

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

PSYCHICKÁ ZÁTĚŽ U PERIOPERAČNÍCH
SESTER

2020

Bc. Denisa Hubáčková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Psychická zátěž u perioperačních sester

Bc. Denisa Hubáčková

Diplomová práce

2020

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Denisa Hubáčková**
Osobní číslo: **Z18294**
Studijní program: **N5345 Specializace ve zdravotnictví**
Studijní obor: **Perioperační péče**
Téma práce: **Psychická zátěž u perioperačních sester**
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Zásady pro vypracování

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

Rozsah pracovní zprávy: **50 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

1. JEDLIČKOVÁ, Jaroslava. *Ošetrovatelská perioperační péče*. 2. rozšířené vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2019. ISBN 978-807-0135-983.
2. KLIMENT, Pavel. *Zvládnutí (copingové) odpovědi v pomáhajících profesích*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014. ISBN 978-802-4442-068.
3. PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2017. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5646-2.
4. SCHNEIDFROVÁ, Michaela. *Perioperační péče*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4744-148.
5. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 5. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-802-6202-257.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Markéta Paprštejnová, Ph.D.**
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2018**
Termín odevzdání diplomové práce: **30. dubna 2020**

L.S.

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D.
děkanka

PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 9. března 2020

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 10. 5. 2020

Bc. Denisa Hubáčková

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych poděkovat vedoucí diplomové práce Mgr. Markétě Papršteinové, PhD., za její trpělivé vedení a cenné rady. Dále bych ráda poděkovala své rodině a příteli za podporu. Velké díky patří i všem respondentkám, které se zúčastnily výzkumného šetření.

ANOTACE

Diplomová práce se zabývá problematikou psychické zátěže u sester v perioperační péči. Cílem práce je prozkoumat tuto oblast a zjistit, jak se sestry, které pracují na operačním sále, vyrovnávají s psychickou zátěží. Hodnocení je provedeno pomocí standardizovaného Meisterova dotazníku. Diplomová práce je rozdělena na dvě části – teoretickou a výzkumnou. V teoretické části je popsána osobnost perioperační sestry, psychická zátěž a stres. Dále jsou v práci uvedeny i techniky, jak se vypořádat s těmito konsekvencemi. Poslední kapitola teoretické části je zaměřena na téma perioperační péče. Výzkumná část byla realizována pomocí standardizovaného Meisterova dotazníku a otázek vlastní tvorby. Výzkumu se zúčastnilo 108 respondentek. Z výzkumného šetření vyplynulo, že úroveň psychické zátěže u perioperačních sester je podle Meisterova dotazníku klasifikována prvním stupněm zátěže ze tří možných. Jako nejrizikovější položky ze standardizovaného Meisterova dotazníku byla vyhodnoceny položky: časová tíseň, vysoká odpovědnost, únava a dlouhodobá únosnost. Psychická zátěž je nejčastěji vyvolávána situacemi úzce souvisejícími s charakterem práce v perioperační péči (nežádoucí události v perioperační péči, urgentní operace nebo komplikace při operaci), ale také chováním kolegyň perioperačních sester a špatnou organizací práce.

KLÍČOVÁ SLOVA

Perioperační péče, psychická zátěž, stres, kariéra zdravotní sestry, zdravotní péče

ANNOTATION

This master thesis deals with the psychological burden of nurses in perioperative care. The aim of this work is to examine the area of mental strain and to find out how nurses working in the operating room cope with stress. Evaluation of mental strain is performed using a standardized Meister questionnaire. Thus, this master thesis is divided into two parts – theoretical and research. The theoretical part describes the personality of the perioperative nurse, mental strain, stress, and techniques for dealing with these consequences. The last chapter of the theoretical part is focused on perioperative care. The research part was carried out using a standardized Meister questionnaire and the author's own questions. In total 108 respondents took part in the research. The research survey showed that the level of the psychological burden of perioperative nurses is classified according to Meister's questionnaire as the first degree of the stress out of three possible. The riskiest items from Meister's standardized questionnaire were time pressure, high responsibility, fatigue, and long-term endurance. Mental strain is most often caused by situations closely related to the nature of work in perioperative care (adverse events in perioperative care or urgent surgery, complications during surgery), but also by the behavior of colleagues in perioperative nurses and poor work organization.

KEYWORDS

Perioperative care, mental strain, stress, nurse's career, healthcare

OBSAH

Úvod.....	16
Cíle práce	17
I. TEORETICKÁ ČÁST	18
1 OSOBNOST ZDRAVOTNÍKA	18
2 ZÁTĚŽ, DRUHY ZÁTĚŽE	20
2.1 Pojem zátěž	20
2.2 Druhy zátěže.....	20
2.2.1 Biologická zátěž	20
2.2.2 Fyzická zátěž.....	20
2.2.3 Psychická zátěž.....	20
2.2.4 Pracovní zátěž	21
2.3 Zátěžové situace	22
2.3.1 Frustrace.....	22
2.3.2 Konflikt.....	22
2.3.3 Trauma	22
2.3.4 Krize	23
2.3.5 Deprivace	23
2.3.6 Přetížení	23
2.3.7 Monotonie	23
2.3.8 Stres	23
2.3.9 Konkrétní zátěžové situace	26
2.4 Důsledky psychické pracovní zátěže	27
2.4.1 Syndrom vyhoření	27
2.5 Zvládání stresu a psychické zátěže	28
2.5.1 Předpoklady zvládání zátěže	29
2.5.2 Sebedůvěra	29

2.5.3	Místo kontroly	29
2.5.4	Sense of coherence	30
2.5.5	Adaptace	30
2.5.6	Odolnost.....	31
2.5.7	Coping.....	31
2.5.8	Obranné mechanismy	32
2.5.9	Všeobecné rady pro zvládání zátěže.....	33
3	PERIOPERAČNÍ PÉČE.....	35
3.1	Operační trakt a jeho uspořádání	35
3.1.1	Typy operačních traktů	35
3.1.2	Zóny operačního traktu.....	36
3.2	Zařízení operačních sálů	38
3.2.1	Klimatizace	38
3.2.2	Osvětlení	38
3.2.3	Medicínální plyny.....	39
3.2.4	Operační stoly	39
3.2.5	Instrumentační stolky.....	39
3.3	Technické vybavení operačního sálu.....	39
3.3.1	Elektrochirurgické přístroje	39
3.3.2	Endoskopická věž.....	40
3.3.3	Mikroskop	40
3.3.4	Rentgenový přístroj	40
3.4	Role perioperační sestry.....	41
3.5	Příprava operační skupiny.....	42
3.6	Dokumentace na operačním sále	43

II VÝZKUMNÁ ČÁST	45
4 POPIS VÝZKUMNÉ ČÁSTI.....	45
4.1 Výzkumné otázky	45
4.2 Metodika výzkumu diplomové práce – kvantitativní výzkum.....	46
4.2.1 Výzkumný nástroj	46
4.3 Organizace dotazníkového šetření.....	50
4.4 Charakteristika výzkumného vzorku	50
5 ANALÝZA NASBÍRANÝCH DAT	55
5.1 Analýza dat standardizovaného Meisterova dotazníku	55
5.1.1 Skupina č. 1 – Multioborové zaměření.....	55
5.1.2 Skupina č. 2 – Ortopedie + neurochirurgie + traumatologie	58
5.1.3 Skupina č. 3 – Chirurgické obory (všeobecná chirurgie, urologie, gynekologie, rekonstrukční a popáleninová chirurgie).....	60
5.1.4 Skupina č. 4 – Malé chirurgické obory (oční chirurgie, ORL, ÚČOCH).....	63
5.1.5 Porovnání všech čtyř skupin	66
5.1.6 Zhodnocení celkového počtu respondentek.....	69
5.1.7 Souhrn výsledků standardizovaného Meisterova dotazníku.....	72
5.2 Analýza doplňujících otázek	78
5.2.1 Interpretace výsledků vlastních otázek.....	99
6 DISKUZE.....	100
6.1 Meisterův dotazník	100
6.2 Vlastní otázky.....	104
Závěr	107
Použitá literatura.....	108
Přílohy.....	113

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Meisterův dotazník.....	47
Tabulka 2: Hodnocení psychické zátěže dle Meisterova dotazníku – jednotlivé položky ..	48
Tabulka 3: Hodnocení psychické zátěže dle Meisterova dotazníku – dle faktorů	48
Tabulka 4: Hodnocení psychické zátěže dle Meisterova dotazníku – stupeň zátěže 1	49
Tabulka 5: Hodnocení psychické zátěže dle Meisterova dotazníku – stupeň zátěže 2	49
Tabulka 6: Hodnocení psychické zátěže dle Meisterova dotazníku – stupeň zátěže 3	49
Tabulka 7: Rozložení respondentek.....	51
Tabulka 8: Rozdělení respondentek do skupin.....	51
Tabulka 9: Věk respondentek.....	52
Tabulka 10: Délka praxe respondentek.....	53
Tabulka 11: MD – jednotlivé položky – sk. 1	55
Tabulka 12: MD – jednotlivé položky – sk. 1 – počet přesažení a dosažení	56
Tabulka 13: MD – hodnocení dle faktorů – sk. 1	56
Tabulka 14: MD – hodnocení dle faktorů – sk. 1 – přesažení a dosažení	56
Tabulka 15: MD – stupeň zátěže – sk. 1	57
Tabulka 16: MD – jednotlivé položky – sk. 2.....	58
Tabulka 17: MD – jednotlivé položky – sk. 2 – přesažení a dosažení	58
Tabulka 18: MD – hodnocení dle faktorů – sk. 2.....	59
Tabulka 19: MD – hodnocení dle faktorů – sk. 2 – přesažení a dosažení	59
Tabulka 20: MD – stupeň zátěže – sk. 2.....	59
Tabulka 21: MD – jednotlivé položky – sk. 3.....	60
Tabulka 22: MD – jednotlivé položky – sk. 3 – přesažení a dosažení	61
Tabulka 23: MD – hodnocení dle faktorů – sk. 3.....	61
Tabulka 24: MD – hodnocení dle faktorů – sk. 3 – přesažení a dosažení	61
Tabulka 25: MD – stupeň zátěže – sk. 3.....	62
Tabulka 26: MD – jednotlivé položky – sk. 4.....	63
Tabulka 27: MD – jednotlivé položky – sk. 4 – přesažení a dosažení	63
Tabulka 28: MD – hodnocení dle faktorů – sk. 4.....	64
Tabulka 29: MD – hodnocení dle faktorů – sk. 4 – přesažení a dosažení	64
Tabulka 30: MD – stupeň zátěže – sk. 4.....	65
Tabulka 31: MD – jednotlivé položky – zhodnocení všech čtyř skupin.....	66
Tabulka 32: MD – hodnocení dle faktorů – zhodnocení všech čtyř skupin	67

Tabulka 33: MD – stupeň zátěže – všechny čtyři skupiny	68
Tabulka 34: MD – jednotlivé položky – zhodnocení celého počtu respondentek	69
Tabulka 35: MD – jednotlivé položky – zhodnocení celého počtu respondentek – přesažení a dosažení	69
Tabulka 36: MD – hodnocení dle faktorů – zhodnocení celé skupiny respondentek.....	70
Tabulka 37: MD – hodnocení dle faktorů – zhodnocení celé skupiny respondentek – přesažení a dosažení.....	70
Tabulka 38: MD – stupeň zátěže – zhodnocení celkového počtu respondentek.....	71
Tabulka 39: Vztah mezi věkem respondentů a psychickou zátěží – Pearsonův korelační koeficient.....	74
Tabulka 40: Vztah mezi praxí respondentů a psychickou zátěží – Pearsonův korelační koeficient.....	75
Tabulka 41: Porovnání hodnot psychické zátěže s populační normou.....	75
Tabulka 42: Porovnání hodnot psychické zátěže všech čtyř skupin – Kruskal-Wallisův test	76
Tabulka 43: Rozdíl mezi psychickou zátěží jednooborového a multioborového zaměření	77

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Věk respondentek	52
Graf 2: Délka praxe respondentek	53
Graf 3: Vzdělání respondentek.....	54
Graf 4: Co Vás vedlo k práci na operačním sále?	78
Graf 5: Pokud jste v minulosti pracovala i na lůžkovém oddělení, která práce pro Vás byla více psychicky náročná?	79
Graf 6: Jak často se ve své práci cítíte ve stresu?.....	82
Graf 7: Která funkce je pro Vás více stresující?.....	83
Graf 8: Činí Vám změna operačního programu větší psychickou zátěž?	84
Graf 9: Kterou zátěž více pociťujete při vykonávání své práce?	85
Graf 10: Je Váš kolektiv významným faktorem, který navyšuje Vaši psychickou zátěž? ..	86
Graf 11: Způsobuje Vám spolupráce a komunikace s lékaři vyšší psychickou zátěž?	87
Graf 12: Cítíte v souvislosti s počítáním nástrojů a operačních roušek zvýšenou zátěž? ...	88
Graf 13: Napište pro Vás nejvíce stresující situaci v zaměstnání	89
Graf 14: Absolvovala jste někdy v minulosti seminář na téma stres, syndrom vyhoření nebo pracovní psychická zátěž?	90
Graf 15: Najdete v práci někoho, kdo Vám pomůže v psychicky náročných situacích? Pokud ano, kdo to je?.....	91
Graf 16: Vyhledáváte ve svém životě negativní ventily k potlačení vaší psychické zátěže? Např. cigarety, alkohol či jiné látky?.....	92
Graf 17: Napište, jak se se stresem a psychickou zátěží z práce vyrovnáváte.	93
Graf 18: Napadá Vás něco, co by Vám mohlo pomoci zmírnit Vaši psychickou zátěž v práci?	94
Graf 19: Zvolila byste si práci v perioperační péči znovu, pokud byste hledala zaměstnání? Proč?	95
Graf 20: Máte ze své práce pocit, že ji odvádíte dobře?	96
Graf 21: Napište jedno pozitivum související s Vaším povoláním.	97
Graf 22: Napište jedno negativum související s Vaším povoláním.....	98

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

atd.	– a tak dále
AZS	– akutní zátěžová situace
°C	– stupeň Celsia
cca	– cirka
COS	– centrální operační sály
č.	– číslo
DC	– dýchací cesty
F	– faktor
GYN	– gynekologie
HEPA	– High Efficiency Particulate Air filter
HIV	– Human Immunodeficiency Virus
HS	– hrubé skóre
CHIR	– chirurgie
LED	– Light-Emitting Diode
max.	– maximum
min.	– minimum
MD	– Meisterův dotazník
mm	– milimetr
MULTI	– multioborové
m/s	– metrů za sekundu
N	– celková četnost
např.	– například
NCH	– neurochirurgie

ORL	– otorinolaryngologie
ORT	– ortopedie
PS	– posttraumatický syndrom
REK	– rekonstrukční a popáleninová chirurgie
rtg	– rentgenový, rentgenově
Sb.	– sbírky
sk.	– skupina
sm. odch.	– směrodatná odchylka
str.	– strana
SV	– syndrom vyhoření
tzv.	– takzvaný
ULPA	– Ultra Low Penetration Air
URO	– urologie
ÚČOCH	– ústní čelistní a obličejová chirurgie
TRAUM	– traumatologie
vyhl.	– vyhláška
WC	– water closet; splachovací záchod

ÚVOD

Zaměstnání v oblasti zdravotnictví je typické několika proměnnými. Jednou zásadní skutečností je, že zdravotničtí pracovníci přicházejí dennodenně do kontaktu s lidmi, kteří bojují s různými nemocemi, umírají a prožívají nesčetně jiných situací plných bolesti a smutku. Zdravotničtí pracovníci přicházejí do kontaktu nejen se samotnými pacienty, ale i s jejich blízkými, tzv. sekundárně zasaženými (Humpl, 2013).

Profese všeobecné sestry se řadí mezi tzv. pomáhající profese. Charakteristickým znakem pomáhající profese je pomoc lidem. Povolání všeobecné sestry se zaměřuje na všechny kategorie věkových skupin a každým dnem se neustále posouvá kupředu (Dimunová, 2018).

Kariéra všeobecné sestry se může ubírat několika směry. Může si vybrat práci na standardním lůžkovém oddělení, na oddělení intenzivní péče, v ambulantní sféře, ale také na operačním sále a věnovat se perioperační péči.

Práce v perioperační péči je náročná jak po fyzické, tak i po psychické stránce. Součástí pracovní náplně perioperační sestry je manipulace s těžkými břemeny, např. když přemísťuje těžké kontejnery s operačními nástroji nebo polohuje pacienty. Po psychické stránce se perioperační sestra musí vyrovnávat s těžkými prognózami pacientů, ale i s nečekanými a vyhrocenými situacemi u urgentních výkonů nebo při operačních komplikacích. V těchto chvílích si musí zachovat klidnou hlavu a jednat profesionálně.

Diplomovou práci na dané téma jsem si vybrala, jelikož pracuji na pozici perioperační sestry a psychická zátěž a stres na mě dýchá v prostorech operačních sálů téměř každý den.

Hlavním cílem diplomové práce je zjistit úroveň psychické zátěže u sester, které pracují v perioperační péči a prozkoumat, co konkrétně zvyšuje jejich psychické zatížení. Výzkum byl proveden ve zdravotnických zařízeních Olomouckého a Jihomoravského kraje. Celkem se ho zúčastnilo 108 perioperačních sester ze sedmi pracovišť o různém zaměření. Výzkumná část práce byla realizována formou dotazníkového šetření, které se skládalo ze standardizovaného Meisterova dotazníku a z otázek vlastní tvorby.

CÍLE PRÁCE

Cíl č. 1:

Zjistit, zdali sestry pracující na operačních sálech podléhají psychické zátěži.

Dílčí cíle:

Zjistit pomocí Meisterova dotazníku, zda perioperační sestry podléhají psychické zátěži.

Určit, jestli má povaha psychické zátěže perioperačních sester tendenci směřovat k jednomu z faktorů Meisterova dotazníku – monotonii, přetížení nebo nespecifickému faktoru.

Zjistit, které konkrétní položky, jež zastupují určité oblasti psychické zátěže z Meisterova dotazníku, dominují u sester pracujících na operačním sále.

Prozkoumat, zdali se u perioperačních sester nachází souvislost mezi psychickou zátěží a věkem respondentek.

Zjistit, jestli existuje souvislost mezi psychickou zátěží perioperačních sester a odpracovanými roky na operačním sále.

Porovnat, zda se psychická zátěž perioperačních sester v jednotlivých medicínských oborech liší.

Porovnat výsledky psychické zátěže perioperačních sester s populační normou dle Meisterova dotazníku.

Cíl č. 2:

Zjistit, které skutečnosti související s prací na operačním sále vyvolávají u perioperačních sester psychickou zátěž.

Cíl č. 3:

Vymezit postupy, pomocí kterých se perioperační sestry vypořádávají s psychickou zátěží.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 OSOBNOST ZDRAVOTNÍKA

Od typu osobnosti jedince se odráží několik viditelných projevů. Osobnost jedince je znatelná ze způsobů jednání, z odpovědí na podněty a z toho, jak prožívá a zvládá různé situace. Zdravotník a jeho osobnost se v průběhu výkonu povolání musí potýkat se spoustou vnějších i vnitřních vlivů. Očekává se od něho profesionální výkon za každé situace. Patří sem např. empatický a podporující přístup k pacientům, porozumění oboru po odborné stránce, schopnost používat nejnovější technologie, dokázat si zorganizovat práci a domluvit se se svými kolegy. Plnění těchto základních předpokladů profesionálního výkonu může u zdravotníka vyvolat zvýšení fyzické či psychické zátěže. Aspektů, které jedince předurčují k práci ve zdravotnictví, je více. Zdravotník by se měl především vyznačovat empatickým a klidným přístupem, schopností adaptovat se na nové situace a rychle se v nich orientovat. Měl by umět přenášet pozitivní smýšlení na nemocné. Sebekritičnost je také velice důležitá vlastnost, a to z důvodu budoucího rozvoje a schopnosti ponaučit se ze svých chyb (Zacharová, 2017).

Povolání je podstatnou součástí našeho života. Proto je důležité, abychom při jeho vykonávání byli spokojeni. Pohoda v práci se odráží od míry pracovní soběstačnosti, možnosti svobodně se rozhodovat, posouvat se blíže ke svým cílům, čelit výzvám, cítit uznání, ale také správně se začlenit do kolektivu. Zaměstnavatel by měl dbát na zdraví svých zaměstnanců, jelikož zdravý jedinec vykoná více práce než jedinec nemocný. A to nejen z hlediska kvantity, ale i kvality. Proto se zaměstnavatel musí zamýšlet nad faktory, které mohou zdraví pracovníka poškodit. Je potřeba, aby si všímal projevů, které jsou znatelné. Při psychické zátěži se u zaměstnanců projevuje podrážděnost, vzniká špatné klima na pracovišti, kumulují se stížnosti zaměstnanců, vyskytuje se nadměrná absence, vysoká fluktuace zaměstnanců či jejich nižší výkonnost. Každý jedinec ale zátěž zvládá jinak. Zaměstnavatel by měl ke svým zaměstnancům přistupovat individuálně. Jestliže má na pracujícího jedince nadměrnými požadavky, objevuje se u něj stres, únava a zátěž. Pokud je těmto požadavkům vystavován delší období, může se u něj objevit psychické či psychosomatické onemocnění. Je také možné, že se psychická zátěž u zaměstnance objeví i tehdy, když má pocit, že dostává příliš jednoduché úkoly a cítí se nedoceněný (Richter, 2014).

Ve zdravotnictví je důležitá týmová spolupráce a respekt v rámci kolektivu. Jednou ze základních schopností zdravotní sestry je automatické zaměření se na pocity a potřeby druhých, tedy hlavně pacientů. Jejich potřeby jsou pro ni prioritou. Sestra by se měla chovat ke všem pacientům stejně. Není vhodné, aby se nechala ovlivňovat určitými nesympatiemi a některým pacientům neposkytovala adekvátní péči. Po stránce emocionální se od sestry očekává stabilní a neutrální postoj, který by měl přetrvávat i v náročnějších situacích.

Každá nemocnice se člení na více oddělení, která spolu musí spolupracovat, aby jejich činnost byla efektivní. Například obor traumatologie má své vlastní operační sály, lůžkové oddělení, ambulanci i jednotku intenzivní péče. Pracovníci na všech těchto odděleních spolu přicházejí do kontaktu a podílejí se na celkové péči o pacienta. Jako tým můžeme označit skupinu lidí (min. tři osoby), která má společný cíl, kterého dosahuje vzájemnou spoluprací. Tým má společné směrnice, cíle i pravidla. Ve zdravotnictví ho tvoří pracovníci, kteří se specializují na různé oblasti péče. Např. na operačním sále vytváří tým lékař operatér, lékař anesteziolog, všeobecná sestra instrumentárka, všeobecná sestra cirkulující a sanitář. Tým by měl na všech úrovních fungovat jako partnerský vztah, a to hlavně v případě spojení lékař-sestra. V reálném pracovním životě tomu ale tak mnohdy není. Pracovní kolektiv je důležitým faktorem, který ovlivňuje míru spokojenosti v zaměstnání. Co se týká nově příchozích zaměstnanců, každý z nich by měl mít v týmu možnost supervize. Supervize je novodobější proces, který napomáhá novým zaměstnancům adaptovat se na nové pracovní prostředí a začlenit se do kolektivu. V rámci supervize se pracovník může svěřit se svými pocity, které jsou spojené s novým pracovním místem, a pohovořit o nich s jinými novými zaměstnanci či vedoucím pracovníkem, jenž má supervizi na starosti (Vévoda, 2013).

2 ZÁTĚŽ, DRUHY ZÁTĚŽE

2.1 Pojem zátěž

Dle Hladkého (1999) se zátěž dá popsat jako vzájemné působení faktorů, které působí na jedince v průběhu života, a schopnosti se s nimi vypořádat. Odezva organismu se může projevit po fyzické i psychické stránce. Může se také ale projevit v obou oblastech zároveň. Jako zátěž popisujeme také situace, se kterými se bez problémů dokážeme vypořádat. Tady vidí Hladký rozdíl mezi zátěží a stresem. Jako zátěž lze chápat i minimální působení vnějších či vnitřních vlivů, ale stres vzniká až při nadměrné míře působení faktorů, se kterými se dotyčný nedokáže vyrovnat (Hladký a Židková, 1999).

2.2 Druhy zátěže

Zátěž lze rozdělit v závislosti na působících faktorech do tří skupin.

2.2.1 Biologická zátěž

Faktory působící na jedince jsou fyzikální, chemické či biologické. Mezi fyzikální faktory řadíme např. osvětlení, klimatizaci či hluk. Chemické působení je způsobeno chemickými látkami a sloučeninami a jako biologické faktory můžeme označit infekce nebo mikroorganismy (Hladký a Židková, 1999, Pracovní stres a zdraví, 2016).

2.2.2 Fyzická zátěž

Míra fyzické zátěže se odvíjí od typu pracoviště (oddělení). Největší fyzickou zátěž v rámci manipulace s těžkými břemeny představují pacienti. Dále sem patří činnosti související s dopravou a přemísťováním prádla, zdravotnického materiálu a pomůcek (Vévoda, 2013).

2.2.3 Psychická zátěž

„Jako psychickou zátěž chápeme souhrn všech vlivů, které doléhají na člověka z vnějšku a působí na jeho psychiku a organismus.“ (Richter, 2014, str. 6)

Oblast psychické zátěže můžeme rozdělit na oblast senzorickou, mentální a emoční. Senzorická oblast je spojená s centrálním nervovým systémem a zatížením smyslových orgánů (např. zraku a sluchu). Mentální zátěž souvisí se způsobilostí jedince v oblasti paměti, myšlení, rozhodování a soustředěnosti. Poslední emoční oblast je charakteristická v citových projevech jedince (Hladký a Židková, 1999).

Psychická zátěž v práci perioperační sestry má většinou převahu nad fyzickou zátěží. Velké nároky se kladou na neustálou pozornost, soustředění a rychlé rozhodování v akutních

situacích. Pro některé sestry může být práce po určité době monotónní, negativní účinek má i životospráva, která v perioperační péči není ideální. Podle Kovalické (2014) může psychická zátěž vést k různým psychosomatickým onemocněním, jako jsou dermatologické potíže (úbytek vlasů, zvýšené pocení nebo vyrážka), nervové (bolest hlavy nebo pocit úzkosti), pohybové (bolesti zad a křeče) a pohlavní obtíže (impotence nebo porucha menstruačního cyklu).

2.2.4 Pracovní zátěž

„Pracovní zátěž je spojená s výkonem povolání (occupational stress, případně stress-related či work load) a se souvisejícími vztahy tvoří v produktivním věku podstatnou, relativně samostatnou součást celkové životní zátěže.“ (Paulík, 2017)

Pracovní zátěž je specifická oblast celkové zátěže jedince, která souvisí s činiteli působícími na něj v pracovním prostředí. Může se objevit jak v oblasti psychické, tak i fyzické. Záleží, ve které oblasti je jedinec více přetěžován. Oblast přetížení se odvíjí od charakteristiky pracovní pozice a s ní spojené pracovní náplně. Po psychické stránce se objevují nejčastěji příznaky, jako jsou únava, změny nálad nebo proměny vystupování jedince. V oblasti fyzické se objevují bolesti a může dojít k dysfunkci pohybového aparátu. Jedinec pak není schopen se dokonale soustředit na pracovní činnost, celkově klesá jeho výkonnost a kvalita odvedené práce. V zaměstnání působí na pracovníka i mnoho chemických faktorů, které mohou mít za následek např. poškození centrálního nervového systému. Pokud je zaměstnanec přetížen vystavován delší dobu, může dojít až k syndromu vyhoření (Hladký a Židková, 1999).

Podle některých průzkumů práce neustále přibývá. Dvě třetiny zaměstnanců v Evropské unii mají pocit, že pracují pod časovým tlakem. Faktorů, které v nás vyvolávají pracovní stres, je mnoho. Patří mezi ně špatná organizace práce, nedostatek personálu, dlouhá pracovní doba, nízká prestiž, neadekvátní finanční ohodnocení, nejistota, přehnaná očekávání od sebe sama, střet s nadřízeným, pestrost práce, špatná komunikace, nedostatečné vedení nebo konflikty s kolegy (Fontana, 2016).

Pokud je zaměstnanec vystaven zátěži, která je už nad jeho možnosti adaptace, může se u něj rozvinout *akutní zátěžová reakce* (dále AZS) nebo *posttraumatický syndrom* (dále PS). Rozdíl mezi těmito stavy je nejznatelnější v oblasti časové. AZS trvá několik hodin či dnů, ale PS může trvat i měsíc. Typické příznaky AZS souvisí s vnímáním okolí a sama sebe. Jedinec má pocit, že není ve svém těle, jeho pocity jsou utlumené, reaguje naučeně

(automaticky) a svůj hlas vnímá spíše z dálky. U PS je typické vyhýbat se všem situacím či podnětům, které mohou jedinci připomínat trauma. Jedním z častých symptomů je tzv. flashback, při kterém se člověku znovu vybaví průběh traumatu a prožívá ho opětovně. Dalším symptomem je pocit odloučení od kolektivu, všeobecně zhoršená adaptace na nové situace, problémy se spánkem, náladovost nebo zvýšená úzkost (Fialová, 2012).

2.3 Zátěžové situace

Mezi stavy, které mohou způsobit zátěž, řadíme frustraci, konflikt, stres, trauma, krizi a deprivaci. Při působení těchto situací na člověka může docházet k porušení jeho psychické stability.

2.3.1 Frustrace

Frustrace je stav, ve kterém má jedinec pocit, že nedokáže či nemůže dosáhnout finální spokojenosti v určité oblasti, přestože měl dojem, že k tomuto stavu dojít může. Vyznačuje se pocitem zklamání. Jestliže by jedinec finální pocit uspokojení neočekával, nepřicházelo by zklamání. Frustraci se vyhneme posílením snahy o uspokojení, vytrvalostí a vírou v konečné uspokojení. Pozitivní smysl frustrace nalezneme ve snaze objevit jiný postup k dosažení spokojenosti. Dochází tedy k vývoji jedince (Vágnerová, 2012).

S pojmem frustrace souvisí termín *satiace*, což je antonymum k frustraci. Jako *satiace* se označuje situace, kdy jedinec dosáhne stavu, ke kterému primárně směřoval (Křivohlavý, 2012).

2.3.2 Konflikt

Konflikt je situace dennodenně běžná. Konflikt se pro jedince stává psychicky hraničním, až pokud na něj působí delší dobu, dotýká se jeho osobní stránky a stává se neřešitelným. Nejdůležitější charakteristikou konfliktu je střet zájmů. Jedná se o dvě potřeby (myšlenky), které vytváří protichůdný vztah (Vágnerová, 2012).

2.3.3 Trauma

Trauma lze vyjádřit jako stav, při kterém dojde k nějaké poruše či ztrátě. Nejvíce zasaženou částí osobnosti jsou emoce. Jedinec se necítí v bezpečí. Charakteristické chování jedince, který prožil trauma, je úzkostné, až negativistické, objevuje se i absence soudnosti. Jedinec může mít sklony k agresi či separaci. S traumatem souvisí posttraumatická stresová choroba, která se může rozvinout u silného či opakujícího se traumatu (Vágnerová, 2012).

2.3.4 Krize

Psychická krize je další zátěžovou situací. Při ní se kladou velké nároky na adaptační mechanismy – krize vzniká při jejich selhání. Jedinec tak musí objevit jiné způsoby řešení problémů. Vyšší tendenci ke krizi mají jedinci s vícečetnou zátěží (Vágnerová, 2012).

2.3.5 Deprivace

Deprivaci lze popsat jako stav, kdy jedinec necítí dostatečné uspokojení v oblasti biologické nebo psychologické. Je narušen buďto rozsah uspokojení nebo časový horizont uspokojení. Deprivace je jeden z nejdůležitějších stavů, které souvisí se zátěží. Má úzkou souvislost s vývojovým obdobím. Čím nižší věk jedince, tím větší následky deprivace (Vágnerová, 2012).

2.3.6 Přetížení

Časový přes s následkem přetížení jedince, který kvůli němu nezvládá nové situace, se označuje jako stresor. V reflexi je významný charakter pracovní činnosti a její stupeň obtížnosti. Na přetížení má vliv také pracovní tempo, které se často nevolí podle potřeby zaměstnance, ale podle toho, jak rychle je nutné provést aktuální pracovní úkol (Hladký a Židková, 1999).

