

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Psychická zátěž v profesi perioperační sestry
Diplomová práce

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2020/2021

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Kateřina Boriková**
Osobní číslo: **Z20329**
Studijní program: **N5345 Specializace ve zdravotnictví**
Studijní obor: **Perioperační péče**
Téma práce: **Psychická zátěž v profesi perioperační sestry**
Téma práce anglicky: **Psychological burden in the profession of perioperative nurse**
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 výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

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

Seznam doporučené literatury:

HLADKÝ, Aleš a ŽIDKOVÁ, Zdeňka, 1999. *Metody hodnocení psychosociální pracovní zátěže: metodická příručka*. Praha: Karolinum. 78 s. ISBN 80-718-4890-5.
VÁGNEROVÁ, Marie, 2014. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. 816 s. ISBN 978-80-262-0696-5.
VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2011. *Sestry v nouzi: Syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3174-2.
WENDSCHE, Peter; POKORNÁ, Andrea a ŠTEFKOVÁ, Ivana, 2012. *Perioperační ošetrovatelská péče*. Praha: Galén. 117 s. ISBN 978-80-7262-894-0.
WICHSOVÁ, Jana; PŘIKRYL, Petr; POKORNÁ, Renata a BITTNEROVÁ, Zuzana, 2013. *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3754-6.

Vedoucí diplomové práce: **doc. Ing. Jana Holá, Ph.D.**
Katedra klinických oborů

Datum zadání diplomové práce: **2. prosince 2020**
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 Psychická zátěž v profesi perioperační sestry jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

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

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 10. 4. 2024

Bc. Kateřina Boriková v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji zejména vedoucí mé závěrečné práce doc. Ing. Janě Holé, Ph.D., za její odbornou pomoc, cenné rady, trpělivé vedení a čas, který mi věnovala při konzultacích. Také bych chtěla velmi poděkovat své rodině za podporu. Poděkování patří rovněž všem respondentům za ochotu podílet se na průzkumu pro tuto diplomovou práci.

ANOTACE

Diplomová práce je zaměřena na problematiku týkající se psychické zátěže v povolání perioperační sestry. Cílem této diplomové práce je zmapovat ve zkoumaném souboru perioperačních sester v praxi míru jejich profesního psychického zatížení.

Diplomová práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část.

V teoretické části je popsána profese, role, kompetence a vzdělávání perioperačních sester. Teoretická část je také orientována na problematiku psychické zátěže a techniky k jejímu zvládnutí. V neposlední řadě je věnována pozornost rovněž syndromu vyhoření a jeho prevenci.

V empirické části jsou prezentovány výsledky průzkumného šetření, které bylo prováděno kvantitativní formou pomocí dotazníkového šetření. K orientačnímu vyšetření psychické zátěže při práci byl použit Meisterův dotazník. Získaná data jsou demonstrována pro přehlednost zejména pomocí tabulek.

KLÍČOVÁ SLOVA

Perioperační péče, sestra, psychická zátěž, syndrom vyhoření, Meisterův dotazník

TITLE

Psychological burden in the profession of perioperative nurse

ANNOTATION

The diploma thesis is focused on the issue of psychological burden in the profession of perioperative nurse. The aim of this diploma thesis is to map the level of professional psychological burden in the surveyed sample of perioperative nurses in practice.

The diploma thesis is divided into a theoretical and an empirical part.

The theoretical part describes the profession, role, competence and education of perioperative nurses. The theoretical part is also oriented towards the issue of psychological burden and techniques for managing it. Last, but not least, attention is also paid to the burnout syndrome and its prevention.

The empirical part contains the results of a survey that was carried out in a quantitative form using a questionnaire survey. Meister's questionnaire was used for an indicative examination of psychological burden at work. The obtained data are demonstrated for clarity mainly by means of tables.

KEY WORDS

Perioperative care, nurse, psychological burden, burnout syndrome, Meister's questionnaire

OBSAH

ÚVOD.....	12
1 CÍL A METODY DIPLOMOVÉ PRÁCE.....	14
1.1 Cíl diplomové práce.....	14
1.2 Metody k dosažení cíle.....	14
2 PROFESE PERIOPERAČNÍ SESTRY.....	15
2.1 Role sestry v perioperační péči.....	16
2.2 Kompetence perioperační sestry.....	19
2.3 Vzdělávání perioperačních sester.....	21
3 PSYCHICKÁ ZÁTĚŽ.....	25
3.1 Problematika psychické zátěže v profesi perioperační sestry.....	25
3.2 Techniky zvládnutí psychické zátěže.....	29
3.3 Syndrom vyhoření a jeho prevence.....	32
3.3.1 Monitorování psychické zátěže a vzniku ohrožení syndromem vyhoření.....	35
4 MĚŘENÍ PSYCHICKÉ ZÁTĚŽE PERIOPERAČNÍCH SESTER NA VYBRANÉM PRACOVIŠTI.....	39
4.1 Sběr dat.....	40
4.2 Popis průzkumného vzorku.....	40
4.3 Analýza dat.....	41
4.4 Shrnutí výsledků.....	47
5 DISKUZE.....	49
6 ZÁVĚR.....	53
7 LITERATURA.....	55
8 PŘÍLOHY.....	62

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1	Krabicový graf – vyhodnocení zátěžových faktorů.....	43
Obrázek 2	Bodový graf – korelace mezi otázkou č. 4 a faktorem II monotonie.....	46
Tabulka 1	Vyhodnocování Meisterova dotazníku podle faktorů pracovní zátěže	36
Tabulka 2	Vyhodnocování Meisterova dotazníku podle jednotlivých otázek.....	36
Tabulka 3	První model klasifikace zátěže.....	37
Tabulka 4	Druhý model klasifikace zátěže.....	37
Tabulka 5	Třetí model klasifikace zátěže.....	37
Tabulka 6	Členění podle věku.....	40
Tabulka 7	Délka praxe.....	41
Tabulka 8	Popisná statistika – vyhodnocení otázek 1 – 10 - Meisterova dotazníku....	41
Tabulka 9	Popisná statistika – vyhodnocení zátěžových faktorů.....	42
Tabulka 10	Tabulka četností – hrubý skór - kritická hodnota.....	44
Tabulka 11	Korelační matice – znázornění vztahu mezi všemi otázkami Meisterova dotazníku, faktory přetížení a hrubým skórem.....	45
Tabulka 12	Pearsonův chí-kvadrát – souvislost mezi délkou praxe a subjektivním hodnocením psychické zátěže.....	47
Tabulka 13	Kontingenční tabulka – vztah mezi délkou praxe a zátěžovou tendencí....	47
Tabulka 14	Tabulka četností – Otázka 1 Při práci mívám často pocit časového tlaku.....	64
Tabulka 15	Tabulka četností – Otázka 2 Práce mě neuspokojuje, chodím do ní nerad/a.....	64
Tabulka 16	Tabulka četností – Otázka 3 Práce mě velmi psychicky zatěžuje pro vysokou zodpovědnost, spojenou se závažnými důsledky	65
Tabulka 17	Tabulka četností – Otázka 4 Práce je málo zajímavá, duševně je spíše otupující.....	65
Tabulka 18	Tabulka četností – Otázka 5 V práci mám časté konflikty a problémy, od nichž se nemohu odpoutat ani po skončení pracovní doby	66
Tabulka 19	Tabulka četností – Otázka 6 Při práci udržuji jen s námahou pozornost, protože se po dlouhou dobu nic nového neděje.....	66
Tabulka 20	Tabulka četností – Otázka 7 Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím nervozitu a rozechvělost	67
Tabulka 21	Tabulka četností – Otázka 8 Po několika hodinách mám práce natolik	

	dost, že bych chtěl/a dělat něco jiného	67
Tabulka 22	Tabulka četností – Otázka 9 Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím únavu a ochablost.....	68
Tabulka 23	Tabulka četností – Otázka 10 Práce je psychicky tak náročná, že ji nelze dělat po léta se stejnou výkonností.....	68
Tabulka 24	Tabulka četností – klasifikace zátěže faktor I – přetížení.....	69
Tabulka 25	Tabulka četností – klasifikace zátěže faktor II – monotonie.....	69
Tabulka 26	Tabulka četností – klasifikace zátěže faktor III – nespecifický faktor.....	70
Tabulka 27	Tabulka četností – hrubý skór.....	70

SEZNAM ZKRATEK

atd.	A tak dále
BM	Burnout Measure
č.	Číslo
EORNA	Evropská asociace sálových sester
F I	Faktor I přetížení
F II	Faktor II monotonie
F III	Faktor III nespecifický faktor
HS	Hrubý skór
MBI	Maslach Burnout Inventory
NCO NZO	Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
s.	Strana
SPIS	Systém psychosociální intervenční služby
tj.	To je

ÚVOD

Diplomová práce je zaměřena na problematiku psychické zátěže v profesi perioperační sestry. Sestra v perioperační péči poskytuje vysoko specializovanou ošetrovatelskou péči. Pracuje ve specifickém prostředí operačních sálů, které vytváří zcela výjimečnou atmosféru. Její práce je dynamická, osobitá a mnohdy ji při vypjatých situacích proudí v žilách adrenalin. Denně se setkává s různými osudy pacientů, při kterých nesmí zapomínat na empatii a lidský přístup. Podstatné je však zachování profesionality za každých okolností. Pokora, sebekontrola a zvládání svých emocí jsou osobnostní předpoklady, které lze považovat v tomto oboru za zásadní. Vnímání této profese je v dnešní společnosti velmi ovlivněno zejména seriály ze zdravotnického prostředí. Perioperační sestra není jen sterilně oblečená instrumentářka, která čeká na výzvu operátora, aby mu podala skalpel. Zastává nejen roli instrumentářky, ale také obíhající a na některých pracovištích i nástrojové sestry a její kompetence sahají mnohem dál. Permanentní vzdělávání, přizpůsobování se novým trendům v medicíně, znalost moderního přístrojového a materiálového vybavení a operačních postupů je klíčové pro kvalitní vykonávání její profese. Sestra pracující na operačním sále musí dosáhnout minimálně způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry. Pro získání vyšších kompetencí a možnosti pracovat bez odborného dohledu je potřeba absolvovat specializační vzdělávání v oboru perioperační péče.

Psychická zátěž a syndrom vyhoření jsou v současnosti velmi diskutovanými jevy, zejména v oblasti poskytování zdravotní péče. K těmto fenoménům přispívá rychlé pracovní tempo, nedostatek kvalifikovaného zdravotnického personálu a skutečnost, že zdravotnický pracovník je každý den vystavován emočně náročným situacím. Svou roli zde sehrává i utrpení pacientů, se kterým nemusí být vždy lehké se vyrovnat. Samotný charakter práce perioperační sestry je velmi zatěžující nejen ve fyzické, ale zejména v psychické rovině. Dlouhodobé přetěžování může mít za následek trvalejší poruchy v oblasti mentálního i fyzického zdraví. Mezinárodní organizace pro normalizaci definuje psychickou zátěž jako soubor všech vlivů, které doléhají na jedince zvenčí a působí na jeho psychiku (ISO, 2017).

Teoretická část je věnována charakteristice samotné perioperační sestry. Definována je její profesní role v praxi, kompetence a cesta ke vzdělání pro výkon tohoto povolání. Orientuje se také na problematiku psychické zátěže a syndromu vyhoření. V závěru teoretické části jsou rozebrány techniky zvládání psychické zátěže a nástroje k jejímu měření. Pozornost je věnována rovněž prevenci syndromu vyhoření.

Průzkumným cílem práce je zmapovat, v záměrně vybraném vzorku perioperačních sester v praxi, míru jejich profesního psychického zatížení. Pro větší zajímavost byly položeny čtyři průzkumné otázky. V empirické části je popsána analýza získaných dat, interpretace výsledků a jejich přehledné zobrazení v tabulkách. V závěru průzkumné části jsou zodpovězeny průzkumné otázky.

1 CÍL A METODY DIPLOMOVÉ PRÁCE

1.1 Cíl diplomové práce

Cílem průzkumné části diplomové práce je zmapovat ve zkoumaném souboru perioperačních sester v praxi míru jejich profesního psychického zatížení.

1.2 Metody k dosažení cíle

Teoretická část diplomové práce vychází z odborné literatury, legislativy a periodik. Zabývá se tématem profese perioperační sestry, popisuje její roli a cestu k dosažení potřebného vzdělání. Rovněž vymezuje problematiku psychické zátěže společně s faktory ovlivňujícími subjektivní vnímání psychické zátěže u perioperačních sester.

Průzkumná část je stavěna na základě kvantitativní metody průzkumu formou dotazníkového šetření na osloveném vzorku perioperačních sester. Jako nástroj pro sběr dat byl aplikován standardizovaný Meisterův dotazník, který slouží k orientačnímu prozkoumání psychické zátěže při vykonávání pracovní činnosti. Získaná data jsou zpracována formou statistické analýzy.

2 PROFESE PERIOPERAČNÍ SESTRY

„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)

Perioperační sestra je registrovaná všeobecná sestra zpravidla se získanou specializací zabezpečující činnosti, které souvisí s provozem operačního sálu. Mimo samotného instrumentování, přípravy materiálu a nástrojů k operaci či vedení dokumentace, také pečuje o inventář sálů, usměrňuje a kontroluje úklid v prostorách operačního traktu a plnění úkolů jiných nelékařských zdravotnických pracovníků, jako jsou sanitáři a ošetřovatelé (Wendsche et al., 2012, s. 9, 15). Nutností je znalost anatomie, nástrojového i přístrojového vybavení, implantátů, šicího materiálu, dezinfekce atd. (Blažejová, Říhová, 2022). Svou profesi vykonává v rozsahu svých kompetencí na základě Vyhlášky č. 55/2011 Sb., která byla novelizována Vyhláškou č. 158/2022 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. (Česko, 2022).

V současnosti se mění renomé profese perioperačních sester. Jejich cílem je stát se inteligentní, asertivní, logicky smýšlející, progresivní a sofistikovanou sestrou profesionálkou a usilovat o neustále vyšší kvalitu poskytované péče (Cabanová, Rapčíková, 2016, s. 206, 207).

Termín **perioperační** vychází z řecké předpony „peri“, která znamená kolem nebo okolo. Perioperační období se dělí na tři na sebe navazující fáze:

- Předoperační příprava, která probíhá na oddělení a liší se podle charakteru operačního výkonu. Končí transportem pacienta z oddělení na překladiště pacientů operačních sálů.
- Intraoperační fáze zahrnuje přeložení pacienta na operační stůl s důslednou identifikační kontrolou, nasazení pokrývky hlavy a následné převezení na konkrétní operační sál, kde se chopí péče o pacienta anesteziologický a chirurgický tým. Tato fáze končí samotným operačním výkonem a předáním pacienta na dospávací pokoj, jednotku intenzivní péče, jednotku intermediální péče, anesteziologicko-resuscitační oddělení nebo standardní lůžkové oddělení.
- Pooperační fáze je zahájena přijetím pacienta na příslušné oddělení. (Kudrličková et al., 2014, s. 235- 237).

2.1 Role sestry v perioperační péči

„Úkol instrumentárek není jen podávání nástrojů při operačním zákroku. Mají podíl na snaze operačního týmu a přímo se zúčastňují chirurgické práce. Instrumentování se není možné naučit z učebnic, neboť je hlavně otázkou nácviku a zkušeností. Je ale možné dát určité všeobecné rady a pokyny, které mohou instrumentárce učení usnadnit, zkrátit a které jsou třeba i oporou pro zkušené instrumentárky.“ (Niederle, 1986, s. 71)

Perioperační sestry jsou nedílnou součástí operačního týmu. Ten tvoří:

- operatér
- jeden až tři asistenti
- instrumentárka
- obíhající sestra
- sálový sanitář
- anesteziolog
- anesteziologická sestra
- další specialisté (Janíková, 2013, s. 40).

Personální zabezpečení zdravotní péče na operačním sále při výkonech v celkové nebo regionální anestezii, analgosedaci nebo monitorované anesteziologické péči stanovuje Vyhláška č. 99/2012 Sb. o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb v příloze č. 2/4 (Česko, 2012). Práce na operačním sále je týmová a každý člen týmu v něm zaujímá nenahraditelné místo. Podle Wendscheho (2012, s. 9) je výsledek operace společným dílem nejen operátora, ale také všech členů operačního týmu.

Blažejová (2022) uvádí, že ráno se všechny perioperační sestry seznámí s operačním programem daného dne a zjistí, jakou funkci budou zastávat a podle toho se připraví. Říhová (2022) doplňuje, že se v týmu funkce perioperačních sester obměňují, aby se pro střídaly v jednotlivých činnostech. Střídají se jako sestra instrumentárka, obíhající, nebo nástrojová. Pokud je operační výkon dlouhý či náročný, funkce se mohou měnit nejen v průběhu dne, ale také v rámci jednoho výkonu. Škála činností, které perioperační sestra vykonává je velmi obsáhlá a stereotyp nebo nuda nejsou v této profesi na místě.

