového personálu (Hobzová, 2014). Nutnost povinného typu oblečení tuto situaci může komplikovat, přestože snahou zdravotnického zařízení je dodržovat trendy související se zvyšujícími nároky na ochranné oděvy používané v perioperační péči (Hlaváčková a kol., 2012, s. 8). Ačkoliv operační prádlo bude mít veškeré atesty kvality a prodyšnosti, může subjektivně omezovat a vadit (Pazdziora, 2010, s. 54).

K velmi častým fyzikálním vlivům práce na operačním sále patří záření a hluk (Petrovová, 2017, s. 30). Ionizující záření je rutinně používáno během operačního zákroku, zde je nezbytně nutné se řídit čtyřmi základními principy radiační ochrany (Jedličková a kol., 2012, s. 55). Jedná se o princip zdůvodnění činnosti, princip optimalizace radiační ochrany, limitování dávek a zabezpečení zdrojů. Ve zdravotnictví jsou uplatňovány především první dvě zásady, tedy princip zdůvodnění a princip optimalizace (Súkupová, 2012). Zvýšený hluk na operačním sále může u pracovníků vyvolat stres, což může mít za následek ohrožení bezpečnosti pacienta (Stringer a kol., 2009, s. 384). Nejčastějším zdrojem bývá kumulace hluku diagnostických a terapeutických zařízeních, generátorů energie, sterilizačních a úklidových přístrojů (Petrovová, 2017, s. 30). Pro někoho může hlučnost představovat nepodstatný druhotný jev, nicméně je nutné vzít v potaz prostředí operačních sálů. Je zcela zásadní redukovat rušivé podněty, které mohou ovlivnit koncentraci personálu pracujícího v perioperační péči, a to zejména v případě časově náročných výkonů (Skála, 2016, s. 29).

Mezi fyzikální faktory, které mohou mít vliv na psychické zdraví patří i práce v prostoru operačního sálu bez denního světla (Cabanová, 2016, s. 208). Značná část pracovišť operačních sálů je vybudována bez oken, takže pracovníci jsou nuceni pracovat po mnoho času při umělém osvětlení. Naskytá se otázka, jak se psychika perioperačních sester vyrovnává s tmavým pracovním prostředím nebo s prací bez možnosti výhledu do okolí nemocničního zařízení (Dvorská, 2010, s. 60).

2.3 Stres

Stres (z ang. stress – zátěž, nápor, tlak) může mít spousty podob. Význam slova stres se stal synonymem toho, že momentálně nebo dlouhodobě je něco v nepořádku, dotyčným situace „přerůstá přes hlavu“ nebo věci nejsou v rovnováze. Termín stres se dříve užíval v technice a průmyslu ve spojení s fyzikální silou, jež působí na materiál, např. lis, který působí tlakem na daný předmět (Venglářová a kol., 2011, s. 47-48). Hans Selye v roce 1956 převedl pojem stres do biologie, kde jím označil nespecifické změny biologické soustavy, které jsou vyvolané nejrůznějšími škodlivými vlivy (Haluzíková a kol., 2010, s. 26).

Významnou úlohou stresu je ochrana organismu před nebezpečím tím, že stres na riziko přímo upozorní a lidské tělo přiměje k pohotovosti, k tzv. poplachové reakci, ve které ho udrží, dokud nebezpečí přetrvává (Pešek a kol., 2016, s. 12). Stres jako takový lze rozdělit na dva druhy, a to eustres a distres. Eustres je stres radostný, příjemný, který ve slabší míře může působit příznivě a dodávat aktivní energii (Venglářová a kol., 2011, s. 49). V pracovním procesu k němu vede třeba nadměra práce, která člověka baví a naplňuje (Pešek a kol., 2016, s. 12). Distres je nepříjemný stres, který ve větší míře je pro člověka škodlivý, jelikož může vést k přetížení a v dané situaci převyšovat jeho možnosti (Venglářová a kol., 2011, s. 49). K distresu mohou vést události jako je zátěž v práci, výpověď ze zaměstnání či konflikty s kolegy (Pešek a kol., 2016, s. 12).

2.3.1 Teorie stresu

Za jednoho z nejvýznamnějších badatelů v oblasti stresu je považován světoznámý kanadský lékař maďarského původu Hans Selye (Haluzíková a kol., 2010, s. 26). Na podkladu problematiky adaptace u stresu vypracoval Obecný adaptační syndrom, který je tvořen třemi fázemi. Nejprve se odehrává poplachová reakce, která je první odezvou lidského organismu na působení stresových faktorů. Druhá fáze se vyznačuje rezistencí, kdy nastává relativní zklidnění. Jestliže působení stresorů přetrvává, energetické zdroje se vyčerpají a adaptace není dostatečně účinná. Organismus zůstává v pohotovosti a trvalém vypětí. Poslední třetí fáze je stadium vyčerpanosti. Nastává, když je vliv zraňujícího stresoru velmi dlouhý a lidské tělo již nemá prostředky na to, aby se adaptovalo (Paulík, 2010, s. 46).

Dalším významným tvůrcem teorie stresu je Walter Cannon, který objevil význam sympatoadrenálního systému pro vznik emocí strachu, úzkosti a vzteku, jež vedou k obraně

proti nebezpečí. Tato poplachová reakce je někdy nazývaná také jako Cannonův stres, který zahrnuje dva typy obrany, a to útok a útěk (Paulík, 2010, s. 46). Jedná se především o změny v srdeční činnosti, vyloučení krevního cukru a zásobení těla kyslíkem. Tyto změny jsou potřebné pro mobilizaci organismu – nastává zvýšení prokrvení svalů a mozku a jejich příprava na boj nebo útěk. Jestliže skutečně dojde k boji nebo útěku, vyloučené látky se začnou spotřebovávat a tím přispějí ke zvýšené fyzické produktivitě (Contrada et al., 2010).

Richard Lazarus vyzdvihoval význam kognitivního posouzení situace a souvislost mezi jedincem a prostředím, na rozdíl od Selyeho, jež se ve své teorii stresu orientoval především na fyziologickou odezvu člověka na stresovou situaci. Tato odlišnost je dána zejména faktem, že zatímco Selye byl lékařem endokrinologem, Lazarus byl psychologem. Ve svých studiích se zaměřil na to, co se děje v psychice člověka, který se ocitá v těžké životní situaci. Vytvořil schéma dvojího zhodnocení situace ohrožení. Prvotní posouzení situace se vztahuje k zvážení situace z hlediska ohrožení např. vlastní existence, pověsti nebo zdraví jedince. Při druhotném zhodnocení nastává rozmyšlení, jestli je jedinec schopen nastalou situaci zdárně zvládnout. Je nezbytné brát v potaz jak objektivní, tak subjektivní činitele, kteří mají vliv na rozhodnutí člověka (Křivohlavý, 2009, s. 173).

2.3.2 Stresory

Stresory jsou negativní životní faktory a situace, které člověka neúměrně zatěžují a tato nepřiměřená zátěž vyvolává stres (Venglářová a kol., 2011, s. 50-52). Na jedince může působit buď jeden stresor, nebo i více negativních faktorů. Stresory lze rozlišit na malé a velké. Malé stresory neboli ministresory vyjadřují mírné okolnosti, jež vyvolávají stres. Negativní působení ministresorů se sčítá a nemá-li lidský organismus k dispozici vyrovnávací kompenzaci, mohou se stát nahromaděné ministresory zdrojem depresivních stavů (Venglářová a kol., 2011, s. 51). Velké stresory neboli makrostresory jsou značně působící, deptající, až vše devastující vlivy, přesahující určité rozhraní, které již člověk není sám schopen zvládnout (Ulrichová, 2012, s. 19).

Sestry na operačním sále se v náročném a mnohdy stresujícím prostředí setkávají s celou řadou negativních faktorů, které lze z hlediska délky působení rozlišit na krátkodobé stresory a dlouhodobé stresory (Prokopová a kol., 2013, s. 150). Mezi krátkodobé stresory lze zařadit záchranu života pacienta nebo i akutní bolest u nemocného, za dlouhodobé stresory lze označit např. zodpovědnost za pacienty či dlouhodobou bolest (Venglářová a kol., 2011, s. 51).

2.3.3 Příznaky stresu

Stres. Často skloňované slovo, pod kterým si každý může představit něco jiného. Pro někoho to je stav, kdy nezvládne time management, jiný jím vysvětluje svou nespavost, u dalšího se projeví výbušností a někdo ho vnímá ve spojení s úzkostným stavem a syndromem vyhoření. Přehlížení příznaků, které signalizují, že není něco v pořádku, může být na vině rozvinutí závažného onemocnění (Drahoš, 2018). Ve skupině se stres nejčastěji projeví v podobě sporů mezi členy kolektivu, agresí, útokem, obranou, úzkostí nebo také poklesem autority (Leinwatherová, 2010, s. 29).

Křivohlavý rozděluje příznaky stresu do tří skupin – fyziologické, psychologické a behaviorální. Mezi behaviorální symptomy lze zahrnout problémy s usínáním a spaním, nerozhodnost, neustálé stěžování si, ztráta chuti pracovat, snížená pozornost nebo zhoršující se kvalita práce (Křivohlavý, 2010, s. 22). Mezi psychické příznaky patří náhlé a zřetelné změny nálad, úzkostnost, zvýšená podrážděnost nebo emocionální vyhasnutí k vlastní osobě i druhým lidem. Bušení srdce, bolesti hlavy, pocity svírání na hrudi, nechutenství, průjem nebo časté močení patří mezi fyziologické příznaky, se kterými se lze setkat ve stresové situaci (Venglářová a kol., 2011, s. 53-54).

2.3.4 Strategie zvládání stresu

Zvládání stresu je proces, ve kterém jedinec usiluje o překonání působení stresorů. Úlohou je změnit okolnosti, za kterých dochází ke stresu, a to tak, aby se nebezpečí snížilo a příznaky stresu se udržely ve zvládnutelných mezích. Ke zvládání stresu lze využívat celou řadu strategií (Leinwatherová, 2010, s. 29). Neexistuje žádný postup na překonání stresových situací, který by u všech zafungoval stejně, a proto také na jeho odstranění není žádná spolehlivá metoda. Každý člověk musí sám zjistit, jaká je pro něj nejvhodnější cesta (Venglářová a kol., 2011, s. 64).

Strategie zvládnutí stresu zahrnuje postupy zaměřené na řešení nebo odstranění problému, a to zejména hledáním informací o stresové situaci, vytvořením možnosti řešení problému, určením priorit či správné organizaci času (Venglářová a kol., 2011, s. 65). Důležité jsou i postupy zaměřené na zvládnutí emocí, jedná se především o jejich zklidnění. Cílem je udržení vnitřní rovnováhy člověka. Efektivně překonat zátěž lze pomocí relaxačních postupů, kterých je mnoho a jsou velmi významné při zvládání stresových situací (Leinwatherová, 2010, s. 29).

Mezi podmínky úspěšné relaxace patří dostatek času na každodenní relaxaci, správné dýchání, trpělivost a pravidelnost, klidné prostředí nebo čerstvý vzduch (Venglářová a kol., 2011, s. 65).

Podstatné je i pozitivní nahlížení na stresové situace, které dokáže minimalizovat anebo dokonce zcela odvrátit škodlivě působící vlivy, zatím co negativní pojmání stresových situací může přispět k rozvoji deprese, úzkostných poruch či jiných onemocnění. Stres jako reakce organismu na zátěž není nutné léčit, je nezbytné předcházet jeho negativnímu dopadu (Prokopová a kol., 2013, s. 150). Jako u většiny onemocnění má i u stresu prvořadý význam prevence. V rámci předcházení je kladen důraz na vzdělání managementu zdravotnického zařízení v oblasti podpůrných programů. Tyto programy jsou orientovány na profesní vzdělávání a nácviky, směřující k dosažení profesní jistoty, vzdělání v oblasti stresové zátěže, kolegiální pomoci a vybudování pozitivní atmosféry na pracovišti. Přesné vymezení pracovních rolí, kompetencí a hierarchie snižují v pracovním procesu riziko stresu (Haluzíková a kol., 2010, s. 27).

2.4 Syndrom vyhoření

Od 70. let 20. století se lékaři a psychologové zaobírají stavy celkového vyčerpání, které souhrnně nazývají syndrom vyhoření. Často je uváděn výraz burnout, který lze přeložit jako vyhořet, vyhasnout nebo dohořet. V průběhu několika desetiletí se objevily různé vymezení syndromu vyhoření shodující se na tom, že se jedná zejména o psychický stav vyznačující se snížením pracovní výkonnosti a vyčerpáním v důsledku intenzivního a dlouhodobého působení stresu (Pešek a kol., 2016, s. 16). Charakteristické pro syndrom vyhoření je, že se projevuje především v psychice postiženého. Pro okolí člověka postiženého syndromem vyhoření je to viditelné až mnohem později. Nejpravděpodobněji ho lze nalézt tam, kde pracovní náplní je práce s lidmi (Venglářová a kol., 2011, s. 23). Zvýšená psychická zátěž může vést u sester na operačním sále k syndromu vyhoření také proto, že znají nepříznivou prognózu daného onemocnění a vědí, že byly vyčerpány všechny způsoby léčby (Balková a kol., 2012).

Stále častěji se na syndrom vyhoření nahlíží jako na neustále se vyvíjející proces, který může přetrvávat i několik měsíců až let. Tento proces může začínat u nadšeného, motivovaného pracovníka již nástupem do pomáhající profese, o které má určité ideály a očekávání. Je optimistický, má plno elánu, chce realizovat řadu svých představ a plánů. Je nekritický k varovným signálům únavy a konstantně se přetěžuje (Venglářová a kol., 2011, s. 29). Tato fáze syndromu vyhoření je nazývána jako idealistické nadšení, kdy jedinec hledá osobní smysl

ve své práci. Poté se objevuje stadium stagnace, kdy se počáteční nadšení vytrácí, nastupuje realita. Dále nastává frustrace, kdy se nedaří naplnit ideály a začínají se objevovat psychické obtíže. Stadium apatie přichází, když si člověk začíná uvědomovat, že situaci nelze změnit, setrvává pro výdělek a dochází k vyčerpání, kde jsou již přítomny projevy tělesné, psychické i sociální (Klvetová, 2011, s. 20). Jedinec zasažený syndromem vyhoření může procházet fázemi postupně, do jisté míry je možné některé z nich i přeskočit (Stock, 2010, s. 23).

2.4.1 Protektivní faktory syndromu vyhoření

Ochranné faktory profese sestry napomáhají nalézat v práci satisfakce, mohou vést k posílení motivace k dalším činnostem a podílejí se zejména na spokojenosti sester (Paulík, 2010, s. 198). V první řadě je podstatné zařadit své zdraví a kondici mezi nejdůležitější hodnoty. Pravidelný denní režim, dostatek spánku, sport či jakékoliv pohybové aktivity, zdravá životospráva – to jsou ustavičně opakovaná a banálně znějící doporučení, jež lze nalézt téměř všude. Ale bohužel, bez nich to není možné (Venglářová, 2011, s. 37). Významné je také pěstovat dobré mezilidské vztahy, jedná se především o povzbuzování, aktivní naslouchání, faktickou i emocionální podporu v těžkých situacích (Ondriová a kol., 2010, s. 27). Je rovněž nezbytná snaha o snížení příliš vysokých nároků a uvědomění si, že jestli už síly nestačí, tak požádání o pomoc není projev selhání. Prospěšné je také naučit se říkat ne, snažit se udržet si odstup a pracovní problémy si nenosit domů. Sestra, která pro svou práci zapomíná na osobní život, ho může postupně začít ztrácet. Pěstovat záliby a koníčky napomáhá vnášet do života radost, uspokojení a uvolnění, což může být zdroj energie a emočních zážitků (Venglářová a kol., 2011, s. 36-37).

2.4.2 Rizikové faktory syndromu vyhoření

Podstatný vliv na vznik syndromu vyhoření mají faktory osobnostní, a to jsou zejména zvýšené nároky na sebe sama, zvýšená potřeba uznání či snížené sebehodnocení. Výrazné působení představuje absence autonomie pracovníků, práce s lidmi, bezmocnost vůči utrpení a smrti. Mezi organizační faktory, které jsou rizikové patří směnný provoz, velké množství administrativy nebo nedostatečné finanční ohodnocení (Klvetová, 2011, s. 21). Dále také chybění smysluplného vedení, špatný kolektiv, velký počet pacientů a nedostatek času na plnění

pracovních úkonů. Významná je pracovní zátěž, kde se námaha, působení rušivých vlivů či uspořádání pracoviště mohou podílet na vzniku syndromu vyhoření (Stock, 2010, s. 32-37).

2.4.3 Příznaky syndromu vyhoření

Příznaky spojené se syndromem vyhoření mají několik rozměrů, dotýkají se především tří oblastí člověka. Mohou se objevit somatické, psychické a sociální projevy (Halbwachs, 2011, s. 29). Mezi tělesné příznaky patří bolesti hlavy, zad, vysoký krevní tlak, nechutenství nebo naopak přejídání, náchylnost k nemocem, únava, vyčerpání ale také poruchy spánku nebo abúzus alkoholu či drog (Ondřiová a kol., 2010, s. 27). Vyhoření na psychické rovině se projevuje v podobě deprese, bezmocnosti, beznaděje, pocitu rozčarování či střídání nálad. Dále může přicházet nespokojenost se sebou samým, s okolím, se zaměstnáním, se svým životem (Minirth a kol., 2011, s. 15). Projevy syndromu vyhoření v oblasti sociální jsou časté pracovní neschopnosti, omezení kontaktů, zhoršení vztahů v rodině i v zaměstnání, necitlivý přístup k pacientům, neochota, sarkasmus nebo ztráta zájmů (Prieß, 2015, s. 39).

