

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2020

Bc. Daniela Marešová, DiS.

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Stresové zatížení perioperačních sester

Bc.Daniela Marešová, DiS.

2020

Diplomová práce

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2018/2019

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

Jméno a příjmení: **Bc. Daniela Marešová, DiS.**
Osobní číslo: **Z18304**
Studijní program: **N5345 Specializace ve zdravotnictví**
Studijní obor: **Perioperační péče**
Téma práce: **Stresové zatížení perioperačních sester**
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Zásady pro vypracování

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

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

Seznam doporučené literatury:

AYERS, S., DE VISSER, R. Psychologie v medicíně. 1.vyd. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5230-3.
HONZÁK, R. Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření. 1.vyd. Praha: Vyšehrad, 2013. ISBN 978-80-7429-331-3.
PAULÍK, K. Psychologie lidské odolnosti. 2.vyd. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-247-5646-2.
VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. Sestry v nouzi. 1.vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3174-2.
WICHSOVÁ, J. kol. Sestra a perioperační péče. 1.vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-3754-6.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Jana Wichsová, Ph.D.**
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání diplomové práce: **30. listopadu 2018**

Termín odevzdání diplomové práce: **30. dubna 2020**

L.S.

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D.
děkanka

PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 10. března 2020

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

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., 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 03.06.2020

Bc.Daniela Marešová, DiS.

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych touto formou poděkovat zejména Mgr. Janě Wichsové, Ph.D. za vedení mé diplomové práce, za ochotnou pomoc a množství času, který nad mojí prací strávila.

ANOTACE

Diplomová práce si klade za cíl zmapovat stresové faktory práce z pohledu sester na operačním sále. Zaměřuje se na náročnost profese, na specifika stresového zatížení a hodnotí riziko vzniku syndromu vyhoření v souvislosti s mírou rizika na jiných odděleních. Snaží se podat ucelený pohled na profesi perioperační sestry s ohledem na její náročná specifika a jejich dopad na sálové sestry.

Práce byla zpracována pomocí kvalitativního šetření, jež probíhalo formou polostrukturovaných rozhovorů a dotazníku Maslachové. Rozhovory byly realizovány s deseti perioperačními sestrami pracujícími na centrálních operačních sálech, na dotazníky odpovídaly sestry z operačních sálů, z oddělení následné péče a oddělení gynekologického, dětského, interního, chirurgického a anesteziologicko-resuscitačního. Z šetření vyplynulo, že mezi hlavní specifika stresové zátěže sálových sester patří stres z odborné náročnosti, stres u akutních operací, nedodržování přestávek, velká zodpovědnost a zátěž z problematických mezilidských vztahů na pracovišti. Bylo zjištěno, že největší mírou stresového zatížení trpí sestry s dobou praxe mezi 20 – 25 lety. Závěry dále poukazují na fakt, že sestry na operačním sále nejsou ohroženy syndromem vyhoření více než sestry na jiných vybraných odděleních.

Práce by měla zvýšit povědomí a informovanost sester o zvláštностech a specifické náročnosti profese perioperační sestry.

KLÍČOVÁ SLOVA

sestra, perioperační péče, pracovní zátěž, stres, syndrom vyhoření, operační sál

TITLE

Occupational stress of perioperative nurses

ANNOTATION

The goal of the thesis is to map stress factors of the job from the view of nurses at an operating room. It focuses on requirements of the profession, specifics of stress load and evaluates the risk of inception of burnout syndrome in context of risk rates at other wards. It strives to deliver thorough insight into the profession with focus on its demanding specifics and its impact on perioperative nurses.

This thesis was conducted by qualitative research consisting of semi-structured interviews and Maslach Burnout Inventory. Ten interviews with perioperative nurses who work at central operating rooms were realised, The questionnaires were responded by nurses who work at operating rooms, departments of aftercare, internal medicine, gynaecology, pediatry, surgery, anaesthesiology-resuscitation and intensive care. From survey emerged that the major stressors of perioperative nurses are stress of expertise demands, acute surgeries, breaks non-compliance, high responsibility and problematic relationships with colleagues. It has been found that nurses who have 20-25 years' experience suffer from increased rates of stress. Conclusions furthermore indicate perioperative nurses are not struck by burnout syndrome more often than nurses working at other selected wards.

The aim of the thesis is also to heighten awareness of nurses about peculiarities and specific demands of the profession of perioperative nurse.