Instrumentující sestra nepodává pouze nástroje, ale je zodpovědná za mnoho jiných pracovních úkonů v průběhu operace (Janíková, 2013, s. 40). Instrumentárka zajišťuje přípravu materiálu a nástrojů, připravuje sterilní stolky, podílí se na rouškování pacienta

a obléká chirurga a asistenty k operaci. Chirurgické nástroje při samotném operačním výkonu podává a odebírá včas, musí detailně znát postup operace a specifické zvyklosti členů operačního týmu (Ihnát, 2017, s. 35). Bedlivě sleduje celý operační výkon, dívá se do operační rány a pružně reaguje dle situace. Sestra instrumentárium do rukou chirurga podává vždy funkční, čisté, suché, chladné a v správné poloze k použití tak, aby ho již nemusel obracet. U septických operačních výkonů dbá na rozdělení a vyřazení nástrojů, které byly použity v nečisté fázi výkonu, a odkládá je na instrumentační stůl samostatně. Instrumentářka klade velký důraz na početnou kontrolu chirurgických nástrojů a mulového materiálu před začátkem, v průběhu a po skončení operačního výkonu. Úkolem instrumentující sestry je též řádná příprava na operační výkon, na který se bude mýt. Proto by měla, ideálně večer před následujícím dnem znát, u jakých operací bude instrumentovat (Wendsche et al., 2012, s. 86).

Obíhající sestra je spojkou mezi operačním týmem a okolím (Janíková, 2013, s. 40). Zařizuje telefonicky konzilia, dodává sterilní pomůcky a nástroje, přebírá od instrumentující sestry biologický materiál a označuje ho, kontroluje sterilitu. Mezi její hlavní úlohy patří také přikládání neutrální elektrody, obsluha přístrojů, vedení ošetřovatelské dokumentace, či polohování pacienta společně se sálovým sanitářem (Wichsová, 2013, s. 58).

Nástrojová nebo sterilizační sestra působí na úseku sterilizace. Zajišťuje předsterilizační přípravu nástrojů a všeho zdravotnického materiálu. Dodržuje standardy správného ukládání sterilního materiálu do transportních skříní a obalů. Při manipulaci s instrumentáriem dodržuje pravidla asepse (Taliánová, 2015, s. 100). Kontroluje žádanky a řeší nesoulad s dodaným materiálem, typ sterilizace na žádankách a čistotu dodaného materiálu. Obsluhuje mycí automaty, setuje materiál, stanovuje vhodný typ sterilizace a sterilizačního obalového materiálu, vykonává testování sterilizátorů a vede dokumentaci sterilizačních procesů. Je také zodpovědná za správné označení vysterilizovaného materiálu datem expirace, kontroluje celistvost obalového materiálu a celý sterilizační proces. V případě, že operační sály disponují přísálovou sterilizací, je na tuto funkci vyhrazena sestra, která organizuje činnosti související s dekontaminací, předsterilizační přípravou a samotnou sterilizací materiálu (Wichsová, 2013, s. 141- 143).

Sestra pracující na operačním sále se podřizuje zásadám práce v aseptickém prostředí a dodržuje mnoho hygienických opatření. Tímto konáním je možné kladně ovlivnit množství infekcí operačních ran. Zásady hygieny je nutné respektovat nejen na samotném operačním sále, ale také v celém prostoru operačního traktu, vstupních filtrech a na denních či

úklidových místnostech (Janíková, 2013, s. 40). Do ochranné zóny prochází sestra a rovněž všechny osoby vstupující do traktu operačních sálů přes filtr. Je nutné odložit nemocniční uniformu, obuv, hodinky, šperky a provést hygienu rukou (Pokorná, 2013, s. 11, 16). Následně je třeba se obléct do sálového oblečení, obout sálovou obuv, která musí být antistatická, dobře omyvatelná a krýt prsty nohou a nasadit si čepici a operační ústenku. Čepice musí dokonale zahalit všechny vlasy, ústenka zakrývat ústa i nos a pevně kolem něj přiléhat, aby chránila operační ránu a tedy samotného pacienta před kontaminací bakteriemi z vydechaného vzduchu členů operačního týmu. Je nezbytné dodržovat před chirurgickým mytím úpravu nehtů, jenž je potřeba udržovat čisté, nenalakované a krátce zastřižené (Ihnát, 2017, s. 35).

Perioperační sestra musí ovládat organizační strukturu operačních sálů a dobře se v ní orientovat. **Organizační struktura operačních sálů** se dělí na oborové operační sály a centrální operační sály:

- Oborový operační trakt řídí přednosta nebo primář konkrétního oddělení či kliniky, který má v kompetenci určit vedoucího lékaře oborového operačního traktu. Perioperační sestry, sanitáře a nižší zdravotnický personál řídí staniční sestra a jejím nadřízeným je vrchní sestra dané kliniky či oddělení (Schneiderová, 2014, s. 54). Jako výhody tohoto modelu operačního sálu lze považovat užší kontakty mezi zaměstnanci, dobré znalosti týkající se vybavení a uspořádání prostor sálů, předpoklad včasného odhalení problému a jeho neodkladné vyřešení. Každý z pracovníků má přesně vymezené kompetence a můžeme předpokládat také šetrnější hospodaření s vybavením pracoviště. Nevýhodou mohou být vyšší pořizovací náklady na přístrojové vybavení, riziko přeexspirování zásob nákladného materiálu, který se nevyužívá pravidelně.
- Centrální operační sály jsou samostatný komplement zajišťující provoz více operačních sálů a chirurgických oborů. Tyto obory jsou segmentovány do úseků a každý z nich má svou staniční sestru (Wichsová 2013, s. 35). Centrální operační komplex řídí jeden primář a jedna vrchní sestra, která určuje úsekové staniční sestry (Schneiderová, 2014, s. 54). Členění operačního traktu je závazné pro oborové i centrální operační sály. Všechna opatření se dodržují se záměrem minimalizovat přenos infekce do prostor operačního traktu z vnějšího prostředí. Z toho důvodu nelze akceptovat křížení cest přísunových a odsunových. Čistý a sterilní materiál je nutné převážet jinou cestou, než použité prádlo a nástroje (Schneiderová, 2014, s. 31).

Rozdělení operačních sálů na superseptický, aseptický, mezoseptický a septický je dokonalým a pokrokovým řešením ve vztahu k ekonomice, organizaci práce a protiepidemickému režimu. V nemocnicích, kde není prostor pro více operačních sálů, je nezbytné operační postupy organizačně rozčlenit na čisté a nečisté (Pokorná, 2013, s. 11).

Vyhláška č. 92/2012 Sb. o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče stanovuje v příloze č. 4/22 prostorové podmínky operačních sálů ve zdravotnickém zařízení, příloha č. 4/23 vymezuje požadavky pro potřebné vybavení operačního sálu (Česko, 2012).

2.2 Kompetence perioperační sestry

Problematika kompetencí v ošetrovatelství je základním aspektem pro bezpečné vykonávání klinické praxe. Kompetence je charakterizována jako seskupení dovedností, postojů, schopností, znalostí a hodnot, které se podílejí na efektivním výkonu. Posuzování klinických kompetencí je tedy zásadní pro identifikaci okruhů, které vyžadují další rozvoj a vzdělávání (Gillespie et al., 2018). O odborné způsobilosti, jako základu kompetencí všeobecných sester specialistek, hovoří § 54 Činnosti všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí ve vyhlášce č. 55/2011 Sb.

„Všeobecná sestra uvedená v § 55 až 67 a po získání specializované způsobilosti vykonává činnosti podle § 4 a dále bez odborného dohledu a bez indikace poskytuje a organizuje ošetrovatelskou péči, včetně vysoce specializované ošetrovatelské péče v oboru specializace, případně zaměření.“ (Česko, 2011)

V souladu s tím, je všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí pro perioperační péči kompetentní dle §56 Vyhlášky 55/2011 Sb. (Česko, 2011) vykonávat bez odborného dohledu a bez indikace:

- přípravu instrumentária, zdravotnických prostředků a jiného potřebného materiálu a pomůcek před, v průběhu a po operačním výkonu,
- provádění specializovaných sterilizačních a dezinfekčních postupů,
- zajišťování manipulace s operačním stolem, přístroji a tlakovými nádobami,
- provádění antiseptiky operačního pole,

- provádění, ve spolupráci s lékařem-operatérem před začátkem a ukončením operačního výkonu, početní kontroly instrumentária, mulového materiálu, zajišťování připravenosti pracoviště ke standardním i speciálním operačním výkonům,
- rouškování operačního pole,
- instrumentování při operačních výkonech.

Dále může sestra pro perioperační péči vykonávat bez odborného dohledu na základě indikace lékaře zejména:

- zajišťování polohy a fixaci pacienta na operačním stole před, v průběhu a po operačním výkonu, včetně prevence komplikací způsobených imobilizací,
- asistenci u méně náročných výkonů (Česko, 2011).

Evropská asociace sálových sester (EORNA) definuje perioperační sestry jako osoby, které se staly odbornicemi v jednom nebo více oborech perioperační ošetrovatelské péče. EORNA (a, 2019, s. 2 – 4) podtrhuje pět klíčových kompetencí pro perioperační sestru:

- Doména odborné, etické a právní praxe – perioperační sestra analyzuje, rozumí a dělá profesionální klinický úsudek, prosazuje etické postupy a zachovává úctu k pacientovi.
- Doména ošetrovatelské péče a perioperační praxe – perioperační sestra poskytuje kvalitní ošetrovatelskou péči s holistickým a individuálním přístupem k pacientům v souladu s příslušnou legislativou, zásadami a standardy.
- Doména interpersonálních vztahů a komunikace – perioperační sestra efektivně komunikuje s pacientem, rodinou, multidisciplinárním týmem a kooperujícími odděleními.
- Doména organizační, manažerské a vůdčí schopnosti – perioperační sestra vede a řídí skupinu ostatních odborníků s respektem k subsystému, cílům organizace a výsledkům jejich aktivit.
- Doména vzdělávání, výzkumu a profesního rozvoje – perioperační sestra se věnuje vzdělávání a osobnímu rozvoji za účelem budování svého profesního portfolia, osobnostně se rozvíjí a udržuje znalosti a dovednosti požadované pro neustálé se vyvíjející specializaci. Provádí nebo pomáhá s výzkumem perioperačního ošetrovatelství.

Podle EORNA (b, 2019, s. 13, 14) se role perioperační sestry dělí na sestru instrumentářku, obíhající sestru a v některých zemích zastávají perioperační sestry také roli asistentky chirurga či anesteziologické sestry.

2.3 Vzdělávání perioperačních sester

Práce sestry a poskytování zdravotní péče je zařazeno mezi regulované činnosti. Právní nařízení vymezují kým, kde a za jakých podmínek je tato činnost vykonávána (Prošková, 2013, s. 104). Výkon nelékařského zdravotnického povolání závisí na zákoně č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění pozdějších předpisů. Tento zákon hovoří o způsobu získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání a také o výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotnické péče (Česko, 2008). Vzdělávání sester navazuje na Vyhlášku č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (Česko, 2011).

Podmínky nezbytné k **získání odborné způsobilosti k výkonu povolání všeobecné sestry** se od roku 2017 změnilo. Dnem 1. 9. 2017 nabyl účinnosti zákon č. 201/2017 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů, kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb. (Česko, 2017). Tato novela zákona přinesla mnoho změn týkajících se také dosažení kvalifikace k výkonu povolání všeobecné sestry:

- Titul Bc.: Po dosažení maturitního vzdělání v jakémkoli oboru následuje po úspěšném splnění všech podmínek přijímacího řízení nejméně tříleté akreditované studium v zdravotnickém oboru pro přípravu všeobecných sester. Po ukončení bakalářského studia je možné pokračovat v navazujícím magisterském studiu.
- Titul DiS.: Po dosažení maturitního vzdělání v jakémkoli oboru a splnění podmínek přijímacího řízení lze studovat nejméně tříleté studium v oboru diplomovaná všeobecná sestra. Toto studium probíhá na vyšších odborných zdravotnických školách.
- Titul DiS. Studium 4+1: S dosaženou kvalifikací praktické sestry, dětské sestry, zdravotnického záchranáře nebo porodní asistentky lze po úspěšném absolvování přijímací zkoušky studovat nejméně jeden rok obor diplomovaná všeobecná sestra na vyšší odborné škole.

Kvalifikace všeobecných sester, které vystudovaly v období dřívějších předpisů, které dnes již neexistují, zůstává validní. Dle Havelkové (2017, s. 30, 31) se vztahuje na sestry, které vystudovaly:

- Obor všeobecná sestra na střední zdravotnické škole a studium prvního ročníku bylo zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004.
- Tříleté studium v oboru diplomovaná dětská sestra, diplomovaná sestra pro psychiatrii na vyšší odborné zdravotnické škole. Podmínkou je zahájení studia prvního ročníku nejpozději ve školním roce 2003/2004.
- Obor zdravotní sestra, dětská sestra, sestra pro psychiatrii, sestra pro intenzivní péči, ženská sestra nebo porodní asistentka na střední zdravotnické škole. Studium prvního ročníku muselo být zahájeno nejpozději ve školním roce 1996/1997.
- Tříleté studium v oboru diplomovaná porodní asistentka na vyšší odborné škole, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004.
- Vysokoškolské studium ve studijních programech a oborech psychologie - péče o nemocné, pedagogika – ošetřovatelství, péče o nemocné, péče o nemocné nebo učitelství odborných předmětů pro střední zdravotnické školy. Studium prvního ročníku nemohlo být zahájeno později, než v akademickém roce 2003/2004.

Novelou zákona o nelékařských zdravotnických povoláních byl zrušen kreditní systém, ale povinnost celoživotního vzdělávání nadále platí. Tato povinnost je zakotvena ve Směrnici Evropského parlamentu a Rady 2005/36/ES o uznávání odborných kvalifikací v čl. 22 písm. b). Každý poskytovatel zdravotních služeb je povinen zabezpečit strukturu a řízení celoživotního vzdělávání osobám, které již ukončily vzdělávání. Cílem je držet krok s vývojem v konkrétním povolání pro jeho bezpečné a spolehlivé vykonávání (Evropský parlament a Rada Evropské unie, 2005). Celoživotní vzdělávání a absolvování aktuálních kurzů je úlohou každé sestry. Přednášky, stáže, studium publikací a zúčastňování se na certifikovaných kurzech musí být akceptováno perioperačními sestrami po absolvování specializačního vzdělávání v perioperační péči. Při zavádění pokrokových metod nebo operačních postupů bývají školení realizována především na pracovišti (Kordulová, 2017, s. 26 - 28).

Specializační vzdělávání v oboru perioperační péče má své začátky v padesátých letech minulého století. Kordulová při studiu historických pramenů našla první zmínku o vzdělání sestry instrumentářky v publikaci z roku 1954 vydanou prof. MUDr. Bohuslavem Niederlem.

V roce 1956 následovalo další vydání. Později se organizovalo specializované vzdělávání ve školách pro sestry pro získání specializace v určitých úsecích např. právě instrumentářky na operačním sále. V 60. letech vykonávala sestra mimo své vysoce specializované činnosti v perioperační fázi také asistenci při podávání anestezie, přípravu mulového materiálu nebo úklid po skončení operačního výkonu a mnoho dalších pracovních úkolů. Ke změně náplně práce sálové sestry došlo po vydání Zákona č. 20/1966 Sb., o péči zdraví lidu. Hlavní změnou bylo předání kompetence asistování při podávání anestezie anesteziologické sestře. Současnou perioperační sestru lze zařadit v rozsahu erudovanosti na úroveň kategorie s nejvyššími požadavky (Kordulová, 2016, s. 240 – 242).

„Cílem specializačního vzdělávání v oboru Perioperační péče je získání specializované způsobilosti s označením odbornosti Všeobecná sestra pro perioperační péči, a to osvojením si potřebných teoretických znalostí, praktických dovedností, návyků týmové spolupráce i schopnosti samostatného rozhodování pro činnosti stanovené platnou legislativou.“ (Česko, 2020, s. 2)

V minulosti byly na operační sál začleněny sestry po několikaletých praktických zkušenostech v lůžkové péči. Místo na operačním sále bylo atraktivní pro sestry s touhou se rozvíjet a prohlubovat si vzdělání. Z důvodu nedostatku sester dochází k situacím, že se na operačním sále objeví absolventky. Mnohdy je nutné, aby pracovaly pod odborným dohledem, a jejich adaptace si žádá naprosto odlišný systém, než tomu bývalo u sester s mnoholetou praxí (Wischsová, 2013, s. 47).

V současné době je podmínkou pro zařazení do specializačního vzdělávání získání odborné způsobilosti v oboru všeobecná sestra. Nařízení vlády č. 164/2018 Sb. vymezuje specializační obory a mění nařízení vlády č. 31/2010 Sb. o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí. Vzdělávací program realizuje akreditované zařízení v celkovém rozsahu 560 hodin teoretické a praktické výuky. Minimálně 50 % celkového počtu hodin tvoří praktické vzdělávání, nevyjímaje odbornou praxi na pracovišti akreditovaných, ale také neakreditovaných zařízení.

