

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Fyzická vyčerpání sestřiček na chirurgické klinice

Tereza Pešavová

Bakalářská práce

2015

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Tereza Pešavová**
Osobní číslo: **Z12263**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Fyzická vyčerpání sester na chirurgické klinice**
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství**

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


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

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího
Rozsah pracovní zprávy: 35 stran
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná
Seznam odborné literatury:


1. BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2006. ISBN 80-7013-439-9.
2. HLADKÝ, Aleš. Zdravotní aspekty zátěže a stresu. Praha: Karolinum, 1993. ISBN 482-101-93.
3. POCHYLÁ, Karla, POCHYLÝ, Otakar. Metoda kvantifikace ošetřovatelské péče pro stanovení počtu ošetřovatelského personálu. Brno: IDV PZ, 1999. ISBN 80-7013-290-6.
4. RICHARDS, Ann, EDWARDS, Sharon. Repetitorium pro zdravotní sestry. Praha: GRADA Publishing a.s., 2004. ISBN 80-247-0932-5
5. VYHNÁNEK, František a kol. Chirurgie III. Praha: Informatorium, 1997. ISBN 80-86073-14-9.

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Markéta Kalábová
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: 1. října 2012
Termín odevzdání bakalářské práce: 7. května 2015


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Čermáková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 3. března 2015

Prohlášení:

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

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

Souhlasím s prezentačním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne

Tereza Pešavová

Poděkování:

Tímto bych ráda poděkovala vedoucí bakalářské práce Mgr. Markétě Kalábové za ochotu, její čas a odborné rady při zpracování práce. Dále děkuji všem respondentkám z oslovené nemocnice za jejich čas při vyplnění rozdaných dotazníků. Velké děkuji patří firmě Omron, která poskytla sponzorským darem krokoměr. A v neposlední řadě chci poděkovat mé rodině a všem blízkým přátelům za jejich podporu při psaní této práce.

SOUHRN

Tato práce nastiňuje problematiku stále se zvyšující fyzické zátěže zdravotních sester pracujících na chirurgické klinice v nejmenované krajské nemocnici v České republice. Teoretická část se zabývá anatomií a fyziologií pohybové soustavy. Jsou zde popsány poznatky z oblasti jak tělesné tak psychické zátěže. Charakterizováno je i oddělení chirurgie a specifika práce sester na tomto oddělení. Uvedeny jsou i nejčastěji zmiňované zdravotní problémy spojené s výkonem sesterského zaměstnání a možnosti jejich řešení a prevence. V empirické části jsou prezentovány výsledky výzkumného šetření, které se vztahuje k vyhodnocení dotazníků týkajících se fyzického vyčerpání sester pracujících na třech různých odděleních chirurgické kliniky. Vyhodnocen je i jejich pohled na aktuální stavy zdravotnického personálu a zvyšující se fyzické nároky na povolání zdravotní sestry.

KLÍČOVÁ SLOVA

zdravotní sestra v chirurgii, fyzická zátěž, psychická zátěž, zdravotní problémy, prevence

SUMMARY:

Present bachelor's thesis outlines problems of still increasing physical strain of the nurses working at the surgery department at one unnamed regional hospital in the Czech Republic. Teoretical part describes anatomy and physiology of the locomotion system. Details of physical and mental stress associated with the nurses work at this department are mentioned. The surgery department and the specification of work content are characterized as well. Most common health complications resulting from the nurses profession, ways of possible solutions and timely prevention are introduced. Empiric part presents results of the present study that was done based on the assessment of attached questionnaires concerning physical strain of nurses at three different departments of surgical clinic. Perspectives of participating nurses on the actual personal situation and on growing physical demands associated with the nurses profession are evaluated.

KEY WORDS

surgical nurse, physical stress, mental stress, health complications, prevention

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	13
1 ZÁTĚŽ ZDRAVOTNÍ SESTRY	13
1.1 FYZICKÁ ZÁTĚŽ	13
1.1.1 Pracovní úrazy.....	14
1.2 PSYCHICKÁ ZÁTĚŽ.....	14
1.3 SYNDROM VYHOŘENÍ	15
1.3.1 Příznaky syndromu vyhoření.....	15
2 ANATOMIE POHYBOVÉHO APARÁTU	16
2.1 PASIVNÍ POHYBOVÝ APARÁT	16
2.1.1 Pohyblivost páteře	17
2.1.2 Patofyziologie páteře.....	18
2.2 AKTIVNÍ POHYBOVÝ APARÁT.....	18
2.2.1 Stavba svalu	19
2.2.2 Funkce a svalový metabolismus.....	19
3 ČASTÉ BOLESTI U SESTER	20
3.1 BOLESTI HLAVY.....	20
3.2 BOLESTI ZAD A POHYBOVÉHO SYSTÉMU	20
4 MOŽNOSTI LÉČBY BOLESTI	21
4.1 FARMAKOTERAPIE.....	22
4.2 REHABILITACE.....	22
4.2.1 Masáže.....	22
4.2.2 Akupresura	23
4.2.3 Akupunktura.....	23
4.3 FYZIKÁLNÍ LÉČBA.....	23
4.3.1 Kryoterapie.....	23
4.3.2 Ultrazvuk.....	23
4.3.3 Povrchní působení tepla	24
4.3.4 Krátkovlnná diatermie.....	24
4.3.5 Transkutánní elektroneurostimulace	24
4.3.6 Výstupy a podpěry.....	24
4.3.7 Ortézy	25
4.4 CHIRURGICKÁ LÉČBA BOLESTI.....	25
5 PREVENCE	25

5.1	ŽIVOTOSPRÁVA	26
6	OBOR CHIRURGIE.....	26
6.1	PERSONÁLNÍ ZABEZPEČENÍ AMBULANTNÍ A LŮŽKOVÉ PÉČE CHIRURGIE.....	26
II	VÝZKUMNÁ ČÁST.....	28
7	METODIKA	28
7.1	VOLBA METODIKY	28
7.2	VÝZKUMNÁ METODA.....	28
7.3	DISTRIBUCE DOTAZNÍKŮ.....	28
8	VÝSLEDKY	29
8.1	VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKŮ.....	29
9	DISKUZE	47
10	ZÁVĚR.....	51
11	SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ.....	52

Seznam obrázků

Obrázek 1 Nejvyšší dosažené vzdělání	29
Obrázek 2 Pracoviště	30
Obrázek 3 Volný čas mezi směnami	34
Obrázek 4 Personální obsazení	35
Obrázek 5 Náplň práce	37
Obrázek 6 Zdravotní problémy	39
Obrázek 7 Konflikt s nadřízeným	41
Obrázek 8 Stav po spánku	43
Obrázek 9 Možnosti odpočinku	44
Obrázek 10 Dostatek pomocného personálu	45
Obrázek 11 Změna povolání	46

Seznam tabulek

Tabulka 1 Délka praxe	31
Tabulka 2 Náročnost práce	32
Tabulka 3 Směny	33
Tabulka 4 Pracovní kompetence	36
Tabulka 5 Zdravotní potíže	38
Tabulka 6 Konflikt s pacienty	40
Tabulka 7 Poruchy spánku	42

Seznam použitých zkratek

ARIP	anestezie, resuscitace, intenzivní péče
ATP	adenosintrifosfát
HKK	horní končetiny
IHS	International Headache Society
JIP	jednotka intenzivní péče
NSA	nesteroidní antiflogistika
SZŠ	střední zdravotnická škola
TENS	transkutánní elektroneurostimulace
VCHGD	vředová choroba gastroduodena
VŠ	vysoká škola
WHO	World Health Organization

Úvod

Povolání zdravotní sestry patří ze své podstaty bezesporu k jednomu z velice náročných povolání, jak po stránce fyzické, tak i po stránce psychické. Každý, kdo se pro toto povolání rozhodl, zcela určitě netušil, jak náročné bude tuto profesi vykonávat. Péče o často velmi nemocné a strádající pacienty, vysoká fyzická a psychická zátěž, směnný provoz nerespektující víkendy, to vše je naprostou samozřejmostí, se kterou je sestra konfrontována každý den a tyto skutečnosti respektuje. Málomocné povolání je však vystaveno tak blízkému a těsnému kontaktu s utrpením a smrtí jako je právě zdravotní sestra.

Z celosvětových průzkumů vychází dlouhodobě najevo, že jak zájem o vzdělání v oboru zdravotní sestra, tak i později samotná prestiž tohoto povolání neustále klesá. V posledních letech slyšíme z médií, ale i z řad zdravotnického personálu o tom, jak zoufalou personální situací trpí naše zdravotnictví. Vinou tohoto stavu je celá řada faktorů, jimž ale tato práce věnována není. Všechny tyto aspekty jsou poněkud devalvující a nutí k zamyšlení nad celkovou strukturou a vedením zdravotnictví.

Se zvyšující se životní úrovní a lepší kvalitou zdravotní péče se zvyšuje i průměrný věk obyvatelstva, z čehož plyne i daleko větší počet pacientů, kteří potřebují zdravotní péči. Fluktuační zdravotních sester a snižující se stavy zdravotnického personálu v nemocničních zařízeních jsou problémem mezinárodního měřítka. Vzhledem k tomu, že se tento fenomén nevyhnul ani nemocnici, ve které průzkum probíhal, bylo cílem této práce zjistit na vzorku 45 zdravotních sester pracujících na různých odděleních chirurgické kliniky jejich subjektivní pohled na skutečnost spojenou s kontinuálním nárůstem fyzické zátěže z důvodu nedostatku zdravotního personálu.

V části teoretické práce nastiňuje anatomii a fyziologii pohybového aparátu, dělení zátěže, kde není opomenuta ani zátěž psychická, která se zátěží fyzickou úzce souvisí. Do této části jsou zařazena i specifika práce na chirurgii, nejčastěji zmiňované zdravotní problémy sester a jejich možné řešení včetně prevence. V části empirické jsou zpracovány a vyhodnoceny graficky i písemně jednotlivé otázky dotazníku vypovídající o subjektivním

pohledu vybraného vzorku zdravotních sester na fyzické, ale i psychické zatížení, kompenzaci či případnou relaxaci při výkonu povolání v chirurgickém oboru.

V závěru jsou nastíněny některé možnosti, které by mohly aktivně přispět k celkovému snížení zatížení jak fyzického tak zároveň i psychického při výkonu tohoto ve všech směrech náročného a ve velké míře společností nedoceněného povolání.

Cíle práce

1. Přiblížení problematiky spojené s fyzickým vyčerpáním v povolání zdravotní sestry.
2. Zjistit, jaký mají zdravotní sestry subjektivní pohled na problematiku fyzického vyčerpání na pracovišti chirurgie.
3. Zjistit, zda jsou zdravotní sestry spokojené s výkonem svého povolání.
4. Zmapovat, na kterém z oddělení chirurgie se cítí sestry více fyzicky vyčerpány.
5. Zjistit, jak sestry nejčastěji odpočívají ve svém volném čase.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 Zátěž zdravotní sestry

Povolání sestry bylo, je a vždy bude nejen fyzicky náročné, ale nese s sebou velkou psychickou zátěž, která vyplývá ze samotné podstaty ošetrovatelské profese, ze sociálních interakcí, komunikačních a jiných problémů, ke kterým dochází v ošetrovatelské péči téměř každodenně (Komačková, 2009, s. 26). Současným trendem ve zdravotnictví je snižování fyzicky náročných prací. Naopak, psychická zátěž kontinuálně narůstá. Povolání zdravotní sestry patří i navzdory tomuto trendu k povoláním se stále značně vysokým podílem fyzické zátěže (Gučková, 2007, s. 21). Pojmy stres, fyzická či psychická zátěž a syndrom vyhoření patří k aktuálním problémům dnešní doby. Ve zdravotnictví jsou tato témata také často diskutována. Široká veřejnost si však neumí představit, jak obtížná práce sestry ve skutečnosti je (Bilavčíková, Karafiátová, 2010, s. 26).

