

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2024

Bc. Alžběta Klimešová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Míra psychické zátěže u perioperačních sester

Diplomová práce

2024

Bc. Alžběta Klimešová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2021/2022

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Alžběta Klimešová**
Osobní číslo: **Z21439**
Studijní program: **N0913P360006 Specializace v ošetrovatelství – Perioperační péče**
Téma práce: **Míra psychické zátěže u perioperačních sester**
Téma práce anglicky: **Level of mental stress among perioperative nurses**
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence, perioperační péče a zdravotně sociální péče**

Zásady pro vypracování

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

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

Seznam doporučené literatury:

JEDLIČKOVÁ, Jaroslava, 2019. *Ošetrovatelská perioperační péče*. 2. rozšíř. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-598-3.
PAULÍK, Karel, 2017. *Psychologie lidské odolnosti*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5646-2.
VÁGNEROVÁ, Marie, 2014. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0696-5.
VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2011. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3174-2.
WICHSOVÁ, Jana, 2013. *Sestra a perioperační péče*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3754-6.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Hana Ochtinská, Ph.D.**
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2021**
Termín odevzdání diplomové práce: **24. dubna 2024**

doc. RNDr. ThLic. Karel Sládek, Ph.D., MBA v.r.
děkan

L.S.

Mgr. Helena Poláčková v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 7. března 2024

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem **Míra psychické zátěže u perioperačních sester** 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 23. 4. 2024

Bc. Alžběta Klimešová v.r.

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala vedoucí práce Mgr. Haně Ochtinské, Ph.D. za cenné rady, konstruktivní kritiku, trpělivost a ochotu při vedení této diplomové práce. Dále bych ráda poděkovala rodině a přátelům za podporu, kterou mi všichni poskytovali během psaní této práce, ale i během celé délky mého studia. V neposlední řadě patří díky také všem respondentkám, které se ochotně zúčastnily mého výzkumu, a zdravotnickému zařízení, které toto šetření umožnilo.

ANOTACE

Diplomová práce je zaměřena na míru psychické zátěže u perioperačních sester. V teoretické části práce je zpracováno téma perioperační péče a perioperační sestry, jsou zde také definovány rizikové faktory práce perioperační sestry a psychická zátěž perioperační sestry. Výzkumná část se zaměřuje na zjištění míry psychické zátěže u perioperačních sester pomocí dat získaných kvantitativní metodou sběru. Sběr dat probíhal formou dotazníku složeného z otázek vlastní tvorby a standardizovaného Meisterova dotazníku. Získaná data ukázala, že zkoumané perioperační sestry trpí nejnižším stupněm psychické zátěže dle Meisterova hodnocení a za nejvíce náročné považují situace spojené s časovým presem a vzniklou chybou v perioperačním procesu.

KLÍČOVÁ SLOVA

Operační sál, perioperační péče, perioperační sestry, psychická zátěž, stres

TITLE

Level of mental stress among perioperative nurses

ANNOTATION

This thesis focuses on the level of mental stress in perioperative nurses. In the theoretical part of the thesis the topic of perioperative care and perioperative nurse is elaborated, the risk factors of perioperative nurse work and mental burden of perioperative nurse are also defined. The research part focuses on finding out the level of mental burden in perioperative nurses by using the data obtained by quantitative method of collection. The data collection was in the form of a questionnaire consisting of self-made questions and a standardized Meister questionnaire. The data showed that the perioperative nurses under study suffered from the lowest level of mental stress according to Meister's assessment and they consider the most challenging situations to be those related to time pressure and errors in the perioperative process.

KEYWORDS

Operating room, perioperative care, perioperative nurse, mental stress, stress

OBSAH

Úvod.....	13
Cíle práce	15
1.1 Cíle práce	15
1.2 Metody k dosažení cíle.....	15
I Teoretická část.....	16
2 Perioperační péče.....	16
2.1 Prostředí operačního traktu	16
2.1.1 Struktura operačního traktu	17
2.1.2 Vybavení operačních sálů.....	17
2.2 Personál operačního traktu.....	18
2.2.1 Perioperační tým.....	18
3 Perioperační sestra	20
3.1 Pracovní náplň perioperační sestry	21
3.2 Možnosti vzdělávání pro budoucí perioperační sestry.....	22
3.3 Osobnost perioperační sestry	23
3.4 Vztah perioperační sestry k perioperačnímu týmu.....	24
4 Rizikové faktory práce perioperační sestry	25
4.1 Fyzická zátěž.....	25
4.2 Poranění a biologická zátěž.....	26
4.3 Fyzikální vlivy	26
4.4 Chemické škodliviny.....	27
4.5 Ostatní rizikové faktory.....	28
5 Psychická zátěž práce perioperační sestry	29
5.1 Zátěž a popis různých zátěžových situací	29
5.1.1 Stres	30
5.1.2 Frustrace.....	31

5.1.3	Deprivace	31
5.1.4	Konflikt	32
5.1.5	Trauma	32
5.1.6	Krize.....	32
5.2	Důsledky dlouhodobé psychické zátěže.....	32
5.2.1	Psychosomatická onemocnění	33
5.2.2	Spánková deprivace	33
5.2.3	Únava	34
5.2.4	Syndrom vyhoření.....	34
5.3	Předpoklady zvládnání zátěže a metody zvládnání stresu	36
5.3.1	Odolnost.....	37
5.3.2	Obranné mechanismy	38
5.3.3	Coping.....	38
5.3.4	Relaxace.....	39
5.3.5	Peer systém	40
5.3.6	Supervize	40
II	Výzkumná část	41
6	Metodika práce	42
6.1	Charakteristika výzkumného nástroje	42
6.1.1	Meisterův standardizovaný dotazník	42
6.2	Charakteristika respondentů.....	47
6.2.1	Kritéria zařazení do výzkumu.....	52
6.3	Organizace a realizace výzkumu.....	53
6.4	Předvýzkum.....	53
6.5	Zpracování výsledků	53
6.5.1	Statistické testování	54
7	Analýza dat a prezentace výsledků.....	55

7.1	Analýza dat Meisterova dotazníku.....	55
7.1.1	Vyhodnocení podle faktorů	55
7.1.2	Vyhodnocení podle jednotlivých položek	56
7.1.3	Klasifikace zátěže	57
7.2	Analýza dat doplňujících otázek	59
7.3	Ověřování hypotéz	70
8	Diskuze	76
8.1	Limity práce	83
8.2	Doporučení pro praxi	83
9	Závěr	84
10	Použitá literatura	86
11	Přílohy.....	96

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

Tabulka 1 Hodnoty Meisterova dotazníku.....	43
Tabulka 2 Faktory Meisterova dotazníku	43
Tabulka 3 Normy pro popisné charakteristiky subškál Meisterova dotazníku – ženy	44
Tabulka 4 Kritické hodnoty mediánů	44
Tabulka 5 První varianta výpočtu klasifikace zátěže Meisterova dotazníku.....	45
Tabulka 6 Druhá varianta vyhodnocení klasifikace zátěže Meisterova dotazníku.....	45
Tabulka 7 Třetí varianta vyhodnocení klasifikace zátěže Meisterova dotazníku.....	45
Tabulka 8 Klasifikace psychické zátěže	46
Tabulka 9 Vyhodnocení výběru podle faktorů – Meisterův dotazník	55
Tabulka 10 Vyhodnocení výběru podle jednotlivých položek – mediány – Meisterův dotazník	56
Tabulka 11 Nejvyšší bodové hodnocení položek výběru – Meisterův dotazník	57
Tabulka 12 Klasifikace zátěže u daného výběru – Meisterův dotazník	58
Tabulka 13 Stresující situace	68
Tabulka 14 Popisné statistiky subškál Meisterova dotazníku	70
Tabulka 15 Kritické hodnoty mediánů výběru	71
Tabulka 16 Porovnání hodnocení subškál – Friedmanův test	72
Tabulka 17 Porovnání celkového skóre Meisterova dotazníku – ANOVA-Welchův test	74
Tabulka 18 LSD test mnohonásobného porovnávání	74
Graf 1 Věk respondentek	47
Graf 2 Délka praxe respondentek	48
Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentek.....	49
Graf 4 Získání specializace respondentek	50
Graf 5 Typ úvazku u respondentek.....	51
Graf 6 Operační obory respondentek.....	52
Graf 7 Důvod výběru povolání	59
Graf 8 Spokojenost s prací.....	60
Graf 9 Opětovné rozhodnutí se pro práci.....	61
Graf 10 Změna pracoviště.....	62
Graf 11 Odchod z profese.....	63
Graf 12 Zvýšení psychické zátěže s praxí	64

Graf 13 Radost z práce v minulosti	65
Graf 14 Pozitivní faktory práce	66
Graf 15 Negativní faktory práce	67
Graf 17 Role v perioperační péči	69
Graf 18 Krabicový graf podílů hodnocení subškál	72
Graf 19 Krabicový graf celkového skóre Meisterova dotazníku dle délky praxe	75

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ČAS	Česká asociace sester
GYN	gynekologie
HS	hrubý skór
CHIR	chirurgie
např.	například
NCH	neurochirurgie
OČNÍ	oční chirurgie
ORL	otorhinolaryngologie
ORT	ortopedie
PRPCH	plastická, rekonstrukční a popáleninová chirurgie
RTG	rentgen
SOC	sense of coherence
SPIS	Systém psychosociální intervenční služby
tj.	to je
TRAUMA	traumatologie
tzv.	takzvaně

ÚVOD

Perioperační péče je specifickou oblastí, kterou si může sestra zvolit. Perioperační sestry jsou odborně vzdělaným personálem, který je nezbytně důležitý pro zajištění správného chodu operačních sálů. Profese perioperační sestry se řadí mezi kategorie povolání s nejvyššími požadavky, a proto se práce na operačním sále považuje za vysoce náročnou (Jedličková, 2019).

Práce perioperační sestry patří mezi pomáhající profese a považuje se také za jedno z nejvíce stresujících povolání. Na operačních sálech je sestra vystavována řadě krizových situací, které vyžadují zvýšenou odolnost vůči fyzickému i psychickému napětí. Fyzicky náročná může být manipulace s těžkými operačními sítý, operačními přístroji, ale také polohování či překládání pacientů na operační stůl. Další riziko představuje nepřirozená poloha při instrumentování, kterou musí sestra mnohdy snášet po několik hodin. V perioperační péči sestra také denně zažívá emočně náročné situace a práci v časovém presu. Dále jsou kladeny nároky na nepřetržitou koncentraci a pozornost, zvýšenou činnost smyslů a nucené pracovní tempo. Během operačního výkonu mohou nastat změny, na které musí umět perioperační sestra rychle reagovat a přizpůsobit se jim. Práce perioperační sestry proto vyžaduje vlastnosti jako je přesnost, rychlost, cílevědomost, organizovanost a schopnost rozhodování se, které jí pomáhají překonat tyto psychicky náročné situace (Hobzová, 2014; Jedličková, 2019; Kovalická, 2014).

Průzkum Evropské agentury pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci z roku 2022 ukázal, že 27 % pracovníků zažívá stres, úzkost nebo depresi, které způsobuje nebo zhoršuje práci. Stres, úzkost a deprese představují druhý nejčastější zdravotní problém související s prací u evropských pracovníků (Leclerc et al., 2022). Dlouhodobá psychická zátěž může být příčinou různých poruch zdraví jako jsou psychosomatická onemocnění či poruchy v oblasti duševního zdraví. Nadměrná psychická zátěž může taktéž přispět ke ztrátě motivaci k práci, změnám v pracovním výkonu a vést k syndromu vyhoření (Švábová et al., 2020). Sestry na operačních sálech pracují s nejmodernějším vybavením a chirurgickými nástroji a vykonávají specializované a komplikované činnosti v časové tísní. Tyto činnosti přispívají k vyšší míře pracovního stresu, který se považuje za významný faktor rozvoje syndromu vyhoření u perioperačních sester (Lee et al., 2022).

Česká republika se momentálně potýká s celorepublikovým problémem nedostatku sester. Tento problém je částečně způsoben vstupem České republiky do Evropské unie, kdy pro srovnání kompetencí bylo potřeba, aby všeobecné sestry absolvovaly vysokoškolské vzdělání. Vysokoškolských míst pro všeobecné sestry ovšem není dostatečný počet, což může do

budoucná představovat velký problém pro fungování zdravotnictví a ošetrovatelské péče. Nedostatek sester může také výrazně ovlivňovat psychickou zátěž sester v praxi, jelikož musí zvládat práci navíc ve stejném časovém úseku (Vysoké školy, 2021).

CÍLE PRÁCE

1.1 Cíle práce

Teoretické cíle práce:

- Popsat problematiku perioperační péče.
- Popsat práci perioperační sestry.
- Charakterizovat rizikové faktory práce perioperační sestry.
- Popsat psychickou zátěž perioperační sestry.

Hlavní výzkumný cíl: Cílem je zjistit míru psychické zátěže u perioperačních sester pomocí Meisterova dotazníku.

Dílčí cíl č. 1: Dílčím cílem č. 1 je vyhodnocení jednotlivých položek standardizovaného Meisterova dotazníku u perioperačních sester.

Dílčí cíl č. 2: Dílčím cílem č. 2 je vyhodnocení Meisterova dotazníku dle faktorů.

Dílčí cíl č. 3: Dílčím cílem č. 3 je zjištění závislosti míry psychické zátěže na délce praxe.

1.2 Metody k dosažení cíle

V teoretické části je nejprve přiblížena práce perioperační sestry a prostředí perioperační péče, dále je uvedena problematika psychické zátěže i jiné rizikové faktory práce perioperační sestry a konkrétní zátěžové situace, se kterými perioperační sestra může setkat. Dále teoretická část popisuje důsledky dlouhodobé psychické zátěže a předpoklady pro zvládnání zátěže.

Výzkumná část diplomové práce se zaměřila na analýzu a interpretaci dat perioperačních sester z anonymního dotazníkového šetření, které probíhalo na centrálních operačních sálech nemocnice fakultního typu. Dotazník obsahoval otázky vlastní tvorby i standardizovaný Meisterův dotazník zaměřený na hodnocení psychiky pracovníků. Získaná data spolu s teoretickými poznatky pomohly k dosažení požadovaných cílů.

I TEORETICKÁ ČÁST

2 PERIOPERAČNÍ PÉČE

Perioperační péče v obecném slova smyslu zahrnuje postupy zaměřující se na péči o pacienta před operačním výkonem, během operačního výkonu a bezprostředně po něm (Wendsche et al., 2012). Perioperační ošetrovatelskou péči poskytují sestry převážně na operačních sálech. Jedná se buď o perioperační sestry nebo anesteziologické sestry (Wichsová, 2013).

První etapa perioperační péče – **předoperační** péče začíná přípravou operačního sálu, kde se provede jeho dezinfekce. Perioperační sestra dále kontroluje funkčnost všech přístrojů, chystá potřebné instrumentarium a další zdravotnické prostředky jako jsou sterilní obvazové materiály, rouškovací systémy, léčiva a pomůcky, které u daného operačního výkonu budou potřeba. **Intraoperační** péče jakožto druhá etapa začíná překladem pacienta na dispečinku operačního traktu na desku operačního stolu. Po příjezdu pacienta na sál ověřuje perioperační sestra pacientovu identitu a kontroluje potřebnou dokumentaci. Po aplikaci anestezie následuje polohování, antiseptice operačního pole, příprava operační skupiny, zarouškování operačního pole a zahájení samotného operačního výkonu. Třetí etapa, **pooperační** péče, je zahájena přijetím pacienta na oddělení či dospávací pokoj a končí úplným zotavením. Z pohledu perioperační sestry začíná pooperační období přiložením mulového krytí na operační ránu a jeho fixací. Dle potřeby se mohou napojit drény na aktivní či pasivní drenážní systém. Pokud je to nutné, přikládá se imobilizační obvaz nebo znehybňující dlaha (Jedličková, 2019).

2.1 Prostředí operačního traktu

Operační trakt je soubor několika místností, které dohromady tvoří uzavřený komplex. Dispoziční i stavebně-technické řešení komplexu podléhá, stejně jako jeho provoz, přísným pravidlům (Schneiderová, 2014). Na operačních sálech se využívají tzv. bariérové techniky, které mají za cíl minimalizovat riziko vzniku a šíření infekcí spojených s pobytem ve zdravotnickém zařízení (Jedličková, 2019). Je důležité, aby všechny vstupy a průběh provozních toků byly uspořádány tak, aby nedocházelo ke křížení přísunových a odsunových cest. Klimatizace zajišťuje kvalitu a čistotu vnitřního prostředí operačního traktu, laminárním prouděním vzduchu nad operačním polem se vytváří lepší třída čistoty než v jiných místech operačního sálu (Schneiderová, 2014). Ochranné oděvy pracovníků operačních sálů jsou součástí prevence šíření mikroorganismů, které způsobují nežádoucí komplikace v operační ráně (Jedličková, 2019).

Chování v prostorách operačního traktu se řídí zásadami práce v aseptickém prostředí, kde je nutné dodržovat řadu hygienických opatření. Pozitivně ovlivnit počet infekcí operačních ran mohou všichni, kteří se v operačních prostorách pohybují svým osobním a hygienicky uvědomělým chováním. Je nutné hlavní zásady hygieny dodržovat nejen na vlastním operačním sále, ale i v ostatních prostorách operačního traktu (Wichsová, 2013).

2.1.1 Struktura operačního traktu

Prostory operačního traktu dělíme na jednotlivé zóny z hlediska čistoty. První z nich je *ochranná zóna*, kde se nachází filtr pro personál, filtr pro pacienta (dispečink), denní místnosti, sklady a spojovací chodby. *Čistá zóna* zahrnuje anesteziologickou přípravnu, umývárnu – přípravnu pro operační tým, sklady přístrojového vybavení a dospávací pokoje. Do *sterilní zóny* řadíme operační sál, přípravnu sterilního materiálu a sterilní sklad. Poslední částí je *odsunová zóna*, kam patří odsunová místnost pro transport pacienta ze sálu na dospávací pokoj či dispečink, úklidová místnost a místnosti určené pro dezinfekci použitého materiálu (Jedličková, 2019).

Rozdělení a provoz operačních sálů záleží na stavebním uspořádání a počtu sálů. Samotné operační sály pak dělíme podle druhu operací:

- **superseptické operační sály** (náhrady kloubů, cévní a kardiochirurgické operace),
- **aseptické operační sály** (kostní operace, oční a neurochirurgické operace),
- **mezoseptické operační sály** (operace trávicího traktu, gynekologické a urologické operace, otorhinolaryngologie),
- **septické operační sály** (mikrobiálně závadné operace) (Jedličková, 2019).

2.1.2 Vybavení operačních sálů

Operační sály disponují širokým technickým zázemím. Do standartní výbavy operačních sálů řadíme např. operační stoly a operační osvětlení, které jsou nepostradatelnou součástí každého operačního sálu. Operační stoly zajišťují uložení, bezpečnost a fixaci pacienta v průběhu operace. K operačnímu stolu se využívá řada příslušenství potřebného pro daný operační výkon, např. zarážky, opěrky. Osvětlení operačních sálů umožňuje ideální světelné podmínky pro operační výkon. Osvětlení dělíme na základní osvětlení, osvětlení operačního pole pomocí operačních lamp a speciální individuální osvětlení např. svítidlo upevněné na hlavě chirurga (Ihnát, 2017). Mezi základní vybavení operačního sálu řadíme také pojízdné hydraulické instrumentační stolky a pomocné odkládací stolky, na které pokládáme sterilní materiál,

implantáty či operační nástroje (Wendsche et al., 2012). Součástí vybavení každého operačního sálu jsou odsávací zařízení – sloužící pro odsávání krve, hnisu, střevního obsahu, sekretu z dýchacích cest, žaludečního obsahu i výplachové tekutiny (Schneiderová, 2014).

Dále do běžného vybavení operačního sálu řadíme např. elektrochirurgické přístroje (řez, preparace a koagulace tkání), ultrazvukové přístroje či laser (řez se současnou koagulací) (Wichsová, 2013). Kryokauter je přístroj, který funguje na principu destrukce tkáně tekutým dusíkem. K vybavení operačních sálů patří také rentgenový přístroj, který umožňuje metody předoperační i peroperační diagnostiky, pneumatické turnikety zajišťující bezkrevnost při operacích končetin, nebo anesteziologické přístroje (Wendsche et al., 2012).

V neposlední řadě do vybavení operačních sálů patří endoskopické soustavy, umožňující prohlédnutí dutých orgánů a tělesných dutin, či operační mikroskop, který je hojně používaným zařízením v mikrochirurgii. Mikroskop poskytuje operátorovi zvětšení a osvětlení operačního pole (Schneiderová, 2014).

2.2 Personál operačního traktu

Personál operačního traktu dělíme do několika skupin. První skupinu tvoří kmenoví zaměstnanci tedy stálí zaměstnanci operačního traktu – perioperační sestry, sanitáři, techničtí pracovníci a pracovníci úklidu. Další skupina je tvořena pracovníky, kteří jsou zaměstnanci daného oddělení/kliniky a vykonávají zde část své pracovní náplně – lékaři chirurgických oborů. Do externích pracovníků operačních sálů řadíme pracovníky, jež docházejí na operační sály ke konkrétním výkonům – lékaři jiných oborů, a také studenty zdravotnických škol a lékařských fakult. Pro některá nemocniční zařízení zajišťují úklid pracovníci úklidové firmy (Schneiderová, 2014).

2.2.1 Perioperační tým

Na operačních sálech je potřeba víceoborové a týmové spolupráce. Tým utváří řada odborníků, kteří mají stanovený jasný cíl, řeší společně problémy a jejich skupinová dynamika napomáhá lepší vzájemné komunikaci, zefektivnění práce a tvorbě vhodné atmosféry. Každý člen týmu nese zodpovědnost za svou činnost. Práce v týmu vyžaduje systematičnost, komunikaci, společné cíle, autonomii týmu, vedoucího skupiny, rozdělení funkcí, pravidelné schůze a střídání pracovních činností. Důležitou součástí práce v týmu je respektování se navzájem, důvěra mezi členy týmu a schopnost rychlé adaptace na změny (Jedličková, 2019).

Operační tým se typicky skládá z *operátora, asistentů, instrumentující sestry, cirkulující sestry, sálového sanitáře, anesteziologa a anesteziologické sestry*. Dalšími členy operačního týmu mohou být např. radiologičtí asistenti, firemní zástupci, či technici. Za operační výkon zodpovídá operátor, jenž je zároveň vedoucím operační skupiny. Všichni členové operačního týmu se musí řídit jeho příkazy (Ihnát, 2017).

3 PERIOPERAČNÍ SESTRA

Sestra pro perioperační péči patří mezi nelékařské zdravotnické pracovníky se specializovanou způsobilostí. Specializovanou způsobilost získává všeobecná sestra po dokončení specializačního vzdělávání v oboru perioperační péče podle nařízení vlády č. 31/2010 Sb., o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí v aktuálním znění (Česko, 2010). Činnosti všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí specifikuje § 54 vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků v aktuálním znění. Všeobecná sestra tedy může po získání specializované způsobilosti vykonávat činnosti bez odborného dohledu a bez indikace lékaře nebo může vykonávat činnosti na základě indikace lékaře. Kompetence sestry pro perioperační péči podrobně popisuje § 56 vyhlášky č. 55/2011 Sb. (Česko, 2011).

„Sestra pro perioperační péči vykonává činnosti podle § 54 při péči o pacienty před, v průběhu a bezprostředně po operačním výkonu, včetně intervenčních, invazivních a diagnostických výkonů.“ (Česko, 2011)

Mezi kompetence, které může perioperační sestra provádět **bez odborného dohledu a indikace** se řadí:

- příprava instrumentária, zdravotnických prostředků a jiného potřebného materiálu a pomůcek před, v průběhu a po operačním výkonu,
- provádění specializovaných sterilizačních a dezinfekčních postupů,
- manipulace s operačními stoly, přístroji a tlakovými nádobami,
- antisepse operačního pole u pacientů,
- provádění početní kontroly nástrojů a použitého materiálu ve spolupráci s operátorem před začátkem a ukončením každé operace, zajištění stálé připravenosti pracoviště ke standartním i speciálním operačním výkonům,
- zarouškování operačního pole,
- instrumentování při operačních výkonech.

Do kompetencí, které může sestra pro perioperační péči provádět **bez odborného dohledu na základě indikace lékaře** patří:

- zajištění polohy a fixace pacientů na operačním stole před, v průběhu a po operačním výkonu, včetně prevence komplikací z imobilizace,
- asistování u méně náročných operačních výkonů (Česko, 2011).

3.1 Pracovní náplň perioperační sestry

Perioperační sestry jsou všeobecné sestry pracující na operačních sálech. Perioperační sestry patří mezi odborně vzdělaný personál, který je nepostradatelný pro zajištění chodu operačních sálů, a proto jsou vnímány jako jedna z nejdůležitějších kategorií personálu operačních sálů. Práce na operačním sále je velmi náročná, tudíž ji lze v měřítku erudovanosti nelékařského zdravotnického personálu zařadit mezi kategorie s nejvyššími požadavky (Jedličková, 2019). Sestra v perioperační péči zajišťuje organizaci, řízení a kontrolu provádění úklidu operačního traktu, udržuje aseptické podmínky provozu, pečuje o inventář sálů a zodpovídá za přípravu operačního sálu na operační výkon (příprava nástrojů, materiálu, operačních přístrojů), asistuje u operačního výkonu a zajišťuje péči o nástroje po operačním výkonu a jejich sterilizaci. Dále se perioperační sestra podílí na vedení patientské dokumentace a dohlíží na činnosti dalších členů ošetrovatelského týmu na operačním sále (Wendsche et al., 2012). Nejdůležitější je ovšem zaměření se na pacienta, zajištění jeho bezpečnosti během pobytu na operačním sále, a na jeho celkový psychický i fyzický stav (Jedličková, 2019).

Perioperační sestry se dle rozdělení úkolů dělí na **instrumentářky**, **cirkulující sestry** a **nástrojové sestry**. Instrumentářky bezprostředně zabezpečují operační výkon, cirkulující sestry zajišťují kontakt s okolím a nástrojové sestry zodpovídají za péči o nástroje, sestavování a kontrolu sít a přípravu speciálních zdravotnických prostředků pro operační výkon (Jedličková, 2019).

Instrumentářka

Instrumentářky spolu s cirkulující sestrou zajišťují přípravu zdravotnických prostředků, nástrojů, sterilního materiálu i operačních přístrojů pro daný operační výkon. Instrumentářky jsou zodpovědné za chystání sterilních instrumentačních stolků, s dalšími členy operačního týmu provádějí antisepsi operačního pole, a poté zarouškování pacienta. Zodpovídají také za početní kontrolu nástrojů a použitého obvazového materiálu, kontrolu funkčnosti nástrojů, dohlíží na dodržování aseptických podmínek v průběhu operačního výkonu a na konci operačního výkonu provádí závěrečné ošetření operační rány a přikládají sterilní krytí. Instrumentářky následně ukládají použité nástroje do dekontaminačních kontejnerů určených ke transportu na sterilizační jednotku (Jedličková, 2019).

Cirkulující sestra

Cirkulující sestra komunikuje s pacientem, vede ošetrovatelskou dokumentaci, polohuje a fixuje pacienta na operačním stole spolu se sanitářem a přikládá neutrální elektrodu.