Vzdělávací program je sestaven z modulů, kdy je uzavření každého modulu ukončeno hodnocením získaných výsledků vzdělávání. Ideální časové rozmezí specializačního vzdělávání je 18 až 24 měsíců. Tuto dobu lze zkrátit nebo prodloužit při zachování počtu hodin a kvality vzdělávání. Část výuky lze absolvovat také distanční formou studia. Záznamy

o průběhu studia, odborné praxe, omluvené absence a také plnění předepsaných výkonů jsou evidovány do studijního průkazu školitelem akreditovaného zařízení (Česko, 2020, s. 2).

Získání specializované způsobilosti všeobecné sestry v oboru perioperační péče je získáno úspěšným složením atestační zkoušky před oborovou komisí akreditovanou Ministerstvem zdravotnictví. Zkouška pozůstává z teoretické a praktické části a uskutečňuje se obvykle v ten samý den tak, aby praktická část proběhla dříve než část teoretická (Wichsová, 2013, s. 44).

Vzdělávací program specializačního vzdělávání v oboru Všeobecná sestra – Perioperační péče nabízí Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCO NZO Brno, 2024) na Katedře anesteziologie, resuscitace, intenzivní a perioperační péče. Cílem studia je získání specializované způsobilosti s označením specialisty Sestra pro perioperační péči.

Úplné vysokoškolské vzdělání se specializovanou způsobilostí poskytuje Univerzita Pardubice na Fakultě zdravotnických studií. Nabízí unikátní studijní program Specializace v ošetrovatelství – Perioperační péče. Studium navazujícího magisterského studia probíhá v kombinované formě, standardní doba vzdělávání je 2 roky. Student po úspěšném absolvování studia získá titul magistr a specializovanou způsobilost, stává se Všeobecnou sestrou pro perioperační péči (Univerzita Pardubice, 2024).

3 PSYCHICKÁ ZÁTĚŽ

Problematika psychické zátěže sester pracujících na operačním sále je, z pohledu ošetrovatelství, velmi poutavá. Podle Litvínové a Poliakové (2014, s. A6) mohou faktory pracovního prostředí zásadním způsobem ovlivnit vznik zátěže u sester. V minulosti se používal termín neuropsychická zátěž, kterým se poukazovalo na souvislost mezi psychickými a nervovými ději. V literatuře bývá také využíván pojem technostres, jako jistý protiklad psychosociálního stresu. Představuje obavy a strach z technických prostředků pramenící z komplikovaného ovládní technického vybavení nebo z potenciálních nežádoucích vlivů na lidský organismus (Hladký, Židková, 1999, s. 8).

Pracoviště se zvýšeným výskytem psychické zátěže se řídí Vyhláškou č. 107/2013 Sb., kterou se mění vyhláška č. 432/2003 Sb., kterou se stanoví podmínky pro zařazování prací do kategorií, limitní hodnoty ukazatelů biologických expozičních testů, podmínky odběru biologického materiálu pro provádění biologických expozičních testů a náležitosti hlášení prací s azbestem a biologickými činiteli (Česko, 2013) a Nařízením vlády 467/2020 Sb., kterým se mění nařízení vlády č. 631/2007 Sb., kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví při práci (Česko, 2020).

3.1 Problematika psychické zátěže v profesi perioperační sestry

Psychickou zátěž je možné vnímat jako významný rizikový faktor v práci sestry. Lze ji definovat jako proces psychického zpracování a vyrovnání se s nároky pracovního a životního klimatu. Dlouhodobé působení psychické zátěže může vést k poruchám zdraví v oblasti mentálního zdraví či psychosomatiky (Vévoda et al., 2013, s. 88). Termín zátěž představuje obecný pojem označující libovolné požadavky, které lze snadno zdolat. V dané situaci je důležité nalezení míry rovnováhy a patřičnosti a také vlastností, kterými je jedinec obdařen pro zvládnutí okolností. Stres vyplývá z nepřiměřené zátěže. Je obecně chápán jako stav, kdy je osoba vystavena obtížné situaci se kterou je náročné se vyrovnat. Člověk zažívá pocity frustrace, je šokován, otřesen, zápasí s problémy. Důsledky těchto situací bývají z fyziologického hlediska zpravidla záporné. Naopak na psychiku mohou působit kladně ve smyslu osobního zocelení, utužení a nabytí zkušenosti.

„Ve stručnosti lze tedy definovat obecně zátěž jako vyrovnávání se s požadavky, kladenými na jedince, vyplývajícími ze vztahu mezi jejich náročností a vlastnostmi, jimiž je jednotlivcec

k jejich zvládnání vybaven. Stres je mezním případem zátěže, kdy se požadavky dotýkají či překračují možnosti člověka je zvládnout.“ (Hladký, Židková, 1999, s. 7, 8)

Podle Vágnerové (2014, s. 41) není výjimkou cílené vyhledávání stresových situací z důvodu navozování příjemných pocitů v souvislosti s vyplavením endorfinů do mozku. Tyto sklony bývají vyjadřovány potřebou extrémních sportů, nadměrnými výkony nebo přetěžováním. Vypjaté situace mohou vyvolat prožitek distresu, který je spojován s pocity ohrožení. Částečně mohou být prožívány jako eustres, tedy stres pozitivní, který jedince podněcuje k uvěření, že vše zvládne.

Psychická zátěž (stres) je prvotní reakce psychického zpracování a vyrovnání se s potřebami životních a pracovních situací. Tělesné reakce považujeme za sekundární, vyvolané psychickým procesem. V tomto okruhu Hladký a Židková (1999, s. 8) diferencují tři druhy zátěže:

- Senzorická zátěž plyne z požadavků na činnost periferních smyslových orgánů v souvislosti s odpovídajícími strukturami centrálního nervového systému.
- Mentální zátěž plyne z požadavků na zpracovávání informací, klade nároky na soustředění, paměť, fantazii, myšlení a rozhodování.
- Emoční zátěž plyne z okolností a požadavků, které vyvolávají emotivní odezvu.

Dle Dimunové a kolektivu (2018, s. 23, 24) lze psychickou zátěž obecně rozdělit na čtyři základní úrovně: běžná, zvýšená, hraniční a extrémní viz níže.

- Běžná zátěž – tkví v úkolech, se kterými se jedinec už mnohokrát setkal a dovedl je úspěšně řešit.
- Zvýšená zátěž – je spojena s životními a profesními situacemi, ve kterých nelze implementovat běžné a naučené způsoby řešení. Jedinec se s nimi setkává poprvé, jsou pro něj nové a pro zvládnutí je zapotřebí vyvinout zvýšené úsilí. Je pro život nezbytná, neboť posouvá růst jedince kupředu. Rozšiřuje okruh znalostí, zkušeností, urychluje osobnostní růst a způsobilosti k sebezdokonalení.
- Hraniční zátěž – způsobuje již nesoulad mezi osobní vybaveností a připraveností a nároky vnějšího prostředí na osobu jedince. Tuto situaci lze řešit pouze s vynaložením mimořádného úsilí spojeným se sáhnutím si na dno svých psychických rezerv.

- Extrémní zátěž - vzniká v souvislosti s velkým rozporem mezi požadavky vnějšího prostředí a nezbytnými předpoklady a možnostmi jedince k jejich zvládnutí.

Profese perioperační sestry si vyžaduje několikahodinové působení na operačním sále bez ohledu na vlastní nepohodlí ve stavu plného soustředění. Nezřídka je nutné, aby bez odpočinku setrvala v práci i po skončení náročného operačního programu. Dlouhodobé přetěžování může vézt k poškození zdraví a neblaze ovlivnit výkonnost nebo zhoršovat pocity únavy (Cabanová, Rapčíková, 2016, s. 207). Intenzivní psychická zátěž sester v perioperační péči je zapříčiněna především vlastní povahou pracovní náplně. Vysoké nároky na pracovní tempo, preciznost a správnost realizovaných intervencí bez možnosti exaktního odhadu kontinuity činností v souvislosti s nepředvídatelnými situacemi, které nelze ovlivnit. Například prodloužení operační doby nebo komplikace u operačního výkonu atd. (Wendsche et al., 2012, s. 109).

Venglářová (2011, s. 58) klasifikuje zátěže v práci sestry na ty, které plynou z:

- pracovní činnosti,
- z rozdílnosti diagnóz ošetřovaných pacientů,
- osobnosti zdravotníků.

Vnucené pracovní tempo a jeho doba, monotonie a její doba, trvalost nočních směn a směnného nebo nepřetržitého provozu a v neposlední řadě kombinace všech uvedených faktorů jsou významnými determinanty psychické zátěže pracovního prostředí (Tuček, 2022, s. 87). Monotonii, jako faktor zátěže, je možné rozdělit na formu pohybovou a úkolovou. Pod pojmem pohybová monotonie lze chápat stereotypní manuální činnost s často se opakujícími frekvencí totožných pracovních činností nebo operací. Úkolová monotonie je charakterizována jako významně převažující vykonávání činností s duševními prvky a to obzvláště percepčními s nepatrnou participací myšlenkových nebo rozhodovacích procesů (Hladký, Židková, 1999, s. 14).

Psychickou zátěž Venglářová (2011, s. 58, 59) člení na zátěže psychické, emocionální a sociální. Zátěže z těchto oblastí plynou zejména z:

- neustálého udržování pozornosti, pečlivém následování pokynů, pohotového přepojování pozornosti mezi vícero činnostmi
- flexibilního reagování na různé požadavky a změny

- vysoké zodpovědnosti za výsledky a následky své pracovní činnosti
- nezbytnosti rychlého rozhodování a cílového jednání rovněž při nedostatečné informovanosti
- vyrovnávání se s pocity bezmoci
- způsobování bolesti druhým osobám
- konfliktu rolí
- nedostatečného ohodnocení náročné pracovní činnosti.

Působení různých zátěžových faktorů může být zodpovědné za poškození psychické rovnováhy. Projevuje se kolísáním v prožívání, chování i uvažování. Může se jednat o přechodný, ale také trvalejší stav. Zátěžové situace lze rozlišit dle závažnosti i potenciálního působení na vznik a rozvoj psychických poruch (Vágnerová, 2014, s. 40).

Mezi situace, které mnohdy překračují snesitelnou úroveň zátěže v souvislosti se stresem, se obvykle dle Vágnerové (2014, s. 40 – 44) i jiných (Paulík, 2017, s. 79) řadí níže uvedené:

- **Problém** je začleněn mezi obyčejně užívané charakteristiky všeobecně pojmenovávající typy zátěžových situací. Motivace k vyhledávání cest k řešení problému je pro jedince nekomfortní. Vystává potřeba markantního zintenzivnění snažení a hledání alternativních metod a možností nevyjímaje vyhledání pomoci v okolí a vyhnutí se samotné situaci, či ústupu z ní. Neřešený či nevyřešený problém je schopen jedinci přivodit řadu negativních důsledků.
- **Frustrace** je popisována jako stav nepředpokládané ztráty očekávání na satisfakci subjektivně významné potřeby. Kladné očekávání zastává významnou roli, jestliže jedinec neočekává nic pozitivního, nemůže dojít ke zklamání. Obvyklou obrannou reakcí bývá skepse. Zkušenost s frustrující situací je poměrně četná a do určité úrovně žádoucí, poněvadž popuzuje jedince nacházet efektivnější řešení.
- **Konflikt** se také člení do skupiny všedních potíží každodenního života jedince. Vnitřní konflikty, které se odehrávají v osobním vědomí lze považovat z psychopatologického hlediska za zásadní. Konflikt a frustrace se zařazují mezi denní mrzutosti, které narušují vnímání harmonie, ale neznamenají významnou zátěž, pakliže nedojde k jejich enormní kumulaci nebo přepjatému prožívání.
- **Stres** je definován jako psychofyzilogická reakce, která se projevuje coby pocit enormního zatížení či ohrožení duševní a fyzické pohody. První reakcí na stres je fáze

aktivace obranných reakcí a uvědomění zátěže. Následuje fáze zvládnání, nebo snahy o zvládnání stresu. V poslední řadě probíhá fáze rozvoje stresem podmíněných poruch.

- **Trauma** lze vymezit jako náhle vzniklou situaci s významně záporným vlivem na jedince způsobující újmu. Jedinec, který je traumatizován pozbývá pocit jistoty a bezpečí s prožíváním úzkosti, která ztvárňuje jeho obavy do budoucnosti. Smutek možno chápat jako tesknění nad ztrátou něčeho významného. V souvislosti s obratem životních okolností se může vyvinout posttraumatická stresová porucha. Pozvolné uvědomění traumatizující zkušenosti může být provázeno různorodými psychickými reakcemi, které lze vyhodnotit jako snahu o její zpracování.
- **Krize** je charakterizována jako náhlé negativní vyhodnocení situace v souvislosti s pocíťováním nepřekonatelného problému. Vzniká při neefektivním používání adaptačních mechanismů. Lze ji zvládnout přehodnocením situace a hledáním efektivnějších metod k jejímu překonání. Ne všechny mechanismy k dosažení tohoto cíle bývají příznivé. Kupříkladu aplikování psychoaktivních látek směřuje k dalším problémům.
- **Deprivace** je stav neuspokojování některé z objektivně důležitých potřeb v uspokojivém rozsahu adekvátní formou po uspokojivě dlouhé období. Řadí se k nejkritičtějším zátěžovým vlivům. Ovlivňuje nejen přítomný stav, ale také psychické vyvíjení jedince. Nejzávažnější citové strádání vzniká v raném věku.

3.2 Techniky zvládnání psychické zátěže

Ze zdravotnické profese plyne série obtížných situací. Vyžaduje si odbornost a vykonávání pracovní činnosti ideálně bez chyb. S tím souvisí další úroveň zátěže, kterou představují různé kategorie emocionálních stresů. Aby mohl zdravotník vykonávat profesi, v níž se každý den potýká s nelehkými emocemi, je nezbytné pečovat o vlastní duševní rovnováhu (Venglářová, 2013, s. 9).

Jednou z možností zvládnání psychické zátěže je **coping**. Copingové aktivity lze definovat dle Vágnerové (2014, s. 45, 46) jako aktivity sloužící ke zvládnání stresových situací. Cílem je zkvalitnění globální bilance, ke které dojde vlivem změny okolností či postoje. Preference konkrétní strategie je podmíněna vrozenými dispozicemi, ale také zkušenostmi s jejich účinností.

Vágnerová ve vztahu k převládajícímu zaměření diferencuje dva stěžejní přístupy:

- Coping orientovaný na řešení problému plyne z idey, že problém, který stojí za vzniklým stresem, lze řešit a že se jedinec může dopracovat k cíli. Mezi aktivity při řešení problému patří plánování, hledání efektivnějších metod, utlumování rušivých činností, zajišťování pomoci okolí.
- Coping orientovaný na zachování uspokojivé subjektivní pohody se snižováním negativních zkušeností. Patří sem nejen aktivní řešení problému, ale také rozdílné obranné mechanismy. Jedinec v souvislosti s udržením duševní vyrovnanosti může problém vyvracet, zlehčovat, hledat psychickou podporu v jiných lidech či utíkat do fantazie.

Jedinec mnohdy aplikuje obě varianty, kdy volba zpravidla plyne z posouzení aktuální situace. Osobnost, ovlivnění pracovním prostředím či prostředím, ve kterém jedinec vyrůstal, mohou rozvést řadu správně fungujících zvládacích strategií. Tyto strategie mohou být schopny ho při nadlimitní zátěži správně podpořit a uspišit uzdravení. Ostatní jedinci se mohou přiklonit k nezdravým strategiím, které se mohou zdát jako podpůrné, ale z dlouhodobého pojetí organismus spíše poškozují.

Kolářová a kolektiv (2023, s. 33 – 35) vymezují zdravé a nezdravé copingové strategie. Do oblasti zdravých copingových oblastí patří například:

- fyzická, která zahrnuje relaxaci, odpočinek, cvičení a tělesné aktivity, úpravu spánku, jídelníčku a režimu,
- kognitivní, do které spadá edukace a zdůraznění významných informací, srovnání priorit a myšlenek, vytěsnění bezvýznamných myšlenek, vyhledávání aktivit bez náročného přemýšlení či nepřebírání odpovědnosti za problémy jiných,
- emocionální, do níž se řadí mluvení nahlas o vlastním prožitku, tíživé pocity považovat za dočasné a přijmout sebeodpuštění,
- chování, které předchází chorobné izolaci, praktikování smysluplné kreativní a manuální činnosti, učení se zastavit a odpočinout si, získání nadhledu, zachování si režimu, změny nefungující strategie a ukončovací rituály.

Nezdravé copingové strategie se vztahují k:

- užívání psychoaktivních a návykových látek,

- vyhýbavému a pasivnímu chování,
- intenzivní aktivitě při vyčerpání,
- izolování a uzavírání do sebe,
- závislostní chování.

Další velmi účinnou a moderní metodou k zvládnání psychické zátěže na pracovišti je **supervize**. Koncept supervize je vymezován jako proces, kterého se účastní tým, pracovní kolektiv či individuální osoba. Reflektuje role a činnosti související s profesí. Je využívána především v oblasti pomáhajících profesí, ale je možné ji implementovat kdekoli, kde se při náplni pracovní činnosti setkává profesionál s klientem (Venglářová, 2013, s. 14). Náplň rozhovorů tvoří situace prožívané zdravotníky v praxi. Nezřídka se na supervizi zdravotnického kolektivu supervizor potýká s řešením úskalí souvisejících s vedením, otázkou spolupráce s kolegy či vztahem lékař-sestra. Supervizi nemožno pokládat za formu kontroly ani přímého řízení pomocí supervizora. Ten primárně předkládá stanovisko zvenčí a sděluje vlastní zkušenosti, rady nebo doporučení. Venglářová (2011, s. 153 – 156) popisuje supervizi ve zdravotnickém zařízení. Ta může probíhat ve třech formách: týmová, skupinová a individuální viz níže.