1.1 Fyzická zátěž

Fyzické zatížení sester se liší dle typu oddělení na kterém pracují. Vyšší fyzická zátěž se týká především sester na lůžkovém oddělení. Úroveň zátěže je různá v závislosti na druhu oddělení, skladbě pacientů, jejich zdravotnímu stavu a v neposlední řadě i na počtu ošetrovatelského personálu. Na očním, ušním či kožním oddělení může být práce méně fyzicky namáhavá než na chirurgii, ortopedii, neurologii nebo na interním oddělení. Fyzická zátěž je největší na odděleních s celkově i částečně imobilními pacienty, kde je nutné polohování, provádění rehabilitačních cvičení a péče o osobní hygienu pacientů. K péči o pacienty však neodmyslitelně patří i zátěž při práci s prádlem či zdravotnickým materiálem. Řada studií provedených na odděleních s vysokou fyzickou zátěží jako např. geriatric, jednotky intenzivní péče, chirurgie, traumatologie, atd. prokázaly značnou tělesnou zátěž a v mnoha případech bylo zjištěno překračování limitních hodnot pro dlouhodobě únosnou fyzickou zátěž žen. Dále bylo zjištěno kromě celkového fyzického zatížení i značné přetěžování určitých částí lokomočního systému, zejména páteře při manipulaci s pacienty (Vévoda, 2013, s. 86-87, Rozsypalová, Šafránková, 2002, s. 17).

1.1.1 Pracovní úrazy

Mezi nejčastější pracovní úrazy zdravotníků patří především zranění zad. Následky těžké práce nelékařského zdravotnického personálu jsou alarmující. Zranění, která jsou způsobená manipulací s pacienty tvoří více než čtvrtinu všech hlášených zranění zaměstnanců (Komfort, 2011).

1.2 Psychická zátěž

Významným rizikovým faktorem v práci zdravotních sester je psychická zátěž. Psychickou zátěž je možné definovat jako proces psychického zpracování a vyrovnání se s požadavky a vlivy životního i pracovního prostředí (Švábová, Tuček, Nakládalová, 2013, s. 50-53).

Dlouhotrvající psychická zátěž může způsobit poruchy, jako jsou některá psychosomatická onemocnění (např. ischemická choroba srdeční, hypertenze, vředová choroba), ale i poruchy v oblasti mentálního zdraví. Psychická pracovní zátěž se dá hodnotit metodami založenými na subjektivní odezvě organismu, psychologickými výkonovými testy (zjišťují vliv psychické pracovní zátěže na funkční stav centrální nervové soustavy), psychofyziologickými metodami zaměřenými na zjišťování fyziologické odezvy organismu na pracovní psychickou zátěž (sledování fyziologických funkcí např. krevní tlak, dechová frekvence, srdeční frekvence, variabilita srdeční frekvence apod.) nebo biochemickými metodami spočívajícími ve zjišťování změn ve vylučování hormonů nadledvinek a hypofyzárních hormonů (Švábová, Tuček, Nakládalová, 2013, s. 50-53).

S psychickou pracovní zátěží jsou spojeny i další faktory. Jedná se zejména o pracovní přetížení, ale naopak i nevytížení. Myšlena je kombinace vysoké náročnosti práce s nízkou mírou vlastní kontroly nad svou prací, monotonie, časový tlak, vnucené pracovní tempo, konfliktní interpersonální vztahy na pracovišti, směnová a trvalá noční práce, vysoká odpovědnost, riziko ohrožení zdraví vlastního či jiných osob, vysoké nároky na sociální integraci či dlouhodobá sociální izolace (Švábová, Tuček, Nakládalová, 2013, s. 50-53).

1.3 Syndrom vyhoření

Při práci s pacienty, ale i s ostatním personálem je zdravotní sestra vystavena mnoha zátěžovým situacím. Může dojít k takovému nahromadění negativních faktorů, které vede k tzv. vyhoření – burn-out syndromu. Jde o stav psychického, fyzického ale i emočního vyčerpání (Venglářová, 2007, s. 80). Vzhledem k tomu, že smyslem povolání zdravotní sestry je převážně poskytování pomoci, přičemž zpětná vazba a informace o úspěšnosti jejího působení nejsou vždy dosažitelné (např. u pacientů s poruchami vědomí, u psychicky nemocných, umírajících), může docházet k situacím, kdy jsou její výsledky profesní činnosti málo zjevné a mají spíše charakter dlouhodobé perspektivy. Pracovní úspěch se často měří „pouze“ morálními a duchovními hodnotami – i toto může být důvod, pro který hrozí sestřím syndrom vyhoření (Venglářová a kol., 2011, s. 38). Zásadní vliv při obraně proti syndromu vyhoření mají především preventivní opatření (Venglářová, 2007, s. 80).

1.3.1 Příznaky syndromu vyhoření

Příznaky lze rozdělit na tři oblasti. **Tělesné vyčerpání** se projevuje chronickou únavou, svalovými bolestmi, nedostatkem energie, pocitu tělesné slabosti, změnami tělesné hmotnosti, častější nemocností. Objevuje se rychlá unavitelnost. Přítomna může být i zvýšená potřeba spánku, ale spánek přitom bývá nekvalitní. Fyzická únava po sportu nebo z práce po odpočinku přejde, v případě vyhoření je únava spojená s pocitu viny a selhávání. Dalším příznakem je **psychické vyčerpání**, které se odráží v negativních postojích k sobě sama i k jiným osobám. Hlavním projevem je změna dosavadních životních postojů. Život je vnímán jako „jedna velká katastrofa“. Psychicky vyčerpaný člověk je negativistický, cynický, pesimistický, nechce žádné změny, nic nového, přestává si věřit. Objevuje se zapomnětlivost, poruchy soustředění, snaha se obrnit vůči světu. Dochází k útlumu celkové aktivity a mizí tvořivost. Život a práce přestávají mít smysl a mohou se objevit i sebevražedné myšlenky. K posledním faktorům patří **emocionální vyčerpání**, které se projevuje tím, že člověk „ztrácí kapacitu pro lidi“, má pocitu citové „vysátosti“, a proto nechce slyšet další trápení a starosti. Cítí prázdnotu, pocitu beznaděje, bezmoci, nechce být empatický, snaží se vyhýbat lidem a pomalu se uzavírá do sebe. Vytrácí se radost kontaktu

s lidmi začínající v práci, ale postupně se přenášející i do rodiny. Postižený přestává vnímat rodinu a přátele jako zdroj radosti a uspokojení, reaguje na ně podrážděně, neboť se pro něj stávají další přítěží (Venglářová a kol., 2011, s. 24-25).

2 Anatomie pohybového aparátu

Pohybový systém člověka je funkční celek složený ze tří systémů; opěrného a nosného (kosti, vazy a klouby), systému hybného (kosterní svalstvo) a systému řídicího (periferní receptory a centrální nervstvo) (Dylevský, 2009, s. 45).

2.1 Pasivní pohybový aparát

Kostra tvoří pevnou konstrukci těla a její funkcí je chránit vnitřní orgány, jako srdce, mozek, plíce či orgány v malé pánvi. Kosti slouží jako ukotvující místa pro příčně pruhované svaly, které pak umožňují pohyb kostí. Kostra se skládá z kostry lebky, kostry trupu a z kostry horních a dolních končetin, které jsou k trupu připojeny pomocí kloubních pletenců. Dlouhé kosti fungují většinou jako páky, které jsou navzájem spojeny s kostmi krátkými. Základní funkcí kostí je krvetvorba. Zároveň slouží jako zásobárna minerálů. Lidské tělo je složeno průměrně z 206 kostí; přičemž horní a dolní končetiny jsou tvořeny 106 kostmi (Naňka, Elišková, 2009, s. 11).

Kostra je tvořena sice separovanými, avšak rigidními články - kostmi. Aby byl možný pohyb, je zapotřebí jednotlivé články spojit, přičemž musí být zachována pohybová volnost. Spojení kostí se dělí na pevné (patří k nim chrupavky, vazy a srůsty kostí), dále pak na spojení pohyblivé (zajištěné klouby), které je uskutečněno pomocí dvou nebo více kostí (Dylevský, 2009, s. 89). Styčné plochy vytvářejí většinou na jedné kosti konkávní kloubní jamku, na druhé, protilehlé straně, konvexní kloubní hlavici. Kloubní plochy jsou kryty 1-6 mm silnou kloubní hyalinní chrupavkou, která má schopnost tlumit nárazy. Klouby jsou uzavřeny kloubním pouzdem. Kloubní pouzdro je tvořeno dvěma vrstvami: zevní fibrózní a vnitřní synoviální, která do kloubní dutiny produkuje vazký kloubní maz

neboli synovii. Kloubní maz umožňuje lehké klouzaní styčných ploch kostí a vyživuje kloubní chrupavku (Naňka, Elišková, 2009, s. 33).

Páteř tvoří 32-34 obratlů. Je tvořena ze 7 krčních - *vertebrae cervicales* (C1 - C7), 12 hrudních - *vertebrae thoracicae* (Th1 - Th12) 5 bederních obratlů - *vertebrae lumbales* (L1 - L5), 5 obratlů křížových - *vertebrae sacrales* (S1 - S5), které srůstají v kost křížovou - *os sacrum* a kostrč - *os coccygis*. Kostrč vzniká srůstem 3-5 kostrčních obratlů. Kost křížová spolu s kostrčí tvoří jeden celek. Pomocí těchto dvou kostí je páteř spojena s pánví. Součástí horní krční páteře je kost týlní, která je spojenas prvním a druhým krčním obratlem pomocí vaziva. Jednotlivé úseky páteře a jejich obratle mají různou morfologii (Hirt, Beran, 2011, s. 65; Čihák, 2011, s. 99).

Spojení páteřních obratlů zajišťuje 23 meziobratlových destiček, které jsou svou horní a dolní plochou přirostlé k obratlovým tělům. Další spojení zajišťují dlouhé vazy probíhající celou páteří na přední i zadní stěně obratlových těl a krátké vazy, které spojují příčné výběžky obratlů. Poslední jsou meziobratlové klouby, které jsou tvořeny kloubními výběžky a volným kloubním pouzdrem (Naňka, Elišková, 2009, s. 20).

Obratel - *vertebra* je tvořen několika částmi: obratlovým tělem - *corpus vertebrae*, obratlovým obloukem - *arcus vertebrae* a řadou výběžků obratlových. Dva příčné výběžky - *processi transversi* nasedají na obratlový oblouk a míří do stran. Jeden výběžek, který míří dozadu je nepárový, trnový - *processus spinosus* (Naňka, Elišková, 2009, s. 20).

2.1.1 Pohyblivost páteře

Páteř je vzhledem ke své stavbě a uspořádanosti velmi pohyblivá, ale zároveň musí být i dostatečně pevná. I když je páteř různě zakřivená, nejsou všechny úseky stejně pohyblivé. Různé úseky mohou provádět současně pohyby do opačných směrů. Rozsah pohybu páteře záleží na výšce meziobratlových plotének. Směr pohybu určuje sklon kloubních plošek. Pohyb páteře je dán také ostatními strukturami, tj. měkkými tkáněmi: vazy, kloubními pouzdry a svaly. Každá z těchto částí hybného systému může omezit hybnost jak celkovou, tak zejména hybnost pohybového segmentu, jednotlivých kloubů (Rychlíková, 2012, s. 15).

2.1.2 Patofyziologie páteře

Páteř má u dospělého člověka typická zakřivení: ve směru předozadním a směru bočním. Předozadní zakřivení jsou čtyři a to dvě konvexitou směrem dopředu, lordóza krční a bederní, a dvě konvexitou dozadu, hrudní kyfóza, a nepohyblivé kyfotické zakřivení *os sacrum*. Přejít posledního bederního obratle přes meziobratlovou destičku na *os sacrum* prominuje dopředu směrem k hornímu zadnímu obvodu pánve a nazývá se *promontorium*.

Boční zakřivení (skolióza) je dána pootočením obratlů kolem jejich předozadní i podélné osy v úseku thorakální, thorakolumbální nebo lumbální páteře (Naňka, Elišková, 2009, s. 23). Klinicky se změny zakřivení páteře ve směru předozadním projevují odlišným tvarem zad. Vznikají pak buď **záda kulatá**, kde místo krční lordózy je vytvořena kyfóza, která přechází v kyfózu hrudní, dále pak **záda plochá**, kde krční lordóza a hrudní kyfóza jsou nevýrazné, páteř je v jedné přímce (nejčastěji vlivem ochablých svalů páteře) a nakonec **záda prohnutá** s velmi výraznými lordózami a kyfózou (Naňka, Elišková, 2009, s. 24).