2.3.7 Monotonie

Monotonii rozdělujeme na pohybovou a úkolovou. Pohybovou monotonii můžeme definovat jako stále se opakující pohybovou aktivitu v průběhu pracovní doby. Úkolová monotonie spočívá více v duševním vnímání jedince. Nastává ve chvíli, kdy jedinec nemá dostatečné množství podnětů pro zamyšlení se nad prací a ta se stává stereotypní (Hladký a Židková, 1999).

2.3.8 Stres

Anglické slovo *stress* se do češtiny překládá jako tlak či důraz. Definicí stresu je spousta. Stres můžeme definovat jako: „*nárok (požadavek) kladený na adaptivní schopnosti mysli a těla*“. (Fontana, 2016, s. 14) Pokud jsme schopni vnější požadavky vnímat tak, že jejich pomocí dojdeme k určitému pokroku, potom stres označujeme jako pozitivní. Jestliže ale toho schopni nejsme a požadavky na nás mají spíše záporný účinek, hovoříme o negativním stresu (Fontana, 2016, s. 14–15). Tento pozitivní a negativní vliv stresu rozpoznal vědec Hans Selye a pojmenoval ho jako *eustres* a *distres* (Kraska-Lüdecke, 2007).

Pojem *hypostres* označuje stres, který na nás neklade nezvládnutelné nároky, naopak *hyperstres* vyžaduje abnormální nároky na jedince (Humpl et al., 2013).

Za stresující situaci považujeme tu, při které dojde k nesouladu mezi expozičními a dispozičními faktory. Nároky vyvinuté na jedince buďto přesahují jeho kapacitu, nebo mohou být natolik nízké, že nevyvolají dostatečnou stimulaci (Paulík, 2017).

2.3.8.1 Akutní a chronický stres

Vystihujícím příznakem akutního stresu je tzv. výzva. Pro každého člověka může znamenat něco jiného, a to v závislosti s jeho rolí, kterou momentálně plní. U studujícího bude výzva test či ústní zkoušení, u profesionálního hráče tenisu výhra zápasu. Tato forma zátěže bývá často neočekávaná, reakce jedince může přesahovat rámec potřebné zpětné vazby.

Chronickému stresu se člověk všeobecně lépe přizpůsobuje. Dostává se do něj v situaci, kterou nedokáže ovlivnit a neví si s ní rady. U stresu intermitentního se kolísavě mění intenzita působení, a organismus hůře přizpůsobuje (Humpl et al., 2013).

2.3.8.2 Stresory

Obecně můžeme stresory rozdělit na reálné a potencionální. Pod reálnými stresory si můžeme představit věci, které nás momentálně právě teď ohrožují a působí na nás negativně. Stresory potencionální jsou proměnné, které na nás působí dlouhodobě, a pouze v určitém stádiu intenzity a po určitou dobu působení způsobí stres (hlučné prostředí, nadměra pracovních úkolů, vysoká či nízká teplota). Mezi faktory, které mají vliv na to, zdali se z potencionálního stresoru stane stresor reálný, patří např. charakteristika osobnosti – rezistence, intelektuál, tvořivé myšlení, pracovní výkonnost, zkušenosti se stresem a zátěží, sociální podpora, aktuální životní stav, životní ztráty a změny (Paulík, 2017).

Dále můžeme stresory rozdělit na vnější a vnitřní. Mezi vnější stresory řadíme např. hluk nebo klimatizaci a klimatické podmínky a mezi vnitřní např. únavu či bolest (Kliment, 2014).

Stresory jsou činitelé způsobující stres a zapříčiní zvýšení hladiny adrenokortikotropního hormonu. Můžou mít různou škálu intenzity, která hraje roli při tom, zda se jim jedinec přizpůsobí (Bartůňková, 2010).

Salutory jsou termínem opačným. Vyjadřují soubor možností, jak zvládat stres či zátěž (Křivohlavý, 2012).

2.3.8.3 Typy stresorů

- *Psychické stresory*

Psychický stresor se projevuje například u jedince, který v práci rozbíhá nový projekt, přichází do úplně nového prostředí nebo přijímá novou pracovní náplň. Pracovník musí přijít na to, co se od něj očekává a co je jeho náplní práce. Potřebuje zpětnou vazbu od vedoucího pracovníka, aby si ujasnil informace. Jako psychický stresor může působit ale i monotónní práce, jelikož si jedinec připadá znuděný.

- *Sociální stresory*

Sociální stresory jsou spojené především s kolektivem v pracovním prostředí. Patří sem konflikty, hádky nebo závist na pracovišti. Z pokročilejších stupňů je to šikana.

- *Fyzické stresory*

Do skupiny fyzických stresorů patří špatné pracovní prostředí, které působí na fyzickou stránku jedince. Např. hluk, klimatické podmínky, práce na směny nebo nekomfortní osvětlení (Kraska-Lüdecke, 2007).

2.3.8.4 Stres a zdraví

Je dokázáno, že u jedinců podléhajícím stresu se častěji objevují infekční onemocnění (nachlazení), kardiovaskulární onemocnění, hůře se hojí rány a autoimunitní onemocnění mají tendenci ke zhoršení stavu (např. astma a revmatická artritida). Chronicky působící stres může zapříčinit různé psychické poruchy, a to např. úzkost, depresi či syndrom vyhoření (Ayers a De Visser, 2015).

2.3.8.5 Fáze stresu

Jsou známy tři fáze stresu, které určil Hans Seley a označil jako *genereální adaptační syndrom*. První fází je *poplachová reakce*. V první fázi si organismus uvědomí, že podléhá stresu (stresovým situacím, stresorům). Jedinec ještě není schopný adekvátně reagovat ve smyslu adaptace či obranných reakcí. Druhou fází je *stádium rezistence*, které je charakteristické tím, že se organismus přizpůsobuje stresu. V této fázi se střetávají vlivy stresu a schopnosti jedince se jim bránit. Pokud tyto nemohou působení stresu odvrátit, jedinec je pod jeho vlivem působení delší období, což souvisí s dlouhodobým vypětím. Poslední třetí fáze se nazývá *stádiem vyčerpanosti*, do kterého se jedinec dostává v případě, že není schopen stresu čelit. (Fialová, 2012).

2.3.8.6 Projevy stresu

- *Fyziologické změny*

Patří mezi ně arytmie, tachykardie, bolest za sternem, potíže s chutí k jídlu, bolesti břicha, problémy se stolicí, snížená sexuální touha, porucha menstruačního cyklu, problémy s krční páteří (bolest, ztuhlost) a bolesti hlavy.

- *Emocionální změny*

Časté jsou změny nálad, orientace na nedůležité věci (přecitlivělost), úzkost z důvodů svého zdravotního stavu, unavenost, nepozornost nebo uzavírání se do sebe sama.

- *Behaviorální*

Objevují se častější absence, snížená kvalita práce, zvýšená spotřeba cigaret a alkoholu, závislost na drogách, nechutenství či přejídání, popř. rozhozený denní rytmus (Bártlová a Marková, 2008).

2.3.9 Konkrétní zátěžové situace

- Množství práce – zatěžující se stává práce, která přesahuje určité množství povinností, které je schopen zaměstnanec vykonat za určitou časovou jednotku.
- Časová tíseň – jedná se o podobný případ jako s množstvím práce, ale větším problémem se jeví plnění časového harmonogramu.
- Zodpovědnost – dalším faktorem, který může vést k zátěži a stresu je nadměrná zodpovědnost. Nejvíce se tento typ zátěže objevuje při práci s lidskými životy.
- Neurčené kompetence – celkové nevyjasnění pracovní náplně zaměstnance vede často k nejistotě, která je známou příčinou stresu a zátěže.
- Styk s lidmi – zátěž se vyskytuje u povolání, které vyžaduje kontakt s lidmi. Mezi tato povolání patří např. práce ve zdravotnictví či školství. Stresující může být i kontakt se spolupracovníky, se kterými nemá zaměstnanec kladně vytvořený vztah. U některých jedinců může ale naopak vyvolat zátěž práce, při které je od kontaktu s lidmi izolovaný.
- Pracovní prostředí – mezi negativní stránky pracovního prostředí, které v zaměstnancích vyvolávají zátěž, patří hluk a omezený prostor. Hluk může způsobit problémy se spánkem, hypertenzi, podrážděnost nebo bolesti hlavy. Stres také způsobuje nedostatečný osobní prostor a místa, kde jsme nuceni k sociálnímu kontaktu.

- Spánek – málo spánku je podloženým stresorem. Nedostatek spánku vyvolává únavu, která je spojená s nerozhodností a špatným soustředěním. Kvalita spánku ale může být ovlivněna už probíhajícím stresem, takže nemusí být pouze příčinou (Humpl et al., 2013).

2.4 Důsledky psychické pracovní zátěže

Příznaky, které se objevují u jedince vystavenému zátěži, můžeme z časového horizontu rozdělit na bezprostřední a trvalejší. Mezi bezprostřední reakce můžeme zařadit změny nálad, změnu pracovního tempa, zhoršení paměti a soustředění, poruchy spánku a s nimi související únavu a zpomalené reakce. Zátěž se z krátkodobého hlediska projevuje i po stránce fyzické, a to nejčastěji bolestí hlavy, pohybového aparátu nebo břicha. U jedince se také může objevit nečekané agresivní jednání. Z hlediska dlouhodobého se u něj projevují i příznaky, které se objevují bezprostředně (např. únava, bolesti hlavy). Ty jsou ale kvůli dlouhodobému působení intenzivnější. Dále přibývají potíže v oblasti dýchacího a oběhového systému. Jedinec podléhá celkovému vyčerpání, které je způsobené nedostatečnou adaptací. V některých případech se může rozvinout PS (Fialová, 2012).

2.4.1 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření (dále jen SV) se začal zmiňovat ve spojitosti se zaměstnáním, ve kterém se jedinec dostává do kontaktu s lidmi a sdílí s nimi jejich příběhy. První člověk, který začal pozorovat a popisovat SV, byl Herbert Freudenberger (Venglářová, 2011). SV se nejčastěji vyskytuje u zdravotnických pracovníků, sociálních pracovníků, policistů nebo učitelů (Křivohlavý, 2012). SV řadíme mezi nejběžněji se vyskytující nemoc, která vzniká dlouhodobým působením stresu a psychické zátěže (Kraska-Lüdecke, 2007).

2.4.1.1 Příznaky SV

- *Tělesné příznaky*

Typickými známkami je únava, pokles energie a zvýšená potřeba odpočinku a spánku, který nebývá efektivní. Tělesný diskomfort se projevuje zažívacími potížemi, slabostí, bolestí a častější nemocností.

- *Psychické příznaky*

Hlavní známkou je negativní přístup k sobě samému, ale i k ostatním. Typický je skeptický přístup. Vytrácí se empatie a profesionální nadšení. Dotyčný odmítá jakékoliv změny, objevují se u něho změny v soustředění a začíná zapomínat.

- *Emocionální vyčerpání*

Mizí potěšení z komunikace s ostatními, lidé se pro něj stávají přítěží. Postupně se lidí začíná stranit (Venglářová, 2011).

2.4.1.2 Fáze SV

SV je proces, který se může rozvíjet několik dní, měsíců i let. Navazuje na sebe několik období, které se dají pojmenovat jako *nadšení, stagnace, frustrace, apatie a konečné vyhoření*. Po prvotním nadšení pracovníka, kdy oplývá nápady, pracuje i nad rámec své pracovní náplně a tvoří si ideály o své práci, přijde fáze stagnace, kdy tento zápal ustupuje. Jedinec pocítuje první negativní dopady související s jeho zaměstnáním. Vnímá potřebu zadostiučinění v osobním životě, ale i přes to udržuje kontakt pouze s kolegy, jeho koníčky jdou stranou a věnuje se pouze svému zaměstnání, které mu začíná činit potíž. Další fází je frustrace, která se vyznačuje pocitem nedostatečné kompetentnosti – jedinec se necítí doceněný, je bezmocný. Po frustraci přichází fáze apatie: dotyčný se vyhýbá komunikaci, převládá u něj beznaděj a netečnost, svou práci vnímá pouze jako cestu k výdělku. Poslední fází, kdy dochází k vyhoření, můžeme popsat jako celkové vyčerpání člověka. Převládá u něj negativismus a neplní své profesních kompetence (Urbanovská, 2012).

2.5 Zvládání stresu a psychické zátěže

Chování každého jedince se liší podle aktuální situace. Ve stavech, které má dotyčný zažité a má naučenou určitou reakci, se jedinec projevuje jinak než v situacích, které jsou pro něho neznámé a způsobují mu zvýšenou zátěž. Neznámé situace vyvolávají odlišné emoční reakce a utváří se komplexní obraz jedince.

Pokud se tento jedinec dostane do vážnější životní situace, často se ptá, proč se tato situace stala a proč konkrétně jemu. To, že zjistí příčinu dané události, v něm vyvolá pocit lepší orientace v problému. Toto chování se označuje jako *atribuční styl*.

Zvládání zátěže a stresu závisí i na vnitřním smýšlení jedince. Můžeme ho rozdělit na pozitivní a negativní. Jedinci, kteří se řídí *optimismem*, se často cítí v nezvyklých situacích lépe. Může se ale stát, že určitou situaci dobře neodhadnou a pohlíží na věc méně kriticky, než by bylo potřebné. Špatná stránka optimistického přístupu se projevuje ve chvíli, kdy jedinec nevyřeší daný problém vyloženě předpokládanou pozitivní cestou a je z výsledku zklamaný. Pojem *dispoziční optimismus* vyjadřuje představu jedince, že vše v životě bude pozitivní. Opakem optimistického přístupu je *pesimismus*. Pesimisticky laděný jedinec neustále vyhlíží nové problémy či překážky a zároveň cítí, že si s danou situací nedokáže

poradit. Protože si ale pesimista nikdy předem nevěří a nevěří ani v pozitivní vyřešení problému, v konečném výsledku může být překvapen (Vágnerová, 2010).

2.5.1 Předpoklady zvládání zátěže

Předpoklady pro zvládání zátěže se dají rozdělit do tří skupin:

- osobnostní faktory,
- situační faktory,
- dynamické faktory.

Faktory pro zvládání zátěže v oblasti osobnosti jsou znatelné z osobnostní charakteristiky jedince. V jejím rámci osobnostní charakteristiky má na zvládání zátěže vliv odolnost, adaptabilita, sense of coherence (angl., smysl pro soudržnost), hledání místa kontroly, sebedůvěra, charakteristika přístupu (optimismus, pesimismus), které jsou popsány výše. Klíčovou roli v rysech jedince hrají obranné mechanismy.

Situační faktory zvládání zátěže obsahují rizikové faktory, které zabraňují jedinci správně reagovat na přicházející zátěž. Záleží na délce působení, intenzitě působení a frekvenci. Jako rizikové faktory můžeme označit např. onemocnění jedince nebo jeho blízkých, nedostatečné finanční prostředky pro život, psychické problémy vzniklé v dětství, šikanu a další. Se situačními faktory dále souvisí protektivní faktory.

Dynamické faktory se zaměřují na oblast copingu, tedy na konkrétně promyšlené zvládání zátěže (Paulík, 2012).

2.5.2 Sebedůvěra

Sebedůvěru lze popsat jako sebehodnocení. Jedná se o smýšlení jedince o sobě samém v pozitivním slova smyslu. Dotyčný věří ve své schopnosti a je si jistý, že s jejich pomocí dosáhne naplánovaných cílů. Se sebedůvěrou souvisí tzv. vnímaná osobnostní účinnost, v angličtině self-efficacy. Zakládá se na pozitivním názoru jedince ohledně své vlastní osoby a jejich reakcí na nově nastávající situace (Paulík, 2012).

2.5.3 Místo kontroly

V rámci zvládání zátěže existují dva způsoby nahlížení na problém v rámci přisuzování příčiny. Jedná se o tzv. *místo kontroly*. To může být vnitřní (interní) a vnější (externí). Jedinec, který smýšlí ve směru interního místa kontroly, si myslí, že on je jediným faktorem, který může ovlivnit průběh zvládání zátěže. Věřící tomu, že má vliv na průběh zátěžové

situace a jedině on dokáže ovlivnit i konečné zvládnutí zátěže. V tomto případě se hodně využívá personálního atribučního stylu. Místo kontroly, která se zaměřuje na externí směr, se vyznačuje situačním atribučním stylem. V tomto případě se jedinec nepovažuje za hlavní faktor, který ovlivňuje průběh zátěžové situace. Zodpovědnost ve zmiňovaném externím místě kontroly přisuzuje okolním faktorům, situace se vyvíjejí a přicházejí samy, jedinec se necítí zodpovědný. Velkou roli hraje míra obtížnosti události a také role osudu. K posouzení místa kontroly se používá dotazník, který může určit externí či interní typ. Jedná se o dotazník Internal-External Scale, jenž se ale využívá pouze v zahraničí (Kliment, 2014).

2.5.4 Sense of coherence

Sense of coherence lze do češtiny přeložit jako „mysl pro soudržnost“. Autorem pojmu je Aaron Antonovsky, který jedince popsal jako soudržný celek. Každý člověk může mít tento mysl pro soudržnost vyvinut různě. Vyšší přítomnost soudržnosti vybavuje jedince lepšími schopnostmi ke zvládnání stresu. V rámci sense of coherence Antonovsky rozlišil tři dimenze, kterými jsou *srozumitelnost*, *smysluplnost* a *zvládnutelnost*. Srozumitelnost se považuje za kognitivní součást soudržnosti. Jedinec, u kterého je srozumitelnost na vysoké úrovni, má schopnost vnímat prostředí kolem sebe (svět) jako jednotlivé části, které dohromady tvoří celek. Toto prostředí má svůj vlastní řád. Svět je pak pro jedince snadno rozpoznatelný a předvídatelný. *Smysluplnost* je v rámci soudržnosti afektivní součást – v této dimenzi hraje roli emoční prožívání jedince. Člověk s vysokou způsobilostí po stránce smysluplnosti si dokáže ve všech situacích, se kterými se v životě potýká, najít mysl, který bere s pozitivním náhledem, takže dokáže tyto situace vnímat jako výzvu. *Zvládnutelnost* je konativní součástí smyslu soudržnosti. V této poslední dimenzi je hlavní schopností jedince věřit v to, že situaci dokáže (či nedokáže) zvládnout. Projevují se zde jeho motivační schopnosti. Člověk s vysokou úrovní zvládnutelnosti věří v sebe a zároveň v to, že dokáže nastalé situace vyřešit. Sense of coherence se vyvíjí v průběhu celého života jedince. Formuje se podle životních událostí jedince (Kliment, 2014).

2.5.5 Adaptace

Pojem adaptace lze vyjádřit jako proces, při kterém je jedinec schopný se přizpůsobit nově přichozím vnějším či vnitřním vlivům. Pomocí adaptačního procesu se dosáhne tzv. *homeostázy* neboli vyrovnaní vnitřního prostředí. Po stránce psychologické hraje důležitou roli subjektivní pocit a subjektivní posudek určitého stavu jedincem. Tento adaptační proces je důležitý v běžném osobním životě, ale i v zaměstnání. S adaptací souvisí pojem adaptabilita, což je způsobilost v rámci adaptačních procesů (Paulík, 2012).

2.5.6 Odolnost

Pojem odolnost vyjadřuje rozsah impulsů, které je jedinec schopný zvládnout (odolat jim), aniž by se narušila adaptace a on byl vystaven dlouhodobé zátěži (Paulík, 2012).

S odolností souvisí pojmy *hardiness* a *resilience*. *Hardiness*, který se do češtiny překládá jako pevnost či tvrdost, můžeme popsat jako míru odolnosti vůči zátěžovým situacím. Pojem *resilience*, který v češtině znamená houževnatost nebo tvrdost, lze definovat jako způsobilost odolávat v časovém horizontu (opakovaně). Globálně se jedná o míru schopnosti jedince čelit nestandardním těžkým životním událostem, s kterými se setkává v průběhu celého života. Pro odolnost, pevnost a houževnatost existuje jeden souhrn pojem – *protektivní faktory*. Odráží se v nich i osobnost jedince, a to hlavně v oblasti emočních reakcí na zátěž, adaptability na zátěž (a konečné odpoutání se od ní), schopnosti pozitivního myšlení a vyvarování se zbytečné negace. Dále je důležitá určitá míra sebevědomí, a to z pohledu víry v to, že se jedinec dokáže s nově nastalou zátěžovou situací vypořádat. Jejich nedílnou součástí je dokázat přijmout pomoc od druhých a vnímat sociální oporu (Vágnerová, 2012).

Míra odolnosti závisí na několika faktorech. Jedním z nich je genetická dispozice. Do této oblasti můžeme zařadit emoční reakce, schopnost jedince rychle reagovat a přizpůsobit se nově vzniklým situacím a celkovou vnitřní stabilitu jedince. Míra odolnosti se rozvíjí v průběhu života. Z již prožitých životních momentů si člověk do budoucna odnese ponaučení a nová východiska, která v budoucnu může využít ve stejných či podobných situacích (Vágnerová, 2012).

2.5.7 Coping

Coping se označuje jako zvládací odpověď či zvládací strategie. Pod pojmem coping se skrývá oblast vypořádání se se stresem. Jedinec se jím snaží změnit stresovou situaci na zvládnutelnou, aby se s ní dokázal vypořádat. Při copingu se tedy eliminují stresory, člověk se snaží utlumit následné možné dopady, které se mohou objevit po působení stresorů (Kliment, 2014).

Tyto způsoby také můžeme rozdělit do dvou skupin. Jedná se o *efektivní strategie*, které se projevují aktivním přístupem, emočním výrazem, ochotou vyvinout energii ke zvládnutí nové situace a pozitivním přístupem ke změně. *Neefektivní neúčinné zvládání strategie* imponuje negativním přístupem. Jedinec je pasivní a vyhledává útěchu ve zvýšeném příjmu jídla a alkoholu, izoluje se od ostatních. V souvislosti s těmito strategiemi se v literatuře objevuje pojem *adaptivní a vědomé zvládací strategie*, které využívají momentální útěchu

v pláči, zlosti, ale i při orientaci v novém stavu a v diskusi o problému s blízkými (Humpl et al., 2013).

Strategie mohou být zaměřené pouze na emoce, vylučují nepříjemné pocity. Ale také se mohou zaměřovat pouze na problém, které se zabývají konkrétním problémem a řeší ho (Ayers a De Viser, 2015).

Coping, který je orientovaný na vyřešení konkrétního problému, využívá jedinec nejvíce tehdy, kdy si je jistý, že daný problém dokáže vyřešit. Je dokázáno, že řešení ve smyslu „problém“, je více efektivní než řešení ve smyslu „emoce“. U copingu, který se orientuje na emoce, má jedinec pocit, že daný problém není schopný vyřešit, a proto se zabývá vnitřním uspokojením. Cílem emočního copingu je smíření se s nově nastalou situací. S tím souvisí tzv. sebezvýhodňující strategie. Ta spočívá v tom, že si člověk utvoří mylnou představu, že určitou situaci nedokáže vyřešit, a vzdá se aktivního řešení (Vágnerová, 2012).

Postupu, jak se snažíme zvládat stres, říkáme moderování stresu – „*tj. řízení toho dění, kterým by se měl nepříjemný a nepříznivý stav stresu změnit*“ (Humpl et al., 2013, str. 15).

2.5.8 Obranné mechanismy

Se stresem a zátěží se můžeme vypořádat obrannými mechanismy. Jsou to neuvědomované postupy k potlačení úzkosti, která je způsobena ohrožením sebepojetí. Detailněji se jimi zabýval např. Sigmund Freud a Anna Freudová (Paulík, 2017).

U obranných mechanismů jedinec využívá dvou základních procesů, kterými jsou útok a únik. Útok se zaměřuje na konkrétní původ zátěže a je aktivním obranným mechanismem. V některých situacích lze útok vést i na jiný cíl. U jedince se často objevuje agresivita, která může být vedena jak ke zdroji zátěže, tak k němu samotnému. Pozitivnější a přijatelnější formou agrese je asertivita, která pomáhá člověku dosáhnout svého cíle způsobem více akceptovaných společností. Únik je opakem k útoku. Jedinec se před tíživou situací snaží utéct a vzdává se vyřešení problému (Vágnerová, 2012).

Mezi konkrétnější obranné mechanismy patří vytěsnění, při kterém se jedinec snaží vymazat negativní dojmy a myšlenky z vědomí. Dalším mechanismem je potlačení, při kterém dotyčný odkládá činnosti na později, nebo od nich upustí. Objevuje se i regrese (vystupování jedince není adekvátní k jeho věku, spíše k mladšímu věku), projekce (člověk přisuzuje své pocity jinému jedinci), introjekce (člověk si přisuzuje pocity druhého), racionalizace (obhajoba tzv. „rozumnými“ důvody), bagatelizace (snižování významu), sebeobviňování

(jedinec si přisuzuje vinu za něco, co neudělal), reaktivní výtvoř (jedinec zaujme opačný postoj, než ve skutečnosti má), izolace (člověk se uzavírá do sebe) anebo se jedinec vzdá něčeho – pro něj sympatického – kvůli někomu jinému (Paulík, 2017).

Jedním z obranných mechanismů, který se u člověka rozvíjí už od dětství, je tzv. naučená bezmocnost (learned helplessness), která je charakteristická nemotivovaným, až pasivním přístupem. Jedinec má dojem, že nemá dostatečné schopnosti pro řešení nově vzniklých zátěžových situací. Naučená bezmocnost se rozvíjí primárně u osob, jež mají ve svém okolí člověka, který iniciativně řeší problémy za ně (Paulík, 2012).

Jedním z výsledků obranných mechanismů je ideální postavení jedince v životě a společnosti z jeho pohledu. Hlavním rozdílem mezi obrannými mechanismy a copingem, který se v literatuře popisuje, je fakt, že obranné mechanismy se považují za nevědomé, kdežto coping je přímým postupem, jenž si jedinec promyslí a uvědomuje si ho (Kliment, 2014).

2.5.9 Všeobecné rady pro zvládání zátěže

Proti stresu a psychické zátěži se dá bojovat vícero způsoby. Pravidelný dostačující spánek dovoluje vstávat do nového dne s úsměvem a pozitivním smyšlením. Pozitivní je i přístup ke každodenním povinnostem s úsměvem. Je dobré si přiznat, že někdy zkrátka na všechno nestačíme sami. Důležité je nepřetěžovat se – věci, které lze udělat jindy, odložit. Každý den si dopřát věc, která jedince potěší. Může se jednat o jídlo, příjemnou činnost, setkání s přáteli či malý nákup. Udržovat kontakt s lidmi, které jedinci dokážou pomoci se starostmi a jsou schopni člověka vyslechnout. Vyřadit ze svého života věci, které jsou stresující, ale stále přetrvávají. Nebát se vyjádřit svůj názor a dát najevo, co se jedinci líbí a co ne. Stát si za svým názorem, bez zbytečného vysvětlování či ospravedlňování (Cimický, 2015).

Důležité je uvědomit si, že některé věci, které se týkají naší práce, ovlivnit nemůžeme. Zaměstnanec nikdy nedosáhne stavu, ve kterém vše funguje v pozitivním slova smyslu. Musí si připustit a zvyknout si i na špatné stránky jeho povolání. Po pracovní stránce pomáhá věnovat se dalšímu vzdělávání, ať už v oboru nebo někde jinde. V osobním životě najít dostatek času na relaxaci, vlastní koníčky a na kontakt s blízkými a přáteli. Dalším preventivním opatřením je to, aby si člověk nebál říct o pomoc. Třeba u kolegů v práci nebo u někoho z rodiny (Humpl et al., 2013).

Co se týká pracovního stresu, může jedinci pomoci např. to, že si ráno vytvoří svůj program a v průběhu dne se ho drží (snižuje se tak riziko nepřipravenosti a následného stresu). Projít si v hlavě, co bude probíhat a duševně se na to připravit. Věnovat se své práci a nesnažit se řešit osobní trable v nevhodnou chvíli. V průběhu pracovní doby se občas protáhnout a dodržovat pitný režim. Nenechat se ovlivnit spolupracovníky a stát si za svým rozhodnutím. Nenechat na sebe dopadnout důsledky vycházející z chování někoho jiného. Je vhodné mít na pracovišti místo, kde může být zaměstnanec na chvíli sám a kde se může uklidnit (Cimický, 2015).

Americký psycholog Thomas Moore řekl: „*Velkou nemocí 21. století, která se projevuje v našich obtížích i těžkostech a která se každého z nás osobně dotýká, je ‚ztráta duše‘. Toto zanedbávání se projeví v celé řadě příznaků: ve zlosti a vzteku, v násilí, agresivitě, obsesích, holdování drogám a ve ztrátě smysluplnosti života.*“ Této „ztrátě duše“ lze předejít vnímáním všech problémů. Nechat jim volný průběh, nezastínit je. Vyhranit si čas na relaxaci a jiné příjemné zážitky (Křivohlavý a Pečenková, 2004, s. 15).

V mnoha literaturách se dočteme fakt, že naše psychická stránka ovlivňuje stránku fyzickou. Tento vztah ale funguje i opačně. Hlavními faktory ovlivňující tělesné zdraví je správná strava, pitný režim, dostatek pohybu, spánek a relaxace (Křivohlavý a Pečenková, 2004).

V těžkých situacích se v průběhu života ocitne každý. Týkají se všech věkových kategorií – dětí, dospělých i seniorů. Pro každou věkovou kategorii může být zátěž úplně jiná skutečnost, navíc každý člověk je jinak vybaven k tomu, aby se dokázal vypořádat s náročnými a zatěžujícími situacemi (Kutínová, 2015).

3 PERIOPERAČNÍ PÉČE

Perioperační péče se dá definovat jako péče, která je poskytována před, během a bezprostředně po operačním výkonu. Můžeme ji rozdělit na předoperační, peroperační a pooperační fázi (Wendsche et al., 2012).

3.1 Operační trakt a jeho uspořádání

Operační trakt je celek, který sestává z několika místností. Prostor operačních sálů má přesné formulované zásady, které ovlivňují také budování nových operačních sálů. Hlavní myšlenkou uspořádání operačních sálů je dosažení stavu, kdy se nekříží přísunové a odsunové cesty. A to ať už se jedná o příjezd pacientů, příjem nového materiálu nebo odvoz odpadu (Schneidrová, 2014).

O uspořádání operačních sálů pojednává vyhláška o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení 51/1995 Sb., novelizovaná vyhláškou 221/2010 Sb. Stanovuje uspořádání, použití stavebního materiálu, prostorovou rozlohu, osvětlení, systém medicínálních plynů atd. (Jedličková, 2019).

Na operačním sále dodržujeme aseptický režim, kterého lze dosáhnout pouze přísnými hygienickými opatřeními. Nejlepším uspořádáním operačního traktu je rozdělení sálů podle druhu operací na supraseptický, aseptický, mezoseptický a septický (Wichsová, 2013).

3.1.1 Typy operačních traktů

- Pavilionový typ – operační trakt je umístěn ve svém vlastním pavilonu, ve kterém je i lůžkové oddělení a ambulance určitého oboru. Pavilionový typ je nevýhodný z hlediska ekonomiky provozu (rozvoz jídla, prádla a léčivých přípravků). Výhodou pavilonového typu je lepší informovanost zaměstnanců a komfortnější zázemí.
- Centrální typ – u centrálního typu nemocnice se operační trakt, lůžkové oddělení a ambulance všech oddělení nachází v jedné budově a tvoří ucelený komplex. V jedné budově se nachází i technické zázemí, jako je centrální vytápění či klimatizace. Pro operační sály je často vyhrazeno jedno patro, které je oddělené od ostatního provozu. Centrální typ operačních sálů je multioborový. Na rozdíl od pavilonového typu umožňuje centrální uspořádání finanční úsporu, ale rozsáhlý komplex může působit nepřehledným dojmem (Schneiderová, 2014).

3.1.2 Zóny operačního traktu

Zóny operačního traktu se musí dodržovat u centrálního i pavilonového typu. Cílem uspořádání traktu je minimalizace přenosu infekce na operační sály. Smyslem uspořádání je vytvoření dvou cest – přísunové a odsunové. Osob na operačních sálech by mělo být co nejméně a všichni musí být poučeni o zásadách pohybu na sále. Vstup do operačního traktu je obvykle zabezpečen vůči vstupu cizích osob (Schneiderová, 2014).