- Týmová supervize je vytyčena pro celý pracovní tým se zaměřením na spolupráci, komunikaci a zkvalitnění efektivity pracovní činnosti. Tato forma je nejčastěji uplatňována ve zdravotnických zařízeních. Nevyhnutná je domluva týmu předem, zda bude na supervizi participovat některý článek vedení, kupříkladu staniční sestra.
- Skupinová supervize představuje skupinové sezení zaměstnanců pracujících s obdobnými pacienty v podobných zařízeních. Nutností je přesné stanovení cílů, obsahu a formálních požadavků na supervizi předem.
- Individuální supervize má formu strukturovaného rozhovoru vedeného mezi samotným pracovníkem a supervizorem. S touto formou je možné se shledat zejména u lékařů, psychologů. Sestry ji absolvují výjimečně, například v souvislosti se zpracováváním mimořádného prožitku.

Do základní kategorizace cílů a funkce supervize patří vzdělávací, podpůrná a řídicí funkce. Supervizi nelze považovat za všemocnou. Poukazuje zejména na potenciál rozvoje a nacházení pokrokových způsobů. Podle Klevetové (2017, s. 73) poskytuje supervize možnost vzdělávání a rozpoznávání míry vlastních dovedností a jejich prohlubování, odolávání předčasnému vyhoření a umění zavčas podchytit příznaky syndromu vyhoření,

posilování vlastní autonomie a motivace ze zkušeností supervizora. Rovněž přispívá k realizaci základních pravidel etiky své profese, napomáhá k vyhovění očekávání zaměstnavatele prostřednictvím kvalitně odvedené práce a dává příležitost získat podporu a též obrátit se na supervizora se svými nesnázemi.

Peer podpora je další z technik využívaných při odbourávání stresu u zaměstnanců v psychicky náročných profesích. Zdravotnický pracovník by měl být vybaven dobrou psychickou odolností. Stává se však, že přichází do kontaktu s nelehkými formami utrpení, zoufalstvím blízkých, smrtí ba i vlastním ohrožením. Těmto situacím bývá zdravotník podrobován opakovaně a tvoří příčinu chronického a hromadícího se stresu. Systém psychosociální intervenční služby poskytuje podporu profesionálům, kteří jsou vystavováni dlouhodobému zatížení nebo absolvovali prožitek náročné nadlimitní stresové situace. Poskytování SPIS nemá charakter farmakoterapie, psychoterapie ani psychiatrické léčby. Pomoc je obvykle zabezpečena peerem, tedy formou kolegiální podpory, ale v případě potřeby však lze poskytnout psychologickou podporu. Schůzky mají přísně důvěrný charakter a fungují na principu dobrovolnosti. Snadno dostupná kolegiální peer pomoc je schopna včas rozpoznat potenciální psychosociální potíže jednotlivce a doporučit včasnou odbornou pomoc (SPIS, 2024).

Peer má odbornost zdravotnického pracovníka, který je vyškolen k poskytování základní psychické podpory kolegům v oboru. Vyhovuje podmínkám potřebné erudice absolvováním odpovídajícího kurzu a výcviku a po jeho úspěšném zvládnutí je způsobilý se na vlastní žádost začlenit do SPIS. Zdravotnický peer je vázán respektováním práva na dobrovolné rozhodnutí zdravotníka přijmout nebo nepřijmout podporu, která mu je nabízena. Při vykonávání činnosti peer podpory musí bezpodmínečně respektovat etické a morální zásady a jimi se také řídit. Vykonává práci podle Etického kodexu poskytovatele v systému psychosociální intervenční služby (Humpl, Kolářová, 2023, s. 102, 103).

3.3 Syndrom vyhoření a jeho prevence

Podle Venglářové (2007, s. 80) se při dlouhodobém působení zátěžových situací hromadí faktory ovlivňující syndrom vyhoření. Trvalé setrvávání v emocionálně náročných situacích vede k vyčerpání. Vyhoření se zpravidla objevuje jako pracovní riziko pomáhajících profesí. Autoři Courage a Williams (in Gillespie 1987, s. 7) popisují vznik syndromu vyhoření jako jev plynoucí z intenzivního kontaktu s lidmi, kteří jsou odkázáni na pomoc poskytovatele

péče. Podle literatury jsou poskytovatelé péče ohroženi syndromem vyhoření v případě přesažení jejich možností chronickými či velmi složitými problémy pacienta.

K vyhoření tedy dochází vlivem chronického stresu, ale nelze jej považovat za ekvivalent stresu. Významnou roli mezi spouštěči syndromu vyhoření představují stresové faktory (Stock, 2010, s. 15). Jedinec se sklonek k perfekcionismu s povahou introverta, který neumí relaxovat, má nevybalancovaný profesní a soukromý život, trpí neustálou potřebou dokazovat sobě i okolí své schopnosti a odvádění kvalitní práce znázorňuje typ osobnosti s vyšší probabilitou pro rozvinutí syndromu vyhoření (Hekelová, 2018, s. 2, 3).

Podle Vevery (In Ptáček, 2013, s. 50, 51) jsou příčiny syndromu vyhoření rozděleny na zevní a vnitřní. Zevní příčiny jsou ovlivňovány stavem zaměstnanců, intenzivní angažovaností doprovázenou podprůměrnou návratností, nedostatkem podpory ze strany společnosti či enormními profesními požadavky. Na vnitřní příčiny působí charakteristika osobnosti související s postojem k práci a očekáváním výsledků copingových strategií. Charakteristická je rovněž vysoká dispozice k perfekcionismu, disciplinovanost, sebekritičnost, empatie, idealismus ale také nedostatečná flexibilita a neschopnost rozhodování.

Mezi první alarmující příznaky u zdravotnického pracovníka patří pochyby o smyslu své práce a její neovládání. Jedinec jeví známky nervozity, nespokojenosti a podráždění. Následují těžkosti, spánkové problémy, bolesti hlavy a břicha, zhoršená imunita, kolísání hmotnosti či poruchy krevní cirkulace (Venglářová, 2011, s. 24).

Tři hlavní znaky syndromu vyhoření definuje Stock (2010, s. 19 – 22) následujícími symptomy:

- vyčerpání, kdy jedinec pociťuje stav emočního i fyzického vyčerpání,
- odcizení, přičemž se obvyklá snaha při pracovních činnostech u jedince redukuje na minimum kvůli vysílení v kombinaci pocitů frustrace a zklamání,
- pokles výkonnosti související se sníženou efektivitou v důsledku ztráty důvěry ve vlastní schopnosti. Jedinec se subjektivně vnímá z profesního hlediska jako neschopný a dochází k poklesu produktivity.

Vyhoření je možné charakterizovat jako stále se vyvíjející proces. Jeho přetrvávání v časovém horizontu několika měsíců až let nebývá výjimkou. Tento proces nezřídka započne v raném začátku vykonávání pomáhající profese, kdy je jedinec plný motivace a entuziazmu. Venglářová (2011, s. 30) předkládá soubor postupného členění fází syndromu vyhoření:

- Nadšení – dominuje vysoké pracovní nasazení zaměřené na kvalitní pracovní činnost a dochází k přetěžování.
- Stagnace – klesá zanícení, zmírnění pracovního tempa, upouštění od iluzí.
- Frustrace – jedinec řeší problematiku efektivitu a významu své práce, myslí jen na ni, na své problémy se cítí sám, přichází deziluze a nesplněná očekávání.
- Apatie – zdravotník chodí do práce pro peníze bez vnitřní motivace, straní se lidí a další erudici.
- Vyhoření – jedinec je naprosto vysílen, vše neguje, vyhýbá se pracovním činnostem a nárokům.

V případě pozdní detekce syndromu vyhoření se mnohdy vyvine v profesionální deformaci. Sestra vykazuje projevy cynismu, je otupělá, a stav pacientů se pro ni stává bezvýznamným.

V rámci **prevence syndromu vyhoření** by v úplném začátku měli kroky směřovat k posílení a ochraně svého zdraví. To zahrnuje dbání na zdravou výživu, fyzickou aktivitu, psychohygienu a relaxaci. Individuální preventivní opatření mohou vést k sebepoznání a změně stanoviska k emočním otázkám (Dimunová, 2018, s. 37). Podle Brzicové (In Ptáček, 2013, s. 81) dostatek odpočinku, hobby, další vzdělávání, radost z pozitivních aspektů bytí a okruh přátel mimo práce by v ideálním případě měla mít každá sestra. Už při nástupu absolventky do nového povolání je klíčový kvalitní adaptační proces. Sestra si musí být vědoma rizik své práce, udržovat profesní odstup od osudu pacienta, a znát problematiku syndromu vyhoření.

Nešpor (2007, s. 371, 372) determinuje několik metod, které je možné si osvojit jako nástroj pro předcházení profesionálnímu stresu. Mezi jeho doporučení spadá kupříkladu možnost regulovat zátěž na střední míru, dobře organizovat svůj čas, nepřebírat zodpovědnost za skutečnosti, které nelze ovlivnit, snažit se plnit realisticky dosažitelné cíle, dopřát si kvalitní spánek, přijímat dostatek nealkoholických tekutin, věnovat se zábavě, umět se zasmát a v neposlední řadě schopnost vyhledat pomoc odborníka či spiritualita. Důležité zásady prevence syndromu vyhoření prezentuje také Hekelová (2018) viz níže.

- Nezapomínat na praktikování psychohygieny, odpočívat, zabraňovat nedorozuměním v komunikaci a bezodkladně řešit konflikty.
- Udržovat kvalitní mezilidské vztahy ať už v zaměstnání nebo mimo něj, pečovat o ně a budovat je, aby bylo možné se o ně opřít v krizové situaci.

- Sebereflexe bez podceňování nebo naopak přeceňování své osoby, neboť obě varianty přispívají ke zvyšování frustrace, která vede k umocňování syndromu vyhoření.
- Zdravá asertivita směřuje ke schopnosti uhájít si svá práva bez poškození práv jiných osob.

Kontinuální vzdělávání zaměstnanců, supervize a poradenství nebo provozní a organizační podmínky pracoviště mohou sehrávat významnou roli v problematice prevence syndromu vyhoření (Pelcák, Tomeček, 2011, s. 90).

3.3.1 Monitorování psychické zátěže a vzniku ohrožení syndromem vyhoření

Monitorování psychické zátěže je výhodné využívat jako prevenci syndromu vyhoření. Pro diagnostiku v rámci osobního rozvoje pracovníků vystavovaných ve zvýšené míře psychické zátěži lze využít dotazník **Zdroje stresu**, který mapuje zdroje psychické zátěže nejen v pracovním, ale také v osobním životě. Cílem dotazníku je uvědomění si životních oblastí přispívajících k zvýšené hladině stresu u respondentů, a které naopak způsobují v životě potěšení. Tento dotazník také vzájemně souvisí s **Dotazníkem zvládnání zátěže – stresu**, který zkoumá strategie, které se používají při kontaktu se stresovou situací. Jeho cílem je uvědomění si preferovaných strategií a cílené využívání těch, které působí pozitivně na zvládnání psychické zátěže (TCC online, 2024).

Z mnoha metodických postupů využívaných pro zjištění subjektivního vnímání pracovní zátěže je nejčastěji používán osvědčený **Meisterův dotazník**. Byl zkonstruován Michaelem W. Meisterem v 70. letech 20. století. Hygienická služba dotazník verifikovala v rozmezí let 1976 až 1984 a v současnosti je uplatňována jeho modifikovaná verze z roku 1987. Tato podoba dotazníku je reliabilní, stručná a srozumitelná pro respondenta. Při hodnocení je dotazník kategorizován do tří faktorů psychické zátěže podle faktorové analýzy zjištěné W. Meisterem. Lze vykonat hodnocení jednotlivce, kdy jsou vypočítány hodnoty všech tří faktorů a hrubého skóru. Při skupinovém hodnocení jsou použity aritmetické průměry posuzovaných faktorů a hrubého skóru (Hladký, Židková, 1999, s. 39 až 42).

Hladký a Židková (1999, s. 39 až 42) prezentují systém vyhodnocování Meisterova dotazníku dvěma způsoby:

- **Ve třech stupních** - při vyhodnocování se sčítají mediány pro jednotlivé faktory. Hladký a Židková (1999, s. 40) uvádějí pro ženy kritickou hodnotu mediánu 29 jako

populační normu, která byla naměřena hygienickou službou pro Česko. Překročení této hodnoty určuje nadměrné zatížení.

Tabulka 1: Vyhodnocování Meisterova dotazníku podle faktorů pracovní zátěže

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

(Hladký, Židková, 1999, s. 40)

- **Podle jednotlivých otázek** - překročení kritické hodnoty mediánu vypovídá o subjektivním pocitu přetížení.

Tabulka 2: Vyhodnocování Meisterova dotazníku podle jednotlivých otázek

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

(Hladký, Židková, 1999, s. 41)

Klasifikace zátěže posuzuje zátěž senzoricou a mentální. Je členěna do třech kategorií:

- V případě, že faktor I je vyšší nejméně o dva body než faktor II, sčítají se mediány faktorů I + III.

Tabulka 3: První model klasifikace zátěže

Součet faktorů I + III	Stupeň	Zátěžová tendence
7 – 19	1	-
20 – 24	2	k přetížení
25 – 35	3	k přetížení

(Hladký, Židková, 1999, s. 41)

- Pokud je faktor I nižší nejméně o dva body než faktor II, určuje se klasifikace ze součtu mediánů faktorů II + III.

Tabulka 4: Druhý model klasifikace zátěže

Součet faktorů II + III	Stupeň	Zátěžová tendence
7 – 21	1	-
22 – 26	2	k monotonii
27 – 35	3	k monotonii

(Hladký, Židková, 1999, s. 41)

- V případě, že mezi faktorem I a II je rozdíl maximálně dva body, sčítají se mediány všech faktorů.

Tabulka 5: Třetí model klasifikace zátěže

Součet faktorů I + II + III	Stupeň	Zátěžová tendence
10 – 26	1	-
27 – 32	2	kombinace
33 – 50	3	kombinace

(Hladký, Židková, 1999, s. 41)

Jednotlivé stupně zátěže podle Meistera popisují Hladký a Židková (1999, s. 42) následovně:

- U **prvního stupně zátěže** vliv na zdraví, subjektivní stav a výkonnost nejsou pravděpodobné,
- **druhý stupeň zátěže** představuje možnost pravidelného dočasného ovlivnění subjektivního stavu nebo výkonnosti,
- **třetí stupeň** označuje zátěž, u které nelze vyloučit zdravotní rizika.

Dotazník, který monitoruje, zda je jedinec ohrožený syndromem vyhoření v roce 1981 zhotovili autorky Christine Maslach a Alaya Pines. Jedná se o dotazník **Tedium Measure**. Výsledky odkryjí nejen stupeň ohrožení vznikem syndromu vyhoření, ale též vztah k práci, životu a celkové či aktuální pocity respondenta (Stock, 2010, s. 26).

Podle Moravcové (2013, s. 13) lze poznat syndrom vyhoření zejména na základě pozorování chování jedince. Znalost příznaků syndromu vyhoření je proto nezbytná, posléze možno vycházet z vlastních tvrzení zasažených jedinců o prožitcích. Bylo vytvořeno mnoho měřících metod, nejznámější je však Maslach Burnout Inventory. Autorky Christine Maslach a Susane E. Jackson vytvořili **dotazník MBI**, který se skládá z třech částí, a to z faktorů depersonalizace, emocionálního vyčerpání a osobního uspokojení. Během samotného procesu hoření se po řadě odkrývají uváděné tři složky syndromu vyhoření (Křivohlavý, 2012, s. 85).

Pro hodnocení intenzity celkového vyhoření byl zkonstruován autormi Ayalou Pines a Elliotem Aronsonem Burnout Measure dotazník. Pomocí něj lze měřit míru psychického, emocionálního a fyzického vyčerpání. **Dotazník BM** je světově druhým nejčastěji využívaným nástrojem pro měření syndromu vyhoření (Křivohlavý, 2012, s. 52).

4 MĚŘENÍ PSYCHICKÉ ZÁTĚŽE PERIOPERAČNÍCH SESTER NA VYBRANÉM PRACOVÍŠTI

Měření je založeno na kvantitativním průzkumném šetření. Data byla sbírána v nejméně dvou fakultních nemocnicích pomocí Meisterova dotazníku v období od listopadu 2023 do března 2024. Na vyhodnocení získaných dat byl použit program TIBCO Statistica verze 14. Celý průzkum obsahuje jednotlivé části:

- **Stanovení průzkumného cíle:** Cílem průzkumné části diplomové práce je zmapovat ve zkoumaném souboru perioperačních sester v praxi míru jejich profesního psychického zatížení.