Mezi pohyby páteře se řadí předklony a záklony – anteflexe a retroverze, které jsou nejrozsáhlejší v oblasti krční páteře – až 90 stupňů. Předklon páteře jako celku je možný pak až do 145 stupňů, záklon do 135 stupňů. K dalším pohybům páteře patří rotace, kde páteř jako celek může rotovat do 110 stupňů. Na její jednotlivé úseky však připadá podstatně menší rozsah pohybu. Pérovací pohyby jsou spojeny se zkracováním či prodlužováním páteře, přičemž velice důležitou roli vykonávají meziobratlové destičky, které se například při doskoku oploští a působí jako tlumiče nárazu. Úklony – lateroflexe, jako další typ páteřních pohybů, jsou největší v části krční a bederní a dosahují přibližně 30 až 40 stupňů (Naňka, Elišková, 2009, s. 24).

2.2 Aktivní pohybový aparát

Sval - *musculus* je orgán schopný smrštění neboli kontrakce a zpětného prodloužení - relaxace. Na lidském těle nalezneme cca 600 svalů. Svalová hmota u mužů tvoří 36-45%

z celkové váhy těla, u žen je to pouze 32% celkové váhy. Za kontrakci kosterních svalů odpovídá příčně pruhovaná svalová tkáň (Naňka, Elišková, 2009, s. 45).

2.2.1 Stavba svalu

Svaly se skládají z několika částí. Začátek svalu - *origo* přechází ve šlachu - *tendo*, která začíná na periostu kosti. Na šlachu navazuje svalová hlava - *caput*, která přechází ve svalové bříško - *venter musculi*. Bříško přechází do šlachy a ta se nejčastěji upíná na kost. Začátek svalu bývá fixované místo, nejčastěji na proximálně uložené kosti. Úpon svalu je většinou pohyblivý a bývá na distálněji uložené kosti. Je-li úponová šlacha rozprostřena do šířky, nejčastěji ve formě pevné, tuhé bělavé blány, je nazývána *aponeurosis*. Jsou svaly, které mohou začínat jednou až čtyřmi hlavami, ty se nazývají vícehlavé svaly. Sval se na dolním konci může rozdělit do několika šlach - cípů, vznikají tím pak několikacípé svaly (Naňka, Elišková, 2009, s. 45-46; Fölsch, 2003, s. 28).

Podle úponu lze svaly dělit na svaly kosterní, které začínají a upínají se na skelet, jímž pohybují, dále pak na svaly kožní - *mm. cutanei* upínající se do kůže, kterou pohybují a na svaly kloubní - *mm. articulares* upínající se do kloubních pouzder bránících jejich uskřinutí. Tento typ svalů se může upínat též do jiných orgánových systémů jako je hrtan, jazyk, hltan a podobně (Naňka, Elišková, 2009, s. 45).

2.2.2 Funkce a svalový metabolismus

Mezi základní funkce svalu patří smrštění svalových vláken (svalová kontrakce) a jejich ochabnutí (svalová relaxace). Svalové kontrakce lze rozdělit na dva typy. Izotonická kontrakce je specifická tím, že se mění délka svalu, ale tonus (napětí) svalu zůstává stejný. Může probíhat jako kontrakce koncentrická, při které se sval zkracuje nebo jako kontrakce excentrická – brzdící, při níž se sval prodlužuje. Druhým typem kontrakce je kontrakce izometrická, u které se nemění délka svalu, ale mění se jeho vnitřní napětí. Tento typ se vyznačuje určitým napětím (svalový tonus). Sval je i v klidu do určité míry napjatý (klidové napětí). Při pohybu se tonus svalů mění tak, aby nedošlo k poškození páteře a kloubů (Naňka, Elišková, 2009, s. 45-46).

Základním zdrojem energie pro svalovou práci je sloučenina ATP (adenosintrifosfát). ATP vzniká za pomoci kyslíku z mastných kyselin tzv. aerobní reakcí nebo při větší zátěži i anaerobně štěpením glukózy a glykogenu. Při anaerobní reakci vzniká kyselina mléčná, která se následně ukládá ve svalech a způsobuje jejich únavu (Naňka, Elišková, 2009, s. 45-46; Čihák, 2011, s. 313-314).

3 Časté bolesti u sester

Vznik bolesti je mnohostranný. Na vzniku bolesti se podílí biologické, chemické nebo fyzikální faktory, ale také psychické poruchy. Bolest je brána jako součást stresu. U stresu se uplatňují další psychologické fenomény jimiž jsou nespavost, strach, beznaděj a úzkost. Dlouhodobá bolest může vyvolat deprese (Hakl, 2011, s. 15).

3.1 Bolesti hlavy

Bolesti hlavy patří mezi nejčastější neurologická onemocnění. Bolesti hlavy se dle klasifikace IHS (International Headache Society) dělí na primární (vznikají bez podílu jiných onemocnění) a sekundární (doprovodný příznak jiného onemocnění). Mezi nejnámější primární bolesti hlavy patří migréna, ale nejčastější cefalgií je tenzní bolest hlavy. Tenzní bolest je charakterizována jako oboustranná, tupá, tlaková, svíravá bolest mírné až střední intenzity a je často spojena s únavou (Hakl, 2011, s. 138-139).

3.2 Bolesti zad a pohybového systému

Pohybový systém je nejčastěji zdrojem bolesti. Je to i systém, který člověk nejvíce zneužívá. Při bolesti sahají postižené osoby nejčastěji po analgetících, aby ji zmírnili či odstranili a mohli pokračovat v pohybové činnosti. Bolest má ve vztahu k hybnému systému hlavně signální funkci. Při nerespektování bolesti může bolest přerůst v bolest chronickou se vznikem nezvratných změn (Rychlíková, 2012, s. 40-41).

Vertebrogenní onemocnění jsou častá a mají ekonomicko-sociální dopad na společnost. Stálý nárůst nemocných s bolestí zad je pozorován od 50.let 20 století. Bolesti zad a páteře jsou pátou nejčastější příčinou hospitalizace. Mezi rizikové faktory bolesti zad patří namáhavá fyzická práce, kouření, respirační a kardiovaskulární onemocnění, psychosociální stres a nespokojenost v zaměstnání. Nejčastěji jsou bolesti v bederní oblasti, následně v oblasti krční a hrudní (Hakl, 2011, s. 153).

Vertebrogenní onemocnění je možno dělit do dvou skupin. První skupinou jsou vertebrogenní onemocnění vznikající na podkladě nespecifických a funkčních degenerativních změn na páteři. Komplex degenerativních změn se označuje jako spondylózy. Degenerativní změny meziobratlových plotének se nazývají diskopatie. Degenerativní změny na páteři jsou podmíněny věkem, mechanickým přetěžováním, ale i úrazy a genetickými faktory. Degenerativní proces začíná v meziobratlových ploténkách, kde dále dochází k proliferativním změnám v okolí struktur, obzvláště kostí, kloubů, vazů a míšních plen. Důležitým faktorem, který ovlivňuje manifestaci spondylózy je vrozená šíře páteřního kanálu. Funkční změny páteře ve většině případů nemají jasně definovaný organický korelát, ale základem je funkční kloubní blokáda vznikající v pohybové jednotce, která je tvořena dvěma sousedními obratli, meziobratlovým diskem, meziobratlovými klouby a vazivově. Nejčastěji dochází k omezení pohybu nebo vzácněji k hypermobilitě. Druhou skupinou vertebrogenních onemocnění jsou onemocnění, kdy je páteř postižena organickým onemocněním specifické nedegenerativní povahy. Nejprve se projevují lokální bolesti, která je velmi intenzivní i v klidu a progreduje. Jedná se o zánětlivá, nádorová, metabolická, traumatická či vývojová onemocnění páteře. Tento typ vertebrogenních onemocnění je méně častý než degenerativní a vyžaduje rychlou diagnostiku a léčbu (Hakl, 2011, s. 153-154).

4 Možnosti léčby bolesti

Léčbu bolesti je nutno přizpůsobit vzniku bolesti. Při léčbě akutní bolesti většinou vystačí farmakoterapie, avšak u léčby bolesti chronické je zapotřebí multimodálního a multidisciplinárního přístupu (Hakl, 2011, s. 51).

4.1 Farmakoterapie

Při léčbě bolesti představuje základní strategii třístupňový analgetický žebříček Světové zdravotnické organizace (WHO). Současná strategie léčby bolesti příliš nerozlišuje příčiny bolesti, ale klade důraz na intenzitu bolesti a následnou odezvu na terapii. Na prvním stupni v analgetickém žebříčku jsou uvedeny neopioidní analgetika např. nesteroidní antiflogistika (NSA) v zastoupení Diklofenak, Ibuprofen, Nimesulid a následně opioidní analgetika. Na stupni druhém a třetím jsou uváděny např. Kodein, Tramadol, Morfin, Fentanyl (Hakl, 2011, s. 52-55).

4.2 Rehabilitace

WHO definuje rehabilitaci jako „soubor opatření směřujících k optimální resocializaci jedince postiženého nemocí, úrazem nebo vrozenou vadou“. Obor léčebná rehabilitace je napojen na řadu dalších odborností. Dle statistik má 95% populace zdravotní problémy, které lze léčit rehabilitačními postupy. Využitím rehabilitačních metod lze zkvalitnit pohybový aparát, ovlivnit bolest, snížit svalovou únavu a dokonce zlepšit paměťové schopnosti (Hakl, 2011, s. 75).

4.2.1 Masáže

Lze říci, že masáž je léčba nemoci působením rukou. Masáž je přínosná při léčbě některých bolestí šíje, zad a stavů s nimi spojených. Dále napomáhá při řešení problémů například s nespavostí, úzkostí či se stresem. Masáž se provádí jednak k uvolnění spasmů, navození relaxace, protažení svalů, rozrušení srůstů a jizev, dále ke zrychlení krevního průtoku, metabolismu odpadních látek a v neposlední řadě také k podpoře hybnosti (Weller, 2009, s. 30).

4.2.2 Akupresura

Tato metoda spočívá v aplikaci tlaku prstů, čímž se stimuluje tok tělesné léčivé energie (Weller, 2009, s. 30-31).

4.2.3 Akupunktura

Akupunktura je metoda podobná akupresuře, ale spočívá v zavádění jehel do aktivních bodů. Jehly jsou bez otvoru a velmi tenké, při vpichování nepůsobí většinou žádnou bolest. Tato technika je přínosná při zmírnění bolesti zad či při bolestech sedacího nervu (Weller, 2009, s. 31).

4.3 Fyzikální léčba

Výběr léčby bolesti do značné míry závisí na konkrétním zdravotním postižení a také na tom, jak nemocný snáší bolest a přidružené příznaky. Fyzikální léčba je při léčbě bolestivých stavů zad a šíje velmi důležitou možností. Někdy ke zmírnění bolesti, též k obnově funkce stačí (Weller, 2009, s. 27).

4.3.1 Kryoterapie

Jedná se o působení chladu při léčbě akutní bolesti. Chlad snižuje teplotu kůže i podkožních tkání, stahuje cévy, čímž omezuje krvácení, mírní svalové spasmy a metabolismus tkání (Weller, 2009, s. 27).

4.3.2 Ultrazvuk

Při léčbě ultrazvukem mají vliv na postižené tkáně vysokofrekvenční zvukové vlny. Léčba ultrazvukem je přínosná u poranění svalů a šlach. Zlepšuje prokrvení, uvolňuje spasmy, a tiší bolest. Při nízké intenzitě se může ultrazvuk použít k podpoře hojení zlomenin a obnově chrupavky (Weller, 2009, s. 27).

4.3.3 Povrchní působení tepla

Použití tepla na bolestivé místo zmírňuje svalové spasmy, uvolňuje a uklidňuje. Teplo zvyšuje tkáňový metabolismus i prokrvení, což vede ke zmírnění bolesti (Weller, 2009, s. 27).

4.3.4 Krátkovlnná diatermie

Metoda podobná ultrazvuku, při níž na postižené místo působí vysokofrekvenční proud, jež vytváří rychlé vibrace, které prohřívají tkáň do hloubky (Weller, 2009, s. 27).

4.3.5 Transkutánní elektroneurostimulace

Transkutánní elektroneurostimulace (TENS) se někdy nazývá také elektrickou nervovou stimulací. Využívá se nízkofrekvenčních elektrických proudů aplikovaných na kůži ke stimulaci svalů a nervů. Tato metoda se převážně používá u chronických a vracejících se bolestí zad, je však přínosná také při rehabilitaci po sportovních úrazech a je možné ji kombinovat s dalšími metodami tišícími bolest a obnovujícími funkci (Weller, 2009, s. 28).

4.3.6 Výstuhy a podpěry

Korsety jsou vhodné během akutní fáze u některých typů bolestí zad nebo jako preventivní opatření u osob, které mívají problémy s páteří jenž čeká fyzicky náročný den. Tyto pomůcky tvoří páteři oporu a pomáhají správnému držení těla (Weller, 2009, s. 29).