V průběhu operačního výkonu doplňuje a dodává potřebný materiál, nástroje a pomůcky pro daný operační výkon, zajišťuje obsluhu operačních přístrojů, kontroluje sterilitu, zodpovídá za správné označení biologického materiálu a vyřizuje případná perioperační vyšetření a konzilia. Na konci operačního výkonu provádí spolu s instrumentářkou početní kontrolu materiálu a nástrojů (Wichsová, 2013).

Nástrojová sestra

Nástrojová perioperační sestra může pracovat na centrální sterilizaci, ve sterilizačním centru nebo na přísálové sterilizaci. Do náplně práce nástrojové sestry patří předsterilizační příprava zdravotnických prostředků, kontrola a ošetřování zdravotnických prostředků, kompletování chirurgických sít a balení zdravotnických prostředků do vhodných sterilizačních obalů. Nástrojová sestra také zodpovídá za sterilizaci a kontrolu sterilizačních a mycích cyklů a vedení příslušné dokumentace. Po dokončení sterilizace provádí kontrolu zdravotnických prostředků a dohlíží na jejich transport či uskladnění (Jedličková, 2019).

3.2 Možnosti vzdělávání pro budoucí perioperační sestry

První možností získání specializované způsobilosti pro perioperační sestry je specializační vzdělávání. Vzdělávací program trvá přibližně 18-24 měsíců a zprostředkovává jej pouze akreditované zařízení (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2020). Aktuálně patří mezi akreditovaná zařízení zajišťující teoretickou část specializačního vzdělávání Fakultní nemocnice Olomouc a Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. Celý vzdělávací program poskytují pouze Fakultní Thomayerova nemocnice a Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha. Praktickou část specializačního vzdělávání zajišťuje celá řada nemocnic (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2011). Program zahrnuje 560 hodin teoretické i praktické výuky, z nichž praktická výuka musí tvořit alespoň polovinu počtu hodin. Vzdělávací program pro perioperační sestry se skládá ze tří odborných modulů. První odborný modul – Role všeobecné sestry specialistky pro perioperační péči se zabývá např. problematikou veřejného zdraví, managementu, ekonomiky, psychologických aspektů, hygieny operačních sálů a dalších. Další dva odborné moduly se věnují perioperační péči o pacienta ve vybraných oborech. Pro úspěšné zakončení specializačního studia a získání specializované způsobilosti v oboru Perioperační péče je potřeba složit atestační zkoušku (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2020).

Vysokoškolské vzdělávání budoucích perioperačních sester nabízí také Fakulta zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Studijní program Perioperační péče mohou zvolit absolventky bakalářského studia jako navazující magisterské studium (Kordulová, 2017). Vysokoškolské studium standardně trvá dva roky, probíhá kombinovanou formou a je zakončeno státní závěrečnou zkouškou. Po úspěšném zakončení student získává specializovanou způsobilost s označením odbornosti Všeobecná sestra pro perioperační péči (Univerzita Pardubice, 2023).

3.3 Osobnost perioperační sestry

Nelze říci, že existuje ideální osobnost zdravotníka, jsou však specifické vlastnosti, které se dají uplatnit individuálním způsobem. Důležité je fungování zdravotníka v rámci zdravotnického týmu a jeho ovlivňování atmosféry a dynamiky v rámci týmu. Vlastnosti nezbytné pro osobnost zdravotníka jsou vnitřní stabilita, osobnostní zralost a spíše vyšší míra odolnosti vůči frustraci (Plevová, 2018). Podstatnou oblastí pro výkon povolání sestry jsou sociální dovednosti a schopnosti. Pro pacienta je významná sestřina schopnost vnímání druhých lidí neboli sociální percepce. Díky schopnosti vnímání emocí, nálad či pacientova individuálního stavu volí sestry vhodnou strategii ošetrovatelské péče (Venglářová, 2011). Kromě schopnosti empatie řadíme mezi sociální dovednosti schopnost navázat kontakt, vést dialog či mít pozitivní vztah k lidem. Další předpoklady pro osobnost sestry nalzáme v oblasti komunikace. Mezi komunikační předpoklady řadíme např. sumarizování, podněcování hovoru, zrcadlení ale i mlčení. Při poskytování péče je klíčová schopnost naslouchání pacientovi (Plevová, 2018). Určitou výhodou poskytuje přívětivá a komunikativní povaha zdravotníka, jelikož komunikace je nejen nástrojem pro výměnu informací, ale rovněž vyjádřením zájmu o pacienta. V rámci péče o pacienta také často dochází k náročným situacím – konfliktům, které vyžadují jejich okamžité řešení a hledání kompromisů (Venglářová, 2011).

Na operačním sále může být perioperační sestra vystavena krizovým situacím, u kterých je potřeba zvýšené odolnosti vůči psychickému i fyzickému napětí. Perioperační sestra musí být připravena rychle reagovat na změny, které v průběhu operačního výkonu mohou nastat, a musí být schopna se jim přizpůsobit. Vypjaté situace vyžadují také rychlost, přesnost, cílevědomost a organizační schopnosti (Jedličková, 2019). Mezi další charakterové předpoklady perioperační sestry se řadí pečlivost, spolehlivost, trpělivost a schopnost týmové spolupráce, která je pro práci na operačním sále zásadní. Povolání perioperační sestry je fyzicky náročná profese, která vyžaduje také určitou fyzickou zdatnost, výdrž, šikovnost a manuální zručnost (Wichsová, 2013).

3.4 Vztah perioperační sestry k perioperačnímu týmu

Operační sál je prostředím, které je specifické pro práci pod časovým presem a vzájemnou závislostí členů operačního týmu (Tørring et al., 2019). Práce na operačních sálech zahrnuje práci v týmu. Členové týmu musejí umět spolupracovat. Pro některé je týmová spolupráce naprosto běžná a automatická, pro jiné zase obtížná až nepříjemná. (Venglářová, 2011). Pro efektivní týmovou spolupráci je klíčová vynikající komunikace mezi členy operačního týmu. Emocionálně nabitě prostředí operačního sálu tuto komunikaci do jisté míry ovlivňuje.

Operační tým je složen z pracovníků se základním vzděláním až po vysokoškolsky vzdělané. Ve středu tohoto různorodého týmu stojí perioperační sestra, která kromě zvládnání povinností vůči pacientovi zajišťuje koordinaci činnosti celého chirurgického týmu (Jedličková, 2019)

Spouštěčem pro vyvolání emoční reakce může být právě výše zmíněná sálová hierarchie, která brání níže postaveným členům týmu, aby se ozvali, případně neschopnost vedoucího operační skupiny naplnit očekávání týmu. (Lee et al., 2023) Během operačního výkonu všichni přítomní na sále podléhají a řídí se pokyny tohoto vedoucího. Pokud nastanou v průběhu výkonu neshody či rozpory, řeší se až po skončení operačního výkonu, aby se neohrozil hladký průběh operace, a tím potenciální dopad na péči o pacienta (Wichsová, 2013).

Další komunikační bariéry na operačním sále snadno vznikají na základě např. nesprávných informací či pokynů, neznalosti, strachu, stresu, nepochopení, sympatie či antipatie (Jedličková, 2019). Příkladem nedostatečného předání informací mohou být nepřesné informace pro perioperační sestry ohledně požadovaných implantátů, instrumentárií či přístrojové techniky pro daný operační výkon, což může způsobit komplikace průběhu operace (Wichsová, 2013). Kromě požadování jiných nástrojů a instrumentária může stresující situaci zapříčinit také nepřipravenost chirurga (Skråmm et al., 2021).

Další z povinností perioperačních sester je počítání roušek, při kterém se sestra ujišťuje, že žádná z roušek nezůstala v pacientovi. Je proto důležité vytvořit na operačním sále prostředí, ve kterém může perioperační sestra bez obav požádat operátora o pozastavení operace, aby mohla proběhnout početní kontrola materiálu (Weldon et al., 2013).

Perioperační sestra by měla prosazovat koncepci týmové práce a tvořit efektivní vztahy se všemi multidisciplinárními týmy s kladením důrazu na vzájemný respekt a porozumění. Dále by měla sdílet podstatné informace se členy týmu a poskytovat zpětnou vazbu pohotovým a konstruktivním způsobem. V neposlední řadě by perioperační sestra měla umět efektivně zvládat konfliktní situace (Wichsová, 2013).

4 RIZIKOVÉ FAKTORY PRÁCE PERIOPERAČNÍ SESTRY

Práce zdravotníka je ve společnosti nepostradatelná, velmi zajímavá, zároveň ale riziková a náročná. Dle Petrovové (2017) jsou zdravotníci vystavováni působení kombinaci nesourodých faktorů, které mohou mít často dopad na jejich zdravotní stav. Vystavení se těmto faktorům není pravidelné, a tak je obtížná jejich identifikace a vyhodnocení (Petrovová, 2017). Operační sál představuje komplikované pracovní prostředí s vysokým potenciálem pro vznik nepříznivých událostí (Opálková, 2021). Rizikové faktory, jimiž jsou zdravotníci ohroženi nejčastěji při své práci lze rozdělit na specifické a nespecifické. Do nespecifických rizikových faktorů se řadí psychická a fyzická zátěž, směnnost, nedostatek odpočinku. Mezi specifické rizikové faktory práce se řadí zátěž chemická, biologická, jako např. infekční agens a fyzikální, jako např. ionizující a neionizující záření (Petrovová, 2017).

Tyto rizikové faktory budou blíže popsány v následujících podkapitolách. Tématu psychické zátěže se bude vzhledem k jejímu rozsahu a významu pro tuto diplomovou práci věnovat celá následující kapitola (kapitola 5).

4.1 Fyzická zátěž

Práce perioperační sestry je považována za fyzicky náročnou. Perioperační sestra je každodenně vystavována fyzické zátěži při manipulaci s pacientem, jako je polohování nebo překlady na operační stůl, ale také při manipulaci s přístroji a nástrojovými sítý, jejichž hmotnost může na specifických oborech, jako je ortopedie, přesahovat 10 kilogramů. Perioperační sestra může být také ohrožena lokální svalovou zátěží, např. při opakovaném nadměrném množství pohybů drobných svalových skupin ruky a při rotačních pohybech zápěstí (otevírání sterilních obalů peel efektem).

Další problém představuje statická zátěž při instrumentování. Instrumentující sestra musí stát ve vynucené nefyziologické poloze několik hodin (např. stání na schůdkách nebo na špičkách, jednostranná rotace trupu, hluboký předklon) a podávat těžké nástroje (Hobzová, 2014). Dle studie Clari (2021) představuje přetěžování pohybového aparátu u perioperační sestry problém s vysokou prevalencí. Postiženy bývají nejčastěji muskuloskeletální oblasti těla – dolní část zad, ramena, pas a kolena (Clari et al., 2021).

Kovalická (2014) říká, že při práci na operačních sálech dochází ke zvýšené činnosti smyslů, výsledkem může být např. přetížení zraku při práci s drobnými nástroji a předměty (Kovalická, 2014). Jak uvádí Hobzová (2014), k takovým situacím nejčastěji dochází při

mikrochirurgických operacích, kde se využívá operačního mikroskopu a perioperační sestra pracuje za podmínek ztíženého kontrastu jasu (Hobzová, 2014).

4.2 Poranění a biologická zátěž

Rizikovým faktorem práce na operačním sále je dále zátěž biologická – infekce. Riziko infekce u zdravotnických pracovníků může být zvýšené, pokud nejsou dodržovány bezpečné pracovní postupy. Dochází k němu při nedostatečné osobní hygieně (mytí a dezinfekce rukou, konzumace jídla v infekčním prostředí), nesprávné manipulaci s kontaminovaným biologickým materiálem a porušování zásad dezinfekce a sterilizace. Jistou roli hraje i odolnost organismu zdravotníka (Vévoda, 2013). Zvýšené riziko infekce vzniká i při poranění zdravotníka. Zdravotníci jsou denně vystavováni krvi a dalším tělesným tekutinám, které mohou být velmi nebezpečné a mít i smrtící dopad. Poranění kůže ostrými předměty je častou příčinou krví přenosných chorob (Srejjic, 2016).

Studie z roku 2014 zkoumaná u souboru chirurgů zjistila, že prevencí vzniku poranění ostrými předměty může být zařízení s magnetem. Magnetické vlastnosti tohoto zařízení přitahují ostré a špičaté části, které jsou uchovány v chráněném prostoru. Použití jehlového magnetu v operačním poli snižuje pravděpodobnost poranění ostrými předměty během operace (Rahmati et al., 2014).

4.3 Fyzikální vlivy

Mezi nejvýznamnější rizikové fyzikální faktory na operačním sále se řadí záření, hluk, vibrace a kvalita ovzduší.

Neionizující záření se vyskytuje v podobě laseru a germicidních zářičů, při jejichž používání je nutné použití ochranných pomůcek. Rentgenové (RTG) přístroje vystavují pracovníky operačních sálů ionizujícímu záření. Při využívání RTG přístrojů by měli zdravotníci dbát na používání doporučených ochranných pomůcek (vesta, nákrčník, osobní dozimetr) a omezit dobu expozice nebo se alespoň vzdálit od RTG přístroje (Jedličková, 2019).

Na operačním sále je zvýšená hlučnost, která často způsobuje ztíženou komunikaci mezi operačním týmem (Stringer et al., 2008). Zvýšený hluk ztěžuje nejen vzájemnou komunikaci, ale narušuje koncentraci a odpoutává pozornost operačního týmu (Cabanová, Rapčíková, 2016). Na operačních sálech jsou zdrojem hluku např. operační přístroje, sterilizační a úklidové

přístroje (Petrovová, 2017). Vrtačky a pily na operačních sálech mohou být kromě hluku zdrojem nepříjemných vibrací (Hobzová, 2014).

Posledním významným rizikovým fyzikálním faktorem je kvalita ovzduší na operačním sále, ta ovlivňuje i celkovou kvalitu pracovního prostředí. Přiměřená teplota a funkční klimatizace jsou důležitými faktory, které zajišťují komfort operační skupiny v průběhu výkonu (Šanderová, 2005). Vnímání teploty na operačním sále je také ovlivněno operačním prádlem, které je pro operační skupinu nezbytné (Židková, 2010). Vlivem klimatizace i dalších faktorů jako je operační prádlo dochází na operačním sále ke střídání subjektivního pocitu tepla a chladu. Někdy mohou být špatné tepelné podmínky zapříčiněny absencí klimatizace na nerekonstruovaných operačních sálech či jejím špatným nastavením (Hobzová, 2014).

4.4 Chemické škodliviny

Jedním z rizik, kterým je vystaven operační tým a personál operačních sálů, je chirurgický kouř, který je produkován během operací. Chirurgický kouř může negativně ovlivnit orgány lidského těla (Merajikhah et al., 2022). Chirurgický kouř se tvoří při používání elektrokauterů, ultrazvukových přístrojů a laserů, které mohou řezat a koagulovat různé tkáně během operací. Vzniklý kouř obsahuje toxické plyny, jež mají škodlivé účinky na zdraví těch, kdo je vdechují (Canicoba, 2022). Použití elektrokauteru při operaci vede k rozptylu jemných částic a vytvoření dýmu. Tento chirurgický kouř je stejně mutagenní jako cigaretový kouř. Pro ochranu personálu operačního sálu se standartně používají ústenky a mobilní systémy odsávání kouře, které jsou přímo napojeny ke hrotu elektrokauteru (Kocher et al., 2019).

Mezi další chemická rizika pro perioperační sestru patří expozice chemickým látkám nejčastěji v podobě dezinfekčních přípravků (Petrovová, 2017). Rizikový může být jak přímý kontakt s chemickou látkou, tak i inhalace, přičemž téměř kterákoliv z těchto látek může působit jako alergen (Vévoda, 2013). Kromě dezinfekcí ale může sestra na operačních sálech přicházet do styku s anesteziologickými plyny (Petrovová, 2017). V prostředí operačních sálů může docházet k překročení limitů koncentrace inhalačních anestetik, tím pádem k expozici personálu účinkům anestetik – únava, spavost a diskomfort (Hobzová, 2014). Další chemické riziko mohou pro sestru představovat sterilizační plyny a páry etylenoxidu a formaldehydu, které pracují na operačních sálech s přísálovou sterilizací (Petrovová, 2017).

4.5 Ostatní rizikové faktory

Věda a výzkum ve zdravotnictví se rozvíjí každým dnem, a proto dává za vznik i novým technologiím, technickým zařízením a pracovním postupům, které s sebou ovšem přináší i nová pracovní rizika (Petrovová, 2017). Smith (2020) udává, že perioperační sestra může pociťovat tlak z hlediska příchodu nových technologií, jelikož k výkonu práce je nyní potřeba i jisté technické zdatnosti. Zvýšené nároky na roli perioperační sestry vedou ke vzniku „stresu z technologií“ a mají výrazný dopad na pohodu, zdraví a spokojenost s prací perioperačních sester (Smith, Palesy, 2020).

Dle Žídkové (2010) představuje další rizikový faktor ve zdravotnictví, tedy i na operačním sále, nepravidelné stravování a nedodržování pitného režimu. Na operačních sálech se často nedodrží obědová pauza, a tak se večere mnohdy stává prvním teplým jídlem dne perioperačních sester (Žídková, 2010). V rámci dotazníkového šetření České asociace sester (2013) se ukázalo, že 21,4 % dotazovaných zdravotníků si výjimečně stihne čerpat ze zákona povinnou přestávku po 6 hodinách práce (ČAS, 2013).

5 PSYCHICKÁ ZÁTĚŽ PRÁCE PERIOPERAČNÍ SESTRY

Dle Slováčkové (2010) je práce sestry považována za jednu z nejvíce psychicky náročných povolání (Slováčková, 2010). Kovalická (2014) uvádí, že v perioperační péči jsou kladeny velké nároky na nepřetržitou koncentraci, pozornost při soustavném sledování procesu, monitorování dění při operaci a následnou rychlou reakci a rozhodnutí se v časovém presu (Kovalická, 2014). Až dvě třetiny perioperačních sester zkoumaného souboru Šanderové uvádí stres na pracovišti jako negativní faktor výkonu povolání. Mezi časté příčiny stresu patří také negativní emoce lékařů v rámci operačního výkonu, nepřiměřeně dlouhé operační programy či velký počet pracovišť (Šanderová, 2005).

„Psychická zátěž je faktor práce a pracovního prostředí, jednotný pojem pro všechny vlivy, které působí na psychiku člověka. Psychická zátěž působí na organismus a vyžaduje duševní činnost, psychické zpracování a vyrovnávání se s požadavky a vlivy prostředí.“ (Balková, Hauptvogelová, 2016, s. 20)

Mezi faktory práce, které jednoznačně souvisejí s psychickou zátěží patří přetížení, zároveň i nevytížení, časový tlak, monotonie, vysoká náročnost práce v kombinaci s nízkou mírou vlastní kontroly nad prací, nucené pracovní tempo, vysoká odpovědnost, konfliktní interpersonální vztahy na pracovišti, směnování, riziko ohrožení zdraví, vysoké nároky na sociální integraci a dlouhodobá sociální integrace (Švábová et al., 2020). Směnování výrazně narušuje cirkadiánní rytmus sester, které jsou nuceny přizpůsobit svůj životní styl (omezený sociální kontakt s rodinou, přesun a nepravidelnost pracovního volna, omezené možnosti realizace kulturních a společenských akcí) práci ve směnách (Vévoda, 2013). Operační sál lze tedy považovat za stresující prostředí s nadměrnou pracovní zátěží. Dle studie Wei (2023) může mít vysoká pracovní zátěž z dlouhodobého hlediska vliv na únavu, onemocnění, zranění i duševní zdraví. Jelikož může pracovní stres ovlivňovat celkové psychické i fyzické zdraví sestry, je důležité vědět, jak pracovní stres zvládat (Wei et al., 2023).

5.1 Zátěž a popis různých zátěžových situací

Zátěž můžeme označit za souhrnný název pro všechny nároky (Paulík, 2017). Narušení psychické rovnováhy může nastat díky působení různých zátěží, které se projeví odchylkami v prožívání, uvažování i chování. Může se jednat pouze o dočasnou změnu, ale i o změnu trvalejšího charakteru (Vágnerová, 2014). Zátěžové situace jsou spojeny se zvýšenými nároky

na adaptaci jedince. Pojem **adaptace** představuje schopnost přizpůsobení se podmínkám svého okolí, tudíž je nutností pro jeho fungování (přežití a vývoje) (Paulík, 2017).

5.1.1 Stres

Slovo stres pochází z anglického slova *stress* – nápor, zátěž, tlak. Za stres můžeme považovat momentální pocit, že je něco v nepořádku či dlouhodobý pocit nadměrné zátěže (Venglářová, 2011). Za průkopníka nauky o stresu je považován kanadský lékař, biolog a chemik Hans Selye (1907–1982). Selye popisuje stres jako „*nespecifickou fyziologickou odpověď na jakýkoli nárok kladený na organismus* (Klevetová, 2017, s. 33). “ Ve stresové situaci dochází k tzv. nadlimitní zátěži, kdy intenzita stresogenní situace (stresor) převyšuje schopnost jedince danou situaci zvládnout (Plevová et al., 2011).

5.1.1.1 Eustres, distres

Přiměřená míra stresu či určitý druh stresu nemusí mít na jedince pouze negativní vliv. Stres může do jisté míry člověka stimulovat a podněcovat jeho rozvoj. Existuje dokonce řada stresových situací, které někteří lidé účelně vyhledávají, jelikož při nich dochází k vyplavování endorfinů do mozku. Mezi takové situace patří např. extrémní sporty (Vágnerová, 2014). Pojem **eustres** je tedy spojen s pozitivním prožíváním stresu, kdy je člověk odhodlán situaci zvládnout, překonat překážku, přinést si radost – svatba, narození dítěte apod. (Plevová et al., 2011). Jako **distres** je označován stres negativně prožívaný, nežádoucí či ohrožující (Paulík, 2017).

S pojmem stres souvisí také **boreout** syndrom a **burnout** syndrom. Boreout syndrom neboli syndrom znučení vzniká při dlouhodobé absenci stresu. Pokud člověk naopak zažívá dlouhodobě intenzivní stres, stav přetížení, může u něj propuknout burnout syndrom čili syndromu vyhoření (kapitola 4.2.4) (Pešek, Praško, 2016).

5.1.1.2 Stresory a salutory

Veškeré podněty, které člověka zatěžují, tedy vyvolávají u něj stres, můžeme označit jako **stresory**. Stresory jakožto negativní životní faktory způsobují strach, pocit ohrožení i ztráty kontroly nad sebou samým (Venglářová, 2011).

Stresory můžeme rozdělit do tří základních kategorií:

- fyzické – vizuální podněty, teplota, hluk,
- psychické – nepříjemné myšlenky či představy, časová tíseň atd.,

- sociální – osobní vztahy, konflikty (Pešek, Praško, 2016).

Opakem stresorů jsou pozitivní životní faktory – **salutory**. Salutory jsou pohonem pro zvládnutí a překonání stresových situací, se kterými se v životě setkáváme např. pochvala, smysluplnost vykonávané činnosti (Venglářová, 2011).

5.1.1.3 Mechanismus stresu

Stresovou reakci můžeme rozdělit na tři fáze: **poplachová reakce, fáze adaptace** (rezistence) a **fáze vyčerpání** (exhausce).

1. fáze – Poplachová reakce:

V průběhu poplachové reakce dochází ke spuštění obranného systému řízeného centrální nervovou soustavou. Jedná se o řadu biochemických reakcí, které udržují organismus v pohotovosti – boj nebo útek. V této fázi dochází k mobilizaci sil nutných pro zvládnutí zátěže.

2. fáze – Adaptace:

Fáze adaptace neboli rezistence zajišťuje postupné snižování reakce organismu na nepříznivý vnější vliv. Je zde snaha o zvládnutí stresu a dochází k adaptaci organismu na stresor.

3. fáze – Vyčerpání:

Poslední fází je fáze vyčerpání (exhausce), ve které dochází k celkovému přetížení organismu a selhání obranných a adaptačních systémů. K vyčerpání dochází při dlouhodobém a intenzivním působení stresorů. Tato fáze může být příčinou vzniku psychosomatických onemocnění (Klvetová, 2017; Venglářová, 2011).

5.1.2 Frustrace

Jako frustraci označujeme stav zklamání, zmaření s nemožností dosažení vytyčeného cíle (Venglářová, 2011). Důležitou roli při vzniku frustrace hraje pozitivní očekávání, poněvadž člověk, který nic dobrého neočekává, nebývá zklamán. S frustrací se tedy setkáváme běžně a do určité míry ji i považujeme za žádoucí, jelikož nás stimuluje k hledání účinnějších řešení či změně postoje (Vágnerová, 2014).

5.1.3 Deprivace

Pojmem deprivace se míní „stav, kdy některá z objektivně významných potřeb není uspokojována v dostatečné míře, přiměřeným způsobem a po dostatečně dlouhou dobu

(Vágnerová, 2014, s. 43). “ Deprivace představuje jednu z nejzávažnějších zátěžových situací, jelikož negativně ovlivňuje aktuální psychický stav jedince ale i jeho psychický vývoj. Strádání jedince je závislé na období, ve kterém deprivace zkušenost probíhá (Vágnerová, 2014).

5.1.4 Konflikt

Původ slova konflikt vychází z latinského *conflictus* (srazit se spolu). Konflikt znamená střet protichůdných názorů, rozpor či neshodu (Venglářová, 2011) a řadí se mezi běžné náročné situace každodenního života. Konflikty sice narušují celkový pocit pohody, závažnější zátěž ovšem samy o sobě nepředstavují, pokud nedojde k jejich nadměrné kumulaci (Vágnerová, 2014). Konflikty mohou být **intrapersonální** a **interpersonální**. Intrapersonální konflikty představují konflikty odehrávající se v nitru jedné osoby, zatímco interpersonální konflikty se týkají nejméně dvou účastníků (Paulík, 2017).

5.1.5 Trauma

Trauma lze definovat jako situaci s výrazně negativním vlivem, která vzniká náhle a způsobuje jedinci nějakou újmu. Traumatizovaný člověk trpí narušením emočního prožívání, které se projevuje např. ztrátou pocitu jistoty a bezpečí, úzkostí i smutkem. Trauma je příčinou změny uvažování jedince – ztráta objektivity, ale i změny chování – únik před další traumatizací, útočnost, agresivita. **Posttraumatická stresová porucha** je porucha, která může vzniknout vlivem stresu z celkové změny životní situace (Vágnerová, 2014).

5.1.6 Krize

Krize představuje náhlé negativní vyhocení situace, které vzniká situačním nárůstem problémů nebo v důsledku dlouhodobé kumulace. Jedinec trpící krizí má pocit existence nezvládnutelného problému (Vágnerová, 2014). Za krizi je označována stresová situace, kdy intenzita zátěže dosahuje hraničních hodnot, jejichž překročení jedince ohrožuje (Paulík, 2017).

5.2 Důsledky dlouhodobé psychické zátěže

Dlouhodobá psychická zátěž může vést k poruchám zdraví, jako jsou poruchy v oblasti duševního zdraví, nebo některá psychosomatická onemocnění (vředová choroba, hypertenze, ischemická choroba srdeční aj.). Kromě výše zmíněných potíží může nadměrná psychická zátěž způsobit poruchy prožívání a chování, ztrátu motivace k práci, změny v pracovním výkonu a v poslední řadě vést k **syndromu vyhoření** (Švábová et al., 2020). Ve slovenské studii

u perioperačních sester zjistila Litvínová (2015), že nejčastěji uváděným somatickým projevem psychické zátěže je bušení srdce a bolest hlavy (Litvínová, Poliaková, 2015).