Pro naplnění průzkumného cíle byly stanoveny čtyři průzkumné otázky:

- **Průzkumná otázka č. 1:** Jaký faktor nejméně ovlivňuje subjektivní vnímání psychické zátěže perioperačních sester?
- **Průzkumná otázka č. 2:** Jaký faktor nejvíce ovlivňuje subjektivní vnímání psychické zátěže perioperačních sester?
- **Průzkumná otázka č. 3:** V jakém stupni psychické zátěže se soubor perioperačních sester nachází?
- **Průzkumná otázka č. 4:** Jaký vliv má délka praxe na subjektivní vnímání psychické zátěže?

Pro průzkumné šetření byl zvolen standardizovaný 10 - položkový Meisterův dotazník. Dle dané metodiky dotazníku, je bodový rozptyl hodnotící škály 1 až 5, přičemž bodové hodnocení 1 znamená absolutní nesouhlas a bodové hodnocení 5 naopak souhlas absolutní. Způsob vyhodnocení je blíže popsán v teoretické části v podkapitole 3.3.1 Monitorování psychické zátěže a vzniku ohrožení syndromem vyhoření. Dotazník byl doplněn dvěma uzavřenými otázkami vlastní konstrukce.

Průzkumný vzorek tvoří záměrně vybraný vzorek perioperačních sester pracujících ve vybrané fakultní nemocnici.

4.1 Sběr dat

V říjnu 2023 byl dotazník konzultován s vedoucí diplomové práce. Následně byla podána žádost hlavní sestře vybrané fakultní nemocnice o provedení průzkumného šetření na daném

pracovišti. Po jeho schválení bylo v listopadu 2023 započato průzkumné šetření. Distribuci dotazníků na jednotlivá pracoviště operačních sálů předcházelo pilotní šetření. Byly osloveny tři perioperační sestry, kterým byl předložen dotazník v online i tištěné formě pro ověření srozumitelnosti a proveditelnosti průzkumného šetření. Získané odpovědi z pilotního šetření nebyly do průzkumu zahrnuty. Respondentky pro subjektivní hodnocení měly na výběr tištěnou formu dotazníku, kterou lze nalézt v příloze A. Své odpovědi bylo také možné zaznamenat prostřednictvím internetové platformy Survio. Na internetové adrese <https://www.survio.com/survey/d/I4A5F5U1M3B8J6R0U> byl od listopadu 2023 do března 2024 dostupný online dotazník. Po ukončení sběru dat byl uzamčen.

V tištěné formě bylo distribuováno celkem 74 dotazníků. Návratnost byla 52 platných dotazníků a 8 dotazníků nekompletně vyplněných, a tedy vyřazených z průzkumného šetření. Nebylo vráceno 14 dotazníků. Přes internetovou platformu Survio odpovědělo 19 respondentek. Celkem bylo vyplněno 71 validních dotazníků.

4.2 Popis průzkumného vzorku

Pro průzkum byly osloveny všeobecné sestry a všeobecné sestry se specializací pro perioperační péči, které pracují na operačním sále déle než 12 měsíců. Vzorek tvořily sestry působící na všech operačních sálech různého oborového zaměření v konkrétní fakultní nemocnici. Průzkumu se zúčastnily pouze ženy. Účast na průzkumném šetření byla zcela dobrovolná.

Věkové zastoupení respondentek je zobrazeno v tabulce č. 6. Nejvíce respondentek spadá do věkové kategorie 51 až 60 let (21 respondentek, tj. 29,5 %) a nejméně do kategorie 61 a více let (5 respondentek, tj. 7,0 %).

Tabulka 6: Členění podle věku

Věková kategorie	Četnost	Relativní četnost
do 30 let	8	11,3 %
31 až 40 let	18	25,4 %
41 až 50 let	19	26,8 %
51 až 60 let	21	29,5 %
61 a více let	5	7,0 %
Celkem	71	100,0 %

Tabulka č. 7 znázorňuje délku praxe respondentek. V největším zastoupení byly označeny kategorie 10 až 19 let a 20 a více let, a to ve shodném počtu odpovědí (26 respondentek, tj. 36,5 % pro každou kategorii zvlášť). Zbýlých 19 respondentek se začlenilo do kategorie 1 až 9 let (tj. 27 %).

Tabulka 7: Délka praxe

Délka Praxe	Četnost	Relativní četnost
1 až 9 let	19	27,0%
10 až 19 let	26	36,5%
20 a více let	26	36,5%
Celkem	71	100,0%

4.3 Analýza dat

Získaná data byla zpracována pomocí programu TIBCO Statistica verze 14. Na jednotlivé otázky respondentky odpovídaly prostřednictvím pětistupňové hodnotící škály, kdy číslo 5 představuje úplný souhlas, číslo 1 úplný nesouhlas. Meisterův dotazník byl vyhodnocován pomocí tabulek četností, které jsou k nahlédnutí v příloze B této diplomové práce. Dvě vlastní otázky týkající se věkového kategorie a délky praxe respondentek jsou zobrazeny v tabulkách v předešlé podkapitole 4.2 Popis průzkumného vzorku. Subjektivní míra psychické zátěže průzkumného vzorku byla hodnocena podle faktorů a také podle jednotlivých otázek. Všechny výsledky jsou pro přehlednost uvedeny v tabulkách. Způsob vyhodnocení Meisterova dotazníku je detailněji popsán v podkapitole 3.3.1 Monitorování psychické zátěže a vzniku ohrožení syndromem vyhoření.

Tabulka 8: Popisná statistika – vyhodnocení otázek 1 – 10 - Meisterova dotazníku

Otázka (zkráceně)	Průměr	Medián	Součet	Směrodatná odchylka
1. Časová tíseň	4,2	4,0	300,0	0,78
2. Malé uspokojení	2,2	2,0	158,0	0,81
3. Vysoká odpovědnost	2,7	2,0	193,0	1,19
4. Otupující práce	2,0	2,0	140,0	0,93
5. Problémy a konflikty	2,1	2,0	146,0	0,91
6. Monotonie	1,9	2,0	136,0	0,81

Otázka (zkráceně)	Průměr	Medián	Součet	Směrodatná odchylka
7. Nervozita	2,3	2,0	165,0	1,00
8. Přesycení	2,1	2,0	149,0	0,94
9. Únava	2,6	2,0	185,0	1,11
10. Dlouhodobá únosnost	3,6	4,0	258,0	1,12

Tabulka č. 8 znázorňuje výsledky hodnocení položek 1 až 10. Nejlépe hodnocená, a tedy nejméně zatěžující oblast týkající se monotonie je vyznačená v tabulce zelenou barvou. V této položce č. 6 „*Při práci udržuji jen s námahou pozornost, protože se dlouho dobu nic nového neděje*“ je průměrná hodnota odpovědí 1,9. Jako nejvíce zatěžující označily respondentky červeně vyznačenou položku č. 1 „*Při práci mívám často pocit časového tlaku*“ s průměrnou hodnotou odpovědí 4,2. S průměrnou hodnotou odpovědí 3,6 následovala jako nejhůře hodnocená položka č. 10 „*Práce je psychicky tak náročná, že ji nelze dělat po léta se stejnou výkonností*“. Hodnota mediánu položek č. 1 a č. 10 je shodná (4). Otázky 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 mají rovněž shodnou hodnotu mediánu (2).

Nejnižší shoda odpovědí byla zjištěna u položky č. 3 „*Práce mě velmi psychicky zatěžuje pro vysokou zodpovědnost, spojenou se závažnými důsledky*“ se směrodatnou odchylkou 1,2. Směrodatná odchylka poukazuje na největší názorovou shodu v otázce č. 1 s hodnotou 0,78. Lze tedy předpokládat, že časová tíseň respondentky sužuje nejvíce. Směrodatná odchylka s hodnotou 1,19, která je vyznačena v tabulce tučným červeným písmem značí nejmenší shodu odpovědí v položce č. 4 „*Práce je málo zajímavá, duševně je spíše otupující*“.

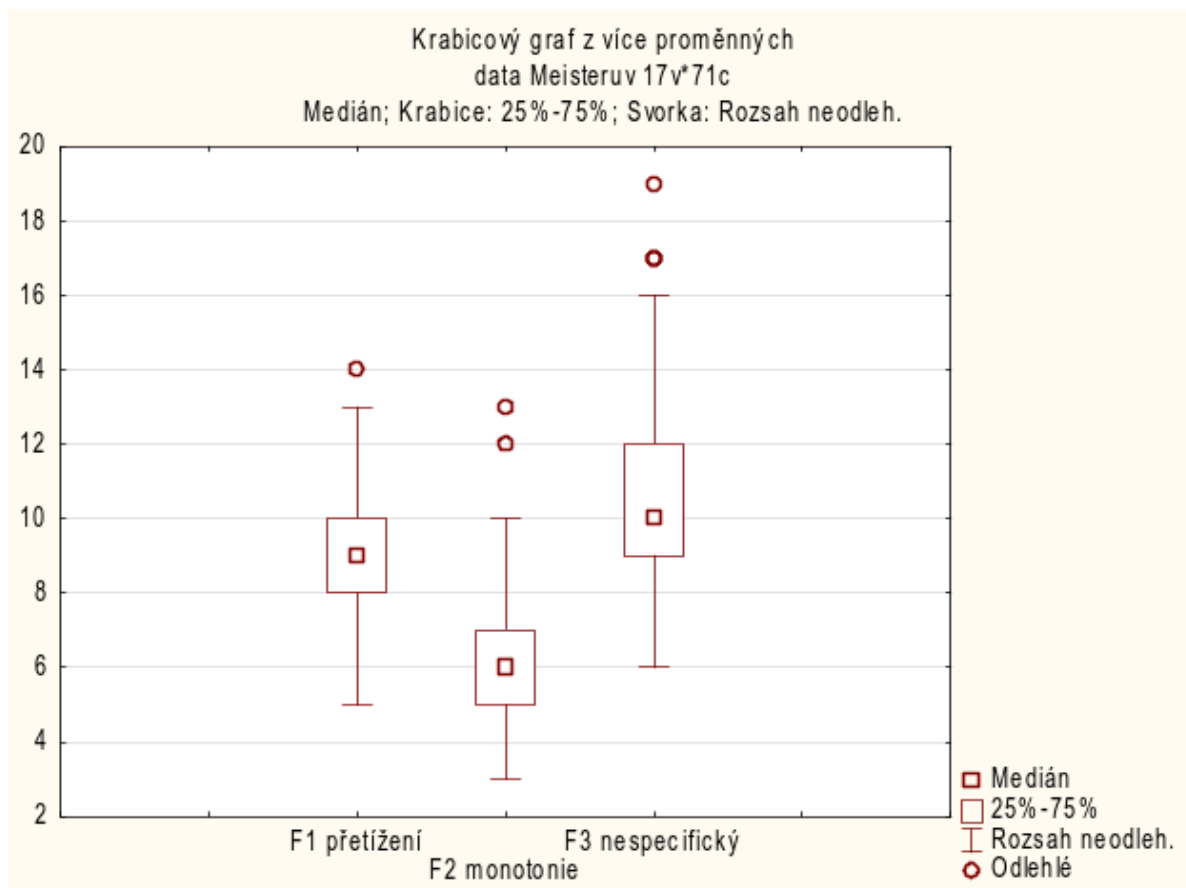
Při vyhodnocení podle otázek za skupinu respondentek byly vypočítány kritické hodnoty mediánu. Tato hodnota byla přesažena u položky č. 1, která se orientuje na *časovou tíseň* a u položky č. 10 reprezentující *dlouhodobou únosnost*. Znamená to, že v těchto položkách hodnotí respondentky svou práci negativně.

Tabulka číslo 9: Popisná statistika – vyhodnocení zátěžových faktorů

Zátěžové faktory	Průměr	Medián	Součet	Směrodatná odchylka
F I přetížení	9,0	9,0	639,0	1,99
F II monotonie	6,1	6,0	434,0	1,98
F III nespecifický faktor	10,7	10,0	757,0	2,81

V tabulce č. 9 je zobrazeno, že podle vypočítaného průměru a mediánu naměřených hodnot je *faktor III nespecifický faktor* nejvíce zatěžujícím faktorem pro zkoumaný soubor respondentek. Druhým nejvíce zatěžujícím faktorem je *faktor I přetížení* a jako nejméně zatěžující vnímají perioperační sestry *faktor II monotonie*.

Obrázek 1: Krabicový graf – vyhodnocení zátěžových faktorů



Z krabicového grafu je možné vyčíst, že hodnota mediánu pro *F I přetížení* je 9. Odlehlá hodnota 14, byla zaznamenána u respondentky č. 13. Tato perioperační sestra odpovídala na většinu otázek velmi negativně. Dle jejího subjektivního vnímání, pociťuje při práci maximální časový tlak, práce ji absolutně psychicky zatěžuje pro vysokou zodpovědnost, a na pracovišti mívá spíše často problémy a konflikty. Lze se domnívat, že tato respondentka je pro dlouhou dobu praxe (20 a více let) už na hranici vyhoření z důvodu vyjádření plného souhlasu u položky č. 10 „Práce je psychicky tak náročná, že ji nelze dělat po léta se stejnou výkonností“. V neposlední řadě je třeba brát v úvahu také věk dané respondentky (51 až 60 let).

U *faktoru II monotonie* činí medián hodnotu 6. V této kategorii se dvě respondentky výrazně vymykají svými odpověďmi na dané položky. Respondentka č. 67 s délkou praxe 20 a více let, ve věkové kategorii 41 až 50 let odpověděla, že jí spíše její profese neuspokojuje, je pro ni maximálně nezajímavá a nedokáže udržet pozornost z důvodu monotónnosti práce. Další odlehlá hodnota F II vychází z odpovědi respondentky č. 71 s délkou praxe rovněž 20 a více let ve vyšší věkové kategorii 51 až 60 let. Na položky malé *uspokojení*, *otupující práce* a *monotonie* reagovala na hodnotící škále číslem 4.

Hodnota mediánu 10 je znázorněna v grafu pro *F III nespécifický*. Nejvíce odlehlá hodnota 19 byla vypočítána u respondentky č. 55. Lze se domnívat, že negativní odpovědi mohou být v souvislosti s poměrně krátkou délkou praxe (1 až 9 let) při věkové kategorii 41 až 50 let. Daná perioperační sestra začala pravděpodobně tuto profesi vykonávat v poměrně vysokém věku, kdy flexibilita a přizpůsobivost již zpravidla klesá. V položkách, které se orientují na *nervozitu*, *přesycení*, *únavu* a *dlouhodobou únosnost* reagovala velmi negativně. Zajímavé je, že respondentka č. 13, která vyčnívala při hodnocení F I, se rovněž vymyká i při hodnocení F III s hodnotou 17. Odpovědi, kterých součet tvoří F III u respondentek č. 6 (31 až 40 let) a č. 62 (41 až 50 let) také představují hodnotu 17. V položce *únava* se vyjádřily spíše souhlasně, a v položce *dlouhodobá únosnost* se shodly a plně souhlasily. Obě perioperační sestry patří do kategorie s delší praxí 10 až 19 let.

Všechny výše uváděné respondentky podléhají dle naměřených hodnot psychickému zatížení.

Tabulka 10: Tabulka četností – hrubý skór – kritická hodnota

Nepříznivá zátěžová tendence	Četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
Ne	58	58	81,7 %	81,7 %
Ano	13	71	18,3 %	100,0 %
Celkem	71		100,0 %	

Při hodnocení se vychází z kritické hodnoty (29, blíže specifikováno v podkapitole 3.3.1 Monitorování psychické zátěže a vzniku ohrožení syndromem vyhoření), jejíž překročení vyjadřuje nadměrnou zátěž v oblasti kritické hodnoty *hrubého skóru*. Ze získaných dat je zjevné, že tato kritická hodnota byla přesažena v 18,3 % odpovědí. Z toho vyplývá, že nepříznivá zátěžová tendence se dotýká 13 respondentek.

