

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Rok 2021

Bc. Michaela Švecová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Odolnost vůči stresu u perioperačních sester (koncept sense of coherence)

Bc. Michaela Švecová

Rok 2021

Diplomová práce

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Michaela Švecová**
Osobní číslo: **Z19282**
Studijní program: **N5345 Specializace ve zdravotnictví**
Studijní obor: **Perioperační péče**
Téma práce: **Odolnost vůči stresu u perioperačních sester (koncept sense of coherence)**
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 výzkumného 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:

- ANTONOVSKY, A., 1993. The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science & Medicine*. 36(6), 725–733.
- DUDA, M., a spolupracovníci, 2000. *Práce sestry na operačním sále*. 1. vyd. Praha: GRADA PUBLISHING. 392 s. ISBN 80-7169-642-0.
- KŘIVOHLAVÝ, J., 2010. *Sestra a stres*. 1. vyd. Praha: GRADA PUBLISHING. 128 s. ISBN 978-80-247-3149-0.
- MATOUŠEK, Oldřich. 2003. *Pracovní stres a zdraví*. 1. vyd. Praha: Výzkumný ústav bezpečnosti práce. ISBN 80-903604-1-6.
- WICHISOVÁ, J. a kol. 2013. *Sestra a perioperační péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN: 978-80-247-3754-6.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.**
Katedra klinických oborů

Datum zadání diplomové práce: **2. prosince 2019**
Termín odevzdání diplomové práce: **29. dubna 2021**

L.S.

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

Mgr. Michal Kopecký v.r.
vedoucí katedry

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Odolnost vůči stresu u perioperačních sester (koncept sense of coherence) jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 14.7.2021

Bc. Michaela Švecová v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Evě Hlaváčkové, Ph.D. za podporu a vedení mé diplomové práce. Velké díky patří také kolektivu perioperačních sester za příjemně strávený čas u společných rozhovorů.

ANOTACE

Práce je rozdělena dvě části. V teoretickém oddíle jsou popsány zátěžové faktory, se kterými se perioperační sestry vyrovnávají během své práce, a které ovlivňují jejich odolnost a zdraví. Druhá kapitola se věnuje konceptu salutogeneze a měření SOC. Empirická část se zabývá využitím dotazníku SOC-29 u skupiny sester pracujících v perioperační péči. Sleduje celkovou hodnotu a rozložení SOC u sester a následně je porovnává se společnými tématy provedených rozhovorů, které jsou zaměřeny na klíčové oblasti vztahující se ke stresovému prostředí operačních sálů a odolnosti k pracovnímu stresu.

KLÍČOVÁ SLOVA

Perioperační sestra, stres, odolnost, sense of coherence, zdraví

TITLE

Perioperative nurses' stress resistance (concept sense of coherence)

ANNOTATION

The work has two parts. The theoretical section describes the stress factors that perioperative nurses cope with during their work and which affect their endurance and health. The second section deals with the concept of salutogenesis and SOC measurement. The empirical part deals with the use of the SOC-29 questionnaire in a group of nurses working in perioperative care. It monitors the overall value and SOC distribution among nurses and then compares them with the common topics of the interviews, which are focused on key areas related to the stressful environment of operating rooms and resistance to work stress.

KEYWORDS

Perioperative nurse, stress, resistance, sense of coherence, health

OBSAH

Úvod.....	11
1 Teoretická část	13
1.1 Pracovní stres v perioperační péči.....	13
1.1.1 Pracovní angažovanost	13
1.1.2 Psychická pracovní zátěž perioperačních sester	14
1.1.3 Fyzická pracovní zátěž perioperačních sester.....	15
1.1.4 Chování podporující zdraví	16
1.2 Salutogeneze a SOC	16
1.2.1 Vznik a vývoj konceptu salutogeneze	17
1.2.2 Definice SOC	18
1.2.3 Operacionalizace a hodnocení SOC	18
1.2.4 Dotazník SOC	19
1.2.5 Hodnocení SOC-29.....	20
1.2.6 Souvislost pracovního stresu a salutogeneze v ošetrovatelské profesi	21
2 Výzkumná/průzkumná/praktická část.....	23
2.1 Výzkumné otázky.....	23
2.2 Metodika	23
2.3 Výzkumný soubor	23
2.4 Metoda sběru dat.....	25
2.5 Způsob zpracování dat	26
2.6 Výsledky	27
2.6.1 Analýza SOC-29	27
2.6.2 Analýza rozhovorů.....	33
3 Diskuze	56
3.1 Výzkumná otázka č. 1: Jaký je smysl pro soudržnost u perioperačních sester?	56

3.2	Výzkumná otázka č. 2: Jaké jsou zkušenosti perioperačních sester s výkonem své profese?.....	61
3.3	Výzkumná otázka č. 3: Jak perioperační sestry pečují o své zdraví?	63
4	Závěr	66
5	Použitá literatura	68
6	Přílohy.....	74

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 Graf 1: Srozumitelnost	30
Obrázek 2 Graf 2: Smyslupnost.....	31
Obrázek 3 Graf 3: Zvládnutelnost	31
Obrázek 4 Graf 4: Celkové SOC	32
Obrázek 5 Zpracování kvalitativních dat.....	33
Obrázek 6 Mentální mapa: Dotazník SOC-29	34
Obrázek 7 Mentální mapa: Profese perioperační sestry	36
Obrázek 8 Mentální mapa: Zvládání stresu	39
Obrázek 9 Mentální mapa: Zdraví a životní styl	42
Obrázek 10 Mentální mapa: Systém práce	47
Obrázek 11 Mentální mapa: Interpersonální vztahy	50
Tabulka 1 Délka záznamu rozhovorů	26
Tabulka 2 Přiřazení kódů (A – Srozumitelnost, B – Zvládnutelnost, C – Smysluplnost)	27
Tabulka 3 SOC-29 vyhodnocení jednotlivých otázek	28
Tabulka 4 SOC-29 Jednotlivé oblasti a celkový skór SOC	30
Tabulka 5 Kategorie a přiřazené kódy	34
Tabulka 6 Antonovsky - normativní data (Antonovsky, 1987)	56
Tabulka 7 Průměrné hodnoty SOC u vybraných souborů populace - výzkum 2001 – 2006 (Pelcák, 2009)	57

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

FZS	Fakulta zdravotnických studií
SOC	Sense of coherence
kol.	kolektiv
Bc.	akademický titul označující absolventa vysoké školy v bakalářském studijním programu
č.	číslo
ČR	Česká republika
OS	odborový svaz
EFN	The European Federation for Nursing Associations (Evropská federace sester)
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky

ÚVOD

„Chceme-li mít úspěch v práci, milující rodinu v soukromí a k tomu zdravé, odolné tělo, potřebujeme k tomu obrovské duchovní zázemí a zkušenosti.“

John Gray (1948)

Stres je součástí každodenního života. Stejně jako odborníci v jakékoli jiné profesi, i na perioperační sestry působí osobní a pracovní stres. Jedna z definic stresu je konkrétní vztah mezi osobou a prostředím, který osoba hodnotí jako překročení svých zdrojů a ohrožení svého blahobytu (Kingdon, 2016). Prostředí operačních sálů a povahu práce perioperační sestry lze jednoznačně považovat za velmi stresující (Munholz, 2020). Perioperační péče je ze své podstaty dynamická a závisí na klinických znalostech sestry, úsudku a kritickém myšlení. Chirurgické prostředí je jedním z nejvíce potenciálně nebezpečných klinických prostředí a podléhá přísným předpisům, pokynům klinické praxe a bezpečnostním standardům (Kingdon, 2016). Různé formy stresu, se kterými se sestry v klinickém prostředí setkávají mohou vést k fyzickým, emocionálním a sociálním a duchovním změnám. Na fyzické úrovni může opakované vystavení stresujícím podmínkám vyvolat napětí a únavu. Po psychické stránce můžou sestry prožívat emoce jako hněv, úzkost, strach či vyvolat deprese. V reakci na tyto pocity může být potlačeno zdravé chování a ke zvládnání stresu lze použít chování, jako je přejídání, konzumace, alkoholu, kouření. Negativní účinky stresu může být evidentní v nepřítomnosti, nepřátelství a agresivitě sester. Toto chování nakonec vede ke snížení produktivity a efektivity (Kingdon, 2016).

Stres nemusí být jen nežádoucí. Naopak, mírný, zvládnutelný stres je nezbytný k mobilizaci sil před výkonem, přispívá k motivaci a podporuje tvorbu. Optimální hladina stresu se nazývá eustres. Ten je definován jako spojení náročné situace pozitivně prožívanými zážitky (Tóthová, 2019 s. 90). Naopak distres, traumatický stres, je jedincem negativně prožívaný a stresor ohrožuje psychické a fyzické zdraví. Rozumná hladina eustresu zvýší výkon, ale chronický distres výkon zhoršuje (Věčeřová-Procházková, 2008). Dalším rozdílem mezi eustresem a distresem je ve vylučovaných hormonech. U eustresu dochází k uvolnění adrenalinu, který člověka vede až k euforii. Distres podněcuje vylučování kortizolu, který způsobuje útlum, návaly slabosti, depresi a úzkost (Tóthová, 2019).

O teorii zvládání stresu se v 70. letech zajímal Aaron Antonovsky, lékař sociolog, který položil dvě základní otázky, které vytvořily prostor pro nový způsob myšlení ve výzkumu zdraví. Co vytváří zdraví? Co nás nutí se posunout směrem ke zdraví?

Antonovsky vedl tradiční epidemiologickou studii o účincích menopauzy na ženy, které prošly extrémně stresujícími životními událostmi. Ve srovnání s kontrolní skupinou byla tato skupina mnohem silněji zasažena stresem a většina nesla více příznaků souvisejících s menopauzou. Existovala však malá skupina žen, které i přes tyto extrémní životní zkušenosti žily život stejně dobře jako obyčejné ženy. Antonovského zaujalo, jak je vůbec možné, aby osoby, které utrpěly tak extrémní podmínky jako byl holocaust, byly schopné milovat, pokračovat v běžném životě, vytvářet dobré sociální vztahy, řídit rodinu a práci – nemít nefunkční život jako většina z nich. Ženy byly podrobeny hlubokým rozhovorům a na základě kvalitativní analýzy výsledků Antonovsky začal formovat novou teorii zdraví. Výsledkem jeho práce bylo vypracování charakteristik lidí, s vysokou mírou integrace osobností, lidí silných a nezdolných ve stresových situacích, a lidí snadno podléhajících těžkým životním situacím (Křivohlavý, 1990, s. 172). Vytvořil salutogenetický model Sense of coherence (SOC), později vytvořil dotazník Sense of Coherence Questionnaire (SOC-29). Koncept odkazuje na způsob vnímání světa, kvalitu života, zvládání stresu, podporu zdraví (Eriksson, 2016).

Cíl – Zjistit míru smyslu pro soudržnost perioperačních sester dle konceptu Sense of coherence.

Cíl – Zjistit, jaké zkušenosti mají perioperační sestry s výkonem své profese a jak tyto sestry pečují o své zdraví.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Pracovní stres v perioperační péči

Pracovní stres pramení z několika faktorů, jako jsou podmínky v pracovním prostředí, pracovní vztahy, konflikty rolí a jejich nejednoznačnost, struktura a klima organizace, rozhraní práce a osobního života, kariérní rozvoj a povaha práce. Všechny tyto faktory zvyšují stres a mohou mít negativní dopad na bezpečnost (Kingdon, 2006).

V organizaci může stres a syndrom vyhoření přispívat k absencím, fluktuaci, nižší produktivitě a žádostem zaměstnanců o odškodnění, což může ovlivnit kvalitu péče poskytovanou sestrami a zvýšit organizační náklady (Mayers, 2017).

1.1.1 Pracovní angažovanost

Pracovní angažovanost je pozitivní duševní stav související s prací charakterizovaný energičností, oddaností a pohroužením se do práce. Energičnost odkazuje k ochotě investovat do práce značné úsilí i přes výskyt obtíží, oddanost k silnému zapojení se do práce a k prožitkům pocitů nadšení a smyslu. Pro pohroužení se do práce je pak charakteristické plné ponoření se do práce vedoucí až k problémům s odtržením se od ní. S pracovní angažovaností souvisí koncept flow, který označuje krátkodobější a intenzivnější pohroužení se do práce, za protipól je považován syndrom vyhoření (Kmošek, 2019).

Je známo, že když pracovní podmínky podporují důvěryhodné vztahy a kooperativní pracovní prostředí, pomáhá to předcházet psychickým poruchám (Gomez et al., 2019). Ve studii předpokládali, že „angažovanost“ je charakterizována energií, účastí a efektivitou, které jsou považovány za přímé protiklady tři dimenzí – vyčerpání, cynismu a nedostatku profesionální efektivity. Angažovaní zaměstnanci mají pocit energického a efektivního propojení se svými pracovními činnostmi a lze pozorovat, že jsou schopni plně zvládnout požadavky své práce. Pracovní angažovanost odpovídá nízkým hodnotám vyčerpání a cynismu a vysokým hodnotám efektivity. Také je patrné, že pracovní angažovanost je do značné míry ovlivněna spokojeností s prací, kde pocit soudržnosti a v menší míře odolnosti působí jako modulační faktor (Derbis a Jasiňsky, 2018). Tuto odolnost lze definovat jako „udržení nebo rychlé zotavení duševního zdraví během období vystavení stresu nebo po něm, v důsledku potenciálně traumatické události, náročných životních okolností, kritické fáze změny života nebo fyzické nemoci. Stále existují nejisté důkazy o pozitivních účincích školení na takovou odolnost (Kunzler et al., 2020). Schopnosti zvládnání mají umírňující účinek na proměnné SOC. (Mitonga-Monga a Mayer 2020). Bylo prokázáno, že přijetí opatření v oblasti sociálního kapitálu společností

vytváří mezi jejich pracovníky blahobyt a prospívá taky organizaci, která získává efektivitu a snižuje míru fluktuace a že ti, kteří se hluboce věnují hodnotným činnostem se těší lepšímu zdraví a pohodě, mají silnější a hojnější sociální vazby a ještě větší odolnost vůči stresu (Ruiz-Frutos, 2021).

1.1.2 Psychická pracovní zátěž perioperačních sester

Perioperační péče patří mezi klinické odvětví s mnoha stresory, což je výsledkem složitosti prováděných postupů, kompetencí a samostatnosti vyžadovaných v tomto prostředí. Oblast perioperační péče je složitá, často plná rychlých změn, intenzivních časových omezení, rychlých zvrátů a mnoha rušivých vlivů, které mohou vyústit v neplánované situace. Profesionálové pracující v chirurgickém prostředí jsou ohroženi mnoha faktory zvyšujícími stres: fyzická práce, pracovní doba, nedostatek pracovních sil ve zdravotnictví, rychle se měnící stav pacienta, nevhodné nebo nebezpečné delegování úkolů, využívání technologií, požadavky na kvalitu péče, omezování nákladů na péči, mezilidské vztahy, emoční podpora pacientů a další. Všechny tyto faktory zvyšují riziko sester pro chronický stres a syndrom vyhoření, jehož důsledky mohou být ničující (Mayers, 2017).

Chronický stres je pracovní riziko charakterizované příznaky jako je emoční vyčerpání, snížené osobní úspěchy a odosobnění. To je velkým problémem v ošetrovatelství, protože může ovlivnit jednotlivce i celou organizaci. Chronický stres přispívá k rozvoji tělesných a duševních chorob. Je spojován se snížením imunity, narušením kognitivních funkcí (pozornost, paměť, koncentrace), degenerativními změnami v mozkových strukturách, které ukládají nové informace, interferencí s rozhodováním a sníženými komunikačními schopnostmi s pacienty a členy pracovního týmu (Mayers, 2017).

Stres může také narušit schopnost sester pozorovat, aktivně naslouchat, rozumět, schopnost empatie, což může v konečném důsledku ohrozit bezpečnost pacientů a snížit optimální výsledky péče (Mayers, 2017).

Psychosociální povaha pracovního stresu je charakteristická tím, že čím vyšší jsou pracovní nároky, tím větší je psychická náročnost profesionála. Přebytek požadavků, které je třeba udělat v krátké době zvyšuje psychické nároky. Mezi takové požadavky patří časový tlak, úroveň soustředění, přerušování úkolů a potřeba se spoléhat na ostatní. Ke splnění každodenních úkolů sestry mohou využívat své dovednosti (kreativitu a strategie) a rozhodovat se. Tím bojují proti stresorům. Pokud sestry nemají kontrolu nad svou prací a nepoužívají strategie zvládnání stresu,

mohou onemocnět nebo dospět k syndromu vyhoření, který úzce souvisí se zdravotními důsledky pracovního stresu (Munholz, 2020).

Jedna z teorií, která definuje model syndromu vyhoření je socio-environmentální koncepce, podle které faktory pocházející z pracovního prostředí mohou jednotlivce oslabit a vyvolat syndrom. Tato teorie zohledňuje jednotlivé aspekty spojené s pracovními podmínkami a vztahy. Tyto faktory lze rozdělit do tří dimenzí: emoční vyčerpání související s fyzickou, duševní a emocionální zátěží; depersonalizace, naznačuje, že osobnost jedince prochází změnami v důsledku své práce; profesionální výkon, který ukazuje spokojenost s pracovními činnostmi (Munholz, 2020).

Dalšími zdroji stresu pro perioperační sestry jsou šikana, neúcta, obtěžování, verbální zneužívání a ponižující komentáře. Ačkoli výskyt těchto druhů nesnášenlivosti v posledních letech klesl a organizace se postupně staly méně tolerantní vůči šikaně, nezdvořilost je stále běžná. Pokud tyto situace nejsou adekvátně řešeny, mohou sestram způsobit fyzické, psychické a emocionální postižení a ohrozit bezpečnost pacientů. Perioperační sestry se mohou bát asertivně promluvit, protože se domnívají, že by mohly obtěžovat někoho důležitého (např. chirurga, zkušenou sestru) nebo by jejich chování mohlo vést k napomenutí nebo zastrašování. Mohou také váhat nebo odmítnou oznámit chybu člena týmu, zvláště pokud osobu vnímají jako silnější (Mayers, 2017).

1.1.3 Fyzická pracovní zátěž perioperačních sester

Sestry mají velmi dobré znalosti o důležitosti činností, které podporují zdraví. Jako je zdravé stravování, fyzická aktivita, způsoby zvládnání stresu, spánková hygiena a udržování zdravých vztahů. To však neznamena, že se tyto znalosti promítnou u sester do péče o sebe samé. Dlouhé hodiny, pracovní přetížení, směnný provoz spojené s ošetrovatelskou praxí mohou být stresující a mohou přispět k nespokojenosti, vyhoření a zdravotním problémům jako je obezita nebo poruchy spánku (Ross, 2017).

S životním stylem souvisí nepřenosná onemocnění jako jsou diabetes 2. typu, kardiovaskulární onemocnění, včetně zmíněné obezity. Mezi důležité návyky patří konzumace vyvážené stravy, pravidelná fyzická aktivita, přiměřený spánek, snižování stresu a vyhýbání se tabáku a nadměrnému příjmu alkoholu. Znalosti, které sestry mají o chování podporujícím zdraví se však nemusí promítnout do péče o sebe (Ross, 2017).

1.1.4 Chování podporující zdraví

Při zkoumání zdravého chování je důležité rozlišovat mezi rizikovým chováním, účastí na pravidelných lékařských prohlídkách a zdravím podporujícím chováním (Ross, 2017).

Mezi rizikové chování patří kouření, nedovolené užívání drog a nadměrná konzumace alkoholu (Ross, 2017).

Účast na rutinních fyzických vyšetřeních a screeningu nemocí k detekci a léčbě preklinických zdravotních stavů může být ovlivněna stresem a sociální podporou. Su et al. (2007, s.2) zjistili, že u tchajwanských zdravotních sester s vyšším pracovním stresem je méně pravděpodobné, že podstoupí vyšetření než u těch, které mají menší pracovní stres. (Su et al., 2007). V jiné studii, brazilské zdravotní sestry s vyšší úrovní sociální podpory podstoupily mamografy s větší pravděpodobností, než sestry s nižší úrovní podpory (Ross, 2017).

Chování podporující zdraví (např. fyzická aktivita, zdravé stravování, zvládání stresu, spánková hygiena, zdravé vztahy) zvyšuje osobní odolnost a zlepšuje zdraví. Toto chování je důležité v prevenci nemocí (Ross, 2017).

Správná výživa a fyzická aktivita jsou považovány za první linii v boji proti obezitě a kardiovaskulárním onemocněním. Velmi nebezpečný pro zdraví je sedavý životní styl. I když se jedinec účastní vysoké úrovně fyzické aktivity, nezmírňuje to účinky dlouhodobého sezení. Doporučení organizace American Heart Associations zahrnují minimálně 150 minut mírné (nebo 75 minut intenzivní) fyzické aktivity týdně, kromě pestré stravy s vysokým obsahem ovoce, zeleniny a celozrnných produktů a nízkým obsahem tuků a cukru (Ross, 2017).

Strava, cvičení, hygiena spánku a snižování stresu jsou široce vnímány jako chování podporující zdraví, ale kvalita mezilidských vztahů může mít také důležitý vliv na zdraví. V metaanalýze 145 studií byla sociální izolace stejně velkým rizikovým faktorem úmrtnosti ze všech příčin jako např. kouření a konzumace alkoholu. Izolace měla větší vliv na míru úmrtnosti než obezita a nedostatek fyzické aktivity. Sociální podpora a izolace na pracovišti se může stát problémem, protože na poli ošetřovatelství je mobbing a bossing velmi rozšířen (Ross, 2017).

1.2 Salutogeneze a SOC

Každý z nás se někdy dostane do stresu. Co je pro jednoho jen menší nepříjemností, pro druhého může být velkým stresem. Často můžeme pozorovat, že různí lidé mají ve stresových situacích různé reakce. Jedna z odlišností je strategie, kterou se stresem bojují. Druhá souvisí s tím, co

jim ve stresu pomáhá. Poslední souvisí s tím, jakou mají lidé sílu k boji. Koncept „sense of coherence“ se zabývá právě těmito otázkami (Křivohlavý, 1994).