4.3.7 Ortézy

Ortézy jsou pomůcky, kupříkladu vložky do bot, jenž mají upravit chůzi a v důsledku toho i držení těla a stav páteře (Weller, 2009, s. 29).

4.4 Chirurgická léčba bolesti

Chirurgická léčba odhadem prospěje dvěma až pěti procentům lidí trpícími bolestmi zad a přidruženými příznaky. Avšak ani operace nezaručí kýžené výsledky. I když má chirurgický zákrok svá omezení, nepoužívá se nikdy jako poslední možnost. Mezi operativní zákroky se řadí dekomprese, disektomie, mikrodisektomie, dekomprese s fúzí, vertebroplastika a kyfoplastika (Weller, 2009, s. 38-39).

5 Prevence

Předpokladem pro prevenci poškození pohybového aparátu sestry je ovládat bezpečné techniky manipulace s pacientem. Současným trendem ošetrovatelství je zaměření se na minimalizaci výkonů spojených s prostým vertikálním zdviháním a přemisťováním pacienta na uplatnění správných manipulačních technik spolu s využíváním technických pomůcek pro manipulaci s pacientem (Komačková, 2009, s. 26).

Nejvhodnější prevencí u zdravotních sester je aktivní odpočinek, střídání různé tělesné činnosti, pravidelné cvičení, provozování různých sportů a turistiky. Nachlazení a jiná onemocnění má sestra léčit. Tím, že je přechází ohrožuje nejen sebe, ale i pacienty se sníženou odolností (Rozsypalová, Šafránková, 2002, s. 30).

5.1 Životospráva

Způsob, jak člověk žije, bývá významným faktorem ve vztahu ke zdravotnímu stavu. Zdraví ovlivňuje řada faktorů. Je však na každém, aby si zvolil, jaký způsob života bude preferovat. Je individuální, kolik času člověk věnuje cvičení či jaká bude jeho skladba jídelníčku nebo jaké návyky si osvojí v souvislosti s alkoholem, kouřením eventuálně jak bude využívat svůj volný čas a kolik si ho dopřeje. Pouze zdravá sestra může poskytovat adekvátně ošetrovatelskou péči pacientům (Vattaiová, 2012, s. 28).

6 Obor chirurgie

Chirurgie je základním lékařským oborem, který se zabývá prevencí, diagnostikou a operační léčbou. Chirurgie patří k nejstarším odvětvím lékařství a prošla dlouhým historickým vývojem. Název chirurgie je odvozen od řeckého slova *cheirurgia* (*cheir* = ruka, *ergein* = pracovat) což ve volném překladu znamená práce rukou. Ve starších lékařských spisech se překládalo slovo chirurgie jako ranhojičství. Chirurgie se dělí na všeobecnou a specializovanou. Mezi specializované patří oftalmologie, operativní gynekologie, neurochirurgie, plastická chirurgie, traumatologie, urologie, kardiochirurgie, otorinolaryngologie, stoma-chirurgie, ortopedie a dětská chirurgie (Zeman, Krška, 2011, s. 17-18).

6.1 Personální zabezpečení ambulantní a lůžkové péče chirurgie

Chirurgické ošetrovatelství je realizováno jednak na standardních chirurgických odděleních/klinikách, na jednotkách intenzivní péče chirurgických oddělení/klinik, na chirurgických ambulancích, na operačních sálech, v centrech jednodenní chirurgie, ve specializovaných chirurgických centrech (traumatologie, neurochirurgie, kardiochirurgie, transplantační centra), tak i v agenturách domácí ošetrovatelské péče (Janíková, Zelínková, 2013, s. 16).

Ošetrovateľskou péči v ambulantných a ústavných zariadeniach chirurgických odborů vykonávajú všeobecné sestry alebo všeobecné sestry se specializáci v oboru sestra pro péči v chirurgických oborech. Ošetrovateľskou péči na jednotkách intenzívnej péče chirurgických odborů vykonávajú všeobecné sestry alebo všeobecné sestry se specializáci v oboru sestra pro intenzívnej péči (Janíková, Zelinková, 2013, s. 16). Práce chirurgických sester vyžaduje dobré technické, analytické, organizační, administratívnej a interpersonální schopnosti (Janíková, Zelinková, 2013, s. 21).

II VÝZKUMNÁ ČÁST

7 Metodika

Tato kapitola se zaměřuje na volbu metodiky, strukturu použitého dotazníku a stanovení zkoumaného vzorku.

7.1 Volba metodiky

K původnímu záměru testování fyzické zátěže sester patřilo i vyhodnocení náročnosti pohybu ve smyslu absolvovaných vzdáleností za časovou jednotku (pracovní směnu). K tomuto účelu byly všechny sloužící sestry obou oddělení vybaveny krokoměry značky Omron. Z důvodu pasivního přístupu zdravotních sester na nejmenovaném pracovišti chirurgické kliniky nemohlo být celé měření uskutečněno. Z tohoto důvodu bylo nutno přejít na formu dotazníkovou.

7.2 Výzkumná metoda

Dotazník je tvořen pěti stranami (viz. příloha A). Úvod dotazníku je věnován informacím pro respondenty, tématu a pokynům k vyplnění dotazníku. Dotazník je nestandardizovaný, tvořený 18 otázkami, z něhož je 14 otázek uzavřených, 3 otázky polouzavřené a 1 otázka filtrační. Před vlastní distribucí bylo provedeno pilotní šetření, jehož cílem bylo zjistit, zda jsou dotazníky srozumitelné.

7.3 Distribuce dotazníků

Výzkum probíhal v období říjen 2014 až březen 2015. Dotazníky byly po předchozí domluvě na chirurgické klinice krajské nemocnice předány nelékařským zdravotnickým pracovníkům k vyplnění. Výzkum probíhal na třech odděleních chirurgické kliniky. Na jednotce intenzivní péče, standardním oddělení a na oddělení ambulancí chirurgických oborů bylo rozdáno po 15 dotaznících.

Dotazníky jsem na jednotlivá oddělení dodala sama s přiloženou obálkou na vyplněné dotazníky, aby byla zachována absolutní anonymita.

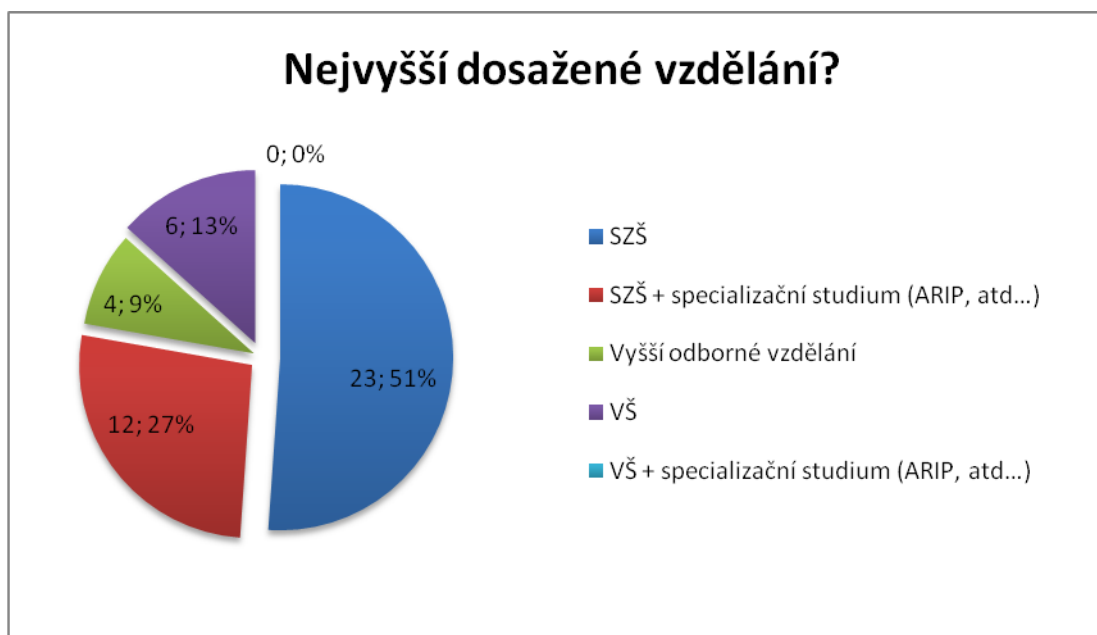
8 Výsledky

Dotazník vybraní respondenti hodnotili kladně a adekvátně k nynější situaci na jejich oddělení. Tuto metodu hodnotily zdravotní sestry jako jednodušší a přístup k tomuto šetření byl pozitivní. Veškeré údaje a data byly zpracovány v programu Microsoft Office Word, Excel 2007.

8.1 Vyhodnocení dotazníků

Otázka č. 1

Vaše nejvyšší dosažené vzdělání

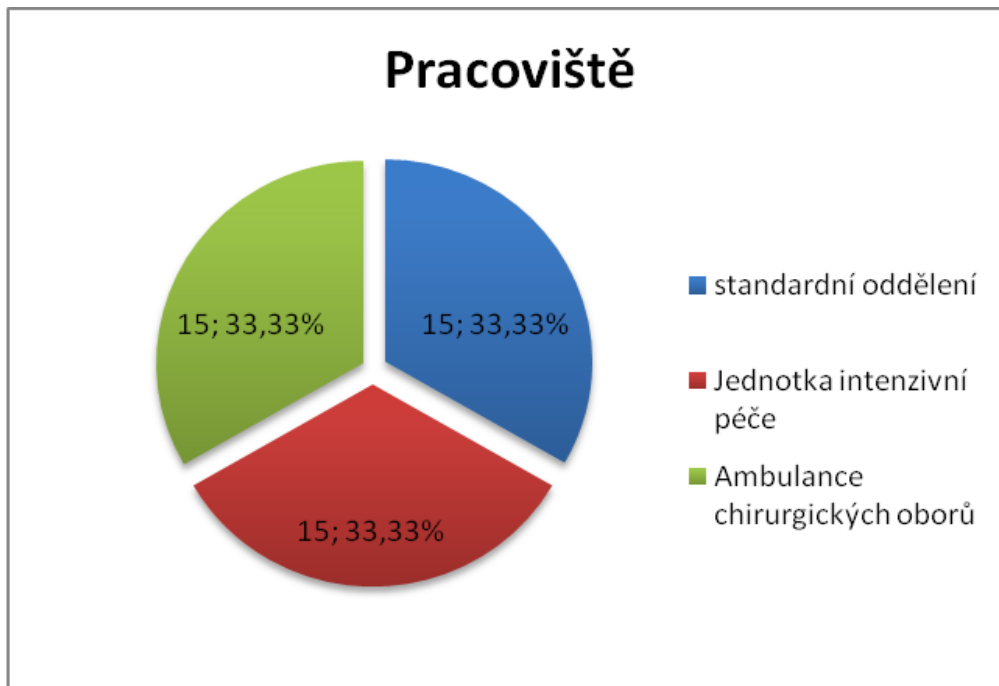


Obrázek 1 Nejvyšší dosažené vzdělání?

Na dotaz k nejvyššímu dosaženému vzdělání odpovědělo 23 ze všech dotazovaných zdravotních sester (51 %), že absolvovalo střední zdravotní školu (SZŠ). Dvanáct sester (27 %) absolvovalo SZŠ a některé ze specializačních studií. Šest respondentek (13 %) udalo jako nejvyšší dosažené vzdělání vzdělání vysokoškolské (VŠ). Nejméně zastoupené bylo pak vyšší odborné vzdělání udané 4 respondentkami (9 %). Mezi dotazovanými nebyly žádné zdravotní sestry s kombinací dosaženého VŠ vzdělání a další specializace.

Otázka č. 2

Na jakém oddělení chirurgie pracujete?



Obrázek 2 Pracoviště

Počet respondentek na jednotlivých odděleních chirurgické kliniky byl záměrně volen stejný a díky 100% návratnosti dotazníků odpovídal počet 15 respondentkám z každé ze všech tří oddělení (33, 33 %).

Otázka č. 3

Jak dlouhou máte praxi?