Ochranná zóna

První místností operačního traktu je vstupní filtr, který slouží zaměstnancům operačního traktu. Vždy má oddělenou část pro ženy a muže. Do filtru se vchází v určeném nemocničním oděvu, nikdy v osobním venkovním oblečení. Filtr se dělí na tzv. nečistou a čistou zónu. Do nečisté zóny se ukládá nemocniční oděv a obuv, najdeme tady skříňe pro oděv a botníky pro obuv. V čisté zóně se nachází sociální zázemí, operační prádlo a boty určené k pohybu na operačním sále. Tyto dvě části jsou od sebe odděleny viditelným způsobem (např. barevnou čarou na podlaze). V místnosti čisté zóny se zaměstnanci převlékají do operačního prádla, které se skládá z haleny a kalhot, galoší, čepice a ústenky. Ve vstupním filtru se ponechávají všechny šperky, hodinky a mobilní telefon. Umělé nehty se netolerují. Zaměstnanec se tedy vysvlékne, odloží si všechny výše zmíněné věci a poté se obleče do operačního prádla.

V operačním traktu se nepohybuje pouze zdravotnický personál, proto je tady i místnost pro příjem pacientů. Je to tzv. překladiště nebo filtr pro pacienta. Toho na operační sál přiveze lékař, všeobecná sestra nebo sanitář. S postelí či vozíkem se zajíždí pouze do ochranné zóny. Pacient se nahý přeloží na pojízdný operační stůl nebo lehátko a překryje se novou příkrývkou. Proveďte se jeho identifikace. Pacient je předán anesteziologické sestře a anesteziologovi. Zkontroluje se, zdali u sebe nemá cennosti či zubní protézu a sestra mu nasadí operační čepici.

Do ochranné zóny se počítají i sklady s čistým materiálem, odpočinková místnost personálu, pracovny, místnosti, které slouží k uložení čisticích prostředků, odebraných biologických materiálů nebo prádla (Schneiderová, 2014).

Aseptická zóna

Zóna následující po ochranné se jmenuje aseptická. Nachází se před každým operačním sálem. Některá pracoviště mají jednu aseptickou zónu společnou pro dva sály. Pacient se v této zóně může podle potřeby dochystat k operačnímu výkonu. Můžeme ho oholit, zavést mu permanentní katetr, žilní katetr nebo zajistit spinální anestezii. Do aseptické zóny patří i umývárny. V novodobějších umývárkách lze nalézt jedno nebo dvě dlouhá žlábková umyvadla s pákovými bateriemi nebo vybavená bezdotykovým systémem. V umývárce jsou umístěné nádoby s dezinfekčním mýdlem a samotnou dezinfekcí, igelitové zástěry, utěrky na ruce a kartáčky na umytí silně znečištěných rukou (Schneiderová, 2014).

Do aseptické zóny se řadí i sklad, kde se umísťuje přístrojové vybavení. Nepřekázení tak na operačním sále ve chvíli, kdy nejsou potřeba (Jedličková, 2019).

Sterilní zóna

Pod sterilní zónou se skrývá již samotný operační sál. Od aseptické zóny je oddělen dveřmi, které jsou ovládány buďto mechanicky nebo elektrickým pohonem. Nepropouštějí radiační záření, jsou široké a většinou částečně prosklené. Stěny celého operačního sálu musí být omyvatelné, na sále by se neměla nacházet okna. Podlahy jsou antistatické, omyvatelné a bez spár (Schneiderová, 2014).

Na operační sál se nesmí nosit kabelky, noviny a časopisy, hrnky s tekutinami, jídlo ani mobilní telefon. Před vstupem na operační sál se provede hygienická dezinfekce rukou (Wichsová, 2013).

Další částí sterilní zóny je i přípravná sterilního materiálu a jeho sklad. Tady jsou uloženy např. kontejnery s nástroji, zvláště zabalené sterilní nástroje, drény, chirurgické šití, implantáty nebo obvazový materiál (Jedličková, 2019).

Odsunová zóna

Do odsunové zóny se řadí odsunová místnost, kudy se veze pacient ven z operačního sálu na dospávací pokoj či oddělení. Přes odsunovou místnost se odváží použité nástroje a odpad z operačního sálu. Další součástí odsunové zóny je úklidová místnost, kde jsou uloženy prostředky pro úklid, dezinfekční prostředky a myčka na boty (Jedličková, 2019).

3.2 Zařízení operačních sálů

3.2.1 Klimatizace

Klimatizace na operačním sále zajišťuje laminární proudění vzduchu. Tento filtrovaný vzduch zajišťuje nad operačním stolem ještě čistější místo než v ostatních částech operačního sálu. Na operačním sále se snažíme udržet přetlak, kterým zabráníme tomu, aby vzduch proudil směrem ze sálu, a ne směrem do sálu. Přetlakem zabráníme zbytečnému nasávání částic, které znečišťují vzduch na sále. Tyto částice se do ovzduší dostávají z operačního prádla, kůže nebo manipulací se zdravotnickým materiálem. Klimatizace má za úkol výměnu vzduchu, usměrňování proudění, revizi přetlaku, udržování teploty a vlhkosti, ale i filtraci vzduchu. Nejpoužívanějšími filtry jsou tzv. HEPA filtry, které jsou vyrobené ze skládaného skelného mikrovlákná a jsou zasazené do kovové kazety. Účinnost se udává 99,97 %. Účinnějšími filtry jsou ULPA filtry, které dosahují účinnosti až 99,99 % (Schneiderová, 2014). Správnou klimatizací na sále docílíme snížení rizika kontaminace operační rány, vyhneme se podchlazení pacienta, předejdeme působení narkotizačních plynů na operační tým a zajistíme vhodnou teplotu. Požadovaná teplota na operačním sále je 17–27 °C, vlhkost 40–50 % a rychlost proudění vzduchu 0,1–0,2 m/s. Klimatizace funguje nepřetržitě. Ve chvílích, kdy se na sále nepracuje, se nastaví úsporný režim. Kontrola kvality klimatizace ovzduší na operačním sále se odvíjí od vyhl. 90/1999 Sb., kdy měříme prachové částice v ovzduší (Jedličková, 2019).

3.2.2 Osvětlení

Osvětlení na operačním sále hraje důležitou roli a to proto, že pracovníci před, v průběhu i po operaci provádí spoustu činností, při kterých je správné světlo důležité. Operační sál obsahuje základní osvětlení, které je důležité u běžných činností. Světlo by mělo jít regulovat v intenzitě, což navozuje operačnímu týmu světelný komfort. Osvětlení operačního pole zajišťují speciální operační svítidla, která jsou situována cca dva metry od operačního pole. Svítidla mohou být stojanová, stropní nebo nástěnná, jednoramenná či víceramenná a obsahují i snímatelnou ručku, díky které může operační tým snadno manipulovat se zacílením světla. Mezi funkce operačních svítidel řadíme změnu intenzity či možnost nastavení zabarvení světla do žluta nebo do modra. Světelný zdroj může být halogenový, ale čím dál více se vyskytují LED světla. Dalším specifickým způsobem osvětlení je světelný zdroj umístěný na brýlích chirurga nebo speciální zdroj světla určený pro umístění na jeho čele (Schneiderová, 2014).

3.2.3 Medicinální plyny

Dodání medicinálních plynů na operační sál může být zajištěno dvěma způsoby, a to centrálními rozvody nebo pomocí tlakových lahví. Centrálními rozvody jsou plyny vedeny na operační sál už v redukovaném množství a rychlospojky jsou označeny barevným značením podle standardů daného zařízení. Tlakové láhve se značí barevně a písemně. Aby se plyn dal použít v dechovém oběhu pacienta, musí být na lahev nasazen redukční ventil, který sníží tlak na požadovanou hodnotu (Schneiderová, 2014).

3.2.4 Operační stoly

Operační stůl je jedním z nejdůležitějších vybavení operačního sálu. Zpravidla se nachází uprostřed operačního sálu. Stůl můžeme ovládat buďto mechanicky nebo elektricky ovládačem. Ten se musí pravidelně dobíjet v elektrické síti. Operační stůl může být na sále zabudován napevno do podlahy nebo může být mobilní. K dopravě pacienta na sál používáme tzv. podvozek, díky kterému se vyhneme další manipulaci s pacientem na operačním sále. Stůl je z omyvatelného materiálu a z velké části je rtg transparentní. Operační stůl se skládá z více odnímatelných desek, kterými můžeme přizpůsobit polohu pacienta. Mezi příslušenství operačního stolu řadíme zarážky, opěrky, stolek pod ruku, popruh pro upevnění pacienta, Shautovy podpěry na nohy, extenční zařízení, tříbodovou svorku atd. (Wichsová, 2013).

3.2.5 Instrumentační stolky

Instrumentační stolky jsou vyrobené z nerezové oceli, výškově nastavitelné, jejich antistatická kolečka můžeme zabrzdit (Schneiderová, 2014).

3.3 Technické vybavení operačního sálu

3.3.1 Elektrochirurgické přístroje

Tkáň, na kterou využijeme elektrochirurgii, podléhá koagulační nekróze. Elektrochirurgickým přístrojem (koagulací) můžeme dosáhnout elektrotomie (řezání a preparace tkáně) nebo elektrokoagulace (zastavení drobného krvácení). Koagulaci můžeme použít přímo na tkáň pomocí lopatkové či kuličkové koncovky anebo můžeme koagulovat přes nástroj, ve kterém tkáň držíme. Ovládání koagulace je buďto ruční nebo přes pedál. Koagulaci rozdělujeme na bipolární a monopolární. U bipolární koagulace se proud šíří pouze mezi branžemi nástroje (nejčastěji pinzeta), neutrální elektroda není potřeba. U monopolární koagulace jsou zapotřebí neutrální elektrody a proud prochází tělem pacienta.

Neutrální elektrodu přikládá perioperační sestra. Elektroda může být jednorázová s lepicí vrstvou anebo opakovatelně používaná (s omyvatelným povrchem). Elektroda musí být v řádném kontaktu s kůží, delší stranou k operačnímu poli a co nejbližší (menší cesta pro proud). Elektroda se nelepí na místa s ochlupením, na místa s tukovou vrstvou nebo kostnatou část těla. Dále dbáme na dokonalé zaschnutí dezinfekce na operačním poli a kontrolujeme, zdali dezinfekce někde nezatekla. Hrozilo by vzplanutí alkoholových par dezinfekce (Wichsová, 2013).

Použitím elektrochirurgického přístroje vzniká tzv. „chirurgický kouř“, který je v dnešní době už opovažován za kancerogenní. Obsahuje několik toxických chemických látek (např. kyanovodík, toluen, benzen atd.) Chirurgický kouř zapříčiňuje podráždění DC, očí, nevolnost, zvýšené riziko nádoru DC. Účinkům kouře se vyvarujeme používáním ústenky, respirátorů, ale hlavně jeho odsáváním (Wichsová, 2016).

3.3.2 Endoskopická věž

Endoskopická věž se používá např. pro laparoskopie, torakoskopie či artroskopie. Tyto metody nám umožňují prohlédnout si dutiny miniinvazivním přístupem. Endoskopická věž se skládá z několika částí: insuflačního zařízení, koagulační jednotky, kamerové jednotky, odsávací a oplachové jednotky, monitoru a plynové bomby (Schneiderová, 2014).

3.3.3 Mikroskop

Operační mikroskop umožňuje optické zvětšení operované tkáně. Některé mikroskopy obsahují obrazovky, na které se promítá pohled mikroskopu (Schneiderová, 2014).

3.3.4 Rentgenový přístroj

Nejčastější využití rentgenu je na sálech ortopedie a traumatologie. Dále se používá třeba v cévní chirurgii a neurochirurgii. Nejčastěji se na operačním sále využívá tzv. C-rameno, které je pojízdné a díky svému tvaru s ním můžeme manipulovat nad operačním stolem. Personál na sále musí používat ochranné pomůcky (zástěry, nákrčníky) a dozimetr (Schneiderová, 2014).

3.4 Role perioperační sestry

Perioperační sestra v provozu plní dvě role: instrumentářku a tzv. obíhající (cirkulující) sestru. Instrumentářka je přítomna přímo u operace a instrumentuje, obíhající sestra zajišťuje spojení operačního týmu s okolím. Za instrumentování je považováno správné podávání a odebírání nástrojů při operačním výkonu. Kompetence perioperační sestry jsou dány vyhl. 55/2011, § 54 a 56.

Sestra instrumentářka připravuje instrumentária a jiné zdravotnické pomůcky či přístroje potřebné k operačnímu výkonu. Chystá instrumentační stolky s potřebnými nástroji. Podílí se na antisepsi a rouškování operačního pole. Společně s operátorem kontroluje, zda souhlasí počet nástrojů, operačních roušek a dalšího materiálu (jehel, mulového materiálu). Sleduje návrat tampónů na tamponových kleštích. Tampony má uložené v misce, nikdy ne volně na stolku. Během operačního výkonu sleduje operační ránu a dodržování zásad sterility. Během operace upřednostňuje názor a potřeby operátora. Nástroje podává podle zvyklosti nebo na vyžádání. Udrzuje je čisté, suché a funkční a nikdy je nepodává za zády, pod paži, v oblasti hlavy nebo krku operátora. Nástroje nabízí ve správné poloze, nikdy je neponechává ležet na pacientovi. Má o nich přehled. Po skončení operace se postará o operační ránu (dezinfekce, krytí, napojení drénu). Použité nástroje naskládá do dekontaminačního kontejneru. Zodpovídá za úklid operačního sálu.

Obíhající sestra komunikuje s pacientem, kontroluje jeho dokumentaci (souhlas s operací, verifikační protokol, alergie). Kontroluje správný průběh bezpečnostního protokolu. Pomáhá instrumentářce přichystat veškeré potřebné pomůcky k operaci. Zodpovídá za správné uložení pacienta na operačním stole (polohu konzultuje s lékařem) a přikládá neutrální elektrodu. Asistuje instrumentářce před, během i po výkonu s počítáním mulového materiálu. Podílí se na přípravě operačního týmu, vybaluje potřebný sterilní materiál a sleduje dodržování aseptických zásad. Zodpovídá za dokumentaci, správné označení odebraného biologického materiálu a příslušných žádanek. V průběhu celé operace se stará o zdravotnické přístroje. Po ukončení operačního výkonu převáží použité nástroje na sterilizaci. Dohlíží na úklid operačního sálu (Jedličková, 2019).

Práce operační sestry je velice dynamická, proto je potřeba, aby byla schopna kritického myšlení, dokázala posoudit situaci a měla dostatečné vzdělání (Kingdon, 2006).

Perioperační sestra zodpovídá hlavně za bezpečnost pacienta, na které se podílí několik faktorů. Řadíme sem edukaci pacienta, dodržování hygieny rukou, podání profylaxe před

operací, dodržování perioperačního bezpečnostního procesu (který je na sále vystaven), kontrolu předoperační přípravy (např. koupel a oholení), dodržování správné polohy pacienta na operačním stole a péči o operační ránu (antiseptice, incizní folie) v průběhu operace a po operaci (Bilen, 2018).

Mezi rizika práce perioperační sestry řadíme styk s chemickými látkami (např. inhalační anestetika, chirurgický dým), dále biologické činitele (hepatitidy, HIV), fyzikální vlivy (rtg záření, hluk, vibrace, změny teplot) a zvýšenou psychickou a fyzickou zátěž (Hozbová, 2014).

3.5 Příprava operační skupiny

Operační skupina přichází do operačního traktu přes vstupní filtr. Ve vstupním filtru se nejprve vysvlékne, odloží osobní věci a cennosti, provede hygienickou dezinfekci rukou a oblékne si operační prádlo. Operační prádlo může být buď jednorázové (vyrobené z netkané textilie) nebo opakovaně používané, které se vyrábí z bavlny. Obuv pro pohyb na operačním sále musí splňovat určitá kritéria. Důležité je, aby byla antistatická, omyvatelná a s uzavřenou špičkou. Další součástí operačního oblečení jsou čepice (musí zakrývat celou vlasatou část hlavy) a ústenka. Ústenka se mění po každém výkonu nebo po potřísnění.

Pro práci na operačním sále je stěžejní hygiena rukou. V prostorech operačního traktu provádíme čtyři úkony, které souvisejí s hygienou rukou. Hygienické mytí rukou se provádí za účelem odstranění nečistot – realizujeme ho u znečištění rukou, po sundání rukavic, po manipulaci s jídlem a návštěvě toalety. Na zvlhčené ruce nanese mycí prostředek, napěníme s malým množstvím vody a myjeme 30 vteřin, ruce opláchneme a usušíme. Hygienická dezinfekce rukou redukuje z pokožky přechodnou mikroflóru a zabraňuje přenosu infekce. Provádíme ji např. ve vstupním filtru nebo po kontaminaci biologickým materiálem, a to vtíráním dezinfekčního přípravku (cca 3 ml) do úplného zaschnutí. Chirurgické mytí rukou se provádí až po úroveň loktů před zahájením operačního programu. Docílíme jím odstranění nečistot a přechodné mikroflóry. Na ruce zvlhčené vodou nanese mycí přípravek, který napěníme a ruce myjeme po dobu jedné minuty, poté mycí přípravek spláchneme směrem od konečků prstů k loktům. Ruce osušíme do sucha pomocí jednorázových utěrek. Následuje chirurgická dezinfekce rukou, kterou provádíme před začátkem operačního programu, ale i mezi operačními výkony a při výměně rukavic během výkonu. Dezinfikujeme ruce od konečků prstů až po lokty ve třech fázích (od špiček

prstů k loktu, od špiček prstů k předloktí a od špiček prstů po zápěstí). Doba působení dezinfekčního přípravku je určena výrobcem, obvykle to je 1,5–5 minut do zaschnutí (Schneiderová, 2014).

Po chirurgickém mytí rukou a chirurgické dezinfekci se perioperační sestra přesune z umývárny na operační sál, obleče si sterilní operační plášť a rukavice a přichystá sterilní nástroje a pomůcky k operaci. Poté pomáhá lékaři s antiseptikou operačního pole, oblečením sterilního pláště a zarouškovaním operačního pole. Operační plášť a operační roušky by měly splňovat určité normy, mezi které patří nepropustnost tekutin, absorpce povrchové části roušky či pláště, pevnost a nevolňování vláken. Rouškování operačního pole provádíme za účelem mikrobiologicky čistého místa kolem rány. Setkáváme se s jednorázovým či opakovaně používaným operačním rouškovaním. Rouškování operačního pole se provádí po jeho antiseptice ve sterilním operačním plášti. S rouškami zbytečně nehýbeme, netřepeme. Dáváme si pozor na znesterilnění vlastního operačního pláště a rukavic. Za sterilní část považujeme roušku nad hranou operačního stolu, nad pasem operatérů a nad hranou instrumentačního stolku. Roušku nikdy neposouváme směrem k ráně, ale naopak (Jedličková, 2019).

3.6 Dokumentace na operačním sále

Dokumentace na operačním sále – a celkově ve zdravotnictví – je velmi důležitá. Zaznamenávají se všechny informace o pacientovi (anamnéza, vyšetření a léčba). V dnešní době se dokumentace provádí z velké části elektronicky. Dokumenty, které se nejvíce týkají práce na operačním sále, jsou: *Informovaný souhlas pacienta s operačním výkonem*, *Informovaný souhlas pacienta s anestezií* a *Perioperační ošetrovatelská dokumentace*. V dokumentaci, kterou vytváří perioperační sestra, se zaznamenávají tyto údaje: časy převzetí pacienta, začátku anestezie, začátku řezu, konce řezu, konce anestezie a překladi pacienta. Dále se zaznamenává složení operačního a anesteziologického týmu, typ výkonu (akutní, plánovaný), podložka (např. gelová, tepelná, vzduchová), oholení pacienta, zavedení permanentního močového katetru, typ anestezie (celková, epidurální, spinální, periferní blok, lokální), typ koagulace (monopolární, bipolární), umístění neutrální elektrody, typ a počet drénů, odběry biologického materiálu, použití turniketu, typ dezinfekce, alergie, změny stavu kůže a možné nežádoucí události. Podstatnou součástí dokumentace je stvrzení souhlasu počtu operačních roušek a nástrojů a provedení bezpečnostního procesu.

Důležitým dokumentem na operačním sále je *Operační program*, který je sestavován vedoucím pracovníkem daného pracoviště (přednosta kliniky, primář oddělení). Operační program obsahuje datum, jména pacientů, ročník narození, diagnózu, plánovaný operační výkon a jména operatérů. Operační výkony se zaznamenávají do operační knihy, kde se píše datum operace, jméno pacienta, jeho pořadové číslo, rodné číslo, diagnóza, typ výkonu, jména operatérů, jméno anesteziologa, typ anestezie, jméno instrumentářky a obíhající setry, stvrzuje se souhlas operačních roušek a nástrojů. Po dokončení výkonu operující lékař napíše *Operační protokol*, který obsahuje datum operace, začátek a konec řezu operace, jména operačního týmu, typ anestezie, diagnózu a popis operačního výkonu. V operačním protokolu je také zmínka o souhlasu operačních roušek a nástrojů a průběhu bezpečnostního protokolu. Operující lékař dále vypíše *Průvodní list k odebraným biologickým materiálům* (Schneiderová, 2014).

II VÝZKUMNÁ ČÁST

4 POPIS VÝZKUMNÉ ČÁSTI

4.1 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č. 1: Který stupeň zátěže bude vyhodnocen u sester pracujících na operačním sále?

Výzkumná otázka č. 2: Který faktor z Meisterova dotazníku bude nejčastěji vyhodnocen jako nejvíce zatěžující?

Výzkumná otázka č. 3: Které položky z Meisterova dotazníku budou hodnocené nejvyšším bodovým hodnocením?

Výzkumná otázka č. 4: Mění se psychická zátěž v závislosti na věku perioperačních sester?

Výzkumná otázka č. 5: Existuje významný rozdíl mezi psychickou zátěží perioperačních sester s kratší dobou odpracovaných let než u perioperačních sester s delší dobou odpracovaných let?

Výzkumná otázka č. 6: Liší se úroveň zátěže perioperačních sester od dané populační normy podle Meisterova dotazníku?

Výzkumná otázka č. 7: Existuje významný rozdíl mezi psychickou zátěží perioperačních sester různých medicínských oborů?

Výzkumná otázka č. 8: Existuje významný rozdíl v psychické zátěži u perioperačních sester pracujících na jednom konkrétním medicínském oboru a perioperačních sester s multioborovým zaměřením?

Výzkumná otázka č. 9: Co konkrétně nejčastěji způsobuje psychickou zátěž u perioperačních sester?

Výzkumná otázka č. 10: Co perioperačním sestřám nejčastěji pomáhá v rámci zvládnutí psychické zátěže?

4.2 Metodika výzkumu diplomové práce – kvantitativní výzkum

Pro výzkumnou část diplomové práce byl zvolen **kvantitativní výzkum** v podobě dotazníku. Jeho cílem je zjistit vazby mezi jednotlivými proměnnými. Kvantitativní výzkum se využívá u většího souboru respondentů. Kromě dotazníku se může realizovat např. i pomocí standardizovaného rozhovoru (Kutnohorská, 2009).

4.2.1 Výzkumný nástroj

Pro výzkumnou část diplomové práce byl vybrán dotazník. Skládá se z několika otázek, které se zaměřují na výzkumné téma a charakteristiku respondentů. Dotazník se distribuuje v tištěné či elektronické podobě. Je možné dotazník vyplnit anonymně. Pokud ale dotazník není anonymní, respondent musí potvrdit souhlas jedince. Při vytváření dotazníku je potřeba dbát na správnou a srozumitelnou formulaci otázek, jelikož následné dohledávání nejasných informací je obtížné. Otázky musí být podány stručně, jasně a celkový image dotazníku by měl respondenta zaujmout (Kutnohorská, 2009).

Vytvořený dotazník se skládá celkem z třiceti šesti otázek. Na začátku dotazníku jsou respondenti seznámeni s tématem diplomové práce. Zdůrazněna je anonymita a dobrovolné rozhodnutí pro vyplnění dotazníku. Zmíněna je i jediná podmínka pro vyplnění dotazníku, a to praxe v oboru perioperační péče minimálně jeden rok, která je stanovena podle standardizovaného Meisterova dotazníku. Prvních pět analytických otázek se zaměřuje na charakteristiku souboru respondentů (věk, pohlaví, délka praxe, vzdělání a typ pracoviště). Následujících deset otázek je převzato ze standardizovaného Meisterova dotazníku, který se zabývá psychickou zátěží (popsán v kapitole 4.2.1.2.). Posledních dvacet jedna doplňujících otázek vlastní tvorby je zaměřeno na konkrétní faktory, které mohou způsobovat zátěž v rámci perioperační péče a dále se zabývají problematikou, jak se vypořádat s psychickou zátěží. Soubor otázek vlastní tvorby jsou kombinací jedenácti uzavřených, čtyř polootevřených a šesti otevřených dotazů. Otevřené a polootevřené otázky vyší autenticity konkrétních odpovědí.

4.2.1.1 Standardizovaný Meisterův dotazník

Jedním z nejvyžívanějších dotazníků pro hodnocení psychické zátěže je Meisterův dotazník. Dotazník zformuloval v roce 1975 W. Meister a následně byl v letech 1976 až 1984 zkoumán. Dotazník se zabývá psychickou zátěží u pracovníků na jednom či více pracovištích zaměřených stejným směrem. Podmínkou pro validní informace u dotazníkového šetření je minimálně jednoletá praxe na daném pracovišti.

Dotazník se skládá ze třech částí (faktorů) a celkově obsahuje deset otázek (položek). První část se zaměřuje na přetížení pracovníků, další na monotonii v zaměstnání a poslední zahrnuje nespécifický faktor (viz tab. č. 1). Respondent zvolí u každé otázky na škále od 1 do 5 (1 – ne, vůbec nesouhlasí; 2 – spíše nesouhlasí; 3 – nevím, někdy ano, někdy ne; 4 – spíše ano; 5 – ano, plně souhlasí) dle svého pocitu odpovídající možnost.

Tabulka 1: Meisterův dotazník

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

(Hladký a Židková, 1999)

Vyhodnocení jednotlivých položek

Jedním způsobem vyhodnocení psychické zátěže Meisterova dotazníku je podle konkrétních položek (viz tab. č. 2). Při překročení mediánu kritické hodnoty se vyskytuje zátěž. Pokud je hodnota mediánu menší než kritické hodnoty, zátěž se nevyskytuje (Hladký a Židková, 1999).

Tabulka 2: Hodnocení psychické zátěže dle Meisterova dotazníku – jednotlivé položky

Č.	OTÁZKA	TYP FAKTORU	KRITICKÝ MEDIÁN
1.	Časová tíseň	I	3,0
2.	Malé uspokojení	II	2,5
3.	Vysoká odpovědnost	I	3,0
4.	Otupující práce	II	2,5
5.	Problémy a konflikty	I	2,5
6.	Monotonie	II	2,5
7.	Nervozita	III	3,0
8.	Přesycení	III	3,0
9.	Únava	III	3,0
10.	Dlouhodobá únosnost	III	2,5

(Hladký a Židková, 1999)

Vyhodnocení dle faktorů

Meisterův dotazník lze vyhodnotit dle faktorů (viz tab. č. 3). Při vyhodnocování zátěže u skupiny jedinců se porovnává aritmetický průměr s kritickou hodnotou průměru (Hladký a Židková, 1999).

Tabulka 3: Hodnocení psychické zátěže dle Meisterova dotazníku – dle faktorů

F	NÁZEV FAKTORU	SOUČET POLOŽEK	MAXIMUM	KRITICKÝ PRŮMĚR
I	Přetížení	1 + 3 + 5	15	10
II	Monotonie	2 + 4 + 6	15	9
III	Nespecifický faktor	7 + 8 + 9 + 10	20	14
HS	Hrubý skór	I + II + III	50	29

(Hladký a Židková, 1999)

Klasifikace zátěže

V případě, že medián faktoru I je o dva body větší než faktor II, sečte se medián faktoru I a III a výsledek se zhodnotí podle tab. č. 4.

Tabulka 4: Hodnocení psychické zátěže dle Meisterova dotazníku – stupeň zátěže 1

SOUČET FAKTORŮ	STUPEŇ ZÁTĚŽE	TENDENCE
7–19	1	-
20–24	2	K přetížení
25–35	3	K přetížení

(Hladký a Židková, 1999)

V případě, že faktor I bude alespoň o dva body menší než faktor II, sečteme mediány II a III, výsledek zhodnotíme dle tabulky č. 5.

Tabulka 5: Hodnocení psychické zátěže dle Meisterova dotazníku – stupeň zátěže 2

SOUČET FAKTORŮ	STUPEŇ ZÁTĚŽE	TENDENCE
7–21	1	-
22–26	2	K monotonii
27–35	3	K monotonii

(Hladký a Židková, 1999)

Pokud rozdíl mezi faktorem I a II je více než dva body, sečteme mediány všech tří faktorů a výsledek klasifikujeme dle tab. č. 6.

Tabulka 6: Hodnocení psychické zátěže dle Meisterova dotazníku – stupeň zátěže 3

SOUČET FAKTORŮ	STUPEŇ ZÁTĚŽE	TENDENCE
10–26	1	-
27–32	2	Kombinace faktorů
33–50	3	Kombinace faktorů

(Hladký a Židková, 1999)

Jednotlivé stupně zátěže lze klasifikovat následovně:

Stupeň číslo jedna je zátěž, při které se nepředpokládá odraz na zdraví pacienta, zátěž nemá dopad na pracovní výkon a subjektivní stav. *Stupeň číslo dva* už znamená změny v oblasti výkonnosti jedince. *Stupeň číslo tři* se vyznačuje změnou výkonnosti a mohou se při něm objevovat i změny ve zdravotním stavu (Hladký a Židková, 1999).

4.3 Organizace dotazníkového šetření

Dotazník byl vytvořen během prosince roku 2019. Na začátku ledna 2020 byl dotazník předložen ke konzultaci vedoucí diplomové práce a dotvořen do finální verze. Během ledna 2020 byla podána žádost o výzkumné šetření v nemocnicích situovaných v oblasti Olomouckého a Jihomoravského kraje, kontaktováním referentů zajišťující průzkumné šetření jednotlivých zařízení. Poté, co došlo ke schválení výzkumného šetření na jednotlivých pracovištích, byly kontaktovány vrchní sestry operačních sálů a byly domluveny podrobnosti ohledně distribuce dotazníků. Před distribucí dotazníků byl proveden předvýzkum, a to v období od 3. do 5. 2. 2020. Dotazník byl rozdán třem perioperačním sestřím a byly provedeny úpravy po gramatické a stylistické stránce. Vyplněné dotazníky získané v rámci předvýzkumu nejsou do výzkumu zahrnuty. Distribuce dotazníků začala 11. 2. 2020 osobním kontaktem s respondentkami a skončila 25. 2. 2020. Sběr dotazníků skončil 9. 3. 2020. Vyplněné dotazníky respondentky anonymně odevzdávaly do předem vyhrazené složky. Celkem bylo rozdáno 124 dotazníků, vrátilo se 113 vyplněných dotazníků, což určuje 91,13 % návratnost. Pět dotazníků bylo vyřazeno z důvodu nekompletnosti vyplnění, 11 dotazníků se při sběru nevrátilo. Konečný počet použitých dotazníků je 108. Použito je tedy 95,58 % sesbíraných dotazníků.

4.4 Charakteristika výzkumného vzorku

Soubor respondentek se skládá z všeobecných sester, které pracují v perioperační péči a mají praxi minimálně jeden rok. Celkem se výzkumu zúčastnilo 108 respondentek ze sedmi různých pracovišť v oblasti Jihomoravského a Olomouckého kraje. Jednalo se o čtyři jednooborová pracoviště – operační sály ortopedie (dále ORT), otorinolaryngologie (dále ORL), oční chirurgie a ústní, čelistní a obličejové chirurgie (dále ÚČOCH). Dále se výzkumu zúčastnily sestry ze tří pracovišť Centrálních operačních sálů (dále COS), kde respondentky pracují buďto na jednom medicínském oboru, nebo jich střídají více. V tabulce č. 7 je zobrazeno rozložení respondentek v rámci medicínských oborů. Perioperační sestry, které svou pozici vykonávají na pracovišti s vyšším výskytem medicínských oborů, jsou zařazeny do skupiny multioborové zaměření (dále MULTI).