1.2.1 Vznik a vývoj konceptu salutogeneze

Aaron Antonovsky (1923 – 1994), narozen v New Yorku, sociolog, profesor a vedoucí katedry sociologie zdraví na fakultě zdravotních věd univerzity Ben-Gurion v Izraeli.

V 70. letech se zabýval způsobem vyrovnávání se s menopauzou u žen z různých etnických skupin v Izraeli. Přičemž u žen, které prošly za druhé světové války koncentračním táborem, se projevila schopnost vést kvalitní život a udržet si dobré zdraví i přes extrémní negativní životní zkušenosti, kterými prošly. Toto zjištění přispělo k jeho dalším výzkumům. (Eriksson, 2012)

Salutogenetický pohled definoval Antonovsky v roce 1979 ve své první knize *Health, Stress and Coping*. Podle klasického pojetí zdraví – patogenní postoj, který je charakterizován tak, že lidský organismus je přirozeně zdravý systém, který je občas napaden či poškozen patogenem a aby si uchoval zdraví, musí jednat tak, aby se vyhnul rizikovým faktorům. Oproti tomu salutogeneze vidí člověka nedokonalého, nevyhnutelně spějícího ke smrti. Antonovsky nezavrhuje patogenitu, ale zdůrazňuje vliv stresorů a jejich negativních následků na člověka. Patogenická a salutogenetická orientace jsou dvě strany téže mince (Antonovsky 1987). Nemoc je nahrazena kontinuem, přímkou mezi póly nemoc – zdraví a každý člověk se v každé chvíli nachází v určitém bodě. Pohyb mezi nemocným a zdravým koncem kontinua je ovlivněn rizikovými a blahodárnými faktory, přičemž pozornost je věnována vzniku a podstatě, ale zejména zvládnutí těchto faktorů. Tento model bere v úvahu nejen nemocné, ale i zdravé lidi. Při výzkumu se zohledňuje skupina lidí s určitou charakteristikou – určitý věk, onemocnění. Nejdůležitější tedy nejsou jen rizikové faktory, ale komplexní příběh lidské bytosti včetně její nemoci. Stresor funguje na třech pólech – neutrální, škodlivý nebo blahodárný. Salutogeneze se zaměřuje na aktivní adaptaci na prostředí, které je nevyhnutelně stresové, hledá zdroje, které tuto adaptaci ulehčují. Tato teorie je popsána v knize *Untraveling the Mystery of Health*, vydané v roce 1987 (Antonovsky, 1987).

Antonovsky v letech 1991-1994 editoval *Sense of Coherence Newsletter*, kde se snažil vytvořit normativy pro výzkum v salutogenezi. Vydávání bylo ukončeno Antonovského náhlou smrtí (Eriksson, 2012). Po ní se centrem salutogenetického výzkumu staly severské země. Dr. Monica Eriksson vydala rigorózní práci „*Untraveling the Mystery of Salutogenesis*“, kde shrnula výzkumy z let 1992-2003. Zahrnuto bylo téměř 500 článků. (Eriksson, 2012).

1.2.2 Definice SOC

Podle salutogenetického modelu žádný jedinec není kategorizován jako zdravý nebo nemocný, každý se pohybuje na přímce mezi těmito dvěma póly. Charakteristika nemoci se neomezuje pouze na jednotlivé fyzické faktory. Pozornost je odvrácena od potenciálních patogenů a zaměřena na zdroje, které jsou cenné při zvládnání stresorů a patogenů. Otázka se nezaměřuje na to jak vymýtít konkrétní stresory, ale jak se s nimi naučit žít. Důraz je kladen spíše na deviace než rizikové skupiny (Flensburg, 2005).

1.2.3 Operacionalizace a hodnocení SOC

Škála smyslu pro soudržnost vytvořená Antonovskym, je zaměřena na měření aspektů, které mají zásadní a kauzální význam pro zdraví: Sense of coherence (SOC).

Antonovského myšlenka soudržnosti mezi vnitřním a vnějším světem jako skutečný zdroj zdraví získala popularitu po celém světě. Dotazník SOC byl použit v několika studiích k ověření hypotézy, že stupeň smyslu pro soudržnost dané osoby silně souvisí s jejím zdravím. Několik studií v mnoha kulturách ukázalo asociace mezi SOC a řadou problémů v oblasti zdraví a pohody. Nicméně většina z těchto studií vykazovala pouze mírné vztahy k fyzickým příznakům. Proto se škála SOC doporučuje jako doplňkové měření, k začlenění psychologických aspektů u škál, které se zaměřují pouze na měření fyzických podmínek.

Na výzkumech, které dokládají pozitivní význam SOC pro zvládnání zátěží, se podílí celá řada autorů. Část nich je z Česka a Slovenska, a jejich výzkumy se zaměřují na různé souvislosti.

Jedním z výzkumů podporujících předpoklad o pozitivním vlivu SOC na zátěžovou odolnost může posloužit práce T. Feldta (1997), který prokázal vztah mezi SOC a subjektivním vnímáním charakteristik práce. S nárůstem SOC se spojovalo zvýšení pracovní spokojenosti, odolnosti proti negativním pracovním vlivům a snižovala se četnost psychosomatických symptomů.

Doložena je však i negativní vazba mezi SOC a vnímaným pracovním stresem u výzkumu pracovní spokojenosti a zátěže učitelů (Paulík, 1999).

Studii zabývajících se zátěží v souvislosti nezdolností je velké množství. Některé se věnují působení nezdolnosti jako nárazníku stresu (např. Krivohlavý, 2009; Weibe, 1991), poukazují například na nižší úroveň distresu a vyšší míru sebeovládání u osob s vyšší úrovní nezdolnosti (Paulík, 2017).

1.2.4 Dotazník SOC

Antonovsky se nezajímal studiem konkrétních nemocí, ale spíše se zaměřil na faktory, které by mohly pomoci popsat schopnost zvládat napětí. Tyto faktory byly popsány jako koncept zdrojů generalizovaného odporu GRR, definovaný jako peníze, síla ega, kulturní stabilita, sociální podpora apod. Jakýkoli jev, který je účinný v boji proti široké škále stresorů. To vedlo k rozvoji koncepce smyslu pro soudržnost. Při definování konceptu Antonovsky učinil předpoklad, že v něm musí být události předvídatelné, aby člověk dosáhl vysokého pocitu soudržnosti. Toto významné prohlášení vede k diskuzím, zda je správné zahrnout předvídatelnost ve smyslu soudržnosti (Flensburg-Mandsen, 2005).

Za účelem zavedení konceptu soudržnosti zkonstruoval Antonovsky svou stupnici SOC. Dotazník obsahuje 29 položek (SOC-29), ale byla zkonstruována i kratší verze (SOC-13).

Metodou SOC (29) můžeme sledovat zvládání stresu jedince a jeho aktivní nebo pasivní orientaci při řešení problémů ve složitých situacích (Pelcák, 2013, s. 33).

Dotazník SOC-29 se skládá z 11 otázek o srozumitelnosti, 10 o ovladatelnosti a 8 o smysluplnosti (Flensburg-Mandsen, 2005).

Antonovsky vytvořil dotazník o 29 položkách orientace na život, aby změřil smysl pro soudržnost; 11 položek měřících srozumitelnost, 10 položek měřících ovladatelnost a 8 položek měřících smysluplnost. Alternativy odezvy jsou na škále Likertova typu od 1 do 7 bodů, kde 1-7 naznačují extrémní pocity ohledně otázek a tvrzení o tom, jak je prožíván život člověka („Když mluvíte s lidmi, máte pocit, že vám nerozumí?“ je hodnoceno od 1 = nikdy nemám tento pocit do 7 vždy mám tento pocit). Dotazník přináší souhrnné skóre s rozsahem od 29 do 203. Kratší verze se 13 otázkami původní podoby vytvořil Antonovsky, kde se souhrnné skóre pohybuje mezi 13-91 body. Formuláře s 29 a 13 položkami byly použity v nejméně 49 různých jazycích nejméně v 48 zemích po celém světě a prokázaly dobře zavedenou a dostatečnou platnost. Interní konzistence a spolehlivost měřená Cronbachových alfa se ve stovkách hodnocených studií pohybovala od 0,70 do 0,95. Alfa 0,80 byla prokázána pro měřítko v předpokládaném vzorku (Gebrinė et al., 2019).

Do češtiny byl dotazník přeložen v roce 1988 prof. Křivohlavým, v letech 1988-1989 byl podáván různým skupinám lidí, aby se zjišťovala schopnost odlišit je navzájem od sebe. Výsledky přehledové studie naznačily výrazný pokles hodnot SOC u pacientů s diagnózou rakoviny oproti lidem poměrně zdravým (Křivohlavý, 1990).

1.2.5 Hodnocení SOC-29

Dotazník nezdolnosti SOC-29. „Dotazník tvoří škála o 29 položkách, která měří celkovou koherenci životní orientace a s ní související tři dimenze. Mezi ně patří Porozumění situaci – Comprehensibility (11 položek), další položkou je Zvládnutelnost/Ovladatelnost – Manageability (10 položek) a třetí položkou je Smysluplnost – Meaningfulness (8 položek). Respondent pak vybírá odpověď na sedmi bodové škále mezi dvěma frázemi. Vyplnění celého dotazníku trvá přibližně patnáct až dvacet minut. V případě, že respondent neodpoví na více než 4 položky, výsledek není brán jako validní. Třináct položek se musí vyhodnocovat obráceně. Celkový skóre se poté získá sečtením bodových hodnot po provedení reverze.

Alternativy odezvy jsou na škále Likertova typu od 1 do 7 bodů, kde 1-7 naznačují extrémní pocity ohledně otázek a tvrzení o tom, jak je prožíván život člověka („Když mluvíte s lidmi, máte pocit, že vám nerozumí?“ je hodnoceno od 1 = nikdy nemám tento pocit, 7 vždy mám tento pocit). Dotazník přináší souhrnné skóre s rozsahem od 29 do 203 (Slabý, 2017, s. 70).

Srozumitelnost (comprehensibility) – popisuje kognitivní stránku SOC, způsob chápání podnětů a vztahů jako srozumitelných, předvídatelných, vysvětlitelných, strukturovatelných.

Kladný pól – osoba je schopna vnímat celkový obraz světa, lidí, věcí i sebe sama. V obrazu světa vnímá řád, který je trvalý, stabilní, budoucnost je do velké míry předvídatelná. Sociální interakce vnímá jako pevné a stabilní, opakovatelné.

Negativní pól – svět je vnímán jako mozaika nesourodých střípků, absence pevného řádu, chaos. Osoba se nemůže na nic spolehnout, těžko se v okolním dění orientuje. (Slabý, 2017, s. 71)

Smysluplnost (meaningfulness) – základem je motivace, zda ve svém zaměření dotyčný vidí smysl nebo mu situace přijde beznadějná, vlastní úsilí zbytečné.

Kladný pól – přesvědčení, že vynaložené úsilí je smysluplné k vyřešení dané situace. Osoba překovává překážky na cestě k cíli. Je schopen se angažovat, má snahu a je kreativní.

Negativní pól – dotyčný se cítí odcizený, věci kolem něj nemají hodnotu, nemá smysl se v nich angažovat. Upřednostňuje sociální izolaci. (Slabý, 2017, s. 71)

Zvládnutelnost (manageability) – činnostní stránka SOC, vnímání a využívání možností ke zvládnutí dané situace.

Kladný pól – osoba vnímá přiměřenost vlastních schopností, možnosti situace a sociální opory. Jde o přesvědčení, že pomocí vlastních sil či za pomoci druhých, efektivně vyřeší situaci.

Negativní pól – dotyčný je přesvědčen, že není schopen zvládnout danou situaci, ani za pomoci druhých. Tento pól provází úzkosti, deprese, strach, obavy. (Slabý, 2017, s. 72)

1.2.6 Souvislost pracovního stresu a salutogeneze v ošetrovatelské profesi

Ve výzkumech zabývajících se sestrami pracujícími v paliativní péči, byly zaznamenány velmi podobné úrovně psychické tísně, ale nižší úrovně vyhoření, než u zaměstnanců pracujících v jiných specializacích. Z toho lze usoudit, že práce ve stresujícím zaměstnání by neměla nevyhnutelně vést k psychickému utrpení a je třeba zjišťovat faktory, které udržují pocit pohody. Tyto faktory se skládají z dobré osobní sebeúčinnosti a zvládnání dovedností. Podle Mc. Donalda a kol. (2016) byl vztah mezi úspěchem v práci a odolností jasný. Autoři definovali odolnost jako schopnost dobře se vypořádat s nepříznivými podmínkami a změnami na pracovišti. Crowther a kol. (2016) zdůraznil sebeurčení a schopnost péče o sebe jako klíč ke zdravému a odolnému modelu praxe sester. Zatímco odolnost je základem mnoha faktorů, měl by se přehodnotit smysl pro soudržnost, který má na rozdíl od odolnosti ucelený koncept. U zdravotních sester byl prokázán vztah mezi smyslem pro soudržnost a osobním zdravím (Crowther et al., 2016), avšak odborníci z oblasti perioperační péče nebyli z tohoto hlediska zkoumáni. Předchozí výzkumy ukázaly, že sestry, které byly nezaměstnané a vykazovaly nízký nebo velmi nízký pocit soudržnosti, vykazovaly současně špatný celkový zdravotní stav. Smysl pro soudržnost a posílení pracovní síly korelovaly s pracovní spojeností. Několik studií prokázalo, že nižší pocit soudržnosti souvisí s pocitem sníženého celkového zdraví a nakonec s opuštěním ošetrovatelské profese. Zjištění naznačují, že ke zlepšení duševního zdraví sester je třeba zvážit intervence zaměřené na zlepšení pocitu soudržnosti (Debska et al., 2017). Ve velmi nedávném výzkumu bylo také zjištěno, že smysl pro soudržnost je významným prediktorem vysoké kvality života sester (Kowitlawkul et al., 2018).

Stručně řečeno, aby si udrželi zdravou a motivovanou pracovní sílu, musí země jednat tak, aby podporovaly sestry při vyvážení výzev pracovního a osobního života.

U nezdravotnických pracovníků existuje souvislost mezi smyslem pro soudržnost, pracovním nasazením a psychickým utrpením. SOC navrhl Antonovsky v rámci salutogenetického modelu. Vysvětluje, proč někteří lidé neztrácejí zdraví, když čelí stresovým situacím, a posilují osobní zdroje k prevenci psychických a fyzických poruch (Antonovsky, 1987). SOC je zdrojem podpory zdraví a dobrým prediktorem vyhoření deprese a míry spokojenosti s prací (Masanotti et al., 2020). Řešení problému pozitivně souvisí se SOC. Jak SOC, tak angažovanost negativně souvisí s vyčerpáním (Mitonga.Monga a Mayer, 2020). Smysl pro soudržnost má negativní

korelaci s rozvojem posttraumatického stresu, ale pozitivní korelaci, pokud jde o toleranci k extraverzi a frustraci (Frommberger et al., 1999). Bylo potřeba dalšího výzkumu, aby se zjistilo, zda je vztah mezi SOC a posttraumatickým stresem kauzálního typu a jaké faktory jej mohou zmírnit (Schäfer et al., 2019). Účinky posttraumatického stresu na vyvolání úzkosti a deprese prokázaly vyšší procento posttraumatického stresu žen (Carmassi et al., 2018; Christiansen a Elklit, 2008; Ditlevsen a Elklit, 2012) spolu s vysokými náklady na veřejné zdravotní služby a pro každého jednotlivce (Lamoureux-Lamarche et al., 2016).

2 VÝZKUMNÁ/PRŮZKUMNÁ/PRAKTICKÁ ČÁST

Cílem výzkumu bylo zjistit míru smyslu pro soudržnost perioperačních sester dle konceptu Sense of coherence. Dále pak zjistit, jaké zkušenosti mají perioperační sestry s výkonem své profese a jak tyto sestry pečují o své zdraví.

2.1 Výzkumné otázky

Jaký je smysl pro soudržnost u perioperačních sester?

Jaké jsou zkušenosti perioperačních sester s výkonem své profese?

Jak perioperační sestry pečují o své zdraví?

2.2 Metodika

Vzhledem ke zvoleným cílům diplomové práce byla jako vhodná varianta zvolena metoda smíšeného výzkumu. Hendl (2005, s. 60) definuje smíšený výzkum jako obecný přístup, v němž se míchají kvantitativní a kvalitativní metody, techniky nebo paradigmaty v rámci jedné studie. Existují dva základní typy smíšeného výzkumu. V této práci byl zvolen výzkum na základě smíšeného modelu. V tomto typu je využit jak kvalitativní, tak kvantitativní výzkum uvnitř jednotlivých fází výzkumného procesu. Ve zjednodušeném třífázovém modelu výzkumného procesu se nejdříve určují výzkumné otázky, pak se shromažďují data a nakonec se analyzují (Hendl, 2005, s. 60-61).

2.3 Výzkumný soubor

Výzkum byl realizován v soukromé nemocnici disponující třemi operačními sály určenými pro obory všeobecné a úrazové chirurgie, gynekologie, ortopedie a plastické chirurgie. Lůžkové oddělení má kapacitu 75 lůžek, z toho 7 pro Jednotku intenzivní péče. Ročně proběhne kolem 3 100 operačních výkonů.

Na výzkumu se podílelo 10 perioperačních sester z oddělení centrálních operačních sálů pracujících ve jednosměnném provozu. Jednalo se o záměrný výběr respondentů. Kritériem pro zařazení do výzkumného souboru byla: kvalifikace, pracovní zařazení, souhlas s výzkumem, délka odborné praxe dva roky a více na stávajícím pracovišti, osobní známost respondenta z důvodu předpokládané větší otevřenosti. O celkovém počtu respondentů nebylo na počátku rozhodnuto, konečný počet byl ovlivněn saturací dat, kdy další výběr již neposkytoval nové údaje. Konečný stav nakonec tvoří 10 respondentek. Délka odborné praxe všeobecné sestry u respondentek byla rozmanitá, ve výsledku činila průměrně 11 let, nejkratší byla 3 roky a

nejdelší 35 let. Výzkumu se zúčastnily 4 sestry se specializací v perioperační péči, zbylých 6 bylo bez specializačního vzdělání.

Stručná charakteristika respondentů

R1 – žena, 30 - 45 let, vysokoškolsky vzdělaná, bez specializace v perioperační péči, svobodná. Na operačních sálech pracuje 4 roky, dříve pracovala v zubní ambulanci a na lůžkovém oddělení chirurgie.

R2 – žena, 30 – 45 let, vysokoškolsky vzdělaná, bez specializace v perioperační péči, vdaná. Na operačních sálech pracuje 6 let, předtím pracovala na novorozeneckém oddělení a mimo obor zdravotnictví.

R3 – žena, 30 – 45 let, vysokoškolsky vzdělaná, bez specializace v perioperační péči, vdaná. Na operačních sálech pracuje 4 roky, dříve pracovala na příjmu interní kliniky.

R4 – žena, 30 – 45 let, vysokoškolsky vzdělaná, se specializací v perioperační péči, vdaná. Na operačních sálech pracuje 7 let, z toho 5 let byla na mateřské dovolené.

R5 – žena, 45 – 59 let, vysokoškolsky vzdělaná, bez specializace v perioperační péči, rozvedená. Na operačních sálech pracuje 30 let, dříve pracovala na lůžkovém oddělení.

R6 – žena, 30 – 45 let, vysokoškolsky vzdělaná, bez specializace v perioperační péči, vdaná. Na operačních sálech pracuje 5 let, ve zdravotnictví pracuje 20 let, dříve na ARO, JIP a lůžkovém oddělení chirurgie.

R7 – žena, 45 – 59 let, středoškolsky vzdělaná, se specializací v perioperační péči, vdaná. Na operačních sálech pracuje 10 let. Dříve pracovala na lůžkových odděleních gynekologie a chirurgie.

R8 – žena, 30 – 45 let, středoškolsky vzdělaná, se specializací v perioperační péči, vdaná. Na operačních sálech pracuje 4 roky. Předtím pracovala na oddělení operačních sálů v jiných nemocnicích.

R9 – žena, ve věku méně než 29 let, vysokoškolsky vzdělaná, bez specializace v perioperační péči, svobodná. Na oddělení operačních sálů pracuje 3. rok, před tím pracovala 6 let na lůžkovém oddělení septické chirurgie.

R10 – žena, 45 – 59 let, vysokoškolsky vzdělaná, se specializací v perioperační péči, vdaná. Na operačních sálech pracuje 35 let, na jiném pracovišti nepracovala.

2.4 Metoda sběru dat

Sběr dat byl proveden pomocí standardizovaného dotazníku SOC-29 a polostrukturovaných rozhovorů. Tento typ rozhovorů se vyznačuje velkou pružností celého postupu získávání informací, s přesně určeným účelem a stanovenou osnovou (Hendl, 2005, s. 166). Před zahájením výzkumného šetření byla provedena pilotní studie, kterou byla ověřena proveditelnost, a zároveň umožnila drobné úpravy plánu šetření. Před zahájením rozhovorů byla každá respondentka seznámena s tématem rozhovoru, předpokládanou délkou trvání, způsobem uchování získaných dat a jejich publikací, ochranou identity a byla jí nabídnuta možnost při pochybách kdykoli ukončit rozhovor. Každé respondentce byl poskytnut prostor pro případné otázky a získán její souhlas s výzkumným šetřením. Každý rozhovor byl nahráván na diktafon a následně převeden do písemné podoby v PC programu Microsoft Word pro následné zpracovávání získaných dat. Přepis rozhovorů byl proveden technikou doslovné transkripce, rozhovory nebyly jakkoliv upravovány.

Rozhovor měl několik základních oblastí. Hlavní otázky se týkaly psychosociálního a fyzického prostředí operačních sálů. Byly také položeny otázky ohledně bezpečnosti, rizik, stresu, zátěže, zdraví, konfliktů a zátěže. Používaly se otázky k prohloubení rozhovoru – „co tím myslíte“, „prosím, řekněte mi více“, „můžete to rozvést“. Tyto otázky umožnily dotazované mluvit o svých pocitech a zkušenostech.