2.4.4 Diagnostika syndromu vyhoření

K diagnostice burnout syndromu je využívána celá řada různých metod. Mezi nejběžnější postupy lze zahrnout sebezpozorování, pozorování druhými lidmi, anamnézy, rozhovor a dotazníkové metody, kterých je v současné době používáno hned několik, a především se jedná o sebediagnostické nástroje. Nejčastější dotazníková metoda používaná k odbornému zhodnocení syndromu vyhoření je metoda MBI – Maslach Burnout Inventory (Venglářová, 2011, s. 29). Dotazník je rozdělen na tři části, a to na oblast depersonalizace, emocionální vyčerpání a osobní uspokojení. V dotazníku lze sledovat a posuzovat pocity jednak na stupnici intenzity, jednak na stupnici frekvenci výskytu a dále se vyhodnocuje celkové skóre pro jednotlivé faktory. Oblasti emocionálního vyčerpání a depersonalizace jsou negativně zaměřeny a oblast osobního uspokojení je orientována pozitivně. Autorská dvojice Maslachová a Leiter uvedla, jak dochází během vyhořívání k postupnému objevení se těchto tří složek procesu syndromu vyhoření (Křivohlavý, 2012, s. 85).

Autorská dvojice Aronson a Pines zhotovila dotazník BM – Burnout Measure. Tento dotazník napomáhá změřit intenzitu celkového vyčerpání – fyzického, emocionálního a mentálního vyčerpání. Dotazník může být vyplňován osobně, eventuálně také osobou, která je postiženému

blízká, což může být například rodinný příslušník nebo spolupracovník. Jedná se o druhou nejčastější ve světě využívanou metodou k měření burnout syndromu (Křivohlavý, 2012, s. 52).

2.5 Péče o psychosociální zdraví

V rámci české ústavy je zdraví posuzováno jako jedno ze základních lidských práv. Zdraví je důležitou složkou a nezbytným předpokladem kvalitního života, který je nepochybně zvyšován pevným psychickým zdravím. Psychosociální zdraví je možno popsat jako duševní nebo psychické zdraví, které je ovlivněné faktory sociálními. Velmi často je psychosociální zdraví mylně považováno za určitou samozřejmost (Heřmanová, 2013).

Profese perioperační sestry je značně náročná, je třeba se vyhnout nezdravým a nebezpečným faktorům majícím vliv na psychosociální zdraví. U každého jedince je zcela individuální dopad rizikových faktorů z pracovního prostředí na jeho zdraví (Madziová a kol., 2013, s. 547). Mnohdy je možné se setkat s bagatelizujícím postojem k nemoci sester i jiných zdravotníků. Bohužel dnešní uspěchaná doba vede vlivem stresu k potlačování prevence a řešení nemocí (Petrovová, 2017, s. 30). Sestry, a to nejen perioperační, by si zasloužily větší uznání za zodpovědnost a psychickou i fyzickou zátěž ve svém povolání. Měly by se zaměřit zejména na prevenci onemocnění a snažit se tak získat maximální fyzické i psychické zdraví (Madziová a kol., 2013, s. 547).

2.5.1 Systém psychosociální intervenční služby

Pro lepší zvládnání psychické zátěže zdravotnických pracovníků existuje možnost využití psychosociální podpory v Systému psychosociální intervenční služby (SPIS). Tento systém se snaží eliminovat rizika profesionálního selhání, syndromu vyhoření a v neposlední řadě se zabývá péčí po nadlimitní zátěži. Systém psychosociální intervenční služby se opírá o obor psychotraumatologie, a to zejména o Critical Incident Stress Management (CISM). CISM je speciální soubor opatření a metod, určený především pro profesionály, kteří ve svém povolání zažili kritickou událost a potřebují pomoc při dlouhodobé psychické zátěži (Matoušková, 2014). CISM zahrnuje speciální techniky, mezi které patří debriefing, defusing, demobilizace a podpora na místě traumatické události. Debriefing je obsahově vedený rozhovor zahrnující také edukaci. Jedná se o praktický zásah, který stabilizuje danou situaci, specializuje se na působení stresu a zejména mobilizuje vlastní zdroje. Defusing je uvolňovací diskuze, slouží

k odstranění výbušných emocí. Koná se okamžitě po traumatické události nebo do 8 hodin po ní. Demobilizace se zaměřuje na pracovníky s nadlimitní zátěží, snaží se o zastavení jejich „vnitřního autopilota“ na konci směny. Podpora na místě traumatické události slouží k eliminaci působení stresu a probíhá krátce. SPIS se stará o zajištění odborníků na psychické zdraví (peer, psycholog nebo psychiatr), koordinátorů nebo odborných garantů (Štancel a kol., 2012, s. 46).

PEER

Peer představuje základní a nejvýznamnější rovinu SPIS. Jedná se o kolegu, který si prošel podobnými situacemi (Matoušková, 2014). Není to tedy psycholog ani psychiatr, jde o člověka vyškoleného na pomoc svému kolegovi. Peer poskytuje podporu po následném prožití náročné situace. Nekritizuje, neradí, především naslouchá a podporuje, je ohleduplný (Štancel a kol., 2012, s. 46). Školení peerů zajišťuje certifikovaný kurz „Peer program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům“, který zajišťuje NCONZO v Brně. Pracovní skupinu pro zavádění SPIS koordinuje Odbor bezpečnosti a krizového řízení MZČR (Humpl, 2016).

2.5.2 Supervize

Slovo supervize bylo převzato z angličtiny a lze ho přeložit jako dozor, dohled, kontrolu či řízení. Avšak více než kontrolující funkci, má posilující (Kopřiva, 2016, s. 136). Často je totiž využívána jako forma poradenství a podpory pro lidi v pomáhajících profesích. Supervize je individuální nebo skupinová, zaměřuje se na záležitosti určitého člověka, na vztahy mezi kolegy a na náladu v týmu. Svým způsobem se snaží předcházet syndromu vyhoření (Piecková, 2010, s. 24).

Supervize umožňuje vyjádřit spontánnost a nadšení. Na druhou stranu také nabízí možnost projevit potlačované negativní emoce, které se člověk v rámci profesionality snaží mít pod kontrolou, tedy např. bezmoc, strach ze selhání anebo obava z pocitů ukazujících slabost (Vaňková, 2011, s. 25). Supervize je také forma učení, která by měla probíhat v bezpečné, laskavé, oceňující, přijímací a tvůrčí atmosféře (Pešek a kol., 2016, s. 147).

2.5.3 Duševní hygiena

Psychohygiena neboli duševní hygiena je nauka o tom, jak upevňovat a chránit si duševní zdraví a jak zesilovat odolnost jedince vůči nejrůznějším negativním vlivům (Křivohlavý, 2009, s. 143-144). Duševní hygiena poskytuje návod, jak cílevědomě přizpůsobovat životní podmínky a životní styl tak, aby se nejen zabránilo škodlivým vlivům, ale aby se co nejvíce uplatnily vlivy, které posilují duševní rovnováhu a duševní kondici. Má člověku ukázat, jak odvracet psychické obtíže. Přínos psychohygieny spočívá v subjektivní spokojenosti, v předcházení somatických a psychických onemocnění, v náležitě pracovní výkonnosti a ve fungujících sociálních vztazích (Haluzíková, 2010, s. 27).

Během vykonávání pracovních činností je lidský organismus zatěžován mnohem víc než v době odpočinku. Proto by mělo být pracovní prostředí upraveno a vybaveno hygienicky. Úprava by měla zahrnovat i estetickou stránku, je vhodné, aby prostředí působilo příjemně a útulně. Pro psychické zdraví je potřeba usilovat o život v harmonii, mít citové zázemí a čas pro odpočinek a vést rodinný život tak, aby v něm nedocházelo k stresům a zátěžím (Hekelová, 2014, s. 34). K upevnění a udržení dobré duševní a tělesné kondice napomáhá i tělesná práce a pohyb. Aktivní provozování sportu může zvyšovat nejen úroveň tělesné zdatnosti, ale má účinnost i na psychiku (sebehodnocení, sebevědomí i hodnocení člověka ostatními) a může ovlivnit i posilování sociálních vazeb a vztahů (Haluzíková, 2010, s. 27). Značný přínos v rámci péči o duševní zdraví mají také chvíle zamyšlení – meditace. Jde především o to, nalézt uprostřed všeho shonu čas od času chvíli k zamyšlení nad tím, co bylo, je a co by mělo být (Marková, 2012, s. 27).

2.5.4 Relaxace

Patrně nejznámějším pojmem v předcházení psychosociální zátěže je relaxace. Jedná se o metodu, která má za úlohu podpořit jak duševní, tak i fyzický klid. Je prospěšné nejen znát, ale i uskutečňovat určitý druh relaxačního cvičení, ať už se jedná o Schultzův autogenní relaxační trénink, Jacobsonovu formu relaxace, jógová cvičení dýchání nebo jakékoliv jiné relaxační cvičení. Dokázat se uvolnit je stejně významné, jako zvládnout se soustředit na práci (Stock, 2010, s. 70).

Schultzův autogenní trénink

Metodu autogenního tréninku zpracoval berlínský psychiatr a neurolog profesor Iohann Heinrich Schultze a vycházel, stejně jako Freud, z osvědčených poznatků o autohypnóze, hypnóze, autosugesci, sugesci a využil některých prvků z jogínského cvičení (Šmída, 2014). Lze ho uskutečňovat buď skupinově nebo individuálně, člověk může provádět autogenní trénink i několikrát v průběhu dne. Jedná se psychoterapeutickou metodu, která slouží k dosažení pocitu uvolnění, v němž má jedinec snahu o ovládnutí svých psychických i vegetativních funkcí. Tato technika spočívá v navozování tepla v břiše a chladu na čele, svalové relaxace, zklidnění dechu, vnímání pravidelného tepu srdce, které se spojuje s relaxací psychickou (Vonešová, 2009).

Při autogenním tréninku je doporučována poloha vleže na zádech, ruce jsou v loktech mírně pokrčené a spočívají zhruba na šíři dlaně podél těla. Nohy jsou lehce od sebe, špičky směřují ven. Pokud je to nezbytné lze využívat polohu vsedě na židli s opěrkou, kdy je důležité sedět pohodlně, hlava je opřená, nohy směřují kolmo k zemi, paže je vhodné podepřít opěradly, ruce by měly volně viset (Venglářová a kol., 2011, s. 67). Autogenní trénink se řadí mezi relativně nenáročnou a bezpečnou relaxační techniku, jeho podmínkou je opakovaný nácvik každý den a pozdější pravidelné cvičení. Pokud se člověk zvládne věnovat několik minut času denně autogennímu tréninku, bude bezpochyby odměněn naprostou relaxací duševní i tělesnou. Jeho efektivita byla opakovaně výzkumně prokázána nejen pro zlepšení koncentrace a učení, zvládnutí stresu a zvýšení prožitku relaxace, ale také bylo zjištěno, že autogenní trénink je velmi příhodný pro snížení výskytu psychosomatických obtíží, jako jsou úzkostné poruchy nebo poruchy spánku (Víchová, 2014, s. 134).

Jacobsonova progresivní relaxace

Tuto relaxační techniku zformuloval americký fyziolog a lékař Edmund Jacobson, který působil na Chicagské univerzitě. Podstatou této metody je, že pokud člověk chce zrelaxovat tělo a mysl, je důležité uvolnit celé kosterní svalstvo. Tato relaxace je založena na uvědomění si rozdílů v napětí a uvolnění svalů. Tyto vztahy potvrdil Jacobson ve svých vlastních výzkumech, kde upozoroval, že úzkost a stres způsobují stah svalů. Progresivní relaxace napomáhá rozpoznat v organismu napětí a vědomě ho uvolňovat (Klucká a kol., 2016, s. 169). Mimořádný je její vliv na zvládnutí strachu, obav a duševní tísně. Jacobsonova relaxace zabraňuje předčasné únavě a vyčerpání z práce a připravuje cestu k upevnění duševní rovnováhy (Křivohlavý, 2010, s. 45).

Relaxační cvičení lze provádět vsedě nebo vleže tak, aby poloha těla nebránila v napínání a uvolňování svalstva. Jednotlivé oblasti člověk zatne, chvíli je drží v maximálním napnutí a pak je uvolní, postupně se prochází celým tělem. Relaxaci je příhodné provádět nejdříve hodinu po jídle a v kteroukoliv dobu v průběhu dne. Pokud se člověk necítí dobře, je citově rozrušen, je vhodné cvičení odložit na později. Návlek vyžaduje čas, je důležité přistupovat k relaxaci nenásilně a podstatné je si vyhradit místo a čas, kdy nebude člověk nikým rušen. Bude-li prováděno cvičení dlouhodobě, stane se postupem času účinnější a bude zdrojem síly pro psychické zdraví (Klucká a kol., 2016, s. 169).

3 VÝZKUMNÁ ČÁST

3.1 Výzkumné otázky

Na základě předem stanovených cílů diplomové práce byly zvoleny následující výzkumné otázky:

První výzkumná otázka

Které faktory ovlivňují psychosociální zdraví perioperačních sester nejvíce?

Druhá výzkumná otázka

Jaký vliv má práce perioperační sestry na její psychosociální zdraví?

Třetí výzkumná otázka

Jaká je nejčastější metoda využívána perioperačními sestrami k předcházení stresu?

Čtvrtá výzkumná otázka

Mají perioperační sestry povědomí o psychosociální intervenční péči v daném zdravotnickém zařízení?

Pátá výzkumná otázka

Pocitují perioperační sestry na centrálních operačních sálech psychickou zátěž podle Meisterova dotazníku více než perioperační sestry na oborových sálech?

Šestá výzkumná otázka

Jsou ohroženy perioperační sestry s délkou praxe 16 a více let syndromem vyhoření podle MBI více než perioperační sestry s kratší délkou praxe?

3.2 Hypotézy

Hypotéza č. 1: Perioperační sestry s délkou praxe 16 a více let jsou ohroženy syndromem vyhoření podle MBI v oblasti emocionálního vyčerpání více než perioperační sestry s kratší délkou praxe.

Hypotéza č. 2: Perioperační sestry s délkou praxe 16 a více let jsou ohroženy syndromem vyhoření podle MBI v oblasti depersonalizace více než perioperační sestry s kratší délkou praxe.

Hypotéza č. 3 Perioperační sestry s délkou praxe 16 a více let jsou ohroženy syndromem vyhoření podle MBI v oblasti osobního uspokojení více než perioperační sestry s kratší délkou praxe.

3.3 Metodika výzkumu

Diplomová práce je teoreticko-výzkumného/průzkumného charakteru. Výzkumné šetření se odehrávalo v nemocnici fakultního typu na centrálních operačních sálech a na oborových sálech, kde je ročně provedeno téměř 27 000 operačních výkonů. Sběr dat probíhal v období od července do října 2018. Centrální operační sály jsou tvořeny devíti sály, kde jsou prováděny výkony urologické, traumatologické, cévní, hrudní, kardiochirurgické a všeobecné chirurgie. Sběr dat na oborových sálech probíhal na klinice gynekologicko-porodnické, oční, dětské, neurochirurgické, na ORL a na klinice plastické chirurgie. Na základě písemné žádosti bylo získáno povolení zdravotnického zařízení k výzkumnému šetření.

Pro sběr potřebných dat byla využita technika kvantitativního sběru dat. Výzkumná data byla získána pomocí dotazníku. Kutnohorská udává, že dotazník v podstatě zahrnuje standardizovaný soubor otázek a při jeho vytváření je příhodná znalost prostředí, kde bude výzkum probíhat. Znakem pro techniku tohoto šetření je nepřítomnost výzkumníka při vyplňování dotazníku (Kutnohorská, 2008, s. 41-42). Dotazník použitý pro tuto práci je uveden v příloze A a je tvořen třemi částmi. První část je nestandardizovaný dotazník vlastní tvorby, druhá a třetí část je tvořena standardizovanými dotazníky: MBI (Maslach Burnout Inventory) a Meisterův dotazník. Dotazník byl určen pro perioperační sestry, které byly ujištěny, že se jedná o anonymní šetření. Při volbě respondentů nebyl brán zřetel na pohlaví, věk a ani na

absolvování specializačního studia v perioperační péči. Na sály oborové bylo rozdáno 50 dotazníků, stejné množství na centrální operační sály. Celkem bylo tedy rozdáno 100 dotazníků, zpět se jich vrátilo 90, návratnost tedy činí 90 %. Z tohoto počtu byly 3 dotazníky vyřazeny pro neúplnost, pro zpracování dat bylo použito 87 správně vyplněných dotazníků. Dotazníkovým šetřením bylo zjištěno, že respondenti byly pouze ženy.