Tabulka 7: Rozložení respondentek

		VYSKYTOVANÉ MEDICÍNSKÉ OBORY V RÁMCI VŠECH PRACOVÍŠŤ											
		POČET RESP.	MULTI	ÚČOCH	ORL	ORT	TRAUM	GYN	OČNÍ	CHIR	NCH	URO	REK
7 P R A C O V Í Š Ť	ÚČOCH	5		5									
	ORT	8				8							
	COS I.	15	8		4	1			1	1			
	COS II.	45	8		2	8	10	2	1	10	2	1	1
	COS III.	28	22				2			3		1	
	ORL	4			4								
	OČNÍ	3							3				
	CELKEM	108	38	5	10	17	12	2	5	14	2	2	1

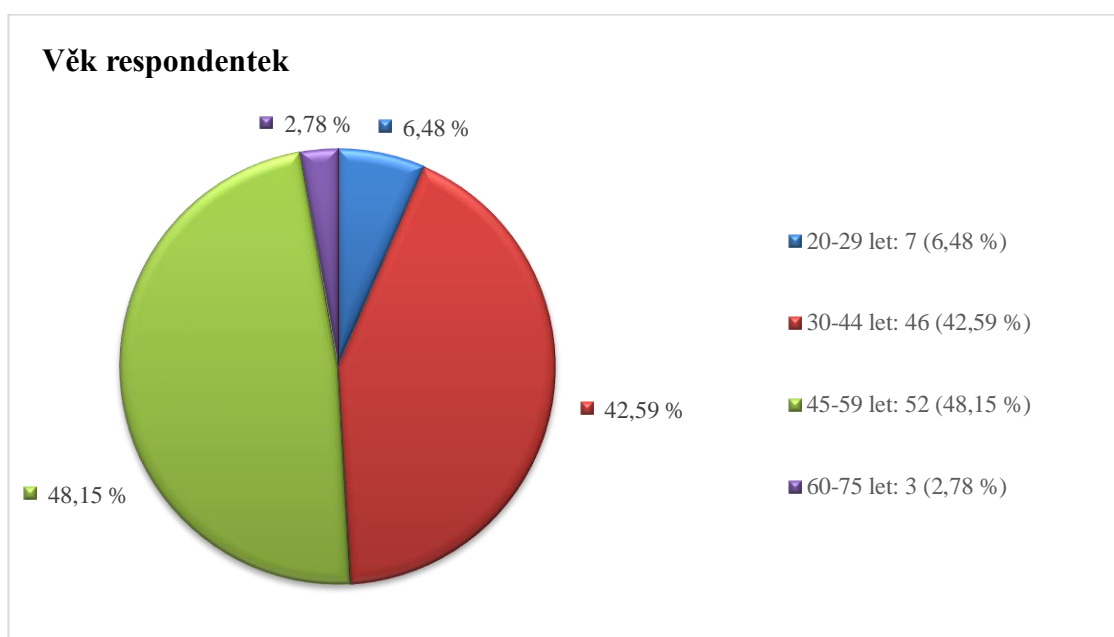
Respondentky jsou v práci pro hodnocení zátěže rozděleny podle charakterově podobných medicínských oborů (viz tab. č. 8). Byly vytvořeny čtyři skupiny, které jsou nazvány jako: multioborové zaměření; ortopedie, neurochirurgie a traumatologie; chirurgické obory (CHIR, URO, GYN a REK) a malé chirurgické obory (ORL, ÚČOCH, oční chirurgie).

Tabulka 8: Rozdělení respondentek do skupin

		ROZDĚLENÍ DO SKUPIN			
		SK 1 – MULTI	SK 2 – ORT NCH TRAUM	SK 3 – CHIR. OBORY	SK 4 – MALÉ CHIR. OBORY
OBORY	MULTI	38			
	ORTO		17		
	NCH		2		
	CHIR			14	
	GYN			2	
	URO			2	
	REKCH			1	
	TRAUM		12		
	ORL				10
	ÚČOCH				5
	Oční				5
	Celkem	38	31	19	20

Věk respondentek

Celkový počet respondentek je 108. Respondentky jsou podle věku roztrženy do stádií dospělosti, které popsala v roce 2011 Vágnerová a Šimíčková-Čížková následovně: mladá dospělost (20–30 let), střední dospělost (30–45 let), starší dospělost (45–60 let) a rané stáří (60–75 let). Z grafu č. 1 je znatelné, že nejčetněji vyskytovaný věk respondentek se pohybuje mezi 45 až 59 lety (celkem 59 respondentek). V tabulce č. 9 je uveden průměrný věk, který je 44,3 let. Nejmladší respondentkou byla 24letá všeobecná sestra a nejstarší 62letá všeobecná sestra.



Graf 1: Věk respondentek

Tabulka 9: Věk respondentek

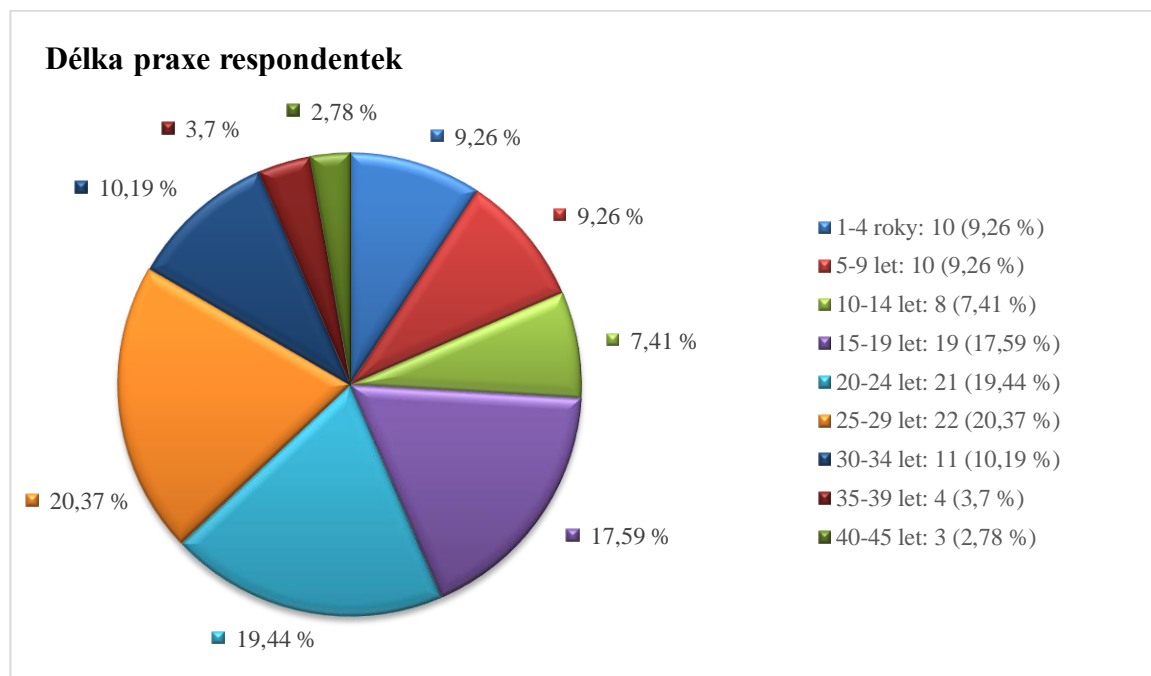
	N	PRŮMĚR	MIN	MAX	SM. ODCHYLKA
Respondentky	108,00	44,30	24,00	62,00	8,29

Pohlaví respondentů

Výzkumu se zúčastnily pouze ženy. Celkový počet je 108 perioperačních sester.

Délka praxe v oboru perioperační péče

V grafu č. 2 je zobrazena délka praxe respondentek. Nejvíce z nich pracuje v perioperační péči od 25 do 29 let. Tabulka č. 10 prezentuje průměrnou délku praxe – 19,75 let. Nejkratší praxe v oboru byla zaznamenána v délce jednoho roku, nejdelší 43 let.



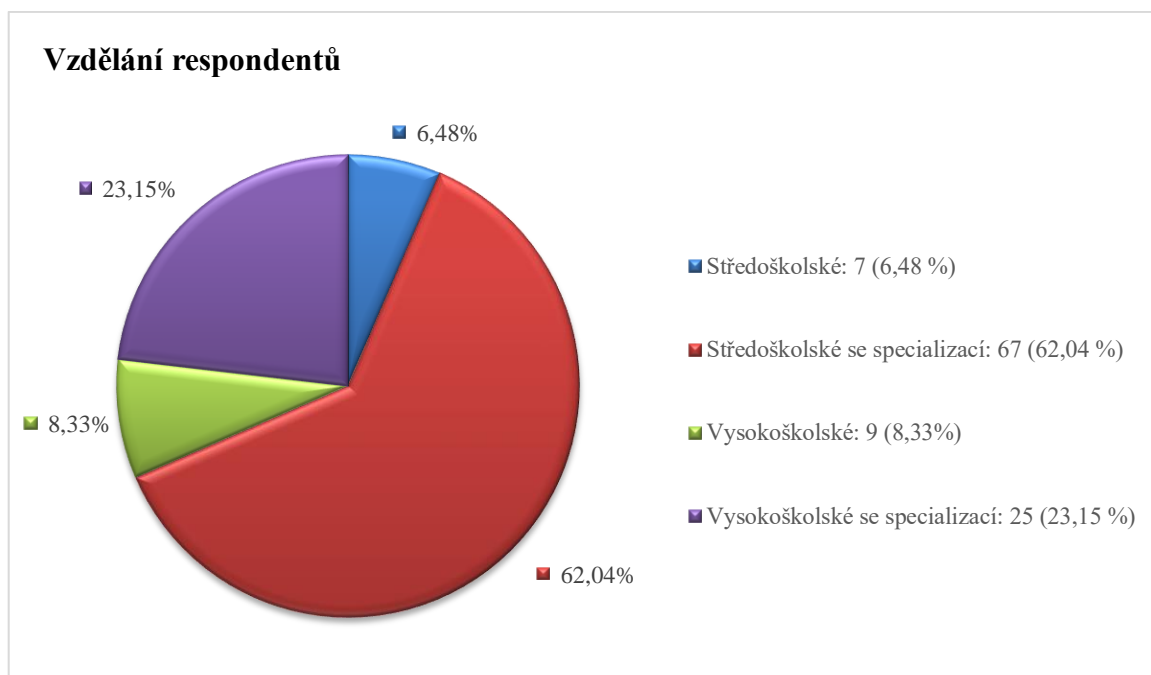
Graf 2: Délka praxe respondentek

Tabulka 10: Délka praxe respondentek

	N	PRŮMĚR	MIN	MAX	SM. ODCHYLKA
Respondentky	108,00	19,75	1,00	43,00	9,87

Vzdělání respondentek

V celkovém počtu 108 respondentek bylo potvrzeno u sedmi z nich středoškolské vzdělání, 67 respondentek absolvovalo po středoškolském vzdělání specializaci v oboru perioperační péče. Vysokoškolsky vzdělaných sester je 34, z toho 25 dokončilo specializaci v oboru perioperační péče.



Graf 3: Vzdělání respondentek

5 ANALÝZA NASBÍRANÝCH DAT

V následující kapitole budou popsána sesbíraná data z výzkumného nástroje – dotazníku. Jako první bude prezentována analýza standardizovaného Meisterova dotazníku s řadou nezbytně vytvořených tabulek a následovně vyhodnocení vlastních otázek s příloženými grafy. Pro statistické zpracování dat byl využit program Statistica 12.

5.1 Analýza dat standardizovaného Meisterova dotazníku

Pro vyhodnocení standardizovaného Meisterova dotazníku byly respondentky rozděleny do čtyř skupin: multioborové zaměření; chirurgické obory; ortopedie, neurochirurgie a traumatologie a malé chirurgické obory. Po vyhodnocení všech skupin, byly vytvořeny tabulky pro jejich porovnání a následně byla data vyhodnocena i pro celý soubor 108 respondentek.

5.1.1 Skupina č. 1 – Multioborové zaměření

Vyhodnocení jednotlivých položek

Výsledky 38 respondentek s multioborovým zaměřením jsou zobrazeny v tabulce č. 11. Kritickou hodnotu dosáhly položky č. 1, 3 a 9 (časová tíseň, vysoká odpovědnost a únava). Nejnižší hodnoty byly prokázány u položek č. 4 a 6 (otupující práce a monotonie).

Tabulka 11: MD – jednotlivé položky – sk. 1

Č.	POLOŽKA	N	KRITICKÝ MEDIÁN	MEDIÁN	MIN	MAX	\bar{x}	SM. OD.
1.	Časová tíseň	38,00	3,0	3,00	1,00	5,00	2,89	1,13
2.	Malé uspokojení	38,00	2,5	2,00	1,00	3,00	1,71	0,73
3.	Vysoká odpovědnost	38,00	3,0	3,00	1,00	5,00	2,71	1,18
4.	Otupující práce	38,00	2,5	1,00	1,00	3,00	1,45	0,65
5.	Problémy a konflikty	38,00	2,5	2,00	1,00	4,00	2,00	0,93
6.	Monotonie	38,00	2,5	1,00	1,00	3,00	1,37	0,63
7.	Nervozita	38,00	3,0	2,00	1,00	4,00	1,82	0,83
8.	Přesycení	38,00	3,0	2,00	1,00	4,00	1,95	0,93
9.	Únava	38,00	3,0	3,00	1,00	5,00	2,79	1,09
10.	Dlouhodobá únosnost	38,00	2,5	2,00	1,00	5,00	2,66	1,28

** červená barva označuje oblast, která překročila kritickou hodnotu

*oranžová barva označuje oblast, která dosáhla kritické hodnoty

Kolik respondentek dosáhlo či přesáhlo kritickou hodnotu, je zobrazeno v tab. č. 12.

Tabulka 12: MD – jednotlivé položky – sk. 1 – počet přesažení a dosažení

POLOŽKA	DOSÁHLO KRITICKÉ HODNOTY	PŘESÁHLO KRITICKOU HODNOTU
1. Časová tíseň	14 respondentek (36,84 %)	11 respondentek (28,95 %)
3. Vysoká odpovědnost	13 respondentek (34,21 %)	9 respondentek (23,68 %)
9. Únava	13 respondentek (34,21 %)	10 respondentek (26,68 %)

Vyhodnocení podle faktorů

U respondentek, které mají v zaměstnání multioborové zaměření, nebyl dosažen ani překročen žádný kritický průměr stanovený v Meisterově dotazníku ke konkrétním faktorům. Hodnota, která se nejlépe přiblížila ke kritickému průměru je 7,61 u faktoru I (viz tab. č. 13).

Tabulka 13: MD – hodnocení dle faktorů – sk. 1

	N	KRITICKÝ PRŮMĚR	PRŮMĚR	MIN	MAX	SM. OD
FAKTOR I	38,00	10	7,61	3,00	14,00	2,70
FAKTOR II	38,00	9	4,55	3,00	9,00	1,46
FAKTOR III	38,00	14	9,21	4,00	16,00	3,40
HS	38,00	29	21,37	10,00	35,00	6,21

V tab. č. 14 jsou prezentovány počty respondentek, které kritický průměr určený standardizovaným Meisterovým dotazníkem dosáhly či přesáhly.

Tabulka 14: MD – hodnocení dle faktorů – sk. 1 – přesažení a dosažení

	DOSÁHLO KRITICKÉ HODNOTY	PŘESÁHLO KRITICKOU HODNOTU
FAKTOR I	5 respondentek (13,16 %)	4 respondentky (10,53 %)
FAKTOR II	1 respondentka (2,63 %)	-
FAKTOR III	4 respondentky (10,53 %)	1 respondentka (2,63 %)
HS	2 respondentky (5,26 %)	3 respondentky (7,89 %)

Klasifikace zátěže

Z tab. č. 15 je znatelné, že se po součtu mediánů prokázal součet mediánů F I vyšší o dva body než součet mediánů F II (o čtyři body). Z toho důvodů byly sečteny hodnoty F I a F III podle postupu hodnocení stupně zátěže dle Meistera ($8,0 + 9,0 = 17,0$). Hodnota 17 bodů odpovídá prvnímu stupni zátěže.

Tabulka 15: MD – stupeň zátěže – sk. 1

FAKTOR I	MEDIÁN	FAKTOR II	MEDIÁN	FAKTOR III	MEDIÁN
Otázka 1	3,0	Otázka 2	2,0	Otázka 7	2,0
Otázka 3	3,0	Otázka 4	1,0	Otázka 8	2,0
Otázka 5	2,0	Otázka 6	1,0	Otázka 9	3,0
-	-	-	-	Otázka 10	2,0
Celkem	8,0	Celkem	4,0	Celkem	9,0

5.1.2 Skupina č. 2 – Ortopedie + neurochirurgie + traumatologie

Vyhodnocení jednotlivých položek

Respondentek se zaměřením na ortopedii, neurochirurgii a traumatologii bylo celkem 31. Jejich výsledky jsou interpretovány v tabulce č. 16. Dosažení kritické hodnoty se potvrdilo u položek č. 1, 3 a 9 – časová tíseň, zodpovědnost související se zaměstnáním a únava. Kritickou hodnotu přesáhla pouze oblast č. 10 (dlouhodobá únosnost). Nejnižší hodnocení se prokázalo u položek č. 4 (otupující práce) a č. 6 (monotonie).

Tabulka 16: MD – jednotlivé položky – sk. 2

Č.	POLOŽKA	N	KRITICKÝ MEDIÁN	MEDIÁN	MIN	MAX	\bar{x}	SM. OD.
1.	Časová tíseň	31,00	3,0	3,00	1,00	5,00	3,00	1,18
2.	Malé uspokojení	31,00	2,5	1,00	1,00	5,00	1,94	1,29
3.	Vysoká odpovědnost	31,00	3,0	3,00	1,00	5,00	2,68	1,17
4.	Otupující práce	31,00	2,5	1,00	1,00	2,00	1,32	0,54
5.	Problémy a konflikty	31,00	2,5	2,00	1,00	3,00	1,61	0,67
6.	Monotonie	31,00	2,5	1,00	1,00	2,00	1,29	0,53
7.	Nervozita	31,00	3,0	2,00	1,00	5,00	2,10	0,98
8.	Přesycení	31,00	3,0	2,00	1,00	4,00	1,94	0,85
9.	Únava	31,00	3,0	3,00	1,00	5,00	2,58	1,06
10.	Dlouhodobá únosnost	31,00	2,5	3,00	1,00	5,00	2,81	1,25

** červená barva označuje oblast, která překročila kritickou hodnotu

*oranžová barva označuje oblast, která dosáhla kritické hodnoty

V tabulce č. 17 jsou zobrazeny počty respondentek, které v daných položkách dosáhly nebo přesáhly kritické hodnoty.

Tabulka 17: MD – jednotlivé položky – sk. 2 – přesažení a dosažení

POLOŽKA	DOSÁHLO KRITICKÉ HODNOTY	PŘESÁHLO KRITICKOU HODNOTU
1. Časová tíseň	10 respondentek (32,26 %)	10 respondentek (32,26 %)
3. Vysoká odpovědnost	11 respondentek (35,48 %)	7 respondentek (22,58 %)
9. Únava	13 respondentek (41,94 %)	5 respondentek (16,13 %)
10. Dlouhodobá únosnost	7 respondentek (22,58 %)	11 respondentek (35,48 %)

Vyhodnocení podle faktorů

U skupiny č. 2 nelze určit konkrétní faktor, který převládá v rámci psychické zátěže. Nejblíže se přiblížila hodnota u HS – 21,26 (viz tab. č. 18). Tabulka č. 19 prezentuje přesazení a dosažení kritického průměru.

Tabulka 18: MD – hodnocení dle faktorů – sk. 2

	N	KRITICKÝ PRŮMĚR	PRŮMĚR	MIN	MAX	SM. OD.
FAKTOR I	31,00	10	7,29	3,00	13,00	2,61
FAKTOR II	31,00	9	4,55	3,00	9,00	1,71
FAKTOR III	31,00	14	9,42	4,00	18,00	3,43
HS	31,00	29	21,26	10,00	35,00	6,31

Tabulka 19: MD – hodnocení dle faktorů – sk. 2 – přesazení a dosažení

	DOSÁHLO KRITICKÉ HODNOTY	PŘESÁHLO KRITICKOU HODNOTU
FAKTOR I	3 respondentky (9,68 %)	3 respondentky (9,68 %)
FAKTOR II	1 respondentka (3,23 %)	-
FAKTOR III	-	3 respondentky (9,68 %)
HS	1 respondentka (3,23 %)	4 respondentky (12,90 %)

Klasifikace zátěže

U pracoviště č. 2 se po součtu mediánů prokázalo, že součet mediánů F I je vyšší o dva body než součet hodnot mediánů F II (viz tab. 20), proto se sečetly hodnoty mediánů F I a F III (8,0 + 10,0 = 18,0). Bodové hodnocení 18 bodů odpovídá prvnímu stupni zátěže.

Tabulka 20: MD – stupeň zátěže – sk. 2

FAKTOR I	MEDIÁN	FAKTOR II	MEDIÁN	FAKTOR III	MEDIÁN
Otázka 1	3,0	Otázka 2	1,0	Otázka 7	2,0
Otázka 3	3,0	Otázka 4	1,0	Otázka 8	2,0
Otázka 5	2,0	Otázka 6	1,0	Otázka 9	3,0
-	-	-	-	Otázka 10	3,0
Celkem	8,0	Celkem	3,0	Celkem	10,0

5.1.3 Skupina č. 3 – Chirurgické obory (všeobecná chirurgie, urologie, gynekologie, rekonstrukční a popáleninová chirurgie)

Vyhodnocení jednotlivých položek

Z operačních sálů chirurgie, urologie, gynekologie a rekonstrukční a popáleninové chirurgie se výzkumu zúčastnilo celkem 19 respondentek. Kritická hodnota byla dosažena u otázek č. 1, 3, 7 a 9, které jsou orientovány na časovou tíseň, odpovědnost, nervozitu a únavu spojenou s vykonáváním zaměstnání. U otázky č. 10, která se zabývá dlouhodobou únosností, byla kritická hodnota překročena. Otázkami s nejnižším hodnocením zátěžových oblastí se staly otázky č. 4, 5 a 6. Otázky se dotazují na otupující práci, konflikty na pracovišti a monotonii (viz tab. č. 21).

Tabulka 21: MD – jednotlivé položky – sk. 3

Č.	POLOŽKA	N	KRITICKÝ MEDIÁN	MEDIÁN	MIN	MAX	\bar{x}	SM. OD.
1.	Časová tíseň	19,00	3,0	3,00	1,00	5,00	3,05	1,08
2.	Malé uspokojení	19,00	2,5	1,00	1,00	5,00	1,84	1,12
3.	Vysoká odpovědnost	19,00	3,0	3,00	1,00	5,00	2,89	1,10
4.	Otupující práce	19,00	2,5	1,00	1,00	4,00	1,58	0,90
5.	Problémy a konflikty	19,00	2,5	1,00	1,00	5,00	1,74	1,05
6.	Monotonie	19,00	2,5	2,00	1,00	4,00	1,74	0,81
7.	Nervozita	19,00	3,0	3,00	1,00	5,00	2,63	1,07
8.	Přesycení	19,00	3,0	2,00	1,00	4,00	2,00	0,82
9.	Únava	19,00	3,0	3,00	1,00	5,00	2,95	1,31
10.	Dlouhodobá únosnost	19,00	2,5	4,00	1,00	5,00	3,32	1,42

** červená barva označuje oblast, která překročila kritickou hodnotu

*oranžová barva označuje oblast, která dosáhla kritické hodnoty

Tab. č. 22 zobrazuje počty respondentek, které dosáhly či přesáhly kritickou hodnotu.

Tabulka 22: MD – jednotlivé položky – sk. 3 – přesažení a dosažení

POLOŽKA	DOSÁHLO KRITICKÉ HODNOTY	PŘESÁHLO KRITICKOU HODNOTU
1. Časová tíseň	10 respondentek (52,63 %)	4 respondentky (21,05 %)
3. Vysoká odpovědnost	6 respondentek (31,58 %)	5 respondentek (26,32 %)
7. Nervozita	8 respondentek (42,11 %)	2 respondentky (10,53 %)
9. Únava	3 respondentky (15,79 %)	7 respondentek (36,84 %)
10. Dlouhodobá únosnost	2 respondentky (10,53 %)	10 respondentek (52,63 %)

Vyhodnocení podle faktorů

U skupiny č. 3 také nelze určit jeden konkrétní faktor, který by měl větší podíl na psychické zátěži respondentů, a to proto, že nedošlo k překročení a dosažení kritického průměru u žádného z faktorů. Nejvíce se přiblížila hodnota průměru u faktoru III – 10,89 (viz tab. č. 23).

Tabulka 23: MD – hodnocení dle faktorů – sk. 3

	N	KRITICKÁ HODNOTA	PRŮMĚR	MIN	MAX	SM. OD.
FAKTOR I	19,00	10	7,68	5,00	15,00	2,58
FAKTOR II	19,00	9	5,16	3,00	9,00	1,61
FAKTOR III	19,00	14	10,89	4,00	19,00	3,83
HS	19,00	29	23,74	15,00	39,00	6,61

V tab. č. 24 jsou zobrazeny počty sester, které dosáhly či překročily kritickou hodnotu.

Tabulka 24: MD – hodnocení dle faktorů – sk. 3 – přesažení a dosažení

	DOSÁHLO KRITICKÉ HODNOTY	PŘESÁHLO KRITICKÉ HODNOTY
FAKTOR I	-	2 respondentky (10,53 %)
FAKTOR II	1 respondentka (5,26 %)	-
FAKTOR III	1 respondentka (5,26 %)	3 respondentky (15,79 %)
HS	-	3 respondentky (15,79 %)

Klasifikace zátěže

U pracoviště č. 3 je hodnota součtu mediánu faktoru I o dva vyšší než součet hodnot mediánů faktoru II – přesně o tři body (viz tab. č. 25). Podle postupu hodnocení stupně zátěže byl sečten FI + FIII ($7,0 + 12,0 = 19,0$). Dle bodového hodnocení lze u skupiny č. 3 vyhodnotit první stupeň zátěže.

Tabulka 25: MD – stupeň zátěže – sk. 3

FAKTOR I	MEDIÁN	FAKTOR II	MEDIÁN	FAKTOR III	MEDIÁN
Otázka 1	3,0	Otázka 2	1,0	Otázka 7	3,0
Otázka 3	3,0	Otázka 4	1,0	Otázka 8	2,0
Otázka 5	1,0	Otázka 6	2,0	Otázka 9	3,0
-	-	-	-	Otázka 10	4,0
Celkem	7,0	Celkem	4,0	Celkem	12,0

5.1.4 Skupina č. 4 – Malé chirurgické obory (oční chirurgie, ORL, ÚČOCH)

Vyhodnocení jednotlivých položek

Z oddělení ORL, ÚČOCH a oční chirurgie se výzkumu zúčastnilo 20 respondentek. Kritická hodnota byla dosažena u položky č 1, 3, 9 a 10 (časová tíseň, odpovědnost, únava dlouhodobá únosnost). U žádné oblasti nebyla překročena kritická hodnota. Položkami s nejnižším hodnocením se prokázaly položky č. 2 a 4 – malé uspokojení a otupující práce (viz tab. č. 26).

Tabulka 26: MD – jednotlivé položky – sk. 4

Č.	POLOŽKA	N	KRITICKÝ MEDIÁN	MEDIÁN	MIN	MAX	\bar{x}	SM. OD.
1.	Časová tíseň	20,00	3,0	3,00	1,00	5,00	3,05	1,36
2.	Malé uspokojení	20,00	2,5	2,00	1,00	4,00	1,80	0,95
3.	Vysoká odpovědnost	20,00	3,0	3,00	1,00	5,00	2,70	0,92
4.	Otupující práce	20,00	2,5	1,00	1,00	4,00	1,50	0,83
5.	Problémy a konflikty	20,00	2,5	2,00	1,00	3,00	1,85	0,75
6.	Monotonie	20,00	2,5	1,00	1,00	5,00	1,55	1,00
7.	Nervozita	20,00	3,0	2,00	1,00	4,00	2,10	0,85
8.	Přesycení	20,00	3,0	2,00	1,00	5,00	2,05	1,05
9.	Únava	20,00	3,0	3,00	1,00	4,00	2,40	0,99
10.	Dlouhodobá únosnost	20,00	2,5	2,50	1,00	5,00	2,50	1,10

** červená barva označuje oblast, která překročila kritickou hodnotu

*oranžová barva označuje oblast, která dosáhla kritické hodnoty

V tab. č. 27 jsou prezentovány počty respondentek, které dosáhly nebo přesáhly kritickou hodnotu.

Tabulka 27: MD – jednotlivé položky – sk. 4 – přesažení a dosažení

POLOŽKY	DOSÁHLO KRITICKÉ HODNOTY	PŘESÁHLO KRITICKOU HODNOTU
1. Časová tíseň	6 respondentek (30,00 %)	7 respondentek (35,00 %)
3. Vysoká odpovědnost	11 respondentek (55,00 %)	2 respondentky (2,00 %)
9. Únava	9 respondentek (45,00 %)	2 respondentky (45,00 %)
10. Dlouhodobá únosnost	7 respondentek (35,00 %)	3 respondentky (15,00 %)

Vyhodnocení podle faktorů

U poslední skupiny č. 4 také nelze určit faktor, který způsobuje respondentkám nejvyšší psychickou zátěž. Nejbliže se ke kritické hodnotě průměru dostal faktor I s hodnotou 7,60 (viz tab. č. 28).

Tabulka 28: MD – hodnocení dle faktorů – sk. 4

	N	KRITICKÝ PRŮMĚR	PRŮMĚR	MIN	MAX	SM. OD.
FAKTOR I	20,00	10	7,60	3,00	12,00	2,26
FAKTOR II	20,00	9	4,85	3,00	13,00	2,39
FAKTOR III	20,00	14	9,05	4,00	15,00	3,02
HS	20,00	29	21,55	10,00	35,00	6,15

V tabulce č. 29 je zobrazen počet respondentek, které dosáhly nebo překročily kritickou hodnotu průměru.

Tabulka 29: MD – hodnocení dle faktorů – sk. 4 – přesažení a dosažení

	DOSÁHLO KRITICKÉ HODNOTY	PŘESÁHLO KRITICKOU HODNOTU
FAKTOR I	1 respondentka (5,00 %)	2 respondentky (10,00 %)
FAKTOR II	-	1 respondentka (5,00 %)
FAKTOR III	1 respondentka (5,00 %)	1 respondentka (5,00 %)
HS	-	2 respondentky (10,00 %)

Klasifikace zátěže

U poslední skupiny respondentů č. 4 se prokázalo, že součet otázek náležejících F I je o čtyři vyšší než u F II. Hodnoty mediánů jsou zaznamenány v tab. č. 30. Dle stanoveného vzorce byly sečteny hodnoty FI a FIII: $8,0 + 9,5 = 17,5$. Výsledná hodnota 17,5 bodů odpovídá prvnímu stupni zátěže.

Tabulka 30: MD – stupeň zátěže – sk. 4

FAKTOR I	MEDIÁN	FAKTOR II	MEDIÁN	FAKTOR III	MEDIÁN
Otázka 1	3,0	Otázka 2	2,0	Otázka 7	2,0
Otázka 3	3,0	Otázka 4	1,0	Otázka 8	2,0
Otázka 5	2,0	Otázka 6	1,0	Otázka 9	3,0
-	-	-	-	Otázka 10	2,5
Celkem	8,0	Celkem	4,0	Celkem	9,5

5.1.5 Porovnání všech čtyř skupin

Vyhodnocení jednotlivých položek

Pro lepší porovnání zátěžových oblastí byla vytvořena tabulka č. 31. V oblasti č. 1 (časová tíseň) se objevila kritická hodnota u všech čtyř skupin. U položky č. 3 – vysoká odpovědnost – se rovněž objevila kritická hodnota u všech čtyř skupin. U oblasti nervozity (položka č. 7) byla zaznamenána kritická hodnota pouze u chirurgických oborů. U položky č. 9 (únava) se objevila kritická hodnota opět u všech čtyř skupin. Jediná oblast, u které bylo zaznamenáno přesáhnutí kritické hodnoty, je oblast č. 10 (dlouhodobá únosnost). Přesážení hodnoty se projevilo u ortopedie spojené s neurochirurgií a traumatologií a chirurgických oborů. Dosažení kritické hodnoty u položky č. 10 se projevilo jen u respondentek z malých chirurgických oborů. U položky č. 2, 4, 5, 6 a 8 nedošlo k překonání kritické hodnoty. Nejnižší hodnocení měly položky č. 4 a 6 (monotonie a otupující práce).