Byly tedy provedeny pohovory s 10 sestrami, které přijaly účast. V období březen – duben 2021 bylo celkem dotazováno 10 sester: 10 rozhovorů bylo provedeno telefonicky. Rozhovory trvaly mezi 13 a 75 minutami (průměr 28 minut). Telefonické rozhovory byly prováděny na žádost samotných účastníků z důvodu opatření určených k řešení krizové situace a odstranění nebo zmírnění následků onemocnění COVID-19. Od 5. října 2020 byl v ČR vyhlášen nouzový stav. Nařízením vlády byl omezen provoz zdravotnických zařízení, bylo zavedeno povinné testování zaměstnanců nemocnic, omezení pohybu a kontaktů osob mimo společnou domácnost apod. Nouzový stav byl ukončen 11. dubna 2021, následně dochází k postupnému rozvolňování aktuálních opatření (Ministerstvo vnitra, 2021). Otázky během rozhovoru se držely hlavních témat. Byl proveden testovací rozhovor.

Pro sestry jsem vytvořila elektronickou verzi SOC-29 pomocí platformy survio.com. Součástí elektronického dotazníku byly údaje o věku, vzdělání a rodinném stavu. Všichni účastníci byli požádáni, aby vyplnili elektronickou verzi dotazníku SOC-29 v den uskutečnění rozhovoru. Účast na výzkumu byla dobrovolná a odpovědi byly anonymizovány. Bylo přijato celkem 10

dotazníků. Všechny byly dokončeny v plném rozsahu a byly způsobilé pro analýzu dat. Po vyplnění SOC-29 následovaly telefonické rozhovory.

Po kontrole vyplnění SOC-29 proběhly rozhovory. V kroku druhém přepis rozhovorů. Krok třetí vytvoření tabulky s tématy, u kterých se objevila shoda účastníků výzkumu, včetně výběru citátů z rozhovorů. Krok čtyři opětovné přečtení rozhovorů s ohledem na konkrétní témata, aby bylo jisté, že v syntetizovaných výsledcích byly původní rozhovory (Lögde, 2018). Analýzu jsem provedla samostatně.

Tabulka 1 Délka záznamu rozhovorů

Délka záznamu rozhovorů (v minutách)									
R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
13	75	22	43	20	38	13	31	14	15

2.5 Způsob zpracování dat

Zpracování dotazníku SOC-29

U 13 otázek (otázky číslo 1, 4, 5, 6, 7, 11, 13, 14, 16, 20, 23, 25, 27) je nutné provést reversi odpovědi. To znamená, že místo původních odpovědí číselných skóre přidělujeme body obráceně. Body počítáme tedy jako 1(7), 2(6), 3(5), 4 zůstává stejná, 5(3), 6(2), 7(1) (Slabý, 2017, s. 73).

Celkový skóre SOC získáme tak, že sečteme všechny získané body po reversi. Minimální počet bodů je 29, maximální 203. (Křivohlavý, dle Slabý, 2017, s. 73)

Díličí faktory získáme součtem těchto otázek: Srozumitelnost: 1, 3, 5, 10, 12, 15, 17, 19, 21, 24, 26. Zvládnutelnost 2, 6, 9, 13, 18, 20, 23, 25, 27, 29. Smysluplnost 4, 7, 8, 11, 14, 16, 22, 28. (Slabý, 2017, s. 73)

Zpracování rozhovorů

Po provedení rozhovorů následovala následná transkripce (Hendl, s. 208) za použití programu Microsoft Word a mobilní aplikace Diktafon (macOS Mojave, 2020) pro zpomalení mluveného slova. Text nebyl převáděn do spisovného jazyka. Přepsaný rozhovor byl každému respondentovi nabídnut k přečtení a případné úpravě nejasných informací. Této možnosti nevyužila žádná z respondentek. Poté následovala obsahová analýza jednotlivých rozhovorů technikou ruční analýzy (Hendl, s. 379).

2.6 Výsledky

2.6.1 Analýza SOC-29

Data byla zpracována pomocí programu SPSS Statistics 23.

Byla aplikována deskriptivní statistika k popisu průměrů a dalších charakteristik (směrodatná odchylka, minimální a maximální hodnoty) SOC-29 a jednotlivých subškál.

Je nutné zdůraznit, že výzkumný vzorek činní $n = 10$, vzhledem k tomu, že předmětem výzkumu bylo zjistit míru coherence u perioperačních sester konkrétního oddělení a základní soubor je tedy významně limitován zvolenými specifickými podmínkami předmětného výzkumu. Otázky, které byly invertní jsou přepočítány pro lepší přehlednost pro čitatele. Jedná se o tyto otázky: 1, 4, 5, 6, 11, 13, 14, 16, 20, 23, 25, 27.

Tabulka 2 Přiřazení kódů (A – Srozumitelnost, B – Zvládnutelnost, C – Smysluplnost)

Č. otázky	Č. položky	Otázka	Kód
1	A	Když mluvíte s lidmi, máte pocit, že Vám nerozumějí	A-1
2	B	Když jste v minulosti měl (a) dělat něco, kde spolupráce s druhými lidmi byla nezbytná, měl (a) jste pocit:	B-2
3	A	Jak dobře a dokonale znáte lidi, s nimiž denně přicházíte do styku (mimo členy vlastní rodiny)	A-3
4	C	Máte pocit, že se v podstatě moc nezajímáte o to, co se děje kolem Vás?	C-4
5	A	Stalo se v minulosti, že jste byl (a) překvapen (a) chováním lidí, o nichž jste se domníval (a), že je dobře znáte?	A-5
6	B	Stalo se Vám, že Vás zklamali lidé, jimž jste důvěřoval (a) a s nimiž jste počítal (a)?	B-6
7	C	Život je v své podstatě:	C-7
8	C	Váš život doposud:	C-8
9	B	Máte pocit, že se s Vámi zachází nespravedlivě?	B-9
10	A	V posledních deseti letech Váš život byl:	A-10
11	C	Většina věcí, které v budoucnu budete dělat, bude:	C-11
12	A	Co lépe vystihne, jak Vy sám (sama) vidíte svůj vlastní život:	A-12
13	B	Co lépe vystihne, jak Vy sám (sama) vidíte svůj vlastní život:	B-13
14	C	Když myslíte na svůj život, pak velmi často:	C-14
15	A	Když stojíte před obtížným problémem, pak jeho řešení se Vám zdá:	A-15
16	C	Když máte dělat to, co děláte každý den, je to pro Vás:	C-16
17	A	Váš budoucí život bude pravděpodobně:	A-17
18	B	Když se Vám v minulosti stalo něco nemilého, pak Vaše snaha byla:	B-18
19	A	Míváte nejasné představy a smíšené pocity?	A-19
20	B	Když děláte něco, co Vám dává dobrý pocit, jste si jistý (á):	B-20
21	A	Stává se Vám, že máte pocity, které byste raději neměl (a)?	A-21

22	C	Očekáváte, že Váš budoucí život:	C-22
23	B	Domníváte se, že vždy budou lidé, na něž se budete moci spolehnout?	B-23
24	A	Stane se Vám, že máte pocit, že nevíte dost dobře, co se bude dít dál?	A-24
25	B	Mnozí lidé (i ti co mají pevný charakter) se někdy cítí poražení a smutní. Jak často jste se takto cítil (a) v minulosti Vy?	B-25
26	A	Když se někdy něco nepříjemného stalo, zjistil (a) jste obvykle:	A-26
27	B	Když pomyslíte na obtíže, s nimiž se setkáte v důležitých úsecích svého dalšího života, máte pocit:	B-27
28	C	Jak často máte pocit, že to co děláte ve svém běžném životě, nemá žádný smysl:	C-28
29	B	Jak často máte pocit, že si nejste zcela jist (a), zda se dokonale ovládáte?	B-29

Tabulka 3 SOC-29 vyhodnocení jednotlivých otázek

	N	Minimum	Maximum	Průměr	Směrodatná odchylka
A-1	10	1	7	3,5	1,958
B-2	10	3	7	5,8	1,317
A-3	10	3	7	4,7	1,567
C-4	10	3	7	5,3	1,252
A-5	10	2	5	2,8	0,919
B-6	10	2	7	3,7	1,703
C-7	10	6	7	6,5	0,527
C-8	10	1	6	4,9	1,729
B-9	10	1	6	4	1,826
A-10	10	1	6	2,6	1,43
C-11	10	1	7	5,1	1,595
A-12	10	2	6	3,8	1,549
B-13	10	5	7	6,4	0,699
C-14	10	6	7	6,6	0,516
A-15	10	3	7	4,9	1,449
C-16	10	2	7	5,1	1,287
A-17	10	1	6	3,9	1,792
B-18	10	1	7	5	2,404
A-19	10	1	6	3,7	1,829
B-20	10	2	7	3,9	1,729
A-21	10	1	6	3,9	1,853
C-22	10	1	7	5,6	2,271
B-23	10	1	7	5,6	1,776
A-24	10	2	6	4,2	1,398
B-25	10	1	5	3,2	1,476
A-26	10	1	6	3,9	1,595
B-27	10	3	6	4,9	0,994
C-28	10	3	6	5	0,943
B-29	10	1	6	3,5	1,9

Z výše uvedené Tabulky 3 vyplývá, že v rámci hodnotící škály bylo využito všech hodnot v rámci dotazníkového šetření v jednotlivých otázkách. Variabilita u některých otázek je ve střední úrovni, žádná z otázek nepřesáhla hodnotu variability $SD = 2,49$. Dále u žádné z otázek nebyl pozorován extrém a nebylo nutné z výše uvedeného důvodu některou z otázek vyřadit.

V rámci zkoumané variability otázek, bylo zjištěno že otázka B-18 ($SD = 2,204$) má vyšší míru variability, na základě předpokladu, že tuto oblast ovlivňují předchozí zkušenosti v kolektivu a mezilidských vztazích. Respondentky, které se setkaly s mobbingem na pracovišti, mají u této otázky nižší skóre, než sestry které se s ním nesetkaly. A dále otázka C-22 ($SD = 2,271$), má rovněž vyšší míru variability, což může být dáno samotným tématem otázky, a to odhadem budoucnosti. V rozhovorech některé respondentky označily právě tuto otázku za komplikovanou a diskutabilní.

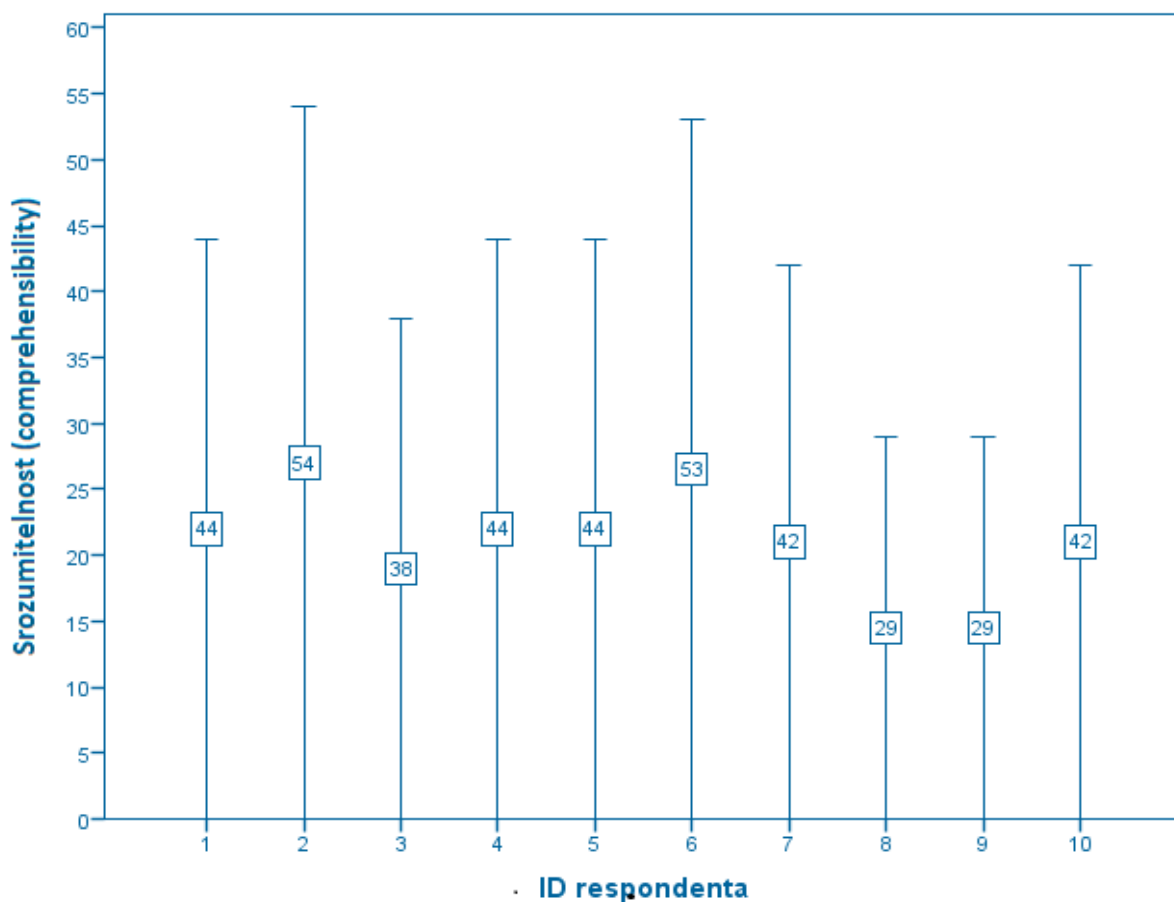
U otázek C-7, B-13 a C-14 byly pozorovány průměry oscilující okolo hranice 6,50. Tyto otázky C-7 ($M = 6,50$), B-13 ($M = 6,40$) a C-14 ($M = 6,60$) se věnují hodnocení a smyslu života, přičemž jedním z důvodů může být spokojenost v osobním či pracovním životě. V kvalitativní části šetření respondentky uváděly pocit únavy, nedostatku času, nedocenění, přesto vidí v životě smysl a mají sílu tyto okolnosti zvládnout.

Níže uvedená Tabulka 4, se věnuje celkovém souhrnu všech otázek, selektovaných na jednotlivé konstrukty (*Srozumitelnost*, *Smysluplnost*, *Zvládnutelnost*) uvedeného dotazníkového šetření, včetně celkového součtu. Konstrukt *Srozumitelnost* ($n = 100$) má středně nízkou míru variability ($SD = 1,688$) a průměrné hodnoty ($M = 3,91$) poukazují na nevyhraněnost perioperačních sester v oblasti kognitivní oblasti SOC. Hodnoty na škále se pohybují kolem středu, tedy mezi kladným a záporným pólem. Přičemž kladný pól hodnotí svět jako předvídatelný, je v něm řád, sociální interakce jsou pevné a stabilní. Naopak záporný pól charakterizuje svět jako chaotický, nepředvídatelný, chybí důvěra v druhé lidi (Slabý, 2017). Konstrukt *Smysluplnost* ($n = 100$) má středně nízkou míru variability ($SD = 1,886$) a průměrné hodnoty ($M = 4,60$) naznačují, že perioperační sestry vidí smysl v překonávání překážek vedoucích k jejich cílům, vynakládají snahu a jsou kreativní. Konstrukt *Zvládnutelnost* ($n = 80$) má středně nízkou míru variability ($SD = 1,467$) a průměrné hodnoty ($M = 5,51$) podporují schopnost perioperačních sester efektivně řešit situace ve kterých se ocitají (Slabý, 2017). Celkové vyhodnocení všech otázek v rámci metodiky SOC ($n = 280$), jehož variabilita je středně nízkou variabilitu ($SD = 1,814$) a průměr ($M = 4,61$) naznačuje, že perioperační sestry tohoto oddělení dosahují podobné úrovně nezdolnosti.

Tabulka 4 SOC-29 Jednotlivé oblasti a celkový skór SOC

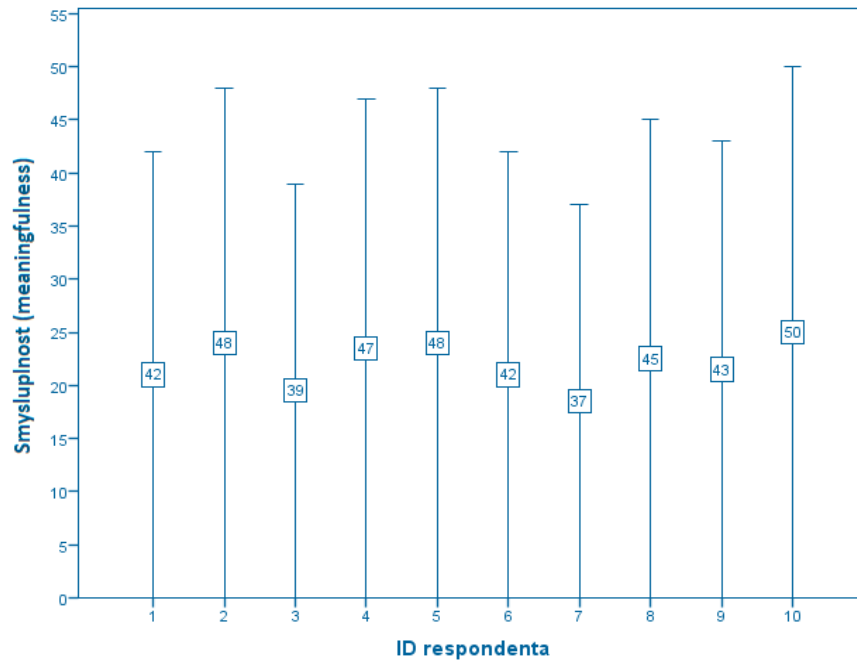
	N	Minimum	Maximum	Průměr	Směrodatná odchylka
Srozumitelnost	100	1	7	3,91	1,688
Smysluplnost	100	1	7	4,6	1,886
Zvládnutelnost	80	1	7	5,51	1,467
SOC celkem	280	1	7	4,61	1,814

Grafy, které se věnují dotazníkovému šetření jsou uvedeny níže. Graf 1 věnující se konstrukt *Srozumitelnosti* ukazuje, že od průměrné hodnoty součtů se odchýlil významněji respondent (hodnota součtu 28) ID 8 a 9, na opačném stupnici je respondent ID 2 (hodnota součtu 54).



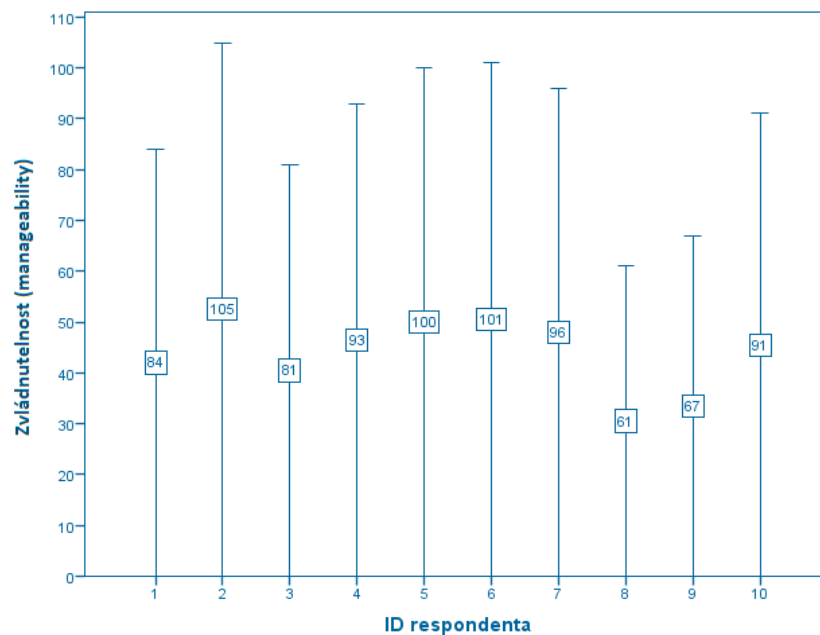
Graf 1: Srozumitelnost

Graf 2 věnující se konstrukt *Smysluplnosti* ukazuje, že od průměrné hodnoty součtů se odchýlil významněji respondent (hodnota součtu 37) ID 7, na opačném stupnici je respondent ID 10 (hodnota součtu 50).



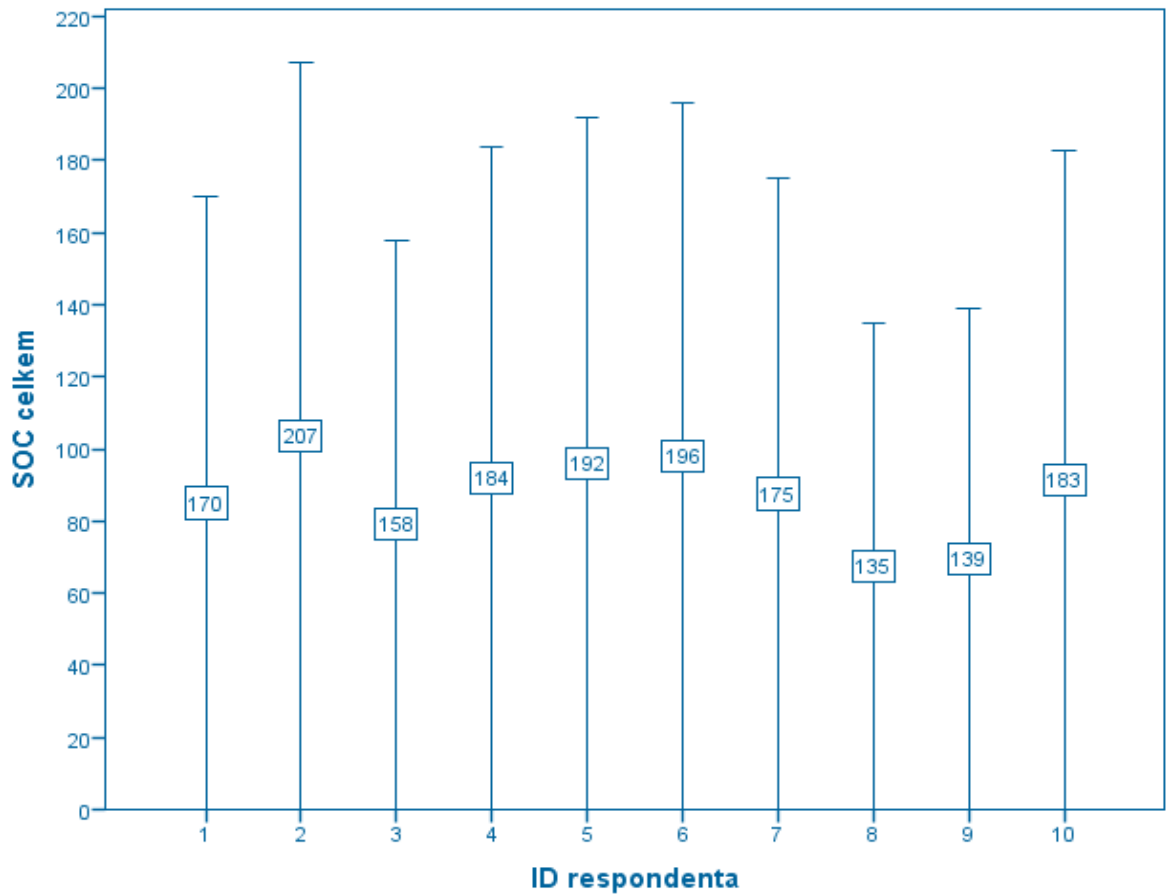
Graf 2: Smysluplnost

Graf 3 věnující se konstrukt *Zvládnutelnosti* ukazuje, že od průměrné hodnoty součtů se odchýlil významněji respondent (hodnota součtu 61) ID 8, na opačném stupnici je respondent ID 2 (hodnota součtu 105).