Před zahájením výzkumného šetření byl proveden předvýzkum pomocí pilotní studie, jenž měl za úkol zjistit, zda dotazník je pro respondenty srozumitelný. Dotazník byl rozdán 5 sestrám pro perioperační péči na centrálních operačních sálech v červnu 2018. Výsledek pilotní studie neprokázal nedostatky, které by mohly negativně ovlivnit sběr dat, a proto byl dotazník ponechán beze změn.

Distribuovaný dotazník vlastní tvorby obsahoval celkem 11 otázek: 6 uzavřených, 4 polouzavřené a 1 otevřenou otázku. Získaná data byla zpracována v programu Microsoft Office Excel statistickým vzorcem $f_i = (n_i/n) * 100$. Relativní četnost označuje f_i , která je uvedena v procentech, n_i značí absolutní četnost a n je symbol pro celkový počet respondentů. Data byla zpracována a prezentována pomocí grafu a tabulek. V tabulkách je znázorněna absolutní a relativní četnost jednotlivých souborů, za pomocí grafů je zobrazena absolutní četnost.

Meisterův dotazník

Meisterův dotazník je určen k hodnocení vlivů práce na psychiku zaměstnanců. Jedná se o orientační vyšetření psychické zátěže při pracovní činnosti. Dotazník vypracoval W. Meister v roce 1975, v současnosti je využívána verze, kterou upravil Hladký v roce 1987. Tento diagnostický nástroj je využíván zejména pro svou stručnost, srozumitelnost pro dotazované a dobrou reliabilitu. Hodnocení výsledků lze provádět dvojím způsobem, a to podle jednotlivých položek a podle faktorů. Při vyhodnocení jednotlivých položek jsou využívány kritické hodnoty mediánu, které jsou normované a stanovil je Meister pro své pracovní skupiny (Tabulka č. 1). Tam kde medián překračuje kritickou hodnotu nebo se rovná, je hodnocena práce negativně a kladně tam, kde medián naopak kritickou hodnotu nedosahuje (Hladký, 1993, s. 78).

Tabulka 1 Kritické hodnoty mediánů

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

Legenda: K = Kritická hodnota mediánu

(Zdroj: Hladký a kol., 1999, s. 40)

Meister také stanovil pomocí faktorové analýzy tři faktory (Tabulka č. 2). V tabulce č. 3 jsou zaznamenány aritmetické průměry a směrodatné odchylky, jež slouží jako populační normy pro ženy a kritické hodnoty, jejichž překročení může indikovat nadměrnou zátěž v daném okruhu (Tabulka č. 3).

Tabulka 2 Faktory pracovní zátěže

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

Legenda: HS = Hrubý skór

(Zdroj: Hladký a kol., 1999, s. 41)

Tabulka 3 Aritmetické průměry, směrodatné odchylky a kritické hodnoty pro ženy

Faktor	Název faktoru	Aritmetický průměr	Směrodatná odchylka	Kritická hodnota
I.	Přetížení	7,4	3,2	10
II.	Monotonie	5,1	3	9
III.	Nespecifický faktor	8,6	4,4	14
HS	Hrubý skór	21	8,1	29

(Zdroj: Hladký a kol., 1999, s. 41)

Při zařazování do stupně zátěže je potřeba vycházet z faktorových skóre. Při hodnocení dochází k součtu mediánů jednotlivých faktorů. Poté mohou nastat tři případy:

- a) Faktor I. má nejméně o 2 body vyšší součet mediánů než II. faktor. Poté se sečtou střední hodnoty faktorů I. a III. Stupeň a k tomu odpovídající zátěžovou tendenci lze vyhodnotit podle tabulky č. 4 (Tabulka č. 4).

Tabulka 4 Faktorová analýza – přetížení

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

(Zdroj: Hladký a kol., 1999, s. 42)

- b) Faktor I. má nejméně o 2 body nižší součet mediánů než faktor II. Poté se sečtou střední hodnoty faktorů II. a III. Podle tabulky č. 5 se určí výsledná zátěžová tendence (Tabulka č. 5).

Tabulka 5 Faktorová analýza – monotonie

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

(Zdroj: Hladký a kol., 1999, s. 42)

- c) Bude-li rozdíl mezi I. a II. faktorem menší než 2 body, sečtou se součty mediánů všech tří faktorů. Podle tabulky č. 6 dojde k vyhodnocení stupně a zátěžové tendence (Tabulka č. 6).

Tabulka 6 Faktorová analýza – kombinace

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)

(Zdroj: Hladký a kol., 1999, s. 42)

Klasifikaci psychické zátěže tvoří tři stupně. V tabulce č. 7 lze nalézt význam jednotlivých stupňů (Tabulka č. 7).

Tabulka 7 Klasifikace psychické zátěže

Stupeň	Úroveň zátěže
1	Zátěž, při které není pravděpodobné ovlivnění zdraví, subjektivního stavu a výkonnosti.
2	Zátěž, při které může pravidelně docházet k dočasnému ovlivnění subjektivního stavu, resp. výkonnosti.
3	Zátěž, při níž nelze vyloučit zdravotní rizika.

(Zdroj: Hladký a kol., 1999, s. 42)

Maslach Burnout Inventory

Maslach Burnout Inventory (MBI) je nejznámější dotazník, který slouží ke sledování syndromu vyhoření u pomáhajících profesí. Je tvořen třemi faktory, dva jsou negativně laděné – emocionální vyčerpání (EE) a depersonalizace (DP) a jeden pozitivně – osobní uspokojení z práce (PA). Tento diagnostický nástroj publikovala autorská dvojice Maslachová a Jacksonová v roce 1981. V roce 1995 provedli Pierro a Fableri faktorovou analýzu MBI dotazníku a prokázali přítomnost výše uvedených faktorů – EE, DP a PA (Křivohlavý, 2012, s. 55).

Emocionální vyčerpání, nedostatek sil k jakékoliv činnosti, ztráta chuti k životu a nulová motivace k určité činnosti jsou pokládány za základní projevy burnout syndromu. Depersonalizace je projevem psychického vyčerpání a zřetelně se projevuje u osob, které mají velkou potřebu kladné odpovědi od těch, kterým poskytují péči. Když se jim této pozitivní odezvy nedostává, zahořknou a jsou k druhým lidem necitelní. Stupeň osobního uspokojení zahrnuje ohrožení především pro ty jedince, kterým schází zdravá sebedůvěra a jelikož si tyto zaměstnanci nedůvěřují, chybí jim síla ke zvládnutí stresových situací (Křivohlavý, 2012, s. 55).

V dotazníku se nachází 9 otázek zaměřených na EE, 5 otázek týkající se DP a 8 otázek, které se vztahují k PA. U každé otázky je možnost vyjádřit svůj názor jedním ze sedmi stupňů odpovědní škály. Vyhodnocení se opírá o součet bodových hodnot každého stupně zvlášť (Tabulka č.8). MBI měří úroveň vyhoření ve třech stupních a to vysoký, mírný a nízký (Křivohlavý, 2012, s. 56).

Tabulka 8 Úroveň vyhoření u MBI

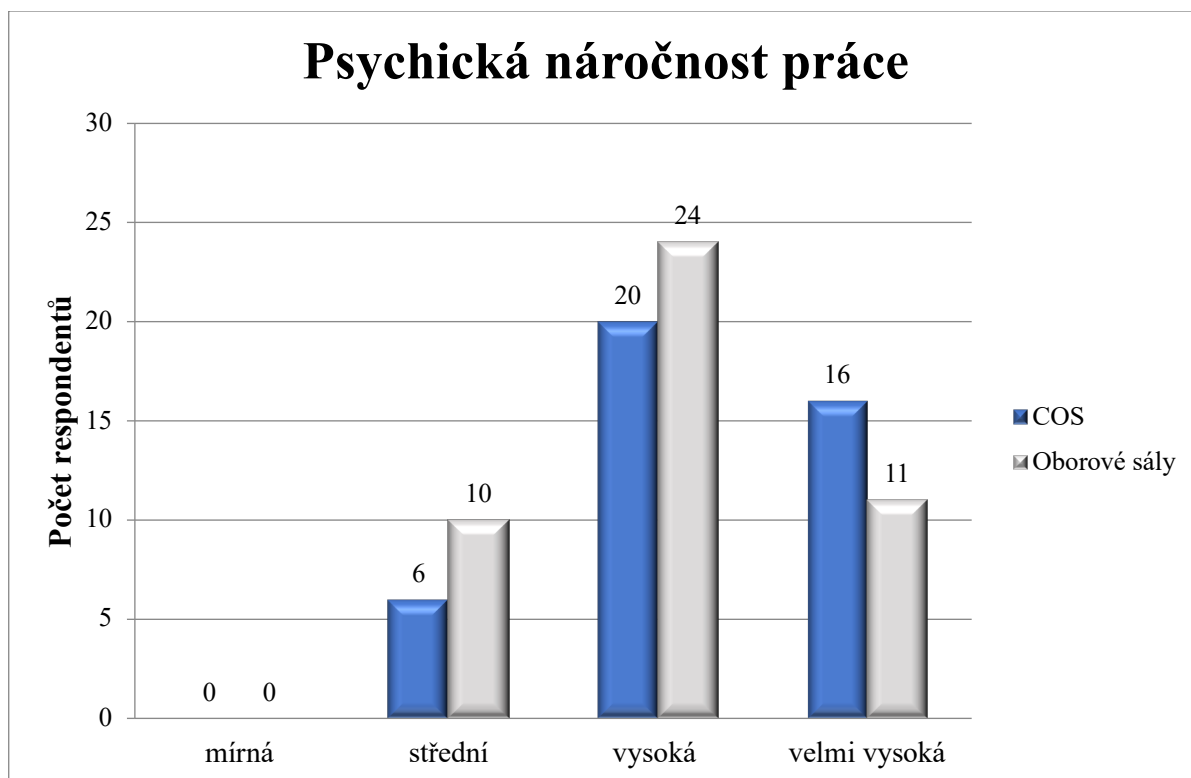
Stupeň emocionálního vyčerpání (EE)	
0-16	Nízký = minimální riziko ohrožení syndromem vyhoření
17-26	Mírný = středně vysoké riziko ohrožení syndromem vyhoření
27 a více	Vysoký = stupeň značící vyhoření v této oblasti
Stupeň depersonalizace (DP)	
0-6	Nízký = minimální riziko ohrožení syndromem vyhoření
7-12	Mírný = středně vysoké riziko ohrožení syndromem vyhoření
13 a více	Vysoký = stupeň značící vyhoření v této oblasti
Stupeň osobního uspokojení (PA)	
39 a více	Vysoký = minimální riziko ohrožení syndromem vyhoření
38-32	Mírný = středně vysoké riziko ohrožení syndromem vyhoření
31-0	Nízký = stupeň značící vyhoření v této oblasti

(Zdroj: Venglářová a kol., 2011, s. 44)

3.4 Prezentace výsledků

V této části diplomové práce jsou prezentovány výsledky statistické analýzy dat, která byla získána v nemocnici fakultního typu dotazníkovým šetřením v období od července do října 2018. Výsledná data jsou uvedena za pomoci tabulek a grafů, kde lze posoudit vliv práce na operačním sále na psychosociální zdraví perioperačních sester a porovnat zátěž na centrálních sálech a sálech oborových. Pro zpracování dat bylo použito 87 řádně vyplněných dotazníků, 42 z centrálních operačních sálů a 45 dotazníků ze sálů oborových.

1) Jak hodnotíte psychickou náročnost své práce?



Obrázek 1 Graf četnosti psychické náročnosti práce

Z grafického znázornění je patrné, že na centrálních operačních sálech téměř polovina respondentů hodnotí psychickou náročnost své práce jako vysokou, na oborových operačních sálech tuto možnost zvolila více jak polovina dotázaných. Na centrálních sálech 38,10 % uvádí velmi vysokou náročnost a na oborových sálech to pociťuje 24,44 % respondentů. Je tedy

zřejmé, že naprostá většina respondentů považuje svou práci za značně psychicky náročnou. Vzhledem k charakteru a náplni práce perioperačních sester tyto hodnoty nejsou nijak překvapivé a korelují s očekáváním (Obrázek č. 1).

2) Kterou situaci na Vašem pracovišti považujete pro Vás za nejvíce psychicky náročnou?

Tabulka 9 Četnost nejvíce psychicky náročných situací na pracovišti

Nejvíce psychicky náročná situace na pracovišti	COS		Oborové sály	
	n _i	f _i (%)	n _i	f _i (%)
nedostatečná organizace práce	14	33,33	8	17,78
změny v operačním programu	5	11,90	3	6,67
špatné zázemí operačního sálu	0	0,00	1	2,22
náhlé komplikace zdravotního stavu pacienta během operace, pocity bezmocnosti	11	26,19	8	17,78
špatné interpersonální vztahy	7	16,67	13	28,89
nedostatečné finanční ohodnocení	2	4,76	12	26,67
stres si nepřipouštím	2	4,76	0	0,00
jiné – hodně administrativní práce	1	2,38	0	0,00
celkem	42	100	45	100

Pokud jde o psychicky náročné situace, v popředí se ocitají spouštěcí mechanismy stresorů vyplývající z interpersonálních vztahů a nedostatečné organizace práce. Na centrálních i na oborových sálech představují poměrně častý problém, na COS 33,33 % respondentů udává nedostatky v organizaci práce, na oborových sálech téměř stejná část respondentů uvádí špatné interpersonální vztahy (Tabulka č. 9).

Ačkoliv jsou perioperační sestry, podobně jako i jiní zdravotníci, denně konfrontováni s lidským trápením a bolestí, málokdo si dokáže vytvořit dostatečný odstup. Respondenti na centrálních i na oborových sálech vyhodnotili jako druhou v pořadí závažnosti zátěžovou situaci, při níž dojde k náhlé komplikaci zdravotního stavu pacienta během operace a pocity bezmocnosti s ní spojené (Tabulka č. 9).

Pro sestry pracující na oborových operačních sálech byl významný faktor nedostatečné finanční ohodnocení, což patrně pramení z absence příplatků za směnný provoz nebo nízkého osobního

ohodnocení, vyplývající z nedostatku finančních prostředků poskytované oborovým sálům od vedení zdravotnického zařízení (Tabulka č. 9).

3) Vyberte tři negativní faktory, o kterých si myslíte, že nejvíce ovlivňují vaše psychosociální zdraví.

Tabulka 10 Četnost negativních faktorů ovlivňující psychosociální zdraví

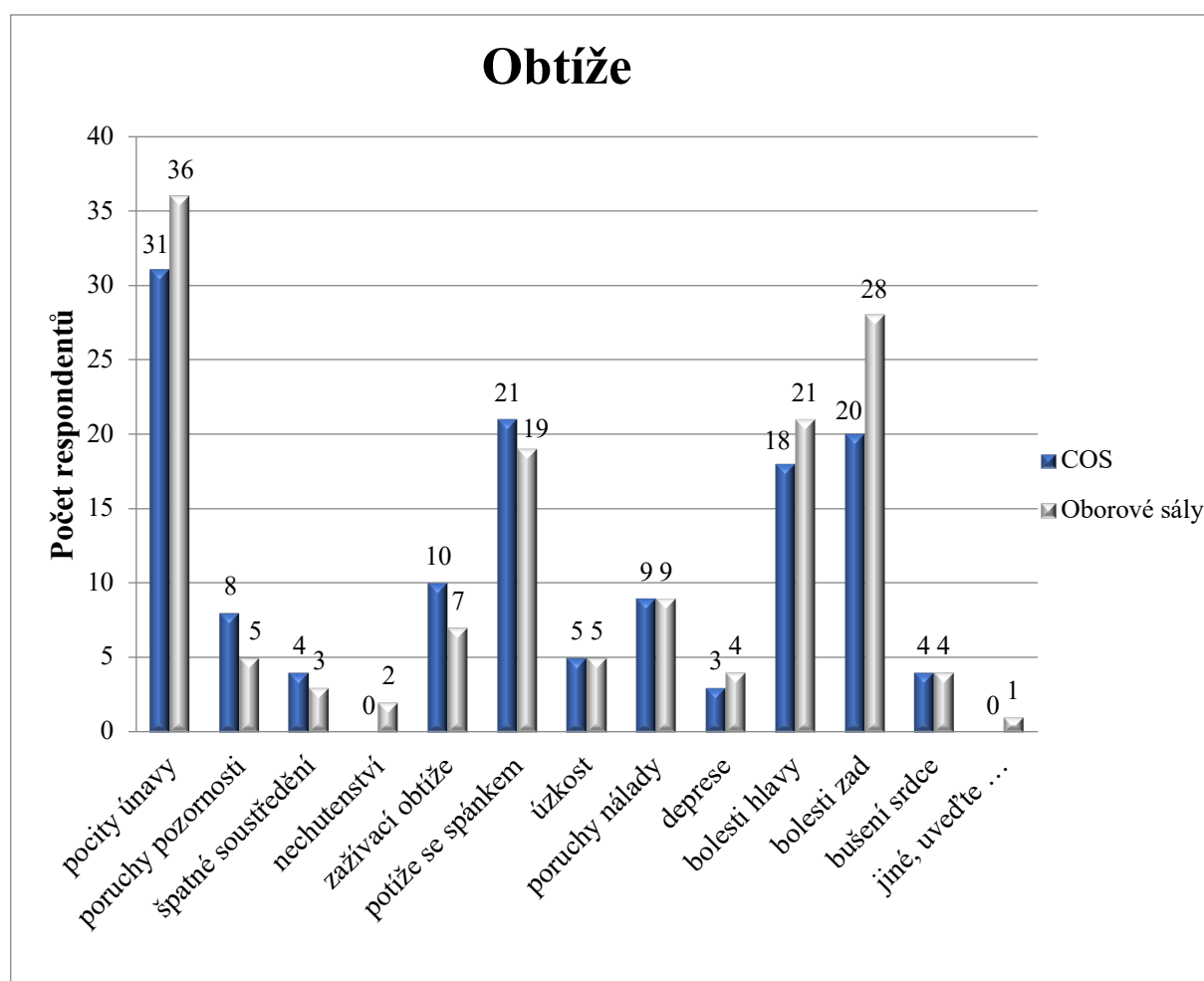
Ovlivňující faktory psychosociálního zdraví	COS		Oborové sály	
	n _i	f _i (%)	n _i	f _i (%)
časový stres	22	52,38	28	62,22
nemožnost dodržovat pitný režim	15	35,71	16	35,56
nepravidelné stravování	21	50,00	18	40,00
fyzická zátěž	14	33,33	8	17,78
narušení spánkového rytmu při práci ve směnném provozu	18	42,86	17	37,78
vliv klimatizace (pocity chladu či tepla)	5	11,90	19	42,22
umělé osvětlení	8	19,05	13	28,89
hluk	8	19,05	7	15,56
riziko infekce	13	30,95	8	17,78
jiné, uveďte ...	2	4,76	1	2,22

Jak je tedy z výsledků patrné, na obou pracovištích nadpoloviční většina respondentů pocítuje jako výrazně negativní faktor časový stres. Dalším významným stresorem v obou skupinách je nepravidelné stravování a nemožnost dodržovat pitný režim. Zákoník práce nařizuje pravidelnou přestávku na odpočinek a jídlo, avšak realita bývá často jiná. Velmi úzce souvisí i s již zmíněným faktorem časového stresu – pokud se operační plán nestíhá, velmi často je obětována či zkrácena přestávka na jídlo. Může zde sehrát roli i organizace stravování ve zdravotnickém zařízení, kdy se centrální jídelna nachází v jiném objektu než právě operační sály (Tabulka č. 10).