5.2.1 Psychosomatická onemocnění

Nemoci způsobené stresem neboli psychosomatická onemocnění jsou důsledkem dlouhodobého stresu a psychické zátěže. Stres ovlivňuje zdraví perioperační sestry, a proto může být spouštěčem téměř jakékoliv nemoci. Dlouhotrvající zátěž se může podepsat např. na systému:

- kardiovaskulárním – hypertenze, arytmie, onemocnění koronárních cév,
- gastrointestinálním – návaly, zvracení, vředová choroba, syndrom dráždivého tračníku,
- svalovém – bolesti páteře, bolesti hlavy,
- imunitním – únavnost, letargie, oslabení celkové imunity těla,
- dýchacím – astma, dechová insuficience, hyperventilace,
- močopohlavním – polakisurie, impotence,
- dermatologickém – ekzém, alergie (Venglářová, 2011).

5.2.2 Spánková deprivace

Vévoda (2018) tvrdí, že pro efektivní fungování zdravotnictví je základní podmínkou práce v nepřetržitém směnném provozu. Směnnost ovšem narušuje přirozenou potřebu spánku, především se jedná o noční směny, a organismus je tedy vystaven zvýšené fyzické i psychické zátěži (Vévoda et al., 2018). Chang (2020) zastává názor, že nespavost, problémy s udržení spánku a časně ranní probouzení mohou souviset s projevy deprese (Chang et al., 2020). Sapre (2021) ve svém přehledu říká, že zdravotníci, kteří pracují ve směnném provozu mohou trpět nemocí, tzv. „shift work disorder“. Díky narušení spánkového cyklu zapříčiněného nekvalitním spánkem trpí tyto lidé nadměrnou ospalostí a nespavostí. Nedostatek klidného spánku zvyšuje riziko ospalosti při řízení, onemocnění kardiovaskulárního systému, rakoviny a zhoršení kognitivních funkcí – poruchy pozornosti, soustředění a paměti (Sapre, 2021). Dle Wang (2021) čínský přehled 36 studií uvádí, že směnnost zvyšuje riziko výskytu metabolického syndromu u zdravotníků (Wang et al., 2021). Turnbull (2021) uvádí, že směnný provoz může také zvyšovat riziko výskytu metabolického syndromu u perioperačních sester (Turnbull, Foran, 2021).

5.2.3 Únava

Paulík (2017) uvádí, že únava může být vyvolána jak nedostatečnou stimulací (monotónní činnost), slabší a běžnou stimulací, ale i dlouhotrvající intenzivní zátěží. Dle charakteru zátěže a příznaků se rozlišuje únava psychická a fyzická, obě se však prolínají navzájem. Mezi běžné příznaky fyziologické únavy se řadí např. tachykardie, tachypnoe, pocení, zhoršení jemné motoriky, zpomalené reakce, bolesti svalů a hlavy a celkový pokles výkonnosti. Fyziologická únava je na rozdíl od únavy patologické přirozenou reakcí na vynaložení energie, námahy či úsilí a po přiměřeném odpočinku vymizí. Patologická únava je závažnější. Vzniká důsledkem intenzivní námahy, trvající neúměrně dlouhou dobu, a je spojena s vyčerpáním běžných energetických zásob (Paulík, 2017). Dle Johansson (2022) je patologická únava velmi obtěžující a má značný negativní dopad na kvalitu života a pracovní schopnost (Johansson et al., 2022). Přesto není patologická únava dostatečně pochopena a uznána. Patologická únava se může objevit ve formě **akutní patologické únavy** nebo **chronické patologické únavy** (Paulík, 2017).

V práci perioperační sestry může být přílišná únava příčinou vzniku pochybení, nežádoucích událostí a chyb v komunikaci. Takové situace vedou ke stížnostem pacientů a přispívají k horším pracovním výsledkům sester (Vévoda et al., 2018).

5.2.4 Syndrom vyhoření

Burnout syndrom neboli **syndrom vyhoření** je stav celkového vyčerpání a vzniká v důsledku dlouhodobého stresu v oblasti osobního nebo pracovního života. Do skupiny ohrožené syndromem vyhoření patří pomáhající profese, tedy i profese zdravotní sestry (Minirth et al., 2011). Práce sestry se vyznačuje intenzivním kontaktem s lidmi a zaměřuje se na poskytování pomoci, což může být příčinou vyčerpání. Profese sestry vyžaduje vysokou zodpovědnost, pečlivost, ohleduplnost a vstřícnou komunikaci navzdory nepříjemným a velmi náročným situacím, kterou mohou v práci nastat např. nespolupracující pacient, náladovost kolegů (Dufková, 2016). Na operačních sálech pracují perioperační sestry s nejmodernějšími technologiemi, špičkovými chirurgickými nástroji a vykonávají v časové tísní komplikované a specializované činnosti, které přispívají k vyšší míře pracovního stresu. Lee (2022) ve své studii z Jižní Koreje zjistil, že pracovní stres se považuje za významný faktor rozvoje syndromu vyhoření u perioperačních sester (Lee et al., 2022).

5.2.4.1 Příznaky syndromu vyhoření

Mezi první varovné příznaky syndromu vyhoření patří pocit, že zdravotník svou práci nezvládá a postrádá její smysl. Na ostatní může zdravotník působit nespokojeně, nervózně či podrážděně a pociťuje tělesné obtíže (bolesti, poruchy spánku atd.).

Příznaky syndromu vyhoření lze rozdělit do tří kategorií:

- tělesné vyčerpání – chronická únava, slabost, svalová bolest, kolísání váhy, nemocnost,
- psychické vyčerpání – pesimismus, negativismus, cynismus, ztráta motivace, poruchy soustředění, odpor ke změnám,
- emocionální vyčerpání – necitelnost, uzavřenost, lhostejnost, asociálnost (Venglářová, 2011).

5.2.4.2 Fáze syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření je proces, který nevzniká ze dne na den, ale může se vyvíjet různě dlouhou dobu. Probíhá v několika fázích, které se mohou střídát a opakovat. Stádia syndromu vyhoření se dělí na fázi **nadšení**, **stagnace**, **frustrace**, **apatie** a samotný **syndrom vyhoření**.

1. fáze – Nadšení:

Fáze nadšení začíná při nástupu perioperační sestry do nového povolání. Perioperační sestra je motivovaná, nadšená a plná očekávání. Snaží se pomáhat za každou cenu a často si idealizuje své schopnosti.

2. fáze – Stagnace:

Ve druhé fázi dochází ke střetu ideálů s realitou a perioperační sestra slevuje ze svých původních představ (Pešek, Praško, 2016).

3. fáze – Frustrace:

Ve fázi frustrace perioperační sestra pochybuje o smyslu své práce a o její efektivitě.

4. fáze – Apatie:

Ve čtvrté fázi syndromu vyhoření vnímá perioperační sestra svoji práci pouze jako zdroj obživy, dělá jen to, co je nutné a vyhýbá se náročnějším úkolům. Může se u ní také vyvinout tzv. HH-syndrom, jehož název vznikl spojením dvou anglických slov *helplessness* – bezmoc a *hopelessness* – beznaděj (Venglářová, 2011).

5. fáze – Syndrom vyhoření:

Posledním stádiem je samotný syndrom vyhoření. K této fázi patří i depresivní stavy a dochází k úplnému emočnímu vyčerpání. Perioperační sestra často opouští své pracovní místo, nebo setrvává v práci dál vyhořelá (Pešek, Praško, 2016).

5.2.4.3 Prevence syndromu vyhoření

Perioperační sestra se může řídit jistými pravidly, která mu mohou sloužit jako preventivní opatření či pomoci v počátcích syndromu vyhoření např.:

- Připustit si, že něco není v pořádku a udělat změnu.
- Dělat si pravidelné přestávky a doplňovat energii.
- Dělat si čas pro sebe a pro věci, které nás baví a přinášejí nám radost.
- Starat se o své zdraví a najít si čas na relaxaci a pasivní odpočinek.
- Odpočívat i aktivně, pokud máme energii a nemusíme se do toho nutit.
- Sdílet své problémy a požádat o pomoc.
- Oceňovat sebe i druhé.
- Snížit své vysoké nároky a stanovit si priority.
- Stanovit si reálné cíle.
- Naučit se odmítat a nepropadat syndromu pomocníka.
- Zachovat si klidnou hlavu v kritických chvílích.
- Využít supervize v zaměstnání.
- Využívat nabídek pomoci (Dufková, 2016).

Prevence ovšem nemusí vzejít pouze ze strany sestry. Ze strany nadřízeného nebo zaměstnavatele se prevencí rozumí zajišťování péče o zaměstnance, v tomto případě perioperační sestry, a vytváření adekvátních pracovních podmínek. Nadřízení by měli umět efektivně řešit obtížné situace či dlouhodobou stresovou zátěž a být příkladem pro své podřízené. Zaměstnavatel může také poskytovat řadu podpůrných, asistenčních či intervenčních programů (Syndrom vyhoření v práci sestry, 2020).

5.3 Předpoklady zvládnání zátěže a metody zvládnání stresu

V kapitole pojednávající o zátěži a stresu je nezbytné se věnovat pojmu **zvládnání zátěže**. U zvládnání zátěže je důležitá volba činností, chování i jednání v dané stresové situaci. Zásadní je také cíl, který rozhoduje, jak v takové situaci postupovat. V některých situacích lze pouze vynaložit úsilí o snížení zátěže, která je obtěžující, zachování emocionálního klidu a duševní rovnováhy, udržení si pozitivního myšlení a zachování tváře, zlepšení podmínek situace či relaxaci (Křivohlavý, 2010).

Odolnost vůči zátěžovým situacím ovlivňují vrozené předpoklady, zkušenosti i momentální stav. Samotné zátěžové situace podněcují hledání strategií, které přispívají ke zlepšení či zvládnutí situace. Způsob, jakým perioperační sestra v zátěžové situaci reaguje, je založen na jejích individuálních zkušenostech. Pokud se perioperační sestře určitá možnost osvědčí, opakuje ji, a stane se tak základem pro její **strategii zvládnání obtíží**.

Neopomenutelným faktorem pro zvládnání zátěže je také **sociální opora**, ať už v podobě rodiny, partnera, blízkých přátel či širšího okruhu lidí včetně pomoci ve formě profesionálů. Podstata problému ovšem spočívá v perioperační sestře samotné, která musí být ochotna pomoc přijmout a využít (Vágnerová, 2014).

5.3.1 Odolnost

Pojmem odolnost vůči zátěži je míněna charakteristika, která je nezbytnou podmínkou pro úspěšný průběh adaptačního procesu za dané situace. V tomto kontextu lze odolnost chápat jako rozsahu podnětů, s nimiž je perioperační sestra schopna se vyrovnat bez významnějšího narušení adaptačních mechanismů. Čím je odolnost perioperační sestry vyšší, tím větší množství podnětů zvládne bez vážnější újmy (Paulík, 2012).

K tématu odolnosti vůči zátěži se pojí další tři termíny – *hardiness*, *resilience*, *sense of coherence*. Termín **hardiness** (neboli pružnost, tvrdost) označuje stupeň odolnosti, tedy hranice, za níž určitou situaci vnímáme jako stresující. Pojem **resilience** (neboli houževnatost a nezdolnost) vyjadřuje schopnost zvládat stresové situace a umět na ně pružně a adekvátně reagovat. Resilience lze chápat jakožto „*schopnost rychlého zotavení a opětovné stabilizace, včetně udržení životní pohody* (Vágnerová, 2014, s. 44).“ Dalším termínem je **sense of coherence** (SOC), kde *coherence* znamená soudržnost. V tomto smyslu SOC vyjadřuje dlouhodobou osobnostní orientaci, která vnímá svět jakožto vnitřně soudržný a smysluplný celek (Paulík, 2017). SOC se skládá ze tří komponent – srozumitelnost (chápaní světa), smysluplnost (angažovanost v dané situaci má smysl) a zvládnutelnost (zvážení vlastních sil pro zvládnutí situace) (Humpl et al., 2013). S odolností souvisejí i další charakteristiky, které usnadňují perioperační sestře zvládnání zátěžových situací. Patří mezi ně např. sebedůvěra, optimismus, pozitivní myšlení, neuropsychická stabilita, smysl pro humor, spiritualita, vnímaná osobní účinnost – *self-efficacy*, lokalizace kontroly, styl chování, typ chování nebo osobnosti (Paulík, 2017).

5.3.2 Obranné mechanismy

Obranné mechanismy neboli obranné reakce lze definovat jako „*nevědomované způsoby omezování úzkosti pramenící z ohrožení sebepojetí* (Paulík, 2017, s. 115).“ Obranné reakce mají za úkol zmírnění vnímání nepříjemné reality. Mechanismy ovšem pouze nahrazují něco, co nelze získat (uspokojení, pocit pohody). Rozdíly mezi obrannými reakcemi najdeme v míře zkreslení skutečnosti, chování a postoji, který perioperační sestra zaujme. Mezi nejdůležitější obranné mechanismy řadíme:

- **popření** – popírání skutečnosti, která může sestru ohrožovat (nemoc),
- **vytěsnění** – vytěsnění traumatizujících zážitků či nepříjemných pohnutek, myšlenek do nevědomí (oběť násilí),
- **racionalizace** – ospravedlnění situace, které poskytuje uspokojuvavé vysvětlení (alkoholismus kvůli ztrátě zaměstnání či rodinných problémů),
- **regrese** – odmítnutí řešení situace (reakce na trauma),
- **identifikace** – ztotožnění se s někým, koho lze obdivovat s úmyslem posílení vlastního sebevědomí,
- **substituce** – náhrada nepřekonatelného uspokojení jiným cílem,
- **projekce** – promítání vlastního strachu a selhání do ostatních,
- **rezignace** – sestra se vzdává cíle, jež považuje za nedosažitelný,
- **izolace** – stranění se okolí v souvislosti s nepříjemným zážitkem (oběť násilí) (Vágnerová, 2014).

5.3.3 Coping

Copingové strategie neboli strategie zvládnání jsou považovány za další důležité nástroje pro zvládnání zátěžových situací, které se od obranných reakcí liší respektováním reality. Každá perioperační sestra disponuje unikátními copingovými strategiemi (Humpl et al., 2013). Copingové strategie se soustředí na dosažení pozitivní změny nebo smíření se s tím, co nelze změnit. Výběr strategie závisí na zkušenostech perioperační sestry, její efektivitě ale i vrozených dispozicích (Vágnerová, 2014).

Coping můžeme rozdělit na dvě základní úrovně, tj. **coping zaměřený na problém** a **coping zaměřený na emoce**. Coping zaměřený na problém se soustředí na aktivity pokoušející se o změnu charakteru situace, redukci napětí či případného odstranění zdroje napětí. Perioperační sestra se snaží zmírnit problémovou situaci, a tím stresový dopad na svoji osobu. Druhým přístupem je coping zaměřený na emoce, který zahrnuje aktivity usilující o snížení emočního

napětí. Na rozdíl od copingu zaměřeného na problém se nesnaží o vyřešení problémové situace, ale o pouhou regulaci emočního napětí, které ovlivňuje její prožívání (Kliment, 2014).

Ne každá strategie zvládnání stresu je ovšem efektivní. V extrémních situacích se může perioperační sestra uchýlit k neúčinným zvládacím strategiím, do kterých patří např. užívání návykových látek, pasivita, agrese, přejídání se (Humpl et al., 2013).

5.3.4 Relaxace

Relaxace je nepostradatelnou součástí procesu zvládnání stresu. Dochází při ní k uvolňování svalového napětí ale i k navození duševní pohody. Relaxace může mít mnoho podob a forem a je důležité při jejím výběru dbát na možnosti a schopnosti perioperační sestry (Klucká, Volfová, 2016). Relaxace může probíhat samovolně např. formou dýchání, ale také řízenými metodami, které lze navodit vlastní vůlí (Křivohlavý, 2010). Příkladem relaxačních metod, které pomáhají udržovat organismus v dobré kondici, může být **vodoléčba**, **meditace** i **akupresura** (Plevová et al., 2011). Specifickou formou relaxace je **muzikoterapie**, jakožto jednoduchá neinvazivní metoda, která může preventivně přispívat ke snížení stresu (Kacem et al., 2020).

Pro uvolnění se používají také klasická relaxační cvičení, které je ale potřeba poctivě trénovat pro dosažení jejich efektu. Mezi nejznámější relaxační cvičení se řadí **Jacobsonova progresivní relaxace** a **Schultzův autogenní relaxační trénink** (Klucká, Volfová, 2016).

5.3.4.1 Jacobsonova progresivní relaxace

Jacobsonova progresivní relaxace spočívá v postupném uvolňování kosterních svalů. Metoda je ideální pro perioperační sestry, které mají s relaxací potíže. Její nácvik je jednodušší a hmatatelnější a využívá rozdílu mezi napětím a uvolněním ve svalech. Uvolnění svalů způsobuje také duševní uvolnění.

5.3.4.2 Schultzův autogenní relaxační trénink

Smyslem Schultzova autogenního tréninku je ponoření se do sebe samého a vyvolání specifických pocitů (teplo, klidný dech, tlukot srdce, tíha, chladné čelo). Tento typ tréninku je náročnější na nácvik a navozuje stav hluboké relaxace. Během tréninku lze využívat individuálních formulí s autosugestivním účinkem (Klucká, Volfová, 2016).

5.3.5 Peer systém

Existují těžké životní chvíle, ve kterých si člověk neumí pomoci sám, a proto je potřeba o pomoc požádat jinde. Pomoc můžeme hledat u blízkých přátel, partnera, rodiny, ale i u odborníka. Psychosociální podporu zdravotníkům poskytuje v České republice tzv. **Systém psychosociální intervenční služby (SPIS)**. SPIS slouží primárně jako prevence a zaměřuje se především na zdravotníky v urgentní péči. Snaží se zdravotníky informovat, edukovat, zpracovávat s nimi náročné situace a napomáhat jim ve zvyšování odolnosti proti psychické zátěži. SPIS nabízí jak individuální, tak skupinovou podporu týmu po zásahu.

Základem pro SPIS je **peer** podpora. Peer je označení pro vyškoleného pracovníka, kolegu, se znalostí dané problematiky, který poskytuje tzv. první psychickou pomoc. Většinou se jedná o pracovníky záchranné služby nebo urgentních oborů. Jelikož peer sám zažívá profesně náročné situace, má pochopení pro problémy ostatních zdravotníků. Kromě peera v týmech mohou spolupracovat také kliničtí psychologové (Humpl et al., 2013).

5.3.6 Supervize

Supervizi lze definovat jako setkání pracovníků se supervizorem. Supervize je nástrojem pro reflexi zážitků z praxe a zkušeností s pacienty. Měla by podporovat profesní růst zaměstnanců, vytvářet bezpečný prostor pro sdílení emocí a zkušeností a poskytovat nové nápady. V rámci supervize se probírají témata jako stres, kontakt s nemocnými a bolestí, management týmu nebo spolupráce, se kterými perioperační sestry přichází denně do styku. Supervize může probíhat v několika formách – individuální (rozhovor pracovníka se supervizorem), týmová (sezení celého týmu a supervizora), skupinová (setkání pracovníků pracujících s podobnými pacienty a supervizora) (Venglářová, 2011).

II VÝZKUMNÁ ČÁST

Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č. 1: Které situace způsobují největší psychickou zátěž u perioperačních sester?

Výzkumná otázka č. 2: Které položky Meisterova dotazníku získají nejvyšší bodové hodnocení?

Výzkumná otázka č. 3: Který z faktorů Meisterova dotazníku bude vyhodnocen jako nejvíce zatěžující?

Výzkumná otázka č. 4: Existuje vztah mezi mírou psychické zátěže u perioperačních sester a délkou jejich praxe?

Výzkumné předpoklady a pracovní hypotézy

Výzkumný předpoklad k výzkumné otázce č. 1: Největší psychickou zátěž u perioperačních sester způsobují situace spojené se změnami v operačním programu a nedostatkem času – urgentní výkony.

Výzkumný předpoklad k výzkumné otázce č. 2: Nejvyšší bodové hodnocení získají položky 7. – časová tíseň a 15. – únava.

Pracovní hypotéza k výzkumné otázce č. 3: Nejvíce zatěžujícím faktorem z Meisterova dotazníku bude faktor I. – přetížení.

H_0 : Průměrné hodnocení jednotlivých faktorů se statisticky významně neliší.

H_A : Průměrné hodnocení jednotlivých faktorů se statisticky významně liší.

Pracovní hypotéza k výzkumné otázce č. 4: S narůstající délkou praxe se míra psychické zátěže u perioperačních sester zvyšuje.

H_0 : Vztah mezi mírou psychické zátěže u perioperačních sester a délkou jejich praxe není statisticky významný.

H_A : Vztah mezi mírou psychické zátěže u perioperačních sester a délkou jejich praxe je statisticky významný.

6 METODIKA PRÁCE

Diplomová práce na téma „Míra psychické zátěže u perioperačních sester“ se zaměřuje na psychickou zátěž v profesi perioperační sestry. Pro výzkum byla zvolena kvantitativní metoda sběru dat, která zajišťuje větší počet anonymních respondentů.

6.1 Charakteristika výzkumného nástroje

Jako výzkumný nástroj byl použit dotazník skládající se ze tří částí. V úvodu dotazníku se nachází krátký popis dotazníku, účel jeho sběru a instrukce pro vyplnění. První část dotazníku se skládá ze 6 položek zaměřených na demografické údaje respondentů (věk, délka praxe, vzdělání, specializace, úvazek, obor). Ze 6 položek jsou 3 položky formulovány do uzavřených otázek, 2 do otevřených otázek a 1 do polouzavřené otázky s výběrem jedné možnosti.

Druhá část dotazníku se skládá ze standardizovaného Meisterova dotazníku zaměřeného na hodnocení vlivu pracovní činnosti na psychiku pracovníků. Meisterův dotazník obsahuje 10 položek, u kterých respondent vybírá odpověď na škále od 5 do 1, která nejvíce vystihuje jeho pocity při práci.

Poslední část dotazníku tvoří doplňující otázky týkající se práce na operačním sále a spokojenosti v daném povolání. Celkově třetí část dotazníku obsahuje 11 položek. Z 11 položek se u 7 položek využívá Likertovy škály, která měří různé stupně postojů a názorů (např. ano, spíše ano, nevím, spíše ne, ne). Položka č. 26 je rozdělena do 7 podotázek. Dále třetí část dotazníku obsahuje 3 položky ve formě výběru jedné nebo více možností a pouze 1 položku formou uzavřené otázky. Finální verze dotazníku použitého pro výzkumnou část práce je uvedena v Příloze č.1.

6.1.1 Meisterův standardizovaný dotazník

Meisterův dotazník je standardizovaný dotazník k hodnocení pracovní zátěže. Meisterův dotazník vznikl v roce 1975 a byl převzat od autora W. Meistera ze Zentralinstitutu für Arbeitsmedizin v Berlíně. Dotazník byl ověřován v letech 1976-1984 hygienickou službou, přičemž dnes se využívá jeho upravené verze z roku 1987. K šetření je nutné vybírat pracovníky stejné profese na stejném pracovišti s více než 1 rokem praxe.

Dotazník hodnotí vliv pracovní činnosti na psychiku pracovníků. Jedná se o nástroj o 10 položkách. Respondent hodnotí položky na škále od 5 do 1, kde vybere odpověď, která nejvíce

vystihuje jeho pocity při práci. Nejvyšší hodnota 5 značí odpověď „ano, plně souhlasím“ a nejnižší hodnota 1 odpověď „ne, vůbec nesouhlasím“.

Tabulka 1 Hodnoty Meisterova dotazníku

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

Výsledky mohou být vyhodnoceny dvěma způsoby: podle faktorů (přetížení, monotonie, nespécifický faktor) a podle jednotlivých položek.

Vyhodnocení podle faktorů

Faktorovou analýzou byly stanoveny tři faktory: I. – přetížení, II. – monotonie (jednostrannost), III. – nespécifický faktor (stresová odezva). Jednotlivé položky Meisterova dotazníku náležejí určitému faktoru, což popisuje následující tabulka.

Tabulka 2 Faktory Meisterova dotazníku

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

(Hladký, Židková, 1999)

V dotazníku použitým pro dotazníkové šetření předcházelo Meisterovu dotazníku 6 demografických položek, proto je první položkou Meisterova dotazníku položka č. 7 a poslední položkou Meisterova dotazníku položka č. 16. Z čehož vyplývá, že u vyhodnocení podle faktorů dle Tab. 2 se použije pro faktor I. součet položek 7+9+11, pro faktor II. součet položek 8+10+12 a pro faktor III. součet položek 13+14+15+16.

Pro hodnocení jednotlivce je nutné vypočítat hodnoty všech tří faktorů a hrubého skóru. Při skupinovém hodnocení se použijí aritmetické průměry faktorů a také hrubého skóru (HS).

Následující tabulka popisuje populační normy aritmetických průměrů a kritických hodnot, které získala a zpracovala hygienická služba u žen v české populaci. Překročení těchto kritických hodnot ukazuje na nadměrnou zátěž v dané oblasti.

Tabulka 3 Normy pro popisné charakteristiky subškál Meisterova dotazníku – ženy

Faktor	Název faktoru	Průměr	Směrodatná odchylka	Kritická hodnota
I.	Přetížení	8,4	3,2	10
II.	Monotonie	7,6	3,0	9
III.	Nespecifický faktor	11,7	4,4	14
HS	Hrubý skór	25,0	8,1	29

(Hladký, Židková, 1999)

Vyhodnocení podle jednotlivých položek

Hodnocení zatěžujících faktorů podle jednotlivých položek se odvíjí od překročení kritických hodnot mediánu. Pokud je u určité položky překročena kritická hodnota mediánu, práce je hodnocena negativně. V případě, že u dané položky medián nedosahuje kritické hodnoty, práce je hodnocena kladně.

Tabulka 4 Kritické hodnoty mediánů

Číslo položky	Název položky	Kritická hodnota mediánu	Začlenění do faktoru
7.	Časová tíseň	3,0	I.
8.	Malé uspokojení	2,5	II.
9.	Vysoká odpovědnost	3,0	I.
10.	Otupující práce	2,5	II.
11.	Problémy a konflikty	2,5	I.
12.	Monotonie	2,5	II.
13.	Nervozita	3,0	III.
14.	Přesycení	3,0	III.
15.	Únava	3,0	III.
16.	Dlouhodobá únosnost	2,5	III.

(Hladký, Židková, 1999)

Pro vyhodnocení položky s nejvyšším bodovým hodnocením (celkové skóre) se sečtou body (1-5) všech respondentů u dané položky.

Klasifikace psychické zátěže

Konečné zařazení do určitého stupně psychické zátěže lze provést na principu faktorových skóre. Hodnocení se provede sečtením mediánů pro jednotlivé faktory. Na konci sčítání mohou nastat 3 varianty:

1) Faktor I. má alespoň o 2 body vyšší součet mediánů než faktor II. V tomto případě k němu přičteme součet mediánů faktoru III., tedy I.+III.