Tabulka 31: MD – jednotlivé položky – zhodnocení všech čtyř skupin

Č.	POLOŽKA	TYP F.	KRITICKÁ HODNOTA MEDIÁNU	M U L T I	ORT + NCH + TRAU	CHIR. OBORY	MALÉ CHIR. OBORY
1.	Časová tíseň	I	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0
2.	Malé uspokojení	II	2,5	2,0	1,0	1,0	2,0
3.	Vysoká odpovědnost	I	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0
4.	Otupující práce	II	2,5	1,0	1,0	1,0	1,0
5.	Problémy a konflikty	I	2,5	2,0	2,0	1,0	2,0
6.	Monotonie	II	2,5	1,0	1,0	2,0	1,0
7.	Nervozita	III	3,0	2,0	2,0	3,0	2,0
8.	Přesycení	III	3,0	2,0	2,0	2,0	2,0
9.	Únava	III	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0
10.	Dlouhodobá únosnost	III	2,5	2,0	3,0	4,0	2,5

** červená barva označuje oblast, která překročila kritickou hodnotu

*oranžová barva označuje oblast, která dosáhla kritické hodnoty

Vyhodnocení podle faktorů

K lepší orientaci ve výsledných hodnotách byla vytvořena tabulka č. 32, kde jsou zobrazeny všechny hodnoty související s vyhodnocením psychické zátěže podle jednotlivých faktorů. U faktoru I, který označuje přetížení, se kritické hodnotě mediánu nejvíce přiblížila hodnota 7,68, která se objevila u skupiny č. 3, do které jsou zařazeny respondentky z chirurgických oborů. U druhého faktoru (monotonie) se výsledky pohybovaly v nižších hodnotách než u faktoru I. Třetí faktor (tzv. nespecifický faktor) projevil nejvyšší hodnotu průměru u skupiny č. 3 – chirurgické obory. U skupiny 1, 2 a 4 se průměry nejvíce přibližovaly u faktoru I – přetížení. Jediná skupina, ve které se průměr nejvíce přiblížil u faktoru III, je skupina č. 3, která má i nejvyšší průměr hrubého skóru.

Tabulka 32: MD – hodnocení dle faktorů – zhodnocení všech čtyř skupin

	KRITICKÝ PRŮMĚR	SK. 1	SK. 2	SK. 3	SK. 4
FAKTOR I	10	7,61	7,29	7,68	7,60
		*76,1 %	*72,9 %	*76,8 %	*76,0 %
FAKTOR II	9	4,55	4,55	5,16	4,85
		*50,6 %	*50,6 %	*57,3 %	*53,9 %
FAKTOR III	14	9,21	9,42	10,98	9,05
		*65,8 %	*67,3 %	*78,4 %	*64,6 %
HS	29	21,37	21,26	23,74	21,55
		*73,7 %	*73,3 %	*81,9 %	*74,3 %

* Vzhledem ke skutečnosti, že u žádného pracoviště nedošlo k překročení kritické hodnoty průměru a nelze tudíž zvolit, který z faktorů (přetížení, monotonie, nespecifický faktor) způsobuje u perioperačních sester psychickou zátěž, bylo alespoň spočítáno, ke kterému faktoru se hodnoty průměru nejvíce přibližují. Výsledky jsou zaznamenány v procentech a byly spočítány pomocí trojčlenky. Např. u skupiny č. 1 je průměr u F I 7,61, kritická hodnota průměru je $10 \left(\frac{100 \times 7,61}{10} = 76,1 \% \right)$.

Klasifikace zátěže

V tabulce č. 33 jsou zobrazeny součty mediánů všech tří faktorů, výsledný součet a vyhodnocený stupeň zátěže. Průměrný součet mediánů u faktoru I je 7,75, u faktoru II 3,75 a u faktoru III 10,13. U všech pracovišť se potvrdil součet mediánů u faktoru I o dva vyšší než u faktoru II. Průměrný konečný součet, dle kterého se určuje stupeň zátěže, je 17,88. U konečného výsledku je zaznamenáno minimum 17,0 a maximum 19,0 bodů. U všech pracovišť byl vyhodnocen první stupeň zátěže.

Tabulka 33: MD – stupeň zátěže – všechny čtyři skupiny

	FAKTOR I	FAKTOR II	FAKTOR III	VÝSLEDEK	STUPEŇ ZÁTĚŽE
SKUPINA 1	8,0	4,0	9,0	17,0	1.
SKUPINA 2	8,0	3,0	10,0	18,0	1.
SKUPINA 3	7,0	4,0	12,0	19,0	1.
SKUPINA 4	8,0	4,0	9,5	17,5	1.

5.1.6 Zhodnocení celkového počtu respondentek

Vyhodnocení jednotlivých položek

Po zhodnocení všech 108 respondentek se objevila kritická hodnota u položky č. 1, 3 a 9, které reprezentují časovou tíseň, vysokou odpovědnost a únavu. Kritická hodnota byla přesažena u položky č. 10, která je orientována na dlouhodobou únosnost. Nejnižší hodnocení se projevilo u položek č. 4 a 6, které se dotazují na pocit otupující práce a monotonii spojenou se zaměstnáním. Hodnoty jsou zaznamenány v tabulce č. 34 a 35.

Tabulka 34: MD – jednotlivé položky – zhodnocení celého počtu respondentek

Č.	OTÁZKA	N	KRITICKÝ MEDIÁN	MEDIÁN	MIN	MAX	\bar{x}
1.	Časová tíseň	108,00	3,0	3,00	1,00	5,00	2,98
2.	Malé uspokojení	108,00	2,5	2,00	1,00	5,00	1,81
3.	Vysoká odpovědnost	108,00	3,0	3,00	1,00	5,00	2,73
4.	Otupující práce	108,00	2,5	1,00	1,00	4,00	1,44
5.	Problémy a konflikty	108,00	2,5	2,00	1,00	5,00	1,81
6.	Monotonie	108,00	2,5	1,00	1,00	5,00	1,44
7.	Nervozita	108,00	3,0	2,00	1,00	5,00	2,09
8.	Přesycení	108,00	3,0	2,00	1,00	5,00	1,97
9.	Únava	108,00	3,0	3,00	1,00	5,00	2,69
10.	Dlouhodobá únosnost	108,00	2,5	3,00	1,00	5,00	2,79

** červená barva označuje oblast, která překročila kritickou hodnotu

*oranžová barva označuje oblast, která dosáhla kritické hodnoty

Tabulka 35: MD – jednotlivé položky – zhodnocení celého počtu respondentek – přesažení a dosažení

	DOSAŽENÍ	PŘESAŽENÍ
	KRITICKÉ HODNOTY	KRITICKÉ HODNOTY
1. Časová tíseň	40 respondentek (37,04 %)	32 respondentek (29,63 %)
3. Vysoká odpovědnost	41 respondentek (37,96 %)	23 respondentek (21,30 %)
9. Únava	38 respondentek (35,19 %)	24 respondentek (22,22 %)
10. Dlouhodobá únosnost	21 respondentek (19,44 %)	36 respondentek (33,33 %)

Vyhodnocení podle faktorů

U celkového počtu 108 respondentek byly spočteny následujících hodnoty: F I – 7,53, F II – 4,71, F III – 9,54, HS – 21,78, které jsou zaznamenány v tab. č. 36. U žádné kategorie nebylo dosaženo kritické hodnoty, která je stanovena dle Meisterova dotazníku. Nejvíce se průměr přiblížil u F I s hodnotou 7,53, následoval HS s hodnotou 21,78.

Tabulka 36: MD – hodnocení dle faktorů – zhodnocení celé skupiny respondentek

	N	KRITICKÝ PRŮMĚR	PRŮMĚR	MIN	MAX	SM. OD.
FAKTOR I	108,00	10	7,53	3,00	15,00	2,54
			*75,3 %			
FAKTOR II	108,00	9	4,71	3,00	13,00	1,74
			*52,3 %			
FAKTOR III	108,00	14	9,54	4,00	19,00	3,44
			*68,1 %			
HS	108,00	29	21,78	10,00	39,00	6,27
			*75,1 %			

* Vzhledem ke skutečnosti, že u žádného pracoviště nedošlo k překročení kritické hodnoty průměru a nelze tudíž zvolit, který z faktorů (přetížení, monotonie, nespecifický faktor) způsobuje u perioperačních sester psychickou zátěž, bylo alespoň spočítáno, ke kterému faktoru se hodnoty průměru nejvíce přibližují. Výsledky jsou zaznamenány v procentech a byly spočítány pomocí trojčlenky. Např. u faktoru II je průměr 4,71, kritická hodnota průměru je 9 ($\frac{100 \times 4,71}{9} = 52,3 \%$).

Tabulka 37: MD – hodnocení dle faktorů – zhodnocení celé skupiny respondentek – přesažení a dosažení

	DOSAŽENÍ KRITICKÉ HODNOTY	PŘESAŽENÍ KRITICKÉ HODNOTY
FAKTOR I	9 respondentek (8,33 %)	11 respondentek (10,19 %)
FAKTOR II	3 respondentky (2,78 %)	1 respondentka (0,93 %)
FAKTOR III	6 respondentek (5,56 %)	8 respondentek (7,41 %)
HS	3 respondentky (2,78 %)	12 respondentek (11,11 %)

Klasifikace zátěže

U celkového počtu 108 respondentek bylo po sečtení hodnot mediánů dosaženo výsledků, u kterých se prokázalo, že součet u F I je o tři body vyšší než součet u F II. Hodnoty jsou zaznamenány v tab. č. 38. Byly sečteny hodnoty F I a F III ($7 + 10 = 17$). Bodové hodnocení 17 bodů odpovídá prvnímu stupni zátěže.

Tabulka 38: MD – stupeň zátěže – zhodnocení celkového počtu respondentek

FAKTOR I	MEDIÁN	FAKTOR II	MEDIÁN	FAKTOR III	MEDIÁN
Otázka 1	3,0	Otázka 2	2,0	Otázka 7	2,0
Otázka 3	3,0	Otázka 4	1,0	Otázka 8	2,0
Otázka 5	2,0	Otázka 6	1,0	Otázka 9	3,0
-	-	-	-	Otázka 10	3,0
Celkem	7,0	Celkem	4,0	Celkem	10,0

5.1.7 Souhrn výsledků standardizovaného Meisterova dotazníku

Výzkumná otázka č. 1: Který stupeň zátěže bude vyhodnocen u sester pracujících na operačním sále?

Výzkumný předpoklad: Alespoň dvě pracoviště ze čtyř budou zařazeny do druhého stupně zátěže a výše.

Pro zhodnocení stupně zátěže se využívají u Meisterova dotazníku hodnoty mediánů bodového hodnocení, podle kterých se skupina respondentek zařadí do určitého stupně zátěže od 1 do 3. Po vyhodnocení celé skupiny 108 respondentek se dle vypočtené bodové hodnoty skupina zařadila do stupně zátěže č. 1, která je definována jako: „*Psychická zátěž, při které není pravděpodobné ovlivnění zdraví, subjektivního stavu a výkonnosti (přitom je nutno odhlédnout od náhodných situačně podmíněných výkyvů v průběhu pracovní směny).*“ (Hladký a Židková, 1999)

Skupina respondentek byla zhodnocena i podle oborů, kde byly vytvořeny celkem čtyři skupiny. U všech čtyř skupin byl následně zjištěn první stupeň zátěže.

Po celkovém zhodnocení všech 108 respondentek včetně rozdělení podle medicínských oborů byl vyhodnocen pouze stupeň zátěže č. 1. Pracovní hypotéza tudíž nebyla potvrzena.

Výzkumná otázka č. 2: Který faktor z Meisterova dotazníku bude nejčastěji vyhodnocen jako nejvíce zatěžující?

Výzkumný předpoklad: U 50 % respondentek bude převládat faktor I.

V Meisterově dotazníku jsou otázky rozděleny do tří faktorů. Jedná se o faktor (přetížení), faktor II (monotonie) a faktor III (tzv. nespecifický faktor). Po zhodnocení celkové skupiny respondentek o počtu 108 perioperačních sester nedošlo u žádného faktoru k překročení či dosažení kritické hodnoty. Nejblíže se jí přiblížila hodnota u faktoru I.

U žádné ze čtyř skupin vytvořených nedošlo k dosažení ani překročení kritické hodnoty. Nejvíce se jí přiblížila hodnota faktoru I, a to u 3 skupin ze 4. Jediná skupina č. 3 (chirurgie, urologie, gynekologie a rekonstrukční chirurgie) projevila vyšší hodnotu u faktoru III.

Nejblíže se jí respondentky blížily u faktoru I – přetížení. Pracovní hypotéza nebyla potvrzena, protože nedošlo k dosažení ani přesažení hodnoty.

Výzkumná otázka č. 3: Které položky z Meisterova dotazníku budou hodnocené nejvyšším bodovým hodnocením?

Výzkumný předpoklad: Nejčastěji se objevujícími položkami, u kterých respondentky dosáhnou či překročí kritickou hodnotu mediánu, budou časová tíseň a únava.

Meisterův dotazník obsahuje celkem deset položek. Patří sem: časová tíseň, malé uspokojení, vysoká odpovědnost, otupující práce, problémy a konflikty, monotonie, nervozita, přesytení, únava a dlouhodobá únosnost.

Po vyhodnocení hodnot od **celé skupiny 108 respondentek** se objevil kritický mediánu u otázek spojených s časovou tísní, vysokou odpovědností a únavou. Překročena byla kritická hodnota mediánu pouze u jedné položky, která reprezentuje dlouhodobou únosnost.

U čtyř skupin, které jsou rozdělené podle operačních oborů, bylo:

- u čtyř oborů ze čtyř (100 %) dosaženo kritické hodnoty u položky časová tíseň,
- u čtyř oborů ze čtyř (100 %) dosaženo kritické hodnoty u položky vysoká odpovědnost,
- u jednoho oboru ze čtyř (25 %) dosaženo kritické hodnoty u položky nervozita,
- u čtyř oborů ze čtyř (100 %) dosaženo kritické hodnoty u položky únava,
- u dvou oborů ze čtyř (50 %) přesažena kritická hodnota u položky dlouhodobá únosnost,
- u jednoho oboru ze čtyř (25 %) dosaženo kritické hodnoty u položky dlouhodobá únosnost.

Nejčastěji vyhodnocenými položkami, které způsobují zvýšenou zátěž u perioperačních sester jsou položky 1, 3, 9 a 10. Jsou to časová tíseň, vysoká odpovědnost, únava a dlouhodobá únosnost. Pracovní hypotéza se potvrdila.

Výzkumná otázka č. 4: Mění se psychická zátěž v závislosti na věku perioperačních sester?

Pracovní hypotéza: Věk respondentek a míra psychické zátěže spolu souvisejí.

H₀: Vztah mezi psychickou zátěží a věkem perioperačních sester není statisticky významný.

H_A: Vztah mezi psychickou zátěží a věkem perioperačních sester je statisticky významný.

Pro určení vztahu mezi věkem respondentů a mírou psychické zátěže byl využit Pearsonův korelační koeficient, a to po testování normálního rozložení, které bylo potvrzeno. V tabulce č. 39 jsou zobrazeny hodnoty korelace, které jsou velice blízké nule. Přesná hodnota p je 0,734. Na hladině významnosti 0,05 nezamítáme H₀. Docházíme k závěru, že mezi věkem respondentek a jejich psychickou zátěží není na hladině významnosti 5 % statisticky významný vztah.

Tabulka 39: Vztah mezi věkem respondentů a psychickou zátěží – Pearsonův korelační koeficient

	PRŮMĚR	SM. OD.	Korelační matice	
			VĚK	HS Meisterova dotazníku
Věk	44,30	8,29	1,000000	0,033086
HS Meisterova dotazníku	21,78	6,27	0,033086	1,000000

Výzkumná otázka č. 5: Existuje významný rozdíl mezi psychickou zátěží perioperačních sester s kratší dobou odpracovaných let než u perioperačních sester s delší dobou odpracovaných let?

Pracovní hypotéza: Mezi psychickou zátěží a odpracovanými roky na operačním sále není statisticky významný vztah.

H₀: Vztah mezi psychickou zátěží a odpracovanými roky na operačním sále není statisticky významný.

H_A: Vztah mezi psychickou zátěží a odpracovanými roky na operačním sále je statisticky významný.

Pro určení vztahu mezi odpracovanými roky v perioperační péči a mírou psychické zátěže byl využit Pearsonův korelační koeficient, a to po testování dat v rámci normality, která byla potvrzena. V tabulce č. 40 jsou zobrazeny hodnoty korelace (přesná hodnota p je 0,755). Na hladině významnosti 0,05 nezamítáme H_0 . Docházíme k závěru, že mezi věkem respondentek a jejich psychickou zátěží není na hladině významnosti 5 % statisticky významný vztah.

Tabulka 40: Vztah mezi praxí respondentů a psychickou zátěží – Pearsonův korelační koeficient

	PRŮMĚR	SM. OD.	Korelační matice	
			PRAXE	HS Meisterova dotazníku
Praxe	19,75	9,87	1,000000	0,030340
HS Meisterova dotazníku	21,78	6,27	0,030340	1,000000

Výzkumná otázka č. 6: Liší se úroveň zátěže perioperačních sester od dané populační normy dle Meisterova dotazníku?

Výzkumný předpoklad: Hodnota průměru u faktoru I bude vyšší než u populační normy.

Pro porovnání hodnot s populační normou danou Meisterem u žen i mužů zvlášť byly využity pouze hodnoty pro ženské pohlaví. S populační normou byly porovnány výsledky spočítané pro celkový počet respondentek. Z tab. č. 41 lze usoudit, že všechny hodnoty jsou nižší než daná populační norma. Předpoklad nebyl potvrzen.

Tabulka 41: Porovnání hodnot psychické zátěže s populační normou

	\bar{x}		SM. OD.		KRITICKÝ PRŮMĚR
	POPUL. NORMA	RESP.	POPUL. NORMA	RESP.	
FAKTOR I	8,4	7,5	3,2	2,5	10
FAKTOR II	7,6	4,7	3,0	1,7	9
FAKTOR III	11,7	9,5	4,4	3,4	14
HS	25,00	21,8	8,1	6,3	29

Výzkumná otázka č. 7: Existuje významný rozdíl mezi psychickou zátěží perioperačních sester různých medicínských oborů?

Výzkumná hypotéza: Mezi jednotlivými medicínskými obory nebude významný rozdíl v rámci psychické zátěže.

H₀: Rozložení hodnot hrubého skóru psychické zátěže je pro čtyři skupiny stejné.

H_A: Rozložení hodnot hrubého skóru psychické zátěže není pro čtyři skupiny stejné.

Vzhledem k tomu, že normální rozdělení není možné dle Shapiro-Wilkova testu předpokládat, byl k porovnání použit Kruskal-Wallisův test (neparametrická alternativa k ANOVĚ, viz tab. č. 42).

Tabulka 42: Porovnání hodnot psychické zátěže všech čtyř skupin – Kruskal-Wallisův test

SKUPINA	N	MEDIÁN	PRŮMĚR	SM.OD.	p-hodnota
sk. 1	38	21,5	21,4	6,2	0,651 (nezamítáme H ₀)
sk. 2	31	21,0	21,2	6,3	
sk. 3	19	22,0	23,7	6,6	
sk. 4	20	22,0	21,6	6,2	

Průměrná hodnota hrubého skóru činila pro sk. 1 21,4. Medián odpovědí byl u této skupiny roven 21,5. Průměrná hodnota hrubého skóru činila pro sk. 2 21,2. Medián odpovědí byl u této skupiny roven 21,0. Průměrná hodnota hrubého skóru činila pro sk. 3 23,7. Medián odpovědí byl u této skupiny roven 22,0. Průměrná hodnota hrubého skóru činila pro sk. 4 21,6. Medián odpovědí byl u této skupiny roven 22,0. Nejvyšší hodnoty hrubého skóru byly tedy dle průměr zjištěny u skupiny 3 a dle mediánu u skupin 3 a 4.

P-hodnota Kruskal-Wallisova testu 0,651 vyšla vyšší než 0,05. Na hladině významnosti 0,05 nebyla nulová hypotéza zamítnuta. Rozdíl v hodnotách hrubého skóru nebyl mezi skupinami 1, 2, 3 a 4 statisticky významný.

Výzkumná otázka č. 8: Existuje významný rozdíl v psychické zátěži u perioperačních sester pracujících na jednom konkrétním medicínském oboru a perioperačních sester s multioborovým zaměřením?

Pracovní hypotéza: Míra psychické zátěže u sester pracujících multioborově bude vyšší než u sester s jedním konkrétním medicínským oborem.

H₀: Mezi psychickou zátěží sester pracujících pouze na jednom medicínském oboru a sester pracujících multioborově není statisticky významný rozdíl.

H_A: Mezi psychickou zátěží sester pracujících pouze na jednom medicínském oboru a sester pracujících multioborově je statisticky významný rozdíl.

K určení rozdílu psychické zátěže u sester pracujících v perioperační péči v rámci jednoho oboru a více oborů byl využit Mann-Whitneyův test, který byl zvolen po testování dat v rámci normality, která se nepotvrdila. V tabulce č. 43 jsou zobrazeny hodnoty neparametrického Mann-Whitneyova t-testu a hodnoty pořadové statistiky, podle kterých nezamítáme na hladině významnosti 5 % H₀. Docházím tedy k závěru, že v rámci psychické zátěže u perioperačních sester pracujících na jednom medicínském oboru či více oborech není na hladině významnosti 5 % statisticky významný rozdíl.

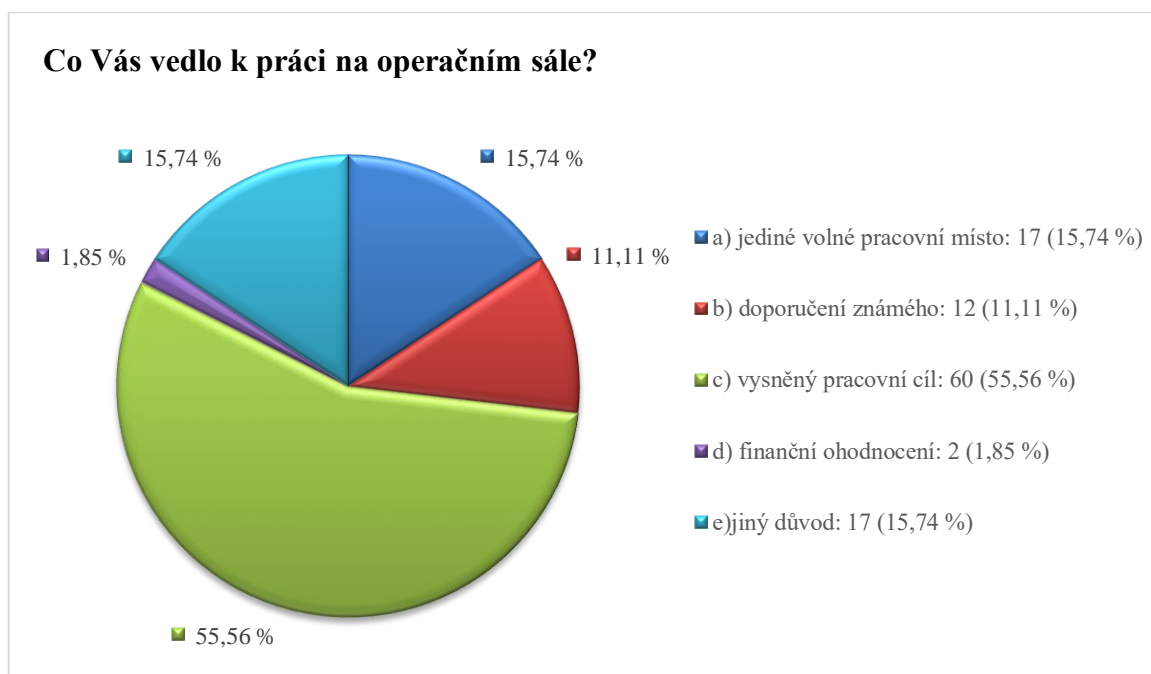
Tabulka 43: Rozdíl mezi psychickou zátěží jednooborového a multioborového zaměření

	MEDIÁN	PRŮMĚR	SM. OD.	p-hodn.
HS MD jednooborové	22,00	22,00	6,34	0,895 (nezamítáme H ₀)
HS MD multioborové	21,50	21,37	6,21	

5.2 Analýza doplňujících otázek

Otázka č. 16 – Co Vás vedlo k práci na operačním sále?

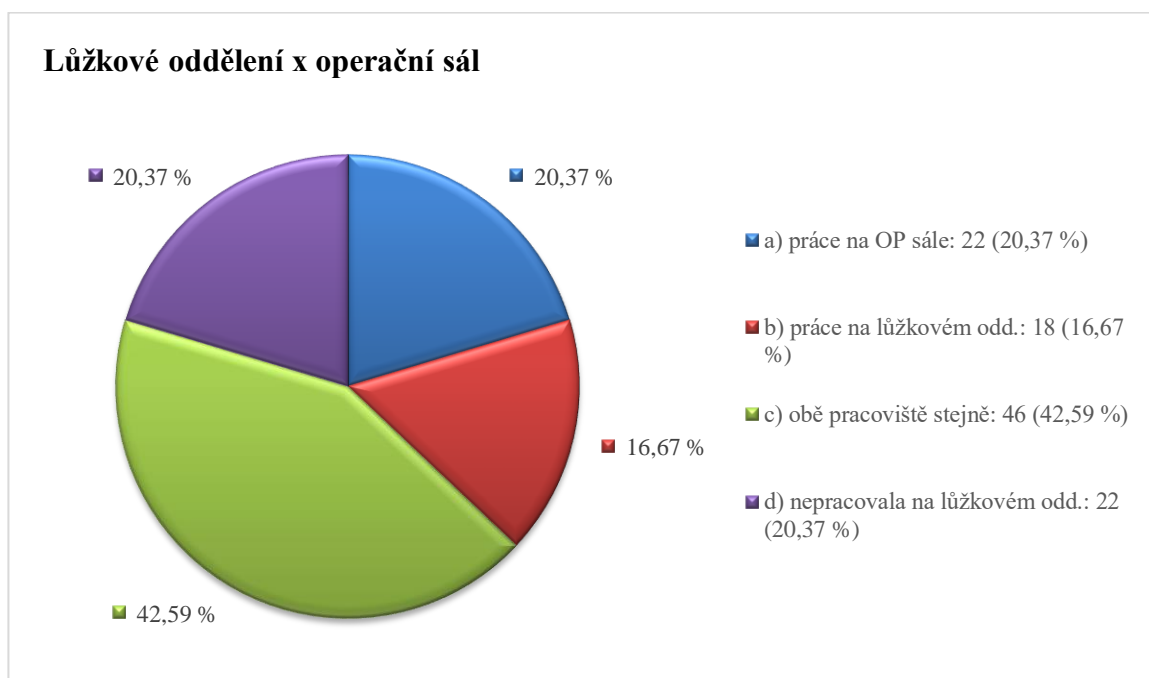
Nejčastější odpovědí s 55,56 % relativní četnosti se stala odpověď „Vysněný pracovní cíl“. Následovala odpověď „Jediné volné pracovní místo“ s 15,74 % a „Doporučení známého“ s 11,11 % četnosti. Pouze necelé tři procenta respondentek zvolila práci z finančních důvodů. Odpověď „Jiný důvod“ uvedlo 15,74 % respondentek, z toho 2,78 % uvedlo, že práci na operačním sále zvolily z důvodu možnosti ranních služeb, 3,70 % respondentek potřebovalo nutnou změnu pracovní pozice (lůžkové oddělení), 6,48 % respondentek bylo na operační sál přiděleno kvůli nedostatku personálu na operačních sálech a 2,78 % začalo v perioperační péči pracovat náhovou (viz graf č. 4).



Graf 4: Co Vás vedlo k práci na operačním sále?

Otázka č. 17 – Pokud jste v minulosti pracovala i na lůžkovém oddělení, která práce pro Vás byla více psychicky náročná?

Relativní četnost o hodnotě 42,59 % náleží odpovědi, že psychická zátěž na operačním sále a lůžkovém oddělení je stejná. Celkem 20,37 % respondentek hodnotí práci na operačním sále jako více náročnou po psychické stránce a 16,67 % respondentek naopak považuje za náročnější pracoviště lůžkové oddělení; 20,37 % respondentek nemůže psychickou zátěž na lůžkovém oddělení a operačním sále porovnat, protože na lůžkovém oddělení nepracovaly (viz graf č. 5).



Graf 5: Pokud jste v minulosti pracovala i na lůžkovém oddělení, která práce pro Vás byla více psychicky náročná?

Otázka č. 18 – Pokud jste v minulosti pracovala na sálech zaměřených na jiný medicínský obor, napište, jaký obor to byl a porovnejte ho se současným zaměstnáním. Které pracoviště bylo náročnější z pohledu psychické zátěže?

Celkem 68 (62,96 %) respondentek nemohlo uvést vnímané rozdíly v psychické zátěži, protože pracovaly pouze na jednom pracovišti. Odpověď „*Psychická zátěž se neváže na medicínský obor; odvíjí se od spolupracovníků, množství práce, aktuální nálady na pracovišti*“ uvedlo šest respondentek. Celkem 11 (10,19 %) respondentek nepocítuje rozdíl v psychické zátěži na různých medicínských oborech.

Zbýlých 23 (21,30 %) respondentek odpovědělo konkrétní odpovědí a ty byly seřazeny následovně: Jako náročnější pracoviště byly 8krát označeny COS (7,41 %), 4krát chirurgie (3,60 %), 4krát traumatologie (3,70 %), 3krát ortopedie (2,78 %), 2krát neurochirurgie (1,85 %), jednou urologie (0,93 %) a jednou gynekologie. Jako méně náročné pracoviště byly zmíněny 5krát oční chirurgie (4,63 %), 2krát traumatologie (1,85 %), 2krát ortopedie, 2krát ORL, jednou plastická chirurgie (0,93 %), urologie, COS a gynekologie. Zbýlých osm respondentek (7,41 %) neoznačilo méně náročný obor, ale jen více náročný.

Na základě 23 konkrétních odpovědí a šesti odpovědí „zátěž se neváže na medicínský obor“ nelze relevantním závěrem posoudit názor respondentek.

Otázka č. 19 – Pokud pracujete na operačních sálech, kde se Vám střídají medicínské obory, napište, který obor Vám přijde psychicky nejnáročnější a který méně náročný?

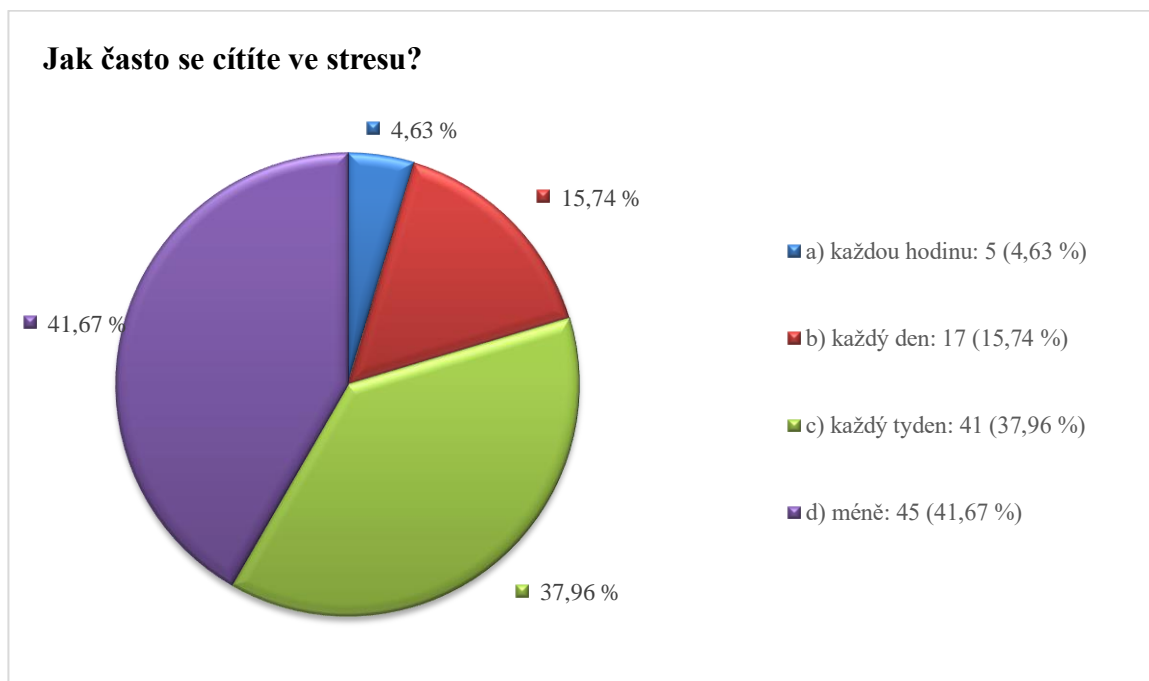
Nejčastější odpovědí byla odpověď „*Pracuji na operačním sále, kde operuje pouze jeden medicínský obor*“ od 56 respondentek (51,58 %). Dále byla vyhodnocena 8krát odpověď (7,41 %) „*Psychická zátěž je ve všech medicínských oborech stejná či podobná*“. Dalších osm respondentek (7,41 %) odpovědělo, že nedokážou posoudit rozdíl v psychické zátěži a dvě napsaly odpověď „*Psychická zátěž se neváže na medicínský obor; odvíjí se od spolupracovníků, množství práce a aktuální nálady na pracovišti*“ (1,85 %).