Tabulka 1 Délka praxe

Odpověď	Absolutní četnost n	Relativní četnost v %
0-5 let	8	18 %
6-10 let	20	44 %
11-15 let	8	18 %
16 a více	9	20 %
Celkem	45	100 %

Z tabulky je patrné, že co se týče doby zdravotní praxe měla největší zastoupení skupina sester s dobou mezi 6 a 10 lety, na kterou odpovědělo 20 (44 %) respondentek. Následovala věková skupina se 16 a více lety praxe, již uvedlo 9 dotazovaných (20 %). Počet respondentek 8 (18 %) byl shodný pro praxi v časovém úseku 0 – 5 let a 11 – 15 let.

Otázka č. 4

Myslíte si, že práce zdravotní sestry na chirurgii je fyzicky náročná?

Tabulka 2 Náročnost práce

Odpověď	Standardní oddělení		Ambulance chirurgických oborů		Jednotka intenzivní péče	
	Absolutní četnost n	Relativní četnost v %	Absolutní četnost n	Relativní četnost v %	Absolutní četnost n	Relativní četnost v %
Ano	9	60 %	11	73 %	15	100 %
Spíše ano	6	40 %	4	27 %	0	0 %
Spíše ne	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Ne	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Nevím	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Celkem	15	100 %	15	100 %	15	100 %

Na otázku, zda je práce fyzicky náročná, odpovídaly sestry pouze „ano“ či „spíše ano“, nikdo neodpověděl záporně. Dle tabulky je patrné, že 15 (100 %) sester z JIP odpovědělo na otázku „ano“. Na ambulanci chirurgických oborů převládala také odpověď „ano“, ale v míře 11 (73 %) ku zbylým 4 (27 %), které odpověděly „spíše ano“. Na standardním oddělení odpovědělo 9 (60 %) sester „ano“ a zbylých 6 (40 %) „spíše ano“.

Otázka č. 5

Na jaké směny pracujete?

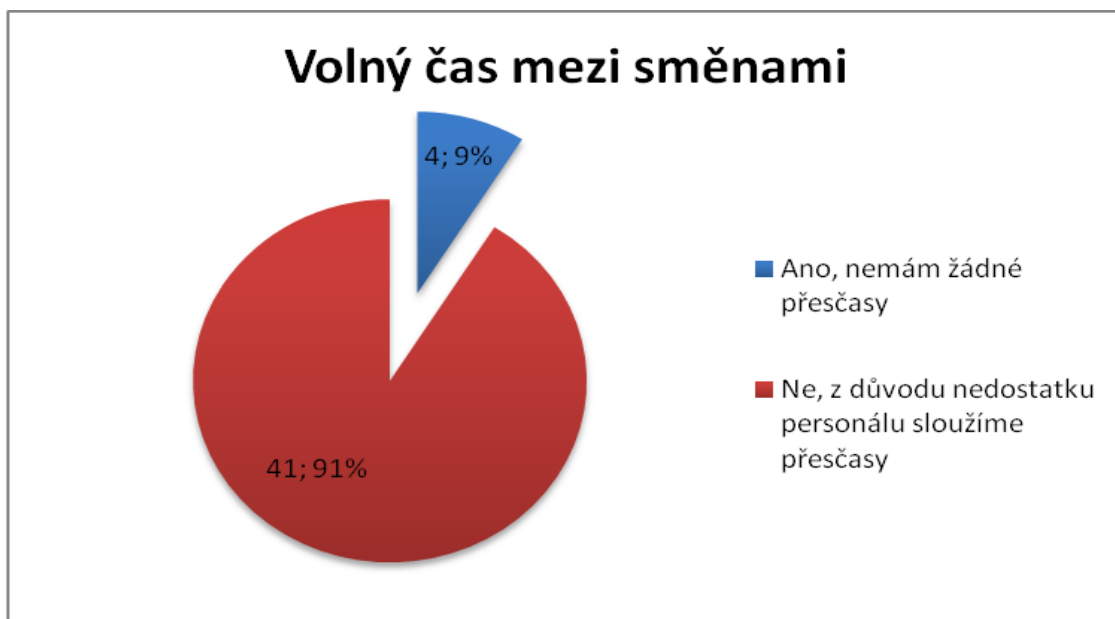
Tabulka 3 Směny

Odpověď	Absolutní četnost n	Relativní četnost v %
12 hodinové	42	93 %
8 hodinové	3	7 %
Celkem	45	100 %

Z přiložené tabulky vyplývá, že 42 (93 %) respondentek vykonávalo služby na 12 hodinové směny. Zbýlé 3 (7 %) dotazované sloužily směny 8 hodinové.

Otázka č. 6

Máte dostatek volného času na odpočinek mezi směnami?

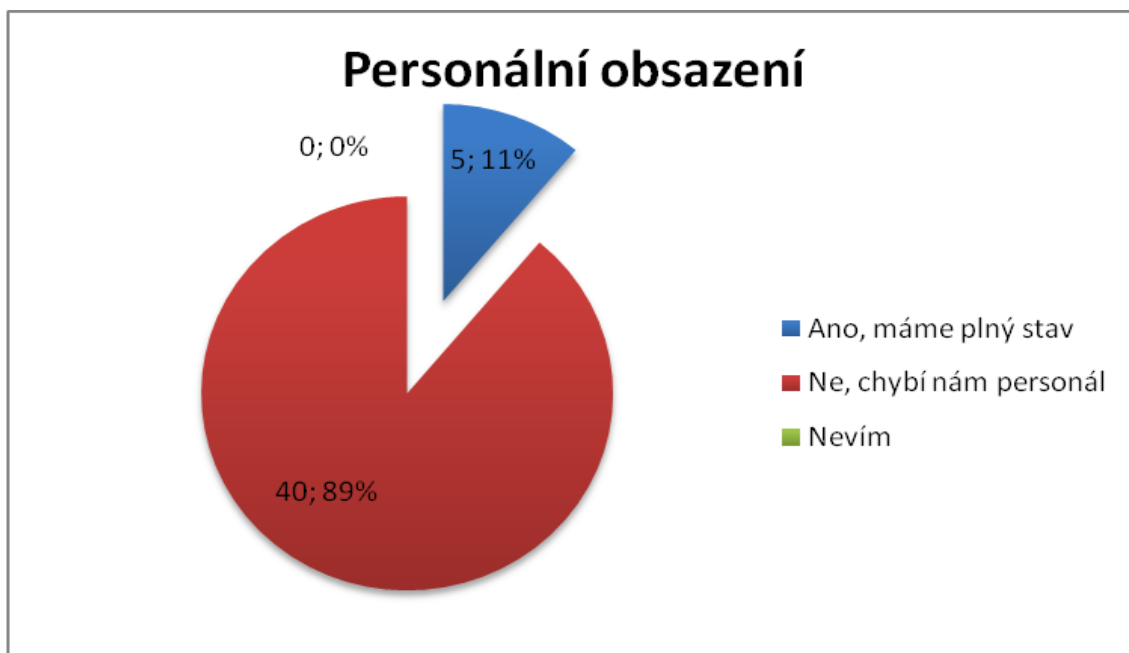


Obrázek 3 Volný čas mezi směnami

Ve zkoumaném vzorku odpovědělo 41 (91 %) dotázaných, že nemají dostatek času na odpočinek z důvodu přesčasů. V menším zastoupení byly 4 (9 %) zdravotní sestry, které udaly, že čas na odpočinek je dostačující.

Otázka č. 7

Máte na Vašem pracovišti dostatek personálu?



Obrázek 4 Personální obsazení

Ve zkoumaném vzorku je nejčastěji zastoupena odpověď, že dotazovaným chybí na oddělení personál. Odpovědělo tak 40 (89 %) respondentek. Pouhých 5 respondentek (11 %) odpovědělo na dotaz kladně, tedy že počty personálu na daném oddělení jsou dostačující.

Otázka č. 8

Znáte své pracovní kompetence?

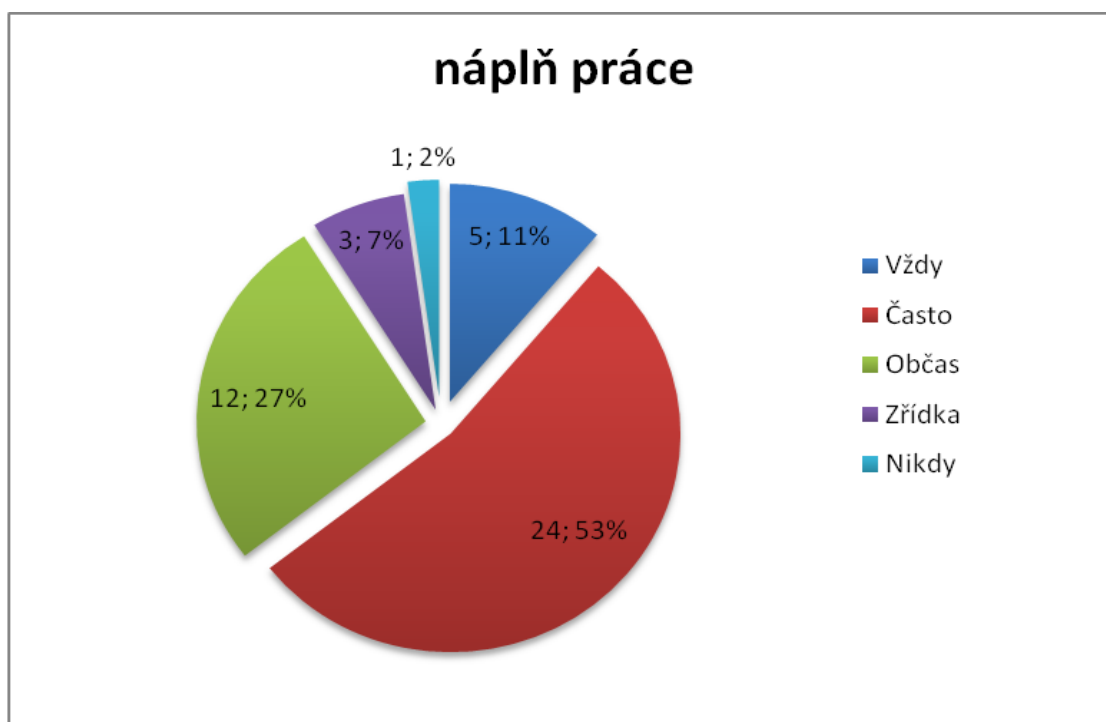
Tabulka 4 Pracovní kompetence

Odpověď	Absolutní četnost n	Relativní četnost v %
Ano	43	96 %
Ne	2	4 %
Celkem	45	100 %

Na dotaz ohledně znalosti svých kompetencí odpovědělo 43 (96 %) dotázaných kladně. Zbytek – 2 respondentky (4 %) udal, že své kompetence neznají.

Otázka č. 9

Je náplň práce, kterou vykonáváte nad rámec vašich kompetencí?



Obrázek 5 Náplň práce

Z přiloženého obrázku vyplývá, že nejvíce respondentek 24 (53 %) odpovědělo na dotaz o překračování kompetencí odpovědí „často“. Následuje odpověď „občas“ v zastoupení 12 (27 %) dotázaných. Neustálé překračování kompetencí uvedlo 5 (11 %) respondentek. Zřídka překračovaly kompetence 3 (7 %) respondentky a nikdy pak pouze 1 (2 %) dotázaná.

Otázka č. 10

Vyskytly se u Vás po nástupu do zaměstnání zdravotní potíže?

Tabulka 5 Zdravotní potíže

zdravotní potíže	Absolutní četnost n	Relativní četnost v %
Ne	32	71 %
Ano	13	29 %
Celkem	45	100 %

Musely jste vyhledat lékaře	Absolutní četnost n	Relativní četnost v %
Ano	6	46 %
Ne	7	54 %
Celkem	13	100 %

Příložená tabulka je tvořená ze dvou částí. První poukazuje na zdravotní potíže po nástupu do zaměstnání, ve které uvedlo 32 (71 %) zdravotních sester, že se u nich žádné problémy nevyskytly. Zbývajících 13 (29 %) respondentek uvedlo odpověď „ano“, kterou nadále rozvedly o tyto zdravotní problémy: otoky dolních končetin (DKK), varixy, vředová choroba gastroduodena (VCHGD), ekzém, bolesti zad, brnění prstů horních končetin (HKK), bronchitidu, angínu.

Druhá část tabulky byla určena pro respondentky, u kterých se zdravotní potíže po nástupu do zaměstnání objevily. Lékaře navštívilo v počtu 7 (54 %) respondentek, zbylých 6 (46 %) sester uvedlo, že i přes vzniklé zdravotní potíže lékaře nevyhledaly.

Otázka č. 11

Máte v souvislosti s pracovní zátěží některé z těchto problémů?