Tabulka 5 První varianta výpočtu klasifikace zátěže Meisterova dotazníku

Je-li součet	Stupeň	Zátěžová tendence
7-19	1	
20-24	2	k přetížení
25-35	3	k přetížení

(Hladký, Židková, 1999)

2) Faktor II. má alespoň o 2 body vyšší součet mediánů než faktor I. Sečteme tedy součty mediánů faktorů II.+III.

Tabulka 6 Druhá varianta vyhodnocení klasifikace zátěže Meisterova dotazníku

Je-li součet	Stupeň	Zátěžová tendence
7-21	1	
22-26	2	k monotonii
27-35	3	k monotonii

(Hladký, Židková, 1999)

3) Pokud je rozdíl mezi faktory I. a II. méně než 2 body, sečteme součty mediánů všech faktorů dohromady, tedy I.+II.+III.

Tabulka 7 Třetí varianta vyhodnocení klasifikace zátěže Meisterova dotazníku

Je-li součet	Stupeň	Zátěžová tendence
10-26	1	
27-32	2	kombinace obou
33-50	3	kombinace obou

(Hladký, Židková, 1999)

Podle vhodné tabulky se nakonec vyhodnotí stupeň a jemu odpovídající zátěžová tendence.

Klasifikace psychické zátěže se provádí ve třech stupních. Význam jednotlivých stupňů psychické zátěže Meisterova dotazníku popisuje Tabulka 8.

Tabulka 8 Klasifikace psychické zátěže

Stupeň zátěže	Význam
1	Psychická zátěž, při které není pravděpodobné ovlivnění zdraví, subjektivního stavu a výkonnosti.
2	Psychická zátěž, při které může docházet pravidelně k dočasným ovlivněním subjektivního stavu, resp. výkonnosti.
3	Psychická zátěž, při níž nelze vyloučit zdravotní rizika.

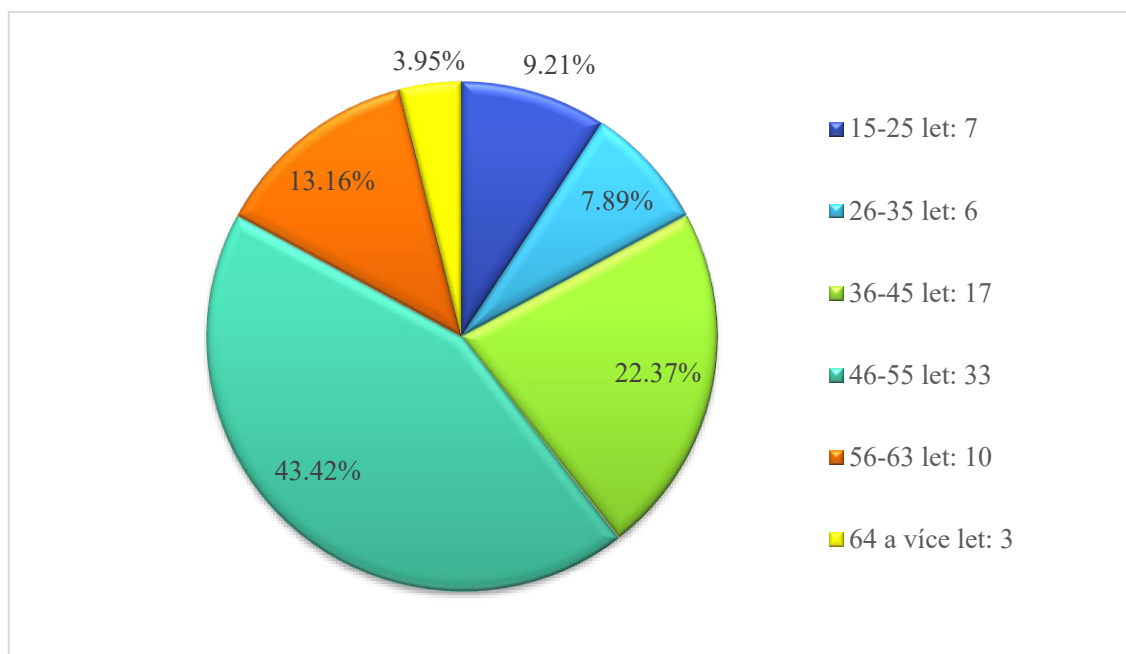
(Hladký, Židková, 1999)

6.2 Charakteristika respondentů

Soubor respondentů byl tvořen perioperačními sestrami na jakémkoliv úvazku na centrálních operačních sálech ve fakultní nemocnici. Dotazníkového šetření se zúčastnily pouze ženy. Celkový počet respondentek byl 76 (100,00 %). Perioperační sestry pracovaly na různých operačních oborech začínající menšími chirurgickými obory jako např. oční chirurgie (OČNÍ) a otorhinolaryngologie (ORL) ale i neurochirurgie (NCH), chirurgie (CHIR), traumatologie (TRAUMA), ortopedie (ORT), gynekologie (GYN) a plastická, rekonstrukční a popáleninová chirurgie (PRPCH).

Věk respondentek

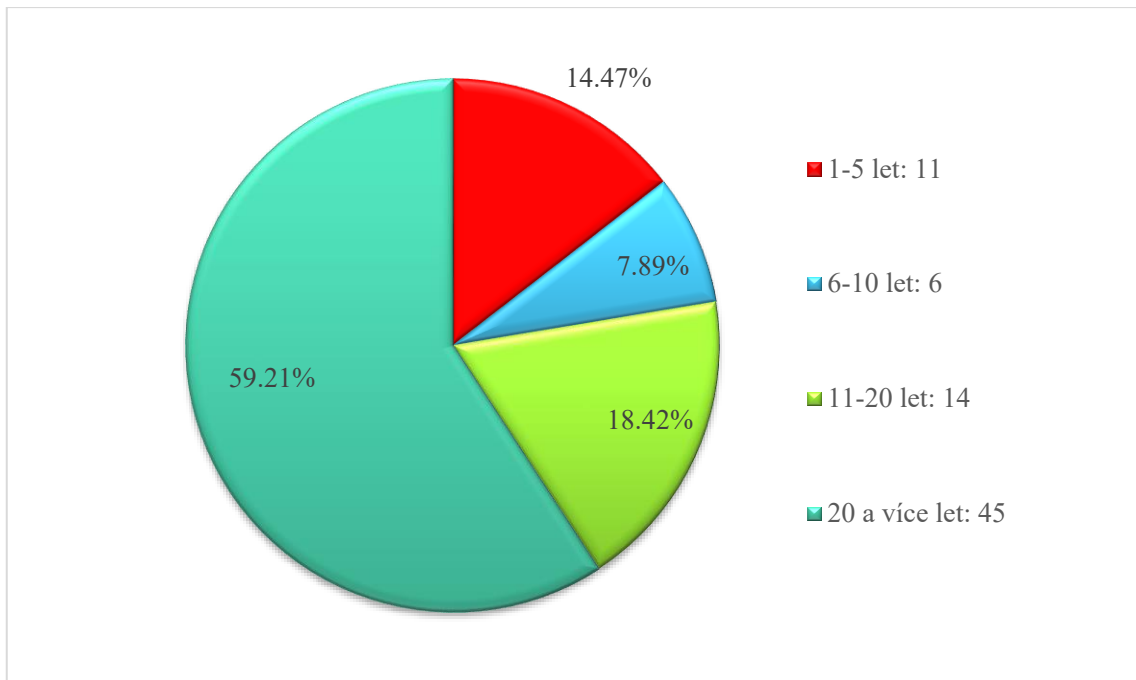
Věkové rozdělení respondentek znázorňuje Graf 1. Respondentky byly rozděleny do 6 věkových kategorií, přičemž nejpočetnější kategorií o 33 respondentkách (43,42 %) byla věková kategorie „46-55 let“. Druhou nejčastější kategorií byla kategorie „36-45 let“, do které spadalo 17 respondentek (22,37 %). Z Grafu 1 lze vidět, že 10 respondentek tvořilo (13,16 %) věkovou kategorií „56-63 let“, 7 respondentek (9,21 %) patřilo do věkové kategorie „15-25 let“ a 6 respondentek (7,89 %) do věkové kategorie „26-35 let“. Nejméně respondentek patřilo do věkové kategorie „64 a více let“, kterou zvolily pouze 3 respondentky (3,95 %).



Graf 1 Věk respondentek

Délka praxe respondentek

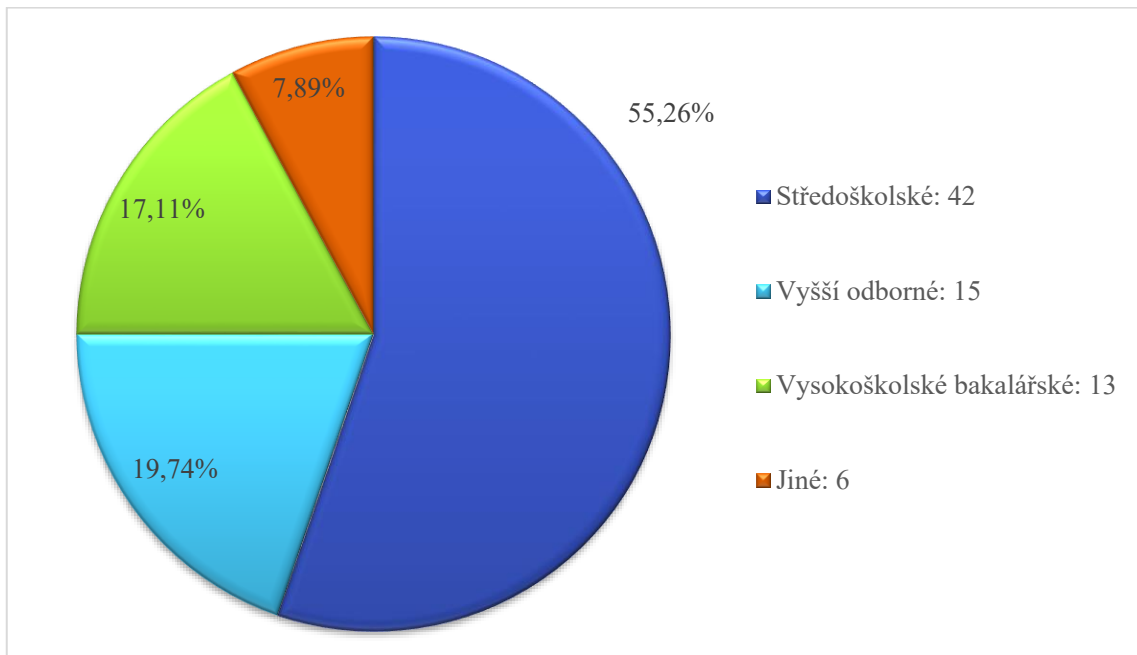
Graf 2 znázorňuje délku praxe respondentek v oboru. Respondentky měly na výběr ze 4 možností, z nichž nejčastější byla délka praxe „20 a více let“, kterou uvedlo 45 respondentek (59,21 %). Délku praxe „11-20 let“ uvedlo 14 respondentek (18,42 %) a délku praxe „1-5 let“ 11 respondentek (14,47 %). Nejméně respondentek spadalo do kategorie délka praxe „6-10 let“, tuto možnost zvolilo 6 respondentek (7,89 %).



Graf 2 Délka praxe respondentek

Nejvyšší dosažené vzdělání respondentek

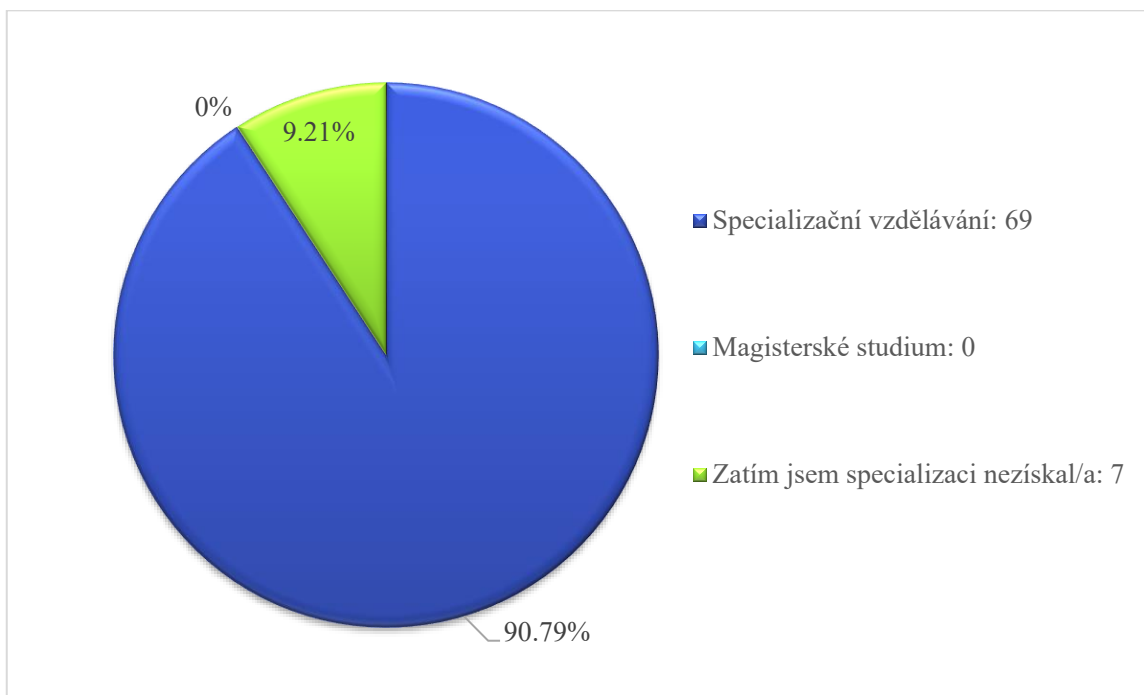
Nejvyšší dosažené vzdělání respondentek popisuje Graf 3. Z Grafu 3 můžeme vyčíst, že nejvíce respondentek, tedy 42 (55,26 %), uvedlo „Středoškolské“ vzdělání jako nejvyšší dosažené vzdělání. Druhá nejčastější odpověď byla „Vyšší odborné“ vzdělání s 15 respondentkami (19,74 %). Celkem 13 respondentek (17,11 %) uvedlo „Vysokoškolské bakalářské“ vzdělání jako nejvyšší dosažené. Poslední kategorie tvořila možnost „Jiné“ o 6 respondentkách (7,89 %), ve které všechny respondentky uvedly jako nejvyšší dosažené vzdělání „Vysokoškolské magisterské“ vzdělání.



Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentek

Získání specializace respondentek

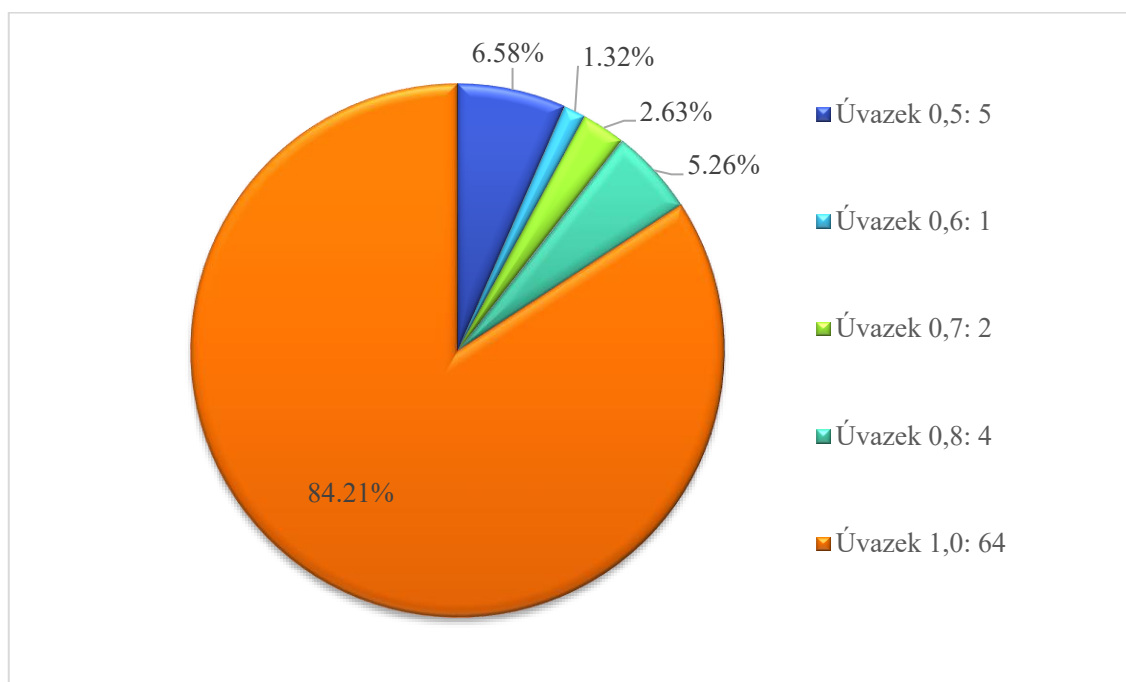
Graf 4 znázorňuje získání specializace v oboru Perioperační péče. Z Grafu 4 lze vyčíst, že z celkového počtu 76 respondentek dosáhlo 69 respondentek (90,79 %) specializace „V rámci specializačního vzdělávání v oboru Perioperační péče“. Zbývajících 9,21 % respondentek, tedy celkově 7 respondentek, označilo „Zatím jsem specializaci nezískal/a“. Žádná z respondentek neuvedla odpověď získání specializace „V rámci magisterského oboru Perioperační péče“.



Graf 4 Získání specializace respondentek

Typ úvazku u respondentek

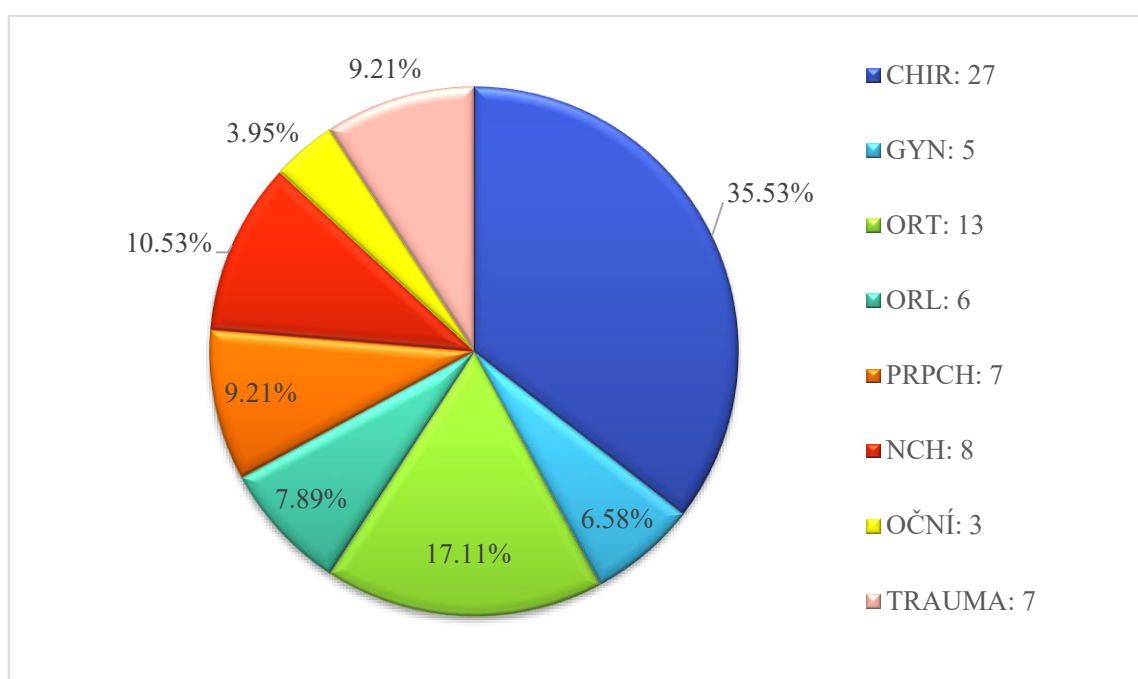
V Grafu 5 můžeme vidět typy úvazků, na kterých respondentky v rámci perioperační péče pracují. Nejpočetnější skupinu z celkových 76 dotazovaných tvořilo 64 respondentek (84,21 %), které na operačních sálech pracují na plném úvazku neboli „1,0“ v číselném vyjádření. Druhým nejčastějším úvazkem, který respondentky uváděly, byl úvazek poloviční neboli úvazek „0,5“ s 5 respondentkami (6,58 %). 4 respondentky (5,26 %) uvedly odpověď úvazek „0,8“. Úvazek „0,7“ označily pouze 2 respondentky (2,63 %) a jen 1 respondentka (1,32 %) uvedla úvazek „0,6“.



Graf 5 Typ úvazku u respondentek

Operační obory respondentek

Perioperační sestry pracovaly na různých operačních oborech v rámci centrálních operačních sálů. Operační obory respondentek zaznamenává Graf 6. Z celkových 76 respondentek pracovalo 27 respondentek (35,53 %) na oboru CHIR a 13 respondentek (17,11 %) na oboru ORT. 8 respondentek (10,53 %) uvedlo jako svůj operační obor NCH, 7 respondentek (9,21 %) uvedlo PRPCH a stejně tak 7 respondentek (9,21 %) uvedlo operační obor TRAUMA. Celkem 6 respondentek (7,89 %) pracovalo na operačním oboru ORL a 5 respondentek (6,58 %) na GYN. Nejméně respondentek, tj. 3 respondentky (3,95 %), uvedlo jako svůj operační obor OČNÍ.



Graf 6 Operační obory respondentek

6.2.1 Kritéria zařazení do výzkumu

Pro zařazení účastníků do výzkumného vzorku musela být vymezena kritéria, která musela každá respondentka splňovat. Respondentka účastnící se dotazníkového šetření tedy musela být zaměstnána na pozici perioperační sestry na centrálních operačních sálech ve fakultní nemocnici. Podmínkou pro zařazení respondentky do souboru výzkumného vzorku byla ochota spolupracovat a délka praxe v oboru po dobu minimálně 1 roku kvůli použití Meisterova dotazníku. U respondentek nebyla stanovena žádná věková hranice pro zařazení do souboru. Specializace pro perioperační péči taktéž nehrála roli při výběru respondentek, do souboru byly zařazeny jak sestry se specializací pro perioperační péči, tak sestry bez specializace. Zařazení

do souboru respondentek nebylo ovlivněno ani vzděláním perioperačních sester – středoškolské, vyšší odborné, vysokoškolské. Účast v dotazníkovém průzkumu musela být dobrovolná a anonymní. Mezi vyřazující kritéria patřila např. délka praxe kratší než 1 rok, neúplné či nesprávné vyplnění dotazníku.

6.3 Organizace a realizace výzkumu

Před distribucí dotazníku byla podána žádost o výzkumné šetření na centrálních operačních sálech v dané fakultní nemocnici. Po získání souhlasu s realizací výzkumu byl dotazník distribuován v tištěné formě vrchním sestřám oddělení. Vrchní sestry pak měly pokyn rozdat dotazníky mezi perioperační sestry. Dotazníkové šetření probíhalo v období prosince 2022 do ledna 2023. Minimální počet respondentů pro realizaci výzkumu byl stanoven na 60 respondentů.

6.4 Předvýzkum

Po získání souhlasu s realizací výzkumného šetření na jednotlivých pracovištích byl proveden předvýzkum. Předvýzkum byl realizován před zahájením distribuce dotazníku u 5 respondentů splňujících kritéria pro zařazení do výzkumného souboru. Cílem předvýzkumu bylo ověření srozumitelnosti a jednoznačnosti položek v dotazníku a celkové návaznosti dotazníku. Jelikož respondenti neshledali žádné položky za nesrozumitelné či špatně formulované a nenašli nic, co by mohlo výzkum negativně ovlivnit, zahájilo se tedy výzkumné šetření a proběhla distribuce dotazníku. Odpovědi respondentů v rámci předvýzkumu byly zahrnuty do samotného výzkumu, jelikož nedošlo ke korekci položek a znění samotného dotazníku.

6.5 Zpracování výsledků

Data získaná dotazníkovým šetřením byla zpracována pomocí programu Microsoft Word, Microsoft Office Excel a Statistica. Data byla zpracována do přehledových tabulek a koláčových, sloupcových a krabicových grafů. Byly počítány hodnoty – aritmetický průměr, medián, modus, směrodatná odchylka, minimum, maximum, absolutní a relativní četnost. Grafy znázorňují relativní četnost získaných dat a tabulky popisují absolutní i relativní četnost.

6.5.1 Statistické testování

Nejprve byly stanoveny nulové a alternativní hypotézy. H_0 je nulová hypotéza, která předpokládá, že mezi sledovanými soubory není statisticky významný rozdíl. H_A je alternativní hypotéza, která předpokládá statisticky významný rozdíl mezi soubory.

Jako nejmenší hladinu významnosti testu lze definovat p -hodnotu. Při rozhodování o platnosti či neplatnosti nulové hypotézy se srovná zvolená hladina významnosti α s výslednou p -hodnotou testu. Nulová hypotéza se zamítá, pokud p -hodnota klesne pod zvolenou hladinu významnosti α (Holčík, Komenda, 2015).

Dále byly použity statistické testy, díky kterým bylo možné ověřování hypotéz.

Shapiro-Wilkův test patří mezi testy normality, které zkoumají normální rozdělení zkoumaného souboru.

Friedmanův test je neparametrickým dvoufaktorovým testem, který testuje data, která můžeme uspořádat, a párové výběry bez předpokladu normality.

Analýza rozptylu (ANOVA) se využívá při statistickém testování hypotéz. Využívá se u hypotéz sledujících více než 2 skupiny, přičemž známe jejich střední hodnotu.

Jednofaktorová ANOVA se používá u sledování pouze jednoho faktoru (Uglickich, 2020).

Welchovu úpravu analýzy rozptylu využíváme za předpokladu, že jsou ve skupinách různé rozptyly (Brom, 2023).

Levenův test se používá pro ověřování shody rozptylů při porovnávání dvou průměrů z výběrového souboru.

Testy mnohonásobného porovnávání neboli Post Hoc testy určují statistickou významnost jednotlivých rozdílů středních hodnot u všech párů hodnocených skupin (Rabušic et al., 2019).

7 ANALÝZA DAT A PREZENTACE VÝSLEDKŮ

Data pro výzkumnou část práce se sbírala v období od 20. prosince 2022 do 10. ledna 2023. Vrebním sestřám centrálních operačních sálů fakultní nemocnice byly dotazníky předány osobně v tištěné formě. Celkově bylo rozdáno perioperačním sestřám 85 tištěných dotazníků, z nichž se vrátilo 80 vyplněných dotazníků. Návratnost dotazníků tedy činí 94,12 %. Z 80 vyplněných dotazníků se ovšem musely 4 dotazníky vyřadit pro nesprávné či neúplné vyplnění. Pro zpracování dat dotazníkového šetření bylo nakonec použito 76 správně vyplněných dotazníků. Jelikož minimální počet byl stanoven na 60 respondentů, 76 dotazníků stačilo pro následnou analýzu dat. Získaná data jsou prezentována v přehledových tabulkách a grafech.