Obrázek 1 Graf 3: Zvládnutelnost

Graf 4 věnující se konstrukt *Celkového SOC* ukazuje, že od průměrné hodnoty součtů se odchýlil významněji respondent (hodnota součtu 207) ID 2, na opačném stupnici je respondent ID 8 (hodnota součtu 135).



Obrázek 2 Graf 4: Celkové SOC

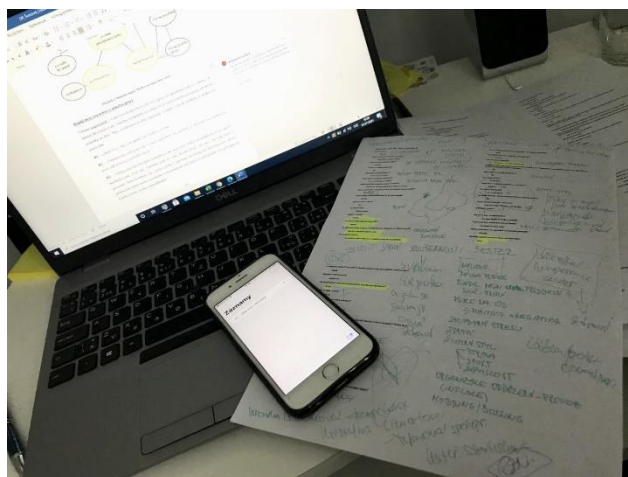
2.6.2 Analýza rozhovorů

Výstupem analýzy je text, který pravdivě popisuje porozumění významů prožité zkušenosti určitého jedince nebo skupiny jedinců s daným fenoménem (Hendl, 2008, s. 126-127). Pro rozbor výzkumného šetření v této diplomové práci byla využita metoda, která se doporučuje v IPA. Willig (2001) cit., podle Řiháčka a kol. (2013, s. 16) uvádějí, že účelem IPA je formulace témat zachycující podstatu fenoménu, který tvoří předmět výzkumu.

Postup analýzy dat byl proveden dle doporučeného postupu autorů Řiháčka a kol. (2013, s. 16-21), kteří popisují postup analýzy v několika na sebe navazujících krocích:

- 1) Čtením a opakovaným čtením vyvoláváme aktivní zájem o data a zaměřujeme svoji pozornost na respondenta.
- 2) Zaznamenáváním si počátečních poznámek a komentářů se zabýváme detaily, hledisky zkoumaného fenoménu.
- 3) Rozvíjíme vznikající témata a provádíme zmenšování objemu dat, za pomoci svých poznámek a komentářů formulujeme rodící se témata. Kategorizace pojmů je provedena metodou otevřeného kódování.
- 4) Hledáme souvislosti mezi tématy, tím mapujeme vzájemné propojování, jakým způsobem se témata k sobě vztahují. Organizujeme témata podle různých klíčů, kdy některá témata vyloučíme, jiná se propojí v jedno téma, z některých se stanou hlavní témata (Obrázek 5).
- 5) Hledáním vzorců napříč tématy propojujeme jednotlivé analýzy, výsledkem může být grafické nebo tabulkové znázornění vztahů mezi tématy.

Po analýze získaných výzkumných dat jsem sestavila tabulku ústředních kategorií za použití otevřeného kódování. Ke každé ústřední kategorii jsem přiřadila jednotlivé kódy podle výskytu četnosti a vypovídající hodnoty. Poté jsem všechny kategorie s přidělenými kódy detailněji představila a doplnila přímou citací deseti respondentek (R1-10). Citace 10 respondentek jsou do přepisu vybírány tak, aby vystihovaly zjištění zkoumaného fenoménu. Obsah citací není žádným způsobem upravován.



Obrázek 3 Zpracování kvalitativních dat

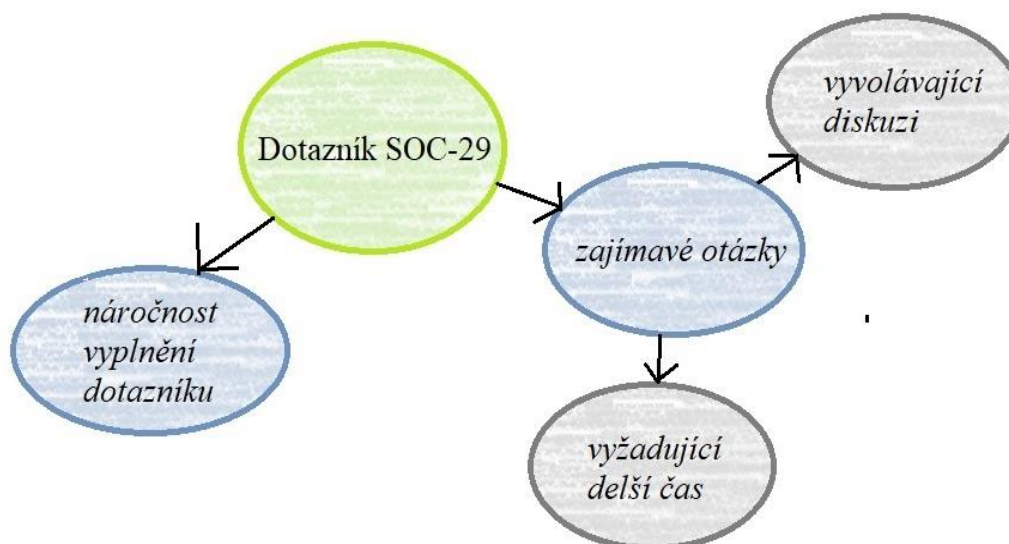
Tabulka 5 Kategorie a přiřazené kódy

Kategorie	Přiřazené kódy
DOTAZNÍK SOC-29	náročnost vyplnění dotazníku, zajímavé otázky
PROFESE PERIOPERAČNÍ SESTRY	rozdíl mezi současnou a minulou prací, pozitiva práce, negativa práce
ZVLÁDÁNÍ STRESU	stresové situace, zvládání stresu
ZDRAVÍ A ŽIVOTNÍ STYL	subjektivní zdraví, fyzická náročnost, stravování a pitný režim, pohyb a relaxace, závislost
SYSTÉM PRÁCE	organizace práce, systém ohodnocení, inflace
INTERPERSONÁLNÍ VZTAHY	atmosféra v týmu, postavení v týmu, komunikace a podpora v týmu, konflikty, řešení konfliktů, prvky šikany

2.6.2.1 Dotazník SOC-29

Náročnost vyplnění dotazníku

Sestry pracující v perioperační péči se v rozhovoru vyjadřovaly ke zkušenosti s dotazníkem SOC-29. Měly určit otázky, které je nějakým způsobem zaujaly nebo u kterých jim odpověď dělala problém.



Obrázek 4 Mentální mapa: Dotazník SOC-29

Všechny respondentky hodnotily vyplnění SOC-29 kladně. Většinou uváděly, že nad odpověďmi neváhaly a žádnou z otázek neuvedly jako problémovou.

R2 – „Byl zajímavý. Hodnotí život a postoje, na některýma otázkama bylo fajn se zamyslet.“

R4 – „Dotazník mě donutil zamyslet se nad věcmi, nad kterými běžně nepřemýšlím.“

R6 – „Všechny otázky k zamýšlení, běžně o tom ani nepřemýšlím.“

R9 – „Nemám žádné konkrétní pocity, odpovídala jsem na položené otázky. Dotazník byl smysluplný a připadal mi zajímavý.“

Zajímavé otázky

Některé respondentky uvedly, že bylo náročné odpovědět na otázky, které se týkaly budoucnosti.

R2 – „Možná ty otázky ohledně budoucnosti. Jsou postavené jakoby člověk měl vědět co v budoucnu bude, ale dělejte si v dnešní nejisté době plány. Jak dobře znám lidi kolem, mimo rodinu. Vlastně po pravdě si nejsem jistá. V minulosti jsem se párkrát spálila a udržuju si kolem sebe jen úzký okruh přátel, pro které bych udělala první poslední, ale spoléhám hlavně sama na sebe. Nečekám od nich to samé, o to víc si pak cením, když od nich přijde opora nebo pomoc.“

R4 – „27. Stane se Vám, že máte pocit, že nevíte dost dobře, co se bude dít dál? Tato otázka mi přijde zvláštní, tento pocit nemám. Přesto určité věci v krátkodobém horizontu lze předpokládat, naplánovat, ale nikdo neví, co nám život připraví, co přijde. 20. Váš budoucí život bude pravděpodobně... Podobně jako u otázky 27. Těžko předpovídat, když nevím, do jakých situací se a v jakém časovém horizontu se dostanu. Můžu si myslet, že zvládnou vše, ale kolikrát život připraví takové věci, co nás ani nenapadnou, že jsou možné.“

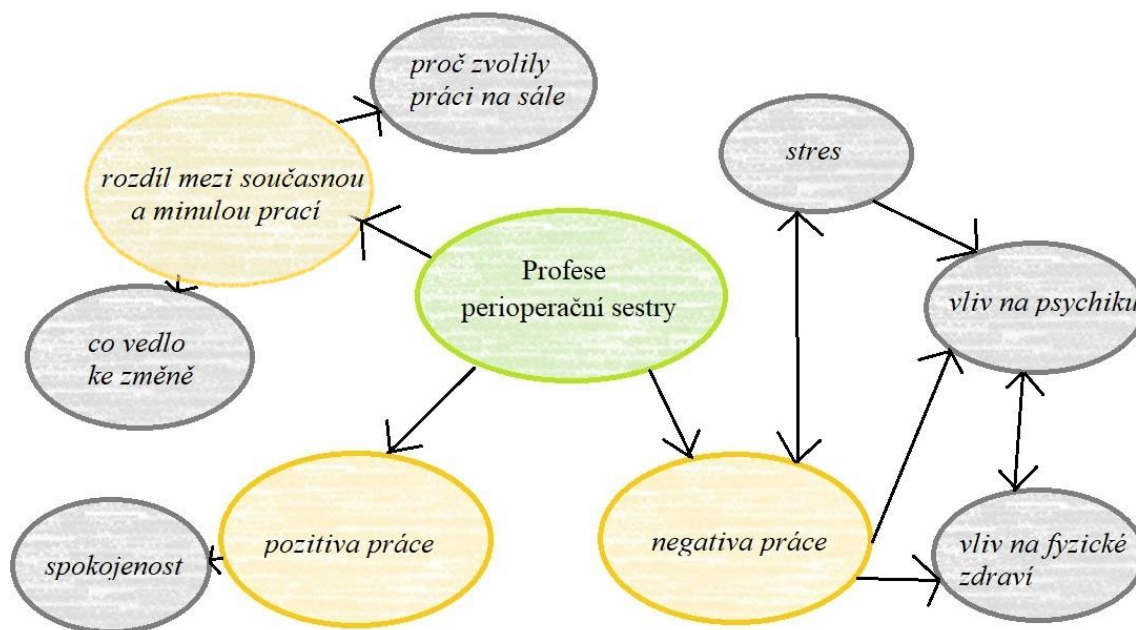
Část respondentek zaujaly otázky SOC-29, které se týkaly mezilidských vztahů, zejména otázka důvěry v druhé a vzájemného pochopení.

R3 – „Jestli mi lidé obvykle rozumí, když po nich něco chci, a nebo chci spolupracovat. Ukázalo se totiž v minulosti, že jsem měla velmi často pocit, že mi rozumí, chápou a bude to tak já říkám. A potom jsem zjistila, že tomu tak nebylo zdaleka nebo se naše představy úplně nesešly.“

R9 – „Zaujaly mě otázky týkající se důvěry v druhé. Některé otázky mi přišly trochu osobní, ale neměla jsem vyloženě problém s vyplněním žádné z nich. Chápu, že musely zaznít.“

2.6.2.2 Profese perioperační sestry

V tomto oddíle rozhovorů měly perioperační sestry popsat své zkušenosti z jiných typů oddělení a srovnat je s oddělením operačních sálů. Otázky byly směřovány na spokojenost s profesí a hodnocení pozitiv a negativ práce v perioperační péči.



Obrázek 5 Mentální mapa: Profese perioperační sestry

Rozdíl mezi současnou a minulou prací

Většina respondentek v rozhovoru hodnotila rozdíl mezi prací na operačním sále a v oboru, ve kterém dříve pracovaly. Všechny poukázaly na odlišnost, až nesrovnatelnost s jiným odvětvím sesterské profese. Mezi uváděnými rozdíly nejčastěji uváděly vyšší kvalifikaci a atraktivitu pracoviště.

R1 – „Jasně že je. Sály jsou úplně jiné, nejde to srovnat.“

R2 – „Neplánovala jsem pracovat zrovna v operativě, ale naskytla se příležitost na zajímavou práci, tak jsem se ji rozhodla zkusit.“

R3 – „Chtěla jsem něco kvalifikovanějšího a taky lepší plat. A když se nabídlo místo na sálech, neváhala jsem. Vzali mě. Upřímně jsem se tomu docela divila. Asi měli opravdu nouzi o personál. Jsem technický typ a práce přímo s pacienty na příjmu mi nevyhovovala. Nechci poslouchat jejich stesky a problémy a nezajímá mě celý jejich životní příběh. Chci přistupovat k práci svižně, rychle a bezodkladně.“

R5 – „Práce na operačním sále mě lákala, odborností, zajímavostí, akčností. Úplně něco jiného než na oddělení.“

R6 – „Chtěla jsem změnu a přišla nabídka jít na sál. Zkusila jsem to a teď nelituji.“

R9 – „Bude to znít zvláště, ale studovat střední zdravotnickou školu jsem šla kvůli svému vysněnému povolání, kterým bylo/je perioperační sestra na plastické chirurgii. Vlastně se dá říct, že jsem si splnila sen.“

Pozitiva práce

V rozhovorech byly perioperační sestry dotazovány na kladné stránky jejich profese. Naprosto se shodly v tom, že je práce baví a naplňuje. Jako pozitiva často zmiňovaly preciznost, podíl na zlepšení zdraví pacienta, schopnost rychle se rozhodovat, proměnlivost situací během operace, vzrušení, schopnost koordinace a týmové spolupráce, učení se novým poznatkům.

R2 - „Baví mě to neskutečně. Každý den je jiný, nikdy nevíte jak bude vypadat, co se bude dělat.“ „Situace na operačním sále mění často z minuty na minutu. Taky mi vyhovuje, že nemusím moc mluvit. Člověk nasadí plášť, roušku, svým způsobem se schová a má klid na práci. V této profesi se sebe kolikrát vydáváte maximum. Jste oporou týmu, koordinujete, chystáte sál k operaci. Ručíte za bezpečnost. Pokud je instrumentárka přímo u operace, má klid, vnímá operátéra, asistenci, celou operaci a snaží se udržet všechny v klidu a pohodě, a zároveň se stará, aby měli operatéři vše co potřebují. Kontrolujete je, pomáháte jim. Mnohem náročnější to má sestřička, která obíhá. Ta musí před operací všechno nachystat, zajistit, aby nic nechybělo, sledovat celý tým, starat se, aby jim nic nechybělo a vše fungovalo. Musí předvídat co bude potřeba, mít oči i na zádech. To je ta krása i náročnost.“

R3 – „Ano, baví. Líbí se mi, že v mojí práci je kladen důraz na preciznost, rychlost a kvalitu. Nemusím příliš řešit pacientovu duši. Jen občas. Jasný operační plán. Práce na ranní směny. Čistota prostřední. Sterilita. Máme pěkné operátéry, což mě jako ženu velmi uspokojuje.“

R4 – „Díky tomu, že pracuji na centrálních operačních sálech, tak je zde více chirurgických oborů, práce je pestrá. Baví mě být součástí operačního týmu, aktivně se podílet na operaci. Myšlenka, že operace pomůže pacientům od jejich zdravotních obtíží, zkvalitní, prodlouží se jim život“

R5 – „Adrenalin. Přináší to, že v životě mám jiné priority než běžný člověk. Rychlost v rozhodování v civilním životě.“

R6 – „Práce mě naplňuje. Pořád se učím nové věci. Líbí se mi být součástí týmu a někdy je to adrenalin. Ale je to moc krásná práce a být sestrou mě naplňuje.“

R7 – „Je zajímavá, adrenalinová a každý den je to výzva.“

R8 – „Práce mě baví, můžu pomáhat při záchranách zdraví nebo životů několikrát denně.“

R9 – „Co mě baví na mojí práci? Vidět výsledek – pozitivní výsledek naší práce. Operace je práce celého týmu. Baví mě a naplňuje mě vidět tu změnu osobnosti u klientů, kteří k nám přijdou s nějakým psychickým problémem. Fyzické vylepšení vzhledu je pro mě vedlejší.“

R10 – „Stále si rozšiřuji obzor znalostí.“

Negativa práce

Jako negativa svého povolání respondentky často uváděly stres, únavu, problémy v kolektivu jako jsou vzájemné vztahy nebo organizační problémy. Část respondentek se zmínilo o nedostatečném finančním ohodnocení.

R4 – „Nedostatečné finanční ohodnocení, nepřetržitý provoz, někdy špatná organizace práce.“

R5 – „Stres“

R6 – „Občas jsem přetěžaná, když je toho moc. A chybí mi kontakt s pacienty.“

R10 – „Mezilidské vztahy.“

2.6.2.3 Zvládání stresu

V části rozhovoru věnující se stresovým situacím, respondentky odpovídaly na otázky jako např. Jaké situace, které mohou nastat na operačním sále, jsou pro vás jako instrumentářku stresující? Jak tyto situace zvládáte? Jak často se do takových situací dostáváte?



Obrázek 6 Mentální mapa: Zvládání stresu

Stresové situace

Část rozhovoru byla věnována situacím, které jsou pro perioperační sestru stresující. Zde respondentky jako nejčastější důvod uvedly změnu. Tyto změny se týkaly změny operačního výkonu či člena týmu. Také respondentky zmiňovaly technické problémy a negativní chování lékařů.

R2 – „Pokud se operace nevyvíjí dobře a operatér znervózní. Nebo pokud přestane fungovat technika. Nebo pokud je se mnou v týmu někdo, kdo mi nepomůže.“

R3 – „Jiná operace, než jsem zvyklá. Nebo jiné personální obsazení, než jsem zvyklá. A občas něco vypadne a pak je na mě abych to řešila – světla a tak. A taky jsou operatéri, kterým není nic dost dobré.“

R6 – „Nestandardní průběh operace, pak tedy tenze operatéra. A někdy nesmyslnost některých výkonů. Některé plastické třeba. Nebo u onkologicky nemocných, starých, operace jim neuleví.“

R7 – „Nálady lékařů, fyzická odolnost, stres.“

R8 - „Když „nervózní“ chirurg zbytečně křičí a nervozitu přenáší dál. Při masivním krvácení a když instrumentárium nefunguje, jak má a podle chirurga za to můžu já.“

R9 – „*Stresující je jakákoliv vážná komplikace při zákroku - krvácení, které se nedaří zastavit. Nepříjemná nálada spolupracovníků - to asi nemusím rozvádět, každý máme někdy špatnou náladu. A stále se učím, tak operace, kterou neprovádím moc často a nemám ji úplně osvojenou, bývá trochu psychicky náročnější, musím se víc soustředit.*“

Polovina respondentek uvedla jako stresový faktor časovou tíseň či neplánovanou práci přesčas.

R4 – „*Organizační situace – nenadálá změna v operačním programu, časová tíseň, práce s jiným než kmenovým pracovníkem.*“

R6 – „*Občas přílišná časová tíseň.*“

R1 – „*Operace, neznámá operace, čas – že nestihnu oběd. Nebo že se nestihne program a je přesčas.*“

R5 – „*Čas - rychlost se rozhodnout.*“

R10 – „*Nezodpovědný člen v operačním týmu. Časový tlak, nedoceněná práce perioperačních sester.*“

Zvládání stresu

Některé respondentky poukázaly na skutečnost, že stresové situace častěji postihují členy týmu s kratší praxí na pracovišti.

R4 – „*Tím, že jsem po dlouhé rodičovské dovolené, tak asi častěji než sestry, které pracují na pracovišti mnoho let.*“

R5 – „*Ted' už míň s věkem.*“

Respondentky, které na jsou na oddělení déle než 10 let v rozhovorech uváděly, že se do stresových situací často nedostávají.

R5 – „*Ted' už míň s věkem.*“

R7 – „*Často ne.*“

R10 – „*Často ne.*“

Oproti tomu, respondentky s kratší praxí uváděly, že se do stresových situací dostávají často.

R2 – „*Téměř denně.*“

R3 – „*Asi často.*“

Většina respondentek tvrdí, že odděluje pracovní život od osobního.

R4 – „Vědomí, že zkušená kolegyně pomůže, poradí. Jinak, když odcházím, nechat práci v práci, doma zbytečně neřešit nerozebírat co se stalo atd.“

R2 – „Časem jsem se naučila nebrat osobní věci do práce.“

Na otázku jakým způsobem respondentky stresové situace zvládají, nejčastěji odpovídaly tak, že se na operačním sále snaží zachovat klid a vyrovnanost, reakci na stres posouvají mimo prostředí sálu.