Obrázek 6 Zdravotní problémy

Z přiloženého obrázku je patrné, že nejčastějším problémem spojeným s pracovní zátěží byly u sester bolesti zad, jež uvedlo 30 (33 %) respondentek. Na druhém místě co do potíží byly uváděny bolesti DKK, na něž si stěžovalo 28 (30 %) dotázaných. Bolesti hlavy jako průvodní jev pracovní zátěže pociťovalo 21 (23 %) zdravotních sester a 10 (11 %) dotázaných uvedlo problémy s trávením. Zbylé 3 sestry (3 %) uvedly jako jiné průvodní problémy otoky DKK nebo bolesti C páteře.

Otázka č. 12

Stane se, že z důvodu vyčerpání míváte konflikt se svými pacienty?

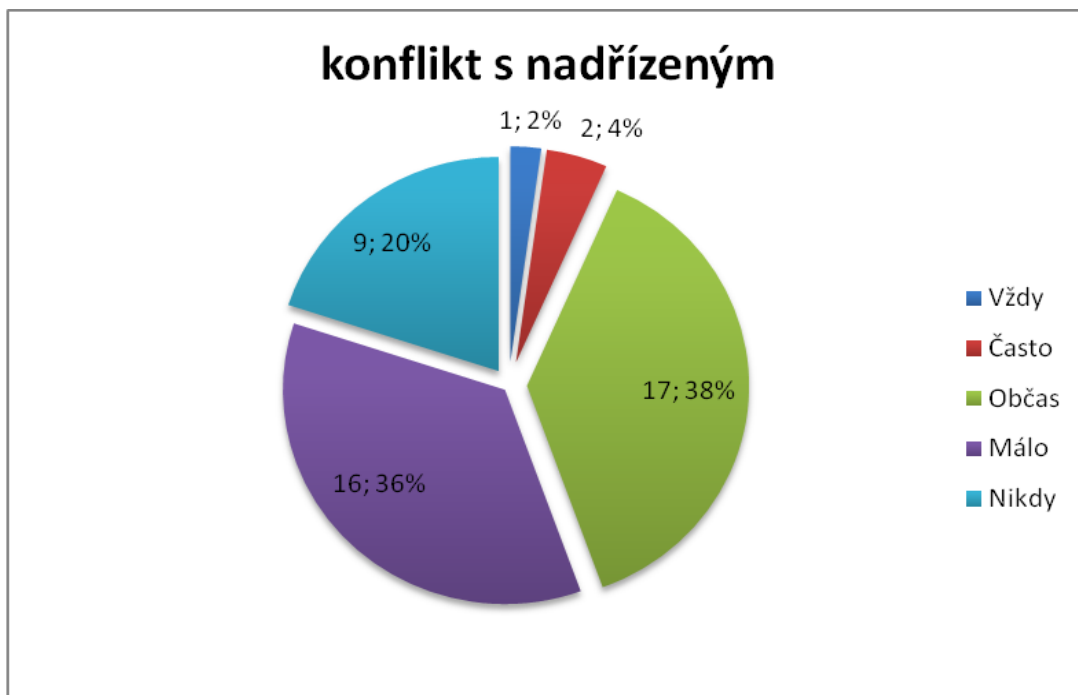
Tabulka 6 Konflikt s pacienty

Odpověď	Absolutní četnost n	Relativní četnost v %
Vždy	0	0 %
Často	2	4 %
Občas	7	16 %
Málo	29	64 %
Nikdy	7	16 %
Celkem	45	100 %

I přes vysokou fyzickou a psychickou zátěž uvedlo překvapivě vysoké procento dotázaných (29; 64 %), že konflikt s přidělenými pacienty bývá minimální. Sedm respondentek (16 %) nemívá konflikty s pacienty nikdy a stejný počet uvádí občasný střet s pacientem. Častý konflikt s pacientem uvedly pouze 2 (4 %) sestry. Stálý konflikt neuvedla žádná z účastnic šetření.

Otázka č. 13

Máte v zaměstnání konflikty z důvodu vyčerpání se svými kolegy nebo vedoucím pracovníkem, např. lékaři?



Obrázek 7 Konflikt s nadřízeným

Z obrázku je zřejmé, že konflikty zdravotních sester s nadřízenými nebyly v době šetření časté. Téměř shodný počet respondentek mívá konflikt s nadřízeným občas (17; 38 %) nebo málo (16; 36 %). Naprosto bezkonfliktní vztahy udalo 9 (20 %) sester. Časté konflikty s nadřízenými uvedly 2 (4 %) respondentky a jedna (2 %) účastnice měla v době šetření konflikt s nadřízeným stále.

Otázka č. 14

Trpíte vlivem směnnosti poruchami spánku?

Tabulka 7 Poruchy spánku

Odpovědi	Absolutní četnost n	Relativní četnost v %
Ne	24	53 %
Ano	21	47 %
Celkem	45	100 %

Poruchami spánku způsobenými směnným provozem netrpěla překvapivě větší část sester - 24 (53 %). Zbytek sester 21 (47 %) pak problémy se spánkem uvedly. Spánkové problémy byly pak všemi sestrami téměř shodně definovány jako nespavost, potíže s usínáním a časté buzení.

Otázka č. 15

Cítíte se po spánku odpočatá?

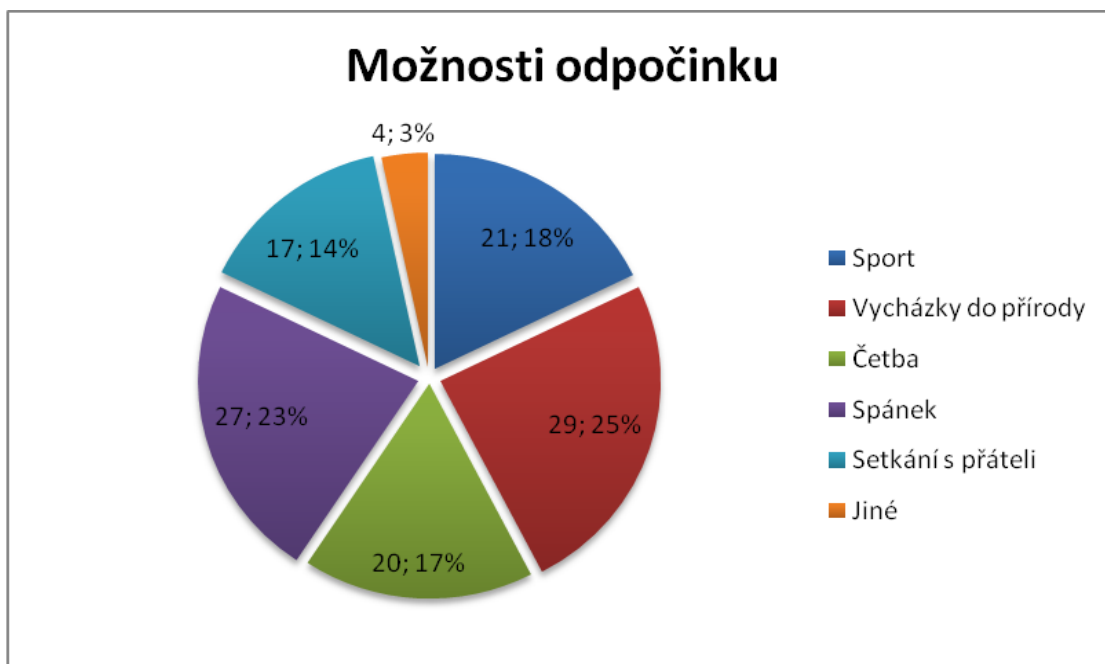


Obrázek 8 Stav po spánku

Míra odpočatosti po spánku u účastnic šetření byla vesměs dostatečná, kdy 9 (20 %) respondentek uvedlo, že odpočaté se po spánku cítí vždy a 21 (47 %) respondentek se cítí odpočato často. Skupina sester, které na tom s mírou odpočatosti byly hůře tvořila přibližně jednu třetinu (33 %) celého zkoumaného souboru. V této skupině uvedlo 13 sester, že se odpočaté cítí jen občas a dvě dotázané se cítí soustavně odpočaté málo.

Otázka č. 16

Jakým způsobem nejčastěji odpočíváte ve volném čase? (max. 3 odpovědi)

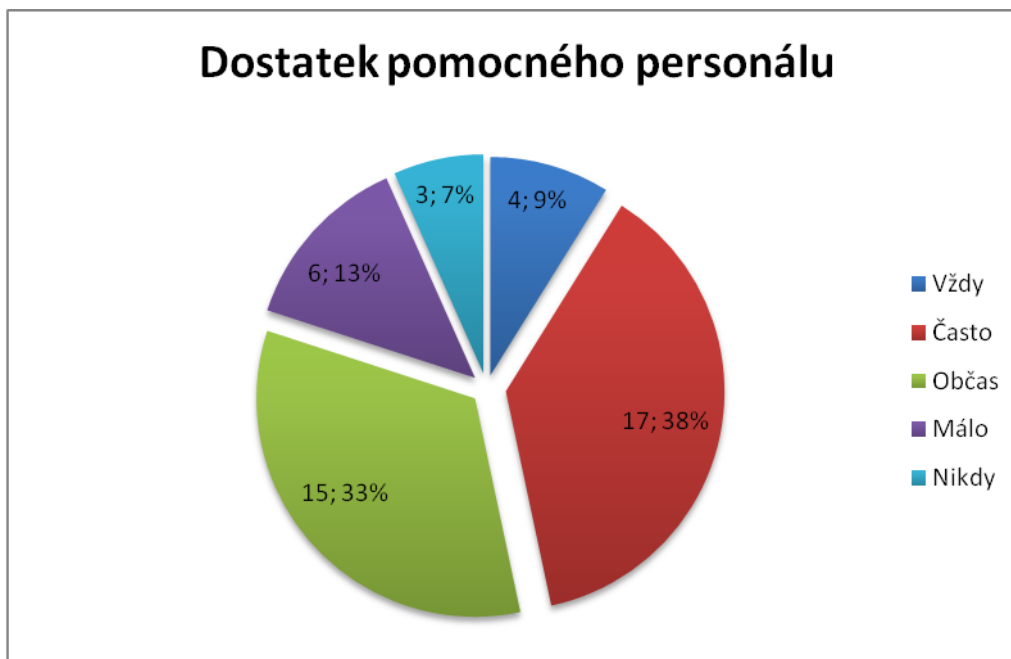


Obrázek 9 Možnosti odpočinku

V přiložené tabulce dotazníku k nejčastějšímu způsobu odpočinku byla možnost vybrat maximálně 3 odpovědi. Nejvíce sester preferuje ve volném čase relaxaci v přírodě (29; 25 %) dotázaných. Spánek volí pouze 27 (23 %) sester – zřejmě hlavně po noční směně. Sport jako aktivní formu odpočinku volí 21 (18 %) respondentek. Četbou, popřípadě setkáními s přáteli tráví volný čas 20 (17 %), respektive 17 (14 %) sester. Jako „jiný“ způsob odpočinku vybraly trávení volného času 4 (3 %) dotázané uvedením péče o děti a rodinu, sledování televize, práci na počítači či práci na zahradě.

Otázka č. 17

Máte na Vašem pracovišti dostatek pomocného zdravotnického personálu, který Vám pomáhá s těžkou fyzickou prací? Např. manipulace s pacientem nebo postelí?