7.1 Analýza dat Meisterova dotazníku

Pro vyhodnocení dat Meisterova dotazníku bylo použito skupinové hodnocení u *vyhodnocení podle faktorů*, které vychází převážně z aritmetických průměrů daných faktorů a také HS. Dále byla data vyhodnocena *dle jednotlivých položek* Meisterova dotazníku, kde se sledovalo překračování kritických hodnot mediánů. Na závěr byla provedena *klasifikace zátěže* pomocí faktorových skóru, jejichž hodnocení umožnilo zařadit vybranou skupinu perioperačních sester do určitého stupně zátěže.

7.1.1 Vyhodnocení podle faktorů

Následující Tabulka 9 popisuje vyhodnocení Meisterova dotazníku výzkumného vzorku podle faktorů. Jak lze z Tabulky 9 vyčíst, u žádného z faktorů Meisterova dotazníku průměr daného výběru nedosáhl kritické hodnoty, ani kritickou hodnotu nepřesáhl. Nejvíce se kritické hodnotě blížil průměr u faktoru I. – přetížení s hodnotou 7,84.

Tabulka 9 Vyhodnocení výběru podle faktorů – Meisterův dotazník

Faktor	Počet	Minimum	Maximum	Směrodatná odchylka	Průměr	Kritická hodnota
I.	76,00	4,00	13,00	2,16	7,84	10
II.	76,00	3,00	9,00	1,76	4,79	9
III.	76,00	4,00	19,00	4,25	9,71	14
HS	76,00	10,00	41,00	8,17	22,34	29


7.1.2 Vyhodnocení podle jednotlivých položek

Vyhodnocení Meisterova dotazníku podle jednotlivých položek daného výběru znázorňuje Tabulka 10. Kritické hodnoty mediánu dosáhly celkem 3 položky Meisterova dotazníku: 7. – časová tíseň, 9. – vysoká odpovědnost, 15. – únava. Nejnižší hodnoty dosahovaly položky 8. – malé uspokojení, 10. – otupující práce a 12. – monotonie. Jediná položka přesáhla kritickou hodnotu mediánu, a to položka 16. – dlouhodobá únosnost, z čehož vyplývá, že daný výběr perioperačních sester si myslí, že jejich práci nelze vykonávat po léta se stejnou výkonností a práce je v této oblasti hodnocena perioperačními sestrami negativně.

Tabulka 10 Vyhodnocení výběru podle jednotlivých položek – mediány – Meisterův dotazník

Číslo položky	Název položky	Kritická hodnota mediánu	Medián výběru	Průměr	Směrodatná odchylka
1	Časová tíseň	3,0	3,0	3,30	0,95
2	Malé uspokojení	2,5	1,0	1,87	1,12
3	Vysoká odpovědnost	3,0	3,0	2,70	1,08
4	Otupující práce	2,5	1,0	1,32	0,52
5	Problémy a konflikty	2,5	2,0	1,84	0,84
6	Monotonie	2,5	1,0	1,61	0,85
7	Nervozita	3,0	2,0	2,13	1,11
8	Přesycení	3,0	2,0	2,12	1,17
9	Únava	3,0	3,0	2,71	1,25
10	Dlouhodobá únosnost	2,5	3,0	2,75	1,27

 – zelené pole značí dosažení kritické hodnoty mediánu

 – oranžové pole značí přesažení kritické hodnoty mediánu


Následující Tabulka 11 zaznamenává celkové bodové skóre u jednotlivých položek Meisterova dotazníku.


Dle výsledků bodového hodnocení nejvyšší psychickou zátěž sestry pociťují u položky č. 7 „Časová tíseň“, která získala celkem 251 bodů. Položka s druhým nejvyšším bodovým hodnocením je položka č. 16 „Dlouhodobá únosnost“ s 209 body. Položka č. 15 „Únava“ získala 206 bodů, což je pouze o 3 body méně. O jeden bod méně, tedy 205 bodů, získala


položka č. 9 „*Vysoká odpovědnost*“. Položka č. 12 „*Monotonie*“ získala druhý nejmenší počet bodů – 122 bodů a poslední v celkovém bodovém hodnocení se umístila položka č. 10 „*Otupující práce*“, která získala pouhých 100 bodů.

Tabulka 11 Nejvyšší bodové hodnocení položek výběru – Meisterův dotazník

Číslo položky	Název položky	Průměr	Minimum	Maximum	Celkové skóre
7	Časová tíseň	3,30	1,00	5,00	251
8	Malé uspokojení	1,87	1,00	5,00	142
9	Vysoká odpovědnost	2,70	1,00	5,00	205
10	Otupující práce	1,32	1,00	5,00	100
11	Problémy a konflikty	1,84	1,00	5,00	140
12	Monotonie	1,61	1,00	5,00	122
13	Nervozita	2,13	1,00	5,00	162
14	Přesycení	2,12	1,00	5,00	161
15	Únava	2,71	1,00	5,00	206
16	Dlouhodobá únosnost	2,75	1,00	5,00	209

 – světle modré pole značí třetí nejvyšší bodové hodnocení

 – zelené pole značí druhé nejvyšší bodové hodnocení

 – oranžové pole značí nejvyšší bodové hodnocení

7.1.3 Klasifikace zátěže

Pro zařazení výběru do daného stupně zátěže bylo nejprve potřeba sečíst hodnoty mediánů jednotlivých faktorů. Tabulka 12 zaznamenává mediány jednotlivých položek a součty položek daných faktorů. Po sečtení bylo zjištěno, že faktor I. má nejméně o 2 body vyšší součet mediánů než faktor II., konkrétně o 5 bodů, jak lze vidět v Tabulce 12. V tomto případě se sečtou mediány faktorů I.+III. ($8,00+10,00=18,00$).

Součet faktorů se rovná 18 bodům, které odpovídají *prvnímu stupni zátěže*, tj. zátěž, při které pravděpodobně není ohroženo zdraví, subjektivní stav a výkonnost perioperačních sester.

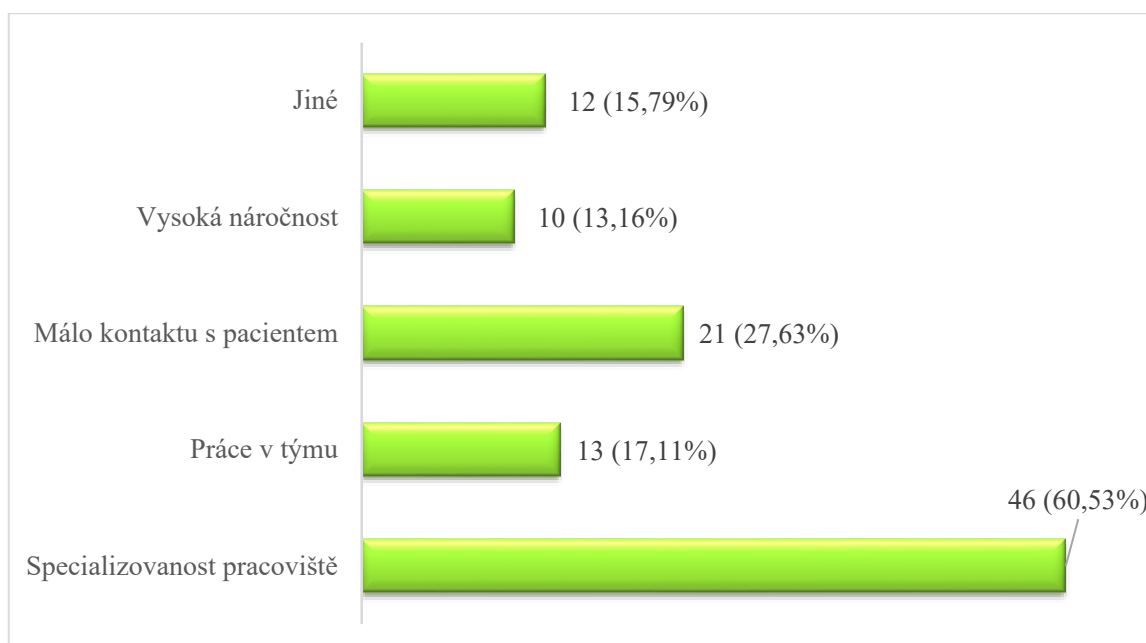
Tabulka 12 Klasifikace zátěže u daného výběru – Meisterův dotazník

Faktor I.	Medián	Faktor II.	Medián	Faktor III.	Medián
Položka č. 7	3,0	Položka č. 8	1,00	Položka č. 13	2,00
Položka č. 9	3,0	Položka č. 10	1,00	Položka č. 14	2,00
Položka č. 11	2,0	Položka č. 12	1,00	Položka č. 15	3,00
				Položka č. 16	3,00
Součet položek faktoru I. (7+9+11)	8,00	Součet položek faktoru II. (8+10+12)	3,00	Součet položek faktoru III. (13+14+15+16)	10,00

7.2 Analýza dat doplňujících otázek

Položka č. 17: Proč jste se rozhodl/a pro práci na operačních sálech?

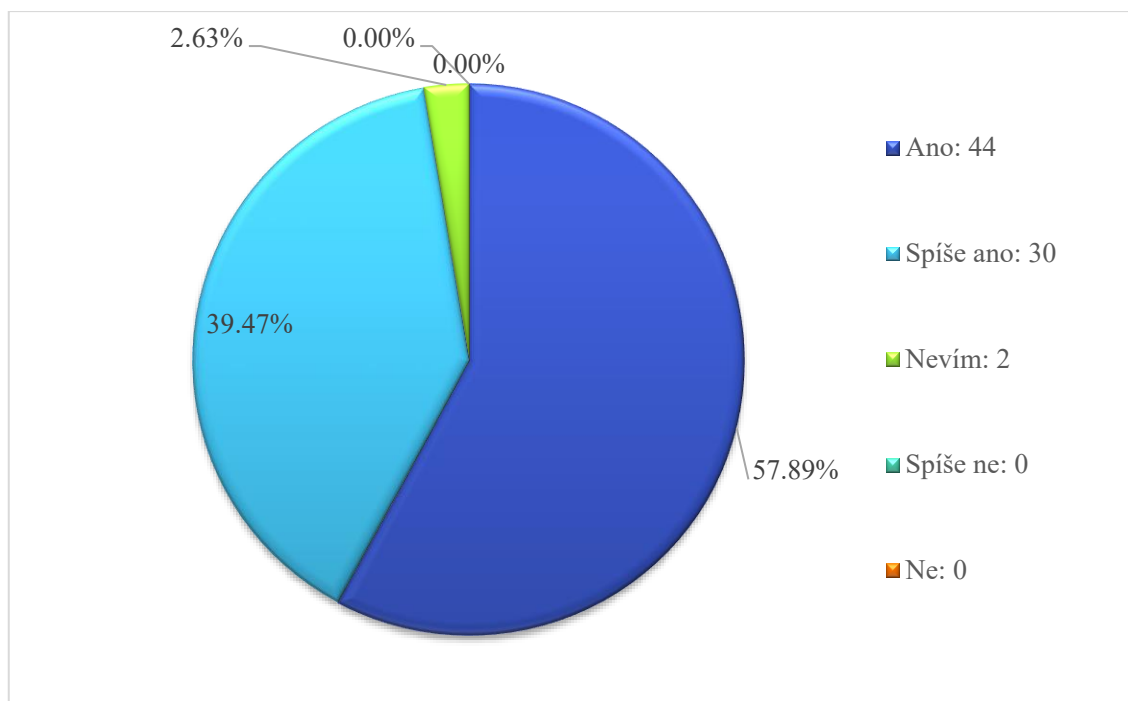
Graf 7 znázorňuje přehled důvodů výběru povolání. U této možnosti mohly respondentky označit jednu i více odpovědí. Celkově 60,53 % respondentek, tj. 46, uvedlo jako nejčastější důvod výběru povolání perioperační sestry „Specializovanost pracoviště“. Málo kontaktu s pacientem bylo pro 21 respondentek (27,63 %) důvodem výběru povolání. Pro 13 respondentek (17,11 %) byla důležitým faktorem výběru „Práce v týmu“. Kategorii „Jiné“ uvedlo 12 respondentek (15,79 %), ve které zazněly odpovědi jako např. „Pomáhat lidem“, „Vysněná práce“, „Nebyla jiná možnost“, „Rozmanitá a zajímavá práce“ a „Volná pozice“. Pouhých 13,16 % respondentek, tj. 10, uvedlo odpověď „Vysoká náročnost“.



Graf 7 Důvod výběru povolání

Položka č. 18: Jste celkově spokojen/a s prací v perioperační péči?

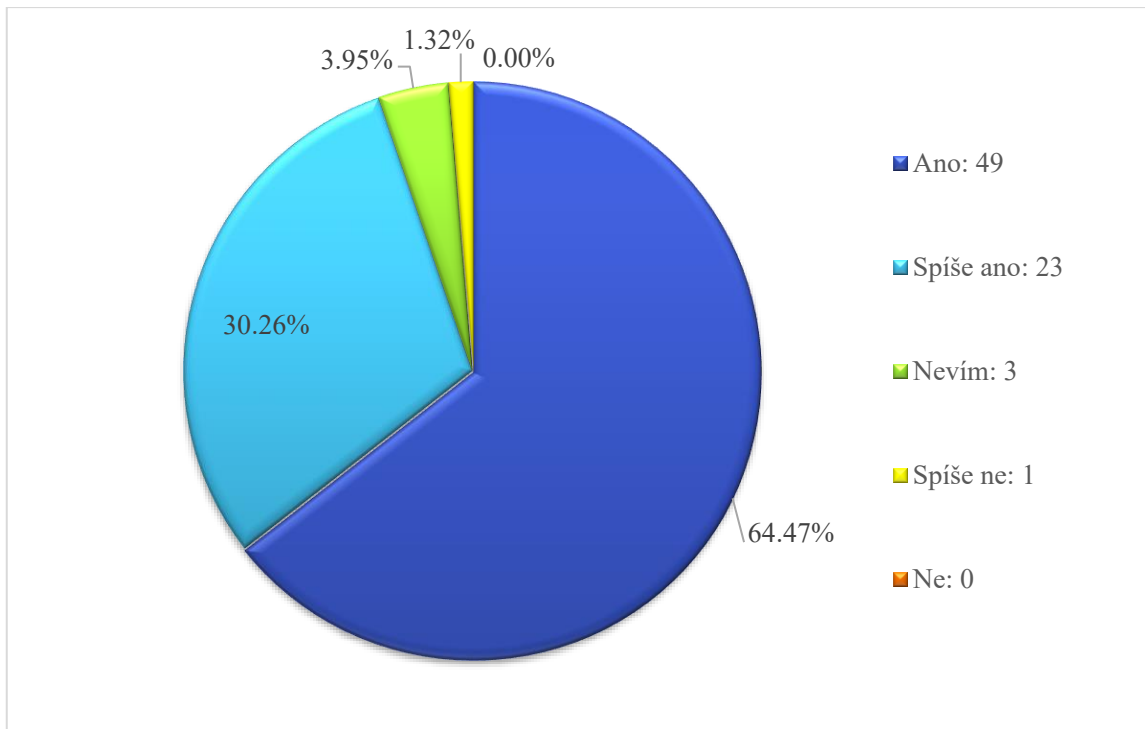
Graf 8 znázorňuje spokojenost respondentek s prací v perioperační péči. Dohromady 44 respondentek (57,89 %) uvedlo, že je spokojeno s prací v perioperační péči. Odpověď „Spíše ano“ uvedlo celkem 30 respondentek, tj. 39,47 %. Celkem 2,63 % respondentek, tj. 2, neví, jestli jsou s prací spokojeny. Žádná z respondentek není s prací v perioperační péči nespokojená.



Graf 8 Spokojenost s prací

Položka č. 19: Pokud byste se měl/a znovu rozhodnout pro práci na operačním sále, rozhodl/a byste se stejně?

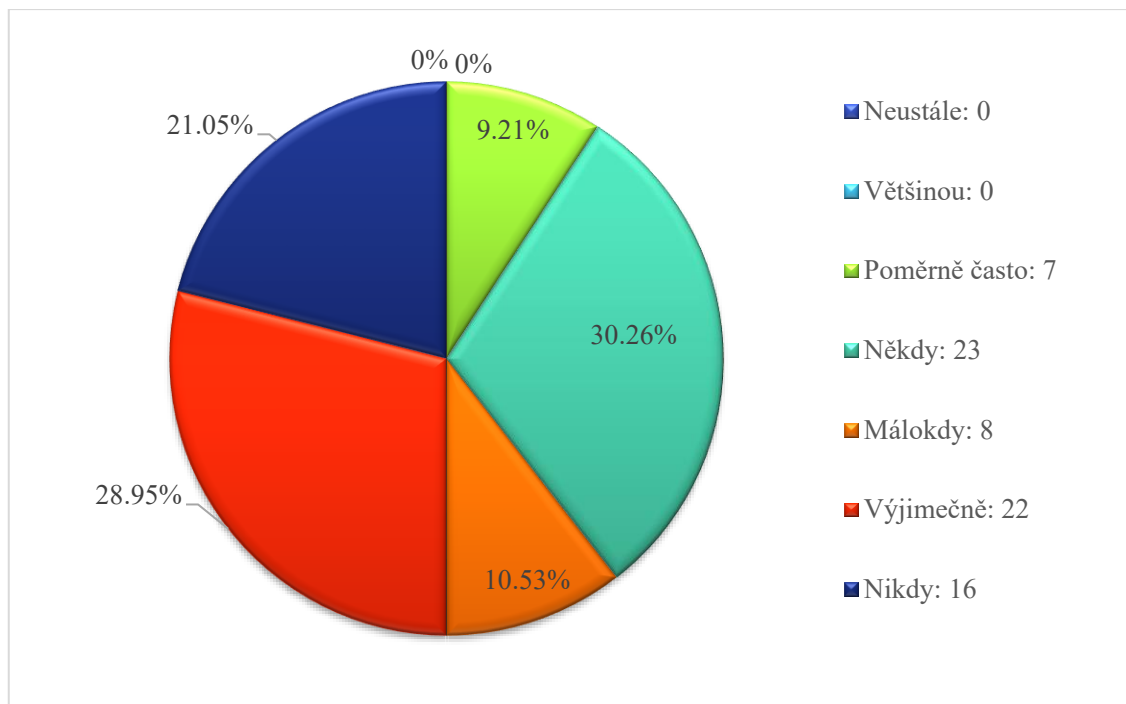
Odpovědi k položce č. 19 – opětovné se rozhodnutí pro práci na operačním sále popisuje Graf 9. Nejpočetnější skupina 49 respondentek, tj. 64,47 %, by se pro práci na operačním sále rozhodla znovu. Celkem 23 respondentek (30,26 %) uvedlo možnost „*Spíše ano*“, pokud by se pro práci měly znovu rozhodnout. Pouze 1 respondentka (1,32 %) odpověděla „*Spíše ne*“.



Graf 9 Opětovné rozhodnutí se pro práci

Položka č. 20: Uvažujete o změně pracoviště kvůli nadměrné pracovní zátěži?

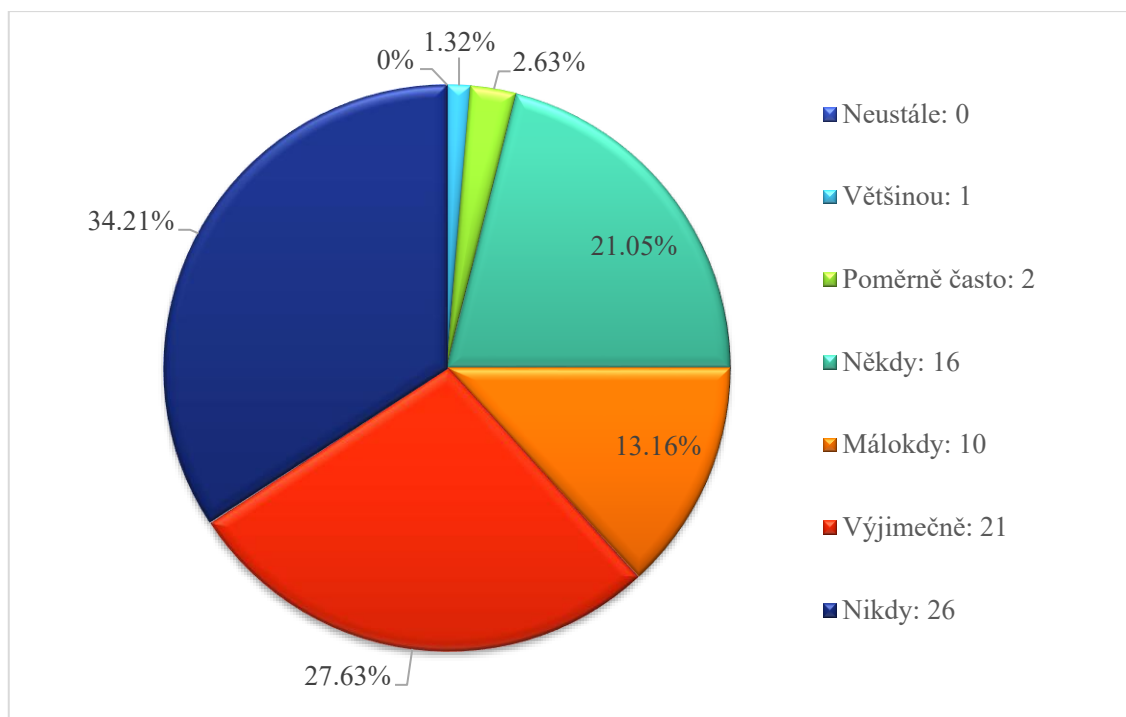
Jak lze pozorovat v Grafu 10, 23 respondentek (30,26 %) „*Někdy*“ uvažuje o změně pracoviště kvůli nadměrné pracovní zátěži. „*Výjimečně*“ uvažuje o změně 22 respondentek (28,95 %) a 8 respondentek (10,53 %) „*Málokdy*“. Celkem 7 respondentek, tj. 9,21 %, uvažuje o změně pracoviště „*Poměrně často*“. Dohromady 16 respondentek (21,05 %) neuvažuje o změně kvůli pracovní zátěži „*Nikdy*“.



Graf 10 Změna pracoviště

Položka č. 21: Uvažujete o odchodu z profese kvůli nadměrné pracovní zátěži?

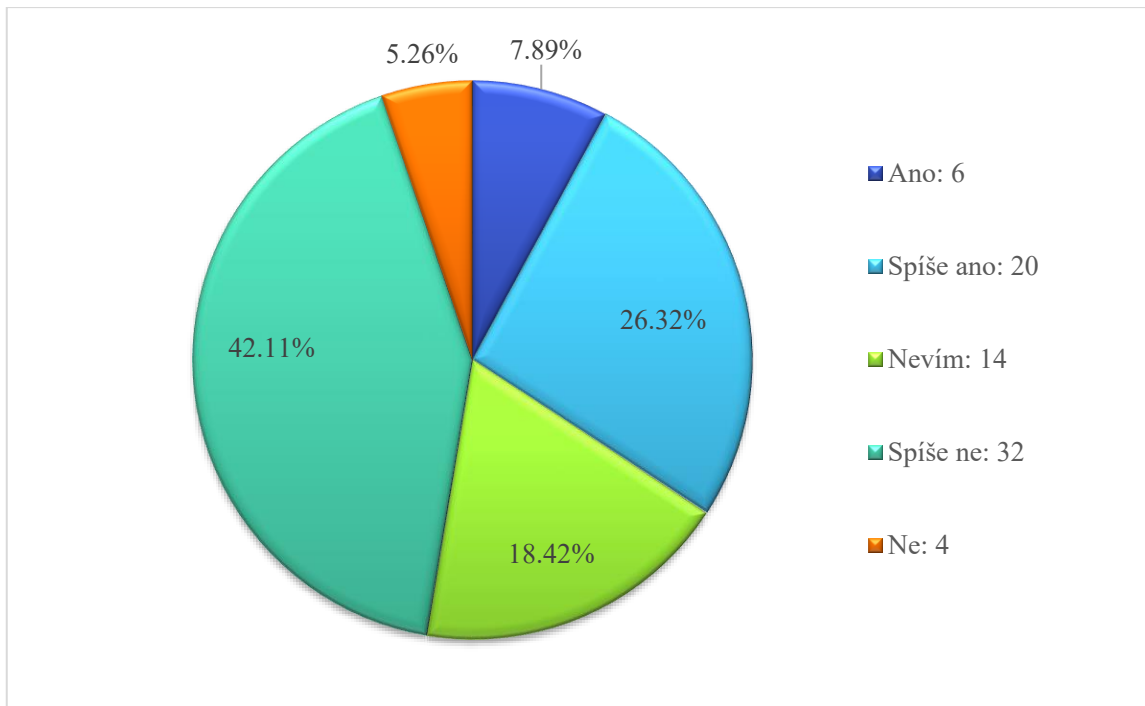
Graf 11 zobrazuje výsledky týkající se odchodu z profese kvůli nadměrné pracovní zátěži. Celkem 26 respondentek (34,21 %) „*Nikdy*“ neuvažuje o odchodu z profese a 21 respondentek (27,63 %) o něm uvažuje „*Výjimečně*“. „*Málokdy*“ o odchodu z profese uvažuje 10 respondentek (13,16 %) a „*Někdy*“ 16 respondentek (21,05 %). 2 respondentky (2,63 %) uvedly, že o odchodu uvažují „*Poměrně často*“ a 1 respondentka (1,32 %) uvedla „*Většinou*“.



Graf 11 Odchod z profese

Položka č. 22: Máte pocit, že se vaše psychická zátěž úměrně zvyšuje s délkou praxe?

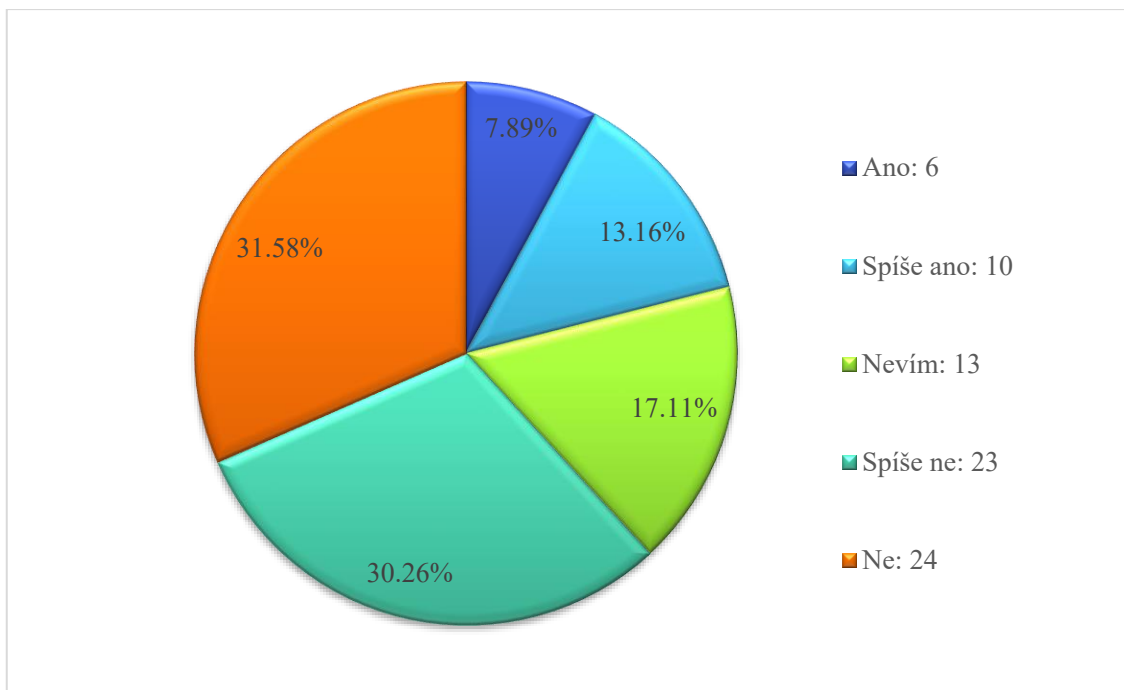
Graf 12 popisuje odpovědi ke zvýšení psychické zátěže úměrně s délkou praxe. Celkem 6 respondentek (7,89 %) si myslí, že se jejich psychická zátěž s délkou praxe zvyšuje. Odpověď „Spíše ano“ označilo 20 respondentek (26,32 %) a 18, 42 %, tj. 14 respondentek, uvedlo „Nevím“. Celkem 42,11 % respondentek, tj. 32, uvádí odpověď „Spíše ne“ a 4 respondentky (5,26 %) mají pocit, že se jejich psychická zátěž nezvyšuje s délkou praxe.