K narušení cirkadiálních rytmů, poruchám spánku, může přispět také nedostatek času k odpočinku. Toto bylo označeno jako další rizikový faktor – narušení spánkového rytmu při práci ve směnném provozu – u téměř 40 % respondentů na obou pracovištích. Problematika vlivu práce na směny na funkčnost a zdraví organismu je ovšem natolik široká, že by si zasloužila samostatný výzkum (Tabulka č. 10).

Pro sestry pracující na oborových operačních sálech je významný negativní faktor pocit chladu a tepla, způsobené vlivem klimatizace. Tuto možnost označuje 42,22 % perioperačních sester, na centrálních operačních sálech tuto možnost uvádí pouze 11,90 % dotázaných (Tabulka č. 10).

4) Pociťujete některé tyto obtíže?



Obrázek 2 Graf četnosti obtíží

Z grafického znázornění je patrné, že nejvýrazněji jsou respondenty obou skupin vnímány pocit únavy. Na centrálních operačních sálech následují potíže se spánkem, na oborových sálech druhá nejčastější nepříjemnost jsou bolesti zad. Z výsledků je dále patrné, že na obou pracovištích podobné procento perioperačních sester udává bolesti hlavy. U obou skupin

přibližně jedna pětina označuje zažívací obtíže. Z výsledných dat také vyplývá, že stejný počet respondentů uvádí poruchy nálady a úzkost (Obrázek č. 2).

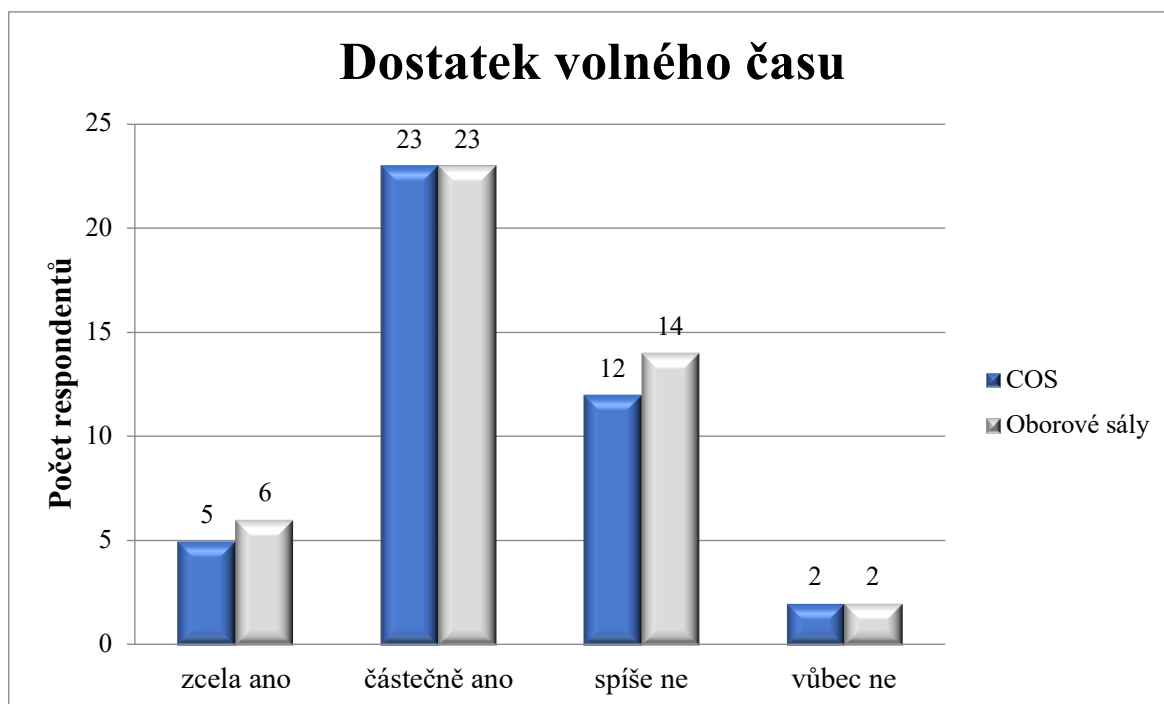
5) Myšlíte na práci ve chvílích svého volna?

Tabulka 11 Četnost myšlení na práci ve chvílích volna

Myšlení na práci ve chvílích volna	COS		Oborové sály	
	n _i	f _i (%)	n _i	f _i (%)
ano, myslím, často si ani neodpočnu	5	11,91	9	20,00
jen občas	24	57,14	31	68,89
nemyslím na práci, užívám si odpočinku	13	30,95	5	11,11
celkem	42	100	45	100

Z tabulky četností vyplývá, že na COS více jak polovina dotázaných myslí na práci ve chvílích volna jen občas, na oborových sálech tuto možnost označuje téměř 70,00 %. Na centrálních operačních sálech až 30,95 % respondentů uvádí, že nemyslí na práci a užívá si odpočinku, na oborových sálech volí tuto odpověď pouze 11,11 %. Na centrálních operačních sálech 11,91 % dotázaných myslí na práci a neodpočne si a na oborových sálech to tak vnímá až 20,00 % respondentů (Tabulka č. 11).

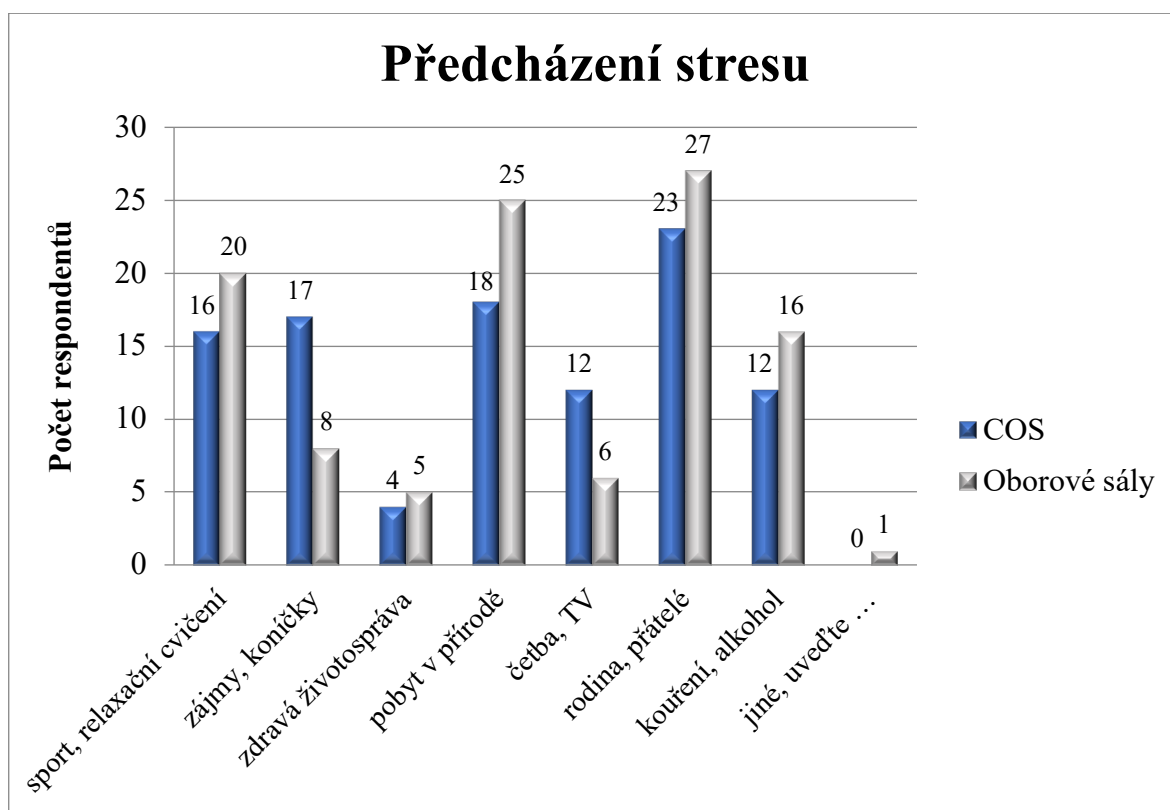
6) Máte dostatek volného času pro Váš osobní a rodinný život?



Obrázek 3 Graf četnosti dostatku volného času

Na centrálních operačních sálech více jak polovina respondentů uvádí, že dostatek volného času mají částečně, na oborových sálech tuto možnost volí stejný počet perioperačních sester. Na COS 28,57 % dotázaných udává, že spíše nemají dostatek volného času, podobný výsledek vyplývá z výzkumného šetření i na oborových sálech, kde tuto možnost označuje 31,11 % perioperačních sester. Pro svůj osobní a rodinný život má čas 11,91 % perioperačních sester, které pracují na centrálních sálech, na oborových tuto odpověď volí 13,33 % dotázaných. 4,76 % respondentek na centrálních sálech uvádí, že nemají vůbec žádný čas na rodinný a osobní život, na oborových sálech tuto možnost volí stejný počet perioperačních sester (Obrázek č. 3).

7) Jaké způsoby předcházení stresu volíte nejčastěji?

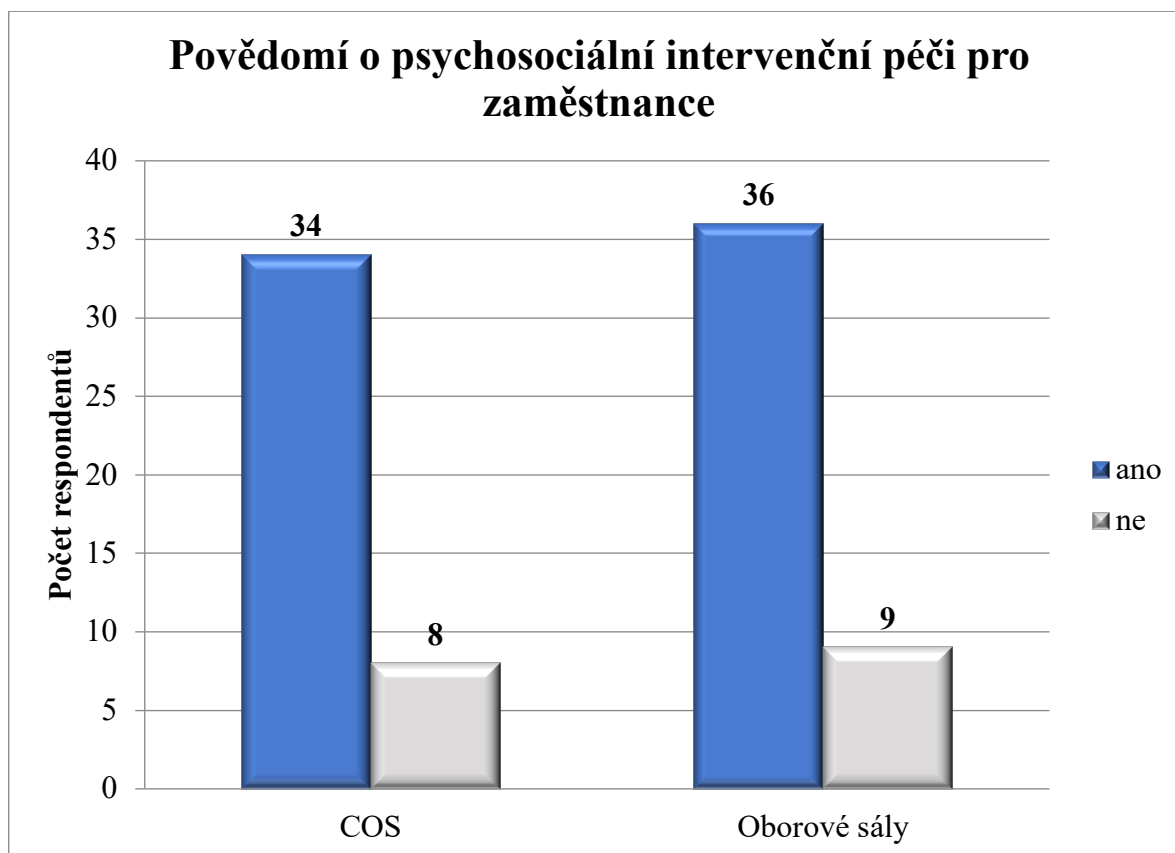


Obrázek 4 Graf četnosti způsobů předcházení stresu

Z grafického znázornění vyplývá, že 54,76 % na centrálních operačních sálech volí rodinu a přátelé jako způsob předcházení stresu, na oborových sálech tuto možnost označuje 60,00 % perioperačních sester. Druhá nejčastější odpověď je u obou skupin stejná – volí pobyt v přírodě. Dále na centrálních operačních sálech pro 40,48 % respondentů jsou důležité koníčky a zájmy, přibližně o polovinu méně perioperačních sester volí tuto možnost na oborových sálech. 38,10 % perioperačních sester z centrálních sálů upřednostňuje sport a relaxační cvičení. Na oborových udává sport a relaxační cvičení 44,44 % dotázaných (Obrázek č. 4).

Varovný výsledek analýzy dat je ten, že na centrálních operačních sálech 28,57 % perioperačních sester označuje jako způsob předcházení stresu kouření a alkohol. Na oborových sálech byl tento výsledek ještě vyšší, tuto možnost volí 35,56 % dotázaných (Obrázek č. 4).