R2 – „Ale snažím se zůstat v klidu a vyrovnaná, stres si nechávám mimo sál“

R3 – „Ale snažím se si to nepouštět k tělu. Dam si pak dycky cigárko na balkoně, kde to proberu s kolegyněmi a společným brainstormingem dojdeme k závěru, že o nic nešlo.“

R8 – „Soustředím se na práci, pak si zanádvám na sesterně.“

R9 – „Takže když už se do stresové situace dostanu, snažím se párkrát zhluboka nadechnout a vydechnout, uklidnit myslet s čistou hlavou. A hlavně se soustředím na to co dělám.“

Část respondentek uvedlo, že stresové situace zvládají pomocí nadhledu, případně podporou jiného člena týmu.

R1 – „Ani nevím, jdu dál, o nic nejde.“

R5 – „Nadhledem.“

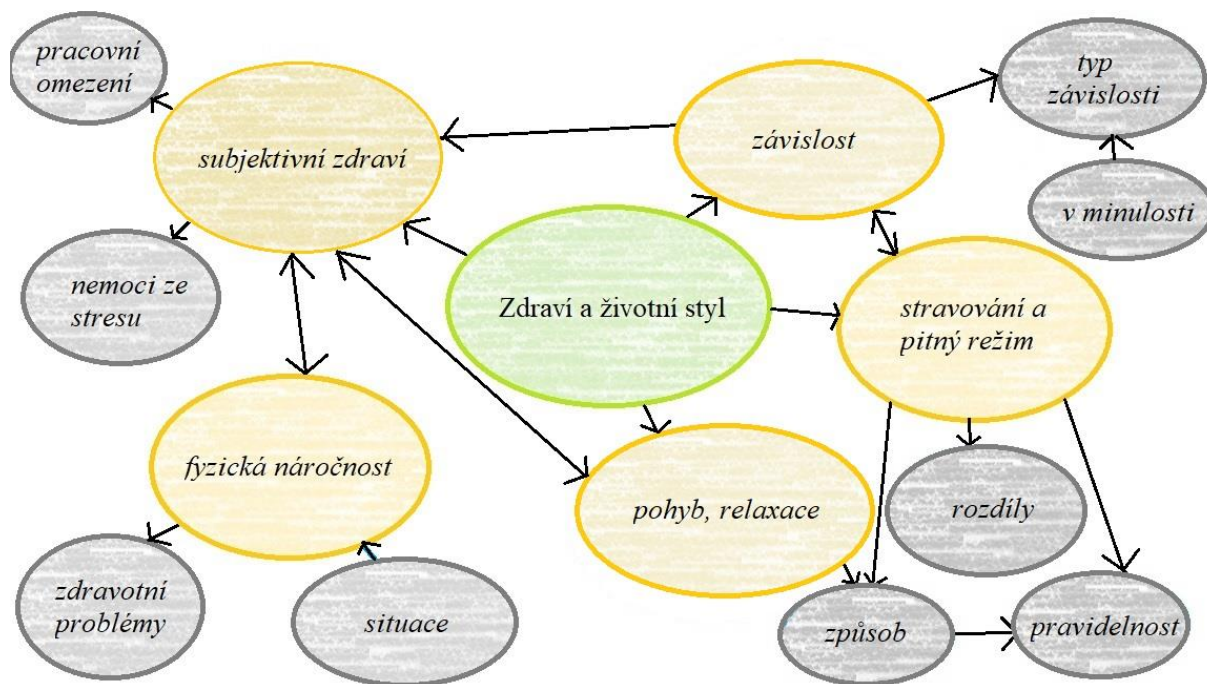
R10 – „Vlastním klidem.“

R4 – Vědomí, že zkušená kolegyně pomůže, poradí. “

R6 – „A většinou stačí den a popovídat si s kolegyní či kamarádkou.“

2.6.2.4 Zdraví a životní styl

Tato oblast se zaměřila na to, jak perioperační sestry vnímají své zdraví a zda existuje souvislost mezi jejich subjektivním zdravím a stresem či výkonem profese. Také šlo o snahu zjistit, jak práce na oddělení operačních sálů ovlivňuje stravování a také jak se sestry udržují v kondici a psychické pohodě.



Obrázek 7 Mentální mapa: Zdraví a životní styl

Subjektivní zdraví

Pouze dvě respondentky uvedly, že se po zdravotní stránce cítí dobře a netrpí žádným onemocněním, které by souviselo se stresem nebo výkonem profese perioperační sestry.

R1 – „Je mi fajn..“

R4 – „Nemám zdravotní problém, který by souvisel s prací na operačním sále.“

Ostatní respondentky ve velké míře zmiňovaly bolesti zad, únavu, problémy s nadváhou např. otoky a bolesti nohou. Nejčastěji tyto bolesti zvládají pomocí analgetik. Jedna z respondentek uvedla, že se občas cítí v depresi. Dvě respondentky zmínily problémy se suchými sliznicemi vlivem systému klimatizace.

R2 – „Často mě bolí záda, hlavně za krkem, pokud se dívám moc do strany. Občas se cítím v depresi. Problémy se kupí, až se nakupí tak bouchnou. Snažím se být profesionální, nechávat si nálady na doma.“

R3 – „Tož občas mě bolí bedra, ale na to si zvykneš. Mám hypothyreózu, což mne bohužel velmi omezuje. Někdy se cítím slabá.“

R4 – „U kolegyně únava, problémy se suchými sliznicemi z klimatizace, bolesti zad.“

R5 – „Mám bolesti zad. Únava. Beru hořčík, Brufen.“

R6 – „Bolesti zad, málo pohybu.“

R7 – „Ano, mám. Podle BMI mám obezitu, ale v práci mě to neomezuje. Někdo si stěžuje na bolest v krku z lamináru, suché sliznice, bolesti hlavy, krční páteře.“

R9 – „Ano, otoky nohou a křečové žíly. Proto jsem si jako prevenci pořídila ty kompresní punčochy.“

R10 – „Bolesti zad, dolních končetin a hlavy. Brufenem.“

Fyzická náročnost

V rozhovorech respondentky poukazovaly na fyzickou náročnost své práce. Velmi často uváděly manipulaci s těžkými břemeny, dlouhé stání či nedostatek pohybu. K tomuto tématu řadily i vliv laminárního proudění na zdraví operačního týmu. Jedna z respondentek zmínila působení některých látek na kůži a s tím spojené alergické reakce.

R2 – „Fyzicky. Třeba přetahování techniky - endoskopických věží. Zvedání nohou při rouškování u některých operací. Stání u dlouhých výkonů. No, je fakt, že často je na sále zima, teplota ke 20st, stojíme v průvanu z lamináru, bývají z toho problémy s krční páteří, nachlazení. Některé kolegyně mají problémy s ekzémy z dezinfekce nebo rukavic. Časté jsou i bolesti hlavy. Laminární proudění a klimatizace, ostré světlo, stres, soustředění - z toho rozbolí hlava hned.“

R3 – „A taky si stěžují na bolesti zad a na to, jak jsou někteří pacienti těžcí.“

R5 – „Dlouhý operační výkon. Sedím u operací.“

R6 – „Asi ano, klimatizace a někdy nepříjemné rotace zad.“

R9 – „Náročné je určitě dlouhé stání, nepravidelný pitný režim a nepravidelné chození na záchod.“

R10 – „Ano, nachlazení z klimatizací, vysychání očních čoček, bolesti krční páteře.“

Stravování a pitný režim

Dodržit zdravé stravování je v prostředí oddělení operačních sálů problém. Tuto skutečnost uvedla většina respondentek. V domácím prostředí je pro sestry mnohem snazší se stravovat zdravě.

R1 – „Je to tak 50:50.“

R2 – „Většinou ano, snažím se jíst zdravě. V práci nám často nosí sladkosti, takže ráno začnu snídání, ke kafe už je dort nebo čokoláda.“

R3 – „V práci jím to co ostatní, abych nemusela poslouchat blbé řeči. Ale doma se stravuji hlavně Lowcarb.“

R4 – „Snažím se jíst zdravě, ale nějaké mlsání, kafičko je. Rozdíl je.“

R5 – „Jak kdy, občas sladké.“

R6 – „Jak stihám, snažím se.“

R8 – „Stravuju se nezdravě, v práci jím, co nabízí jídelna (a hodím to do sebe), doma vařím lépe a jím v klidu.“

R9 – „Můj jídelníček. Asi převážně nezdravý, ale jím všechno, nerozmýšlím se. V práci si většinou objednáme jídlo na dovoz z některé restaurace, takže záleží na nabídce.“

R10 – „Ano, je zde rozdíl. V práci nemám čas. Pijí neslazené, ale v práci na pitný režim nemám čas.“

Část respondentek upozornila na problém udržet si pravidelnost ve stravování a pitném režimu.

R2 – „Jím podobně jako doma, aspoň když mám prostor. Občas se práce nakupí a není čas na jídlo, ale snažíme se prostřídat. S pitným režimem je to horší, protože pokud se umývám k operaci, nemůžu hned běžet na záchod, tak piju míň. Pak to doháním doma.“

R5 – „Špatně dodržuji pitný režim. Není čas.“

R6 – „Jak stihám, snažím se.“

Pohyb a relaxace

Respondentky byly dotazovány na to, jakým jestli a jakým způsobem se udržují v kondici. Procházky a příroda byly nejčastější uváděnou relaxační a sportovní aktivitou, dvě respondentky aktivně sportují. Mezi relaxačními aktivitami byly uváděny dostatečný odpočinek, smích, hudba, četba, wellness apod.

R1 – „Příroda.“

R2 – „Cvičím jógu, chodím na procházky, občas běhám, posiluju. Rodina, děti, zahrada, cvičení.“

R3 – „Chodím na spinnig, lezu na horolezecké stěně a pravidelně jezdím do práce na koloběžce. Každé ráno si udělám pár jógových pozic a večer medituji. Pokud jedeme s manželem na dovolenou, jedeme na aktivní dovolenou. Hory a obvykle trekking. Důležité je hodně se smát a hodně. Můj manžel je lékař a tak je někdy těžké oddělit pracovní a osobní život. Ale snažím se.“

R4 – „S malými dětmi a covid situací je to náročnější než jindy. Teď alespoň procházky, jinak plavání, jízda na kole. Procházky, dostatečný spánek, kvalitní jídlo, hodní lidé kolem sebe čas s rodinou na výletě (zoo, lanáček, aquapark).“

R5 – „Wellness.“

R6 – „Občas cvičím. Snažím se chodit na masáže. Ve volném čase se věnuji práci pro děti a spolky. Zahrádka a pes. Jen času je málo. Dobíjí mě rodina a přátelé. A hlavně smích.“

R7 – „Četba, hudba, relax. Horká vana, nohy nahoře...“

R8 – „Nestihám žádný sport, takže ne. Relaxuji hudbou, hlavně cestou z/do práce. Občas sleduji seriály.“

R9 – „Ne. Já ne. Maximálně chodím na procházky do přírody. Mně pomáhá čas strávený v přírodě na procházce se psem. Nebo s přáteli na jídlo a posezení do oblíbené restaurace. Občas ale i prostě čas strávený doma, sama, v klidu. Tak doplňuji energii a ulehčuju hlavě.“

R10 – „Ano, procházkami.“

Závislost

Část respondentek přiznalo občasnou konzumaci alkoholu.

R1 – „No dám si večer víno.“

R2 – „Večer si dám sklenku vína, ale za závislost to nepovažuju.“

R4 – „Skleničku vína si občas dám, kávu 2x denně, sladké mám ráda - šťastný ten kdo ne, ale spíše doma upečený koláč než sladkost z obchodu.“

R6 – „Kouřím a občas si dám víno.“

Mezi respondentkami byly tři kuřačky a jedna z respondentek uvedla závislost na kouření v minulosti.

R7 – „Jsem kuřák.“

R2 – „Kouřila jsem dřív, chuť na cigaretu mi bohužel zůstala, ale nevezmu si ji. Čím větší byl stres nebo jen nuda, tím víc cigaret ten den padlo. Přestala jsem díky partnerovi. Nekouřím už 10 let.“

R3 – „Bohužel kouřím, ale jen slimky.“

R6 – „Kouřím a občas si dám víno.“

Nejvyšší četnost mezi návykovými látkami měla káva.

R2 – „S kávou je to horší, vypiju minimálně tři silné kávy denně. Cukr se snažím omezovat, ale k té kávě se sladké hodí.“

R3 – „Bohužel v minulosti jsem byla závislá na kávě, ale nyní již kávu nepiju. Nedělalo mi to dobře, bolel mě žaludek. Pouze kávové náhražky. Nejčastěji si dopřávám mletý pražený pampeliškový kořen.“

R4 – „Skleničku vína si občas dám, kávu 2x denně, sladké mám ráda - šťastný ten kdo ne, ale spíše doma upečený koláč než sladkost z obchodu.“

R8 – „Kávu piju rozumně, nekouřím, alkohol piju maximálně 1x týdně, jiné drogy mi nic neříkají.“

R10 – „Jsem závislá na kávě. Tuhle závislost neřeším.“

Jedna z respondentek uvedla závislost na jídle.

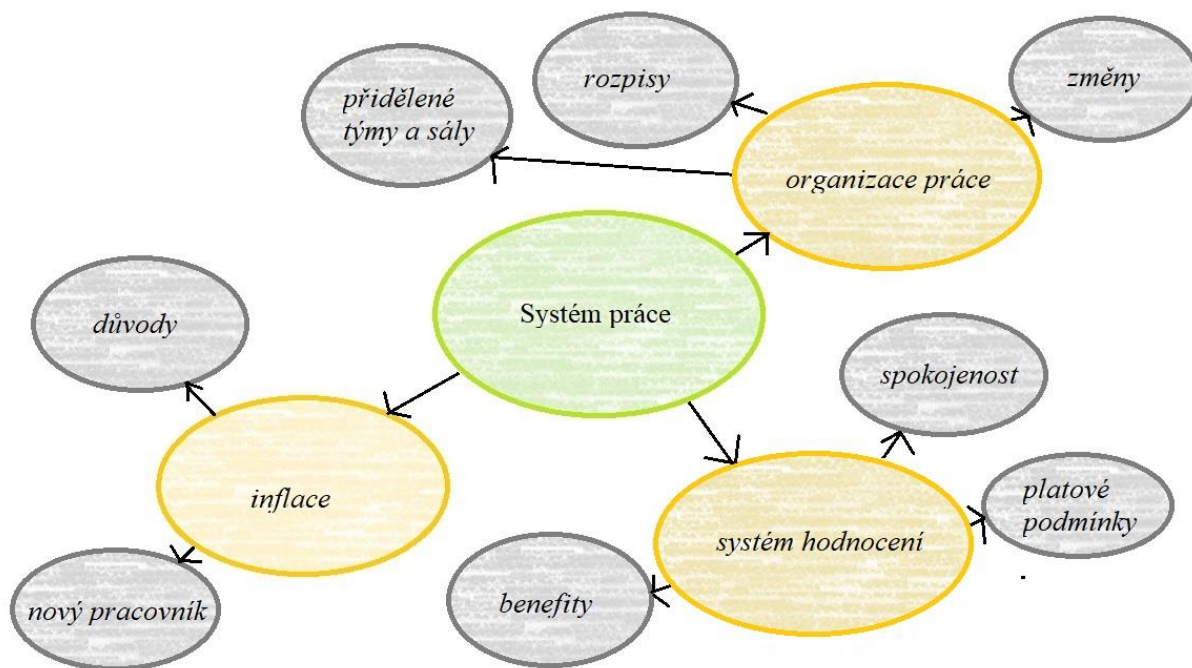
R5 – „Jídlo je moje závislost.“

Pouze jedna z respondentek uvedla, že nemá žádnou závislost a nekonzumuje žádné návykové látky.

R9 – „Určitě na ně má stres vliv, ale mě se to vyhýbá, nesouhlasím s nimi jako s řešením problémů pokud se to tak dá říct.“

2.6.2.5 Systém práce

Jedno z hlavních témat rozhovorů se týkalo otázek vztahujících se k systému a organizaci práce na oddělení operačních sálů. Sestry zde popisovaly způsoby rozdělení do týmů a oborů. Dále pak pod toto téma byly zařazeny otázky ohledně platového ohodnocení a benefitů. Součástí byly témata vztahující se k personálním změnám.



Obrázek 8 Mentální mapa: Systém práce

Organizace práce

Perioperační sestry tohoto oddělení pracují každý den ve dvojicích. Většina respondentek uvedla, že se obsazení týmů různě mění. Dvě sestry uvedly, že pracují ve stejném obsazení. Respondentky označovaly tento systém jako vyhovující.

R2 – „*Jak kdy, je to různé. Každý den nás vrchní sestra rozděluje, takže býváme v různých dvojicích. Někdy je to fajn, jindy zase ne. Není v tom nějaký systém. Přiznám, že se mi s někým pracuje líp, s někým je to těžší. Ale hlavní je hladký průběh a bezpečnost operace. Systém? To je otázka. Možná bych uvítala, kdyby jsme se střídali třeba po týdnech na jednotlivých sálech, takto to způsobuje zbytečné napětí.*“

R3 – „*Celý den pracuji vždy se stejným týmem lidí. Ráno nás prohodí.*“

R4 – „*Dvojice se na sále mění, tak každý den jsme ve skupině s někým jiným. Máme jeden sál v daný den. Na sále se operuje jeden obor, ale někdy se můžou i vystřídat dle situace nejčastěji plastika potom chirurgie, urologie a potom chirurgie. Nejčastěji v pracovní den ráno se dozvíme na jaký sál a obor jdeme. Někdy už to víme i den předem. Lepší až ráno, nestresuju se už večer co bude zítra. Lepší hlavně teď ze začátku, být s jedním a ten ví co už vím a co ne.*“

R6 – „*Pracujeme v různých týmech. Na různých oborech. Denně se střídáme a dozvídáme se to většinou ráno. Mně to takto vyhovuje.*“

R7 – „*Týmy se mění, sály také a je to vyhovující.*“

R9 – „*Anesteziolog a anesteziologická sestra se střídají většinou pravidelně, každý týden na jednom sále. My to máme dané různě. Jsme dobý kolektiv, problém s tím nemám. Je to podle mě příjemné, nebýt každý den se stejnými lidmi.*“

R10 – „*Já pracuji na jednom sále, v jednom oboru, ale každý den mám jiného pracovníka. Tuto skutečnost se dovidám odpoledne den před následujícím dnem. Tento systém mi nevadí. Délka praxe, vrchní sestra mi to umožňuje, aspoň většinou. Občas chodím i jinam.*“

Systém ohodnocení

Respondentky byly dotazovány na spokojenost s platovým ohodnocením. Více než polovina z dotazovaných vyjádřila nespokojenost s tímto systémem a

R1 – „*50:50.*“

R2 – „*U nás nefungují tabulkové platy, snaha o sjednocení platů je, ale je neprůhledná a rozdíly stále trvají.*“

R3 – „*Ne. Kdyby byla možnost, zvolím určitě fakultní nemocnici, kde je více i přes 10 000 měsíčně, bohužel v kraji není. Nejbližší 100 km, s malými dětmi je teď nereálné dojíždět.*“

R5 – „*Soukromý špitál - míň peněz.*“

R7 – „*Jsme podhodnocené, v tomto systém selhává.*“

R9 – „*Platové podmínky bych zlepšila, ale to rozhodnutí není na mě a myslím si, že ještě nejsem v pozici kdy bych si mohla diktovat.*“

Pouze jedna respondentka označila systém platového ohodnocení jako spravedlivý.

R4 – „*Spravedlivý.*“

K otázkám benefitů se většina respondentek odmítla vyjádřit. Jediná respondentka uvedla, že mezi benefity patří dva dny „Sick day“, příspěvek na stravování a odměnový systém. Dvě respondentky vyjádřily nespokojenost.

R2 – „*Z benefitů máme dva dny placeného volna v době nemoci, můžeme si je vybrat kdy potřebujeme. Příspěvek na obědy. Odměny.*“

R8 – „*Benefity ani nestojí za řeč.*“

R10 – „*Jsem v ranním provozu, kdy nejvíc práce se vykoná v době ranní směny. Příplatky se na nás, ale nevztahují.*“

Inflace

V otázkách personálních změn byly mezi respondentkami rozdíly. Sestry s delší dobou praxe uváděly, že se kolektiv mění. Oproti tomu sestry, které na oddělení strávily méně než 5 let, označovaly kolektiv jako stabilní.

R1 – „*Mění.*“

R2 – „*Kolektiv se mění. Prvních pár let, co jsem nastoupila, odcházela každý rok jedna sestra. Teď je asi 3 roky kolektiv stejný. Jednu dobu jsem uvažovala hodně o odchodu, kvůli atmosféře. Nového člověka vítám. Je to nová situace, změna, prospívá kolektivu. Před cizím člověkem se všichni chovají jinak, hezky, příjemně. Zaučování mi osobně nevadí, ikdyž je práce mnohem víc náročná.*“

R3 – „*Kolektiv je stálý. Myslím, že je každá ráda za takovou práci.*“

R4 – „*Na našem oddělení je stálý kolektiv.*“

R5 – „*Spíš stabilní. Vnímám dobře. Známe dlouhou dobu ho zaučit.*“

R6 – „*Občas někdo odejde, ale teď jsme již delší dobu stálý kolektiv.*“

R7 – „*Máme ustálený kolektiv. Nevím, 3-4 roky zpět. Je to fajn, vnese to nový vítr mezi nás.*“

R8 – „*Jsmo stálý kolektiv. Neuvažuji o odchodu. Nové kolegyně vítám, účastním se jejich zaškolení. Mou pozici to neovlivní.*“

R9 – „*Ano, u nás je kolektiv stejný. Já jsem přišla abych doplnila chybějící stav. Jsme malá klinika, více sester by se nás neuživilo. Snažím se dělat svou práci co nejlépe, baví mě, chci jí odvádět dobře a samozřejmě nechci být nahrazena, nic méně stát se může cokoliv. Beru to pozitivně, jsem zdravotník, práci vždycky najdu.*“

R10 – „*Kolektiv není stálý. O odchodu neuvažuji. Snažím se novému pracovníkovi věnovat.*“

Část respondentek se u tématu inflace vyjádřilo k tomu, jak vnímají příchod nového pracovníka. Tři respondentky jej hodnotily kladně, jedna upozornila na dlouhou zaškolovací dobu.