Zbýlých 34 (31,48 %) respondentek odpovědělo konkrétně a odpovědi byly seřazeny následovně: jako náročnější pracoviště byla 20krát označena chirurgie (18,52 %), 9krát traumatologie (8,33 %), 3krát neurochirurgie (2,78 %), jednou ortopedie (0,93 %) a plastická chirurgie. Jako méně náročné pracoviště byla označena 16krát plastická chirurgie (14,81 %), 8krát oční chirurgie (7,41 %), 3krát zubní chirurgie (2,78 %) a 3krát ORL, 2krát urologie (1,85 %), jednou chirurgie a jedna respondentka neuvedla méně náročný obor (pouze více náročný).

Na základě 34 konkrétních odpovědí a 56 odpovědí od respondentek pracujících na jednom medicínském oboru nelze relevantním závěrem posoudit názor respondentek na vztah mezi psychickou zátěží a medicínskými obory.

Otázka č. 20 – Jak často se ve své práci cítíte ve stresu?

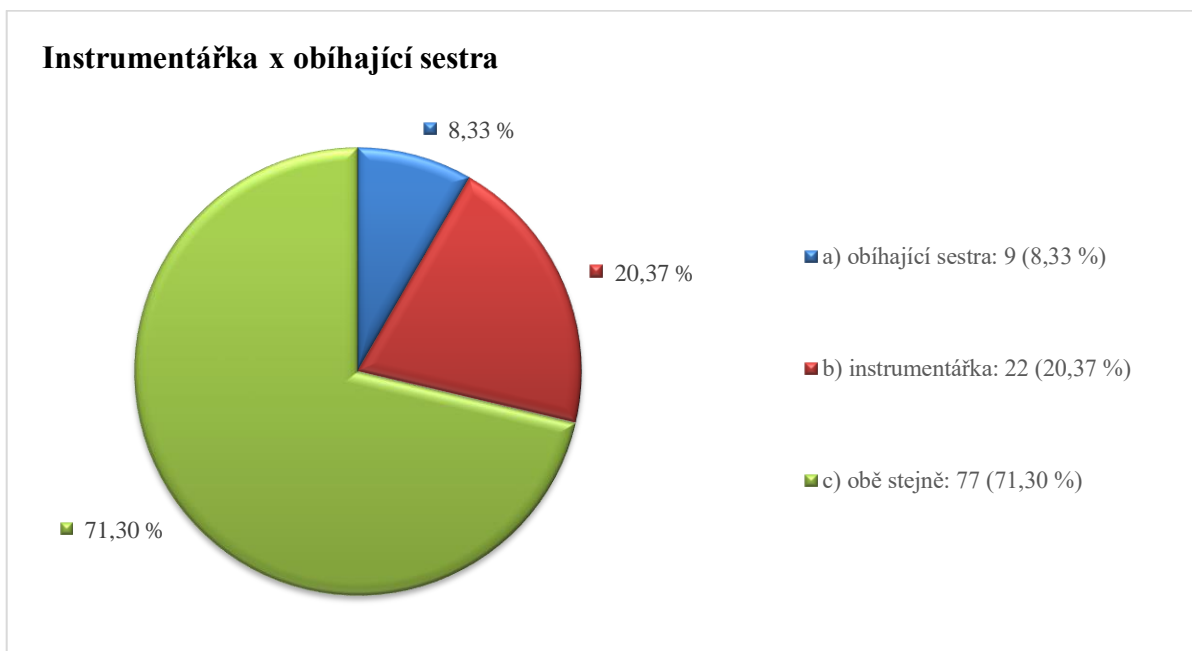
Na otázku „*Jak často se ve své práci cítíte ve stresu?*“ odpovědělo 4,63 % respondentek „*Každou hodinu*“, 15,74 % respondentek „*Každý den*“, 37,96 % respondentek „*Každý týden*“. Méně, než jednou týdně se cítí ve stresu 41,67 % respondentek (viz graf č. 6).



Graf 6: Jak často se ve své práci cítíte ve stresu?

Otázka č. 21 – Která funkce je pro Vás více stresující?

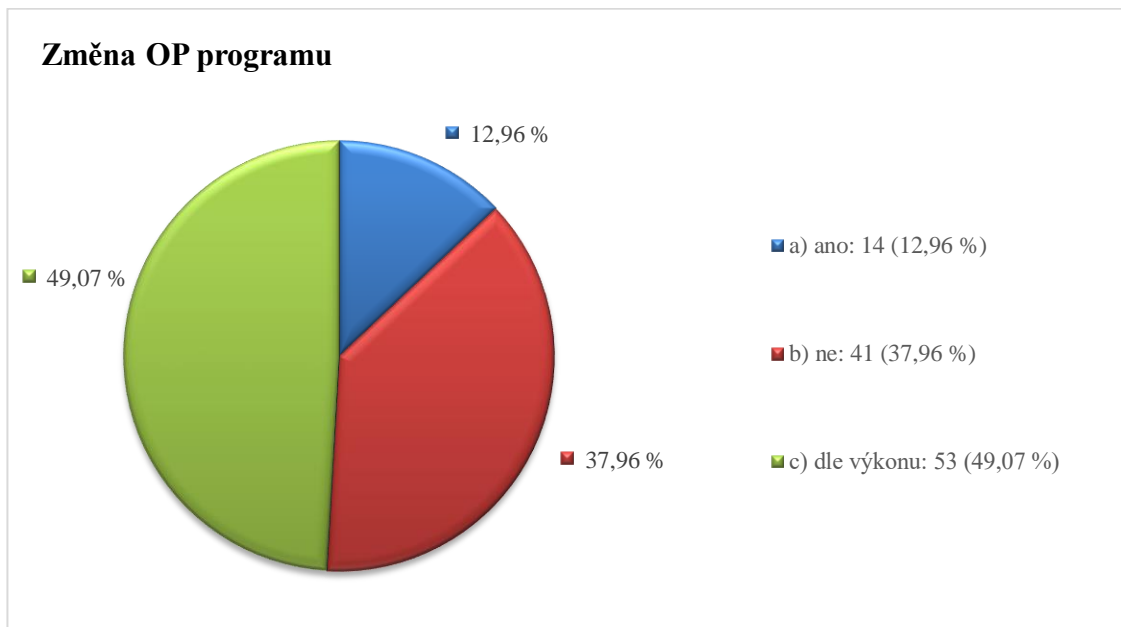
Grafu č. 7 zobrazuje, že pro 20,37 % respondentek je více stresující pozice instrumentářky. Roli obíhající sestry označily jako více stresující 8,33 % respondentek. Rozdíl mezi oběma rolmi v rámci psychické zátěže nepocítuje 71,30 % respondentek.



Graf 7: Která funkce je pro Vás více stresující?

Otázka č. 22 - Činí Vám změna operačního programu větší psychickou zátěž?

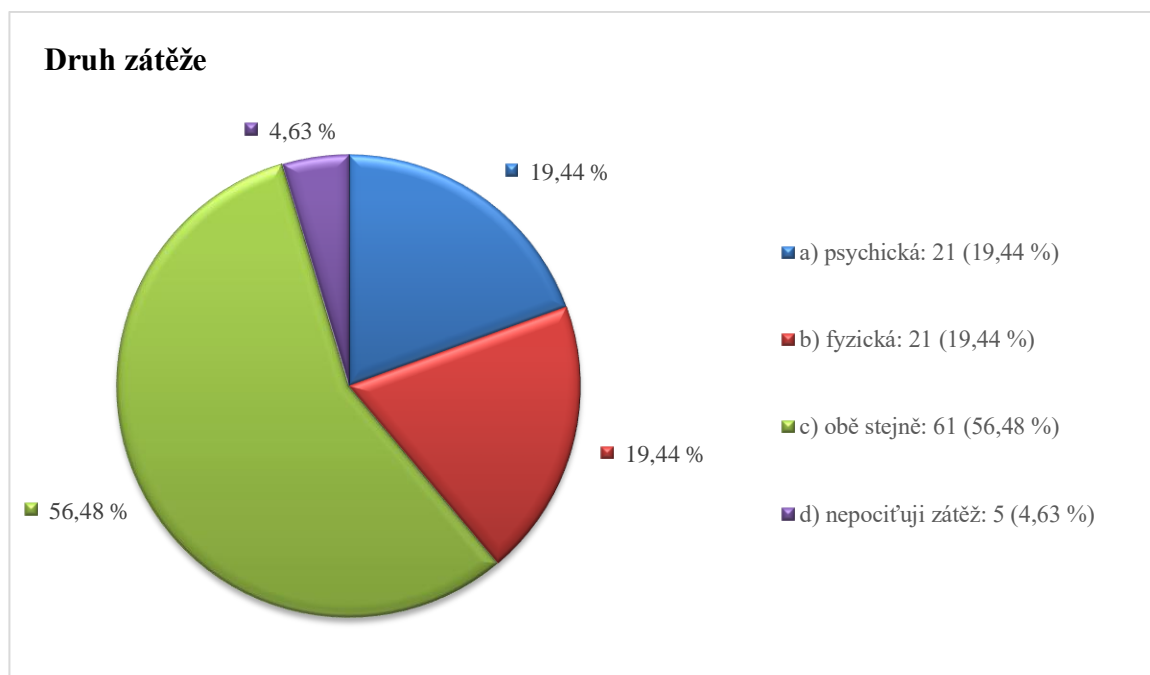
Změna operačního programu činí vyšší psychickou zátěž 12,96 % respondentek, 37,96 % vyšší zátěž při změně programu nepociťuje. V grafu č. 8 je také zobrazeno, že 49,07 % respondentek zaznamenává zvýšenou psychickou zátěž pouze u konkrétních operací.



Graf 8: Činí Vám změna operačního programu větší psychickou zátěž?

Otázka č. 23 – Kterou zátěž více pocítujete při vykonávání své práce?

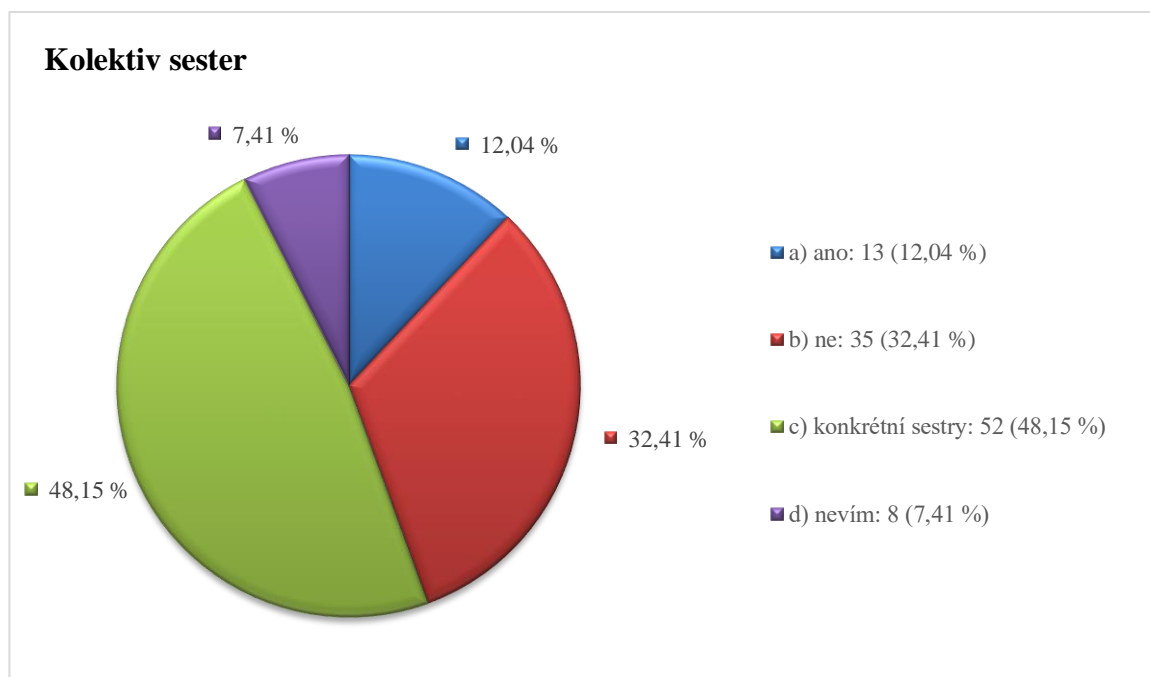
V grafu č. 9 jsou zobrazeny výsledky odpovědí na otázku č. 23. Nejpočetnější část respondentek odpověděla, že pocítuje oba druhy zátěže stejně (celkem 56,48 %). Odpovědi „Psychická zátěž“ a „Fyzická zátěž“ byly vyhodnoceny se stejnou četností – 19,44 %. Pouze 4,63 % respondentek nepocítuje žádnou zátěž.



Graf 9: Kterou zátěž více pocítujete při vykonávání své práce?

Otázka č. 24 – Je Váš kolektiv významným faktorem, který navyšuje Vaši psychickou zátěž?

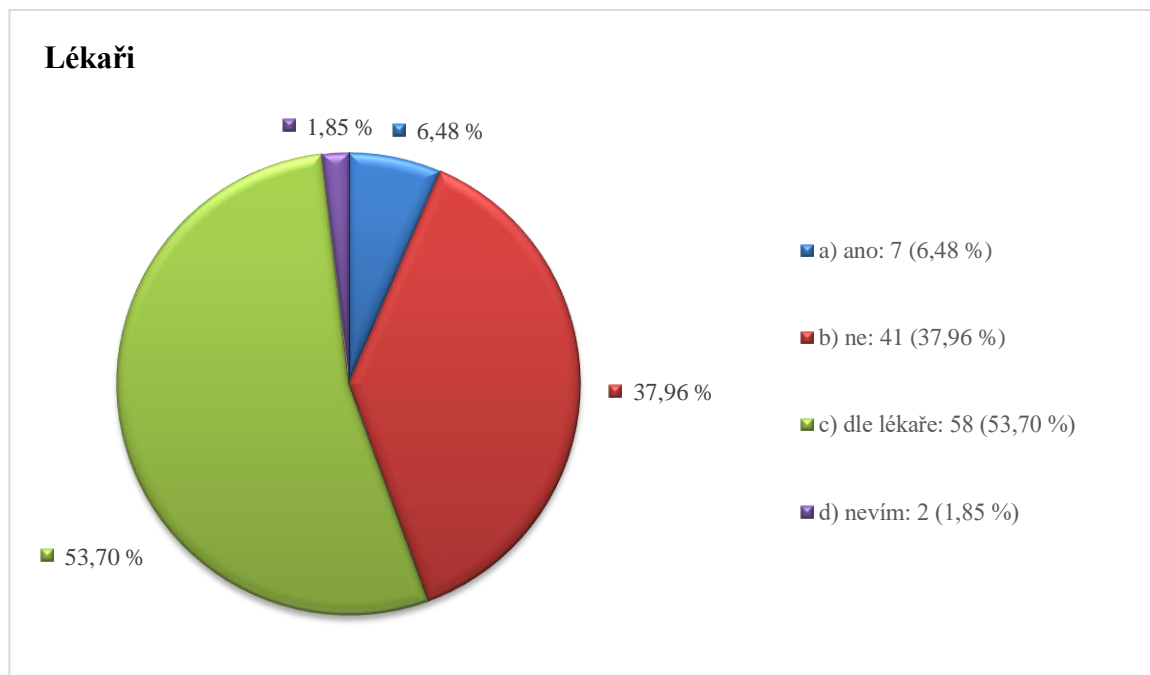
V grafu č. 10 je prezentováno, že 32,41 % respondentek nezpůsobuje kolektiv vyšší psychickou zátěž. Sester, kterým kolektiv způsobuje vyšší zátěž, bylo 12,04 %. Odpověď „*Pouze konkrétní sestry*“ zvolilo 48,15 % respondentek.



Graf 10: Je Váš kolektiv významným faktorem, který navyšuje Vaši psychickou zátěž?

Otázka č. 25 – Způsobuje Vám spolupráce a komunikace s lékaři vyšší psychickou zátěž?

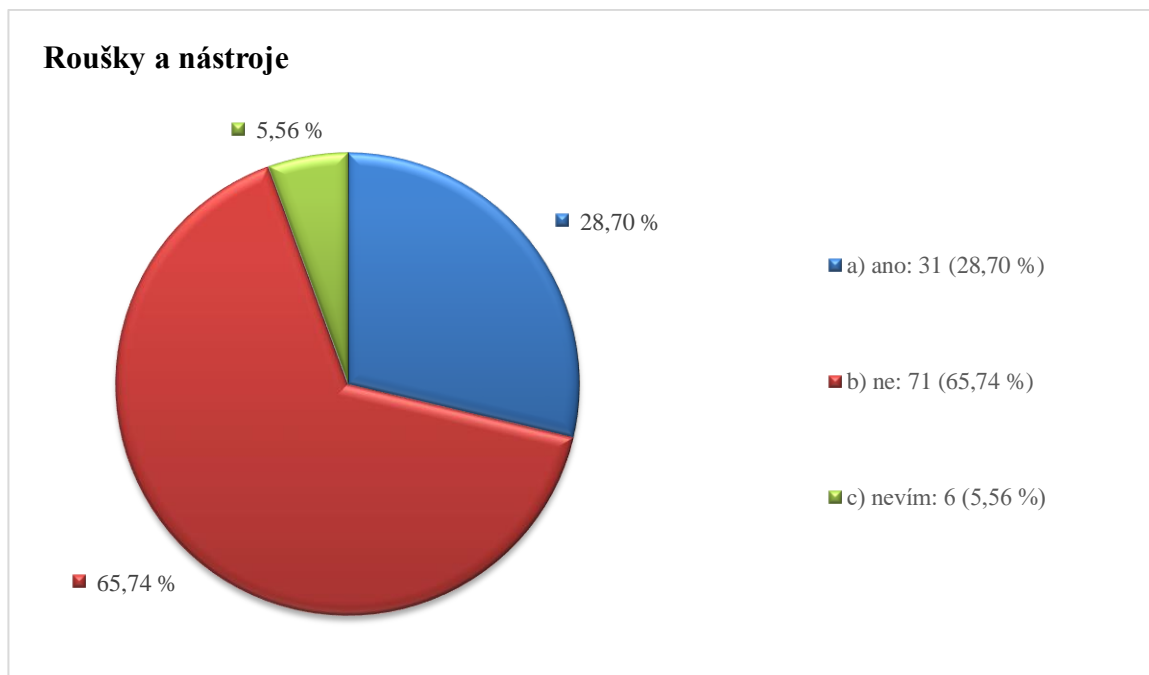
Spolupráce a komunikace s lékaři způsobuje vyšší psychickou zátěž 6,48 % respondentek. Naopak 37,96 % nepocítuje vyšší psychickou zátěž způsobenou spoluprací s lékaři. Odpověď „*Pouze konkrétní lékař*“ zvolilo 53,70 % respondentek (viz graf. č. 11).



Graf 11: Způsobuje Vám spolupráce a komunikace s lékaři vyšší psychickou zátěž?

Otázka č. 26 – Cítíte v souvislosti s počítáním nástrojů a operačních roušek zvýšenou zátěž?

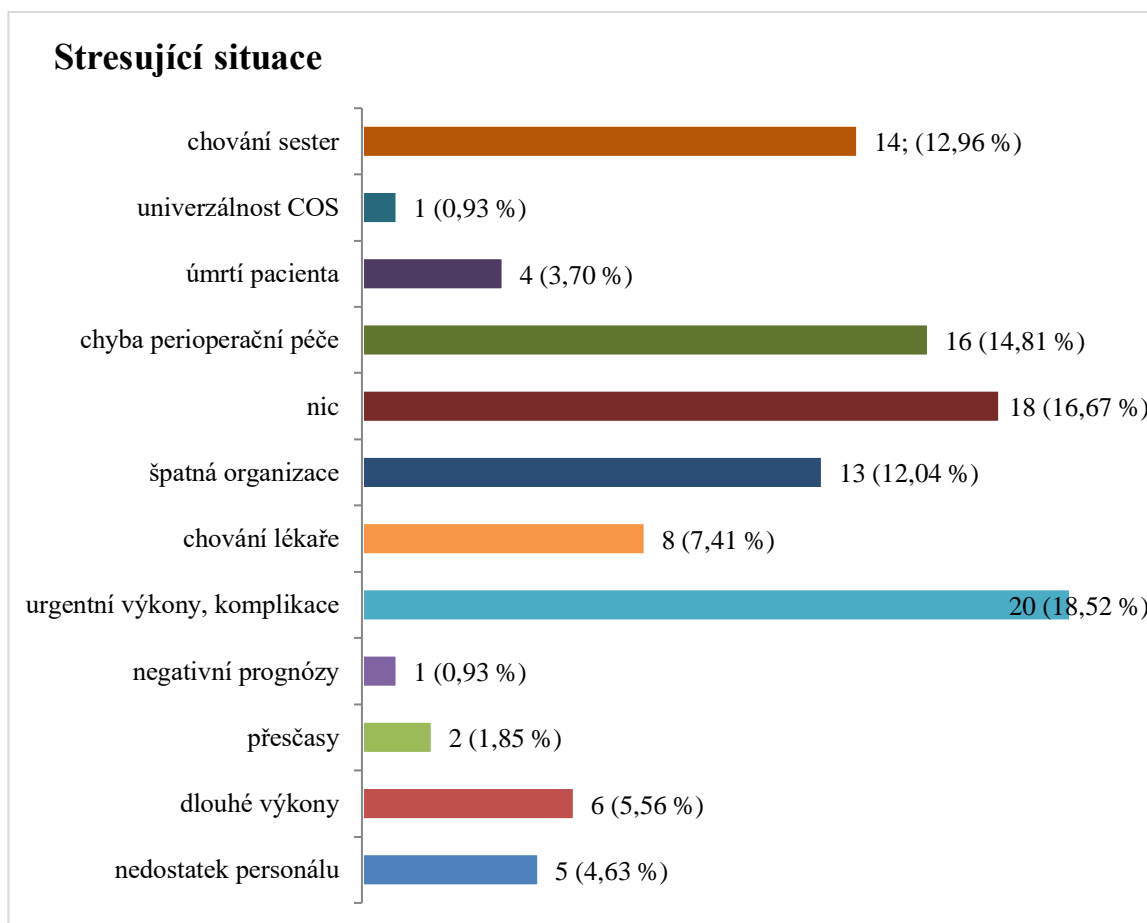
V grafu č. 12 jsou zobrazeny výsledky související s psychickou zátěží, kterou může způsobovat počítání operačních roušek v průběhu a po operaci. Nejpočetnější odpovědí se stala odpověď „Ne“, a to s 65,74 % četnosti. Vyšší zátěž pociťuje 28,70 % respondentek.



Graf 12: Cítíte v souvislosti s počítáním nástrojů a operačních roušek zvýšenou zátěž?

Otázka č. 27 – Napište pro Vás nejvíce stresující situaci v zaměstnání.

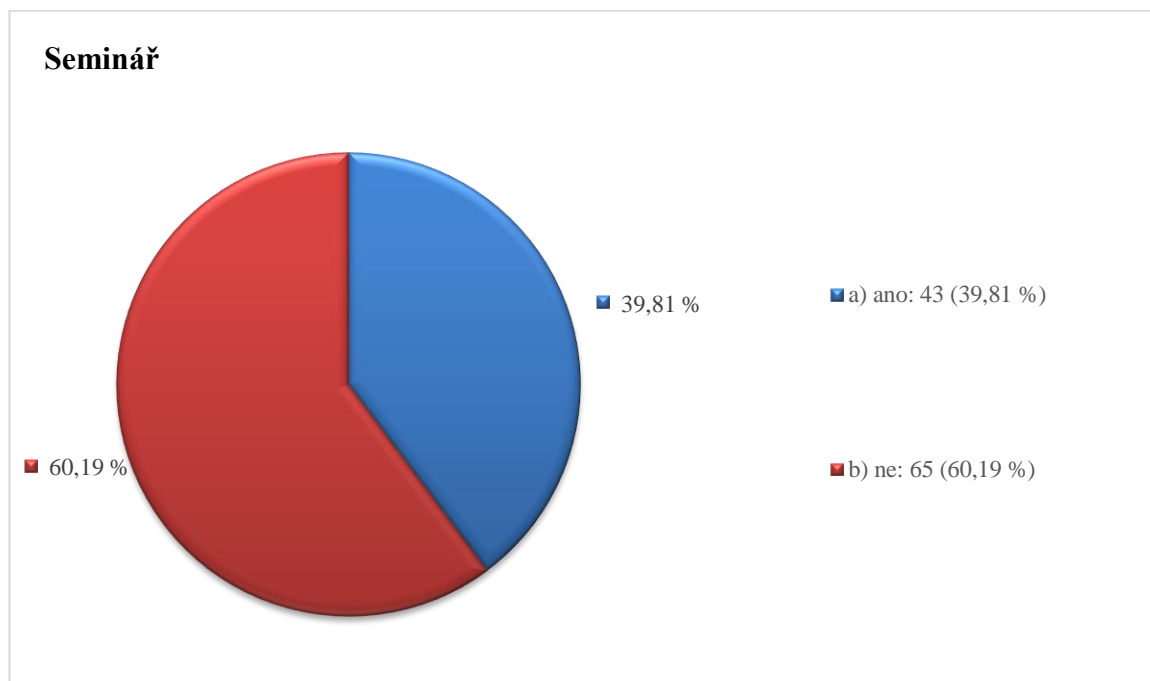
U otázky č. 27 „Napište pro Vás nejvíce stresující situaci v zaměstnání“ zmínilo nejvíce respondentek (18,52 %) akutní výkony a komplikace při operaci; 14,81 % respondentek označilo za stresující chybu v perioperační péči. Dále následovaly odpovědi, které zmiňovaly chování kolegyň (u 12,96 %). Všechny výsledky jsou zobrazeny v grafu č. 13.



Graf 13: Napište pro Vás nejvíce stresující situaci v zaměstnání

Otázka č. 28 – Absolvovala jste někdy v minulosti seminář na téma stres, syndrom vyhoření nebo pracovní psychická zátěž?

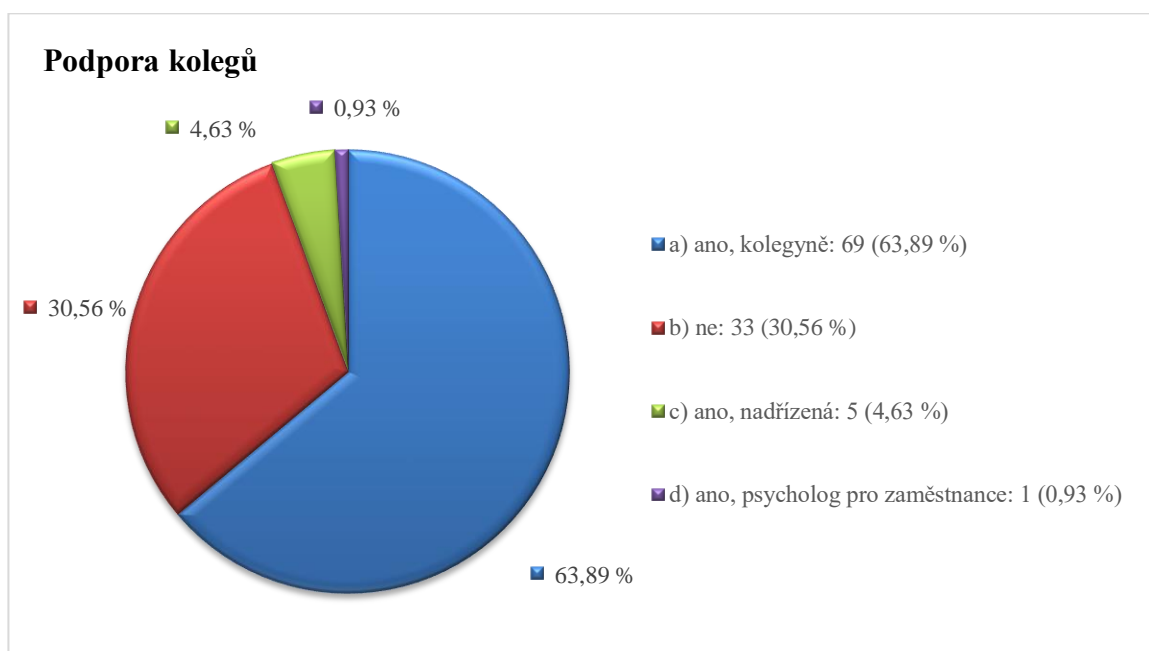
Seminář na téma související s diplomovou prací absolvovalo 39,81 % respondentek. Žádného takového semináře se nezúčastnilo 60,19 % respondentek (viz graf č. 14).



Graf 14: Absolvovala jste někdy v minulosti seminář na téma stres, syndrom vyhoření nebo pracovní psychická zátěž?

Otázka č. 29 – Najdete v práci někoho, kdo Vám pomůže v psychicky náročných situacích? Pokud ano, kdo to je?

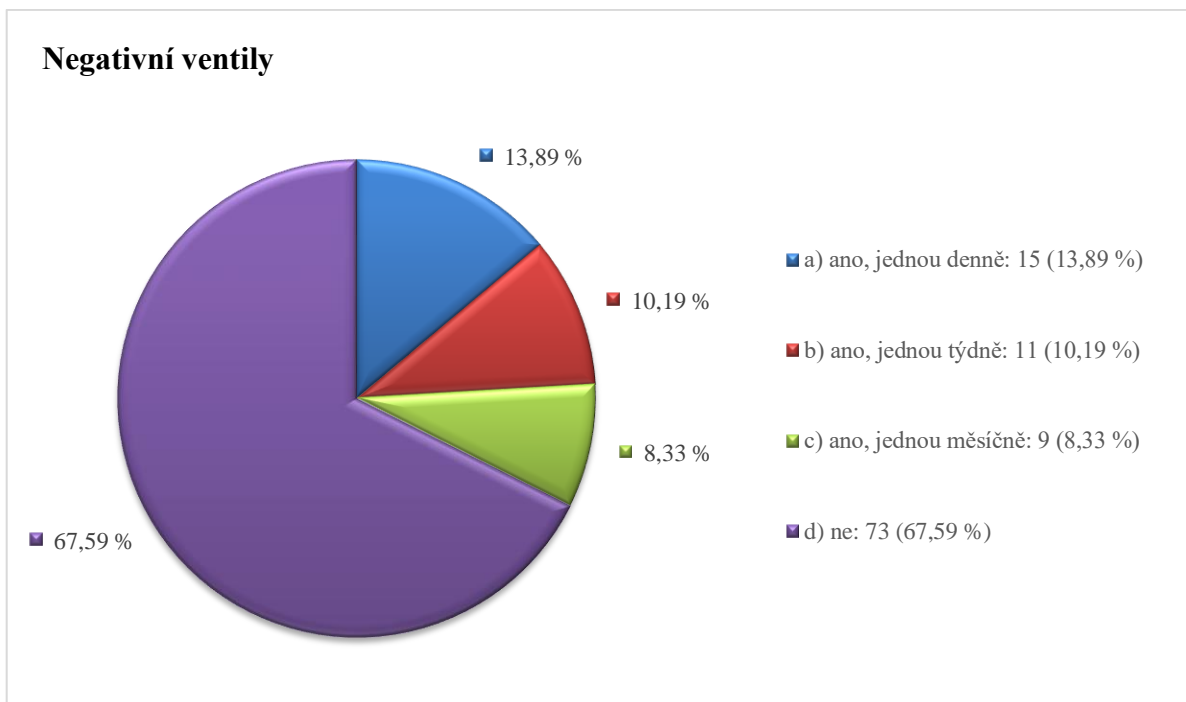
V grafu č. 15 jsou zobrazeny odpovědi týkající se pomoci v psychicky náročných situacích na pracovišti. Celkem 63,89 % respondentek podporu najde u svých kolegyně, 4,63 % hledá podporu u své nadřízené pracovnice a jedna respondentka vyhledala pomoc u psychologa. Zbýlých 30,56 % respondentek odpovědělo, že na svém pracovišti nenajdou osobu, u které by mohly hledat pomoc.