Graf 12 Zvýšení psychické zátěže s praxí

Položka č. 23: Máte pocit, že vás práce dříve více bavila?

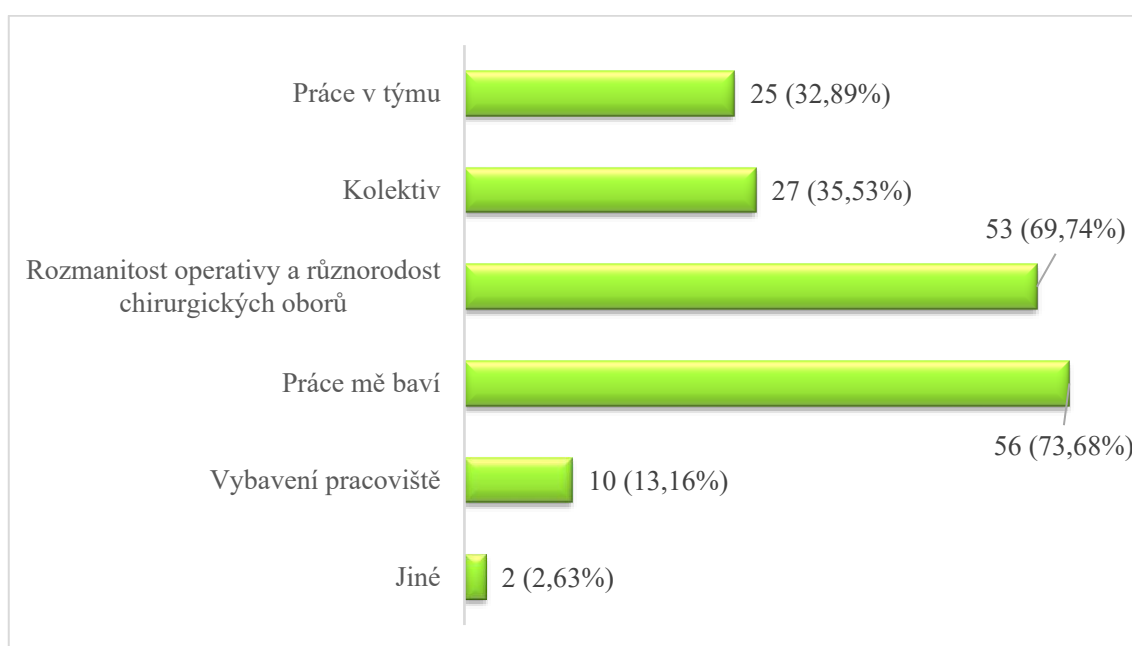
V Grafu 13 jsou popsány výsledky odpovědí položky č. 23, která se týká radosti z práce v minulosti. Celkem 7,89 % perioperačních sester, tj. 6, má pocit, že je práce dříve více bavila. Možnost „*Spíše ano*“ uvedlo 10 respondentek (13,16 %) a 17,11 % respondentek, tj. 13, odpověď „*Nevím*“. Celkem 31,58 % respondentek, tj. 24, nemá pocit, že by je práce dříve bavila více a 23 respondentek (30,26 %) vybralo odpověď „*Spíše ne*“.



Graf 13 Radost z práce v minulosti

Položka č. 24: Uved'te pozitivní faktor práce na operačních sálech.

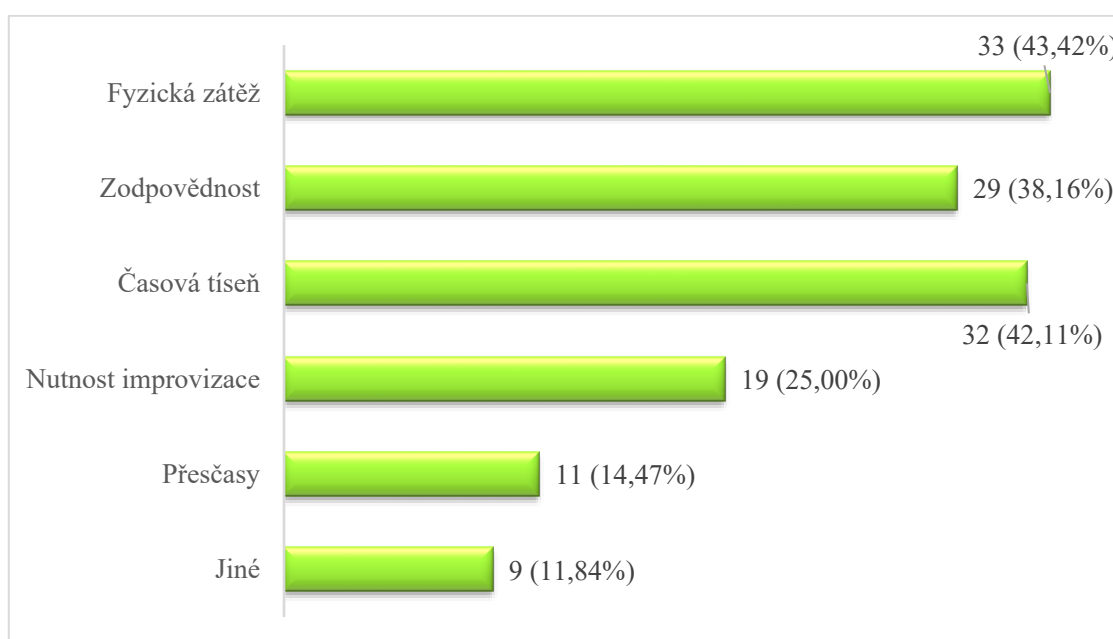
Graf 14 zobrazuje pozitivní faktory práce, ze kterých respondentky mohly vybírat jednu či více odpovědí. Největší skupinu tvořila odpověď „Práce mě baví“ se 73,68 % (56 respondentek) a druhou nejčastější odpovědí byla „Rozmanitost operativy a různorodost chirurgických oborů“ se 69,74 % (53 respondentek). Celkem 35,53 % respondentek, tj. 27, považuje „Kolektiv“ za pozitivní faktor práce. Dalším pozitivním faktorem je „Práce v týmu“ s 32,89 % (25 respondentek) nebo „Vybavení pracoviště“ s 13,16 % (10 respondentek). Nejmenší skupinu tvořila možnost „Jiné“ o 2 respondentkách s 2,63 %, ve které perioperační sestry uvedly odpovědi jako „Novinky v oboru“ a „Chlebičky a sladkosti od pacientů a kolegů“.



Graf 14 Pozitivní faktory práce

Položka č. 25 Uved'te negativní faktor práce na operačních sálech.

Graf 15 zaznamenává četnost negativních faktorů práce na operačních sálech. Respondentky mohly u položky č. 25 uvést jednu i více odpovědí. Za nejčetnější negativní faktor práce byla označena „*Fyzická zátěž*“ se 43,42 % (33 respondentek) a hned za ní „*Časová tíseň*“ se 42,11 % (32 respondentek). „*Zodpovědnost*“ považuje za negativní faktor práce 29 respondentek (38,16 %). Celkem 19 respondentek, tj. 25 %, uvedlo „*Nutnost improvizace*“ a „*Přesčasy*“ označilo 11 respondentek (14,47 %). Poslední možností byla odpověď „*Jiné*“, ve které 9 respondentek (11,84 %) uvedlo např. „*Nedostatek personálu*“, „*Mezilidské vztahy*“, „*Psychická zátěž a stres*“ nebo „*Ranní provoz*“.



Graf 15 Negativní faktory práce


Položka č. 26: Vyberte příklad situace na operačním sále, kdy se vaše psychická zátěž zvyšuje.

Následující Tabulka 13 znázorňuje vybrané stresující situace na operačním sále. Položka č. 26 byla rozdělena do 7 podotázek, kde měly respondentky u každé stresující situace bodovou škálu 0-5, na níž 0 značila situaci, která nestresuje a 5 situaci, která stresuje nejvíce. Pro přehlednost byly odpovědi zaznačeny do tabulky, kde můžeme vidět četnosti jednotlivých bodových hodnocení. Z Tabulky 13 vyplývá, že nejvíce stresující situací na operačním sále je pro respondentky „Vzniklá chyba v perioperačním procesu“, která získala v celkovém hodnocení 238 bodů. Druhá nejvíce stresující situace pro perioperační sestry je, když mají „Nedostatek vybavení či nástrojů“ se 198 body a hned za ní se umístily „Urgentní výkony“ se 183 body. „Náročná operativa“ získala celkově 175 bodů. Pouze o jeden bod se lišily situace „Změny v operačním programu“ se 145 body a „Komunikace s kolegy“ se 144 body. Nejméně stresující situace pro perioperační sestry je „Počítání roušek a nástrojů“, které získalo pouhých 95 v celkovém bodovém hodnocení. Dále jsou v tabulce zaznačeny modusy bodového hodnocení jednotlivých podotázek.

Tabulka 13 Stresující situace

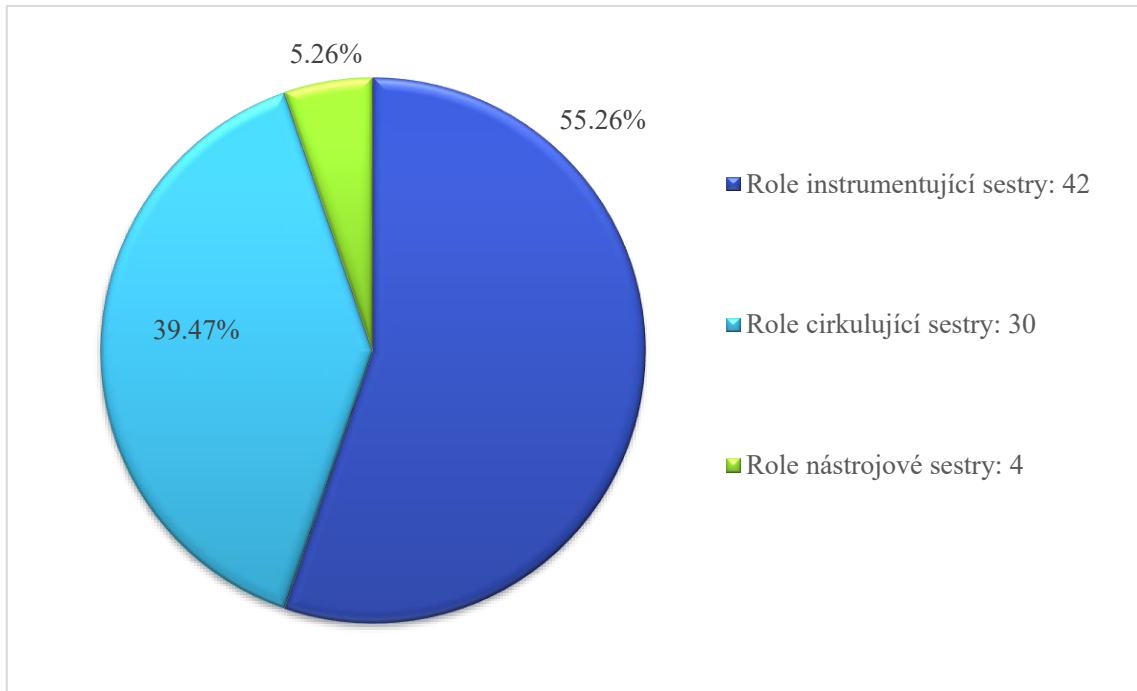
Stresující situace	0 bodů	1 bod	2 body	3 body	4 body	5 bodů	Celkový počet bodů
Komunikace s kolegy	12	24	16	12	8	4	144
Nedostatek vybavení či nástrojů	5	18	12	18	13	10	198
Vzniklá chyba v perioperačním procesu	7	9	9	14	16	21	238
Náročná operativa	9	20	9	18	17	3	175
Počítání roušek a nástrojů	29	20	13	9	3	2	95
Urgentní výkony	9	22	7	15	13	10	183
Změny v operačním programu	16	19	10	21	7	3	145

 – zelené pole značí modus bodového hodnocení u dané podotázky

 – oranžové pole značí podotázku s celkově nejvyšším počtem bodů

Položka č. 27: Která role v perioperační péči je pro vás nejvíce stresující?

Graf 17 zaznamenává odpovědi k položce č. 27. Z celkového počtu 76 dotazovaných uvedlo 55,26 % respondentek, tj. 42 respondentek, jako nejvíce stresující roli v perioperační péči „*Role instrumentující sestry*“. „*Role cirkulující sestry*“ označilo za nejvíce stresující 30 respondentek (39,47 %). Pouze 4 respondentky – 5,26 % uvedly odpověď „*Role nástrojové sestry*“.



Graf 16 Role v perioperační péči

7.3 Ověřování hypotéz

Výzkumná otázka č. 3: Který z faktorů Meisterova dotazníku bude vyhodnocen jako nejvíce zatěžující?

Pracovní hypotéza: Nejvíce zatěžujícím faktorem z Meisterova dotazníku bude faktor I. – přetížení.

H0: Průměrné hodnocení jednotlivých faktorů se statisticky významně neliší.

HA: Průměrné hodnocení jednotlivých faktorů se statisticky významně liší.

Statistické ověření hypotézy

Nejdříve se vyhodnotí výsledky dotazníku z pohledu popisné statistiky, kterou zaznamenává Tabulka 14.

Tabulka 14 Popisné statistiky subškál Meisterova dotazníku

Popisné statistiky					
Subškála	Počet	Minimum	Maximum	Průměr	Směrodatná odchylka
Přetížení	76	4	13	7,84	2,16
Monotonie	76	3	9	4,79	1,76
Nespecifický faktor	76	4	19	9,71	4,25


Průměrné skóre přetížení je 7,84 se směrodatnou odchylkou 2,16. Průměrné skóre monotonií je 4,79 se směrodatnou odchylkou 1,76. Přetížením tedy trpí sestry ve větší míře než monotonií. Průměrné skóre nespecifického faktoru je 9,71 se směrodatnou odchylkou 4,25. Díky tomu, že se nespecifický faktor počítá jako součet čtyř položek, nelze jeho průměr srovnávat s přetížením a monotonií, které jsou počítány ze tří položek.

Při porovnávání výběrových charakteristik s normami (Tab. 3) se zjistilo, že průměrné naměřené hodnoty na výběru jsou vždy nižší, než jsou průměrné hodnoty uvedené v normách. Z toho lze usoudit, že zkoumané sestry netrpí výraznou psychickou zátěží.

Následující Tabulka 15 porovnává mediány hodnocení položek ve výběru a kritické hodnoty.

Tabulka 15 Kritické hodnoty mediánů výběru

Číslo položky	Název položky	Kritická hodnota mediánu	Medián výběru
7.	Časová tíseň	3,0	3,0
8.	Malé uspokojení	2,5	1,0
9.	Vysoká odpovědnost	3,0	3,0
10.	Otupující práce	2,5	1,0
11.	Problémy a konflikty	2,5	2,0
12.	Monotonie	2,5	1,0
13.	Nervozita	3,0	2,0
14.	Přesycení	3,0	2,0
15.	Únava	3,0	3,0
16.	Dlouhodobá únosnost	2,5	3,0

 – zelené pole značí dosažení kritické hodnoty mediánu

 – oranžové pole značí přesažení kritické hodnoty mediánu

Ve všech sledovaných položkách dosahují sestry nižšího nebo stejného mediánu hodnocení. Toto také ukazuje na pozitivní vnímání práce. V jediné položce překračuje medián kritickou hodnotu, která značí výraznou psychickou zátěž z důvodu neudržení stejné výkonnosti díky dlouhodobému provádění této práce.

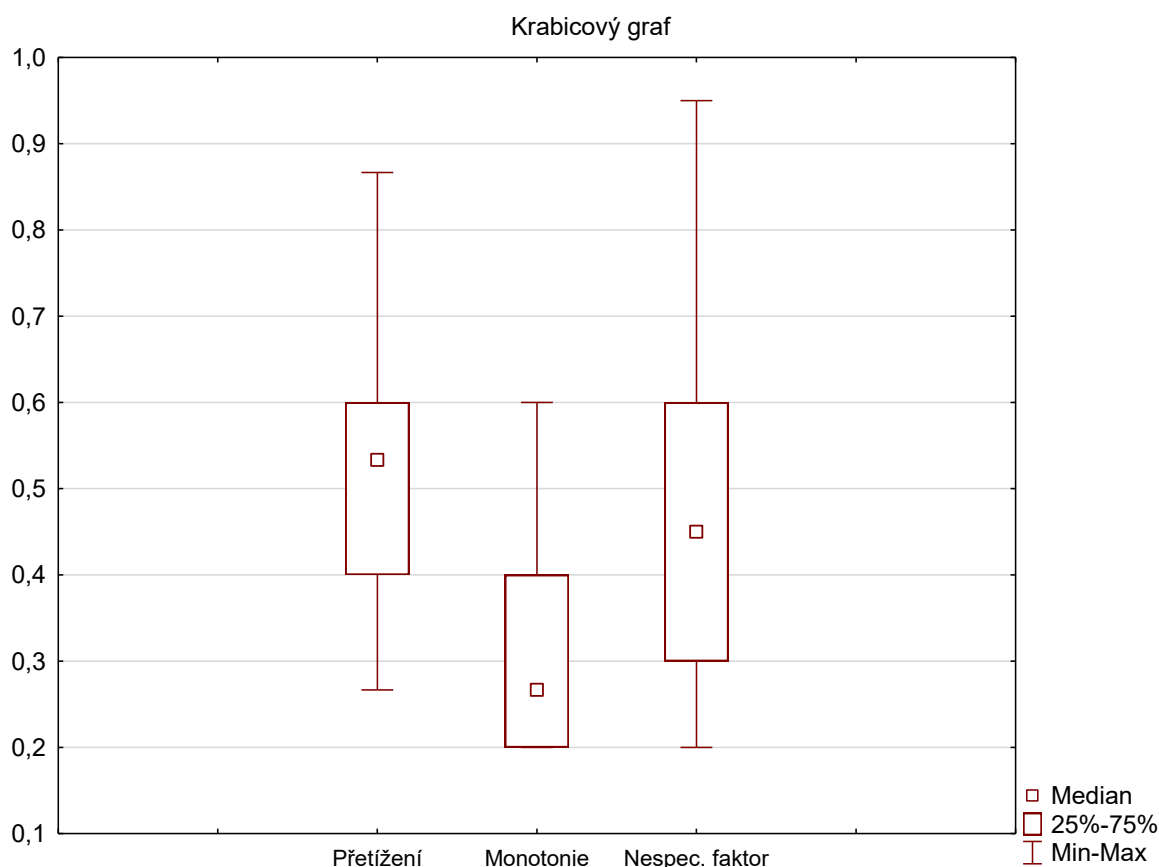
Hypotéza sleduje rozdíl ve středních hodnotách tří závislých výběrů. Skóre ve výběrech nesplňuje dle Shapiro-Wilkova testu normality předpoklad normálního rozložení pro užití parametrického testu ($p_P=0,005$; $p_M<0,001$; $p_{NF}=0,001$), proto pro ověření hypotézy použijeme neparametrický test, Friedmanův test. Test se provede na hladině významnosti 0,05. Výsledky porovnání hodnocení subškál – Friedmanova testu byly zaznačeny do přehledové Tabulky 16.

Před samotným testováním byly převedeny hrubé skóre subškál na poměr vůči počtu položek, protože nespecifický faktor je počítán ze čtyř položek oproti přetížení a monotonii, které jsou počítány ze tří položek. Upravená hodnota hodnocení položek tedy znamená, jakým podílem bodů z celkového součtu byla subškála hodnocena.

Tabulka 16 Porovnání hodnocení subškál – Friedmanův test

Subškála	Friedmanova ANOVA		
	Testové kritérium = 60,063; $p < 0,001$		
	Průměrné pořadí	Průměr	Směrodatná odchylka
Přetížení	2,55	0,52	0,14
Monotonie	1,34	0,32	0,12
Nespecifický faktor	2,11	0,49	0,21

Dle průměrného pořadí a průměrných podílů získaných bodů dosahuje přetížení vyšších hodnocení než monotonie a nespecifický faktor. Dle p-hodnoty Friedmanova testu ($p < 0,05$) se hodnocení subškál statisticky významně liší. Statistický software neposkytuje testy mnohonásobného porovnání pro Friedmanův test. Pro zjištění, které subškály se statisticky významně liší, lze využít krabicového grafu – Graf 18.



Graf 17 Krabicový graf podílů hodnocení subškál

Graf 18 i průměrné hodnoty ukazují na statisticky významný rozdíl mezi přetížením a monotonií. Přetížení je hodnoceno významně vyššími hodnotami než monotonie.

Platí tedy, že nejvíce zatěžujícím faktorem z Meisterova dotazníku bude faktor I. – přetížení. Hypotéza se potvrdila.

Výzkumná otázka č. 4: Existuje vztah mezi mírou psychické zátěže u perioperačních sester a délkou jejich praxe?

Pracovní hypotéza: S narůstající délkou praxe se míra psychické zátěže u perioperačních sester zvyšuje.

H₀: Vztah mezi mírou psychické zátěže u perioperačních sester a délkou jejich praxe není statisticky významný.

H_A: Vztah mezi mírou psychické zátěže u perioperačních sester a délkou jejich praxe je statisticky významný.

Statistické ověření hypotézy

Hypotéza sleduje rozdíl ve středních hodnotách více než dvou nezávislých výběrů. Skóre ve výběrech splňuje dle Shapiro-Wilkova testu normality předpoklad normálního rozložení pro užití parametrického testu ($p_1=0,031$; $p_2=0,434$; $p_3=0,957$; $p_3=0,036$), proto se pro ověření hypotézy použije parametrický test, jednofaktorovou analýzu rozptylu. Test se provede na hladině významnosti 0,05.

Druhým předpokladem pro analýzu rozptylu je homogennost rozptylů. To bylo ověřeno pomocí Levenova testu. Tento předpoklad splněn nebyl ($p<0,05$). Pro ověření hypotézy se tedy použije Welchova úprava analýzy rozptylu. ANOVA-Welchův test zaznamenává Tabulka 17.

ANOVA-Welchův test pro porovnání celkového skóre Meisterova dotazníku zaznamenává Tabulka 17.

Tabulka 17 Porovnání celkového skóre Meisterova dotazníku – ANOVA-Welchův test

Délka praxe	Hrubý skór			Testové kritérium	p-hodnota
	Počet	Průměr	Směrodatná odchylka		
1-5 let	12	22,83	3,86	3,879	0,027
6-10 let	6	28,33	4,32		
11-20 let	13	23,23	6,18		
20 a více let	45	21,16	7,19		
Celkem	76	22,34	6,61		

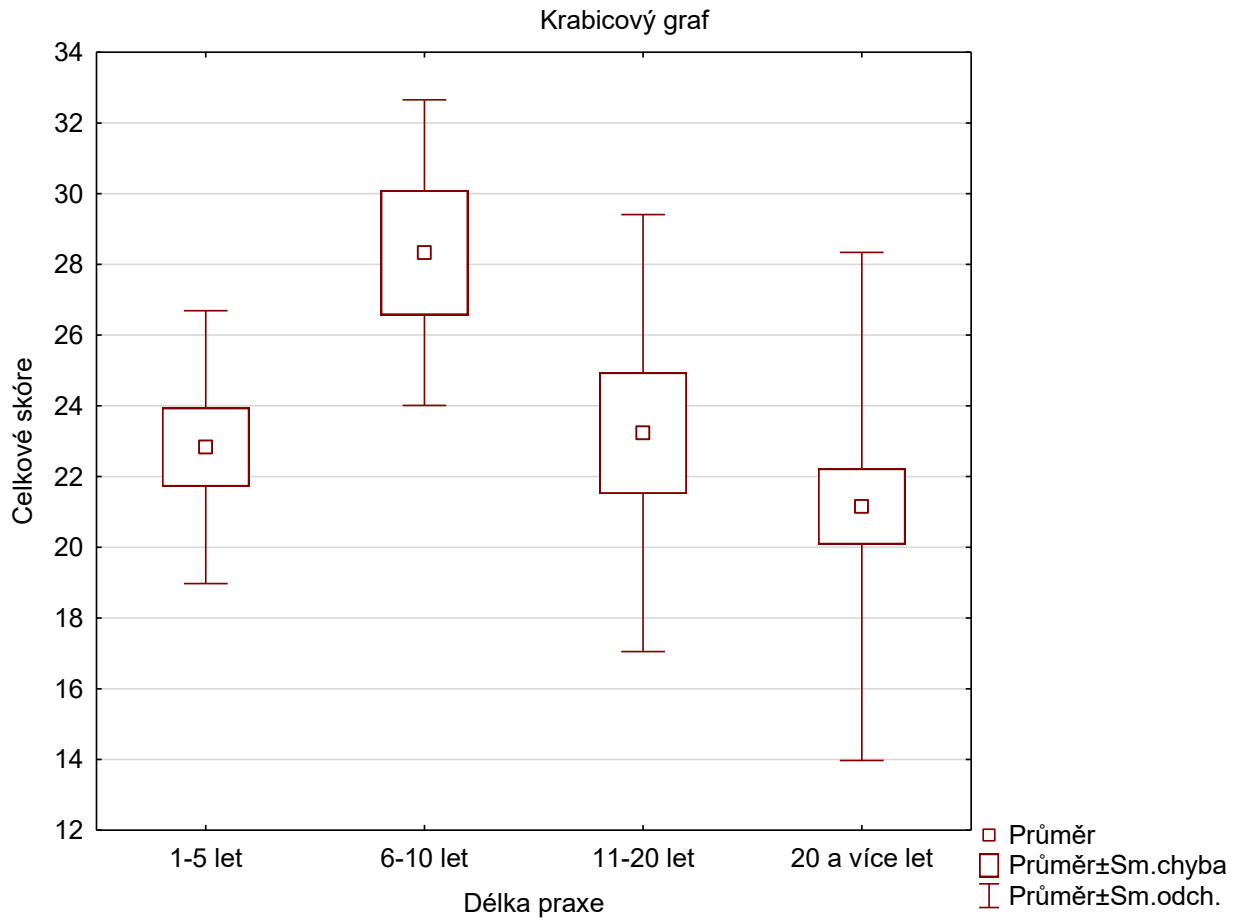
Dle průměrných hodnot pociťují největší psychickou zátěž sestry s délkou praxe 6 – 10 let a nejmenší zátěž pociťují sestry s délkou praxe 20 a více let. P-hodnota testu je nižší než zvolená hladina významnosti ($p < 0,05$), statisticky významné rozdíly v celkovém skóre dle délky praxe se potvrdily. Které skupiny dle délky praxe se statisticky významně liší, lze zjistit post-hoc testy mnohonásobného porovnávání, které znázorňuje Tabulka 18.