R5 – „*Vnímám dobře. Známe dlouhou dobu ho zaučit. Ovlivní tak, že určitou dobu nemám spoleh. Časově náročné, psychicky pro všechny, včetně lékařů.*“

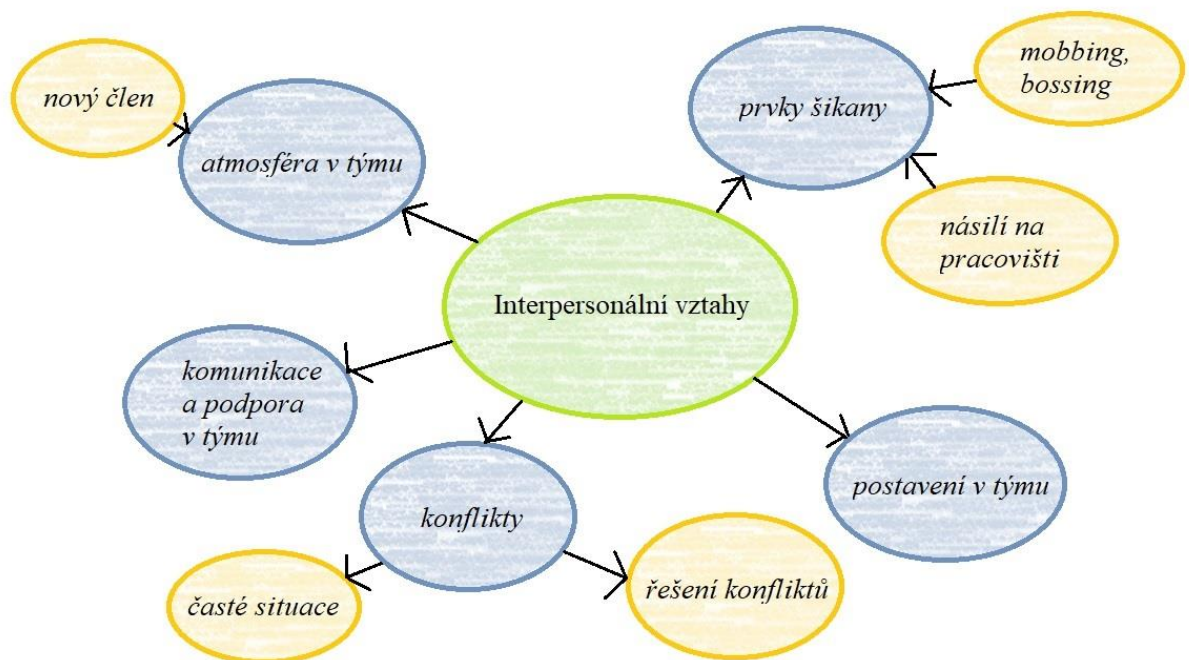
R7 – „Je to fajn ,vnese to nový vítr mezi nás.“

R8 – „Nové kolegyně vítám, účastním se jejich zaškolení.“

R10 – „Snažím se novému pracovníkovi věnovat.“

2.6.2.6 Interpersonální vztahy

V této oblasti byly perioperačním sestřám pokládány otázky ohledně toho, jak se cítí v kolektivu, jakou roli v něm mají, jak dokáží komunikovat a zda mají v kolektivu oporu. Dalšími položkami rozhovoru byly konfliktní situace a jejich řešení. Na konci rozhovoru byly pokládány otázky ohledně prvků šikany a násilí na pracovišti.



Obrázek 9 Mentální mapa: Interpersonální vztahy

Týmová atmosféra

Dalším téma rozhovoru se věnovalo týmové atmosféře. Dvě respondentky označily kolektiv jako přátelský a cítí se v něm příjemně. Většina respondentek přiznala problémy kolektivu a ne vždy příjemnou atmosféru. Tři respondentky se odmítly k tématu vyjádřit.

R2 – „Náš kolektiv je rodinný. Bohužel v rodině plné žen, to občas zaskřípe. Na oko vypadáme všichni moc spokojeně, ale kolektiv si žije i zákulisním životem. Pomluvy, intriky, podivné zkoušky jsou tady časté.“

R3 – „Někdy je to nahoře a jindy dole. Jsou tu takové protivné drbny, co donáší staniční. To je ale asi všude.“

R4 – „Převážně atmosféra přátelská.“

R8 – „Kolektiv jsme přátelský, ale jako všude, i u nás se neshodne každý s každým.“

R7 – „Cítím se moc dobře, kolektiv je fajn.“

R9 – „Příjemnou, spíše kamarádkou takže se k kolektivu cítím dobře.“

R10 – „Ne vždy příjemně.“

Postavení v týmu

Část respondentek označila toto téma jako těžké. Odpovědi zde byly různé, některé respondentky svou pozici v týmu označily jako průměrnou, proměnlivou či se považovaly za nováčky. Silnou nebo vedoucí roli nevedla žádná z respondentek.

R2 – „To je těžká otázka. Jak kdy, role jsou proměnlivé. Jednou jsem kolegyně, kamarádka, podruhé mladá co ničemu nerozumí a nepřítel. Mám méně praxe než některé kolegyně.“

R4 – „Nevím. Jsem v kolektivu krátce, ale když se potřebuju na něco zeptat, většina nemá problém. Ale samozřejmě jsou kolegyně s kterými jsem raději.“

R7 – „Běžnou, nevyčnívám.“

R8 – „Jsem průměrná.“

R9 – „Jsem nováček a nejmladší z kolektivu, přesto si myslím že jsem zapadla dobře.“

Komunikace a podpora v týmu

Většina respondentek uvedlo, že v kolektivu mají oporu, která jim pomáhá zvládnout stresové situace. Poukazovaly na důležitost důvěry a spolupráce, snahy najít řešení. Část respondentek uvedlo, že ne všechny sestry v týmu prokazují podporu.

R2 - „Oporu mám v hodně lidech, bohužel jen soukromou. V tomto strašně záleží na náladě a na kolegyni. Pokud si ty dvě sestry, které spolu jsou důvěřují, pak se navzájem hlídají a spolupracují. Pokud dojde k vypjaté situaci, dokáží ji vyřešit. Pokud je tam kolegyně, která nesleduje dění nebo hůř, pozná, že jste nervózní a ještě vám přidá, tak to je od základu špatně.“

R4 – „Záleží o jakou kolegyni se jedná, ale většina ano. Když nevím, poradí, snaží se najít vhodné řešení.“

R6 – „Cítím se součástí týmu a mám tam přátele.“

R7 – „Oporu mám v kamarádce, kolegyni.“

R8 – „Nehledám oporu, je to práce. Pomůže. Poznává to, že začnu mluvit víc nahlas a odsekávat. Uklidní zdroj napětí (chirurga) a tím mi pomůže.“

R9 – „Oporu co se práce týče mám ve vrchní sestře a obou lékařích, jak říkám, jsme dobrý kolektiv. S osobními věcmi se nesvěřuji. Sestrám s kterými jsem na sále řeknu, pokud mám problém. Zatím to vždy pochopily a situace se uklidila.“

R10 - Záleží s kterou kolegyní na sále jsem.

Konflikty

Za konfliktní situace respondentky označily problémy v komunikaci, soutěživost, nespokojenost s rozpisy dovolených a služeb či emoční vypětí.

R2 – „U nás je podporovaná soutěživost. Každý má snahu být lepší než ten druhý. Sestry pak čekají - ani vlastně nevím co čekají. Kariérní postup těžko, peníze navíc - možná, ale není to pravidlo. Chtějí se zavděčit? Ale komu vlastně a nechápu proč. Je to u nás bludný kruh. A není to zdravé.“

R3 – „Drby, sex na pracovišti, drby. Neřeším je, nechci se zaplétat. Dělam, že žádné problémy nevidím.“

R4 – „Nebyla jsem svědek nějakých velkých konfliktů. Situace co jsem postřehla - počet směn, svátky, víkendy, dovolené. Pak klasika, někdo věci na sále nedoplňuje, jiný přeplňuje. Jeden uklízí moc, druhý málo.“

R5 – „Jedním slovem - ženský. Hlavně ale „kolegiální“.“

R6 – „Někdy příliš osobní kontakt, přílišné emoce.“

R7 – „Rozdílné názory.“

R9 – „Zmínila jsem, že jsme věkově různorodí, to je pozitivum, negativum je to, že jde pořád z větší části o ženský kolektiv.“

R10 – „Různorodý kolektiv. Taky, ale i o lidi, jací jsou.“

Řešení konfliktů

Polovina respondentek uvedlo, že konflikty se řeší ve skupině přes vrchní sestru pomocí rozmluvy.

R2 – „Problémy se u nás málokdy řeší z očí do očí. Spíš se řeší přes vrchní sestru. Konflikty občas bývají, pokud na sále nefunguje spolupráce nebo jedna ze sester udělá chybu. Případně, když je dlouho klid, tak si někdo problém vykonstruuje.“

R5 – „V současné době moc neřeším. Když tak rozmluvou.“

R6 – „Komunikací. Sedneme a vyřikáme si to.“

R9 – „Sedneme si a vyřikáme si to všichni dohromady, pokud je to vhodné. Jinak se jakýkoliv konflikt řeší v soukromí mezi dotýčnými.“

R10 – „Jsme v časovém tlaku, ale snažíme se řešit objektivně.“

Prvky násilí a šikany

Čtyři respondentky se setkaly s prvky mobbingu či bossingu. Více než polovina respondentek uvedlo, že se ve své praxi setkalo s prvky násilí. Pokud jde o násilné chování ze strany lékařů, respondentky vidí příčinu v nepříznivém postupu operace, kdy se operátér potřebuje uklidnit. Jeho negativní reakce se promítne ve formě vulgarismů, případně házením věcí. Další z respondentek zmiňovaly prvky mobbingu či bossingu ze strany lékaře.

R2 – „Ano, občas se stává ze strany doktorů, že potřebují upustit páru a padnou nějaká slova nebo letí nástroj.“

R4 – „Ano. Na předchozím pracovišti lékař hodil nástrojem přes sál. Na novém pracovišti starší lékařka na sestru (mě). Mnoho narážek, vše špatně, potřeba ukázat, že ona je někdo. Nejednalo se o nadávky nebo fyzické násilí, ale spíše o vytýkání hloupostí, stále upozorňování na nedůležité věci. Neřešila jsem, prý je to běžný stav a paní doktorka se tak chová ke všem mladým, novým sestram. zatím jsem s ní byla jednou, uvidím, jak to bude dál.“

R5 – „Ano. Házení nástrojů.“

R6 – „Ano a patří to k naší práci. Nemyslím ponižování, ale občasné sprosté slovo nebo hozený nástroj. Snažím se to nebrat osobně. V minulosti ano a snažila jsem se s dotýčným domluvit a nakonec jsem docílila změny. Teď už jsem klidnější a spoustu věcí neřeším.“

R7 – „Zažila jsem. Obojí. Nadávky, naschvály, ignorování, lítaly nástroje. Ze strany lékaře. -
Nijak, nesmí se to brát osobně.“

R10 – „Ano, zažila jsem obojí od lékaře.“

Několik respondentek upozornilo na mobbing ze strany sester. Na rozdíl od lékařů, u kterých byly situace více transparentní, označovaly jednání sester jako skryté, špatně prokazatelné. Jako prvky mobbingu respondentky označovaly např. nevhodný způsob zkoušení znalostí a dovedností během operací, odmítání podpory během adaptačního procesu, ignorování druhé osoby, křik.

R2 – *„Ze strany sester je to spíš skryté násilí, špatně se odhaluje a člověka ničí. Já beru náročné situace jako zkoušku. Když udělám chybu, příště se ji snažím napravit. Některé lekce od kolegyně mě hodně posunuly v pracovním životě, rychleji jsem se učila, dělala jsem miň chyb, víc jsem se spoléhala na sebe. S osobními útoky to bylo těžší, jednu dobu to přerostlo až v panické záchvaty, které se objevovaly v noci. Naučila jsem se tyto stavy zvládat pomocí bylinek a jógy. Nevím kolik těchto situací se dá zveřejnit. Problém u operačních sálů je, že je to uzavřené oddělení. To co se tam děje, se děje opravdu za zavřenými dveřmi a není svědků, není soudce. Spousta lidí pro svůj klid zavírá oči a prostě nereaguje. Byla jsem na hodně poradách, které měly předem připravený scénář, kde se po zaměstnanci křičelo, aniž by měl možnost se hájit, často to končilo slzama. Nebo ignorace někoho z týmu, určená dvojice měla být spolu na sále a sestra dělala, že tam ta druhá není a úkolovala sanitářku. Taky neustálé zkoušení a ponižování nových sester před doktory, mizivý proces zaučování. A podobné situace. Ani se mi o tom nechce mluvit. Teď je díkybohu chvilku klid.“*

R3 – *„Když jsem nastoupila, tak mě šikanovala jedna kolegyně, ale pak umřela na raka. Asi karma.“*

R4 – *„Bossing i mobbing. Kolegyně nevhodné narážky, ztrapňování, zkoušení, povyšování. Stížnost nadřízené - chvilku klid, pak znova dělala to novým sestram, pak naštěstí odešla sama. Bossing, vyhrožování - at' si táhneme sester je dost. Tři sestry stejné vzdělání, jiné mzdy, rozdělování odměn podle kamarádských vztahů, za trest na nejhorší sál atd., upřednostňování kamarádek. Tehdy jsem byla po škole, ze začátku mi to přišlo normální, neřešila jsem. Proti některým kolegyním, ty to měly horší, např. s popálenou rukou ke stolu i když to šlo jinak.“*

Dalším problémem, na který respondentky upozornily, je způsob zacházení s novými sestrami.

R3 – *„Ale každému nováčkovi to pěkně osladím. Je potřeba aby pochopil, že se s něj nikdo nezblázní. Když mu to hned na začátku vytmavíme, nebude si pak vyskakovat. Pár lidí to na mě zkusilo, ale děje se to spíše nováčkům.“*

R10 – „*Ano zažila od starších kolegyň, když jsem začínala jako mladá. Snažila jsem se nedělat chyby. Nerada na to vzpomínám.*“

Jedna z respondentek násilí a prvky šikany na pracovišti popřela.

R8 – „*Násilí se u nás nekoná. U nás se nešikánuje.*“

Respondentka R9 pracuje na oddělení krátce, s žádnou formou mobbingu či násilí se nesetkala.

R9 – „*Já osobně ne, ale z vyprávění od kolegyní jsem o tom slyšela. Ne s žádnou s těchto forem šikany zkušenosti nemám, ale sama bych situaci vyřešila odchodem ze zaměstnání.*“

Respondentka R1 požádala o ukončení rozhovoru.

R1 – „*Nechci o tom mluvit.*“

3 DISKUZE

Diplomová práce je zaměřena na problematiku odolnosti perioperačních sester vůči stresu. V této kapitole jsou diskutovány výsledky průzkumného šetření, které jsou srovnávány s výsledky výzkumů realizovaných v této oblasti a s dostupnou odbornou literaturou k tomuto tématu. Průzkumné šetření mělo tři výzkumné otázky:

- 1) Jaký je smysl pro soudržnost u perioperačních sester?
- 2) Jaké jsou zkušenosti perioperačních sester s výkonem své profese?
- 3) Jak perioperační sestry pečují o své zdraví?

3.1 Výzkumná otázka č. 1: Jaký je smysl pro soudržnost u perioperačních sester?

Z výzkumného šetření vyplývá, že průměrná hodnota SOC u perioperačních sester byla 173,9.

Srovnáme-li li tyto hodnoty s Antonovského normalizačním vzorkem z osmdesátých let (viz Tabulka 6), hodnoty naší skupiny jsou vyšší než hodnoty všech jedenácti skupin Antonovského.

Tabulka 6 Antonovsky - normativní data (Antonovsky, 1987)

Soubor	N	Průměr SOC
Izraelský národní vzorek	297	136,47
Pracovníci ve výrobě ze státu New York	111	133,01
Vysokoškoláci z USA	366	133,13
	308	132,40
Vysokoškoláci psychologové z USA	59	139,71
Zdravotničtí pracovníci z Izraele	33	151,42
Izraelští armádní důstojníci ve výcviku	177	158,65
	338	160,44
	228	158,99
Zdravotničtí pracovníci z Edmontonu	108	148,63
Severští pracovně zdravotničtí pracovníci	30	146,10

Novější české výzkumy, prováděné A. Pelcákem v letech 2001 – 2006 s cílem vytvořit orientační české normy, uvádějí průměr SOC 145,6, směrodatnou odchylku 18,6 (Pelcák, 2009). Hodnoty naší skupiny perioperačních sester se nacházejí přibližně 1,5 směrodatné odchylky nad průměrem.

A. Pelcák popsal rozložení SOC-29 u vybraných skupin populace. Jednalo se o devatenáct souborů, včetně patientských. Náš vzorek perioperačních sester se pohyboval svým průměrem nad těmito skupinami. Nejbližší k našim hodnotám je soubor Policie URNA s průměrnou hodnotou SOC 161,93.

Tabulka 7 Průměrné hodnoty SOC u vybraných souborů populace - výzkum 2001 – 2006 (Pelcák, 2009)

Soubor	N	SOC
Kontrolní soubor zdravá populace	372	147,76
Medik, studenti medicíny	511	140,77
Lékaři	101	147,43
Zdravotní sestry	78	146,90
Zdravotníci záchranného systému	93	148,76
Kynologové-záchranáři	79	152,10
Hasiči-záchranáři	753	147,45
Policie ACR	237	154,78
Profesionálové ACR	61	152,15
Policie ČR	101	149,80
Policisté – specialisté	85	147,35
Policie URNA	42	161,93
Studenti neučitelských oborů PdF	104	144,38
Poskytovatelky soc. péče	76	139,18
Pacienti s DM I. a II. typu	125	132,76
Pacientky opakovaně selhávající při redukci hmotnosti	121	145,77
Pacienti s dg. stomatodynie	42	124,12
Pacienti rizikové chování	37	137,42
Těhotné ženy	44	145,42

Perioperační sestry z našeho výzkumu tedy vnímají svět ve větší míře jako pochopitelný, zvládnutelný a smysluplný než osoby z většiny výše uvedených výzkumů, včetně normalizačního souboru české populace (n = 2757).

Při analýze jednotlivých subškál zkoumané osoby odpovídaly nejvýše na subškále Zvládnutelnost (Manageability), středních hodnot (vzhledem k jejich celkovým výsledkům) dosahovaly na subškále Srozumitelnost (Comprehensibility) a Zvládnutelnost (Meaningfulness). Z hlediska konceptu Sense of coherence to znamená, že události v jejich životě sestry spíše považují za náhodné. Vnímají je jako výzvy, v nichž se mají chuť angažovat a emočně do nich investovat. Uvědomují si, že mají zdroje k jejich zvládnutí.

V kvalitativní části výzkumu byly v rámci polostrukturovaného rozhovoru perioperačním sestrám pokládány otázky k dotazníku SOC-29. Jednalo se o otázky ohledně obtížnosti vyplnění dotazníku nebo na které otázky sestry měly problém odpovědět, kde váhaly, nad kterými přemýšlely nebo jim jen zůstaly v paměti. Tato část měla být komunikačním kanálem, úvodem do rozhovoru. Cílem byla hlubší diskuze nad SOC-29, rozvedení jednotlivých témat. Respondentky však na tyto otázky odpovídaly velmi stručně. Většina odpovědí byla jednoslovná. Vyplnění dotazníku sestry hodnotily jako nenáročné, otázky byly zajímavé a k zamyšlení, ale jednotlivé položky si nepamatují nebo se k nim nechtějí vracet. Některé respondentky uvedly, že bylo náročné odpovědět na otázky, které se týkaly budoucnosti.

R2 – „*Možná ty otázky ohledně budoucnosti. Jsou postavené jakoby člověk měl vědět co v budoucnu bude, ale dělejte si v dnešní nejisté době plány.*“

R4 – „*27. Stane se Vám, že máte pocit, že nevíte dost dobře, co se bude dít dál? Tato otázka mi přijde zvláštní, tento pocit nemám. Přesto určité věci v krátkodobém horizontu lze předpokládat, naplánovat, ale nikdo neví, co nám život připraví, co přijde. 20. Váš budoucí život bude pravděpodobně... Podobně jako u otázky 27. Těžko předpovídat, když nevím, do jakých situací se a v jakém časovém horizontu se dostanu. Můžu si myslet, že zvládnou vše, ale kolikrát život připraví takové věci, co nás ani nenapadnou, že jsou možné.*“

Na tyto otázky upozorňuje Flensburg-Madsen, 2005. Ve svém článku uvádí, že Aaron Antonovsky vytvořil koherenci mezi životem uvnitř a světem vnějším jako „smysl pro soudržnost“ a předpokládal, že tato koherence bude hlavním prediktorem zdraví. Bohužel jeho škála smyslu pro soudržnost nebyla schopna dokumentovat předpokládané silné korelace mezi SOC a fyzickým zdravím. Flensburg-Madsen naznačuje, že zatímco myšlenka smyslu pro soudržnost je zdravá, konceptualizace, teorie a operacionalizace myšlenky Antonovského byla

nevhodná. Pokud jde o koncept předvídatelnosti (naznačuje preferenci Antonovského před „nedynamickým“ stabilním a předvídatelným životem) byl zabudován do stupnice jako pevný předpoklad pro dosažení silného smyslu soudržnosti. Proto Felsborg-Mandsen a kol. navrhuje, že lze vytvořit lepší měřítko SOC bez konceptu předvídatelnosti a že osm otázek v 29 položkové škále SOC je nesprávné zahrnuto.

Otázka č. 10 „**V posledních 10 letech váš život byl: plný změn, kdy jste nikdy nevěděl (a), co se bude dít dál / plynul pořád stejně dál ve stále shodě a pohodě.**“ U této otázky se naprostá většina perioperačních sester pohybovala v negativním pólu. V rozhovorech žádná ze sester nevedla informaci, která by pomohla ozřejmit důvod nízkých hodnot v této kategorii. Jelikož většina respondentek má nižší délku praxe na oddělení operačních sálů nižší než 10 let, může být změna zaměstnání jednou ze změn. Některé sestry v rozhovorech naznačují možnost změn v kolektivu či strach o svou pozici.