Graf 15: Najdete v práci někoho, kdo Vám pomůže v psychicky náročných situacích? Pokud ano, kdo to je?

Otázka č. 30 – Vyhledáváte ve svém životě negativní ventily k potlačení Vaší psychické zátěže? Např. cigarety, alkohol či jiné látky?

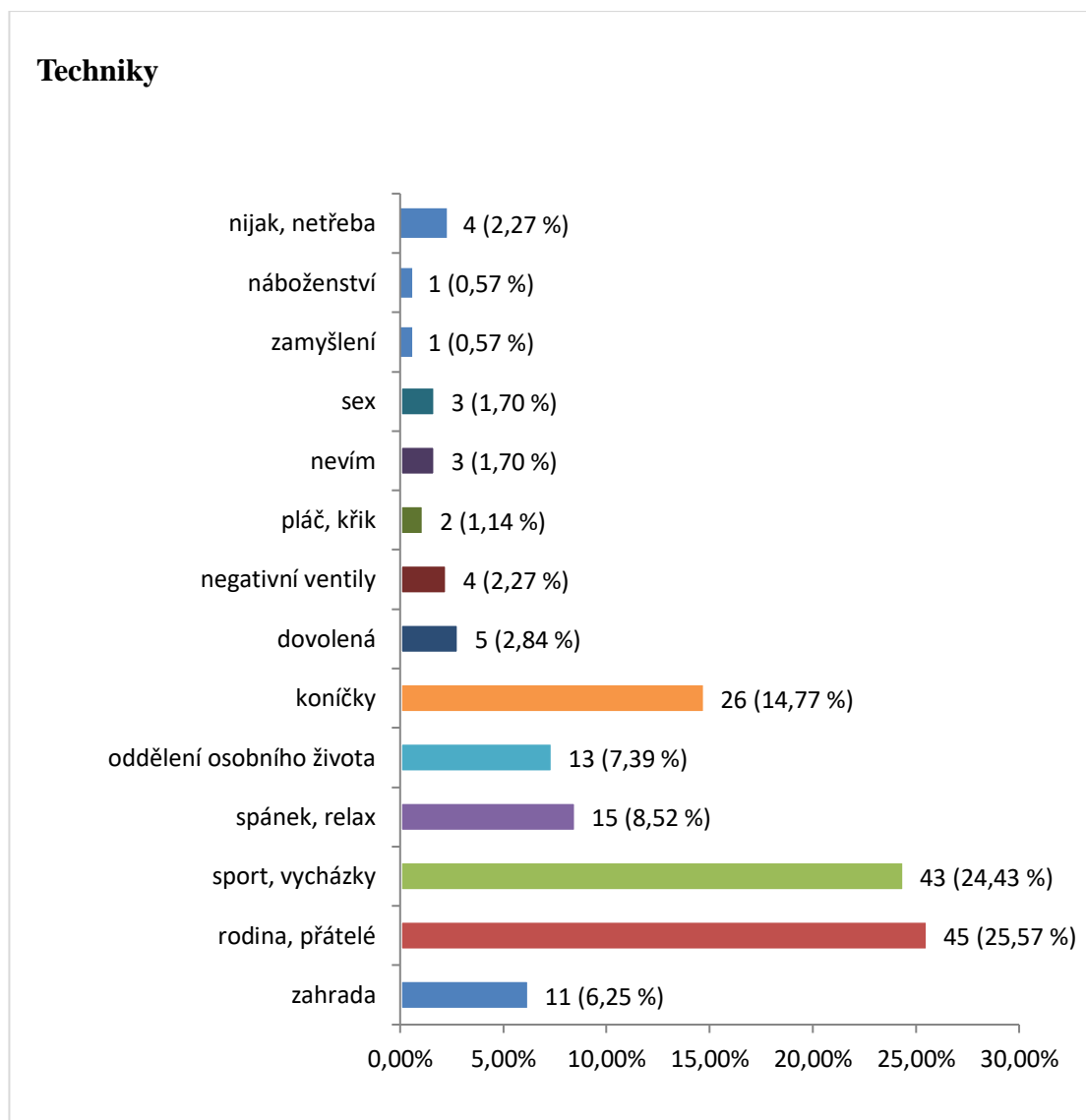
Graf č. 16 popisuje negativní prostředky k potlačení psychické zátěže, které ale nevyužívá 67,59 % respondentek. Naopak 13,89 % respondentek se je využívá každý den, 10,19 % jednou týdně a 8,33 % respondentek jednou měsíčně.



Graf 16: Vyhledáváte ve svém životě negativní ventily k potlačení vaší psychické zátěže? Např. cigarety, alkohol či jiné látky?

Otázka č. 31 – Napište, jak se se stresem a psychickou zátěží z práce vyrovnáváte.

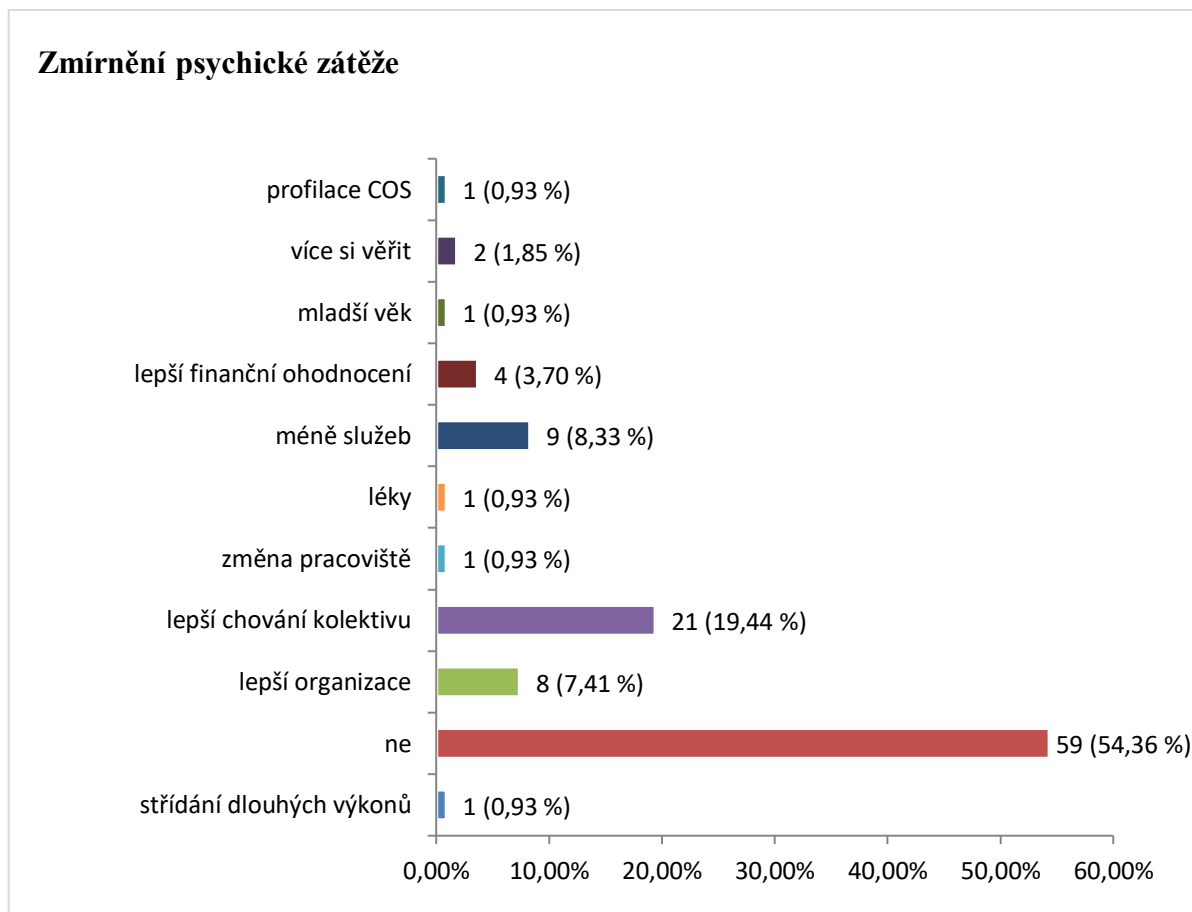
Na otevřenou otázku, jakým způsobem se respondentky vyrovnávají se stresem, odpovědělo nejvíce z nich „*Kontaktem s rodinou a přáteli*“, dále následovaly odpovědi „*Sportem*“, „*Vycházkami*“ a „*Věnování se svým zájmům*“. U odpovědí bylo povoleno zmínit více způsobů, proto součet četností nedává dohromady 100 %. Všechny odpovědi jsou zobrazeny v grafu č. 17.



Graf 17: Napište, jak se se stresem a psychickou zátěží z práce vyrovnáváte.

Otázka č. 32 – Napadá Vás něco, co by Vám mohlo pomoci zmírnit psychickou zátěž v práci?

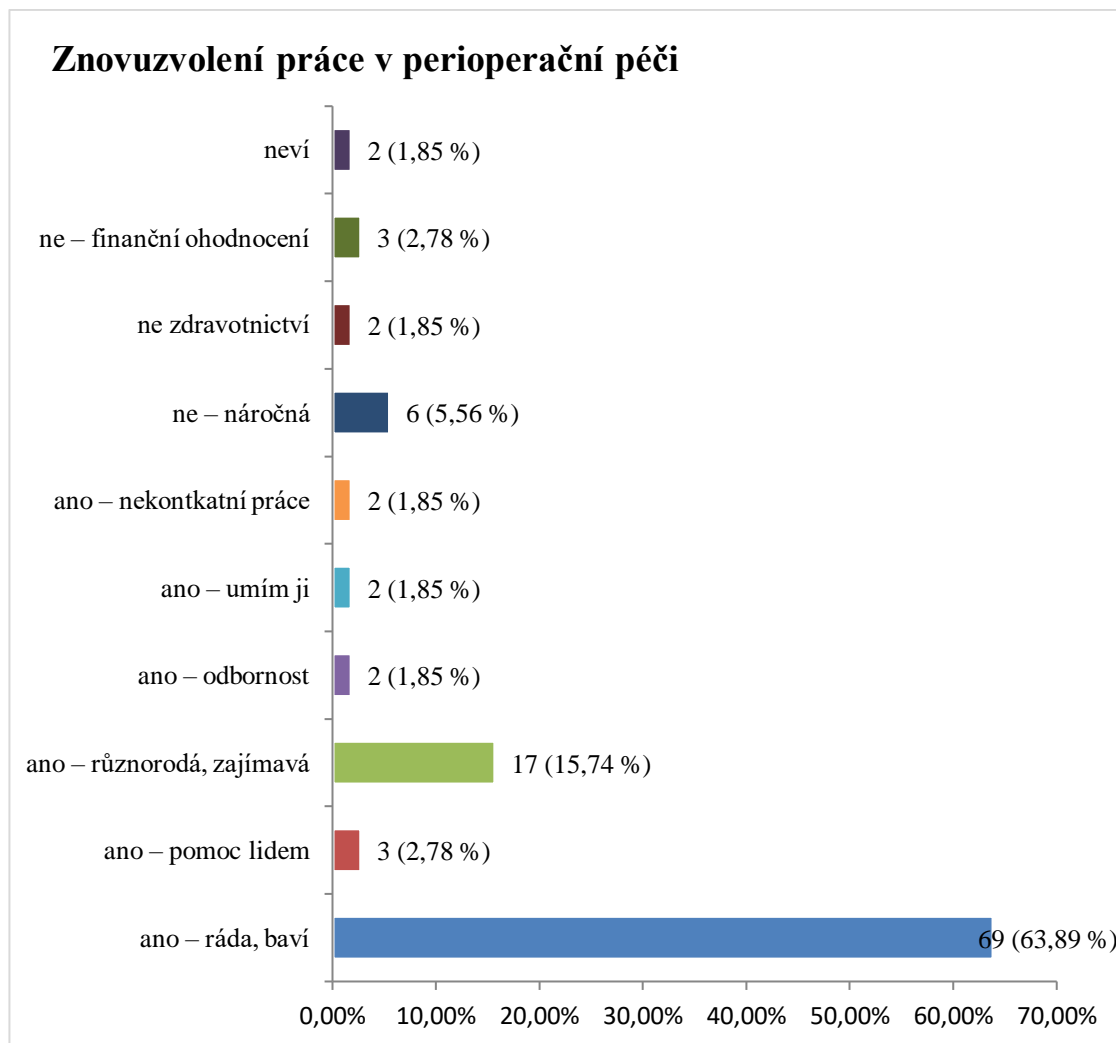
V grafu č. 18 je zobrazeno, že 54,36 % respondentek nenapadá žádná možnost, která by jim pomohla zmírnit psychickou zátěž. Lepší chování kolektivu sester by pomohlo 19,44 % respondentek a 8,33 % respondentek by ocenilo méně služeb.



Graf 18: Napadá Vás něco, co by Vám mohlo pomoci zmírnit Vaši psychickou zátěž v práci?

Otázka č. 33 – Zvolila byste si práci v perioperační péči znovu, pokud byste hledala zaměstnání? Proč?

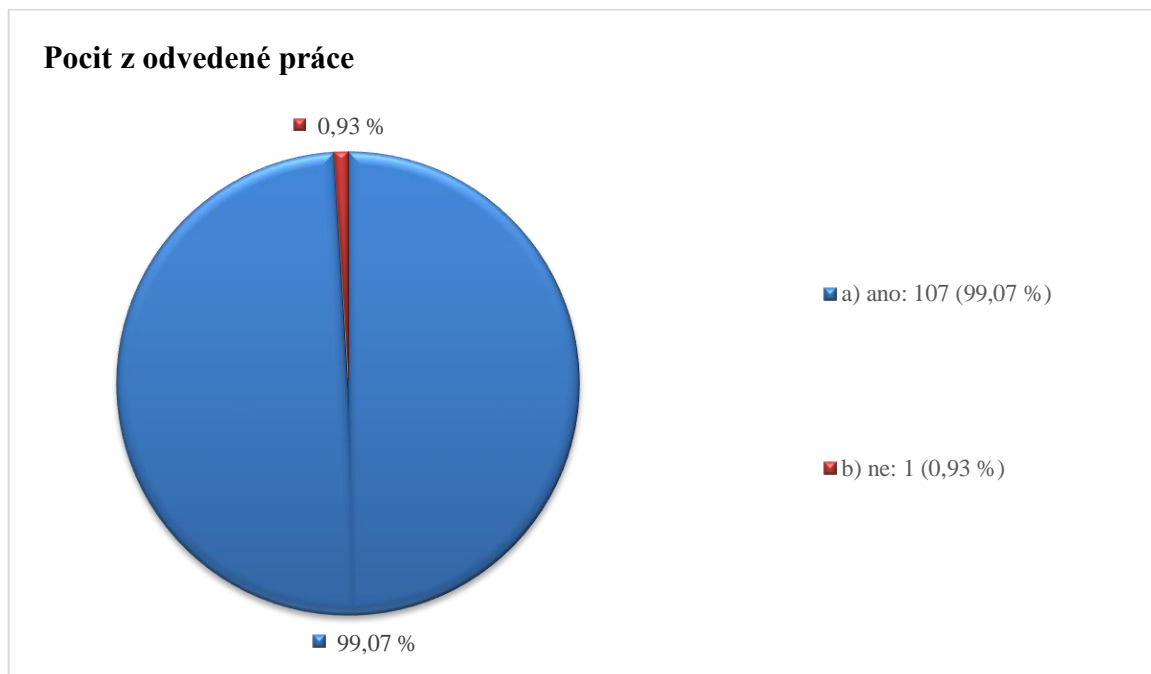
Grafu č. 19 ukazuje, že 87,96 % respondentek by práci v perioperační péči zvolilo znovu. Nejčastěji proto, že je práce baví, je různorodá a zajímavá. Z důvodů špatného finančního hodnocení nebo náročnosti práce by práci již nezvolilo 10,19 % respondentek.



Graf 19: Zvolila byste si práci v perioperační péči znovu, pokud byste hledala zaměstnání? Proč?

Otázka č. 34 – Máte ze své práce pocit, že ji odvádíte dobře?

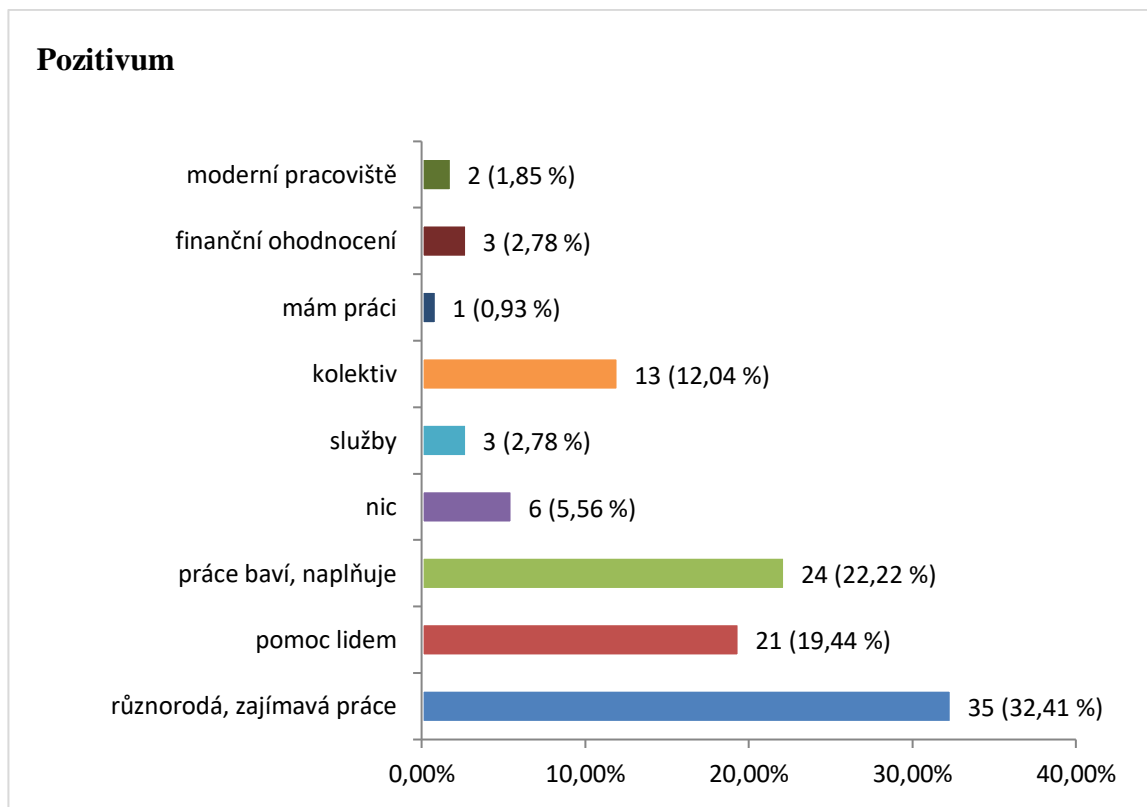
Celkem 99,07 % respondentek má ze své práce pocit, že ji odvádí dobře. Pouze jedna respondentka odpověděla „Ne“ (viz graf č. 20).



Graf 20: Máte ze své práce pocit, že ji odvádíte dobře?

Otázka č. 35 – Napište jedno pozitivum a jedno negativum, které souvisí s Vaším povoláním.

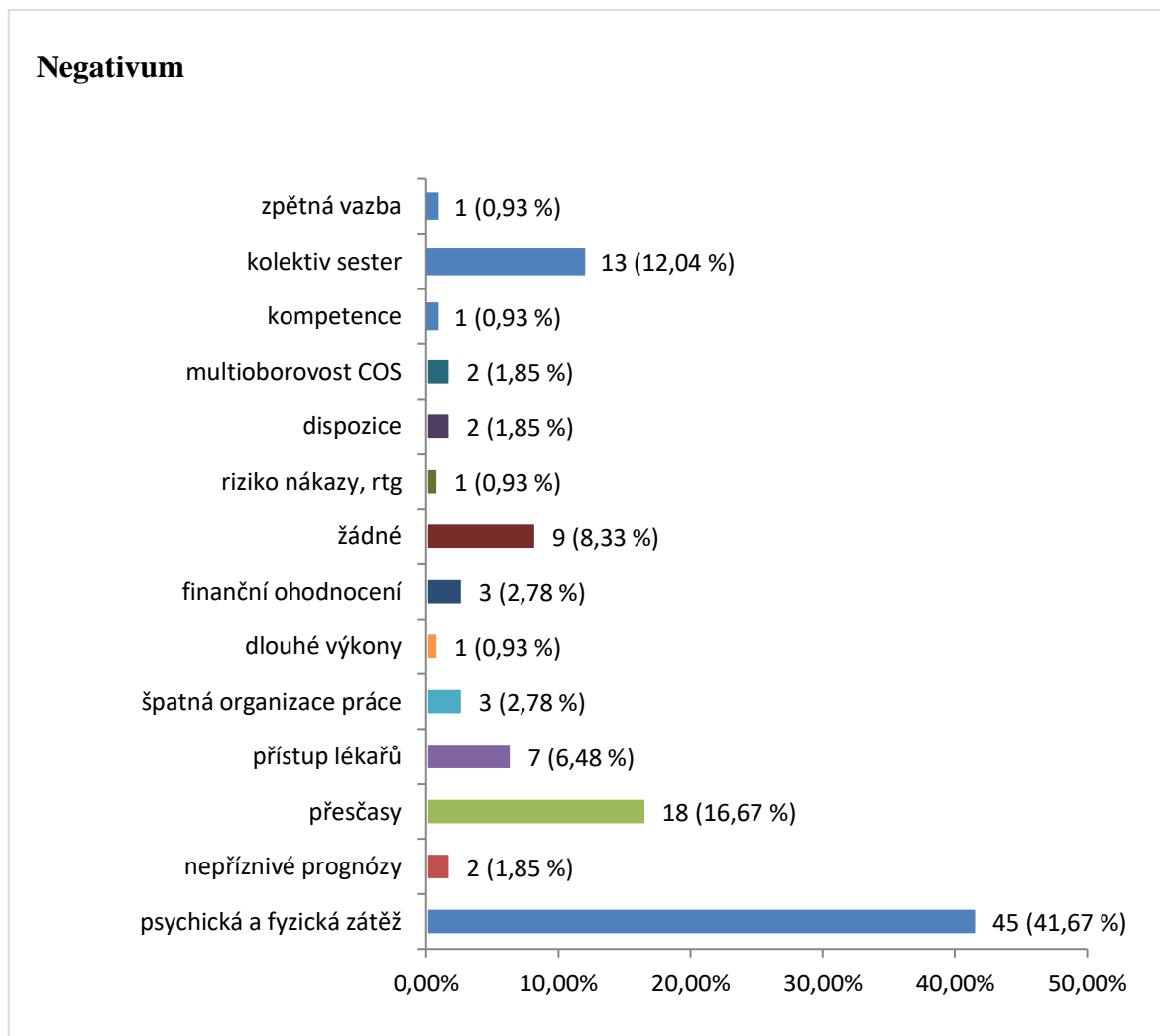
Jako nejčastější pozitivum respondentky uvedly „*Různorodost a zajímavost práce*“ s četností 32,41 %. Následovala odpověď „*Práce mě baví a naplňuje*“ s 22,22 %. Další pozitivum jsou zobrazena v grafu č. 21.



Graf 21: Napište jedno pozitivum související s Vaším povoláním.

- Negativum

V grafu č. 22 jsou zobrazena negativa, která uvedly respondentky v poslední otázce dotazníku. S četností 41,67 % se ukázala jako nejčastější odpověď „*Psychická a fyzická zátěž*“, následovaly přesčasy s 16,67 % a kolektiv perioperačních sester s četností 12,04 %.



Graf 22: Napište jedno negativum související s Vaším povoláním.

5.2.1 Interpretace výsledků vlastních otázek

Výzkumná otázka č. 9: Co konkrétně nejčastěji způsobuje psychickou zátěž u perioperačních sester?

Výzkumný předpoklad: U 30 % respondentek budou psychickou zátěž způsobovat situace, které úzce souvisí s odbornou stránkou práce perioperační sestry.

K vyhodnocení byla využita otázka č. 27. Jako odpovědi, které úzce souvisí s odbornou stránkou práce na operačním sále, byly vyhodnoceny odpovědi „*Urgentní výkony a komplikace*“ s 18,52 % četnosti, odpověď „*Chyba v perioperační péči*“ s 14,81 %, „*Dlouhé výkony*“ s 5,56 % a „*Univerzálnost v COS*“ s 0,93 % četnosti. Celková procentuální hodnota, jež určuje četnost zatěžujících situací, které souvisejí s odbornou stránkou práce perioperační sestry, je 39,82 %. Výzkumný předpoklad byl potvrzen.

Výzkumná otázka č. 10: Co perioperačním sestram nejčastěji pomáhá v rámci zvládnání psychické zátěže?

Výzkumný předpoklad: 50 % respondentek potvrdí využívání negativních ventilů a 30 respondentek uvede u otázky č. 31 rodinu nebo přátele.

K cíli číslo tři byly pro vyhodnocení otázky č. 30 a 31.

U otázky č. 30 „*Vyhledáváte ve svém životě negativní ventily k potlačení vaší psychické zátěže? Např. cigarety, alkohol či jiné látky?*“ bylo nejčastější odpovědí „*Ne*“ s 67,59 % četnosti, dále odpověď „*Ano, každý den*“ s 13,89 %, odpověď „*Ano, každý týden*“ s 10,19 % a odpověď „*Ano, každý měsíc*“ s 8,33 %.

U otázky č. 31 „*Napište, jak se se stresem a psychickou zátěží z práce vyrovnáváte*“ byla povolena více než jedna odpověď. Nejčastěji se objevovala „*Rodina, přítel, přátelé*“ s 45 odpověďmi, odpověď „*Sport a vycházky*“ celkem 43krát a odpověď „*Koníčky – hudba, četba, křížovky, mazlíčci*“ celkem 26krát.

Část výzkumného předpokladu související s negativními ventily nebyla potvrzena. Část výzkumného předpokladu ohledně způsobů zvládnání zátěže se potvrdila.

6 DISKUZE

Jak napsala Schneiderová (2014 s. 13): „*Instrumentářky (dnes perioperační sestry) jsou elitou mezi zdravotními sestrami, mnohé mají vysokoškolské vzdělání a jejich práce je velmi fyzicky i psychicky náročná.*“ Práci na operačním sále mohly v minulosti vykonávat pouze nejšikovnější a nejzkušenější sestry. Pracovat na operačním sále byla prestiž a stát se instrumentářkou pracovní sen. A je tomu tak i dnes. Na otázku „*Co vás vedlo k práci na operačním sále?*“ odpovědělo 55,6 % respondentek, že to byl jejich vysněný pracovní cíl.

Jelikož se většina všeobecných sester dostává na operační sál až po zkušenostech s prací na lůžkovém oddělení, v dotazníku respondentky porovnaly práci na lůžkovém oddělení a na operačním sále v rámci psychické zátěže. Celkem 42,59 % z nich má pocit, že zátěž je stejná, 20,37 % procent respondentek považuje práci na operačním sále za náročnější a 16,67 % sester z výzkumného souboru považuje práci na lůžkovém oddělení za náročnější. Zbylé respondentky na lůžkovém oddělení nepracovaly. Slováčková v roce 2010 napsala článek, ve kterém srovnává práci všeobecné sestry na lůžkovém oddělení a perioperační sestry. Výhodou práce na lůžkovém oddělení je to, že sestra může s pacientem více komunikovat a také má možnost sledovat proces jeho léčby a uzdravování. Výhoda práce na operačním sále spočívá v menším množství administrativní práce a ve vysoké odbornosti pracovní náplně. Nevýhody jsou u obou prací téměř stejné. Za nevýhody Slováčková považuje časovou náročnost, psychickou a fyzickou zátěž, stres a nepravidelný denní rytmus vzhledem k službám.

6.1 Meisterův dotazník

K datům sesbíraným pomocí Meisterova dotazníku náleží první cíl práce: „*Zjistit, zdali sestry pracující na operačních sálech podléhají psychické zátěži.*“ a celkem osm výzkumných otázek.

Výzkumná otázka č. 1: Který stupeň zátěže bude vyhodnocen u sester pracujících na operačním sále?

Z celkových výsledků získaných pomocí dotazníkového šetření vyplynulo, že skupina respondentek podléhá podle hodnocení Meisterova dotazníku prvnímu stupni zátěže, který Meister (Hladký a Židková, 1999) definuje následovně: „*Zátěž, při které není pravděpodobné ovlivnění zdraví, subjektivního stavu a výkonnosti.*“ Druhému stupni zátěže se nejvíce přiblížila skupina respondentek, které pracují na operačních sálech s chirurgickým

zaměřením (chyběl jeden bod). Vzhledem k tomu, že podle Židkové (2001) je práce v perioperační péči na pozici instrumentářky nebo obíhající sestry jedním z povolání, které je vystaveno psychické zátěži a stresu ve vysoké míře, jsou výsledky výzkumu překvapivě pozitivní.

K porovnání výsledků stupně zátěže je na místě zmínit také výsledky z doplňujících otázek dotazníku, a to konkrétně u otázky č. 20: „*Jak často se při své práci cítíte ve stresu?*“ Nejčastěji – 45× – byla vybrána odpověď „*Méně než jedenkrát týdně*“, následovala *odpověď* „*Každý týden*“ – celkem 41× a „*Každý den*“ – celkem 17x. Častěji se ve stresu cítí pouze pět respondentek.

Výzkumná otázka č. 2: Který faktor z Meisterova dotazníku bude nejčastěji vyhodnocen jako nejvíce zatěžující?

Meisterův dotazník obsahuje tři různé faktory, které se zaměřují na psychickou zátěž. Jedná se o přetížení, monotonii a nespecifický faktor. Ve výzkumném šetření měl nejvyšší hodnocení – nejvyšší podíl na psychické zátěži perioperačních sester – faktor I (přetížení). Vyšší bodové hodnocení u faktoru jedna se potvrdilo u třech skupin ze čtyř. Jediná skupina respondentek, která ukázala jako nekritičtější oblast faktor III (nervozita, přesycení, únava, dlouhodobá únosnost), byla skupina „Chirurgické obory“. Z výsledků je zřejmé, že oblast monotonie není z pohledu psychické zátěže u perioperačních sester ohniskem problému. V roce 2018 Mesárošová publikovala výsledky psychické zátěže u zdravotníků v pomáhajících profesích a její výsledky byly velmi podobné. Žádný kritický průměr nebyl překročen.

Do výzkumného dotazníku byla zařazena i otázka, která se dotazovala na jedno pozitivum, které souvisí s prací respondentek (otázka č. 35). Nejčtenější odpovědí se stala „*Různorodá, zajímavá práce, při které se objevují stále nové postupy*“ s četností 32,41 %, dále „*Práce mě baví, naplňuje mě*“ s 22,22 % a poslední nejčastější odpovědí byla „*Pomoc lidem*“ – s četností 19,44 %. To, že respondentky označily svou práci za zajímavou a různorodou a potvrdily, že práce je stále baví, poukazuje na skutečnost, že monotonie není v daném zaměstnání rizikovým faktorem.

Výzkumná otázka č. 3: Které položky z Meisterova dotazníku budou hodnocené nejvyšším bodovým hodnocením?

Meisterův dotazník obsahuje celkem deset otázek – deset položek. Jedná se o položky zabývající se časovou tísní, malým uspokojením, vysokou zodpovědností, otupující prací, problémy a konflikty, monotonií, nervozitou, přesycením, únavou a dlouhodobou únosností. Ve výzkumném šetření se jako nevíce rizikové položky potvrdily časová tíseň, vysoká odpovědnost, nervozita, únava a dlouhodobá únosnost.

Časová tíseň se jako riziková oblast potvrdila u všech čtyř skupin. Podle organizace Česká asociace sester (ČAS), která v roce 2013 vydala výsledky výzkumu na téma *Pracovní podmínky zdravotníků v ČR*, má téměř 50 % respondentů pracujících na operačních sálech pocit, že z důvodů velkého množství práce nemůže věnovat dostatečnou pozornost pacientům. Výzkumu organizovaného ČAS se zúčastnilo celkem 238 zdravotníků pracujících na operačním sále.