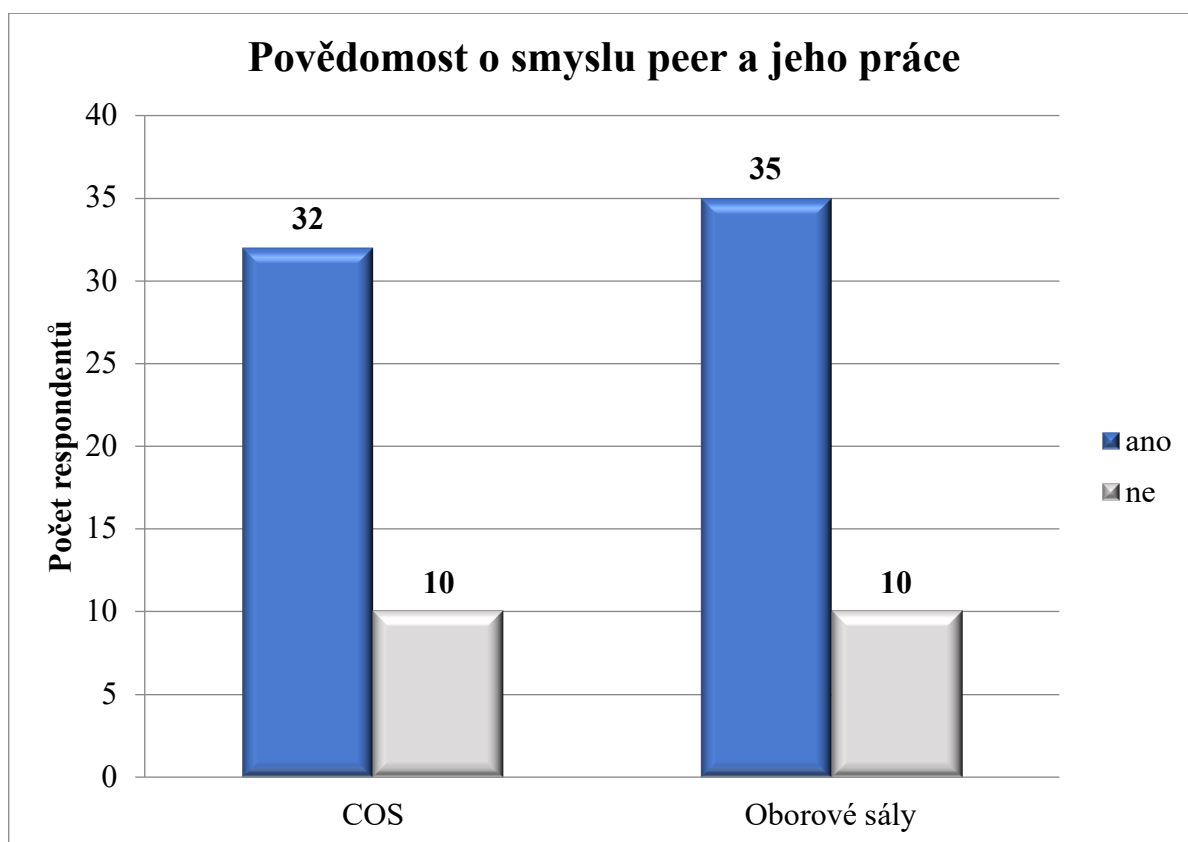
8) Slyšela jste o psychosociální intervenční péči pro zaměstnance?



Obrázek 5 Graf četnosti povědomí o psychosociální intervenční péči

Z grafického zobrazení je patrné, že o psychosociální intervenční péči slyšelo na centrálních operačních sálech 80,95 % perioperačních sester; na oborových operačních sálech má povědomí o psychosociální intervenční péči 80,00 % respondentů. Pětina perioperačních sester, jak na centrálních, tak i na oborových operačních sálech, povědomí o této službě nemá (Obrázek č. 5).

9) Víte, kdo je peer a jaký je smysl jeho práce?



Obrázek 6 Graf četnosti povědomí o peer a smyslu jeho práce

Ze získaných dat vyplývá, že na centrálních operačních sálech ví, kdo je peer a jaká je jeho práce 76,19 % perioperačních sester, na oborových sálech zná peer a ví, co je jeho práce 77,78 % dotázaných perioperačních sester. Povědomí o peer a smyslu jeho práce nemá na centrálních sálech 23,81 % dotázaných a téměř stejné procento perioperačních sester z oborových operačních sálů (Obrázek č. 6).

10) Jaká je délka Vaší praxe na operačních sálech?

Tabulka 12 Četnost délky praxe na operačním sále

Délka praxe na operačních sálech	COS		Oborové sály	
	n _i	f _i (%)	n _i	f _i
0 až 5 let	3	7,14	3	6,67
6-10 let	6	14,29	8	17,78
11-15 let	11	26,19	7	15,56
16-20 let	8	19,05	10	22,22
21 a více	14	33,33	17	37,78
celkem	42	100	45	100

Ze získaných odpovědí je patrné, že na COS 33,33 % respondentů uvádí délku praxe 21 let a více, 26,19 % pracuje na operačním sále 11 až 15 let, 19,05 % dotázaných má praxi 16 až 20 let, 14,29 % perioperačních sester udává 6 až 10 let praxe a 7,14 % pracuje na sále nejdéle do 5 let. Průměrná délka praxe perioperačních sester na COS je 18 let a medián 16,5 (Tabulka č. 12).

Na oborových sálech 37,78 % dotázaných pracuje 21 let a více, 22,22 % perioperačních sester má praxi 16 až 20 let, 17,78 % pracuje na operačním sále 6 až 10 let, 15,56 % uvádí 11 až 15 let praxe a 6,67 % respondentů pracuje operačním sále maximálně do 5 let. Průměrná délka praxe sledovaného souboru na oborových sálech je 19 let a medián 20 (Tabulka č. 12).

3.4.1 Ohrožení syndromem vyhoření podle MBI v závislosti na délce praxe

Porovnání ohrožení syndromem vyhoření perioperačních sester na COS a OS bylo provedeno z výsledných dat, která byla získána pomocí dotazníku Maslach Burnout Inventory. Metodice vyhodnocení dotazníku se podrobněji věnuje kapitola 3.3.

38 perioperačních sester z celkového počtu 87 dotázaných pracuje na operačním sále méně než 16 let a 49 respondentů udává délku praxe v perioperační péči 16 a více let. Mezník 16 let jsem zvolila na základě výsledné hodnoty mediánu, která byla na centrálních operačních sálech 16,5.

Tabulka 13 MBI v závislosti na délce praxe

MBI v závislosti na délce praxe		méně než 16 let praxe		praxe 16 let a více	
		n _i	f _i (%)	n _i	f _i (%)
EE	nízký	11	28,95	15	30,61
	mírný	14	36,84	19	38,78
	vysoký	13	34,21	15	30,61
DP	nízký	11	28,95	17	34,69
	mírný	14	36,84	23	46,94
	vysoký	13	34,21	9	18,37
PA	nízký	23	60,53	37	75,51
	mírný	10	26,32	7	14,29
	vysoký	5	13,16	5	10,20

Ze získaných dat vyplývá, že v oblasti emocionálního vyčerpání u osob pracujících méně než 16 let vysokého stupně vyhoření dosahuje 13 (34,21 %) dotázaných, 14 (36,84 %) respondentů dosahuje středního stupně, u 11 (28,95 %) se vyskytuje nízký stupeň emocionálního vyčerpání. Vysoký stupeň depersonalizace se vyskytuje u 13 (34,21 %) respondentů, střední stupeň u 14 (36,84 %) dotázaných a 11 (28,95 %) perioperačních sester dosahuje nízký stupeň depersonalizace. Vyhoření v oblasti osobního uspokojení se vyskytuje u 5 (13,16 %) dotázaných, 10 (26,32 %) respondentů uvádí střední stupeň a u 23 (60,53 %) perioperačních sester se vyskytuje nízký stupeň (Tabulka č. 13).

U perioperačních sester pracujících na operačním sále 16 a více let výsledky dotazníku naznačují, že v oblasti emocionální vyčerpání se vyskytuje vysoký stupeň vyhoření u 15 (30,61 %) dotázaných, 19 (38,78 %) respondentů dosahuje středního stupně a u 15 (30,61 %)

perioperačních sester se vyskytuje nízký stupeň emocionálního vyčerpání. Vysoký stupeň depersonalizace dosahuje 9 (18,37 %) perioperačních sester, střední stupeň se vyskytuje u 23 (46,94 %) respondentů a nízký stupeň depersonalizace je u 17 (34,69 %) dotázaných. V oblasti osobního uspokojení vyhoření dosahuje 5 (13,16 %) perioperačních sester, střední stupeň se vyskytuje u 7 (14,29 %) respondentů a nízký stupeň u 37 (75,51 %) dotázaných (Tabulka č. 13).

Statistické testování hypotéz

K testování nezávislosti byl využit Pearsonův chí kvadrát test. Výchozí myšlenka chí-kvadrát testu tkví v porovnání pozorovaných a očekávaných četností. K výpočtu dosažené hladiny statistické významnosti neboli signifikace (tzv. *p*-hodnoty) byla využita funkce CHISQ.TEST a tento výsledek je porovnán s hodnotou 0,05. Pokud je menší než 0,05, je nutné nulovou hypotézu zamítnout, což znamená, že pravděpodobnost, že by posuzované závislosti vznikly náhodně, je menší než 5 %. Než bylo realizováno testování, bylo potřeba stanovit nulové hypotézy (H_0) a alternativní hypotézy (H_A).

Výsledek testování hypotézy č. 1: Perioperační sestry s délkou praxe 16 a více let jsou ohroženy syndromem vyhoření v oblasti emocionálního vyčerpání více než perioperační sestry s kratší délkou praxe.

1H₀: Výskyt syndromu vyhoření podle MBI v oblasti emocionálního vyčerpání nezávisí na délce praxe na operačním sále.

1H_A: Výskyt syndromu vyhoření podle MBI v oblasti emocionálního vyčerpání závisí na délce praxe na operačním sále.

Při hodnocení hypotézy bylo zjišťováno, zda je souvislost mezi délkou praxe na operačním sále a emocionálním vyčerpáním. V tomto příkladu se $p = 0,938$, nulová hypotéza tedy zamítnuta být nemůže.

Závěr testování: Výskyt syndromu vyhoření podle MBI v oblasti emocionálního vyčerpání nezávisí na délce praxe na operačním sále.

Výsledek testování hypotézy č. 2 Perioperační sestry s délkou praxe 16 a více let jsou ohroženy syndromem vyhoření v oblasti depersonalizace více než perioperační sestry s kratší délkou praxe.

1H0: Výskyt syndromu vyhoření podle MBI v oblasti depersonalizace nezávisí na délce praxe na operačním sále.

1HA: Výskyt syndromu vyhoření podle MBI v oblasti depersonalizace závisí na délce praxe na operačním sále.

Při hodnocení hypotézy bylo zjišťováno, zda je souvislost mezi délkou praxe na operačním sále a depersonalizací. V tomto příkladu se $p = 0,240$, nulová hypotéza tedy zamítnuta být nemůže.

Závěr testování: Výskyt syndromu vyhoření podle MBI v oblasti depersonalizace nezávisí na délce praxe na operačním sále.

Výsledek testování hypotézy č. 3 Perioperační sestry s délkou praxe 16 a více let jsou ohroženy syndromem vyhoření v oblasti osobního uspokojení více než perioperační sestry s kratší délkou praxe.

1H0: Výskyt syndromu vyhoření podle MBI v oblasti osobního uspokojení nezávisí na délce praxe na operačním sále.

1HA: Výskyt syndromu vyhoření podle MBI v oblasti osobního uspokojení závisí na délce praxe na operačním sále.

Při hodnocení hypotézy bylo zjišťováno, zda je souvislost mezi délkou praxe na operačním sále a osobním uspokojením. V tomto příkladu se $p = 0,296$, nulová hypotéza tedy zamítnuta být nemůže.

Závěr testování: Výskyt syndromu vyhoření podle MBI v oblasti osobního uspokojení nezávisí na délce praxe na operačním sále.

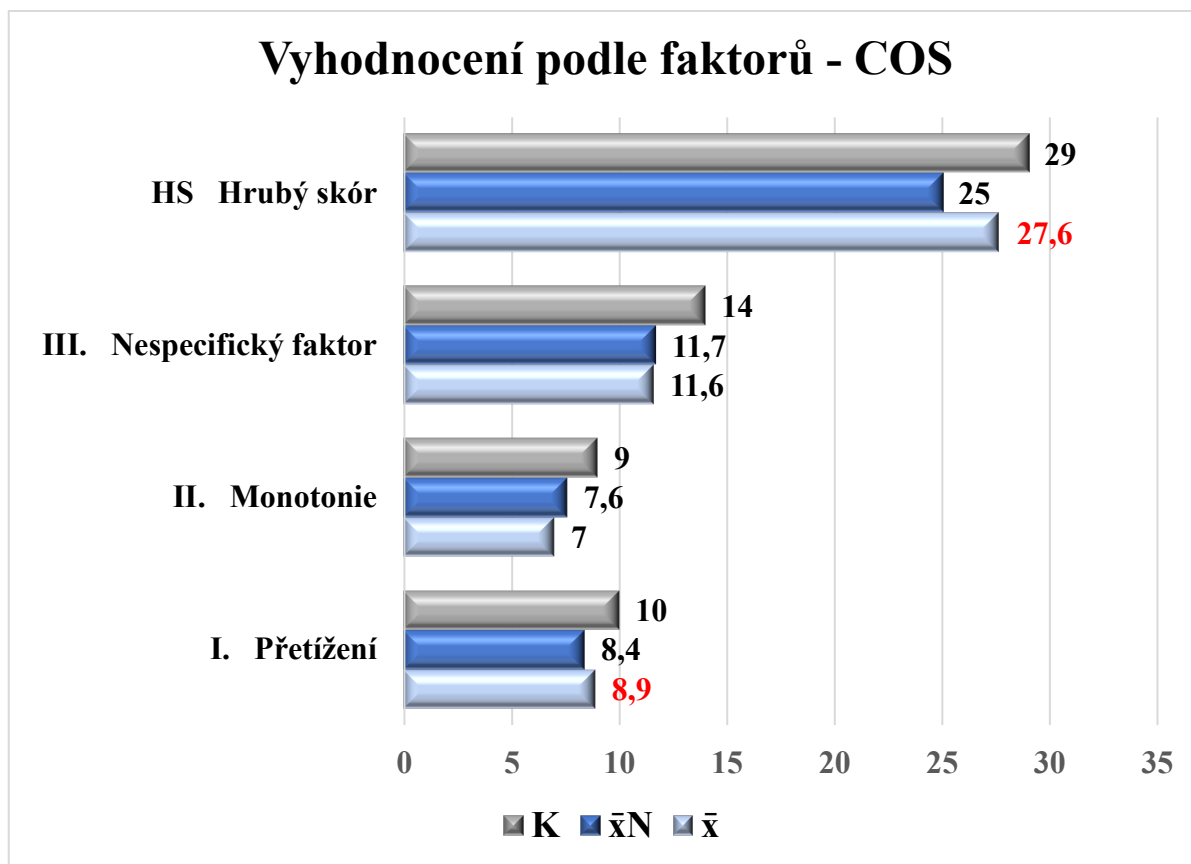
3.4.2 Porovnávání psychické zátěže podle Meisterova dotazníku na COS a na OS

Jedna z výzkumných otázek byla zaměřena na to, zda perioperační sestry na centrálních sálech pociťují psychickou zátěž více než perioperační sestry na oborových sálech.

Porovnání bylo provedeno z výsledných dat, která byla získána pomocí Meisterova dotazníku. Metodice vyhodnocení Meisterova dotazníku se podrobněji věnuje kapitola 3.3.

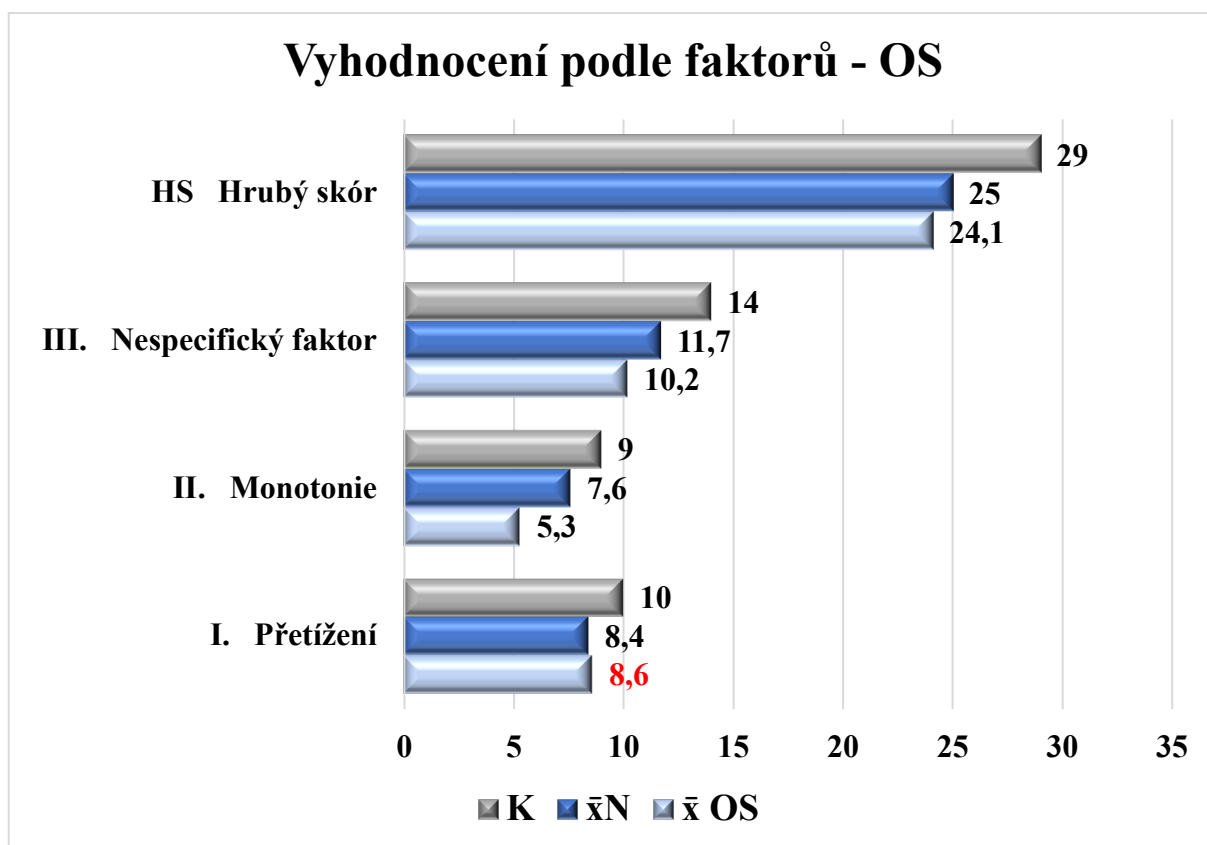
Vyhodnocení podle faktorové analýzy

V grafech č. 7 a č. 8 jsou uvedeny aritmetické průměry (\bar{x}) jednotlivých faktorů a hrubého skóre, které byly získány výpočtem z odpovědí oslovených perioperačních sester na COS a OS. Pro srovnání jsou zobrazeny populační normy aritmetických průměrů (\bar{x}_N) a kritické hodnoty (K), jejichž přesažení naznačuje nadměrné zatížení v daném okruhu.