Tabulka 11: Korelační matice – znázornění vztahu mezi všemi otázkami Meisterova dotazníku, faktory přetížení a hrubým skórem

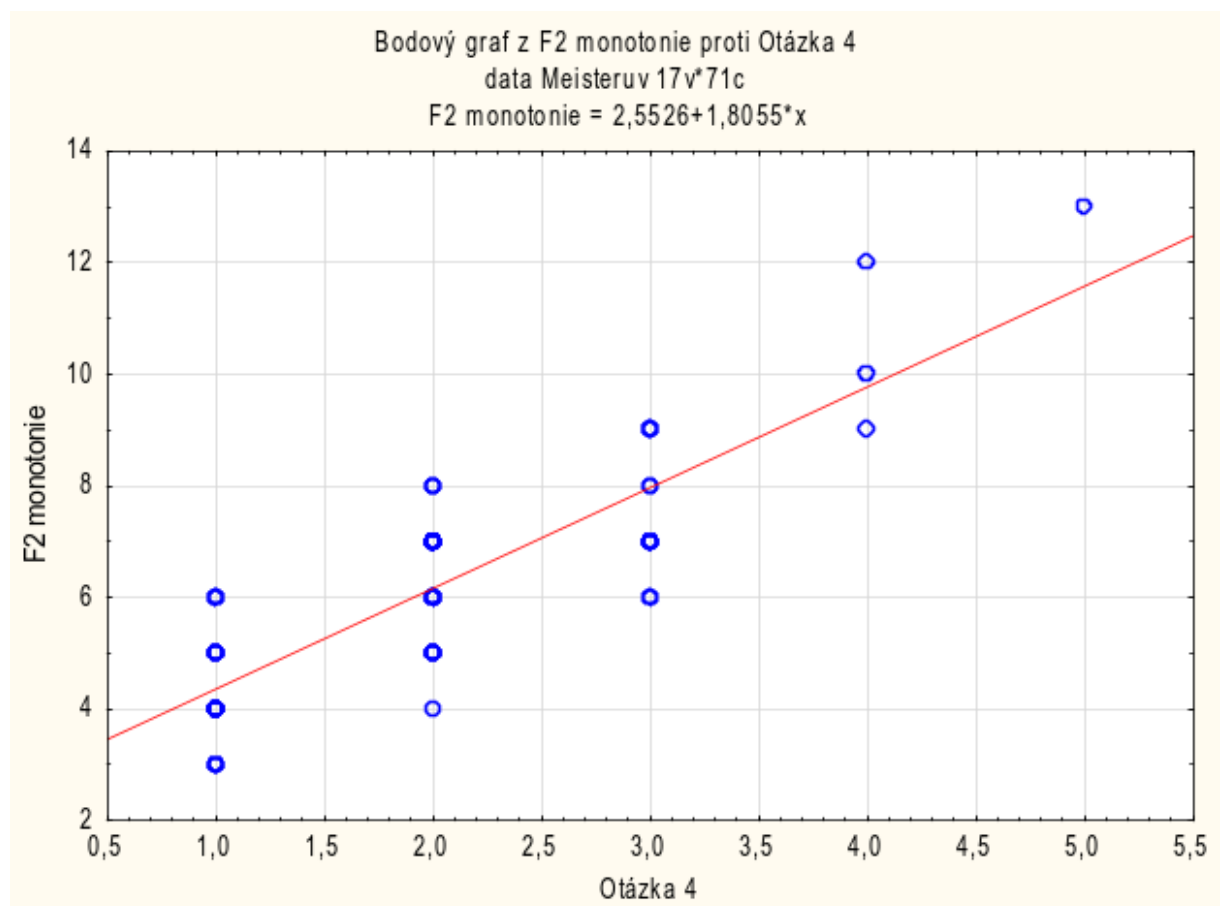
	O t á z k a	O t á z k a	O t á z k a	O t á z k a	O t á z k a	O t á z k a	O t á z k a	O t á z k a	O t á z k a	O t á z k a	F a k t o r	F a k t o r	F a k t o r	H r u b ý s k ó r
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	I	II	III	
Otázka 1	1,00	-0,03	0,15	0,10	0,22	0,17	0,06	0,14	0,01	0,27	0,59	0,11	0,15	0,35
Otázka 2	-0,03	1,00	0,28	0,45	0,31	0,23	0,22	0,38	0,09	0,08	0,29	0,72	0,21	0,47
Otázka 3	0,15	0,28	1,00	0,06	0,14	-0,04	0,45	0,32	0,49	0,10	0,71	0,12	0,52	0,63
Otázka 4	0,10	0,45	0,06	1,00	0,30	0,33	0,12	0,31	-0,05	0,10	0,19	0,81	0,12	0,47
Otázka 5	0,22	0,31	0,14	0,30	1,00	0,28	0,21	0,49	0,12	0,26	0,64	0,40	0,30	0,57
Otázka 6	0,17	0,23	-0,04	0,33	0,28	1,00	-0,06	0,18	-0,14	0,17	0,15	0,68	0,06	0,38
Otázka 7	0,06	0,22	0,45	0,12	0,21	-0,06	1,00	0,42	0,49	0,03	0,36	0,10	0,70	0,55
Otázka 8	0,14	0,38	0,32	0,31	0,49	0,18	0,42	1,00	0,23	0,18	0,41	0,37	0,60	0,60
Otázka 9	0,01	0,09	0,49	-0,05	0,12	-0,14	0,49	0,23	1,00	0,06	0,38	-0,08	0,72	0,48
Otázka 10	0,27	0,08	0,10	0,10	0,26	0,17	0,03	0,18	0,06	1,00	0,29	0,18	0,48	0,41
Faktor I přetížení	0,59	0,29	0,71	0,19	0,64	0,15	0,36	0,41	0,38	0,29	1,00	0,27	0,50	0,79
Faktor II monotonie	0,11	0,72	0,12	0,81	0,40	0,68	0,10	0,37	-0,08	0,18	0,27	1,00	0,15	0,58
Faktor III nespecifický faktor	0,15	0,21	0,52	0,12	0,30	0,06	0,70	0,60	0,72	0,48	0,50	0,15	1,00	0,76
Hrubý skór	0,35	0,47	0,63	0,47	0,57	0,38	0,55	0,60	0,48	0,41	0,79	0,58	0,76	1,00

Pro zjištění korelace mezi jednotlivými otázkami Meisterova dotazníku, faktory přetížení a hrubým skórem byla použita metoda neparametrické statistiky Spearmanova korelačního koeficientu. Nevyšší korelační hodnoty jednotlivých položek jsou v tabulce zvýrazněny červeným podbarvením. Podle zjištěných hodnot má na hrubý skór největší vliv faktor I přetížení (0,79), následně faktor III nespecifický faktor (0,76) a nejméně se na něm podílí faktor II monotonie (0,58). Z jednotlivých otázek koreluje hrubý skór nejvíce s otázkou

č. 3 „Práce mě velmi psychicky zatěžuje pro vysokou zodpovědnost, spojenou se závažnými důsledky“ (0,63). Z jednotlivých otázek faktor I přetížení ovlivňuje nejvíce otázka č. 3 vysoká odpovědnost (0,71). Faktor II monotonie je nejvíce ovlivněn otázkou č. 4 „Práce je málo zajímavá, duševně je spíše otupující“ (0,81). Faktor III nespecifický faktor nejvíce koreluje s otázkou č. 9 „Práce je psychicky tak náročná, že ji nelze dělat po léta se stejnou výkonností“. Jednotlivé položky, které spolu nejvíce korelují, mají největší vliv na subjektivní vnímání psychické zátěže.

Ze všech hodnot v tabulce byla nejsilnější korelace zjištěna mezi otázkou č. 4 otupující práce a faktorem II monotonie, která je vyobrazena v bodovém grafu na obrázku č. 2.

Obrázek 2: Bodový graf – korelace mezi otázkou č. 4 a faktorem II monotonie



Z níže uvedené tabulky je zřejmé, že Pearsonův chí-kvadrát test neprokázal souvislost mezi délkou praxe a subjektivním hodnocením psychické zátěže u zkoumaného vzorku perioperačních sester. Hladina významnosti $p < 0,05$, a tedy rozdíly nejsou statisticky významné. Důvodem malé odlišnosti výsledku může být poměrně malý vzorek respondentů.

Tabulka 12: Pearsonův chí-kvadrát – souvislost mezi délkou praxe a subjektivním hodnocením psychické zátěže

	Chí-kvadrát	Sv (stupeň volnosti)	p (hladina významnosti)
Pearsonův chí-kvadrát	1,6579	df = 3	p = 0,6463
M-V chí-kvadrát	1,8930	df = 3	p = 0,5949

Ze získaných dat uvedených v tabulce níže se lze domnívat, že psychické zátěži nejvíce podléhají perioperační sestry s praxí 10 až 19 let.

Tabulka 13: Kontingenční tabulka – vztah mezi délkou praxe a zátěžovou tendencí

	Délka praxe	Bez zátěžové tendence	Kritická zátěžová tendence	Řádkové součty
Četnost	1 až 9 let	15	4	19
Řádková četnost		78,9%	21,1%	
Četnost	10 až 19 let	20	6	26
Řádková četnost		76,0%	24,0%	
Četnost	20 a více let	23	3	26
Řádková četnost		88,5%	11,5%	
Četnost	Všechny skupiny	58	13	71

4.4 Shrnutí výsledků

- Průzkumná otázka č. 1: *Jaký faktor nejméně ovlivňuje subjektivní vnímání psychické zátěže perioperačních sester?*

První průzkumná otázka se týká subjektivního vnímání psychické zátěže na základě faktorů. Pomocí ní bylo zkoumáno, který faktor psychické zátěže perioperační sestry ovlivňuje v nejnižší míře. Pro získání odpovědi bylo použito skupinové vyhodnocení pomocí popisné statistiky. Po vyhodnocení dat je zřejmé, že nejméně zatěžující je pro zkoumaný vzorek **faktor II monotonie**, který tvoří součet položek *malé uspokojení, otupující práce a monotonie*. Sestry nepociťují, že by je práce neuspokojovala a že do ní chodí nerady. Rovněž svou práci nepovažují za nezajímavou a duševně otupující. Mají pocit, že jejich práce je dynamická a nemají problém se na ni soustředit.

- **Průzkumná otázka č. 2: *Jaký faktor nejvíce ovlivňuje subjektivní vnímání psychické zátěže perioperačních sester?***

Za nejvíce zatěžující faktor pro respondentky lze považovat **faktor III nespecifický faktor**, který je tvořen součtem položek *nervozita, přesycení, únava a dlouhodobá únosnost*. Perioperační sestry považují za velmi zatěžující náročnost své profese, kdy po několika hodinách souvislého vykonávání práce pocítují nervozitu a rozechvělost a touží dělat něco jiného. Ze získaných odpovědí lze také předpokládat, že je pro respondentky jejich práce velmi psychicky náročná a únavná, a tudíž nelze profesi perioperační sestry vykonávat po léta stejně produktivně.

- **Průzkumná otázka č. 3: *V jakém stupni psychické zátěže se soubor perioperačních sester nachází?***

Pro zjištění stupně psychické zátěže souboru perioperačních sester byly porovnány hodnoty mediánů *faktoru I přetížení* a *faktoru II nespecifický faktor*. Medián F I je o 3 body větší, než medián F II, tudíž byl využit první model klasifikace zátěže (viz tabulka č. 3). Skupina respondentek se nachází dle klasifikace zátěže Meisterova dotazníku v **zátěžovém stupni 1**, tedy **bez tendence k přetížení**. Součet mediánů F I (9) a F III (10) činí hodnotu 19, což je hodnota hraniční.

- **Průzkumná otázka č. 4: *Jaký vliv má délka praxe na subjektivní vnímání psychické zátěže?***

Respondentky s délkou praxe 10 až 19 let vykazují nejvíce alarmující hodnoty kritické zátěžové tendence ve 24,0 % (v tabulce podbarveno červeně). Kritická zátěžová tendence 21,1 % se vyskytuje u perioperačních sester s délkou praxe 1 až 9 let, zatím co sestry s praxí 20 a více let se pohybují v hodnotě 11,5 %.

Největší procentuální zastoupení, tj. 88,5 % (v tabulce podbarveno zeleně) ukazuje na nejmenší psychické zatížení u skupiny respondentek s délkou praxe 20 a více let. Hodnota 78,9 % představuje soubor sester s délkou praxe 1 až 9 let bez zátěžové tendence, hodnota 76,0 % byla vypočítána u skupiny s délkou praxe 10 až 19 let.

5 DISKUZE

Diplomová práce je orientována na subjektivní vnímání psychické zátěže všeobecných sester vykonávajících profesi perioperační sestry. Orientační vyšetření míry profesního psychického zatížení u vzorku vybraných perioperačních sester, bylo stanoveno jako cíl pro tuto práci. Nástrojem pro kvantitativní měření byl standardizovaný 10 – položkový Meisterův dotazník, který záměrně vybrané respondentky vyplňovaly pomocí pětistupňové hodnotící škály dle neměnné metodiky dotazníku. Průzkumný vzorek tvořilo 71 perioperačních sester pracujících na všech operačních sálech ve vybrané fakultní nemocnici déle než 12 měsíců. Vybraná skupina byla sledována také v oblasti věkové kategorie a délky praxe. Meisterův dotazník byl zvolen především z důvodu jeho velmi častého používání při mapování subjektivní psychické zátěže ve zdravotnických profesích. Za jeho přednost lze považovat velmi jasnou, stručnou, a tudíž pro respondenty srozumitelnou konstrukci dotazníku. Výhodou pro administrátora je jasně určená metodika analýzy dat, kterou je možné vykonat skupinově či individuálně. V této práci bylo aplikováno hodnocení za skupinu respondentů. Tato analýza zahrnuje vyhodnocení podle otázek, faktorů a celkovou klasifikaci zátěže.

První otázkou Meisterova dotazníku je mapována oblast „*Časová tíseň*“, tedy subjektivní prožívání pocitů časového tlaku. Dle Hladkého a Židkové (1999, s. 14) je plnění pracovních úkolů pod časovým tlakem jedním z největších stresorů. Je potřeba brát v potaz také náročnost pracovní činnosti. Čím je náročnější, tím bývá vykonávání činnosti více narušeno. V této oblasti byly získané odpovědi alarmující. Na hodnotící škále označily respondentky odpověď „*spíše ano*“ ve 43,7 %, ve 40,8 % respondentky vyjádřily plný souhlas s pocíťováním časové tísně. Ve vzorku se nevyskytla žádná respondentka, která by označila odpověď „*ne, vůbec nesouhlasím*“ a pouze 2,8 % vyjádřily svůj názor pomocí odpovědi „*spíše nesouhlasím*“. Kritická hodnota mediánu 3, byla stanovena jako populační norma. Výpočet mediánu ze získaných dat pro tuto oblast je 4, tedy přesahuje normu. Z toho vyplývá, že respondentky hodnotí svou práci v této oblasti negativně. Za povšimnutí stojí fakt, že Odložilková (2019, s. 52) a Papoušková (2021, s. 80) interpretují ve svých diplomových pracích v oblasti časové tísně totožnou hodnotu, která přesahuje kritickou hodnotu mediánu. Hubáčková (2020, s. 70) prezentuje v první otázce naměřenou hodnotu mediánu 3, která dosahuje kritické hodnoty. Balková a Hauptvogelová (2016, s. 20) publikují ve výsledcích průzkumného šetření, že až 75 % perioperačních sester negativně prožívá časový tlak při výkonu své profese. Nutno však podotknout, že jejich průzkumný vzorek tvořilo pouze 17

respondentek. Druhá položka „**Malé uspokojení**“, která vypovídá o neuspokojení v pracovní oblasti a nechuti chodit do zaměstnání, byla hodnocena velmi kladně, protože výrazně nejvyšší procentuální zastoupení bylo vypočítáno u odpovědi „*spíše nesouhlasím*“. Z výsledků bylo zjištěno, že neuspokojení spíše pociťuje pouze 9,9 % průzkumného vzorku, a pocit absolutního neuspokojení neprožívá žádná z respondentek. Otázka číslo tři „**Vysoká odpovědnost**“ je orientována na subjektivní vnímání profesního psychického zatížení pro vysokou zodpovědnost, a s tím spojenými závažnými důsledky. Až 46,4 % zkoumaného souboru vyjádřilo spíše nesouhlas s tímto fenoménem. Je tedy velmi příznivé, že psychická zátěž plynoucí z profesní zodpovědnosti není podle naměřené hodnoty mediánu 2 respondentkami vnímána negativně. Naproti tomu Hubáčková (2020, s. 70) a Papoušková (2021, s. 80) vyhodnotily v této položce medián v hodnotě 3, což představuje dosažení kritické hodnoty. V otázce „**Otupující práce**“ respondentky hodnotí, zda je práce málo zajímavá a spíše otupující. Dle získaných výsledků lze konstatovat, že zkoumané perioperační sestry svou práci za zajímavou ve velké míře považují. Na hodnotící škále byly voleny odpovědi „*ne, vůbec nesouhlasím*“ ve 33,8 % a „*spíše nesouhlasím*“ ve 43,7 %. Spíše otupující připadá práce 2,8 % souboru. Příznivé zjištění je, že za naprosto nezajímavou a otupující nepovažuje svou práci žádná z respondentek. Pátá otázka „**Problémy a konflikty**“ je zaměřena na časté konflikty a problémy v práci, od nichž se nelze odpoutat ani po skončení pracovní doby. Spíše nesouhlasně odpovědělo až 46,5% respondentek, pouze 1,4 % s touto položkou vyjádřilo plný souhlas. „**Monotonie**“ představuje oblast, kde respondentky hodnotí, zda při práci udržují jen s námahou pozornost, protože se po dlouhou dobu nic nového neděje. Podle získaných dat lze předpokládat, že soubor perioperačních sester nepovažuje svou práci za monotonií. Absolutní nesouhlas byl zastoupen procentuálním hodnocením 33,8 %. „*spíše nesouhlasím*“ byla nejčastěji označovaná odpověď v 43,7 %. Odpověď „*ano, plně souhlasím*“ neoznačila ani jedna z respondentek. Položka „**Nervozita**“ je zaměřena na skutečnost, že práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítí nervozitu a rozechvělost. Získané odpovědi nasvědčují tomu, že zkoumané perioperační sestry ve velké míře nepociťují nervozitu v souvislosti s psychickou náročností své profese. Až 47,9 % se vyjádřilo spíše nesouhlasně a pouze 2,8 % plně souhlasí, že po několika hodinách se cítí nervózně a rozechvěle. Medián představuje hodnotu 2, což značí kladné hodnocení v porovnání s negativním výsledkem dosažené kritické hodnoty 3 dle výsledků zjištěných Papouškovou (2021, s. 80). Absolutní souhlas zastoupen 1,4 % odpovědí, a převaha spíše nesouhlasných odpovědí ve 47,8 % byla analyzována v souvislosti s touhou dělat něco jiného po několika hodinách práce v otázce č. 8 „**Přesycení**“. Psychická náročnost práce způsobuje,