Vysoká odpovědnost zatěžuje respondentky ze všech čtyř skupin. Jednou z hlavních odpovědností perioperační sestry je počítání operačních roušek, longet a nástrojů, které jsou použity během operace. Do dotazníku výzkumného šetření byla zařazena otázka, která se touto problematikou zabývala. Jedná se o otázku č. 26, u které se potvrdilo, že 65,74 % respondentek zátěž z důvodů počítání operačního materiálu nepocítuje. Naopak 28,70 % z nich zátěž potvrdilo a zbylých 5,56 % respondentek zvolilo odpověď „Nevím“.

Únava je podle Židkové (2010) výsledkem psychické i fyzické zátěže a jejich kombinace zvyšuje příznaky působení stresu. U zkoumaného vzorku respondentů se únava jako riziková oblast potvrdila u všech čtyř skupin. Ve výzkumu, který organizoval ČAS se potvrdilo, že polovina respondentů, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření, se po skončení směny cítí často vyčerpaná.

Dlouhodobá únosnost byla jedinou položkou Meisterova dotazníku, která překročila kritickou hodnotu, a to u dvou skupin. S otázkou dlouhodobé únosnosti lehce souvisí doplňující otázka č. 35, která zjišťuje možná negativa práce v perioperační péči. Nejčastější odpovědí se s 41,67 % stala „*Psychická a fyzická zátěž*“, s 16,67 % „*Přesčasy a množství služeb*“ a „*Kolektiv operačních sester*“ s četností 12,04 %.

Výzkumná otázka č. 4: Mění se psychická zátěž v závislosti na věku perioperačních sester?

Z výzkumného šetření vyšlo najevo, že psychická zátěž perioperačních sester nesouvisí s jejich věkem. Ke stejnému výsledku došla v roce 2005 Roubalová, která výzkum organizovala v Brně.

Výzkumná otázka č. 5: Existuje významný rozdíl mezi psychickou zátěží u perioperačních sester s kratší dobou odpracovaných let než u perioperačních sester s delší dobou odpracovaných let?

Dále z výzkumného šetření vyšlo najevo, že psychická zátěž perioperačních sester nesouvisí s délkou praxe v perioperační péči. Ke stejnému výsledku došla v roce 2005 Roubalová, která výzkum organizovala v Brně.

Výzkumná otázka č. 6: Liší se úroveň zátěže perioperačních sester od dané populační normy dle Meisterova dotazníku?

Všechny výsledky respondentek mají nižší hodnotu, než je hodnota populační normy podle Meisterova dotazníku.

Výzkumná otázka č. 7: Existuje významný rozdíl mezi psychickou zátěží perioperačních sester různých medicínských oborů?

Ve výzkumu bylo prokázáno, že hodnoty čtyř vytvořených skupin podle medicínských oborů byly velice podobné, a tudíž se nepotvrdil rozdíl v psychické zátěži u perioperačních sester pracujících na různých medicínských oborech.

Výzkumná otázka č. 8: Existuje významný rozdíl v psychické zátěži u perioperačních sester pracujících na jednom konkrétním medicínském oboru a perioperačních sester s multioborovým zaměřením?

Po statistickém zpracování psychické zátěže respondentek bylo prokázáno, že rozdíl mezi psychickou zátěží u sester s multioborovým zaměřením a sester pracujících na operačních sálech s jedním medicínským oborem není statisticky významný. Stejného výsledku dosáhla Roubalová v roce 2005.

6.2 Vlastní otázky

Druhým cílem práce je: „Zjistit, které skutečnosti související s prací na operačním sále vyvolávají u perioperačních sester psychickou zátěž.“

Výzkumná otázka č. 9: Co konkrétně nejčastěji způsobuje psychickou zátěž u perioperačních sester?

Jelikož se práce perioperační sestry skládá ze dvou rolí, zajímavou otázkou je, zdali jim některá z nich způsobuje zvýšenou psychickou zátěž. Do doplňujících otázek byla zařazena otázka na dané téma a výsledky jsou následující: Celkem 71,30 % respondentek nevnímá rozdíl v tom, jakou roli aktuálně zastává a obě role jim přijdou stejně psychicky náročné; 20,37 % procent perioperačních sester pociťuje větší zátěž v pozici instrumentářky a 8,33 % v pozici obíhající sestry.

Změnu operačního programu považuje za zatěžující pouze 12,96 % respondentek. Většina z nich (49,07 %) vnímá změnu operačního programu jako zátěž pouze u některých konkrétních operacích. Zbylým 37,96 % změna v operačním programu zátěž nečiní.

Jedním z významných faktorů v oblasti psychické zátěže je pracovní kolektiv. Respondentky zodpověděly otázky týkající se spolupráce perioperační sestry s další perioperační sestrou a perioperační sestry s lékařem. Při komunikaci a spolupráci s kolegyní pociťuje zátěž pouze 12,04 % respondentek, 48,15 % z nich pouze u konkrétních kolegyně. Zbylých 39,82 % respondentek zátěž nepociťuje, nebo si toho není vědoma. Při komunikaci a spolupráci s lékařem pociťuje zátěž 6,84 % perioperačních sester a 53,70 % respondentek zátěž pociťuje v závislosti na konkrétním lékaři. Zbylé sestry zátěž nepociťují nebo si této skutečnosti nejsou vědomy. Tomová a kolektiv vydala v roce 2013 výsledky výzkumu, ve kterém vyšlo najevo, že lékaři i sestry vztah mezi sebou popisují jako přátelský a profesionální zároveň. Dále se ve výzkumu prokázalo, že komunikaci na úrovni sestra-lékař hodnotí jako standardní až velmi dobrou.

Doplňující otázky obsahují i otevřenou otázku, která se dotazuje na nejvíce stresující situaci v zaměstnání. Aby se dalo větší množství odpovědí hodnotit, byla nutná jejich kategorizace. Otevřené odpovědi byly zvolené z důvodů udržení autenticity odpovědí respondentek. Nejvyšší četnost – 18,52 % – měla odpověď „Urgentní výkony a komplikace při operaci“. Dále následovala odpověď „Chyba v perioperační péči“ s 14,81% zastoupením a „Chování perioperačních sester“ u 12,96 % respondentek. Chyb v perioperační péči může být vícero.

Jednou z nich je dekubitus, který se může objevit po dlouhodobém operačním výkonu. V Ústřední vojenské nemocnici v Praze proběhl výzkum na dané téma mezi 173 pacienty a Janalíková prezentovala následující výsledky: Průměrná doba strávená pacientem na sále byla 4,1 hodiny. U pacientů, kteří na operačním sále strávili méně než čtyři hodiny, se nevyskytl ani jeden případ proleženiny. U pacientů, kteří na sále strávili více než čtyři hodiny, se proleženina objevila u 9 % pacientů a u pacientů, kteří na sále strávili více než šest hodin se proleženina objevila ve 26 %. Důležitá informace ale je, že výskyt dekubitů má souvislost i s následnou péčí po operačním výkonu.

Třetím cílem práce je: *„Vymezit postupy, pomocí kterých se perioperační sestry vypořádávají s psychickou zátěží.“*

Výzkumná otázka č. 10: Co perioperačním sestrám nejčastěji pomáhá v rámci zvládnání psychické zátěže?

Celkem 60,19 % sester nikdy neabsolvovalo seminář týkající se psychické zátěže, zvládnání stresu či syndromu vyhoření. Nejčastější vliv na syndrom vyhoření má podle Ježorské (2014) klima a spolupráce na pracovišti, pracovní podmínky a ohodnocení práce jiné než finanční.

V psychicky náročných situacích najde 63,89 % respondentek pomoc u svých kolegyně perioperačních sester. Další 4,63 % sester z výzkumného souboru hledá oporu v nadřízeném pracovníkovi a jedna respondentka vyhledává pomoc nemocničního psychologa. Zbylých 30,56 % procent respondentek nemá v zaměstnání osobu, u které by v psychicky těžkých situacích hledala pomoc.

Jelikož je zátěž ve zdravotních oborech někdy opravdu vysoká, může se stát, že spousta zdravotníků hledá útěchu pomocí negativních ventilů. Ve výzkumu odpovědělo 67,59 % respondentek, že žádné negativní ventily ve svém životě nevyhledává. Dále 10,19 % využívá k potlačení psychické zátěže negativní ventily jedenkrát týdně, 13,89 % každý den a 8,33 % jednou za měsíc.

Jako nejčastější způsob pro vyrovnání se se stresem uvedly respondentky trávení času s rodinou či přáteli, sport a vycházky nebo své koníčky. V roce 2018 provedla výzkum u pracovníků v pomáhajících profesích Köverová, jehož součástí byla i oblast zvládnání

stresu. V interpretacích uvedla, že pro zvládnání zátěže pracovníci využívají nejčastěji volnočasové aktivity, kontakt s rodinou a přáteli, pozitivní přístup a rozpravu s kolegy.

Zmírnit psychickou zátěž by dle 19,44 % respondentek pomohlo lepší chování kolegyň, u 8,33 % sester hraje roli množství odsloužených směn a 7,41 % procent respondentek by ocenilo lepší organizaci práce. Celých 54,36 % perioperačních sester, které se zúčastnily výzkumu, ale neví, co by mohlo jejich psychickou zátěž zmírnit. Köverová (2018) zjistila, že pracovníkům pomáhajících profesí by pro lepší zvládnání stresu pomohlo vzdělávání, teambuilding, relaxace a rekondiční pobyty placené zaměstnavatelem.

ZÁVĚR

V našem životě zaznamenáváme několik oblastí, které nedokážeme osobně dokonale ovlivnit. Jednou z nich je zdraví. Zdraví je definováno jako „stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady“ (Zacharová a Šimíčková-Čížková, 2011, str. 112). Psychická zátěž, jejíž problematice je diplomová práce podrobně věnována, může mít na zdraví jedince velký vliv. Je tedy důležité, aby člověk byl schopen psychické zátěži efektivně čelit.

Diplomová práce se zabývá problematikou psychické zátěže u sester, které pracují v perioperační péči. V teoretické části byl popsán pojem zátěž, její druhy, důsledky jejího působení na jedince a způsoby, jak psychickou zátěž zvládat. Druhá část práce je věnována perioperační péči. Výzkumná část byla realizována pomocí dotazníkového šetření, a to prostřednictvím standardizovaného Meisterova dotazníku a vlastních doplňujících otázek. Výzkumu se zúčastnilo celkem 108 respondentek ze zdravotnických zařízení Olomouckého a Jihomoravského kraje.

Prvním cílem práce bylo zjistit, zdali perioperační sestry podléhají psychické zátěži. Vyhodnocení odpovědí standardizovaného Meisterova dotazníku ukázalo, že psychická zátěž perioperačních sester se pohybuje na spodní hranici. Nejvyšší hodnocení měly položky časová tíseň, vysoká odpovědnost, únava a dlouhodobá únosnost. U respondentek nebyla prokázána souvislost mezi věkem a psychickou zátěží ani mezi délkou praxe a psychickou zátěží. Dále nebyl prokázán rozdíl mezi psychickou zátěží respondentek pracujících na jednooborových operačních sálech a respondentek s multioborovým zaměřením.

Druhý cíl byl orientovaný na konkrétní faktory, které zvyšují psychickou zátěž perioperačních sester. Prokázalo se, že je nejvíce zatěžují situace, které úzce souvisí s charakterem práce v perioperační péči.

Třetím cílem bylo zjistit, jak se perioperační sestry nejčastěji vyrovnávají s psychickou zátěží. Nejčastější odpovědí byl čas strávený s rodinou a přáteli, následoval sport, vycházky a možnost věnovat se koníčkům.

Perioperačním sestřám by v rámci lepšího zvládnání a eliminace psychické zátěže mohl pomoci zájem zaměstnavatele o tuto problematiku, který by vyjádřil např. příspěvkem na relaxační pobyt, finančními odměnami nebo i slovním uznáním. Lepší vztahy na pracovišti by mohli podpořit teambuildingové aktivity.

POUŽITÁ LITERATURA

AYERS, Susan a Richard DE VISSER. *Psychologie v medicíně*. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4752-303.

BARTŮŇKOVÁ, Staša. *Stres a jeho mechanismy*. Praha: Karolinum, 2010. ISBN 978-802-4618-746.

BÁRTLOVÁ, Sylva a Marie MARKOVÁ. *Role sestry specialistky: učební text základního modulu specializačního studia pro sestry a porodní asistentky*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2008. ISBN 978-80-7013-488-7.

BILEN, Caroline. Surgical safety Solution. In: [Http://www.perioperacni-sestry.cz/](http://www.perioperacni-sestry.cz/) [online]. 3M Health care academy, 2018 [cit. 2020-01-10]. Dostupné z: http://www.perioperacni-sestry.cz/content_public/publications/lectures/2.2018-cr-nursing-congress-surgical-safety-solution-.pdf.

CIMICKÝ, Jan. *Sám proti stresu: jak se ubránit stresu a udržet duševní rovnováhu: soubor rad, jak přežít v dnešní době*. 3., dopl. vyd. Praha: Bondy, 2015. ISBN 978-808-8073-024.

ČAS. Výsledky dotazníkového šetření ČAS: Pracovní podmínky zdravotníků v ČR. In: [Www.cnaa.cz](http://www.cnaa.cz) [online]. Preziidium ČAS, 2013, září 2013 [cit. 2020-05-03]. Dostupné z: https://www.cnaa.cz/docs/tiskoviny/dotaznikove_setreni_vysledky_2013.pdf.

DIMUNOVÁ, Lucia, Ferdinand MOHNYÁNSZKI a Jana RAKOVÁ. *Pracovní zátěž v profesi sestry*. Praha: Powerprint, [2018]. ISBN 9788075680976.

FIALOVÁ, Ivana. *Zvládání zátěže*. Ostrava: Ostravská univerzita Ostrava, Lékařská fakulta, 2012. ISBN 978-807-4641-183.

FONTANA, David. *Stres v práci a v životě: jak ho pochopit a zvládat*. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-802-6210-337.

HLADKÝ, Aleš a Zdeňka ŽIDKOVÁ. *Metody hodnocení psychosociální pracovní zátěže: metodická příručka*. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-718-4890-5.

HOZBOVÁ, Lenka, 2014. Pracovní rizika a zátěž na operačním sále. *Perioperacni-sestry.cz*. [online], [cit. 2020-01-04]. Dostupné z <http://goo.gl/g2SQ2u>.

HUMPL, Lukáš, Jiří PROKOP a Alena TOBIÁŠOVÁ. *První psychická pomoc ve zdravotnictví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. ISBN 978-807-0135-624.

JANALÍKOVÁ, Radka a Ondřej ULRYCH. Iatrogenní poškození pacienta během intervenčních a operačních výkonů. *Léčba ran*. 2016, 3(3), 9-11. ISSN 2336-520X.

JEDLIČKOVÁ, Jaroslava. *Ošetrovatelská perioperační péče*. 2. rozšířené vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2019. ISBN 978-807-0135-983.

JEŽORSKÁ, Šárka, Jiří VÉVODA a Jan CHRASTINA. Motivace sester a syndrom vyhoření: existuje souvislost? *Profese online* [online]. 2014, 7(1), [cit. 2020-05-05]. ISSN 1803-4330. Dostupné z: <https://profeseonline.upol.cz/pdfs/pol/2014/01/02.pdf>.

KINGDON, Brenda a Faith HALVORSEN. Perioperative Nurses' Perceptions of Stress in the Workplace. *AORN Journal* [online]. 2006, 84(4), 607-614 [cit. 2020-05-08]. DOI: 10.1016/S0001-2092(06)63939-2. ISSN 00012092. Dostupné z: [http://doi.wiley.com/10.1016/S0001-2092\(06\)63939-2](http://doi.wiley.com/10.1016/S0001-2092(06)63939-2).

KLIMENT, Pavel. *Zvládací (copingové) odpovědi v pomáhajících profesích*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014. ISBN 978-802-4442-068.

KOVALICKÁ, Mária. Psychosomatická záťaž sestier na operačnej sále. In: <http://www.perioperacni-sestry.cz/> [online]. 2014 [cit. 2020-01-10]. Dostupné z: .

KÖVEROVÁ, Miroslava. *Pomáhajúce profesie a starostlivosť o seba z pohľadu psychológie a sociálnej práce: Záťaž v práci, jej zdroje a spôsoby zvládania u pomáhajúcich profesionálov* [online]. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Filozofická fakulta, 2018 [cit. 2020-05-05]. ISBN 978-80-8152-606-0. Dostupné z: <https://unibook.upjs.sk/img/cms/2018/ff/pomahajuce-profesie-web.pdf>.

KRASKA-LÜDECKE, Kerstin. *Nejlepší techniky proti stresu*. Praha: Grada, 2007. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-1833-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Hořet, ale nevyhořet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012. Orientace (Karmelitánské nakladatelství). ISBN 978-807-1955-733.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Jaroslava PEČENKOVÁ. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2004. Sestra (Grada). ISBN 80-247-0784-5.

KUTÍNOVÁ, Zdeňka. *Náročné životní situace a jejich řešení: metodická příručka*. Praha: Centrum pro studium vysokého školství, 2015. ISBN 978-808-6302-492.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. Sestra. ISBN 978-80-247-2713-4.

MESÁROŠOVÁ, Margita. *Pomáhajúce profesie a starostlivosť o seba z pohľadu psychológie a sociálnej práce: Psychická záťaž vo vzťahu k starostlivosti o seba u pomáhajúcich profesionálov* [online]. Košice: Katedra psychológie FF UPJŠ v Košiciach, 2018 [cit. 2020-05-05]. ISBN 978-80-8152-606-0. Dostupné z: <https://unibook.upjs.sk/img/cms/2018/ff/pomahajuce-profesie-web.pdf>.

PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2017. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5646-2.

PAULÍK, Karel. *Psychologické aspekty zvládnání zátěže muži a ženami*. V Ostravě: Ostravská univerzita, 2012. Spis FF OU. ISBN 978-80-7368-993-3.

Pracovní stres a zdraví. Praha: Výzkumný ústav bezpečnosti práce, v.v.i., 2016. s. 20. ISBN 978-80-87676-23-3.

Dostupné z WWW: <http://www.vubp.cz/images/soubory/produkty/publikace-ke-stazeni/pracovni-stres-a-zdravi.pdf>.

RICHTER, Gabriele. Psychická zátěž: identifikace a hodnocení rizik, navrhovaná opatření. In: [Http://www.vubp.cz](http://www.vubp.cz) [online]. Německo, 2014 [cit. 2020-01-12]. Dostupné z: <http://www.vubp.cz/images/soubory/produkty/publikace-ke-stazeni/psychicka-zatez.pdf>.

ROUBALOVÁ, Věra a Zdeňka ŽIDKOVÁ. Pracovní podmínky a stres. *Zdravotnictví a medicína* [online]. Praha, 2005, **15**(5) [cit. 2020-05-03]. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra-priloha/pracovni-podminky-a-stres-298081>.

SLOVÁČKOVÁ, Renata. Srovnání práce sestry na lůžkovém oddělení a na operačním sále. *Urologie pro praxi* [online]. Olomouc, 2010, 5. 11. 2010, **11**(6), s. 338–339 [cit. 2020-05-04]. ISSN 1803-529. Dostupné z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2010/06/14.pdf>.

SCHNEIDEROVÁ, Michaela. *Perioperační péče*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4744-148.

- TOMOVÁ, Šárka, Hana NIKODEMOVÁ a Kateřina JEŽKOVÁ. *CESTA K MODERNÍMU OŠETŘOVATELSTVÍ XV.: Význam komunikace v interpersonálních vztazích sester a lékařů* [online]. Praha, 2013 [cit. 2020-05-03]. ISBN 978-80-87347-14-0. Dostupné z: https://www.fnmotol.cz/_sys_/FileStorage/download/2/1039/cestakmodernimuosetrotatelstvixv.pdf
- URBANOVSKÁ, Eva. *Psychologie zdraví 1*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 9788024433660.
- VÁCOVÁ, Jana a Iva BRABCOVÁ. Předoperační bezpečnostní procedura na operačním sále. *Urologie pro praxi* [online]. 2016, 7.6.2017, **2016**(17), s. 139–142 [cit. 2020-02-23]. Dostupné z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2016/03/11.pdf>.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychologie osobnosti*. Praha: Karolinum, 2010. ISBN 978-802-4618-326.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 5. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-802-6202-257.
- VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3174-2.
- VÉVODA, Jiří. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2013. Sestra. ISBN 978-80-247-4732-3.
- WENDSCHE, Peter, Andrea POKORNÁ a Ivana ŠTEFKOVÁ. *Perioperační ošetrovatelská péče*. Praha: Galén, c2012. ISBN 978-807-2628-940.
- WICHSOVÁ, Jana. *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4737-546.
- WISCHOVÁ, Jana. Chirurgický kouř. In: <http://www.perioperacni-sestry.cz/> [online]. 2016, 13.2.2016 [cit. 2020-01-10]. Dostupné z: http://www.perioperacni-sestry.cz/content_public/publications/lectures/mgr.jana-wichsova-ph.d._chirurgicky-kour.pdf.
- ZACHAROVÁ, Eva. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra (Grada). ISBN 978-802-7101-559.

ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 9788024740621.

ŽIDKOVÁ, Zdeňka. Práce sester na operačním sále z pohledu psychologa v hygieně. *Časopis Společnosti instrumentářek*. [online]. Brno, 2001, (1) [cit. 2020-05-03]. Dostupné z: <https://zdenka-zidkova-psvz.webnode.cz/o-nas/>.

ŽIDKOVÁ, Zdeňka. Životospráva sálových sester. *Zdravotnictví a medicína* [online]. Praha, 2010, **20**(2), 40-41 [cit. 2020-05-03]. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/zivotosprava-salovych-sester-449672>.

PŘÍLOHY

Příloha 1 - Test psychické zátěže

Příloha 2 – Bezpečnostní perioperační proces

Příloha 3 – Dotazník k výzkumu diplomové práce

Hodnoticí formulář 4: Psychická zátěž

Oblast práce/skupina zaměstnání*) _____

Pracovní činnost:*) _____

V seznamu jsou uvedeny body, které se zabývají psychickou únavou. Hodí se tato tvrzení na práci, kterou vyhodnocujete?

Pokud ano, zakroužkujte daný bod. Pokud ne, nechejte prázdné místo.

Při práci		
1	<input type="radio"/>	se přísně dbá na časové plány.
2	<input type="radio"/>	se přísně dbá na dodržování instrukcí.
3	<input type="radio"/>	neexistuje žádná možnost odmítnout úkoly nebo se jim vyhnout.
4	<input type="radio"/>	nejsou zaměstnanci dostatečně informováni.
5	<input type="radio"/>	se nevyskytuje zpětná vazba.
6	<input type="radio"/>	je nízká odpovědnost.
7	<input type="radio"/>	jsou zaměstnanci úkolováni prací, pro kterou nemají odpovídající kvalifikaci.
Vyskytují se i jiné problémy, např.:		
8	<input type="radio"/>	nemá nás kdo vést, poradit nám.
9	<input type="radio"/>	špatné sociální klima, mobbing.
10	<input type="radio"/>	špatné pracovní podmínky (např. pracovní místnost, pracovní pomůcky, zařízení, materiál,...).
Otázky k oblastem výkon a chování Při práci		
11	<input type="radio"/>	pracuji podle vnitřních pokynů organizace - norem výkonů.
12	<input type="radio"/>	můžeme se jen málo seberealizovat.
13	<input type="radio"/>	smysl a podíl mé konkrétní práce na celkovém výsledku mi není jasný.
14	<input type="radio"/>	stagnuji a nemám kam se posunout v kariéře dál.
15	<input type="radio"/>	jsem náladový, rozzlobený a rozrušený.
16	<input type="radio"/>	jsem nespokojený.
Body 11 až 16 vyplňují jen zaměstnanci.		

*) Uvést údaje podle potřeby

Dostupné z: zsbozp.vubp.cz.

Kontrolní seznam - bezpečí chirurgického výkonu



World Health Organization

Patient Safety
A World Alliance for Safer Health Care

Před úvodem do anestézie	Před provedením incize	Před transportem z operačního sálu
(účastní se: alespoň anesteziologická sestra a anesteziolog)	(účastní se: perioperační sestra, anesteziolog a operatér)	(účastní se: perioperační a anesteziologická sestra, anesteziolog a operatér)
<p>Potvrdil/a pacient/ka svoji identitu, místo výkon a souhlas s ním?</p> <input type="checkbox"/> Ano	<p><input type="checkbox"/> Všichni členové operačního týmu se představili jménem a uvedli svoji úlohu.</p> <p><input type="checkbox"/> Byla ověřena identita pacienta(ky), operační výkon, a místo incize.</p> <p>Byla podána profylakticky antibiotika v průběhu posledních 60 minut?</p> <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Nehodí se pro tento případ	<p>Zdravotní sestra ústně potvrdí:</p> <input type="checkbox"/> Název výkonu <input type="checkbox"/> Spočítání nástrojů, tamponů, roušek a jehel
<p>Je místo výkonu označeno?</p> <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Nehodí se pro tento případ	<p>Očekávané kritické události</p> <p>Otázky pro chirurga:</p> <input type="checkbox"/> Jaké jsou kritické nebo nerutinní kroky? <input type="checkbox"/> Jak dlouho výkon potrvá? <input type="checkbox"/> Jak velká ztráta krve se dá očekávat?	<p><input type="checkbox"/> Označení odebraných vzorků (přečte hlasitě štítky na nádobkách se vzorky včetně jména pacienta(ky))</p> <p><input type="checkbox"/> Zda během výkonu nenastaly nějaké problémy s vybavením, které je nutné řešit</p>
<p>Byla ukončena kontrola medikace a anesteziologického přístroje?</p> <input type="checkbox"/> Ano	<p>Otázka pro anesteziologa:</p> <input type="checkbox"/> Existují nějaké obavy specifické pro tohoto pacienta(ku)?	<p>Chirurg, anesteziolog a sestry:</p> <input type="checkbox"/> Nejdůležitější problémy pacienta pro nejbližší pooperační období (recovery – dospání) a zachování kontinuity péče
<p>Má pacient/ka aplikován pulsní oximetr, který funguje?</p> <input type="checkbox"/> Ano	<p>Otázky pro perioperační sestry:</p> <input type="checkbox"/> Byla potvrzena sterilita (včetně výsledků indikátorů) <input type="checkbox"/> Jsou nějaké problémy s vybavením nebo existují nějaké obavy?	
<p>Má pacient/ka:</p> <p>Známa alergie?</p> <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano	<p>Je nezbytná obrazová dokumentace zobrazena – dostupná?</p> <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Nehodí se pro tento případ	
<p>Obtíže s dýchacími cestami nebo riziko aspirace?</p> <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano, příslušné přístroje / asistence jsou k dispozici		
<p>Riziko ztráty krve větší než 500ml (7ml/kg u dětí)?</p> <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano, a plánuje se dvojitý dodání tekutin intravenózně nebo centrálním kateetrem		

Tento seznam není zamýšlen jako vyčerpávající. Velmi se doporučuje doplnit dodatky a modifikace, vhodné pro místní praxi.

Revize 1 / 2009

© WHO, 2009

Dostupné z: urologiepropraxi.cz.

DOTAZNÍK

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

jmenuji se Denisa Hubáčková a studuji obor Perioperační péče na Pardubické univerzitě. Jelikož jsem již ve druhém ročníku, píšu diplomovou práci na téma „Psychická zátěž u perioperačních sester“. Ráda bych Vás tímto požádala o vyplnění mého dotazníku. Dotazník je zcela anonymní a údaje čerpané z něj budou použity pouze pro prezentování v mojí diplomové práci.

Jediné kritérium, které musí sestry splnit, je praxe v perioperační péči alespoň 1 rok. Prosím tedy pracovníky, kteří v perioperační péči pracují méně než jeden rok, aby dotazník nevyplňovali. Děkuji.

Dotazník obsahuje pár otázek ohledně struktury respondentů, 10 otázek z Meisterova dotazníku a dále 20 vytvořených doplňujících otázek.

Děkuji Vám za ochotu a vyplnění dotazníku

Bc. Denisa Hubáčková

1. Kolik je Vám let?

.....

2. Jaké je Vaše pohlaví?

.....

3. Kolik let pracujete v oboru perioperační péče?

.....

4. Jaké je vaše nejvýše dosažené vzdělání?

.....

5. V rámci jakých oborů operačních sálů vykonáváte pozici perioperační sestry?
(Ortopedie, urologie, chirurgie atd.)

.....

MEISTERŮV DOTAZNÍK

U každé otázky označíte odpověď, která nejvíce vystihuje Vaše pocity při práci.

5 - ano, plně souhlasí
 4 - spíše ano
 3 - nevím, někdy ano, někdy ne
 2 - spíše nesouhlasí
 1 - ne, vůbec nesouhlasí

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

DOPLŇUJÍCÍ OTÁZKY

16. Co Vás vedlo k práci na operačním sále?

- a) jediné volné pracovní místo
- b) doporučení známého
- c) vysněný pracovní cíl
- d) finanční odhodnocení
- e) jiný důvod

17. Pokud jste pracovala v minulosti i na lůžkovém oddělení, která práce pro Vás byla víc psychicky náročná?

- a) práce na operačním sále
- b) práce na lůžkovém oddělení
- c) obě pracoviště jsou stejně náročná
- d) nemůžu posoudit, nepracovala jsem na lůžkovém oddělení

18. Pokud jste v minulosti pracovala na sálech zaměřených na jiný medicínský obor, napište, jaký obor to byl a porovnejte ho se současným zaměstnáním. Které pracoviště bylo náročnější z pohledu psychické zátěže?

.....
.....
.....

19. Pokud pracujete na operačních sálech, kde se Vám střídají medicínské obory, napište, který obor Vám přijde psychicky nejnáročnější a který méně náročný?

.....
.....
.....

20. Jak často ve při své práci cítíte ve stresu?

- a) každou hodinu
- b) každý den
- c) každý týden
- d) méně

21. Která funkce je pro Vás více stresující?

- a) obíhající sestra
- b) instrumentárka
- c) obě stejně

22. Činí Vám změna operačního programu větší psychickou zátěž?
- a) ano
 - b) ne
 - c) záleží, o jaký výkon se jedná
23. Kterou zátěž více pociťujete při vykonávání své práce?
- a) psychickou
 - b) fyzickou
 - c) obě stejně
 - d) nepociťují žádnou zátěž
24. Je Váš pracovní kolektiv významným faktorem, který navyšuje Vaši psychickou zátěž?
- a) ano
 - b) ne
 - c) dle konkrétní sestry
 - d) nevím
25. Způsobuje Vám spolupráce a komunikace s lékaři vyšší psychickou zátěž?
- a) ano
 - b) ne
 - c) dle konkrétního lékaře
 - d) nevím
26. Cítíte v souvislosti s počítáním nástrojů a operačních roušek zvýšenou zátěž?
- a) ano
 - b) ne
 - c) nevím
27. Napište pro Vás nejvíce stresující situaci v zaměstnání.
-
-
-
28. Absolvovala jste někdy v minulosti seminář na téma stres, syndrom vyhoření nebo pracovní psychická zátěž?
- a) ano
 - b) ne

29. Najdete v práci někoho, kdo Vám pomůže v psychicky náročných situacích? Pokud ano, kdo to je?

- a) ano,.....
- b) ne

30. Vyhledáváte ve svém životě negativní ventily k potlačení vaší psychické zátěží? Např. cigarety, alkohol či jiné látky?

- a) ano, každý den
- b) ano, jednou týdně
- c) ano, jednou za měsíc
- d) ne

31. Napište, jak se se stresem a psychickou zátěží z práce vyrovnáváte.

.....
.....

32. Napadá Vás něco, co by Vám mohlo pomoci zmírnit Vaši psychickou zátěž v práci?

- a) ano, pomohlo by mi,
.....
.....
- b) ne

33. Zvolila byste si práci v perioperační péči znovu, pokud byste hledala zaměstnání? Proč?

- a) ano, protože.....
- b) ne, protože

34. Máte ze své odvedené práce pocit, že ji odvádíte dobře?

- a) ano
- b) ne

35. Napište jedno pozitivum a jedno negativum, které souvisí s vaším zaměstnáním.

- pozitivum
.....
.....
- negativum
.....
.....