R9 – „*Já jsem přišla abych doplnila chybějící stav. Jsme malá klinika, více sester by se nás neuživilo. Snažím se dělat svou práci co nejlépe, baví mě, chci ji odvádět dobře a samozřejmě nechci být nahrazena, nic méně stát se může cokoliv. Beru to pozitivně, jsem zdravotník, práci vždycky najdu.*“

Dalším faktorem nejistoty a změn může být současná situace kolem onemocnění COVID-19. V době realizace výzkumu bylo oddělení v minimálním provozu. Plánované operace byly odsunuty na neurčito, operativa probíhala pouze pro akutní stavy. Některým sestřám byla nařízena dovolená, další byly posílány na jiná oddělení, aby doplnily chybějící personál. Jedním z výzkumů zabývajícím se vlivem pandemie COVID-19 v souvislosti s konceptem SOC je *Sense of coherence, engagement, and work environment as precursors of psychological distress among non-health workers during the COVID-19 pandemic in Spain* (Ruiz-Frutos a kol., 2021). Tento výzkum se zabýval smyslem pro soudržnost, zapojením a pracovním prostředím jako nástroji pro předcházení psychického utrpení mezi nezdravotnickými pracovníky během COVID-19 pandemie ve Španělsku. Také měl za cíl posoudit účinky COVID-19 na fyzické a duševní zdraví nezdravotnických pracovníků (N - 1089). Výsledky této studie říkají, že vztah mezi smyslem pro soudržnost, pracovním prostředím, pracovním nasazením a psychickými potížemi mají zvláštní význam u nezdravotnických pracovníků, kteří během nich vykonávali základní činnosti pandemie COVID-19. Téměř všichni respondenti věřili, že by profesionálům a dobrovolníkům zapojeným do COVID 19 měla být poskytnuta psychologická podpora, což může být indikátorem účinku pandemie COVID-19 na duševní

zdraví pracovníků. Podobné výsledky jako u této studie, které spojují angažovanost s duševním zdravím prokázal výzkum autorů Gomez et al. v roce 2019 v článku *Organizational and psychosocial working conditions and their relationship with mental health outcomes in patient-care workers*.

Vzhledem k poměrně nízké době praxe na operačních sálech – u většiny sester pod 10 let, je možné, že předvídatelnost je ovlivněna tím, že perioperační sestry nemají ještě tolik zkušeností, aby jim situace během operačního programu přišly automatické a ve větší míře předvídatelné.

„Máte pocit, že se s Vámi zachází nespravedlivě?“ U této otázky se polovina respondentek pohybovala v negativním pólu, tedy se blížila tvrzení **„velmi často“**. V rozhovorech se perioperační sestry zmiňovaly o lékařích a jejich chování či náladách, které mohou ovlivnit pocit spravedlivého zacházení.

R3 – *„A taky jsou operatéri, kterým není nic dost dobré.“*

R3 – *„Ale snažím se si to nepouštět k tělu. Dam si pak dycky cigárko na balkoně, kde to proberu s kolegyněmi a společným brainstormingem dojdeme k závěru, že o nic nešlo.“*

Dalším faktorem, který může mít vliv na nízké hodnoty v otázce spravedlivého zacházení je vyjádření sester v tématu benefitů a ohodnocení. Část sester upozornila na problém s neprůhledností platového systému.

R2 – *„U nás nefungují tabulkové platy, snaha o sjednocení platů je, ale je neprůhledná a rozdíly stále trvají.“*

R7 – *„Jsme podhodnocené, v tomto systém selhává.“*

R8 – *„Benefity ani nestojí za řeč.“*

R9 – *„Platové podmínky bych zlepšila, ale to rozhodnutí není na mě a myslím si, že ještě nejsem v pozici kdy bych si mohla diktovat.“*

Na konci rozhovoru byla zařazena otázka, zda se perioperační sestry setkaly s nějakou formou šikany či násilí na pracovišti. Přestože toto téma bylo původně zamýšleno jen jako okrajové, některé sestry projevíly potřebu se k tématu vyjádřit podrobněji. Existence mobbingu, bossingu či násilí na pracovišti může mít z velké části vliv na odpovědi v otázce spravedlivého zacházení.

R2 – „*Náš kolektiv je rodinný. Bohužel v rodině plné žen, to občas zaskřípe. Na oko vypadáme všichni moc spokojeně, ale kolektiv si žije i zákulisním životem. Pomluvy, intriky, podivné zkoušky jsou tady časté.*“

R3 – „*Někdy je to nahoře a jindy dole. Jsou tu takové protivné drbny, co donáší staniční. To je ale asi všude.*“

R4 – „*Ano. Na předchozím pracovišti lékař hodil nástrojem přes sál. Na novém pracovišti starší lékařka na sestru (mě). Mnoho narážek, vše špatně, potřeba ukázat, že ona je někdo. Nejednalo se o nadávky nebo fyzické násilí, ale spíše o vytýkání hloupostí, stále upozorňování na nedůležité věci.*“

R4 – „*Bossing i mobbing. Kolegyně nevhodné narážky, ztrapňování, zkoušení, povyšování.*“

Respondentky popisují aspekty dynamického pracovního života se vzestupy a pády, včetně jejich strategie zvládnání. I přes tyto překážky dosahovaly perioperační sestry tohoto oddělení vysokého skóre SOC, což ukazuje na jejich silnou nezdolnost, schopnost překonávat překážky a najít v životě smysl.

3.2 Výzkumná otázka č. 2: Jaké jsou zkušenosti perioperačních sester s výkonem své profese?

Pracovní náplň a samotné prostředí operačních sálů je velmi specifické. Proto část výzkumu této práce byla zaměřena způsob, jakým lidé v organizacích pracují a jaký subjektivní vztah ke své práci mají. V úvodu rozhovorů byly pokládány otázky na to, jak sestry vnímají svou profesi. Perioperační sestry zde zmiňovaly, že je práce baví, připadá jim atraktivní. Velká část sester zmiňovala „adrenalin“, který jim přináší.

R6 – „*Chtěla jsem změnu a přišla nabídka jít na sál. Zkusila jsem to a teď nelituji. Práce mě naplňuje. Pořád se učím nové věci. Líbí se mi být součástí týmu a někdy je to adrenalin. Ale je to moc krásná práce a být sestrou mě naplňuje.*“

Zajímavým zjištěním je, že respondentky tohoto oddělení věnovaly v rozhovorech větší prostor pozitivním aspektům profese, naopak k přímé otázce na negativa profese, neměly potřebu v úvodu rozhovoru rozvádět. Respondentky, které se k otázce negativům práce na oddělení operačních sálů vyjádřily, uváděly nejčastěji stres a mezilidské vztahy jako záporné faktory. Smith, 2018 ve svém článku *Technology stress in perioperative nursing: An ongoing concern* uvádí, že operační sály jsou prostředím s vysokým stresem, ve kterém se obtížně orientuje. Je zde velká škála pacientů a nedostatek podpory ze strany spolupracovníků. Tyto problémy

mohou vyústit v klesající morálku, sníženou spokojenost s prací, zvýšené množství chyb, zvýšené vyčerpání a potíže s náborem kvalifikovaných sester (Smith, 2018).

V průběhu trvání rozhovorů a díky podrobnějším otázkám, se sestry více otevřely těmto tématům.

Smith (2018) také zdůraznil, že požadavky konkurenčních rolí perioperačních sester a následné zvýšení pracovního stresu je spojené se zvýšenou technickou složitostí práce. Nároky na znalosti a technické dovednosti však žádná ze sester tohoto oddělení neměla potřebu zmínit.

Mezilidské vztahy byly jedním z obsáhlejších témat rozhovorů. Respondentky zde zmiňovaly oporu v týmu. Často mezi nimi vznikají vztahy na úrovni přátelství, které jim pomáhají zvládat překážky. Jedna z oblastí rozhovoru byla věnována příchodu nového zaměstnance. Většina perioperačních sester hodnotila příchod nového zaměstnance jako velmi pozitivní událost. Některé sestry však upozornily na komplikace, které sebou personální změna nese.

R2 – „*U nás je podporovaná soutěživost. Každý má snahu být lepší než ten druhý.*“

R3 – „*Ale každému nováčkovi to pěkně osladím. Je potřeba aby pochopil, že se s něj nikdo nezblázní. Když mu to hned na začátku vytmavíme, nebude si pak vyskakovat.*“

Respondentka R3 během rozhovoru uvedla, že při svém nástupu se s mobbingem ze strany starší kolegyně setkala.

R3 – „*Když jsem nastoupila, tak mě šikanovala jedna kolegyně...*“

Tento fakt vede k úvaze, zda na tomto oddělení není mobbing již zaběhlým standardem, ve kterém se sestry naučily pracovat. Vzhledem ke stručným a proměnlivým odpovědím některých sester lze usuzovat, že na tomto oddělení je existuje vážný problém v oblasti mezilidských vztahů.

Jedním z novějších článků, které se zabývají problematikou příchodu nových perioperačních sester je *Promoting Resilience in New Perioperative Nurses* od autorů T. M. Steaphens, P. Smith a C. Cherry. Autorky upozorňují na chaotickou povahu prostředí, které je notoricky známé tím, že postrádá vítanou a pečující atmosféru požadovanou pro nového pracovníka. Místo toho nová zdravotní sestra často zažívá pocit nechtěnosti, nekompetentnosti a ponížení. Mnoho začínajících zdravotních sester proto hledá zaměstnání jinde nebo opouští povolání kvůli stresu na pracovišti a zklamání, které cítí (Steaphens et al., 2017).

Kolektiv sester oddělení operačních sálů také upozornil na problém mobbingu, bossingu a násilí či sexu na pracovišti. Operační sály jsou oddělení uzavřené, což může ztížit odhalení a řešení těchto problémů. Velká část respondentek tyto problémy neřeší nebo je přímo popírá.

R3 – „*Drby, sex na pracovišti, drby. Neřeším je, nechci se zaplétat. Dělam, ze žádné problémy nevidím.*“

R4 – „*Bossing i mobbing. Kolegyně nevhodné narážky, ztrapňování, zkoušení, povyšování.*“

R6 – „*Ano a patří to k naší práci. Nemyslím ponižování, ale občasné sprosté slovo nebo hozený nástroj. Snažím se to nebrat osobně.*“

R8 – „*Násilí se u nás nekoná. U nás se nešikánuje.*“

Problematicke šikany na pracovišti a sexuálnímu obtěžování se věnuje korejský výzkum *Workplace Violence, Stress, and Turnover Intention among Perioperative Nurses* autorů Y. H. Roh a Y. S. Yoo. Účelem studie bylo identifikovat zprávy o násilí na pracovišti, stresu a vztahy mezi perioperačními sestrami (N - 162). Všechny sestry ve studii hlásily případy násilí do šesti měsíců od začátku studie. Lékaři, konkrétně operující chirurgové byli uváděni jako páchatelé násilí na pracovišti. Uvedený zdroj násilí byla porucha nebo nedostatek chirurgického vybavení nebo nástroj vyhovoval chirurgickým požadavkům. Subjekty bylo hlášeno (87,7%) zneužívání na pracovišti sestrami a nejčastěji staršími sestrami. Zneužívání perioperačních sester mělo verbální formu. Jako zdroj násilí na pracovišti byla uváděna únava a stres vyplývající z vysoké pracovní zátěže. Subjekty uváděly úroveň stresu 7,39 z možných deseti bodů ve vztahu k násilí na pracovišti. Více než třicet pět procent subjektů uvedlo, že mají v úmyslu odejít kvůli násilí na pracovišti. Tyto sestry uvádějí vyšší úroveň stresu, protože zažily více násilí na pracovišti od zdravotních sester a lékařů, oproti těm sestram, které nenahlásily žádný problém. Výsledky této studie naznačují, že třetina ze zaměstnaných sester, že chce opustit své pozice kvůli násilí na pracovišti.

Násilí a šikana na pracovišti je vážným problémem pro perioperační sestry, ať už je ze strany lékaře nebo jiné sestry.

3.3 Výzkumná otázka č. 3: Jak perioperační sestry pečují o své zdraví?

V hektickém světě ošetrovatelství může trpět zdraví, bezpečnost a pohoda sester. S rušným profesionálním životem a osobními závazky a povinnostmi se perioperační sestry snaží zvládnout vyvážený život (Ross, 2017).

Další oblast rozhovorů byla věnována tomu, jak perioperační sestry vnímají své zdraví a jakým způsobem o něj pečují.

R9 – „*Moje kolegyně jsou hodně sportovně založené a fyzicky zdatné.*“

Většina perioperačních sester tohoto oddělení se potýká s nějakým zdravotním problémem - bolesti zad, únava, problémy s nadváhou apod. Přesto tyto sestry téměř neměly potřebu rozvíjet téma fyzické náročnosti své profese. Všechny jsou nějakým způsobem fyzicky aktivní. Některé sestry uváděly sklon k obezitě, depresi či neaktivitu z důvodu nedostatku času. Každá ze sester si našla vlastní způsob zvládnání stresu.

Studie *Evaluating perioperative nurses' health, safety, and wellness: Lead feature* (Ross, 2017) uvádí, že perioperační sestry bojují se stresem, únavou, nadváhou/obezitou, neaktivitou, depresí a několika dalšími zdravotními rizikovými faktory. Americká asociace zdravotních sester (ANA) podporuje bezpečné pracovní prostředí a zdravý životní styl pro všechny perioperační sestry ve Spojených státech. Aby pomohla sestřím při jejich cestě k fyzické a psychické pohodě a umožnila sestřím lépe identifikovat aktuální stav zdraví, bezpečnosti a pohody, spolupracovala se společností Pzer Inc. na vypracování bezplatného elektronického hodnocení zdravotních rizik (Health risk appraisals - HRA). HRA byla součástí kampaně HealthyNurse, která se od té doby stala iniciativou Zdravá sestra, Zdravý národ. Více než 91% perioperačních sester účastnících se tohoto výzkumu uvedlo, že se cítili dobře v den, kdy psaly hodnocení, podobně jako u obecné populace (89%). Chronické poruchy u perioperačních sester zahrnovaly alergie (47%), bolesti dolní části zad (42%) a deprese (23%). Výskyt bolesti dolní části zad byl nižší u obecné populace (32%) ve srovnání s perioperačními sestrami, což se může týkat dlouhodobého stání a zvedání těžkých břemen v perioperačním prostředí. Podle výsledků HRA byla výživa, spánek a cvičební návyky podobné mezi perioperačními sestrami a běžnou populací: o něco více než polovina každé populace (52 až 55%) uvedlo, že nepijí slazené nápoje; pouze 14 až 16 procent každé populace konzumuje doporučené pět porcí ovoce a zeleniny denně; více než polovina každé populace (55 až 58%) prováděla fyzické aktivity při mírné intenzitě po dobu 150 minut nebo při intenzivní intenzitě po dobu 75 minut týdně; a téměř polovina každé populace (47%) provádí cvičení silového tréninku dva nebo více dní v týdnu (Ross, 2017).

Pokud tyto výsledky srovnáme s daty z našeho výzkumu, nalezneme podobnost v oblasti vnímání zdraví – většina respondentek uvedla, že se v době rozhovorů cítily dobře, právě jako v americké studii. Shoda existuje i v uváděných zdravotních problémech. Oproti americké

studii, téměř všechny perioperační sestry z našeho výzkumu pijí neslazené nápoje. Zdravé stravování a mírnou fyzickou aktivitu u našeho vzorku prezentovala téměř polovina sester, podobně jako u dat z amerického výzkumu.

Část výzkumů uvádí souvislost mezi SOC a fyzickým zdravím. Například Rai (2018) vedl výzkum vlivu smyslu pro soudržnost na zdraví u studentů medicíny. Studie prokázala, že skóre SOC bylo významně spojeno s lépe hodnoceným zdravím účastníků. A Rai doporučuje, aby činnosti na lékařských vysokých školách byly předem navrženy tak, aby mířily směrem ke zlepšení celkového skóre SOC studentů, což zase podpoří jejich pozitivní zdraví. Naopak Flensburg-Mandsen ve svém článku z roku 2005 rozporuje souvislost SOC s fyzickým zdravím. Aaron Antonovsky vytvořil koherenci mezi životem uvnitř a světem vnějším jako „smysl pro soudržnost“ a předpokládal, že tato koherence bude hlavním prediktorem zdraví. Bohužel jeho škála smyslu pro soudržnost nebyla schopna dokumentovat předpokládané silné korelace mezi SOC a fyzickým zdravím (Flensburg-Mandsen, 2005). V našem výzkumu perioperační sestry disponovaly silným SOC a neuváděly výrazné zdravotní problémy. Souvislost mezi SOC a subjektivním zdravím je diskutované téma u kterého není jednoznačná shoda mezi autory (Munholz, 2020).

4 ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývala problematikou odolnosti perioperačních sester vůči stresu. Práce byla rozdělena na dvě části (teoretickou a průzkumnou). V teoretické části je podán z dostupných poznatků souhrn o dané problematice. Průzkumná část analyzuje kvalitativně-quantitativní průzkum, který probíhal pomocí polostrukturovaného rozhovoru a dotazníku SOC-29. Pro zjištění požadovaných výsledků byly v průzkumné části stanoveny tři cíle:

- 1) Jaký je smysl pro soudržnost u perioperačních sester?
- 2) Jaké jsou zkušenosti perioperačních sester s výkonem své profese?
- 3) Jak perioperační sestry pečují o své zdraví?

Stanovené cíle byly splněny na základě interpretativní fenomenologické analýzy dat. Data z SOC-29 byly zpracovány pomocí popisných statistik.

Výsledky průzkumného šetření lze shrnout následovně:

Perioperační sestry, které se zúčastnily výzkumu, dosahovaly silného smyslu pro soudržnost (SOC). Tedy vnímají svět ve větší míře jako pochopitelný, zvládnutelný a smysluplný.

V profesních tématech rozhovorů respondentky poukázaly na odlišnost, až nesrovnatelnost s jiným odvětvím ošetrovatelské profese. Všechny sestry uvedly, že je práce na operačních sálech baví a naplňuje. Mezi pozitiva své profese řadily preciznost, proměnlivost situací, podíl na zlepšení zdraví pacienta, učení se novým poznatkům či atraktivitu profese. Negativa profese většina respondentek vnímala jako součást své profese a neměla potřebu o nich zprvu hovořit. Některé sestry zde uváděly stres, únavu, problémy v kolektivu a nedostatečné finanční ohodnocení. Jako velmi stresující situace perioperační sestry označily změny. Nejčastěji změny operačního výkonu, nový člen týmu, technické problémy a negativní chování lékařů. Častěji tyto situace potkávají mladší členy týmu. Respondentky zvládají stres způsobem, že na operačním sále se snaží zachovat klid a vyrovnanost. Reakci na stres nechávají mimo perioperační prostředí. Stresové situace většina sester zvládá nadhledem, případně podporou jiného člena týmu. Většině sester vyhovovala organizace práce na oddělení. Ovšem negativně se vyjádřily k benefitům a platovému ohodnocení.

Perioperační sestry tohoto oddělení neuvedly žádné onemocnění přímo související se stresem, ale uvedly zdravotní problémy, které mohou mít souvislost s jejich povoláním. Nejčastěji uváděly bolesti zad a otoky nohou z dlouhého stání, únavu, problémy s nadváhou díky nedostatku pohybu, problémy se suchými sliznicemi z klimatizačního systému a deprese.

Všechny respondentky uvedly nějakou formu relaxace, nejčastěji procházky či přírodu. Část respondentek byla sportovně aktivní. Několik respondentek přiznalo závislost na kouření či jídle, část uvedlo občasnou konzumaci alkoholu.

Přestože hlavním zájmem bylo zjištění odolnosti a toho, jak sestry zvládají stres, tak během části rozhovoru týkající se interpersonálních vztahů, inflace a konfliktů na pracovišti, se objevily náznaky mobbingu a bossingu na pracovišti. Část sester přímo uvedlo, že se někdy s šikanou či násilím na pracovišti setkaly. Kromě toho se během rozhovorů se objevily náznaky, útržky informací, které na první pohled nejsou zjevné a byl by potřeba mnohem delší čas se jim věnovat a tento nezdravý vzorec odstranit. Bylo by vhodné využít pomoci některé ze společností zabývajících se řešením mobbingu a bossingu, např. Koncepce Mobbing free institut, z.ú. (Švejdová, 2011).

Mezi limity diplomové práce patřil nízký počet respondentů. Z důvodu časové náročnosti kombinovaného výzkumu bylo výzkumné šetření provedeno pouze na jednom pracovišti. Závěry tedy nelze zobecňovat, zkoumaná skupina byla malá, výběr byl nereprezentativní, na výsledcích měly podíl i další intervenující proměnné – např. vyhlášení nouzového stavu na celém území České republiky z důvodu onemocnění COVID-19. Opatření znemožnila osobní kontakt u rozhovorů a mohla ovlivnit výsledky SOC-29, zejména v oblasti vnímání řádu a stability. Dalším limitem byl čas, během analýzy rozhovorů se objevily další otázky a témata, která nebyla během telefonických rozhovorů zjevná. Bylo by vhodné se k nim vrátit a dostat se více do hloubky.

Výsledky výzkumného šetření poskytují další možnosti k využití dotazníku SOC-29, který může být užitečným nástrojem pro vedoucí sestry a mentorky v perioperačním prostředí. Témata dotazníku SOC-29 vedou k zamyšlení, obrácení se k sobě. Umožňují sestřám pracovat na svých mentálních zdrojích a silách. Vlastní sebereflexe vede k podpoře odolnosti vůči stresu.

5 POUŽITÁ LITERATURA

ANTONOVSKY, A., 1993. *The structure and properties of the sense of coherence scale. Social Science & Medicine*. 36(6), 725–733.

ANTONOVSKY, A., 1987. *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well* The Jossey-Bass social and behavioral science series and the Jossey-Bass health series. ISBN: 1555420281.

CARMASSI, C. et al. Post-Traumatic Stress Reactions in Caregivers of Children and Adolescents/Young Adults with Severe Diseases: A Systematic Review of Risk and Protective Factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. Basel: MDPI, 2021, **18**(1), 189 [cit. 2021-5-28]. ISSN 1661-7827. Dostupné z: doi:10.3390/ijerph18010189

CROWTHER, D., 2016. *A Social Critique of Corporate Reporting: Semiotics and Web-based Integrated Reporting. 2*. London: Routledge. ISBN 9781317186793.