Obrázek 7 Graf vyhodnocení podle faktorů na COS

Z grafického znázornění vyplývá, že na COS aritmetický průměr (\bar{x}) překračuje populační normu (\bar{x}_N) u faktoru I. přetížení, avšak nedosahuje kritických hodnot (K). Rozdíl činí 0,5. Dále byl překročen aritmetický průměr (\bar{x}) v oblasti hrubého skóre o 2,6, také ani zde nedosáhl výstup kritické hodnoty (K). Z vyhodnocení faktorové analýzy na COS vyplývá, že u respondentek dochází k přetížení; zátěži perioperační sestry nepodléhají v oblasti monotonie a nesespecifického faktoru (únava, přesycení, dlouhodobá neúnosnost, nervozita) (Obrázek č. 7).



Obrázek 8 Graf vyhodnocení podle faktorů na OS

Ze výsledných dat získaných na OS vyplývá, že aritmetický průměr (\bar{x}) překračuje populační normu (\bar{x}_N) u faktoru I. přetížení, avšak nedosahuje kritických hodnot (K). Rozdíl činí 0,2. Z výsledných dat faktorové analýzy na OS vyplývá, že u perioperačních sester dochází k zátěži v oblasti přetížení a k projevům monotonie a nesespecifického faktoru (únava, přesycení, dlouhodobá neúnosnost, nervozita) nedochází (Obrázek č. 8).

Vyhodnocení podle jednotlivých otázek

V tabulka č. 14 jsou uvedeny střední hodnoty pro jednotlivé položky Meisterova dotazníku, které byly vypočítány ze získaných odpovědí perioperačních sester na COS a OS. Dále jsou uvedeny kritické hodnoty mediánu a začlenění položek do jednotlivých faktorů. Tam, kde zjištěná hodnota překračuje kritickou hodnotu nebo se jí rovná, sestry svou práci hodnotí negativně.

Tabulka 14 Hodnoty mediánu na COS a OS

č.	Otázka (zkráceně)	Medián COS	Medián OS	K	Začlenění do faktoru
1.	časová tíseň	3	3	3	I
2.	malé uspokojení	2	2	2,5	II
3.	vysoká odpovědnost	3	2	3	I
4.	otupující práce	1	1	2,5	II
5.	problémy a konflikty	2	2	2,5	I
6.	monotonie	2	1	2,5	II
7.	nervozita	3	2	3	III
8.	přesycení	3	2	3	III
9.	únava	3	2	3	III
10.	dlouhodobá únosnost	3	2	2,5	III

Na základě výsledných dat uvedených v tabulce č. 14 lze konstatovat, že na COS perioperační sestry pocítují nadměrnou zátěž pro časovou tíseň a vysokou zodpovědnost. Také cítí nervozitu, jsou z práce přesyceny, unaveny a jsou přesvědčeny, že tuto práci nelze dělat po léta se stejnou výkonností (Tabulka č. 14).

Z odpovědí na OS lze soudit, že perioperační sestry se často dostávají do časové tísně, ostatní oblasti hodnotily pozitivně (Tabulka č. 14).

Tabulka 15 Přehled hodnot mediánů pro jednotlivé faktory na COS a OS

Faktor	COS	OS
I. Přetížení (1 + 3 + 5)	8	8
II. Monotonie (2 + 4 + 6)	5	4
III. Nespecifický faktor (7 + 8 + 9 + 10)	12	10
HS Hrubý skór (I + II + III)	25	22
Vyhodnocení – součet faktorů I + III	20	18

Na COS při porovnání součtu mediánů jednotlivých faktorů nastala situace, kdy faktor I. má o 3 body vyšší součet středních hodnot než faktor II. Při této variantě je tedy zapotřebí sečíst střední hodnoty faktorů I. a III. Součet hodnot je 20, což vede k závěru, že na COS perioperační sestry pocítují psychickou **zátěž, která může dočasně ovlivňovat jejich subjektivní stav, respektive výkonnost** (Tabulka č. 15).

Na OS při porovnání součtu mediánů jednotlivých faktorů nastala situace, kdy faktor I. má o 4 body vyšší součet středních hodnot než faktor II. Při této variantě je tedy také potřeba sečíst mediány faktorů I. a III. Součet hodnot je 18, což vede k závěru, že na OS perioperační sestry pocítují **zátěž, při které není pravděpodobné ovlivnění zdraví, subjektivního stavu a výkonnosti** (Tabulka č. 15).

4 DISKUZE

Diplomová práce se zabývá tématem vlivu práce perioperační sestry na její psychosociální zdraví. Výzkumná data byla získána pomocí dotazníku, který byl rozdán v nemocnici fakulního typu na oborových operačních sálech a na sálech centrálních.

Bylo vymezeno 6 výzkumných otázek.

Diplomová práce porovnává získaná data se studií České asociace sester, která probíhala od začátku června do konce července roku 2013. Záměrem výzkumu je získat informace o pracovních podmínkách, které mají za úkol napomoci vytvoření návrhu řešení pro zlepšení pracovních podmínek zdravotních sester v České republice. Dále jsou získané informace porovnávány s výzkumným projektem Balkové, kde výsledná data byla získávána od ledna do července roku 2011. Cílem šetření bylo zjistit u perioperačních sester příčiny a projevy burnout syndromu. Získané výsledky byly také porovnávány s průzkumem, jenž realizoval v roce 2015 Ptáček. Zaměřil se na pracovní stres a jeho souvislosti se syndromem vyhoření a projevy depresivních stavů. Dále je diplomová práce srovnávána se zjištěnými výsledky Machálkové, která v roce 2013 realizovala výzkum, jehož cílem bylo popsat kvalitu spánku u sester pracujících ve směnném provozu. Výsledná data jsou dále porovnávána s výzkumným projektem Litvínové a Poliakové, které se zaměřily v roce 2015 na psychickou zátěž v perioperační péči ve fakulních nemocnicích na Slovensku.

Dále jsou výsledná data porovnávána s bakalářskou prací Joštové, diplomovou prací Daškové, Dombiové, Medkové a Polákové.

Bakalářská práce Joštové Stresové faktory u sester na operačním sále je zaměřena na zjištění nejčastějších příčin stresových faktorů působících v perioperační péči. Dotazníkové šetření probíhalo od září 2015 do ledna 2016. Předmětem diplomové práce Daškové Povědomí zdravotníků o psychosociální intervenční službě bylo vyhodnotit, zda znají pracovníci psychosociální intervenční péči. Dotazníkové šetření probíhalo v období dubna a května 2018. Diplomová práce Dombiové Stres v práci sester na jednotkách intenzivní péče na vybraných pracovištích je zaměřena na odhalení nejčastějších stresových faktorů a metod jejich zvládnání. Výzkum probíhal od května do června 2014. Diplomová práce Medkové Psychická zátěž perioperačních sester na operačním sále je zaměřena na problematiku psychické zátěže u sester pracujících v perioperační péči. Dotazníkové šetření probíhalo od listopadu 2013 do ledna 2014. Poláková v diplomové práci Pracovní zátěž u sester v perioperační péči zaměřila

pozornost na typy pracovní zátěže u sester v perioperační péči a rozdíly u začínajících a dlouhodobě pracujících sester na operačním sále. Výzkum probíhal od listopadu 2015 do února 2016.

Výzkumná otázka č. 1: Které faktory ovlivňují psychosociální zdraví perioperačních sester nejvíce?

Získanými daty bylo zjištěno, že nejčastější faktor, který ovlivňuje psychosociální zdraví perioperačních sester je časový stres, tento faktor označuje 57,3 % respondentů. Ptáček v roce 2015 realizoval výzkumný projekt zaměřený na pracovní stres a z výzkumného šetření vyplývá, že téměř 55 % respondentů pociťuje zátěž z nadměrného časového zatížení a enormních pracovních požadavků. V diplomové práci Polákové (2016) tuto možnost označilo 27,1 % perioperačních sester. Balková (2011) poukazuje na výsledky svého výzkumu, kde intenzitu a časový stres označuje až 65 % perioperačních sester. Ptáček uvádí, že práce, kde časový stres či mnoho povinností je kombinováno s nemožností rozhodování, může docházet nejen ke vzniku bezprostřední psychické nepohody, ale také k výskytu dlouhodobých duševních potíží (Ptáček a kol., 2017, s. 83).

Výzkumným šetřením bylo dále zjištěno, že 45 % perioperačních sester uvádí nepravidelné stravování. Balková (2011) došla k závěru, že nevhodné stravovací podmínky pociťuje takřka 80 % sester pracujících na operačním sále a 40 % těchto dotázaných sester uvádí nevhodný režim přestávek. Z výzkumného šetření České asociace sester (2013) vyplývá, že povinnou přestávku po 6 hodinách práce si výjimečně stihne vyčerpat 21,4 % respondentů a 33,5 % ji stihne využít občas. Z výsledných dat také vyplývá, že 40,32 % perioperačních sester pociťuje jako negativní faktor narušení spánkového rytmu při práci ve směnném provozu. Machálková (2013) realizovala výzkum, kde zjistila, že 22 % dotázaných sester pociťuje nespokojenost s kvalitou spánku a 31,1 % respondentů pociťuje spokojenost pouze z části. Žídková poukazuje na to, že spánek po větším počtu nočních směn může vést až k celkovému vyčerpání organismu (Žídková, 2010, s. 41).

Za psychicky náročnou situaci 25,56 % dotázaných sester pracujících na operačním sále považuje nedostatečnou organizaci práce. K podobnému výsledku dospěla ve své diplomové práci Poláková (2016), kde tuto možnost označilo 23,6 % dotázaných. V bakalářské práci Joštové (2016) tuto možnost zvolilo 12 % respondentů. Psychicky náročné situace na operačním sále jsou pro 22,78 % perioperačních sester špatné interpersonální vztahy. Zavadilová (2016) ve své

bakalářské práci došla k závěru, že negativní vztahy v kolektivu pociťuje 32,04 % dotázaných. Ptáček (2015) svým výzkumem zjistil, že pro 29 % dotázaných je stresorem při práci právě konflikty se spolupracovníky.

Výzkumná otázka č. 2: Jaký vliv má práce perioperační sestry na její psychosociální zdraví?

U většiny dospělých zaměstnání a práce může přinášet uspokojení a životní naplnění a jejich životní pohodu a duševní zdraví zlepšuje. Samozřejmě, především v dlouhodobé souvislosti, mohou zaměstnání a práce působit zcela opačně, tedy mohou způsobovat špatné pocity a duševní nepohodu nebo vést ke vzniku vážných psychických a zdravotních obtíží (Ptáček a kol., 2015, s. 86). Z výsledných dat je patrné, že 76,91 % perioperačních sester pociťuje únavu. Joštová ve své bakalářské práci došla k závěru, že únavu velmi často pociťuje 15,29 % sester a často 37,65 %. Z výsledných dat dále vyplývá, že u 54,92 % dotázaných se vyskytují bolesti zad a 44,77 % bolesti hlavy. Žídková udává, že fyzická únava jde ruku v ruce s únavou psychickou a pokud působí najednou, může docházet k zesílení dopadu stresu a vést k psychickému vyčerpání (Žídková, 2010, s. 40).

Výzkumným šetřením bylo dále zjištěno, že 46,11 % dotázaných má potíže se spánkem. V diplomové práci Medkové poruchy spánku uvádí 37 % perioperačních sester. Machálková výzkumným projektem zjistila, že obtíže se spánkem, které narušují běžnou výkonost, soustředění a paměť pociťuje 22,6 % dotázaných. Získanými odpověďmi bylo dále zjištěno, že u 20,72 % perioperačních sester se vyskytují poruchy nálady, 15,08 % má poruchy pozornosti, 11,51 % úzkost a 8,02 % pociťuje deprese. V diplomové práci Medkové 77 % sester pracujících na operačním sále pociťuje podrážděnost a 7 % úzkost. Ptáček a kol. udávají, že až pro 49 % osob je práce zdrojem dlouhodobého stresu a u těchto osob zjišťují statisticky velmi významné zvýšené hladiny depresivních symptomů (Ptáček a kol., 2015, s. 86).

Získanými daty bylo také zjištěno, že 29,84 % dotázaných uvádí, že dostatek volného času pro svůj osobní a rodinný život spíše nemají a 4,6 % respondentů nemá čas vůbec. Dále 15,95 % perioperačních sester udává, že na práci myslí často a mnohdy si ani neodpočinou. Kebza a kol. uvádějí, že zdravotní sestry by měli dbát na zásady duševní hygieny a jedním z hlavních principů je oddělit osobní život od pracovního. Pojem „work-family interface“ je v poslední době hodně používaný, jedná se o nalezení rovnováhy mezi prací a osobním životem a při dobrém rozvržení může vést i k obohacení jedince (Kebza a kol., 2012, s. 74).

Výzkumná otázka č. 3: Jaké jsou nejčastější metody využívané perioperačními sestrami k předcházení stresu?

Z výsledných dat vyplývá, že 57,38 % perioperačních sester volí k předcházení stresu trávení času s rodinou a přáteli. Dombiová (2014) došla k podobnému závěru, tuto možnost zvolilo 58,8 % respondentů. V diplomové práci Joštové (2016) označilo 65 % perioperačních sester podporu rodiny. Litvínová a Poliaková (2015) realizovaly výzkum, z něhož vyplývá, že nejčastějším pozitivním faktorem, který sestry využívají k eliminaci psychické zátěže je rozhovor s blízkou osobou. Výzkumným šetřením bylo dále zjištěno, že pro 49,21 % dotázaných je prevencí stresu pobyt v přírodě. V bakalářské práci Joštové (2016) tuto možnost označilo 72 % perioperačních sester.

Ze získaných dat také vyplývá, že pro 41,27 % sester je metodou k předcházení stresu sport a relaxační cvičení. V diplomové práci Dombiové (2014) sport a relaxační cvičení označilo 49 % dotázaných a v bakalářské práci Joštové (2016) zvolilo tuto možnost 55,5 % sester pro perioperační péči. Mezi oblíbené způsoby předcházení stresu patří zájmy a koníčky, které označilo 29,13 % perioperačních sester.

Z výzkumného šetření vyplývá, že jako nástroj k předcházení stresu 32,07 % sester zvolilo kouření a alkohol. Drozdová a Kebza realizovali v roce 2009 výzkum, z něhož vyplývá, že až 38,6 % sester je kuřáček.

Výzkumná otázka č. 4: Mají perioperační sestry povědomí o psychosociální intervenční péči v daném zdravotnickém zařízení?

Psychosociální intervenční služba je nabízená pomoc zaměstnancům, kteří jsou vystaveni nadlimitním zátěžovým situacím, které jsou spojené s výkonem povolání. Úkolem této služby je podpořit zaměstnance při zvládnutí náhlé stresové reakce, snížení nebezpečí profesního selhání, prevence syndromu vyhoření, předcházení posttraumatického stresového onemocnění a dalších potencionálních dopadů v souvislosti se zvýšeným vlivem psychického vypětí. Avšak řada zdravotnických pracovníků si neumí nebo nechce říct o pomoc a podporu, mnohdy netuší, kam a za kým zajít (Venglářová a kol., 2011, s. 38-39). Z výsledných dat vyplývá, že 19,5 % nemá povědomí o psychosociální intervenční péči. K podobnému závěru došla i Dašková (2018) ve své diplomové práci, kdy bylo zjištěno, že 19,4 % dotázaných nezná psychosociální

intervenční službu vůbec. V bakalářské práci Joštová (2016) uvádí, že o intervenční péči nikdy neslyšelo 29 % dotazovaných.

Výzkumným šetřením bylo dále zjištěno, že 23,02 % perioperačních sester nemá povědomí o tom kdo je peer a jaký je smysl jeho práce. V bakalářské práci Joštová (2016) udává, že kdo je peer a jaká je jeho práce neví 29 % respondentů. Peer je kolega, je to člen týmu. Závazek společnosti, a především zaměstnavatele je zajistit péči o zdraví svých zaměstnanců. Peer program nepochybně patří k péči o zdraví, jelikož přispívá k duševní hygieně a napomáhá k poklesu vnímání stresových situací. Ambicí nemocnic by mělo být zvýšit povědomí zaměstnanců o peer, jejich kompetencí a zajistit jejich dosažitelnost (Masarykův onkologický ústav, 2015).