že se po několika hodinách dostaví pocit únavy a ochablosti. Toto subjektivní prožívání je hodnoceno v otázce č. 9 „**Únava**“. Hodnocení „*nevím, někdy ano, někdy ne*“ a „*spíše ano*“ představuje shodný počet odpovědí (21,1%). Zjištěný medián s hodnotou 2 poukazuje na kladné hodnocení této položky, Hubáčková (2020, s. 70), Odložilková (2019, s. 52) a Papoušková (2021, s. 80) prezentují vzájemně se shodující negativní hodnocení práce jejich zkoumanými vzorky s dosaženou kritickou hodnotou 3. Také Litvínová a Poliaková ve své publikaci zaměřené na zkoumání psychické zátěže uvedly, že únava je nejčastěji hodnoceným psychickým projevem psychické zátěže v jimi vybraném souboru perioperačních sester (2015, A6). Desátou, a tedy poslední otázkou Meisterova dotazníku je „**Dlouhodobá únosnost**“. Z ní plyne, že je práce tak psychicky náročná, že ji nelze dělat po léta se stejnou výkonností. U průzkumného vzorku převažují souhlasné odpovědi, a to „*spíše ano*“ ve 38,0 % a „*ano, plně souhlasím*“ ve 24 %. Absolutní souhlas byl označen pouze ve 4,2 %. Z toho plyne také naměřená hodnota mediánu 4, která představuje přesažení jeho kritické hodnoty a tedy je zjevné, že vzorek perioperačních sester tuto oblast hodnotí výrazně negativně. Hubáčková (2020, s. 70) a Odložilková (2019, s. 52) interpretují v této otázce dosažení kritické hodnoty 3. Za poutavé zjištění je možné považovat naměřenou hodnotu mediánu 2 u Papouškové (2021, s. 80), jelikož se vzorek perioperačních sester v její diplomové práci svými odpověďmi odlišuje a oblast dlouhodobé únosnosti hodnotí kladně.

Analýza dle faktorů byla vyhodnocována skupinově s použitím aritmetického průměru a výpočtem mediánu pro jednotlivé faktory. Ve zkoumaném vzorku perioperačních sester je nejvíce zatěžující „*Faktor III nespécifický faktor*“. Druhým nejvíce zatěžujícím byl „*Faktor I přetížení*“. Hubáčková (2020, s. 71) označila dle vlastních výpočtů opačné začlenění - jako nejvíce zatěžující určila „*Faktor I přetížení*“ a následně „*Faktor III nespécifický faktor*“. Za nejméně zatěžující lze dle zjištěných výsledků této práce i práce Hubáčkové (2020, s. 71) pokládat „*Faktor II monotonie*“. Podle spočteného „*Hrubého skóru*“ a následného hodnocení, zda došlo k přesažení kritické hodnoty, je možné sdělit, že nepříznivá zátěžová tendence se dotýká pouze 18,3 % respondentek. Medková (2014, s. 64) předkládá ve své analýze dat výsledek 13,9 %, který představuje počet přetížených perioperačních sester. Litvínová a Poliaková publikují, že v průběhu operačního výkonu pociťuje významnou psychickou zátěž v jejich vzorku perioperačních sester až 31,08 % (2015, A6).

Na základě výpočtů neparametrických korelačních koeficientů bylo zjištěno, že na „*Faktor I přetížení*“ se nejvíce podílí otázka č. 3 (vysoká odpovědnost). Tato otázka je rovněž v největší korelaci s „*Hrubým skórem*“. „*Faktor II monotonie*“ byl nejvíce ovlivněn otázkou

č. 4 (otupující práce), kde vznikla vůbec největší korelace ze všech získaných hodnot (0,81). Na „*Faktor III nesespecifický faktor*“ nejvíce působí položka orientovaná na únavu a ochablost po několikahodinovém vykonávání práce (otázka č. 9). Na celkový „*Hrubý skór*“ nejvíce působí otázka č. 3 (zodpovědnost), stejně jako na „*Faktor I přetížení*“.

Klasifikace zátěže byla provedena podle prvního modelu dle dané metodiky Meisterova dotazníku. Po sečtení mediánu FI a FIII byla zjištěna hraniční hodnota 19, která značí první stupeň zatížení. Tento zátěžový stupeň nevlývá na zdraví, výkonnost a subjektivní stav jedince. Hubáčková (2020, s. 72) postupovala podle stejného modelu s výslednou hodnotou 17, její vzorek respondentů se tedy řadí do shodného stupně zátěže. Papoušková (2021, s. 87) ve své práci potvrzuje rovněž zjištěný první stupeň zátěže.

6 ZÁVĚR

Cílem této diplomové práce bylo zmapovat ve vybraném vzorku perioperačních sester pracujících na operačním sále jejich subjektivní vnímání míry psychického zatížení. K dosažení průzkumného cíle byla zvolena kvantitativní průzkumná strategie. Pro sběr dat byl použit Meisterův dotazník, který je hojně využíván jako nástroj pro měření subjektivního hodnocení psychické zátěže při práci.

Z průzkumného šetření bylo zjištěno, že perioperační sestry považují za nejvíce zatěžující časový tlak při vykonávání pracovní činnosti. Během akutních nebo jiných neplánovaných výkonů, je na celý operační tým vyvíjen enormní nátlak. Během několika minut musí mít perioperační sestra připravené potřebné nástrojové i materiálové vybavení a pružně reagovat na požadavky operátora, snažit se dodržet a kontrolovat veškerá bezpečnostní opatření a organizovat vše pro plynulý průběh operačního výkonu v mezích svých kompetencí. Epidemiologické studie prokazují, že zátěž související s časovým tlakem může být ve vztahu s výskytem kardiovaskulárních onemocnění (Hladký, Židková, 1999, s. 14). Existují však i jedinci, kteří dokážou být pod tlakem výkonnější, lépe se soustředit a nepodléhat tak zbytečnému rozptýlení při práci. Nejméně zatěžující, pro zkoumané perioperační sestry dle výsledků průzkumu, byla vyhodnocena oblast monotonie. Lze tvrdit, že soubor perioperačních sester svou práci nepovažuje za jednotvárnou a nezajímavou. Vzorek tvořily sestry nejen z oborových, ale také z centrálních operačních sálů. Každý obor má svá specifika, každý je svým způsobem poutavý a spektrum operačních výkonů bývá rozsáhlé.

Perioperační sestry vykonávají velmi náročné povolání a jsou na ně kladeny neustále vyšší nároky. Jejich profesi vyžaduje soustavné vzdělávání a vysoké pracovní nasazení. Kladným zjištěním tedy je, že ze získaných výsledků nebyla naměřena významná míra psychického zatížení. Zkoumaný soubor se nachází v prvním stupni zátěže dle Meistera. V této úrovni není pravděpodobné ovlivnění zdraví, subjektivního stavu a výkonnosti.

Ve výsledku bylo zjištěno, že nepříznivá zátěžová tendence se vztahuje pouze na 18,3 % perioperačních sester ze zkoumaného souboru.

Většina perioperačních sester si své povolání vybrala dobrovolně a svou práci vykonává s láskou a potěšením. Nelze však opomenout, že bývají denně vystavovány vysokému stresovému vypětí, fyzickému vyčerpání a emocionálně náročným situacím, mezi které se řadí také smrt pacienta. V průběhu dne jsou nezřídka potlačovány jejich fyziologické potřeby.

Mnohdy několik hodin nemají možnost se napít, najíst či použít toaletu. Také směnný provoz narušuje spánkový rytmus, který je pro regeneraci klíčový. Z toho důvodu je velmi podstatné ve svém osobním životě o sebe pečovat. Důležité je naučit se relaxovat, věnovat se svým koníčkům, fyzické aktivitě a udržovat vhodnou životosprávu. Také smích může pozitivně ovlivňovat celkové psychické napětí a bojovat proti jeho škodlivým účinkům.

7 LITERATURA

Knihy

CABANOVÁ, Marianna a Tatiana RAPČÍKOVÁ. *Zátěžové situácie a etika v prostredí kardiochirurgických operačních sál z pohľadu sestry*. In: Jirkovský Daniel. *Cesta k modernímu ošetrovatelství XVIII. – recenzovaný sborník příspěvků z odborné konference s mezinárodní účastí. 1. vyd.* Praha: Fakultní nemocnice v Motole, 2016, s. 266. ISBN: 978-80-87347-23-2. 27.

GILLESPIE, David F. *Burnout among social workers*. New York: Routledge, 1987, 116 s. ISBN 0-86656-666-X.

DIMUNOVÁ, Lucia. *Pracovní zátěž v profesi sestry*. Praha: Powerprint, 2018, 75 s. ISBN 978-80-7568-097-6.

DUDA, Miloslav. *Práce sestry na operačním sále*. Praha: Grada, 2000, 389 s. ISBN 80-7169-642-0.

HLADKÝ, Aleš a Zdeňka ŽIDKOVÁ. *Metody hodnocení psychosociální pracovní zátěže: metodická příručka*. Praha: Karolinum, 1999, 78 s. ISBN 80-718-4890-5.

HUMPL, Lukáš, Vendula KOLÁŘOVÁ a Blanka Čepická. *Peer podpora ve zdravotnictví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelských a nelékařských zdravotnických oborů, 2023 111 s. ISBN 978-80-7013-617-1.

IHNÁT, Peter. *Základní chirurgické techniky a dovednosti*. Praha: Grada, 2017, 152 s. ISBN 978-80-271-0334-8.

JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada, 2013, 256 s. ISBN 978-80-247-4412-4.

JEDLIČKOVÁ, Jaroslava. *Ošetrovatelská perioperační péče*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012, 268 s. ISBN 978-80-7013-543-3.

JEDLIČKOVÁ, Jaroslava, Tomáš SVOBODA a Jana WISCHSOVÁ. *Perioperační zásady v kostce*. Praha: Grada, 2021, 152 s. ISBN 978-80-271-1727-7.

- KLEVETOVÁ, Dana. *Nalézání osobní rovnováhy v pomáhajících profesích*. 1. vyd. Praha: Ladislava Rotšeidlová – Arok, 2017, 176 s. ISBN 978-80-906465-1-3.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Hořet, ale nevyhořet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012, 175 s. ISBN 978-80-7195-573-3.
- MORAVCOVÁ, Klára. *Prevence syndromu vyhoření a stress management*. Pardubice: Benepal, 2013, 58 s. Reg. č. CZ.1.07/3.2.13/03.0029
- NIEDERLE, Bohuslav. *Práce sestry na operačním sále*. Praha: Avicenum, 1986, 412 s. ISBN 08-023-86.
- NOVOTNÁ, Hedvika, Ondřej ŠPAČEK a Magdaléna ŠTOVÍČKOVÁ JANTULOVÁ. *Metody výzkumu ve společenských vědách*. Praha: FHS UK, 2019, 495 s. ISBN 978-80-7571-025-3.
- PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti. 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada, 2017, 368 s. ISBN 978-80-247-5646-2.
- PTÁČEK, Radek, Jiří RABOCH, Vladimír KEBZA a kolektiv. *Burnout syndrom jako mezioborový jev*. Praha: Grada, 2013, 168 s. ISBN 978-80-247-5114-6.
- SCHNEIDEROVÁ, Michaela. *Perioperační péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014, 368 s. ISBN 978-80-247-4414-8.
- TALIÁNOVÁ, Magda. *Základy dezinfekce a sterilizace ve zdravotnictví*. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2015, 231 s. ISBN 978-80-7395-954-8.
- TUČEK, Milan, Alena SLÁMOVÁ a kolektiv. *Hygiena a epidemiologie pro bakaláře*. Praha: Karolinum, 2022, 218 s. ISBN 978-80-246-3932-1.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014, 816 s. ISBN 978-80-262-0696-5.
- VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory – Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2007, 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
- VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sestry v nouzi: Syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada, 2011, 192 s. ISBN 978-80-247-3174-2.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Supervize v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2013, 104 s. ISBN 978-80-247-4082-9.

VÉVODA, Jiří, Eva PROŠKOVÁ a kolektiv. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2013, 160 s. ISBN 978-80-247-4732-3.

WENDSCHE, Peter, Andrea POKORNÁ a Ivana ŠTEFKOVÁ. *Perioperační ošetrovatelská péče*. Praha: Galén, 2012, 117 s. ISBN 978-80-7262-894-0.

WICHSOVÁ, Jana. *Bezpečnost a etika v perioperační péči*. Praha: Grada, 2020, 88 s. ISBN 978-80-271-1029-2.

WICHSOVÁ, Jana, Petr PŘIKRYL, Renata POKORNÁ a Zuzana BITTNEROVÁ. *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada, 2013, 192 s. ISBN 978-80-247-3754-6.

Periodika

BALKOVÁ, Hilda a Miroslava HAUPTVOGELOVÁ. *Psychická zátěž v práci operační sestry*. In: *Zdravotnictví a medicína*, 6/2016, s. 20. ISSN 2336-2987.

ČESKO. *Nářízení vlády 467/2020 Sb., kterým se mění nařízení vlády č. 631/2007 Sb., kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví při práci*. In: *Sbírka zákonů*. Částka 192. Praha: Tiskárna Ministerstva vnitra, 2020, 5360 s. ISSN 1211-1244.

ČESKO. *Úplné znění zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), jak vyplývá z pozdějších změn*. In: *Sbírka zákonů*, Částka 109. Praha: Tiskárna Ministerstva vnitra, 2008, 5248 s. ISSN 1211-1244.

ČESKO. *Vzdělávací program specializačního vzdělávání v oboru Všeobecná sestra – Perioperační péče*. In: *Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR*, Částka 5. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2020, 252 s. ISSN 1211-0868.

ČESKO. *Vyhláška č. 92/2012 Sb. o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče*. In: *Sbírka zákonů*, Částka 36. Praha: Tiskárna Ministerstva vnitra, 2012, 1608 s. ISSN 1211-1244.

ČESKO. *Vyhláška č. 99/2012 Sb. o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb.* In: *Sbírka zákonů, Částka 39.* Praha: Tiskárna Ministerstva vnitra, 2012, 1752 s. ISSN 1211-1244.

ČESKO. *Vyhláška č. 107/2013 Sb. kterou se mění vyhláška č. 432/2003 Sb., kterou se stanoví podmínky pro zařazování prací do kategorií, limitní hodnoty ukazatelů biologických expozičních testů, podmínky odběru biologického materiálu pro provádění biologických expozičních testů a náležitosti hlášení prací s azbestem a biologickými činiteli.* In: *Sbírka zákonů. Částka 48.* Praha: Tiskárna Ministerstva vnitra. ISSN 1211-1244.

HAVELKOVÁ, Kateřina. *Co byste měli vědět o novele zákona o nelékařských zdravotnických povoláních.* In: *Florence.* 9/17, 2017, s. 30 – 31. ISSN 1801-464X.

HEKELOVÁ, Zuzana. *Jak nevyhořet v práci sestry?* In: *Florence.* 3(9), 2018, s. 2 – 3. ISSN 1801-464X.

KORDULOVÁ, Pavla. *Historický přehled vzdělávání perioperační sestry v urologii.* In: *Urologie pro praxi.* 17(5), 2016, s. 238 – 242. ISSN 1213-1768.

KORDULOVÁ, Pavla. *Vzdělávání sester specialistek v perioperační péči.* In: *Florence.* 13 (6), 2017, s. 26 -28. ISSN 1801-464X.

KUDRLIČKOVÁ, Dagmar, Jana SOMROVÁ a BRABCOVÁ Iva. *Rizika v intraoperační ošetrovatelské péči.* In: *Pediatric pro praxi.* 15(4), 2014, s. 235-237. ISSN 1213-0494.

LITVNÍNOVÁ, Anna a Nikoleta POLIAKOVÁ. *Psychická zátěž sestry v operační sále.* In: *Zdravotnické listy.* 3(2), 2015. ISSN 1339-3022.

NEŠPOR, Karel. *Prevence profesionálního stresu a syndromu vyhoření.* In: *Medicína pro praxi.* 4(9), 2007, s. 371 - 373. ISSN 1803-510. Dostupné také z: <<https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/09/10.pdf>>.

PELCÁK, Stanislav a Alexander TOMEČEK. *Syndrom vyhoření – psychické důsledky výkonu práce expedienta.* In: *Praktické lékařství.* 7(2), 2011, s. 87 – 90. ISSN 1803-510. Dostupné také z: <<https://www.solen.cz/pdfs/lek/2011/02/10.pdf>>.