Tabulka 18 LSD test mnohonásobného porovnávání

Délka praxe	LSD Test - p-hodnoty			
	1-5 let	6-10 let	11-20 let	20 a více let
1-5 let		0,092	0,878	0,425
6-10 let	0,092		0,113	0,012
11-20 let	0,878	0,113		0,310
20 a více let	0,425	0,012	0,310	

Dle testu mnohonásobného porovnávání bylo zjištěno, že se v celkovém skóre statisticky významně liší sestry s délkou praxe 6-10 let a 20 a více let.

To lze pozorovat i na níže uvedeném krabicovém grafu – Grafu 19.



Graf 18 Krabicový graf celkového skóre Meisterova dotazníku dle délky praxe

Vzhledem k tomu, že perioperační sestry s délkou praxe 20 a více let pocítují nejmenší psychickou zátěž, hypotéza se nepotvrdila.

8 DISKUZE

Diplomová práce se zabývá tématem Míra psychické zátěže u perioperačních sester. Data byla získána kvantitativní metodou sběru dat pomocí dotazníku sestaveného z otázek vlastní tvorby a standardizovaného Meisterova dotazníku, který se zaměřuje na hodnocení vlivu pracovní činnosti na psychiku pracovníků. Dotazník byl distribuován perioperačním sestřám na centrálních operačních sálech v nemocnici fakultního typu.

V diplomové práci byl stanoven hlavní cíl a 3 dílčí cíle. Dále byly vymezeny 3 výzkumné otázky. Dílčím cílem č. 1 bylo na vyhodnocení jednotlivých položek standardizovaného Meisterova dotazníku u perioperačních sester. Dílčím cílem č. 2 bylo vyhodnocení Meisterova dotazníku dle faktorů. Dílčím cílem č. 3 bylo zjištění závislosti míry psychické zátěže na délce praxe.

První část dotazníku byla zaměřena na demografické údaje respondentů. Celkový počet respondentů byl 76 a výsledky ukázaly, že se dotazníkového šetření zúčastnily pouze ženy. Perioperační sestry pracovaly na operačních oborech chirurgie, ortopedie, traumatologie, plastická a rekonstrukční chirurgie, neurochirurgie, otorinolaryngologie, gynekologie a oční chirurgie. Nejčastěji perioperační sestry pracovaly na plném úvazku. Největší počet – 33 respondentek (43,22 %) spadal do kategorie „46-56 let“. Překvapující byl i údaj, že 45 respondentek (59,21 %) vykonává povolání perioperační sestry již „20 a více let“, vzhledem k náročnosti této práce. Specializace v perioperační péči dosáhlo 69 respondentek (90,79 %) „V rámci specializačního vzdělávání v oboru Perioperační péče“, což značí, že většina respondentek, již má značné zkušenosti z oblasti perioperační péče. Celkově 13 respondentek (17,11 %) uvedlo jako nejvyšší dosažené vzdělání „Vysokoškolské bakalářské“ a 7 respondentek (7,89 %) dokonce „Vysokoškolské magisterské“, z čehož lze usuzovat, že perioperační sestry se snaží o zvyšování kvalifikace a další vzdělávání.

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit míru psychické zátěže u perioperačních sester pomocí Meisterova dotazníku. K vyhodnocení míry psychické zátěže náleží výsledná data Meisterova dotazníku, díky kterým mohl být stupeň psychické zátěže klasifikován.

Z celkových výsledků bylo zjištěno, že dotazované perioperační sestry podléhají prvnímu stupni zátěže dle klasifikace Meisterova dotazníku. První stupeň zátěže odpovídá psychické zátěži „při které není pravděpodobné ovlivnění zdraví, subjektivního stavu a výkonnosti (Hladký, Židková, 1999, s. 42)“. Hubáčková (2020) dospěla ve své diplomové práci na téma Psychická zátěž u perioperačních sester ke shodným výsledkům, tedy že skupina

perioperačních sester podléhala prvnímú stupni zátěže dle Meisterova dotazníku (Hubáčková, 2020). Ke stejnému zjištění dospěla také Poláková (2016) ve své diplomové práci zabývající se pracovní zátěží u sester v perioperační péči (Poláková, 2016). Dle mého šetření však chyběly pouhé dva body pro zařazení perioperačních sester do druhého stupně zátěže, což může být způsobeno faktem, že mé šetření probíhalo ve velké fakultní nemocnici, kde je celkově vyšší frekvence operačních zákroků, tedy i objektivně vyšší nároky na výkon.

Vzhledem k náročnosti povolání a stresovým situacím, kterým je perioperační sestra na operačním sále vystavována, je výsledný stupeň psychické zátěže pozitivním zjištěním. Kvůli nadměrné pracovní zátěži někdy uvažuje o změně pracoviště 30,26 % respondentek, ovšem o odchodu z profese většina respondentek uvažuje výjimečně nebo nikdy. Íránská studie zaměřující se na vztah mezi psychickou zátěží a muskuloskeletálními poruchami u sester potvrzuje, že díky nadměrné psychické zátěži mnoho sester opouští zaměstnání, jelikož se u nich projevují svalové a kosterní poruchy jako bolesti dolní části zad, bolesti krku a kolen (Habibi et al., 2015). Dle Jedličkové (2019) vystavuje operační sál perioperační sestry krizovým situacím, které vyžadují zvýšenou odolnost vůči psychickému i fyzickému napětí.

Žídková (2010) uvádí, že se zátěží psychickou je neodmyslitelně spojena i fyzická zátěž. Výskyt značné fyzické zátěže na operačním sále potvrzuje i můj výsledek položky č. 25, u které perioperační sestry uvedly fyzickou zátěž za negativní faktor práce nejčastěji. Joštová (2016) ve své bakalářské práci zaměřené na stresové faktory u sester na operačním sále uvádí, že většina perioperačních sester považuje fyzickou náročnost práce za vysokou (Joštová, 2016). Pokud perioperační sestry pracují i na pozici nástrojové sestry, mohou se setkat i s fyzickou zátěží v podobě manipulace s těžkými nástrojovými sítý. Data Odložilíkové (2019) z diplomové práce sledující pracovní zátěž v perioperační péči potvrzují, že manipulace s těžkými břemeny patří mezi zatěžující faktory práce (Odložilíková, 2019). Touto problematikou se zabývala i Taliánová a Sluková (2018) u sester na centrální či přísálové sterilizaci, kde se potvrdilo, že většina sester s těžkými břemeny pracuje každodenně (Taliánová, Sluková, 2018).

Míra psychické zátěže vybraných perioperačních sester odpovídá i celkové spokojenosti sester v jejich zaměstnání. Celkově 57,89 % respondentek uvedlo, že je v perioperační péči spokojeno. Zajímavým zjištěním je, že žádná z dotazovaných perioperačních sester není v perioperační péči nespokojená. Výsledná data Joštové (2016) shodně potvrzují, že většinu perioperačních sester jejich práce uspokojuje a mají ji rády (Joštová, 2016). Co se týče

opětovného rozhodnutí se pro práci na operačním sále, 64,47 % respondentek by se rozhodlo stejně.

S výsledky hlavního cíle, kromě Meisterova dotazníku, souvisí i první výzkumná otázka. V popsáných stresových situacích v perioperační péči se může míra psychické zátěže perioperačních sester zvyšovat.

Výzkumná otázka č. 1: Které situace způsobují největší psychickou zátěž u perioperačních sester?

První výzkumná otázka zkoumala situace na operačním sále, které perioperačním sestřám způsobují největší psychickou zátěž. Respondentky měly uvedených 7 situací na operačním sále, kdy každou situaci hodnotily na bodové škále 0-5(0 značila situaci, která nestresuje vůbec a 5 značila situaci, která stresuje nejvíce).

Z výsledků získaných dat lze usoudit, že situací, která perioperačním sestřám způsobuje největší psychickou zátěž je „*Vzniklá chyba v perioperačním procesu*“ s 238 body. Nejvyšším počtem bodů, tedy 5 body, označilo situaci celkem 21 respondentek (27,22 %). Výsledky Hubáčkové (2020) ukazují, že chybu v perioperační péči uvedlo za nejvíce stresující 14,81 % perioperačních sester (Hubáčková, 2020). Lze usoudit, že téměř 30 % respondentek zvolilo tuto odpověď, jelikož chyba v perioperační péči neznamena pouze pochybení perioperační sestry, vzniklá chyba může i poškodit pacienta, což může mít fatální důsledky i pro celý operační tým.

Stresující situace na operačním sále s druhým nejvyšším hodnocením byla „*Nedostatek vybavení či nástrojů*“ se 198 body a jako třetí nejvíce stresující situace byly vyhodnoceny „*Urgentní výkony*“ se 183 body. Nedostatek vybavení a nástrojů může značně komplikovat hladký průběh operačního výkonu, ale také celého operačního programu. Pokud například operační sály disponují pouze omezeným počtem operačních sít, která posílají na opakovanou sterilizaci, může se stát, že se díky zdržení nástrojů na sterilizaci musí přehodnotit pořadí pacientů. Urgentní výkony v perioperační péči mohou znamenat ztížené podmínky pro dostatečné nachystání operačního sálu a pomůcek pro daný operační výkon. Dále také nervozitu při samotném výkonu, zvýšené požadavky na rychlost a přesnost a zvýšení emocionálního napětí celého operačního týmu. Hubáčková (2020) ve svém výzkumu uvádí, že 18,52 % respondentek uvádí urgentní výkony a komplikace při operaci za stresující situaci (Hubáčková, 2020). „*Změny v operačním programu*“ se 145 body skončily v celkovém hodnocení až na pátém místě po „*Náročné operativě*“ se 175 body.

Za pozitivní zjištění můžeme považovat fakt, že „Komunikace s kolegy“ dosáhla druhého nejnižšího bodového hodnocení. Perioperační sestry tedy nepovažují komunikaci s kolegy za významně stresující situaci. Jordánská studie provedená na 464 sestřích zkoumající pracovní zdroje stresu a sociální oporu tvrdí, že konflikty ve vztahu ke kolegům jsou častou příčinou stresu sester (Hamaideh et al., 2008). Výsledky studie z perioperační péče Spojených států amerických ukazuje, že špatná komunikace v týmu ovlivňuje vznik mimořádných událostí (Cohoon, 2011). Kvalitní komunikace a včasné a správné předávání informací v rámci týmu na operačním sále může ovlivnit nejen samotný operační výkon, ale i zdraví a život pacienta (Wichsová, 2013).

Nejméně bodů získalo „*Počítání roušek a nástrojů*“, z čehož lze usuzovat, že pro perioperační sestry je tato situace nejméně stresující. Toto zjištění lze považovat za pozitivní, vzhledem k tomu že přehledová studie týkající se komunikace na operačním sále potvrzuje, že povinností perioperační sestry je kontrola nástrojů i použitého materiálu tak, aby v pacientovi nic nezůstalo. Na sále musí být bezpečná atmosféra, která sestře dovoluje požádat chirurga o přerušování činnosti během počítání (Weldon et al., 2013).

Perioperační sestra může v perioperační péči zastávat 3 role – roli instrumentující sestry, roli cirkulující sestry a roli nástrojové sestry. Pro 55,26 % respondentek je nejvíce stresující „*Role instrumentující sestry*“. V roli instrumentující sestry musí být perioperační sestra schopna pružně reagovat na změny, a ve vypjatých situacích být rychlá, pečlivá, cílevědomá a organizačně zdatná (Jedličková, 2019).

Výzkumný předpoklad ohledně stresujících situací způsobujících největší psychickou zátěž se nepotvrdil, jelikož situace spojené s urgentními výkony a změnami v operačním programu se neobjevily v celkovém hodnocení na prvních dvou místech. Toto zjištění lze vysvětlit tak, že dotazované perioperační sestry mají v práci jinak seřazené priority a jiné podmínky na pracovišti, co se týká vybavení operačních sálů, než se předpokládalo a např. urgentní výkony už pro ně díky jejich zkušenostem z praxe nejsou tak stresující.

Výzkumná otázka č. 2: Které položky Meisterova dotazníku získají nejvyšší bodové hodnocení?

Dílčím cílem č. 1 předkládané diplomové práce je vyhodnocení jednotlivých položek standardizovaného Meisterova dotazníku u perioperačních sester, ke kterému náleží druhá výzkumná otázka.

Meisterův dotazník se zaměřuje na hodnocení pracovní zátěže a obsahuje 10 položek souvisejících s psychickou zátěží. Do těchto položek patří časová tíseň, malé uspokojení, vysoká odpovědnost, otupující práce, problémy a konflikty, monotonie, nervozita, přesycení, únava a dlouhodobá únosnost. Získaná data ukázala, že kritické hodnoty mediánů populační normy dosáhly 3 položky Meisterova dotazníku spojené s časovou tísní, vysokou odpovědností a únavou. Jediná položka Meisterova dotazníku týkající se dlouhodobé únosnosti přesáhla u perioperačních sester hodnotu kritického mediánu. V těchto čtyřech oblastech je tedy práce perioperačními sestrami hodnocena negativně. Slovenská studie zkoumající psychickou zátěž a symptomy deprese u sester, kterou realizovala Gurková a Macejková (2012), také identifikovala tyto čtyři položky za rizikové v rámci jejich výzkumu (Gurková, Macejková, 2012). Výsledky odpovídají také diplomové práci Formanové (2020) zaměřené na strategie zvládnání stresu u perioperačních sester (Formanová, 2020).

Co se týče bodového hodnocení, „*Časová tíseň*“ získala nejvyšší počet bodů – celkem 251 bodů. Nejvíce zatěžující situací je tedy pro sestry nedostatek času, který může na operačním sále zapříčinit vznik nežádoucích událostí, což potvrzuje i výsledek u položky č. 25, kde „*Časovou tíseň*“ uvedlo 42,11 % respondentek jako negativní faktor práce. Získaná data se shodují s výsledky Odložilíkové (2019), která uvádí, že perioperační sestry mají při práci často pocit časového tlaku (Odložilíková, 2019). Ptáček (2017) říká, že v rámci výzkumného projektu zaměřeného na souvislost mezi pracovním stresem a projevy deprese a vyhořením se zjistilo, že 55 % dotazovaných pocívalo zátěž důsledkem nadměrného časového zatížení a nadměrných pracovních požadavků (Ptáček et al., 2017). Česká asociace sester (ČAS) realizovala dotazníkové šetření v rámci pracovních podmínek zdravotníků. Výsledky ukázaly, že 45 % zdravotníků na operačním sále má někdy pocit, že se kvůli velkému množství práce nemůže o pacienta starat tak dobře, jak by chtělo (ČAS, 2013).

Položka s druhým nejvyšším bodovým hodnocením je položka č. 16 „*Dlouhodobá únosnost*“ s 209 body, z čehož vyplývá, že perioperační sestry vnímají, že jejich práce nelze vykonávat po léta se stejnou výkonností. Ke stejnému závěru došla ve své práci i Poláková (2016), kdy

položka „*Dlouhodobá únosnost*“ byla také jedinou, která přesáhla kritickou hodnotu mediánu (Poláková, 2016).

„*Únava*“ dosáhla v rámci Meisterova dotazníku kritických hodnot a získala celkově 206 bodů. Z tohoto výsledku lze usoudit, že perioperační sestry se v práci často cítí unavené. Studie v Trenčíně sledující psychickou zátěž perioperačních sester uvádí, že mezi nejčastější projevy psychické zátěže patří únava (Litvínová, Poliaková, 2015). Přílišná únava může zapříčinit pochybení, nežádoucí události a chyby v komunikaci v rámci perioperační péče (Vévoda et al., 2018).

Vzhledem k náročnosti povolání perioperační sestry není překvapující, že „*Vysoká odpovědnost*“ dosáhla kritické hodnoty mediánu a získala celkově 205 bodů. Hubáčková (2020) ve své práci došla k závěru, že vysoká odpovědnost zatěžovala všechny respondentky (Hubáčková, 2020).

Ostatní položky Meisterova dotazníku týkající se malého uspokojení, otupující práce, problémů a konfliktů, monotonie, nervozity a přesycení nedosahovaly kritických hodnot mediánů. Lze říci, že perioperační sestry hodnotí tyto oblasti kladně.

Výzkumný předpoklad ohledně nejvyššího bodového hodnocení položek Meisterova dotazníku se částečně potvrdil, jelikož položka týkající se časové tísně získala nejvyšší skóre a položky týkající se únavy třetí nejvyšší bodové skóre.

Výzkumná otázka č. 3: Který z faktorů Meisterova dotazníku bude vyhodnocen jako nejvíce zatěžující?

K výzkumné otázce č. 3 se vztahuje dílčí cíl č. 2 – vyhodnocení Meisterova dotazníku dle faktorů, k němuž byla stanovena i pracovní hypotéza.

Meisterův dotazník rozděluje položky do tří kategorií – faktorů: faktor I. – přetížení (časová tíseň, vysoká odpovědnost, problémy a konflikty), faktor II. – monotonie (malé uspokojení, otupující práce, monotonie), faktor III. – nespecifický faktor (nervozita, přesycení, únava, dlouhodobá únosnost). Pro skupinové hodnocení se používají aritmetické průměry faktorů a hrubého skóru. V našem šetření u perioperačních sester nedosáhl kritické hodnoty průměru žádný z faktorů Meisterova dotazníku, ani kritickou hodnotu nepřesáhl.

Pracovní hypotéza: Nejvíce zatěžujícím faktorem z Meisterova dotazníku bude faktor I. – přetížení. Hypotéza sledovala rozdíl ve středních hodnotách tří závislých výběrů. Pro

srovnání všech faktorů a samotné testování se převedly hrubé skóry subškál na poměr vůči počtu položek, jelikož faktor III. je počítán ze 4 položek na rozdíl od ostatních faktorů, které jsou počítány ze 3 položek. Po statistickém testování bylo zjištěno, že přetížení dosahuje vyšších hodnot než monotonie i nespecifický faktor. Vzhledem k tomu, že přetížení bylo hodnoceno významně vyššími hodnotami než monotonie, lze usoudit, že existuje statisticky významný rozdíl mezi faktorem přetížení a monotonií.

Výsledná data ukazují, že nejvíce zatěžujícím faktorem z Meisterova dotazníku pro perioperační sestry je faktor I. – přetížení. Výsledná data se shodují s výzkumem Hubáčkové (2020), která potvrzuje, že nejvyšší podíl na psychické zátěži perioperačních sester měl faktor I (Hubáčková, 2020). Perioperační sestry nepocítují přílišnou psychickou zátěž v oblasti monotonie a nespecifického faktoru. Hypotéza se tedy potvrdila.

Výzkumná otázka č. 4: Existuje vztah mezi mírou psychické zátěže u perioperačních sester a délkou jejich praxe?

K výzkumné otázce č. 4 náleží dílčí cíl č. 3 – zjištění závislosti míry psychické zátěže na délce praxe. Výzkumným šetřením se zjišťovalo, zda existuje statisticky významný rozdíl mezi mírou psychické zátěže a délkou praxe perioperačních sester.

Pracovní hypotéza k výzkumné otázce č. 4: S narůstající délkou praxe se míra psychické zátěže u perioperačních sester zvyšuje. Hypotéza sledovala rozdíl ve středních hodnotách více než dvou nezávislých výběrů. Pro srovnání různých skupin délky praxe se použily průměry hrubých skóru. Průměr hrubého skóru skupiny délky praxe 6-10 let přesahoval populační normu hrubého skóru. Statistickým testováním bylo zjištěno, že dle průměrných hodnot dosahují nejvyšší psychické zátěže sestry s délkou praxe 6-10 let a nejmenší psychickou zátěž pocítují sestry s délkou praxe 20 a více let. Dalším testováním bylo sledováno, které skupiny dle délky praxe se statisticky významně liší. Výsledky ukázaly, že statisticky významně se liší skupiny s délkou praxe 6-10 let a 20 a více let. Naopak šetření Roubalové a Židkové (2005) ukázalo, že délka praxe nehrála u perioperačních sester významnou roli ve vnímání stresu (Roubalová, Židková, 2005).

Jelikož perioperační sestry s délkou praxe 20 a více let pocítují nejmenší psychickou zátěž, lze usoudit, že hypotéza se nepotvrdila. Z tohoto výsledku lze usoudit, že služebně starší perioperační sestry už mají za svá léta zkušeností posunuté hranice stresu a ví, jak se s náročnými situacemi na sále lépe vypořádat.

8.1 Limity práce

Limitace výzkumu byla ovlivněna více faktory. Sběr dat byl ovlivněn např. tím, že probíhal pouze v jedné nemocnici fakultního typu na centrálních operačních sálech, kde respondenti mají stejného zaměstnavatele a stejné pracovní podmínky. Výsledky tedy nelze srovnávat s daty z jiných zařízení či jiných typů operačních sálů, např. oborových sálů.

Dalším faktorem byl omezený počet respondentů, tudíž se platnost výsledků výzkumu se vztahuje pouze na tuto skupinu respondentů. Výsledky výzkumu ovlivnily také jednopohlavní odpovědi, jelikož se výzkumu zúčastnily pouze ženy.

8.2 Doporučení pro praxi

Hlavní doporučení pro praxi vyplývá z výsledků výzkumného šetření, ve kterém bylo zjištěno, že nejproblematictější oblastí pro perioperační sestry je časová tíseň a nejvíce stresující situací vzniklá chyba v perioperačním procesu. Perioperačním sestřám by mohlo pomoci zmírnit psychickou zátěž snížení počtu operačních výkonů za den a navýšit počet sloužícího personálu tak, aby byla možnost se v případě potřeby vystřídat.

Perioperační sestry by se také měly snažit pečovat o své psychické zdraví. V pracovním prostředí by si měly umět určit své hranice, a pokud mají pocit, že jsou překročeny, měly by situaci řešit. Perioperační péče je náročným prostředím, kde jsou sestry často vystavovány časovému tlaku, vysoké odpovědnosti i přílišné únavě. Perioperační sestra by měla mít možnost svěřit se vedoucímu pracovníkovi se svými problémy, dostatečně komunikovat s kolegy a ozvat se, pokud je třeba. V rámci zaměstnání existuje také systém psychosociální podpory, o kterém by sestry měly být v případě potřeby informovány.

Pro zachování psychické pohody a klidu může perioperační sestra dodržovat zásady zdravého životního stylu. Pro snížení zátěže je důležité dostatečné množství kvalitního spánku, zdravé stravování a pitný režim. Ke snížení psychického napětí mohou napomoci i relaxační metody, sportovní aktivity či jiné koníčky. Důležitou roli hrají také dobré vztahy a podpora blízkých přátel a rodiny.

9 ZÁVĚR

Diplomová práce se zaměřila na téma míry psychické zátěže u perioperačních sester. Pro splnění stanovených cílů diplomové práce bylo nejdříve potřeba prostudování související literatury a důležitých poznatků z oblasti perioperační péče i psychické zátěže. Teoretická část práce se věnovala tématu perioperační péče, specifikovala práci perioperační sestry a popisovala rizikové faktory práce na operačních sálech. Dále se teoretická část věnovala dopodrobna psychické zátěži, konkrétním zátěžovým situacím, mapovala důsledky dlouhodobé psychické zátěže a předpoklady pro zvládnání zátěže. Výzkumná část práce byla realizována pomocí kvantitativní metody sběru dat – dotazníkového šetření. Dotazník se skládal ze standardizovaného Meisterova dotazníku a otázek vlastní tvorby. Výzkumného šetření se zúčastnilo 76 perioperačních sester pracujících na centrálních operačních sálech v nemocnici fakulturního typu.

Hlavním cílem práce bylo zjistit míru psychické zátěže u perioperačních sester pomocí Meisterova dotazníku. Vyhodnocením dat Meisterova dotazníku byl u perioperačních sester zjištěn nejnižší stupeň psychické zátěže, což ukazuje na nízkou míru psychické zátěže u dotazovaných perioperačních sester. Doplnující otázkou bylo zjištěno, že se psychická zátěž u perioperačních sester zvyšovala v situacích spojených se vzniklou chybou v perioperační péči, nedostatkem vybavení a nástrojů a urgentními výkony.

Prvním dílčím cílem bylo vyhodnocení Meisterova dotazníku podle jednotlivých položek. Po vyhodnocení dat Meisterova dotazníku podle jednotlivých položek byly identifikovány čtyři rizikové oblasti psychické zátěže, které získaly nejvyšší hodnoty – časová tíseň, vysoká odpovědnost, únava, dlouhodobá únosnost.

Druhým dílčím cílem bylo vyhodnocení Meisterova dotazníku dle faktorů. Získaná data ukázala, že perioperační sestry shledaly nejvíce zatěžujícím faktorem faktor I. – přetížení.

Třetím dílčím cílem bylo zjištění závislosti míry psychické zátěže na délce praxe u perioperačních sester. Porovnáním výsledků různých skupin délky praxe bylo zjištěno, že mezi určitými skupinami sester existoval významný statický rozdíl ve vnímání psychické zátěže.

Dosažené výsledky nám pomohly zmapovat psychickou zátěž u zkoumaného souboru perioperačních sester. Výsledky by se daly využít pro rozšíření tohoto výzkumu na větší soubor respondentek. Bylo by také zajímavé porovnat psychickou zátěž mezi jednotlivými operačními

obory a zahrnout do výzkumu způsoby, jakými se sestry vyrovnávají s psychicky náročnými situacemi.

Dle výsledků této práce lze usuzovat, že velká část psychické zátěže perioperačních sester je spojena s časovým presem a v mnoha případech díky němu vzniklou chybou v perioperačním procesu. Tato zjištění by mohla pomoci stávající praxi ve změně organizování práce perioperačních sester v České republice např. možným snížením počtu výkonů během jednoho operačního dne, příp. naopak navýšením počtu sloužícího personálu. Jak již bylo v práci zmíněno, většina perioperačních sester má svou práci ráda. Díky navrhovaným systémovým změnám by se dalo předcházet předčasným nebo zdravotně vynuceným odchodům z náročné pozice perioperační sestry do klidnějších zdravotnických oborů a mohlo by to pomoci k zachování nebo dokonce zlepšení kvality zdravotní péče v České republice.

10 POUŽITÁ LITERATURA

BALKOVÁ, Hilda a HAUPTVOGELOVÁ, Miroslava, 2016. Psychická zátěž v práci operační sestry. *Zdravotnictví a medicína: měsíčník pro odborníky ve zdravotnictví, farmacii a ošetrovatelství*. č. 6, s. 20. ISSN 2336-2987.

BROM, Ondřej, 2023. *Analýza rozptylu a její předpoklady I*. online. In: ACREA - analytical creativity. Praha: ACREA CR, spol. s r. o. Dostupné z: <https://acrea.cz/analyza-rozptylu-a-jeji-predpoklady-i/>. [cit. 2024-04-19].