DERBIS, R. a A.M. JASÍŇSKY. *Work satisfaction, psychological resiliency and sense of coherence as correlates of work engagement*. In: *Cogent Psychol.*, 5 (2018), p. 1451610, 10.1080/23311908.2018.1451610

DUDA, M. et al., 2000. *Práce sestry na operačním sále*. 1. vyd. Praha: GRADA PUBLISHING. 392 s. ISBN 80-7169-642-0.

ERIKSSON, M. a B. LINDSTROM. Salutogenesis and Resilience: two sides of the same coin? *Psychology And Health* [online]. 2012, **27**(Suppl1), 276-276 [cit. 2021-5-28]. ISSN 0887-0446. Dostupné z: doi:10.1080/08870446.2012.707817

ERIKSSON, M., 2016. *The Sense of Coherence in the Salutogenic Model of Health*. In: Mittelmark MB, Sagy S, Eriksson M, Bauer GF, Pelikan JM, Lindström B, Espnes GA, editors. *The Handbook of Salutogenesis* [Internet]. Cham (CH): Springer; 2017. Chapter 11. PMID: 28590620.

FELDT, T., (1997). The role of sense of coherence in well-being at work: Analysis of main and moderator effects. In: *Work & Stress* [online], **11**(2), 134–147. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/02678379708256830>

FLENSBORG-MADSEN, Trine, Søren VENTEGODT a Joav MERRICK. Why is Antonovsky's sense of coherence not correlated to physical health? Analysing Antonovsky's

29-item Sense of Coherence Scale (SOC-29). *TheScientificWorldJournal* [online]. 2005, 5, 767-76 [cit. 2021-03-01]. ISSN 1537-744X

FROMMBERGER, U, R D STIEGLITZ, S STRAUB, E NYBERG, W SCHLICKWEI, E KUNER a M BERGER. The concept of "sense of coherence" and the development of posttraumatic stress disorder in traffic accident victims. *Journal of psychosomatic research* [online]. 1999, 46(4), 343-348 [cit. 2021-5-28]. ISSN 0022-3999. Dostupné z: doi:10.1016/S0022-3999(98)00117-2

GEBRINÉ, K. É., K. LAMPEK, A. SÁRVÁRY, A. SÁRVÁRY, P. TAKÁCS a M. ZRÍNYI. Impact of sense of coherence and work values perception on stress and self-reported health of midwives. In: *Midwifery* [online]. Elsevier, 2019, 77, 9-15 [cit. 2021-03-02]. ISSN 0266-6138. Dostupné z: doi:10.1016/j.midw.2019.06.006

GOMEZ, M. A. L. et al., 2019. *Organizational and psychosocial working conditions and their relationship with mental health outcomes in patient-care workers*. In: *J. Occup. Environ. Med.*, 61 (12) (2019), pp. E480-E485, 10.1097/JOM.0000000000001736

ELKTIT, A. a D. M. CHRISTIANSEN. Risk factors predict post-traumatic stress disorder differently in men and women. *Annals of general psychiatry* [online]. BMC, 2008, 7(1), Article 24 [cit. 2021-5-28]. ISSN 1744-859X. Dostupné z: doi:10.1186/1744-859X-7-24

ELKTIT, A a D. N. DITLEVSEN. Gender, trauma type, and PTSD prevalence: a re-analysis of 18 nordic convenience samples. *Annals of general psychiatry* [online]. BMC, 2012, 11(1), 26 [cit. 2021-5-28]. ISSN 1744-859X. Dostupné z: doi:10.1186/1744-859X-11-26

FLENSBORG-MADSEN, T., S. VENTEGODT a J. MERRICK. Why is Antonovsky's sense of coherence not correlated to physical health? Analysing Antonovsky's 29-item Sense of Coherence Scale (SOC-29). *TheScientificWorldJournal* [online]. 2005, 5, 767-76 [cit. 2021-03-05]. ISSN 1537-744X

KINGDON, B. a F. HALVORSEN. Perioperative Nurses' Perceptions of Stress in the Workplace. In: *Inflow: AORN Journal* [online]. 2006, 84(4), 607-14. [cit. 2021-03-03]. ISSN 0001-2092. Dostupné z: doi:10.1016/S0001-2092(06)63939-2

KMOŠEK, P. Pracovní angažovanost [online]. ©2019 [cit. 2021-03-05]. Dostupné z: <https://www.kmosek.com/slovník/pojem/pracovni-angazovanost>

KOWITLAWKUL, Y., S. F. YAP, S. MAKABE, S. CHAN, J. TAKAGAI, W. W. S. TAM a M. S. NURUMAL. Investigating nurses' quality of life and work-life balance statuses in Singapore. *International Nursing Review* [online]. 2019, **66**(1), 61-69 [cit. 2021-5-28]. ISSN 0020-8132. Dostupné z: doi:10.1111/inr.12457

KŘIVOHLAVÝ, J. Nezdolnost v pojetí SOC. *Československá psychologie. Časopis pro psychologickou teorii a praxi*. 1990, roč. XXXIV, č. 6, s. 511-523. ISSN 0009-062X.

KŘIVOHLAVÝ, J., 1994. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada Avicenum. ISBN: 80-7169-212-6

KŘIVOHLAVÝ, J., 2010. *Sestra a stres*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3149-0.

KUNZLER, A. M. et al. *Psychological interventions to foster resilience in healthcare professionals*. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2020, **7**, p. CD012527, 10.1002/14651858.CD012527.pub2

LAMOUREUX-LAMARCHE, C., H.-M. VASILADIS, M. PRÉVILLE a D. BERBICHE. Post-Traumatic stress syndrome in a large sample of older adults: determinants and quality of life. *Aging and Mental Health* [online]. Routledge, 2016, **20**(4), 401-406 [cit. 2021-5-28]. ISSN 13607863. Dostupné z: doi:10.1080/13607863.2015.1018864

LÖDGE A., RUDOLFSSON G., BROBERG R.R., RASK-ANDERSEN A., WÅLINDER R., ARAKELIAN E. I am quitting my job. Specialist nurses in perioperative context and their experiences of the process and reasons to quit their job. *Int J Qual Health Care* [online], 2018, May 1; **30**(4), 313-320. Dostupné z: doi: 10.1093/intqhc/mzy023. PMID: 29518200

MACOS MOJAVE, Diktafon [online]. 2020, [cit. 2021-6-28]. Dostupné z: <https://support.apple.com/cs-cz/HT206775>

MATOUŠEK, O., 2003. *Pracovní stres a zdraví*. 1. vyd. Praha: Výzkumný ústav bezpečnosti práce. ISBN 80-903604-1-6.

MINISTERSTVO VNITRA. Covid portál. *Ministerstvo vnitra ČR* [online]. ©2021 [cit. 2021-06-05]. Dostupné z: <https://covid.gov.cz/>

MITONGA-MONGA, J. a C.H. MAYER. *Sense of coherence, burnout, and work engagement: the moderating effect of coping in the Democratic Republic of Congo*. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17 (2020), p. 4127, 10.3390/ijerph17114127

- MUNHOZ, O., T. ARRIAL, E. BARLEM, G. DALMOLIN, R. ANDOLHE a T. MAGNAGO. Occupational stress and burnout in health professionals of perioperative units. *Acta Paulista de Enfermagem* [online]. Sao Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, 2020, 33(4), 1-7 [cit. 2021-03-03]. ISSN 01032100. Dostupné z: doi:10.37689/actaape/2020AO0261
- MYERS, R. E. Cultivating Mindfulness to Promote Self-Care and Well-Being in Perioperative Nurses., In: *Inflow: AORN Journal* [online]. 2017, 105(3), 259-266 [cit. 2021-03-03]. ISSN 0001-2092. Dostupné z: doi:10.1016/j.aorn.2017.01.005
- PASEK, Małgorzata, Grażyna DEBSKA a Ewa WOJTYNA. Perceived social support and the sense of coherence in patient–caregiver dyad versus acceptance of illness in cancer patients. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 2017, 26(23-24), 4985-4993 [cit. 2021-5-28]. ISSN 0962-1067. Dostupné z: doi:10.1111/jocn.13997
- PAOLUCCI, Silvia, Elia ABBAFATI, Claudio SERRATORE a Michela CARICATO. Sense of Coherence in Nurses: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health* [online]. MDPI, 2020, 17(6), 1861 [cit. 2021-5-28]. ISSN 16617827. Dostupné z: doi:10.3390/ijerph17061861
- PAULÍK, K., 1999. *Psychologické aspekty pracovní spokojenosti učitelů*. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 80-7042-550-4.
- PAULÍK, K., 2017. *Psychologie lidské odolnosti. 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5646-2.
- PELCÁK, S., 2013. *Osobnostní nezdolnost a zdraví*. Hradec Králové: Gaudeamus, Recenzované monografie. ISBN 978-80-7435-342-0.
- RAI, A., A. SINDHU, P. DUDEJA, Y.S SIROHI a S. MUKHERJI. Sense of coherence and self reported health amongst medical students: A cross sectional study. *Medical journal. Armed Forces India* [online]. Elsevier B.V, 2018, 74(2), 158-161 [cit. 2021-03-05]. ISSN 0377-1237. Dostupné z: doi:10.1016/j.mjafi.2017.08.001
- ROSS, A., M. BEVANS, A. T. BROOKS, S. GIBBONS a G. R. WALLEN. Nurses and Health-Promoting Behaviors: Knowledge May Not Translate Into Self-Care. *AORN journal* [online]. Elsevier, 2017, 105(3), 267-275 [cit. 2021-03-06]. ISSN 0001-2092. Dostupné z: doi:10.1016/j.aorn.2016.12.018

- RUIZ-FRUTOS, C., M. ORTEGA-MORENO, R. ALLANDE-CUSSÓ, D. AYUSO-MURILLO, S. DOMÍNGUEZ-SALAS aj. GÓMEZ-SALGADO. Sense of coherence, engagement, and work environment as precursors of psychological distress among non-health workers during the COVID-19 pandemic in Spain. *Safety science* [online]. Elsevier, 2021, 133, 105033 [cit. 2021-5-27]. ISSN 0925-7535. Dostupné z: doi:10.1016/j.ssci.2020.105033
- SCHÄFER, S K, N BECKER, L KING, A HORSCH a T MICHAEL. The relationship between sense of coherence and post-traumatic stress: a meta-analysis. *European journal of psychotraumatology* [online]. 2019, **10**(1), 1562839 [cit. 2021-5-28]. ISSN 2000-8066. Dostupné z: doi:10.1080/20008198.2018.1562839
- SLABÝ, M.. Smysl života, nezdolnost a závislost na alkoholu. *Univerzita Palackého v Olomouci* [online]. 2017, 1 [cit. 2021-5-28]. ISBN 978-80-244-5063-6 . Dostupné z: doi:105507/ff.16.24450636
- SMITH, J. a D. PALESY. Technology stress in perioperative nursing: An ongoing concern. *ACORN* [online]. Lyndoch South Australia: Australian College of Perioperative Nurses (ACORN), 2018, **31**(2), 25-28 [cit. 2021-7-1]. ISSN 14487535.
- STEPHENS, T. M., P. SMITH a C. CHERRY. Promoting Resilience in New Perioperative Nurses. *AORN Journal* [online]. 2017, **105**(3), 276-284 [cit. 2021-7-1]. ISSN 0001-2092. Dostupné z: doi:10.1016/j.aorn.2016.12.019
- SU, Y. et al., 2007. Large-scale random forest language models for speech recognition. In: *INTERSPEECH-2007*, 598-601.
- TATE, Robyn L, Michael PERDICES, Ulrike ROSENKOETTER, et al. The Single-Case Reporting guideline In BEhavioural interventions (SCRIBE) 2016 statement. *Journal of school psychology* [online]. Elsevier, 2016, **56**, 133-142 [cit. 2021-5-28]. ISSN 0022-4405. Dostupné z: doi:10.1016/j.jsp.2016.04.001
- TILLEY, T. W. The Irony of Theology and the Nature of Religious Thought. Donald Wiebe. *The Journal of Religion* [online]. 1992, **72**(3), 455-456 [cit. 2021-5-28]. ISSN 0022-4189. Dostupné z: doi:10.1086/488947
- TÓTHOVÁ, V. , I. CHLOUBOVÁ, R. PROKEŠOVÁ., 2019. *Význam ošetrovatelství v preventivní kardiologii*. Praha: Grada Publishing, ISBN 978-80-271-2197-7.

VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. Diskuzní příspěvek k článku Sigmundová Z, Látalová K: Rizikové faktory životního stylu schizofrenních pacientů (Psychiatr. pre prax 2008; 9 (1): 22-27. *Psychiatria pre prax*. Bratislava: SOLEN, 2008, 9(2), 92. ISSN 1335-9584.

WICHISOVÁ, J. a kol. 2013. *Sestra a perioperační péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN: 978-80-247-3754-6.

6 PŘÍLOHY

Příloha A – <i>Dotazník SOC-29</i> (Nosková, 2014, s. 37-39).....	75
Příloha B – <i>Okruhy otázek pro polostrukturovaný rozhovor</i>	79

C – 29
V následujícím dotazníku je uvedena řada možností, jak se člověk cítí a jedná za různých okolností. Každý z nás se dovede podle svého uvážení zařadit někam mezi obě krajní možnosti, popřípadě ho krajní možnost vystihne. Zakroužkujte prosím vždy to číslo, které Vás dle uvážení nejlépe charakterizuje. Hodnoty 1 a 7 odpovídají krajním možnostem. Hodnota 4 značí nerozhodnost v dané otázce.
1. Když mluvíte s lidmi, máte pocit, že Vám nerozumějí? Nemám ho nikdy.....1 2 3 4 5 6 7.....Mám ho vždy
2. Když jste v minulosti měl (a) dělat něco, kde spolupráce s druhými lidmi byla nezbytná, měl (a) jste pocit: Že to jistě nebude uděláno.....1 2 3 4 5 6 7.....Že to jistě bude uděláno
3. Jak dobře a dokonale znáte lidi, s nimiž denně přicházíte do styku (mimo členy vlastní rodiny)? Mám pocit, že jsou mi cizí.....1 2 3 4 5 6 7.....Znám je velmi dobře
4. Máte pocit, že se v podstatě moc nezajímáte o to, co se děje kolem Vás? Tento pocit mám velmi zřídka.....1 2 3 4 5 6 7.....Mám jej často
5. Stalo se v minulosti, že jste byl (a) překvapen (a) chováním lidí, o nichž jste se domníval (a), že je dobře znáte? Nikdy se to nestalo.....1 2 3 4 5 6 7..... Tak tomu bylo vždy
6. Stalo se Vám, že Vás zklamali lidé, jimž jste důvěřoval (a) a s nimiž jste počítal (a)? Nikdy se to nestalo.....1 2 3 4 5 6 7..... Tak tomu bylo vždy
7. Život je v své podstatě: Velice zajímavý.....1 2 3 4 5 6 7.....Jen běžná a rutinní záležitost
8. Váš život doposud: Neměl jasný smysl a cíl.....1 2 3 4 5 6 7.....Měl vždy jasný smysl

<p>9. Máte pocit, že se s Vámi zachází nespravedlivě?</p> <p>Velmi často.....1 2 3 4 5 6 7.....Velmi zřídka nebo nikdy</p>
<p>10. V posledních deseti letech Váš život byl:</p> <p>Plný změn, kdy jste nikdy nevěděl (a), co se bude dít dál.....1 2 3 4 5 6 7.....Plynul pořád stejně dál ve stálé shodě a pohodě</p>
<p>11. Většina věcí, které v budoucnu budete dělat, bude:</p> <p>Vzrušujících.....1 2 3 4 5 6 7.....Velice nudných</p>
<p>12. Máte někdy pocit, že jste v neobvyklé situaci a nevíte dost dobře, co dělat?</p> <p>Mám tento pocit velmi často.....1 2 3 4 5 6 7.....Tento pocit mám velmi zřídka nebo nikdy</p>
<p>13. Co lépe vystihne, jak Vy sám (sama) vidíte svůj vlastní život:</p> <p>Člověk může najít vždy řešení těžkých životních situací.....1 2 3 4 5 6.....Neexistuje žádné řešení těžkých životních situací</p>
<p>14. Když myslíte na svůj život, pak velmi často:</p> <p>Cítím, jak je dobré, že můžu žít.....1 2 3 4 5 6 7.....Ptám se sám (sama) sebe, proč vlastně žiju</p>
<p>15. Když stojíte před obtížným problémem, pak jeho řešení se Vám zdá:</p> <p>Vždy nejasné a těžko se hledá.....1 2 3 4 5 6 7.....Vždy zcela jasné</p>
<p>16. Když máte dělat to, co děláte každý den, je to pro Vás:</p> <p>Zdrojem hluboké radosti a uspokojení.....1 2 3 4 5 6 7.....Zdrojem utrpení a nudy</p>
<p>17. Váš budoucí život bude pravděpodobně:</p> <p>Plný změn, kdy sám (sama) ani nebudete dobře vědět, co se bude dít.....1 2 3 4 5 6 7.....Plynout souvisle a vše bude jasné</p>
<p>18. Když se Vám v minulosti stalo něco nemilého, pak Vaše snaha byla:</p>

<p>„Užírat“ se a trápit se nad tím.....1 2 3 4 5 6 7.....Říci si: „ano, stalo se to, nedá se nic dělat, musím prostě s tím žít a jde se dál“</p>
<p>19. Míváte nejasné představy a smíšené pocity?</p> <p>Velmi často je mám.....1 2 3 4 5 6 7.....Mám je velmi zřídka nebo nikdy</p>
<p>20. Když děláte něco, co Vám dává dobrý pocit, jste si jistý (á):</p> <p>Že se tak dobře budete cítit i nadále.....1 2 3 4 5 6 7.....Že se stane něco, co Vám tento dobrý pocit pokazí</p>
<p>21. Stává se Vám, že máte pocity, které byste raději neměl (a)?</p> <p>Velmi často.....1 2 3 4 5 6 7.....Velmi zřídka nebo nikdy</p>
<p>22. Očekáváte, že Váš budoucí život:</p> <p>Bude neúčelný a zcela bezsmyslný.....1 2 3 4 5 6 7.....Bude mít dobrý smysl, cíl a účel</p>
<p>23. Domníváte se, že vždy budou lidé, na něž se budete moci spolehnout?</p> <p>Jsem si jist (a), že zde takový lidé budou.....1 2 3 4 5 6 7.....Pochybuji, že zde budou takový lidé</p>
<p>24. Stane se Vám, že máte pocit, že nevíte dost dobře, co se bude dít dál?</p> <p>Velmi často se mi to stane.....1 2 3 4 5 6 7.....Stává se mi to velmi zřídka nebo nikdy</p>
<p>25. Mnozí lidé (i ti co mají pevný charakter) se někdy cítí poražení a smutní. Jak často jste se takto cítil (a) v minulosti Vy?</p> <p>Nikdy.....1 2 3 4 5 6 7.....Velmi často</p>
<p>26. Když se někdy něco nepříjemného stalo, zjistil (a) jste obvykle:</p> <p>Že jste buď podcenil (a) nebo přecenil (a) důležitost toho, co se dělo.....1 2 3 4 5 6 7.....Že jste viděl (a) věci správně</p>

27. Když pomyslíte na obtíže, s nimiž se setkáte v důležitých úsecích svého dalšího života, máte pocit:

Že vždy nad obtížemi zvítězíte a krize zvládnete.....1 2 3 4 5 6 7.....Obtíže nezvládnete a nezvítězíte na nimi

28. Jak často máte pocit, že to co děláte ve svém běžném životě, nemá žádný smysl:

Tento pocit mám velmi často.....1 2 3 4 5 6 7.....Tento pocit mám zřídka nebo nikdy

29. Jak často máte pocit, že si nejste zcela jist (a), zda se dokonale ovládáte?

Tento pocit mám často.....1 2 3 4 5 6 7.....Tento pocit mám zřídka nebo nikdy

Příloha B – Okruhy otázek pro polostrukturovaný rozhovor

- Jak se vám dotazník SOC-29 líbil? Zaujala vás některá z otázek? Bylo na některou problém odpovědět?
- Jak jste se dostala k práci na vašem oddělení? Jak dlouho tam pracujete?
- Baví vás vaše práce? Co vám vaše práce dává a co naopak bere?
- Na operačním sále občas dochází k situacím, které jsou pro vás jako pro perioperační sestru stresující, dokážete uvést příklad? Jak často se do těchto situací dostáváte a jak je zvládáte?
- Jaké situace na vašem pracovišti byste označila jako fyzicky náročné?
- Jsou nějaké zdravotní problémy, které by se opakovaly u vás nebo vašich spolupracovníků a souvisejí s vaší profesí?
- Udržujete se ve fyzické kondici, jakým způsobem?
- Považujete svůj jídelníček za zdravý? Jakým způsobem se stravujete? Jak dodržujete pitný režim?
- Jeden z nezdravých způsobů zvládnání stresu jsou závislosti. Jaký vztah máte ke kouření, alkoholu, lehkým drogám, kávě, cukru...? Pokud jste v minulosti měla závislost, proč jste se rozhodla přestat a jak jste to zvládla?
- Trpíte onemocněním souvisejícím se stresem? Jak to ovlivní vaši práci? Jak se s tím vyrovnáváte?
- Jakým způsobem bojujete proti stresu? Jakým způsobem doplňujete energii, relaxujete?
- Dokážete oddělit osobní a pracovní život?
- Pracujete ve stejných týmech? Kdy se dozvíte, s kým a na kterém sále budete ten den pracovat? Jaký máte názor na tento systém práce?
- Jste spokojená s platovým ohodnocením, máte v rámci oddělení spravedlivý odměnový systém a spravedlivé platové podmínky? Jaké jsou benefity vašeho oddělení, máte možnost je využívat?
- Jak byste zhodnotila atmosféru v kolektivu? Jak se v kolektivu cítíte, jakou v něm máte roli?
- Dokážete popsat problémy vašeho kolektivu? Jak řešíte konflikty? Máte v týmu oporu?
- Je na vašem oddělení stálý kolektiv? Jak vnímáte příchod nového pracovníka?
- Setkala jste se s projevy násilí (psychického nebo fyzického)? Jak se situace řešila, jak jste se s ní vyrovnala?