Elektronické zdroje

BLAŽEJOVÁ, Radka a Jana ŘÍHOVÁ. *Perioperační sestry: Je to krásná, zodpovědná a nestereotypní práce, shodují se*. Nemocnice Pardubického kraje. [online], [cit. 2023-12-05]. Dostupné z: <<https://www.nempk.cz/novinky/perioperacni-sestry-je-to-krasna-zodpovedna-a-nestereotypni-prace-shoduji-se>>.

ČESKO. *Vyhláška 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*. Částka 20/2011. [online], [cit. 2013-12-07]. Dostupné z: <<https://www.e-sbirka.cz/sb/2011/55?zalozka=text>>.

ČESKO. *Vyhláška 158/2022 Sb. kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb.* [online], [cit. 2024-01-07]. Dostupné z: <<https://www.e-sbirka.cz/sb/2022/158?zalozka=text>>.

ČESKO. *Vzdělávací program specializačního vzdělávání v oboru VŠEOBECNÁ SESTRA – PERIOPERAČNÍ PÉČE*. [online], [cit. 2024-01-07]. Dostupné z: <[https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/4225/41052/P%C5%99%C3%ADloha%20%C4%8D.%2055%20VS%20%E2%80%93%20Periopera%C4%8Dn%C3%AD%20p%C3%A9%C4%8De%20\(v%C4%9Bstn%C3%ADk%20MZ%20%C4%8D.%205_2020\).pdf](https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/4225/41052/P%C5%99%C3%ADloha%20%C4%8D.%2055%20VS%20%E2%80%93%20Periopera%C4%8Dn%C3%AD%20p%C3%A9%C4%8De%20(v%C4%9Bstn%C3%ADk%20MZ%20%C4%8D.%205_2020).pdf)>.

EORNA b. *EORNA Common Core Curriculum for Perioperative Nursing*. [online], [cit. 2024-01-05]. Dostupné z: <https://eorna.eu/wp-content/uploads/2019/09/EORNA-core-curriculum_July2019.pdf>.

EORNA a. *The EORNA Framework for Perioperative Nurse Competencies*. Second Edition. EORNA Educational committee. [online], [cit. 2024-01-05]. Dostupné z: <<https://eorna.eu/wp-content/uploads/2019/05/Competencies-brochure-final.pdf>>.

EVROPSKÝ PARLAMENT a RADA EVROPSKÉ UNIE. *Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2005/36/ES o uznávání odborných kvalifikací*. In: *Úřední věstník Evropské unie*. [online], [cit. 2024-01-17]. Dostupné z: <https://uok.msmt.cz/uok_doc/cz/Smernice_2005-36-ES.pdf>.

ISO. *Ergonomic principles related to mental workload*. [online], [cit. 2024-04-01]. Dostupné z: <<https://www.iso.org/standard/66900.html>>

NCO NZO. *Akreditované vzdělávací programy, Všeobecná sestra- Perioperační péče*. [online], [cit. 2024-02-01]. Dostupné z: <<https://www.nconzo.cz/cs/vseobecna-sestra-perioperacni-pece-vestnik-c-52020-830-3372024>>.

SYSTÉM PSYCHOSOCIÁLNÍ INTERVENČNÍ SLUŽBY. *Podpora zdravotníkům*. [online], [cit. 2024-02-01]. Dostupné z: <<https://www.spis.cloud/podpora-zdravotnikum/>>.

TCC online. *Dotazník zvládání stresu – zátěže*. [online], [cit. 2024-02-02]. Dostupné z: <<https://www.tcconline.cz/dotazniky-testy/dotaznik-zvladani-zateze-stresu/>>.

TCC online. *Zdroje stresu*. [online], [cit. 2024-02-02]. Dostupné z: <<https://www.tcconline.cz/dotazniky-testy/zdroje-stresu/>>.

UNIVERZITA PARDUBICE. *Specializace v zdravotnictví – Perioperační péče*. Fakulta zdravotnických studií. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2024. [online], [cit. 2024-01-28]. Dostupné z: <<https://studuj.upce.cz/obor/fzs-specializace-v-osetrovatelstvi-perioperacni-pece-kombinovana-cestina>>.

Ostatní

HOLÁ, Jana. *Zdravotnická statistika – cvičebnice*. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, 2018, 97 s.

HUBÁČKOVÁ, Denisa. *Psychická zátěž u perioperačních sester*. [online]. Pardubice, 2020 [cit. 2024-03-30]. Dostupné z: <<https://theses.cz/id/79n2iz/>>. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Markéta Paprštejnová, Ph.D.

MEDKOVÁ, Markéta. *Psychická zátěž perioperačních sester na operačním sále*. [online]. Pardubice, 2014 [cit. 2024-03-30]. Dostupné z: <<https://theses.cz/id/01aki4/>>. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce PhDr. Magda Taliánová, Ph.D.

ODLOŽÍLKOVÁ, Markéta. *Pracovní zátěž v perioperační péči*. [online]. Pardubice, 2019 [cit. 2024-03-30]. Dostupné z: <<https://theses.cz/id/xxvwj0/>>. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce PhDr. Magda Taliánová, Ph.D.

PAPOUŠKOVÁ, Pavlína. *Vliv manažerské komunikace na psychickou zátěž pracovníků v perioperační péči*. [online]. Pardubice, 2021 [cit. 2024-03-30]. Dostupné z:

<<https://theses.cz/id/75hxx0/>>. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce doc. Ing. Jana Holá, Ph.D.

POLÁKOVÁ, Ivana. Pracovní zátěž u sester v perioperační péči. [online]. České Budějovice, 2016 [cit. 2024-03-30]. Dostupné z: < <https://theses.cz/id/lijven/>>. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Mgr. Hana Hajduchová, Ph.D.

8 PŘÍLOHY

Příloha A	Dotazník.....	63
Příloha B	Pomocné tabulky k vyhodnocení Meisterova dotazníku.....	64

Příloha A - Dotazník

Vážené kolegyně a kolegové,

jmenuji se Kateřina Boriková a pracuji na operačním sále Kliniky kardiovaskulární chirurgie 2. LF UK a FN Motol. Studuji navazující magisterský studijní program Specializace ve zdravotnictví, obor Perioperační péče na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Touto cestou si Vás dovoluji požádat o vyplnění dotazníku, který bude použit pro výzkumnou část mé diplomové práce na téma „Psychická zátěž v profesi perioperační sestry“. Dotazník slouží k hodnocení vlivů pracovní činnosti na psychiku pracovníků a jeho vyplnění je dobrovolné a zcela anonymní. Získané údaje budou demonstrovány pouze v mé diplomové práci.

Děkuji za spolupráci a Váš čas.

Bc. Kateřina Boriková

Jaký je Váš věk?

- a) do 30 let
- b) 31 – 40 let
- c) 41 – 50 let
- d) 51 – 60 let
- e) 61 a více let

Jaká je Vaše délka praxe na operačním sále?

- a) do 1 roku
- b) 1 – 9 let
- c) 10 – 19 let
- d) 20 a více let

Hodnocení pracovní zátěže (MEISTERŮV DOTAZNÍK)

Vaším úkolem je u každé otázky zakroužkovat odpověď, která nejvíce vystihuje Vaše pocity při práci.						
5 – ano, plně souhlasím		2 – spíše nesouhlasím				
4 – spíše ano		1 – ne, vůbec nesouhlasím				
3 – nevím, někdy ano, někdy ne						
1.	Při práci mívám často pocit časového tlaku	5	4	3	2	1
2.	Práce mě neuspokojuje, chodím do ní nerad/a	5	4	3	2	1
3.	Práce mě velmi psychicky zatěžuje pro vysokou zodpovědnost, spojenou se závažnými důsledky	5	4	3	2	1
4.	Práce je málo zajímavá, duševně je spíše otupující	5	4	3	2	1
5.	V práci mám časté konflikty a problémy, od nichž se nemohu odpoutat ani po skončení pracovní doby	5	4	3	2	1
6.	Při práci udržuji jen s námahou pozornost, protože se po dlouhou dobu nic nového neděje	5	4	3	2	1
7.	Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím nervozitu a rozechvělost	5	4	3	2	1
8.	Po několika hodinách mám práce natolik dost, že bych chtěl/a dělat něco jiného	5	4	3	2	1
9.	Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím únavu a ochablost	5	4	3	2	1
10.	Práce je psychicky tak náročná, že ji nelze dělat po léta se stejnou výkonností	5	4	3	2	1

Příloha B - Pomocné tabulky k vyhodnocení Meisterova dotazníku

Tabulka 14: Tabulka četností – Otázka 1 Při práci mívám často pocit časového tlaku

1. ČASOVÁ TÍSEŇ				
Odpověď	Četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
2 – spíše nesouhlasím	2	2	2,8 %	2,8 %
3 – nevím, někdy ano, někdy ne	9	11	12,7 %	15,5 %
4 – spíše ano	31	42	43,7 %	59,2 %
5 – ano, plně souhlasím	29	71	40,8 %	100,00 %
Celkem	71		100,0 %	

Tabulka 15: Tabulka četností – Otázka 2 Práce mě neuspokojuje, chodím do ní nerad/a

2. MALÉ USPOKOJENÍ				
Odpověď	Četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
1 - ne, vůbec nesouhlasím	10	10	14,1 %	14,1 %
2 – spíše nesouhlasím	42	52	59,1 %	73,2 %
3 – nevím, někdy ano, někdy ne	12	64	16,9 %	90,1 %
4 – spíše ano	7	71	9,9 %	100,0 %
Celkem	71		100,0 %	

Tabulka 16: Tabulka četností – Otázka 3 Práce mě velmi psychicky zatěžuje pro vysokou zodpovědnost, spojenou se závažnými důsledky

3. VYSOKÁ ODPOVĚDNOST				
Odpověď	Četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
1 - ne, vůbec nesouhlasím	7	7	9,9 %	9,9 %
2 – spíše nesouhlasím	33	40	46,4 %	56,3 %
3 – nevím, někdy ano, někdy ne	12	52	16,9 %	73,2 %
4 – spíše ano	11	63	15,5 %	88,7 %
5 – ano, plně souhlasím	8	71	11,3 %	100,0 %
Celkem	71		100,0 %	

Tabulka 17: Tabulka četností – Otázka 4 Práce je málo zajímavá, duševně je spíše otupující

4. OTUPUJÍCÍ PRÁCE				
Odpověď	Četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
1 - ne, vůbec nesouhlasím	24	24	33,8 %	33,8 %
2 – spíše nesouhlasím	31	55	43,7 %	77,5 %
3 – nevím, někdy ano, někdy ne	14	69	19,7 %	97,2 %
4 – spíše ano	2	71	2,8 %	100,0 %
Celkem	71		100,0 %	

Tabulka 18: Tabulka četností – Otázka 5 V práci mám časté konflikty a problémy, od nichž se nemohu odpoutat ani po skončení pracovní doby

5. PROBLÉMY A KONFLIKTY				
Odpověď	Četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
1 - ne, vůbec nesouhlasím	20	20	28,2 %	28,2 %
2 – spíše nesouhlasím	33	53	46,5 %	74,7 %
3 – nevím, někdy ano, někdy ne	13	66	18,3 %	93,0 %
4 – spíše ano	4	70	5,6 %	98,6 %
5 – ano, plně souhlasím	1	71	1,4 %	100,0 %
Celkem	71		100,0 %	

Tabulka 19: Tabulka četností – Otázka 6 Při práci udržuji jen s námahou pozornost, protože se po dlouhou dobu nic nového neděje

6. MONOTONIE				
Odpověď	Četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
1 - ne, vůbec nesouhlasím	24	24	33,8 %	33,8 %
2 – spíše nesouhlasím	31	55	43,7 %	77,5 %
3 – nevím, někdy ano, někdy ne	14	69	19,7 %	97,2 %
4 – spíše ano	2	71	2,8 %	100,0 %
Celkem	71		100,0 %	

Tabulka 20: Tabulka četností – Otázka 7 Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím nervozitu a rozechvělost

7. NERVOZITA				
Odpověď	Četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
1 - ne, vůbec nesouhlasím	13	13	18,3 %	18,3 %
2 – spíše nesouhlasím	34	47	47,9 %	66,2 %
3 – nevím, někdy ano, někdy ne	14	61	19,7 %	85,9 %
4 – spíše ano	8	69	11,3 %	97,2 %
5 – ano, plně souhlasím	2	71	2,8 %	100,0 %
Celkem	71		100,0 %	

Tabulka 21: Tabulka četností – Otázka 8 Po několika hodinách mám práce natolik dost, že bych chtěl/a dělat něco jiného

8. PŘESYCENÍ				
Odpověď	Četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
1 - ne, vůbec nesouhlasím	19	19	26,8 %	26,8 %
2 – spíše nesouhlasím	34	53	47,8 %	74,6 %
3 – nevím, někdy ano, někdy ne	11	64	15,5 %	90,1 %
4 – spíše ano	6	70	8,5 %	98,6 %
5 – ano, plně souhlasím	1	71	1,4 %	100,0 %
Celkem	71		100,0 %	

Tabulka 22: Tabulka četností – Otázka 9 Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím únavu a ochablost

9. ÚNAVA				
Odpověď	Četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
1 - ne, vůbec nesouhlasím	11	11	15,5 %	15,5 %
2 – spíše nesouhlasím	27	38	38,0 %	53,5 %
3 – nevím, někdy ano, někdy ne	15	53	21,1 %	74,6 %
4 – spíše ano	15	68	21,1 %	95,7 %
5 – ano, plně souhlasím	3	71	4,3 %	100,0 %
Celkem	71		100,0 %	

Tabulka 23: Tabulka četností – Otázka 10 Práce je psychicky tak náročná, že ji nelze dělat po léta se stejnou výkonností

10. DLOUHODOBÁ ÚNOSNOST				
Odpověď	Četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
1 - ne, vůbec nesouhlasím	3	3	4,2 %	4,2 %
2 – spíše nesouhlasím	10	13	14,1 %	18,3 %
3 – nevím, někdy ano, někdy ne	14	27	19,7 %	38,0 %
4 – spíše ano	27	54	38,0 %	76,0 %
5 – ano, plně souhlasím	17	71	24,0 %	100,0 %
Celkem	71		100,0 %	

Tabulka 24: Tabulka četností – klasifikace zátěže faktor I – přetížení

Faktor I	Četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
5	3	3	4,2 %	4,2 %
6	1	4	1,4 %	5,6 %
7	12	16	16,9 %	22,5 %
8	12	28	16,9 %	39,4 %
9	22	50	31,1 %	70,5 %
10	7	57	9,9 %	80,4 %
11	5	62	7,0 %	87,4 %
12	3	65	4,2 %	91,6 %
13	5	70	7,0 %	98,6 %
14	1	71	1,4 %	100,0 %
Celkem	71		100,0 %	

Tabulka 25: Tabulka četností – klasifikace zátěže faktor II – monotonie

Faktor II	Četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
3	4	4	5,6 %	5,6 %
4	12	16	16,9 %	22,5 %
5	14	30	19,7 %	42,2 %
6	10	40	14,1 %	56,3 %
7	19	59	26,9 %	83,2 %
8	5	64	7,0 %	90,2 %
9	4	68	5,6 %	95,8 %
10	1	69	1,4 %	97,2 %
12	1	70	1,4 %	98,6 %
13	1	71	1,4 %	100,0 %
Celkem	71		100,0 %	

Tabulka 26: Tabulka četností – klasifikace zátěže faktor III – nespecifický faktor

Faktor III	Četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
6	6	6	8,5 %	8,5 %
8	7	13	9,9 %	18,4 %
9	10	23	14,1 %	32,5 %
10	16	39	22,5 %	55,0 %
11	13	52	18,4 %	73,4 %
12	5	57	7,0 %	80,4 %
13	4	61	5,6 %	86,0 %
14	2	63	2,8 %	88,8 %
15	2	65	2,8 %	91,6 %
16	2	67	2,8 %	94,4 %
17	3	70	4,2 %	98,6 %
19	1	71	1,4 %	100,0 %
Celkem	71		100,0 %	

Tabulka 27: Tabulka četností – hrubý skór

Hrubý skór	Četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
15	2	2	2,8 %	2,8 %
16	1	3	1,4 %	4,2 %
18	2	5	2,8 %	7,0 %
19	2	7	2,8 %	9,8 %
20	2	9	2,8 %	12,6 %
21	2	11	2,8 %	15,4 %
22	2	13	2,8 %	18,2 %
23	7	20	9,9 %	28,1 %
24	9	29	12,7 %	40,8 %
25	12	41	16,9 %	57,7 %
26	8	49	11,3 %	69,0 %
27	5	54	7,1 %	76,1 %
28	4	58	5,7 %	81,8 %
31	2	60	2,8 %	84,6 %
32	2	62	2,8 %	87,4 %
33	1	63	1,4 %	88,8 %
34	1	64	1,4 %	90,2 %

Hrubý skór	Četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
35	2	66	2,8 %	93,0 %
36	2	68	2,8 %	95,8 %
37	1	69	1,4 %	97,2 %
39	1	70	1,4 %	98,6 %
41	1	71	1,4 %	100,0 %
Celkem	71		100,0 %	