CABANOVÁ, Marianna a RAPČÍKOVÁ, Tatiana, 2016. Zátěžové situácie a etika v prostredí kardiochirurgických operačných sál z pohľadu sestry. In: *Cesta k modernímu ošetrovatelství XVIII.: recenzovaný sborník příspěvku z odborné konference s mezinárodní účastí*. Praha: Fakultní nemocnice v Motole, s. 205-213. ISBN 978-80-87347-23-2. ISSN 978-80-87347-23-2.

CANICOBA, Adriane Reis Barletta, 2022. Surgical smoke and occupational health. online. *Annals of Translational Medicine*. roč. 10, č. 24, s. 1303-1303. ISSN 23055839. Dostupné z: <https://doi.org/10.21037/atm-22-5631>. [cit. 2023-10-15].

CLARI, Marco; GODONO, Alessandro; GARZARO, Giacomo; VOGLINO, Gianluca a GUALANO, Maria, 2021. Prevalence of musculoskeletal disorders among perioperative nurses: A systematic review and META-analysis. online. *BMC Musculoskeletal Disorders*. roč. 22, s. 1-12. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12891-021-04057-3>. [cit. 2023-02-12].

COHOON, Barbara, 2011. Causes of Near Misses: Perceptions of Perioperative Nurses. online. *AORN Journal*. roč. 93, č. 5, s. 551-565. ISSN 0001-2092. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2010.02.017>. [cit. 2024-04-14].

ČAS, , 2013. Výsledky dotazníkového šetření ČAS: Pracovní podmínky zdravotníků v ČR. online. In: *Česká asociace sester*. Dostupné z: https://www.cnaa.cz/docs/tiskoviny/dotaznikove_setreni_vysledky_2013.pdf. [cit. 2024-04-14].

ČESKO, 2010. Nařízení vlády č. 31/2010 Sb., o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí. In: *Sbírka zákonů České republiky*. částka 164. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2018-164>. [cit. 4.11.2023].

ČESKO, 2011. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb. In: *Zákony pro lidi.cz*. © AION CS 2010–2023. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-391>. [cit. 4.11.2023].

DUFKOVÁ, Věra, 2016. Jak rozpoznat syndrom vyhoření a jak mu předcházet?. online. *Florence*. roč. 12, č. 7-8, s. 44-45. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2016/7/jak-rozpoznat-syndrom-vyhoreni-a-jak-mu-predchazet/>. [cit. 2024-01-07].

FORMANOVÁ, Petra, 2020. *Strategie zvládání stresu perioperačních sester*. Diplomová práce, vedoucí PhDr. Zdeněk Hrstka, Ph.D. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Dostupné také z: https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/76096/FormanovaP_StrategieZvladani_ZH_2020.pdf?sequence=4&isAllowed=y.

GURKOVÁ, Elena a MACEJKOVÁ, Slávka, 2012. Psychická zátěž a depresivní symptomatologie u sester. online. *Ošetrovatelství a porodní asistence*. roč. 3, č. 1, s. 326-334. ISSN 1804-2740. Dostupné z: https://cejnm.osu.cz/artkey/cjn-201201-0002_psychicka-zataz-a-depresivna-symptomatologia-u-sestier.php. [cit. 2024-04-16].

HABIBI, Ehsanollah; TAHERI, Mohamad a HASANZADEH, Akbar, 2015. Relationship between mental workload and musculoskeletal disorders among Alzahra Hospital nurses. online. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. roč. 20, č. 1, s. 1-6. ISSN 2228-5504. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4325400/>. [cit. 2024-04-15].

HAMAIDEH, Shafer; MRAYYAN, Majd; MUDALLAL, Rola; AL-FAOURI, Ibrahim a KHASAWNEH, N.A., 2008. Jordanian nurses' job stressors and social support. online. *International Nursing Review*. roč. 55, č. 1, s. 40-47. ISSN 0020-8132. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2007.00605.x>. [cit. 2024-04-14].

HLADKÝ, Aleš a ŽIDKOVÁ, Zdeňka, 1999. *Metody hodnocení psychosociální pracovní zátěže: metodická příručka*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-890-5.

HOBZOVÁ, Lenka, 2014. Pracovní rizika a zátěž na operačním sále. online. In: *Perioperační sestry: Úsměv, bezpečí, kvalita, spolehlivost*. Dostupné z: https://www.perioperacni-sestry.cz/content_public/publications/lectures/pracovni-rizika-a-zatez-na-operacnim-sale.pdf. [cit. 2023-02-13].

HOLČÍK, Jiří a KOMENDA, Martin, 2015. *Matematická biologie: e-learningová učebnice*. online. 1. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-8095-9. Dostupné z: <https://portal.matematickabiologie.cz/>. [cit. 2024-04-21].

HUBÁČKOVÁ, Denisa, 2020. *Psychická zátěž u perioperačních sester*. Diplomová práce, vedoucí Mgr. Markéta Paprštejnová, Ph.D. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Dostupné také z: https://dk.upce.cz/bitstreamupce/handle/10195/76098/HubackovaD_PsychickaZatez_MP_2020.pdf?sequence=4.

HUMPL, Lukáš; PROKOP, Jiří a TOBIÁŠOVÁ, Alena, 2013. *První psychická pomoc ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. ISBN 978-80-7013-562-4.

CHANG, Victoria; OWENS, Robert a LABUZETTA, Jamie, 2020. Impact of Sleep Deprivation in the Neurological Intensive Care Unit: A Narrative Review. online. *Neurocrit Care*. roč. 32, č. 2, s. 596-608. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s12028-019-00795-4>. [cit. 2024-04-16].

IHNÁT, Peter, 2017. *Základní chirurgické techniky a dovednosti*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0334-8.

JEDLIČKOVÁ, Jaroslava, 2019. *Ošetrovatelská perioperační péče*. 2. rozšířené vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-598-3.

JOHANSSON, Birgitta; DOBRYAKOVA, Ekaterina a VAN DER NAALT, Joukje, 2022. Editorial: Pathological fatigue from neurons to behavior. online. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*. roč. 16, č. 7, s. 1-2. Dostupné z: <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2022.973190>. [cit. 2024-04-16].

JOŠTOVÁ, Ivana, 2016. *Stresové faktory u sester na operačním sále*. Bakalářská práce, vedoucí Ing. Bc. Zuzana Holečková. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Dostupné také z: https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/64834/JostovaI_StresoveFaktory_ZH_2016.pdf?sequence=3&isAllowed=y.

KACEM, Imed; KAHLOUL, Mohamed; EL AREM, Saber; AYACHI, S.; HAFSIA, M. et al., 2020. Effects of music therapy on occupational stress and burn-out risk of operating room staff.

online. *Libyan Journal of Medicine*. roč. 15, č. 1, s. 1-8. ISSN 1993-2820. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/19932820.2020.1768024>. [cit. 2024-01-16].

KLEVETOVÁ, Dana, 2017. *Nalézání osobní rovnováhy v pomáhajících profesích*. 1. vydání. Praha: Ladislava Rotšeidlová - AROK. ISBN 978-80-906465-1-3.

KLIMENT, Pavel, 2014. *Zvládací (copingové) odpovědi v pomáhajících profesích*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-4206-8.

KLUCKÁ, Jana a VOLFOVÁ, Pavla, 2016. *Kognitivní trénink v praxi*. 2., rozšířené vydání. Psyché (Grada). Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5580-9.

KOCHER, Gregor; SESIA, Sergio; LOPEZ-HILFIKER, Felipe a SCHMID, Ralph, 2019. Surgical smoke: still an underestimated health hazard in the operating theatre. online. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*. roč. 55, č. 4, s. 626-631. ISSN 1010-7940. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/ejcts/ezy356>. [cit. 2023-10-15].

KORDULOVÁ, Pavla, 2017. Vzdělávání sester specialistek v perioperační péči. online. *Florence*. roč. 13, č. 6, s. 26-28. ISSN 2570-4915. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2017/6/vzdelavani-sester-specialistek-v-perioperacni-peci/>. [cit. 2023-02-11].

KOVALICKÁ, Mária, 2014. Psychosomatická zátěž sestier na operačnej sále. online. In: *Perioperační sestry: Úsměv, bezpečí, kvalita, spolehlivost*. Brno. Dostupné z: https://www.perioperacni-sestry.cz/content_public/publications/lectures/psychosomaticka-za%C5%A5az.pdf. [cit. 2023-02-13].

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2010. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. 1. vyd. Sestra (Grada). Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3149-0.

LECLERC, Christophe; DE KEULENAER, Femke a BELLI, Sharon, 2022. OSH Pulse - Occupational safety and health in post-pandemic workplaces: Flash Eurobarometer - Report. online. In: *European Agency for Safety and Health at Work*. Spain: European Agency for Safety and Health at Work, s. 1-55. ISBN 978-92-9479-785-8. ISSN 1831-9343. Dostupné z: <https://doi.org/10.2802/478476>. [cit. 2024-04-20].

LEE, Eun; KIM, Kyoung-ja; KO, Sangjin a SONG, Eun, 2022. Communication competence and resilience are modifiable factors for burnout of operating room nurses in South Korea.

online. *BMC Nursing*. roč. 21, č. 1, s. 1-10. ISSN 1472-6955. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00985-0>. [cit. 2024-01-07].

LEE, Henrietta; WOODWARD-KRON, Robyn; MERRY, Alan a WELLER, Jennifer, 2023. Emotions and team communication in the operating room: a scoping review. online. *Medical Education Online*. roč. 28, č. 1, s. 1-14. ISSN 1087-2981. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/10872981.2023.2194508>. [cit. 2023-12-03].

LITVÍNOVÁ, Anna a POLIAKOVÁ, Nikoleta, 2015. Psychická zátěž sestry v operační sále. online. *Zdravotnické listy*. roč. 3, č. 2, s. 90-91. ISSN 1339-3022. Dostupné z: https://zl.tnuni.sk/fileadmin/Archiv/2015/Vol.3_No.2_Edicna_seria_OSETROVATELSTVO-VEREJNE_ZDRAVOTNICTVO.pdf. [cit. 2024-04-14].

MERAJIKHAH, Amirmohammad; IMANI, Behzad; KHAZAEI, Salman a BOURAGHI, Hamid, 2022. Impact of Surgical Smoke on the Surgical Team and Operating Room Nurses and its Reduction Strategies: A Systematic Review. online. *Iranian Journal of Public Health*. ISSN 2251-6093. Dostupné z: <https://doi.org/10.18502/ijph.v51i1.8289>. [cit. 2023-10-15].

MINIRTH, Frank; MEIER, Paul; HAWKINS, Don a FLOURNOY, Richard, 2011. *Jak překonat vyhoření: naučte se rozpoznávat, chápat a zvládat stres*. 1. vyd. Praha: Návrat domů. ISBN 978-80-7255-252-8.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, , 2011. Seznam udělených akreditací SV dle NV č.31/2010 Sb. online. In: MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, . *Ministerstvo zdravotnictví České republiky*. 22.03.2024. Dostupné z: https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2023/03/Seznam-udelenych-akreditaci-SV-dle-NV-c.-31_2010-Sb._aktualizace_3.12.2023.xlsx. [cit. 2024-04-10].

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, , 2020. Vzdělávací program specializačního vzdělávání v oboru Všeobecná sestra - Perioperační péče. online. In: *Ministerstvo zdravotnictví České republiky*. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/19099/41057/Vestnik%20MZ_5-2020.pdf. [cit. 2024-04-13].

ODLOŽILÍKOVÁ, Markéta, 2019. *Pracovní zátěž v perioperační péči*. Diplomová práce, vedoucí PhDr. Magda Taliánová, Ph.D. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Dostupné také z: https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/73712/OdlozilikovaM_PracovniZatez_MT_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

- OPÁLKOVÁ, Kateřina, 2021. Skryté rizikové faktory na operačním sále. online. In: *Perioperační sestry: Úsměv, bezpečí, kvalita, spolehlivost*. Brno. Dostupné z: https://www.perioperacni-sestry.cz/content_public/publications/lectures/opalkova_skryte_rizikove_faktory.pdf. [cit. 2023-02-13].
- PAULÍK, Karel (ed.), 2012. *Psychologické aspekty zvládnání zátěže muži a ženami*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 978-80-7368-993-3.
- PAULÍK, Karel, 2017. *Psychologie lidské odolnosti*. 2., přepracované a doplněné vydání. Psyché (Grada). Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5646-2.
- PEŠEK, Roman a PRAŠKO, Ján, 2016. *Syndrom vyhoření: jak se prací a pomáháním druhým nezničit : pohledem kognitivně behaviorální terapie*. Vydání první. Praha: Pasparta. ISBN 978-80-88163-00-8.
- PETROVOVÁ, Markéta, 2017. Zdravotní rizika práce ve zdravotnictví. online. *Florence*. roč. 13, č. 11, s. 28-30. ISSN 2570-4915. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2017/11/zdravotni-rizika-prace-ve-zdravotnictvi/>. [cit. 2023-02-13].
- PLEVOVÁ, Ilona, 2018. *Ošetřovatelství I*. 2., přepracované a doplněné vydání. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0888-6.
- PLEVOVÁ, Ilona; BUŽGOVÁ, Radka; SIKOROVÁ, Lucie; VRUBLOVÁ, Yveta a ZELENÍKOVÁ, Renáta, 2011. *Ošetřovatelství II*. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3558-0.
- POLÁKOVÁ, Ivana, 2016. *Pracovní zátěž u sester v perioperační péči*. Diplomová práce, vedoucí Mgr. Hana Hajduchová, Ph.D. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta. Dostupné také z: https://theses.cz/id/lijven/Diplomova_prace_Polakova.pdf.
- PTÁČEK, Radek; VŇUKOVÁ, Martina a RABOCH, Jiří, 2017. Pracovní stres a duševní zdraví – může práce vést k duševním poruchám?. online. *Časopis lékařů českých*. roč. 156, č. 2, s. 81-87. ISSN 1805-4420. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/319354451_Work-related_stress_and_mental_health_-_Can_work_lead_to_mental_disorders. [cit. 2024-04-16].

RABUŠIC, Ladislav; SOUKUP, Petr a MAREŠ, Petr, 2019. *Statistická analýza sociálněvědních dat (prostřednictvím SPSS)*. 2. přepracované vydání. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-280-0150-6.

RAHMATI, Hashem; SHARIF, Farkhondeh a DAVARPANAH, Mohammad, 2014. Surgeon's satisfaction on the use of invented needle magnet in reducing the risk of sharp injuries in the operating room. online. *Nigerian Medical Journal*. roč. 55, č. 3, s. 220-223. ISSN 0300-1652. Dostupné z: <https://doi.org/10.4103/0300-1652.132044>. [cit. 2023-10-14].

ROUBALOVÁ, Věra a ŽIDKOVÁ, Zdeňka, 2005. Pracovní podmínky a stres. online. *Zdravotnictví a medicína*. roč. 15, č. 5. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanky/pracovni-podminky-a-stres/>. [cit. 2024-04-21].

SAPRE, Kimberly, 2021. Shift work disorder: When and how to shift workers' gears. online. *The Clinical Advisor: For Nurse Practitioners*. roč. 24, č. 6, s. 31-34. ISSN 15247317. Dostupné z: <https://www.proquest.com/docview/2634889144/91707B0C43FD4DACPQ/3?accountid=17239>. [cit. 2023-02-12].

SCHNEIDEROVÁ, Michaela, 2014. *Perioperační péče*. 1. vydání. Sestra (Grada). Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4414-8.

SKRÅMM, Sisilie; SMITH JACOBSEN, Inger a HANSEN, Ingrid, 2021. Communication as a non-technical skill in the operating room: A qualitative study. online. *Nursing Open*. roč. 8, č. 4, s. 1822-1828. ISSN 2054-1058. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/nop2.830>. [cit. 2023-12-03].

SLOVÁČKOVÁ, Renata, 2010. Srovnání práce sestry na lůžkovém oddělení a na operačním sále. online. *Urologie pro praxi*. roč. 11, č. 6, s. 338-339. Dostupné z: https://www.urologiepropraxi.cz/artkey/uro-201006-0014_Srovnani_prace_sestry_na_luzkovem_oddeleni_a_na_operacnim_sale.php. [cit. 2023-02-13].

SMITH, Judith a PALESY, Debra, 2020. Technology stress in perioperative nursing: an ongoing concern. online. *ORNAC Journal*. roč. 38, č. 1, s. 41-51. ISSN 19276141. Dostupné z: <https://www.proquest.com/docview/2382621193/4331B3006AD34E01PQ/9?accountid=17239>. [cit. 2023-02-11].

SREJIC, Elizabeth, 2016. Using Safer Devices, Following Hierarchy of Controls Can Cut Sharps Injuries. online. In: MJH LIFE SCIENCES'. *Infection Control Today*. Dostupné z: <https://www.infectioncontrolday.com/view/using-safer-devices-following-hierarchy-controls-can-cut-sharps-injuries>. [cit. 2023-10-14].

STRINGER, Bernadette; HAINES, Ted a OUDYK, John, 2008. Noisiness in Operating Theatres: Nurses' Perceptions and Potential Difficulty Communicating. online. *Journal of Perioperative Practice*. roč. 18, č. 9, s. 384-391. ISSN 1750-4589. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/175045890801800903>. [cit. 2023-10-19].

Syndrom vyhoření v práci sestry, 2020. online. In: *ProSestru.cz*. Dostupné z: <https://www.prosestru.cz/novinky/syndrom-vyhoreni-v-praci-sestry-123649>. [cit. 2024-01-07].

ŠANDEROVÁ, Jindřiška, 2005. Životospáva sester na operačních sálech. *Sestra*. roč. 15, č. 5, s. 61-63. ISSN 1210-0404.

ŠVÁBOVÁ, Květa; TUČEK, Milan a NAKLÁDALOVÁ, Marie, 2020. *Pracovní lékařství pro všeobecné praktické lékaře*. 2. revidované vydání. Ediční řada pro všeobecné praktické lékaře. Praha: Raabe. ISBN 978-80-7496-457-2.

TALIÁNOVÁ, Magda a SLUKOVÁ, Veronika, 2018. Hodnocení pracovní zátěže u sester pracujících na úseku centrální a přísálové sterilizace. online. *Hygiena*. roč. 63, č. 4, s. 122-128. ISSN 1803-1056. Dostupné z: <https://doi.org/10.21101/hygiena.a1636>. [cit. 2024-04-21].

TØRRING, Birgitte; GITTELL, Jody; LAURSEN, Mogens; RASMUSSEN, Bodil a SØRENSEN, Erik, 2019. Communication and relationship dynamics in surgical teams in the operating room: an ethnographic study. online. *BMC Health Services Research*. roč. 19, č. 1, s. 1-16. ISSN 1472-6963. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4362-0>. [cit. 2022-12-04].

TURNBULL, Daniel a FORAN, Paula, 2021. Prevention is better than cure: Understanding metabolic syndrome (MetS) and the occupational risks for perioperative nurses. online. *Acorn*. roč. 34, č. 3, s. 46-49. ISSN 14487535. Dostupné z: <https://www.proquest.com/docview/2572620928/4933659F610E4D44PQ/11?accountid=17239>. [cit. 2023-02-12].

UGLICKICH, Evženie, 2020. Přednáška 8 – Testy hypotéz více veličin. online. In: AKADEMIE VĚD. *Statistika*. Dostupné z: http://staff.utia.cas.cz/uglickich/pdfka/PrednaskaSTAT8_DISTAN.pdf. [cit. 2024-04-19].

UNIVERZITA PARDUBICE, , 2023. *Fakulta zdravotnických studií: Specializace v ošetrovatelství - Perioperační péče*. online. In: Univerzita Pardubice. Pardubice: Univerzita Pardubice. Dostupné z: <https://studuj.upce.cz/obor/fzs-specializace-v-osetrovatelstvi-perioperacni-pece-kombinovana-cestina>. [cit. 2023-11-15].

VÁGNEROVÁ, Marie M., 2014. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0696-5.

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

VÉVODA, Jiří, 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. 1. Sestra (Grada). Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4732-3.

VÉVODA, Jiří; VÉVODOVÁ, Šárka a NAKLÁDALOVÁ, Marie, 2018. Psychosociální rizika ve zdravotnictví. online. *Časopis lékařů českých*. roč. 157, č. 8, s. 411-418. ISSN 1805-4420. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/331274447_Psychosocialni_rizika_ve_zdravotnictvi. [cit. 2023-10-29].

Vysoké školy: Česku chybí kvalifikovaní zdravotníci, do budoucna hrozí problémy, 2021. online. In: *Vysoká škola ekonomická v Praze: Tiskové zprávy*. Dostupné z: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.vse.cz/tiskove-zpravy/vysoke-skoly-cesku-chybi-kvalifikovani-zdravotnici-do-budoucna-hrozi-problemy/>. [cit. 2024-04-17].

WANG, Yihui; YU, Li; GAO, Yinyan; JIANG, Lili; YUAN, Lin et al., 2021. Association between shift work or long working hours with metabolic syndrome: a systematic review and dose-response meta-analysis of observational studies. online. *Chronobiology International*. roč. 38, č. 3, s. 318-333. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/07420528.2020.1797763>. [cit. 2024-04-16].

WEI, Ling; GUO, Zhenshan; ZHANG, Xue; NIU, Yanbin; WANG, Xiumei et al., 2023. Mental health and job stress of nurses in surgical system: what should we care. online. *BMC Psychiatry*. roč. 23, č. 1, s. 1-6. ISSN 1471-244X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05336-0>. [cit. 2023-12-10].

- WELDON, S-M; KORAKIANGAS, T; BEZEMER, J a KNEEBONE, R, 2013. Communication in the operating theatre. online. *British Journal of Surgery*. roč. 100, č. 13, s. 1677-1688. ISSN 0007-1323. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/bjs.9332>. [cit. 2022-12-04].
- WENDSCHE, Peter; POKORNÁ, Andrea a ŠTEFKOVÁ, Ivana, 2012. *Perioperační ošetrovatelská péče*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-894-0.
- WICHSOVÁ, Jana, 2013. *Sestra a perioperační péče*. 1. vydání. Sestra (Grada). Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3754-6.
- ŽIDKOVÁ, Zdeňka, 2010. Životospráva sálových sester. *Sestra*. roč. 20, č. 2, s. 40-41. ISSN 1210-0404.

11 PŘÍLOHY

Příloha A – <i>Finální verze distribuovaného dotazníku pro výzkum</i>	97
---	----

Dotazník

Vážené perioperační sestry,

mé jméno je Alžběta Vardanová a jsem studentkou magisterského oboru Perioperační péče na Univerzitě Pardubice. Ráda bych Vás tímto požádala o vyplnění dotazníku v rámci mé diplomové práce na téma „Míra psychické zátěže u perioperačních sester“. Dotazník je zcela anonymní a jeho výsledky budou použity pouze pro prezentaci mé diplomové práce.

Dotazník je určen pro sestry zaměstnané na operačních sálech. Podmínkou pro vyplnění dotazníku je tedy práce na pozici perioperační sestry po dobu minimálně jednoho roku. Dotazník se skládá z 10 otázek Meisterova dotazníku, který slouží k vyhodnocení vlivů pracovní činnosti na psychiku pracovníků, a ze 17 doplňujících otázek. U položek Meisterova dotazníku budete mít na výběr z pěti možností a zvolíte odpověď, která bude nejvíce vystihovat vaše pocity: 5 – ano, plně souhlasím; 4 – spíše ano; 3 – nevím, někdy ano, někdy ne; 2 – spíše nesouhlasím; 1 – ne, vůbec nesouhlasím. U doplňujících otázek budete vybírat z několika možností či doplňovat.

Moc Vám děkuji za ochotu a čas strávený vyplňováním dotazníku.

Bc. Alžběta Vardanová

1. Kolik je vám let?
 - a) 18-25 let
 - b) 26-35 let
 - c) 36-45 let
 - d) 46-55 let
 - e) 56-63 let
 - f) 64 a více let

2. Jaká je délka vaší ošetrovatelské praxe v rámci perioperační péče?
 - a) 1-5 let
 - b) 6-10 let
 - c) 11-20 let
 - d) 20 a více let

3. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
- a) Středoškolské
 - b) Vyšší odborné
 - c) Vysokoškolské bakalářské
 - d) Jiné.....
4. Pokud již máte specializaci v oboru Perioperační péče, kde jste ji získal/a?
- a) V rámci specializačního vzdělávání v oboru Perioperační péče
 - b) V rámci magisterského oboru Perioperační péče
 - c) Zatím jsem specializaci nezískal/a
5. Na jaký úvazek na operačních sálech pracujete? (číselné vyjádření)
-
-
6. Na jakých oborech operačních sálů zastáváte pozici perioperační sestry? (chirurgie, ortopedie atd.)
-
-

Meisterův dotazník

Jaké je Vaše pohlaví?

.....

.....

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

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

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

17. Proč jste se rozhodl/a pro práci na operačních sálech? (vyberte jednu nebo více odpovědí)

- a) Specializovanost pracoviště
 - b) Práce v týmu
 - c) Málo kontaktu s pacientem
 - d) Vysoká náročnost
 - e) Jiné.....
-

18. Jste celkově spokojen/a s prací v perioperační péči?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Ne

19. Pokud byste se měl/a znovu rozhodnout pro práci na operačním sále, rozhodl/a byste se stejně?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Ne

20. Uvažujete o změně pracoviště kvůli nadměrné pracovní zátěži?

- a) Neustále
- b) Většinou
- c) Poměrně často
- d) Někdy
- e) Málokdy
- f) Výjimečně
- g) Nikdy

21. Uvažujete o odchodu z profese kvůli nadměrné pracovní zátěži?

- a) Neustále
- b) Většinou
- c) Poměrně často
- d) Někdy
- e) Málokdy
- f) Výjimečně
- g) Nikdy

22. Máte pocit, že se vaše psychická zátěž úměrně zvyšuje s délkou praxe?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Ne

23. Máte pocit, že vás práce dříve více bavila?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Ne

24. Uveďte pozitivní faktor práce na operačních sálech. (vyberte jednu nebo více odpovědí)

- a) Práce v týmu
- b) Kolektiv
- c) Rozmanitost operativy a různorodost chirurgických oborů
- d) Práce mě baví
- e) Vybavení pracoviště
- f) Jiné.....
.....

25. Uveďte negativní faktor práce na operačních sálech. (vyberte jednu nebo více odpovědí)

- a) Fyzická zátěž
- b) Zodpovědnost
- c) Časová tíseň
- d) Nutnost improvizace
- e) Přesčasy
- f) Jiné.....
.....

26. Vyberte příklad situace na operačním sále, kdy se vaše psychická zátěž zvyšuje.

U každé situace označte křížkem na škále 0–5 číslo, které nejvíce vystihuje vaše pocity, kde 0 představuje situaci, která nestresuje a 5 situaci, která stresuje nejvíce.

a) Změny v operačním programu

0	1	2	3	4	5

b) Urgentní výkony

0	1	2	3	4	5

c) Počítání roušek a nástrojů

0	1	2	3	4	5

d) Náročná operativa

0	1	2	3	4	5

e) Vzniklá chyba v perioperačním procesu

0	1	2	3	4	5

f) Nedostatek vybavení či nástrojů

0	1	2	3	4	5

g) Komunikace s kolegy

0	1	2	3	4	5

27. Která role v perioperační péči je pro vás nejvíce stresující?

- a) Role instrumentující sestry
- b) Role cirkulující sestry
- c) Role nástrojové sestry