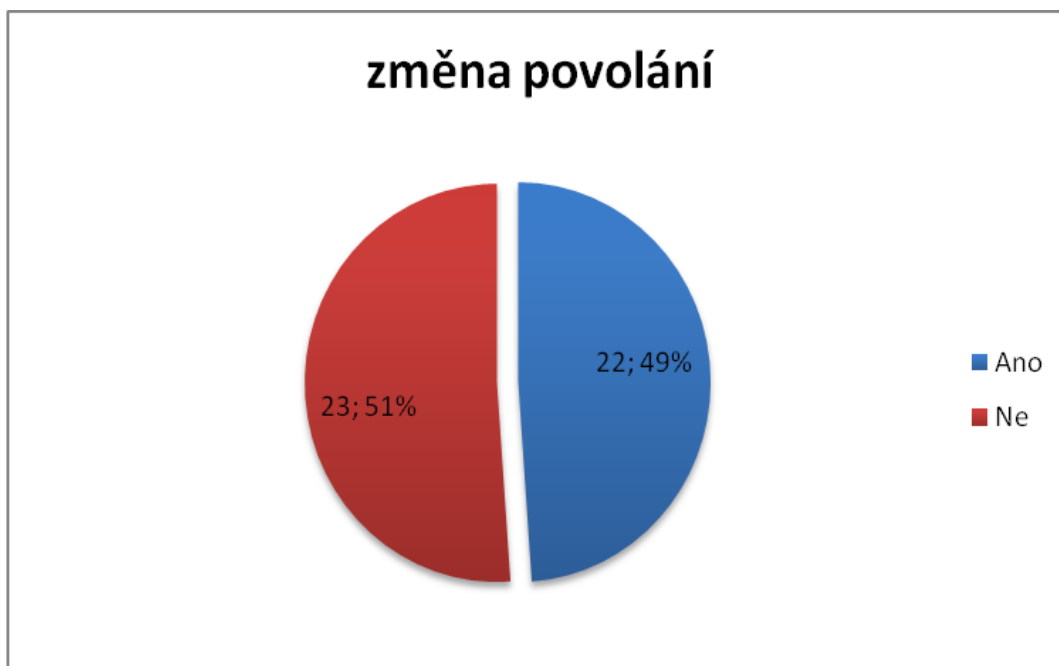


Obrázek 10 Dostatek pomocného personálu

Na otázku dostatečného množství pomocného zdravotnického personálu v případě pomoci při náročnějších fyzických úkonech odpovědělo nejvíce sester (17; 38 %) odpovědí „často“. Téměř stejný počet (15 sester; 33 %) však uvedl, že dostatek pomocného zdravotnického personálu mají jen občas, což může možná souviset se směnným provozem (v šetření nebylo rozlišeno). Málodky pociťuje podporu dostatku pomocného personálu 6 (13 %) sester, vždy ji mají 3 (7 %) sestry a naopak nikdy nemají k ruce potřebnou pomoc 3 (7 %) sestry.

Otázka č. 18

Neuvažujete z důvodu fyzické náročnosti o změně oddělení či povolání?



Obrázek 11 Změna povolání

Na poslední dotaz šetření o možné změně oddělení či dokonce zaměstnání z důvodu vysoké fyzické náročnosti povolání chirurgické sestry odpověděla víceméně přesně polovina kladně a polovina záporně.

9 Diskuze

Výzkum byl prováděn v nejmenované krajské nemocnici na chirurgické klinice po dobu šesti měsíců. K šetření byla vybrána oddělení chirurgických ambulancí, standardních oddělení a jednotky intenzivní péče. Původním záměrem práce bylo zjistit míru fyzického zatížení sester těchto oddělení pomocí krokoměřů a jednotlivá oddělení mezi sebou porovnat. Tento záměr ztroskotal ihned v začátku, neboť se neseťkal s podporou ze strany účastnic studie. Proto byl koncept pozměněn a šetření proběhlo formou dotazníků s celkově 18 dotazy. Primární myšlenkou bylo zjistit rozdíly mezi jednotlivými zúčastněnými odděleními. Vzhledem k tomu, že rozdíly byly tak minimální, pravděpodobně na základě jednak nízkého počtu respondentů, tak i díky podobě pracovní náplně, proběhlo hodnocení dotazníků většinou jako celku, s výjimkou dotazu č. 4 souvisejícím s fyzickou náročností výkonu povolání.

První tři dotazníkové otázky byly obecné, definující nejvyšší dosažené vzdělání, pracoviště a dobu trvání praxe. Nejčastěji zastoupenou skupinou ve zkoumaném vzorku jsou sestry, které absolvovaly střední zdravotnickou školu bez jakéhokoli dodatečného vzdělání a své zaměstnání vykonávají 6 – 10 let. Otázkou dalšího vzdělávání může být samozřejmě nízká motivace ze strany sester, ale naopak i vysoká, mimo jiné, časová náročnost výkonu tohoto povolání. Právě zmiňovaná celková náročnost může hrát roli v omezeném setrvání v tomto zaměstnání v době produktivního věku.

Před zahájením studie bylo vytyčeno 5 výzkumných otázek. K dotazu, zda má délka směny vliv na fyzické vyčerpání, se vztahovaly dotazníkové otázky číslo 4, 5 a 6. Šetření ukázalo, že práci jako vysoce náročnou hodnotí jednoznačně sestry pracující na JIP. Na ostatních dvou odděleních připouštějí sestry v některých případech i náročnost nižší, a to častěji na standardních odděleních (bezmála polovina), než na odděleních ambulantních chirurgických oborů (přibližně třetina). Více než 90% všech sester pak udalo, že pracují na dvanáctihodinové směny. Košňarová (2006, s. 86) ve své diplomové práci s názvem *Determinanty pracovní spokojenosti zdravotních sester* uvádí, že nejvíce spokojené se svou profesí jsou sestry pracující na chirurgických, dětských a interních odděleních. Naopak nejnižší spokojenost uvádějí sestry z oddělení JIP. Tato skutečnost může souviset s charakterem práce, která bývá často nárazová, vyžaduje značnou flexibilitu, adaptabilitu

a schopnost zvládat vysoce stresové situace spojené například s akutními příjmy, těžkými stavy pacientů či resuscitacemi (Košňarová, 2006, s. 86).

Dotazu zda trpí sestry zdravotními problémy spojenými s výkonem povolání bylo věnováno šest dotazníkových otázek. Zdravotní potíže se objevily téměř u třetiny respondentek. Tyto údaje se přibližují údajům práce Košňarové (2006, s. 90), která uvádí, že se profese negativně odrazila na zdraví 38 % sester. Na doplňující dotaz směřující k nutnosti vyhledat v tomto případě lékařskou pomoc odpověděla téměř polovina respondentek kladně. Jako důvod uvedly nejčastěji bolesti zad (33%), otoky DKK (30%) a bolesti hlavy (21 %). Poslední jmenované mohou úzce souviset s nekvalitním spánkem, jenž uvedla bezmála polovina sester a jako příčinu uvedly nespavost, potíže s usínáním a časté buzení. Dalšími problémy s menší četností byly varixy, VCHGD, ekzém, brnění prsů HKK, bronchitida či opakující se angíny. V práci Košňarové (2006, s. 90) udávaly sestry velmi podobně jako nejčastější zdravotní problémy bolesti zad a páteře, bolesti DKK a kloubů, varixy, zažívací obtíže a v neposlední řadě i psychické problémy jako jsou nervozita, vztek či depresivní nálada. Komačková (2009, s. 26-27) ve svém výzkumu, který zahrnoval 257 sester uvádí přesněji, že 96,4 % sester udávalo časté bolesti páteře a 72,7 % z daného vzorku respondentů uvedlo časté otoky a bolesti DKK. Konstatuje také, že největší nedostatky v poznacích a zručnosti sester jsou v oblasti kinestetiky (89,1 %) a ve využívání technického vybavení pro ulehčení práce a nadměrné zátěže (89,1 %). Komačková (2009, s. 26-27) uvádí ve své práci, že mírnější, ale i přesto stále výrazné jsou nedostatky ve vědomostech sester (70,9 %) o mechanice vlastního těla a o možnostech využití principů páky, síly tření a setrvačnosti, při realizaci manipulace a přenosu pacienta. Bolesti hlavy, které uvedla pětina dotázaných v této práci (viz. výše), se mohou jevit i jako možný následek pocitu nedostatečného odpočinku po spánku. Ten však překvapivě udává pouze třetina zúčastněných. Autorka Židková (2005, s. 20) v článku Sestry a spánek uvádí, že spánek po noční směně bývá kratší, a tak může po větším počtu po sobě jdoucích nočních směn dojít k vyčerpání organismu. Dále uvádí, že spánek ve dne není plnohodnotný, protože je rušen více podněty z okolí (např. hluk), což může ovlivňovat psychosomatický stav organismu. Brzké nástupy na směnu znamenají nefyziologické vstávání. Autorka také uvádí, že existují lidé, kteří se snadno přizpůsobí směnové či noční práci, na druhé straně části lidí přináší narušení jejich biologického rytmu nesmírný stres.

Je vysoce pravděpodobné, že kumulace všech těchto faktorů může vést k rozhodnutí o změně oddělení či dokonce povolání, což v šetření uvedla téměř polovina sester. Nepatrně více je dotázaných, které by svou práci neměnily (51 %). Košňarová (2006, s. 86) v souvislosti s úvahou možnosti odchodu ze zaměstnání uvádí ve svém výzkumu však mnohem vyšší údaj blížící se 60 %. Na toto ožehavé téma publikovala Pejznochová (2008, s. 18) článek, kde upozorňuje na nedostatek sester v České republice. Udává důvody, pro které se snižuje počet pracujících sester jimiž jsou noční směny, fyzická i psychická náročnost profese, množící se inzultace zdravotnického personálu pacientem nebo rodinným příslušníkem. Mezi další důvody zařadila vysokou zodpovědnost oproti malé motivaci a v neposlední řadě riziko infekce a nákazy. Tyto vysoce stresové situace vyžadují k zvládnutí těch dalších kompenzací. Jak kompenzují pracovní zátěž sestry v předložené studii, nastiňuje vyhodnocení dotazu č. 16 na způsob nejčastějšího trávení volného času. Nejčtenější skupina, představující jednu čtvrtinu sester, uvedla vycházky do přírody následované téměř stejným počtem těch, které volný čas věnují spánku. Aktivním sportem relaxuje 18 % dotázaných a četbou 17 %. Tato data lze srovnat s údaji ze studie Bilavčíkové (2010, s. 52), která ve svém výzkumu uvádí největší zastoupení odpočinku spánkem (25 %), pětina sester ráda vyrazí s přáteli, aktivnímu odpočinku sportem se věnuje 14 % a četbě se oddává 13 % sester.

K výzkumnému dotazu vlivu fyzického vyčerpání na komunikaci s okolím se vztahují dotazníkové otázky 12 a 13. Překvapivě vysoké procento (96 %) respondentek na dotaz o konfliktu s pacienty z důvodu pracovního zatížení udává, že konflikt nemá buď nikdy (16 %), zřídka (64 %) nebo jen občas (16 %), což svědčí mimo jiné o vysoké profesionalitě a schopnosti udržet odstup při výkonu sesterského povolání. Pro srovnání, Bilavčíková (2010, s. 59) uvádí ve své bakalářské práci s názvem „Psychosociální profesionální zátěž sester a pracovní podmínky“ podobné výsledky. V její studii na chirurgickém oddělení udávalo konflikt s minimální četností 33 % sester a zcela bez konfliktů se obešlo 14 % sester. Konfliktní situace s nadřazeným, ať lékařem, kolegyní či kolegou jsou co do četnosti velice podobné těm s pacienty, avšak s tím rozdílem, že respondentky uvádějí v porovnání s pacienty přeci jenom střetů více (38 % oproti 16 % u pacientů). Konflikty na pracovišti nejsou ničím výjimečným. Jak píše ve svém článku Takáčková a Balková (2014, s. 24), „zábrany“ se projevit ztrácí v dnešní době stále více lidí. Jako každý jev má

i tento dvě stránky. Konfrontaci udržovanou v rozumných hranicích popisují jako prostředek k rozvoji osobnosti, schopnosti jedince se obhájit a komunikovat, naopak konstruktivně neřešené konflikty pak jako destruktivní faktor.

Předpokladem odpovědi na dotazy 7 a 17 týkajících se vlivu na fyzické vyčerpání z důvodu možného nedostatku zdravotnického personálu, byla znalost aktuálního stavu personálního zabezpečení jak sester, tak pomocného zdravotnického personálu na jejich oddělení. Pokud sestřím tyto údaje nebyly známy, byly požádány se informovat u svých nadřízených. Ze šetření vyplynulo, že na většině oddělení chirurgické kliniky je personální obsazení nedostatečné. Sestry i přesto udávaly v dotazu na pomocný zdravotnický personál jeho relativní dostatek (80 %). Jeho nepřítomnost může možná souviset se směnným provozem (v šetření nebylo rozlišeno). Plné stavy personálu byly udány pouze na vybraných pracovištích standardních oddělení (data nejsou udána). Kolik a jak definovaných pracovních míst je neobsazených, nebylo součástí šetření. Dozajista by bylo však zajímavé toto statisticky vyhodnotit. Tato čísla by mohla pak dát jednoznačnější odpověď na otázku, zda třeba i minimální podstavy personálu mají významný vliv na zvýšení fyzické zátěže sester. Aktuálním stavem českého zdravotnictví a mimo jiné i stavu personálního se věnoval výzkum „Barometr českého zdravotnictví 2014“ (Barometr českého zdravotnictví 2014) organizovaný společnostmi HealthCare Institute a Ipsos. V tiskové zprávě se udává, že oproti loňskému relativně optimistickému pohledu na personální oblast stouply letos obavy ředitelů nemocnic z fluktuace zaměstnanců a hlavně z jejich nedostatku. Nárůst chybějících sester vzrostl z loňských 7 % na letošních alarmujících 22 %.