Výstup diplomové práce tvoří informační prospekt vlastní tvorby o psychosociální intervenční službě v daném zdravotnické zařízení (viz příloha B). Cílem informačního letáku je perioperačním sestřím napovědět, kde v případě potřeby hledat pomoc. Tento prospekt bude rozdán na centrální a oborové operační sály. Bude k vidění na denní místnosti sester na vývěsce, kde ho lze dobře spatřit a sestry v nouzi navést k využití služeb poskytovaných zdravotnickým zařízením.

Výzkumná otázka č. 5: Perioperační sestry na centrálních operačních sálech pociťují psychickou zátěž podle Meisterova dotazníku více než perioperační sestry na oborových sálech?

Výzkumným šetřením lze posoudit psychickou zátěž podle Meisterova dotazníku u sester pracujících na centrálních operačních sálech a sálech oborových. Hodnocení výsledků lze provádět dvojím způsobem, a to podle jednotlivých položek a podle faktorů.

Při vyhodnocování podle faktorů byla data porovnáována s populačními normami aritmetických průměrů a s kritickými hodnotami. Na centrálních operačních sálech aritmetický průměr překračuje populační normu u faktoru I. přetížení, avšak nedosahuje kritických hodnot. Dále byl překročen aritmetický průměr v oblasti hrubého skóre, také ani zde nedosáhl výstup kritické hodnoty. Z vyhodnocení faktorové analýzy na COS tedy vyplývá, že u respondentek dochází k přetížení. Psychické zátěži perioperační sestry nepodléhají v oblasti monotonie a nespecifického faktoru (únava, přesycení, dlouhodobá neúnosnost, nervozita).

Na oborových operačních sálech hodnoty aritmetických průměrů překračují populační normu pouze u faktoru přetížení, avšak ani zde nedosahují kritických hodnot. Z výsledných dat faktorové analýzy na OS vyplývá, že u perioperačních sester dochází k zátěži v oblasti přetížení a k projevům monotonie a nespecifického faktoru (únava, přesycení, dlouhodobá neúnosnost, nervozita) nedochází.

Při vyhodnocení jednotlivých položek jsou výsledná data porovnávána s kritickými hodnotami mediánu. Na COS perioperační sestry pocítují nadměrnou zátěž pro časovou tíseň a vysokou zodpovědnost. Také cítí nervozitu, jsou z práce přesyceny, unaveny a jsou přesvědčeny, že tuto práci nelze dělat po léta se stejnou výkonností. Z odpovědí na OS lze soudit, že perioperační sestry se často dostávají do časové tísně, ostatní oblasti hodnotily pozitivně.

Na základě součtu hodnot mediánů na centrálních operačních sálech lze soudit, že perioperační sestry pocítují psychickou zátěž, při které může docházet pravidelně k dočasnému ovlivnění subjektivního stavu, respektive výkonnosti. Součet hodnot mediánů oborových sálů prokázal, že perioperační sestry pocítují zátěž, při které není pravděpodobné ovlivnění zdraví, subjektivního stavu a výkonnosti.

V konečném hodnocení získaných dat lze uvést, že perioperační sestry z centrálních operačních sálů pocítují psychickou zátěž podle Meisterova dotazníku více než sestry pracující na oborových operačních sálech.

Výzkumná otázka č. 6: Perioperační sestry s délkou praxe 16 a více let jsou ohroženy syndromem vyhoření podle dotazníku MBI více než perioperační sestry s kratší délkou praxe?

Porovnání bylo provedeno z výsledných dat, které byly získány pomocí dotazníku Maslach Burnout Inventory. 38 perioperačních sester z celkového počtu 87 dotázaných pracuje na operačním sále méně než 16 let a 49 respondentů udává délku praxe v perioperační péči 16 a více let.

Ze získaných dat vyplývá, že v oblasti emocionálního vyčerpání, u osob pracujících méně než 16 let, vysokého stupně vyhoření dosahuje 34,21 % dotázaných. Vysoký stupeň depersonalizace se vyskytuje také u 34,21 % respondentů. Vyhoření v oblasti osobního uspokojení je u 13,16 % dotázaných.

U perioperačních sester pracujících na operačním sále 16 a více let výsledky dotazníku naznačují, že v oblasti emocionální vyčerpání se vyskytuje vysoký stupeň vyhoření u 30,61 % dotázaných. Vysoký stupeň depersonalizace dosahuje 18,37 % respondentů. V oblasti osobního uspokojení se syndrom vyhoření vyskytuje u 13,16 % perioperačních sester.

Na základě testování hypotéz bylo zjištěno, že výskyt syndromu vyhoření podle MBI v oblasti emocionálního vyčerpání nezávisí na délce praxe na operačním sále. Dále, že výskyt syndromu vyhoření v oblasti depersonalizace také nezávisí na délce praxe. A ani v oblasti osobního uspokojení nezávisí výskyt syndromu vyhoření podle MBI na délce praxe v perioperační péči.

5 ZÁVĚR

Psychické pracovní zatížení bývá mnohdy součástí pracovní činnosti člověka a vztahuje se k náročným otázkám v oblasti ochrany a bezpečnosti zdraví při výkonu povolání. Jsou profese, kde se psychická zátěž při práci dostává do popředí. Mezi takové povolání nepochybně patří práce sestry pro perioperační péči, kde součástí pracovní náplně je pomoc osobám, kteří potřebují neodkladnou zdravotní péči. Psychosociální rizika a stres mohou mít nepříznivý dopad nejen na osoby postižené, ale také na pacienty, kteří se jim svěřili do péče.

Diplomová práce je zaměřena na zjištění vlivu práce perioperační sestry na její psychosociální zdraví. Teoretická část je zpracována pomocí odborné české a zahraniční literatury a obsahuje informace o faktorech ovlivňujících psychosociální zdraví, zahrnuje poznatky o stresu, syndromu vyhoření a seznamuje s možnostmi péče o psychosociální zdraví. Výzkumná část prezentuje data získaná prostřednictvím dotazníkového šetření, které je tvořeno třemi částmi. První část představuje dotazník vlastní tvorby, druhý úsek tvoří Meisterův dotazník, který hodnotí vliv pracovní zátěže na psychiku perioperační sestry. Třetí část tvoří standardizovaný dotazník Maslach Burnout Inventory, který slouží k zjištění míry syndromu vyhoření.

Podkladem pro úspěšné vyhotovení, a tím i splnění stanoveného cíle v rovině teoretické, bylo prostudování a následné shrnutí nejvýznamnějších a nejaktuálnějších poznatků o základních faktorech, které ovlivňují psychosociální zdraví perioperačních sester.

Jedním z cílů diplomové práce bylo zjistit, které faktory ovlivňující psychosociální zdraví se nejvíce projevují v práci perioperační sestry. Analýza získaných dat potvrdila, že nejčastější faktor, který má vliv na psychosociální zdraví jedince je časový stres, což patrně vyplývá z povahy profese perioperační sestry. Výzkumným šetřením bylo dále zjištěno, že perioperační sestry se domnívají, že jejich zdraví ovlivňuje nepravidelné stravování a narušení spánkového rytmu při práci ve směnném provozu. Pro sestry pracující na oborových operačních sálech byl významný faktor nedostatečné finanční ohodnocení, což zřejmě vyplývá z absence příplatků za směnný provoz.

Stěžejním cílem diplomové práce bylo zjistit, jaký vliv má práce perioperační sestry na její psychosociální zdraví. Není pochyb, že sestry pracující na operačním sále patří k těm, kterých se problematika psychického vyčerpání a stresu týká. Z vyhodnocení získaných dat vyplývá, že sestry pracující na centrálních operačních sálech pociťují podle Meisterova dotazníku

psychickou zátěž, při které může docházet pravidelně k dočasnému ovlivnění subjektivního stavu, respektive výkonnosti. Perioperační sestry pracující na oborových operačních sálech pociťují zátěž, při které není pravděpodobné ovlivnění zdraví, subjektivního stavu a výkonnosti.

Na základě získaných dat o povědomí činnosti psychosociální intervenční služby byl stanoven čtvrtý cíl diplomové práce, a to vytvořit informační leták pro perioperační sestry o Systému psychosociální intervenční služby v daném zdravotnickém zařízení. Informační materiál by měl perioperačním sestram napovědět, kde v případě potřeby hledat pomoc.

Žádné zatížení, ať už psychické nebo fyzické, neprobíhá izolovaně. Obě zátěže na sebe nepochybně navazují a jedna druhou může prohlubovat. Lidská bytost je individuální a nadměrnou psychickou zátěž může vnímat odlišně, proto je zásadní, aby si ji včas perioperační sestry uvědomily a prováděly preventivní kroky proti jejímu prohlubování. Z výsledných dat vyplývá, že polovina perioperačních sester hodnotí psychickou náročnost své práce jako vysokou a téměř třetina uvádí velmi vysokou náročnost. Každá perioperační sestra by si měla najít vlastní způsob odpočinku, který ji nejvíce vyhovuje. Výsledkem by mělo být dosažení rovnováhy v organismu, při které se člověk cítí dobře. Nejlepší je taková činnost, která rozvíjí schopnosti a osobnost člověka a přináší mu užitek a radost. S nemocnou duší lze těžko pomáhat druhým lidem.

6 POUŽITÁ LITERATURA

Knihy

1. CONTRADA, Richard and Andrew BAUM. *The Handbook of Stress Science: Biology, Psychology and Health*. New York: Springer Publishing Company, 2011, 676 s. ISBN 978-0826114716.
2. HLADKÝ, Aleš. *Zdravotní aspekty zátěže a stresu*. 1. vyd., Praha: Karolinum, 1993, 173 s. ISBN 80-7066-784-2.
3. HLADKÝ, Aleš a Zdeňka ŽÍDKOVÁ. *Metody hodnocení psychosociální pracovní zátěže*. 1. vyd., Praha: Karolinum, 1999, 78 s. ISBN 80-7184-890-5.
4. JEDLIČKOVÁ, Jaroslava a kolektiv. *Ošetrovatelská perioperační péče*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012, 268 s. ISBN 978-80-7013-543-3.
5. KEBZA, Vladimír a kolektiv. *Psychická zátěž, stres a psychohygienu v lékařských profesích*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012, 95 s. ISBN 978-80-247-4569-5.
6. KLUČKÁ, Jana a Pavla VOLFOVÁ. *Kognitivní trénink v praxi*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2016, 176 s. ISBN 978-80-247-5580.
7. KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. 8. vyd. Praha: Portál, 2016, 152 s. ISBN 978-80-262-1147-1.
8. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 3. vyd. Praha: Portál, 2009, 279 s. ISBN 978-80-7367-568-4.
9. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010, 128 s. ISBN 978-80-247-3149-0.
10. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Hořet, ale nevyhořet*. 2. přeprac. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské vydavatelství, 2012, 175 s. ISBN 978-80-7195-573-3.
11. KURUCOVÁ, Radka. *Zátěž pečovatele – posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevyléčitelně nemocné*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s, 2016, 112 s. ISBN 978-80-247-5707-0.

12. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum ve zdravotnictví: metodika a metodologie výzkumu*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Oloumoci, 2008, 123 s. ISBN 978-80-244-1877-3.
13. MARKOVÁ, Marie. *Determinanty zdraví*. 1. vyd., Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012, 55 s. ISBN 978-80-7013-545-7.
14. MINIRTH, Frank, Paul MEIER, Don HAWKINS a Richard FLOURNOY. *Jak překonat vyhoření: naučte se rozpoznávat, chápat a zvládat stres*. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 2011, 138 s. ISBN 978-80-7255-252-8.
15. PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010, 240 s. ISBN 978-80-247-2959-6.
16. PELCÁK, Stanislav. *Stres a syndrom vyhoření*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015, 68 s. ISBN 978-80-7435-576-9.
17. PEŠEK, Roman a Ján PRAŠKO. *Syndrom vyhoření – jak se prací a pomáháním druhým nezničit: pohledem kognitivně behaviorální terapie*. 1. vyd. Praha: Pasparta Publishing, s.r.o., 2016, 179 s. ISBN 978-80-88163-00-8.
18. PREIß, Mirriam. *Jak zvládnout syndrom vyhoření: najděte cestu zpátky k sobě*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, a.s., 2015, 176 s. ISBN 978-80-247-5394-2.
19. STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010, 112 s. ISBN 978-80-247-3553-5.
20. ULRICHOVÁ, Monika. *Člověk, stres a osobní předpoklady*. 1. vyd. Ústí nad Orlicí: Oftis, 2012, 100 s. ISBN 978-80-7405-186-9.
21. VENGLÁŘOVÁ, Martina, Ludmila MYŠÁKOVÁ, Gabriela MAHROVÁ a Marek LAŠTOVICA. *Sestry v nouzi – syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011, 192 s. ISBN 978-80-247-3174-2.
22. VÉVODA, Jiří, Kateřina IVANOVÁ, Marie NAKLÁDALOVÁ, Sylva BÁRTLOVÁ, Naděžda ŠPATÉNKOVÁ a Eva PROŠKOVÁ. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013, 160 s. ISBN 978-80-247-4732-3.

23. WENDSCHE, Peter, Andrea POKORNÁ a Ivana ŠTEFKOVÁ. *Perioperační ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Galén, 2012, 117 s. ISBN 978-80-7262-894-0.
24. WICHISOVÁ, Jana, Petr PŘIKRYL, Renata POKORNÁ a Zuzana BITTNEROVÁ. *Sestra a perioperační péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013, 192 s. ISBN 978-80-247-3754-6.

Periodika

25. BALKOVÁ, Hilda, Monika ZIBRÍNOVÁ a Gabriela TAKÁČOVÁ. Psychická zátěž v práci operační sestry. *Ošetrovatelstvo a pôrodná asistencija: časopis Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek*. 2015, č. 4, s. 31-35. ISSN 1339-5920.
26. CABANOVÁ, Marianna a Tatiana RAPČÍKOVÁ. Zátěžové situácie a etika v prostredí kardiochirurgických operačních sál z pohľadu sestry. In: Jirkovský Daniel. *Cesta k modernému ošetrovatelství XVIII. – recenzovaný sborník příspěvků z odborné konference s mezinárodní účastí*. 1. vyd. Praha: Fakultní nemocnice v Motole, 2016, s. 205-213. ISBN: 978-80-87347-23-2.
27. ČESKO. Nařízení vlády č. 164 ze dne 24. července o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2018, částka 85, s. 2594-2597. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2018-164>. ISSN 1211-1244.
28. ČESKO. Vyhláška č. 391 ze dne 16. listopadu o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2017, částka 137, s. 4360-437. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-391>. ISSN 1211-1244.
29. DI CARA, Veronika, Petra CHARVÁTOVÁ a Tomáš PETR. Pracovní podmínky zdravotníků v ČR – průzkum ČAS 2013. *Florence: odborný časopis pro ošetrovatelství a ostatní zdravotnické profese*. 2014, roč. 10, č. 1-2, s. 35. ISSN 1801-464X.
30. DROZDOVÁ, Radomila a Vladimír KEBZA. Psychologické a sociální souvislosti kouření zdravotních sester. *Československá psychologie: časopis pro psychologickou teorii a praxi*. 2009, roč. 53, č. 5, s. 505-521. ISSN 0009-062X.

31. DVORSKÁ, Pavla. Rizikové faktory na operačních sálech. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2010, roč. 20, č. 4, s. 58-60. ISSN 1210-0404.
32. DUFKOVÁ, Věra. Jak rozpoznat syndrom vyhoření a jak mu předcházet? *Florence: odborný časopis pro ošetrovatelství a ostatní zdravotnické profese*. 2016, roč. 12, č. 7-8, s. 44-45. 42. ISSN 1801-464X.
33. HALUZÍKOVÁ, Jana a Zdeňka ŘÍMOVSKÁ. Zvládání stresu a prevence jeho následků. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2010, roč. 20, č. 4, s. 26-27. ISSN 1210-0404.
34. HEKELOVÁ, Zuzana. Stres a syndrom vyhoření v práci sestry – manažerky. *Florence: odborný časopis pro ošetrovatelství a ostatní zdravotnické profese*. 2014, roč. 10, č. 3, s. 33-34. ISSN 1801-464X.
35. HETTNEROVÁ, Magda. Chirurgické sestry a instrumentárky se sešly na Moravě. *Florence: odborný časopis pro ošetrovatelství a ostatní zdravotnické profese*. 2016, roč. 12, č. 6, s. 42. ISSN 1801-464X.
36. HLAVÁČKOVÁ, Jana a Jaroslava JEDLIČKOVÁ. Rouškovací systémy a ochranné oděvy na operačních sálech. *Florence: odborný časopis pro ošetrovatelství a ostatní zdravotnické profese*. 2012, roč. 8, č. 6, s. 6-9. ISSN 1801-464X.
37. KLEVETOVÁ, Dana. Supervize jako prevence syndromu vyhoření. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2011, roč. 21, č. 10, s. 20-22. ISSN 1210-0404.
38. KORDULOVÁ, Pavla. Historický přehled vzdělání perioperační sestry v urologii. *Urologie pro praxi*. 2016, roč. 17, č. 5, s. 238-242. ISSN 1213-1768.
39. LEINWATHEROVÁ, Mária. Sociální dovednost jako součást sociálně-psychologického výcviku. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2010, roč. 20, č. 9, s. 28-29. ISSN 1210-0404.
40. LITVÍNOVÁ, Anna a Nikoleta POLIAKOVÁ. Psychická zátěž sestry v operační sále. *Zdravotnícke listy*. ISSN 1339-3022.
41. MADZIOVÁ, Silvie a Eva JANÍKOVÁ. Péče všeobecných sester o své zdraví. *Ošetrovatelství a porodní asistence: recenzovaný vědecký časopis*. 2013, roč. 4, č. 1, s. 546-552. ISSN 1804-2740.