Poslední výzkumná otázka se věnovala znalosti kompetencí a jejich překračování. K této otázce se vztahovaly dotazníkové otázky č. 8 a 9. Překvapivě byly mezi dotázanými sestrami takové, i když ve velice nízkém zastoupení (4 %), které své kompetence neznaly. Zbytek své kompetence znal a v 99 % s různou frekvencí je pravidelně překračoval. Podstatně jinak bilancuje ve své práci Bilavčíková (2010, s. 50), která udává překračování kompetencí v přibližně polovině případů. Tyto rozdíly jsou s vysokou pravděpodobností důsledkem jak lokačního, časového, tak i organizačního uspořádání pracoviště/pracovišť, na kterém výzkum prováděla.

10 Závěr

V úvodu bakalářské práce jsem si stanovila 5 cílů. Jedním z cílů bylo přiblížení problematiky spojené s fyzickým vyčerpáním v povolání zdravotní sestry. Tomuto problému jsem se věnovala v teoretické části za pomoci aktuální odborné literatury.

V empirické části jsem se zabývala problematikou vysoké přetěžovanosti zdravotních sester na chirurgické klinice. Z vyhodnocených dotazníků ve výzkumné části vyplývá, že sestry výše zmíněné kliniky spatřují v momentálních podmínkách situaci, spojenou nejen s fyzickou zátěží, jako kritickou. Téměř polovina jich přemýšlí o odchodu ze zaměstnání či alespoň o změně oddělení. Domnívám se, že to může být způsobeno dlouhodobým nedostatkem zdravotnického personálu, častými přesčasy, ale i stále se zvyšujícími nároky, které jsou na zdravotní sestry kladeny. Všechny tyto aspekty mohou být pravděpodobně konsekvencí vysoce kvalitní diagnostiky onemocnění a tím tedy i možností časného operativního řešení s nímž souvisí i daleko větší obrat pacientů/klientů na odděleních chirurgie. Právě změny obratu pacientů v posledních letech by byly dozajista zajímavým tématem v souvislosti s dalším vyhodnocováním pracovního zatížení zdravotního personálu na této chirurgické klinice.

Fyzické zatížení pohybového aparátu, především zad a dolních končetin, uvedla převážná většina zdravotních sester. Domnívám se, že tento jev není spojen pouze s ošetřováním vyššího počtu imobilních pacientů. Bezpochyby zde hraje významnou roli i nedostatečná proškolenost zdravotnického personálu v oblasti kinestetiky a dále i nedostatek jak pomocného zdravotnického personálu, tak pomůcek pro snadnější manipulaci s pacienty např. různé zvedáky (viz příloha B). Doporučením pro praxi je možnost účasti na celé řadě odborných kurzů pro pracovníky ve zdravotnictví, které nabízí osvojení si základních znalostí z oblasti mobilizace pacienta. Naučí také předcházet vzniku sekundárních potíží a bolestí pohybového aparátu. Mimo jiné je k dispozici široké spektrum odborné literatury na toto téma, ale i nepřeberné množství internetových odkazů např. e-learningové kurzy, které poskytují požadované informace či doporučení. Ke zvážení se určitě nabízí myšlenka zavést kurzy s touto tematikou již na střední školy, aby si budoucí sestry osvojily od začátku jak správně manipulovat s pacienty a šetřit tak své zdraví a nejen to fyzické již od prvopočátku výkonu svého budoucího povolání.

11 Seznam bibliografických citací

1. ČIHÁK, Radomír. *Anatomie*. 3., upr. a dopl. vyd. Editor Miloš Grim, Oldřich Fejfar. Praha: Grada, 2011, 534 s. ISBN 978-80-247-3817-8.
2. FÖLSCH, Ulrich R, Robert F SCHMIDT a Kurt KOCHSIEK. *Patologická fyziologie*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2003, 586 s. ISBN 80-247-0319-x.
3. HAKL, Marek. *Léčba bolesti: současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2011, 231 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2473-0.
4. HIRT, Miroslav a Michal BERAN. *Tupá poranění v soudním lékařství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 185 s. ISBN 978-80-247-4194-9.
5. JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 249 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4412-4.
6. NAŇKA, Ondřej, Miloslava ELIŠKOVÁ a Oldřich ELIŠKA. *Přehled anatomie*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, c2009, xi, 416 s. ISBN 978-80-7262-612-0.
7. PLEVOVÁ, Ilona. *Management v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 304 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3871-0.
8. ROKYTA, Richard. *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 174 s., vii s. barev. obr. příl. ISBN 978-80-247-3012-7.
9. ROZSYPALOVÁ, Marie a Alena ŠAFRÁNKOVÁ. *Ošetrovatelství I: pro 1. ročník středních zdravotnických škol*. Vyd. 1. Praha: Informatorium, 2002, 231 s. ISBN 80-86073-96-3.
10. RICHARDS, Ann a Sharon EDWARDS. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. Vyd. 1., české. Praha: Grada, 2004, 376 s. ISBN 80-247-0932-5.
11. ŠVÁBOVÁ, Květa, Milan TUČEK a Marie NAKLÁDALOVÁ. *Pracovní lékařství pro všeobecné praktické lékaře*. Editor Petr Herle. Praha: Raabe, c2013, 154 s. Ediční řada pro všeobecné praktické lékaře. ISBN 978-80-87553-74-9.

12. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
13. VÉVODA, Jiří. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013, 159 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4732-3.
14. WELLER, Stella. *Záda bez bolesti: rady, tipy a cviky při léčbě běžných postižení zad*. Vyd. 1. Praha: Ikar, 2009, 143 s. ISBN 978-80-249-1283-7.
15. ZEMAN, Miroslav a Zdeněk KRŠKA. *Chirurgická propedeutika*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2011, 512 s. ISBN 978-80-247-3770-6.

Časopisy:

16. BALKOVÁ, H., TAKÁČKOVÁ, G., *Konflikty a jejich řešení*. Sestra, 2014. 1, s. 24. ISSN 1210-0404
17. BILAVČÍKOVÁ, P., KARAFIÁTOVÁ, M., *Jak vnímají sestry pracovní podmínky a psychosociální zátěž*. Sestra, 2010. 20, 9, s. 23. ISSN 1210-0404
18. GUČKOVÁ, M., *Fyzická zátěž sester*. Sestra, 2007. 17, 6, s. 21. ISSN 1210-0404
19. KOMAČEKOVÁ, D., *Fyzická a psychická zátěž při poskytování ošetrovatelské péče – prevence, ochrana a podpora zdraví sestry*. Sestra, 2009. 19, 7-8, s. 26. ISSN 1210-0404
- PEJZNOCHOVÁ, I., *Nedostatek sester v České republice*. Sestra, 2008. 5, 13, s. 18. ISSN 1210-0404
20. VATTAIOVÁ, M., *Osobní pohoda a životní styl budoucí sestry*. Sestra, 2012. 9, s. 28. ISSN 1210-0404
21. ŽIDKOVÁ, Z., *Sestry a spánek*. Sestra, 2005. 10, 10, s. 20. ISSN 1210-0404

Bakalářské a diplomové práce:

22. KOŠŇAROVÁ, Ivana. *Determinanty pracovní spokojenosti zdravotních sester*. 2006. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Filozofická fakulta Psychologický ústav. Vedoucí práce PhDr. Pavel HUMPOLÍČEK, Ph.D.
23. BILAVČÍKOVÁ, Pavla. *Psychosociální profesionální zátěž sester a pracovní podmínky*. 2010. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Mgr. Michaela Karafiátová

Internetové zdroje:

24. Barometr českého zdravotnictví 2014, Tisková zpráva, HealthCare Institute. [online]. 2014. [cit. 2015-4-22]. Dostupné z WWW: <<http://www.hc-institute.org/cz/projekty/barometr/barometr-ceskeho-zdravotnictvi-2014.html>.>
25. Komfort, Sensorická paměť je přímou cestou k mysli. [online]. 2011. [cit. 2015-4-7]. Dostupné z WWW: <<http://www.linet.com/cz/o-nas/komfort-20113/senzoricka-pamet-je-primou-cestou-k-mysli/>>

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA A - DOTAZNÍK	56
PŘÍLOHA B - ZVEDÁK ALTO.....	61

Příloha A - dotazník

Vážení respondenti,

do rukou se Vám dostal dotazník, pomocí kterého bych se ráda dozvěděla o fyzickém vytížení zdravotních sester na chirurgii. Jmenuji se Tereza Pešavová a jsem studentkou 3. ročníku oboru Všeobecná sestra, kombinované studium na Univerzitě Pardubice. Téma bakalářské práce je: Fyzická vyčerpání sester na chirurgické klinice. Tento dotazník je zcela anonymní a proto Vás prosím o jeho pravdivé vyplnění. Vámi vybranou odpověď zakroužkujte, popřípadě odpověď rozveďte. Je možné zakroužkovat i více odpovědí. Předem velice děkuji za Váš čas a ochotu při vzájemné spolupráci.

1. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) SZŠ
- b) SZŠ + specializační studium (ARIP, atd...)
- c) Vyšší odborné vzdělání
- d) VŠ
- e) VŠ + specializační studium (ARIP, atd...)

2. Na jakém oddělení chirurgie pracujete?

- a) Standardní oddělení
- b) Jednotka intenzivní péče
- c) Ambulance chirurgických oborů

3. Jak dlouhou máte praxi?

- a) 0-5 let
- b) 6-10 let
- c) 11-15 let
- d) 16 a více

4. Myslíte si, že práce zdravotní sestry na chirurgii je fyzicky náročná?

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

5. Na jaké směny pracujete?

- a) 12 hodinové (denní, noční)
- b) 8 hodinové (ranní, odpolední, noční)

6. Máte dostatek volného času na odpočinek mezi směnami?

- a) Ano, nemám žádné přesčasy
- b) Ne, z důvodu nedostatku personálu sloužíme přesčasy

7. Máte na Vašem pracovišti dostatek personálu?

- a) Ano, máme plný stav
- b) Ne, chybí nám personál
- c) Nevím

8. Znáte své pracovní kompetence?

- a) Ano
- b) Ne

9. Je náplň práce, kterou vykonáváte nad rámec vašich kompetencí?

- a) Vždy
- b) Často
- c) Občas
- d) Zřídka
- e) Nikdy

10. Vyskytli se u Vás po nástupu do zaměstnání zdravotní potíže?

- a) Ne
- b) Ano
Jaké?.....

Musely jste vyhledat lékaře? ANO – NE (zakroužkujte)

11. Máte v souvislosti s pracovní zátěží některé z těchto problémů?

- a) Bolesti DKK
- b) Bolesti hlavy
- c) Bolesti zad
- d) Trávicí obtíže
- e) Jiné.....

12. Stane se, že z důvodu vyčerpání míváte konflikt se svými pacienty?

- a) Vždy
- b) často
- c) občas
- d) málo
- e) nikdy

13. Máte v zaměstnání konflikty z důvodu vyčerpání se svými kolegy nebo vedoucím pracovníkem, např. lékaři?

- a) Vždy
- b) Často
- c) Občas
- d) Málo
- e) Nikdy

14. Trpíte vlivem směnnosti poruchami spánku?

- a) Ne
- b) Ano

Jakými?.....

15. Cítíte se po spánku odpočatá?

- a) Vždy
- b) Často
- c) Občas
- d) Málo
- e) Nikdy

16. Jakým způsobem nejčastěji odpočíváte ve volném čase? (max. 3 odpovědi)

- a) Sport
- b) Vycházky do přírody
- c) Četba
- d) Spánek
- e) Setkání s přáteli

f) Jiné.....

17. Máte na Vašem pracovišti dostatek pomocného zdravotnického personálu, který Vám pomáhá s těžkou fyzickou prací? Např. manipulace s pacientem nebo postelí.

- a) Vždy
- b) Často
- c) Občas
- d) Málo
- e) Nikdy

18. Neuvažujete z důvodu fyzické náročnosti o změně oddělení či povolání?

- a) Ano
- b) Ne

Příloha B – Zvedák Alto



Přejato z <<http://www.sivak.cz/zvedak-alto-400/>>