42. MACHÁLKOVÁ, Lenka a Zdeňka MIKŠOVÁ. Percepce únavy a hodnocení spánku v kontextu pracovního režimu všeobecných sester. *Medicina pro praxi*. 2013, roč. 10, č. 8-9, s. 308-310. ISSN 1214-8687.
43. ONDRIOVÁ, Iveta a Janka SLANINKOVÁ. Prevence syndromu vyhoření u zdravotníků při ošetrování terminálně nemocných. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2010, roč. 20, č. 10, s. 27-28. ISSN 1210-0404.
44. PAZDZIORA, Erich. Prádlo ve zdravotnictví vyžaduje více pozornosti. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2010, roč. 20, č. 4, s. 54-57. ISSN 1210-0404.
45. PEŠLOVÁ, Šárka. Nedostatek spánku u sester ve směnném provozu. *Florence: odborný časopis pro ošetrovatelství a ostatní zdravotnické profese*. 2014, roč. 10, č. 9, s. 20-22. ISSN 1801-464X.
46. PETROVOVÁ, Markéta. Zdravotní rizika práce ve zdravotnictví. *Florence: odborný časopis pro ošetrovatelství a ostatní zdravotnické profese*. 2017, roč. 13, č. 11, s. 28-30. ISSN 1801-464X.
47. PIECKOVÁ, Lenka. Proč se nebát supervize? *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2010, roč. 20, č. 9, s. 24. ISSN 1210-0404.
48. PROKOPOVÁ, Barbora a Daniela JEŽOVÁ. Stres a možnosti jeho farmakologického ovplyvnenia – vieme merať stresovú záťaž? *Psychiatrie pro praxi*. 2013, roč. 14, č. 4, s. 150-154. ISSN 1213-0508.
49. PTÁČEK, Radek, Martina VŇUKOVÁ a Jiří RABOCH. Pracovní stres a duševní zdraví – může práce vést k duševním poruchám? *Časopis lékařů českých*. 2017, roč. 20, č. 2, s. 81-87. ISSN 0008-7335.
50. RAPČÍKOVÁ, Tatiana a Marianna CABANOVÁ. Psychická, fyzická zátěž a etika v práci sestry na operační sále. *Humanum: Międzynarodowe Studia Społeczno-Humanistyczne*. 2012, roč. 9, č. 2, s. 307-318. ISSN 1898-8431.
51. ROŠKOVÁ, Silvie. Odpočinek a spánek. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2013, roč. 23, č. 1, s. 35-37. ISSN 1210-0404.

52. SIHELSKÁ, Dana. Psychická pracovní zátěž v práci zdravotnického záchranára. In: Jirkovský Daniel. *Cesta k modernímu ošetrovatelství XVIII. – recenzovaný sborník příspěvků z odborné konference s mezinárodní účastí*. 1. vyd. Praha: Fakultní nemocnice v Motole, 2016, s. 167-181. ISBN: 978-80-87347-23-2.
53. STRINGER, Bernadette, Ted HAINES and John QUDYK. Noisiness in operating theatres: nurses' perceptions and potential difficulty communicating. *Journal of Perioperative Practice*, 2008, roč. 18, č. 9, s. 384-391. ISSN 1750-4589.
54. ŠTANČEL, Marek, Anna VARGOVÁ a Dana MAJDIŠOVÁ. Psychosociální podpora zdravotníků v krizových situacích. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2012, roč. 22, č. 1, s. 46-47. ISSN 1210-0404.
55. VAŇKOVÁ, Milena. Supervize v ošetrovatelství aneb Vize pro budoucnost? *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2011, roč. 21, č. 11, s. 25-27. ISSN 1210-0404.
56. VAŠUTOVÁ, Kateřina. Spánek a vybrané poruchy spánku a bdění. *Praktické lékařství: časopis pro další vzdělávání lékařů*. 2009, roč. 5, č. 1, s. 17-20. ISSN 0032-6739.
57. VÍCHOVÁ, Veronika. Autentičtí pokračovatelé Schultzova autogenního tréninku v ČR. *Psychiatrie pro praxi*. 2014, roč. 15, č. 3, s. 134. ISSN 1213-0508.
58. ŽÍDKOVÁ, Zdeňka. Životospráva sálových sester. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2010, roč. 20, č. 2, s. 40-41. ISSN 1210-0404.

Elektronické zdroje

59. BALKOVÁ, Hilda a Lucia FÜRSTOVÁ. *Vyhoření perioperačních sester* [online]. 2012 [cit. 2019-01-12]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/vyhoreni-perioperacnich-sester-466793>
60. BOUGHATTAS, Wided, Olfa EL MAALEL, Ridha BEN CHIKH, Maher MAOUA, Kalboussi HOUDA, Aicha BRAHAM, Housseem RHIF, Souhell CHATTI, Faten DEBBABI, Mohamed DOGUI a Nejib MRIZAK. *Hospital Night Shift and Its Effects on the Quality of Sleep, the Quality of Life and Vigilance Troubles among Nurses*. [online]. 2014 [cit. 2019-03-09]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/264541959_Hospital_Night_Shift_and_Its_Effects_on_the_Quality_of_Sleep_the_Quality_of_Life_and_Vigilance_Troubles_among_Nurses
61. ČAS. *Výsledky dotazníkového šetření ČAS: pracovní podmínky zdravotníků v ČR* [online]. 2013. [cit. 2019-02-10]. Dostupné z: https://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/dotaznikove_setreni_vysledky_2013.pdf
62. DRAHOŠ, Denis. *Stres: jak ho zvládat šetrně a bez závislosti* [online]. 2018 [cit. 2018-12-26]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/stres-jak-ho-zvladat-setrne-a-bez-zavislosti-486874>
63. EAOBOZP. *Psychosociální rizika a stres při práci* [online]. 2016 [cit. 2018-12-02]. Dostupné z: <https://osha.europa.eu/cs/themes/psychosocial-risks-and-stress>
64. HEŘMANOVÁ, Eva. *Psychosociální zdraví v kontextu kulturních systémů a kvality života*. [online]. 2013 [cit. 2019-01-13]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/263658585_Psychosocialni_zdravi_v_kontextu_kulturnich_systemu_a_kvality_zivota
65. HOBZOVÁ, Lenka. *Pracovní rizika a zátěž na operačním sále* [online]. 2014 [cit. 2018-08-02]. Dostupné z: http://www.perioperacni-sestry.cz/content_public/publications/lectures/pracovni-rizika-a-zatez-na-operacnim-sale.pdf

66. KOMAČEKOVÁ, Dagmar. Fyzická a psychická zátěž při poskytování ošetrovateľskej starostlivosti (prevencia, ochrana a podpora zdravia sestry). In: Selko Dušan. *Zborník príspevkov z 5. konferencie psychológie zdravia*. Bratislava: Prohuman, 2012. Dostupné z: <https://www.prohuman.sk/psychologia/fyzicka-a-psychicka-zataz-pri-poskytovani-osetrovateľskej-starostlivosti-prevencia-ochrana-a-podpora-zdravia-sestry>
67. LONGAUEROVÁ, Alena a Mária BALKOVÁ. *Zdroje pracovného stresu na operačnej sále*. [online]. 2012 [cit. 2019-01-02]. Dostupné z: <https://www.unipo.sk/public/media/18431/Longauerová%20A.,%20Balková%20-%20ZDROJE%20PRACOVNÉHO%20STRESU%20NA%20OPERAČNEJ%20SÁLE.pdf>
68. MASARYKŮV ONKOLIGICKÝ ÚSTAV. Peer program péče a podpory zdravotníckým pracovníkům v Masarykově onkologickém ústavu [online]. 2015. [cit. 2019-01-03]. Dostupné z: http://m.kr-vysocina.cz/assets/File.ashx?id_org=450008&id_dokumenty=4073740
69. MATOUŠKOVÁ, Ingrid. *Systém psychosociální intervenční služby v ČR* [online]. 2014 [cit. 2018-12-26]. Dostupné z: <https://docplayer.cz/30248307-System-psychosocialni-intervenčni-sluzby-v-cr.html>
70. ONDRIOVÁ, Iveta a Jarmila DUČAIOVÁ. *Mobbing ve zdravotnickém prostředí a možnosti jeho prevence* [online]. 2010 [cit. 2018-12-01]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/mobbing-ve-zdravotnickem-prostredi-a-moznosti-jeho-prevence-451699>
71. SKÁLA, Radim. Elektrochirurgie. Vliv karcinogenních toxických zplodin působících na operační personál a pacienta. *Skala Medical Technology* [online]. 2016 [cit. 2018-08-02]. Dostupné z: <http://www.skala.cz/files/Elektrochirurgie-2.pdf>
72. SÚKUPOVÁ, Lucie. *Princip zdůvodnění* [online]. 2012 [cit. 2019-03-08]. Dostupné z: <http://www.sukupova.cz/princip-zduvodneni/>
73. ŠMÍDA, Miroslav. *Schultzův autogenní trénink*. [online]. 2014 [cit. 2019-03-08]. Dostupné z: <http://badatel.mysteria.cz/texty/schultzuv-autogenni-trenink-vydani-2014.pdf>

74. VOJTOVÁ, Markéta a Lenka ŠTĚPINOVÁ. Pitný režim u studentů VOŠZ Hradec Králové. *Florence: odborný časopis pro ošetrovatelství a ostatní zdravotnické profese* [online]. 2012 [cit. 2018-11-18]. Dostupné z: <http://www.florence.cz/odborne-clanky/florence-plus/pitny-rezim-u-studentu-vosz-hradec-kralove/>
75. VONEŠOVÁ, Veronika. *Autogenní trénink podle Schultze* [online]. 2009 [cit. 2019-03-08]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/autogenni-trenink-podle-schultze-415957>

Bakalářské a diplomové práce

76. DAŠKOVÁ, Veronika. *Povědomí zdravotníků o psychosociální intervenční péči*. České Budějovice, 2018. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta.
77. DOMBIOVÁ, Marie. *Stres v práci sester na jednotkách intenzivní péče na vybraných pracovištích*. Olomouc, 2014. Univerzita Palackého v Olomouci. Katedra antropologie a zdravotní vědy.
78. JOŠTOVÁ, Ivana. *Stresové faktory u sester na operačním sále*. Pardubice, 2016. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií.
79. MEDKOVÁ, Markéta. *Psychická zátěž perioperačních sester na operačním sále*. Pardubice, 2014. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií.
80. POLÁKOVÁ, Ivana. *Pracovní zátěž u sester v perioperační péči*. České Budějovice, 2016. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta.

7 PŘÍLOHY

Příloha A – Dotazník

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

jmenuji se Tereza Kratochvílová a studuji na Fakultě zdravotnických studií v Pardubicích obor Perioperační péče. Obracím se na Vás s prosbou o spolupráci při zpracování diplomové práce, jejíž součástí je tento dotazník. Téma diplomové práce je Vliv práce perioperační sestry na její psychosociální zdraví. Prosím Vás o úplné a pravdivé vyplnění dotazníku. Informace, které od Vás získám, jsou anonymní a budou použity pouze pro účely mé práce.

Správnou odpověď označte nebo doplňte krátkou odpovědí.

Děkuji Vám za ochotu a věnovaný čas.

I. část dotazníku

1. Jak hodnotíte psychickou náročnost své práce?

- mírná
- střední
- vysoká
- velmi vysoká

2. Kterou situaci na vašem pracovišti považujete pro Vás za nejvíce psychicky náročnou?

- nedostatečná organizace práce
- změny v operačním programu
- špatné zázemí operačního sálu
- náhlé komplikace zdravotního stavu pacienta během operace, pocity bezmocnosti
- špatné interpersonální vztahy
- nedostatečné finanční ohodnocení
- stres si nepřipouštím
- jiné, uveďte ...

3. Vyberte tři negativní faktory, o kterých si myslíte, že nejvíce ovlivňují vaše psychosociální zdraví.

- časový stres
- nemožnost dodržovat pitný režim
- nepravidelné stravování
- fyzická zátěž
- narušení spánkového rytmu při práci ve směnném provozu
- vliv klimatizace (pocit chladu či tepla)
- umělé osvětlení
- hluk
- riziko infekce
- jiné, uveďte ...

4. Pociťujete některé tyto obtíže? (i více možností)

- pocity únavy
- poruchy pozornosti
- špatné soustředění
- nechutenství
- zažívací obtíže
- potíže se spánkem
- úzkost
- poruchy nálady
- deprese
- bolesti hlavy
- bolesti zad
- bušení srdce
- jiné, uveďte ...

5. Myslíte na práci ve chvílích svého volna?

- ano, myslím, často si ani neodpočnu
- jen občas
- nemyslím na práci, užívám si odpočinku

6. Máte dostatek volného času pro Váš osobní a rodinný život?

- zcela ano
- částečně ano
- spíše ne
- vůbec ne

7. Jaké způsoby předcházení stresu nejčastěji volíte? (i více možností)

- sport, relaxační cvičení
- zájmy, koníčky
- zdravá životospráva
- pobyt v přírodě
- četba, TV
- rodina, přátelé
- kouření, alkohol
- jiné, uveďte ...

8. Slyšela jste o psychosociální intervenční péči pro zaměstnance?

- ano
- ne

9. Víte, kdo je peer a jaký je smysl jeho práce?

- ano
- ne

10. Jaká je délka vaší praxe na operačních sálech?

....

11. Pracujete na operačních sálech typu:

- a. centrální operační sály
- b. jednooborové operační sály

II. část dotazníku

Jaké je vaše pohlaví?

- ženské
 mužské

MEISTERŮV DOTAZNÍK PRO HODNOCENÍ PRACOVNÍ ZÁTĚŽE

Vaším úkolem je u otázek označit odpověď, která nejvíce vystihuje Vaše pocity při práci.

5 – ano, plně souhlasím

4 – spíše souhlasím

3 – nevím, někdy ano, někdy ne

2 – spíše nesouhlasím

1 – ne, vůbec nesouhlasím

ano..... ne

1) Při práci mívám často pocit časového tlaku	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 tak psychicky 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 tak psychicky náročná, že po několika hodinách cítím únavu a ochablost	5	4	3	2	1
10) Práce je tak psychicky náročná, že je velmi obtížné dělat ji po léta se stejnou výkonností	5	4	3	2	1

III. část dotazníku

DOTAZNÍK MBI (MASLACH BURNOUT INVENTORY) PRO HODNOCENÍ SYNDROMU VYHOŘENÍ

Zde doplňte do vyznačených políček u každého tvrzení číslo, označující podle níže uvedeného klíče sílu pocitů, které obvykle prožíváte.

Síla pocitů: **Vůbec 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 Velmi silně**

1) Práce mne citově vysává	
2) Na konci pracovního dne se cítím být na dně sil	
3) Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unaven/a	
4) Velmi dobře rozumím pocitům svých klientů/pacientů	
5) Mám pocit, že někdy s klienty/pacienty jednám jako s neosobními věcmi	
6) Celodenní práce s lidmi je pro mne skutečně namáhavá.	
7) Jsem schopen/schopna velmi účinně vyřešit problémy svých klientů/pacientů	
8) Cítím “vyhoření”, vyčerpání ze své práce	
9) Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňují a nalad'ují.	
10) Od té doby, co vykonávám svou profesi, stal/a jsem se méně citlivým k lidem	
11) Mám strach, že výkon mé práce mne činí citově tvrdým	
12) Mám stále hodně energie	
13) Moje práce mi přináší pocity marnosti, neuspokojení	
14) Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mne to vyčerpává	
15) Už mne dnes moc nezajímá, co se děje s mými klienty/pacienty	
16) Práce s lidmi mi přináší silný stres	
17) Dovedu u svých klientů/pacientů vyvolat uvolněnou atmosféru	
18) Cítím se svěží a povzbuzen/á, když pracuji se svými klienty/pacienty	
19) Za roky své práce jsem byl/a úspěšný/úspěšná a udělal/a hodně dobrého	
20) Mám pocit, že jsem na konci svých sil	
21) Citové problémy v práci řeším velmi klidně – vyrovnaně.	
22) Cítím, že klienti/pacienti mi přičítají některé své problémy	



System psychosociální intervenční služby pro zaměstnance

Co nabízí:

- poskytnutí podpory při zvládnutí psychické zátěže
- prevence syndromu vyhoření
- prevence profesního selhání
- prevence psychosomatických onemocnění
- dopomoc k obnově psychických sil
- pochopení reakce na krizovou událost
- učení vhodných způsobů adaptace na stres a psychickou zátěž

Základní pravidla:

- anonymně
- dobrovolně
- diskrétně
- bez kritiky

Podoby péče:

- individuálně
- skupinově

Pomoc může potřebovat i pomáhající



Tuto službu poskytuje odborník na duševní zdraví nebo vyškolený kolega z oboru (PEER), který vyslechne, podpoří a doporučí co dál. Kontakty naleznete na intranetu naší nemocnice.