KEYWORDS

nurse, perioperative care, workload, stress, burnout syndrome, operating room

OBSAH

Úvod	14
1 Cíl práce	16
2 Teoretická část	17
2.1 Perioperační péče.....	17
2.1.1 Perioperační proces.....	17
2.2 Sestra v perioperační péči.....	20
2.2.1 Spolupráce na operačním sále.....	21
2.3 Specifika zátěže zdravotnických pracovníků.....	23
2.3.1 Zátěž v práci sestry.....	24
2.4 Stres.....	25
2.4.1 Fyziologická reakce na stres.....	27
2.4.2 Fáze stresové reakce.....	28
2.5 Stres v profesi perioperační sestry.....	29
2.5.1 Fyzické zatížení.....	30
2.5.2 Technologický stres.....	30
2.5.3 Psychické zatížení.....	30
2.5.4 Mezilidské vztahy.....	31
2.6 Zvládání stresu.....	31
2.7 Syndrom vyhoření.....	32
2.7.1 Syndrom vyhoření v profesi perioperační sestry.....	33
2.7.2 Příčiny syndromu vyhoření u perioperačních sester.....	34
2.7.3 Projevy syndromu vyhoření.....	35
2.7.3.1 Emocionální vyčerpání.....	35
2.7.3.2 Psychické vyčerpání.....	35
2.7.3.3 Fyzické vyčerpání.....	36

2.7.4 Průběh syndromu vyhoření u sester.....	36
2.7.4.1 První fáze.....	37
2.7.4.2 Druhá fáze.....	38
2.7.4.3 Třetí fáze.....	39
2.7.4.4 Čtvrtá fáze.....	39
2.7.5 Intervence v situaci vyhoření.....	40
2.7.6 Prevence syndromu vyhoření.....	41
3 Praktická část.....	43
3.1 Výzkumné otázky.....	43
3.2 Metodika výzkumu.....	43
3.2.1 Použité metody a techniky.....	43
3.2.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	44
3.3 Výsledky výzkumného šetření – rozhovory s perioperačními sestrami.....	45
3.3.1 Kategorizace výsledků z rozhovorů se sestrami.....	45
3.4 Výsledky výzkumného šetření – dotazník Maslachové.....	68
4 Diskuze.....	71
4.1 Doporučení pro praxi.....	75
5 Závěr.....	77
6 Použitá literatura.....	79
7 Přílohy.....	83

SEZNAM OBRÁZKŮ

Schéma 1 – Věk.....	47
Schéma 2 – Vzdělání.....	48
Schéma 3 – Doba praxe.....	48
Schéma 4 – Improvizace.....	49
Schéma 5 – Neodhadnutelnost.....	50
Schéma 6 – Časová tíseň.....	51
Schéma 7 – Zodpovědnost.....	52
Schéma 8 – Koncentrace.....	53
Schéma 9 – Nervozita.....	53
Schéma 10 – Syndrom vyhoření.....	54
Schéma 11 – Dlouhé stání.....	55
Schéma 12 – Riziko infekce.....	56
Schéma 13 – Fyzická náročnost.....	57
Schéma 14 – Fyzikální faktory.....	58
Schéma 15 – Nedodržování přestávek.....	59
Schéma 16 – Nedodržování programu.....	60
Schéma 17 – Přesčasová práce.....	61
Schéma 18 – Pocity ocenění.....	62
Schéma 19 – Vztahy.....	63
Schéma 20 – Náročná specifika.....	64
Schéma 21 – Vztah k profesi.....	65
Graf 1 – Stres a doba praxe.....	67
Graf 2 – Emocionální vyčerpání.....	68

Graf 3 – Depersonalizace.....	69
Graf 4 – Osobní uspokojení.....	70

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – Stres a doba praxe.....	67
Tabulka 2 – Emocionální vyčerpání.....	68
Tabulka 3 – Depersonalizace.....	69
Tabulka 4 – Osobní uspokojení.....	70

SEZNAM ZKRATEK

ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
COS	centrální operační sály
DEO	dětské oddělení
GYN	gynekologické oddělení
CHIR	chirurgické oddělení
INT	interní oddělení
JIP	jednotka intenzivní péče
FZS	Fakulta zdravotnických studií
např.	například
ONP	oddělení následné péče
SZŠ	střední zdravotnická škola
TEN	tromboembolická nemoc
tzv.	takzvané
VO	výzkumná otázka
VOŠZ	vyšší odborná škola zdravotnická
VŠ	vysoká škola

ÚVOD

Možnosti pracovního uplatnění a náplně práce všeobecné sestry jsou velmi rozmanité. Možná dokonce ani neexistuje jiné povolání, kde by mohl člověk s jedinou kvalifikací vykonávat práci tak odlišnou jednu od druhé. Někomu vyhovuje práce na ambulanci, druhému na oddělení. Někdo chce či z nejrůznějších důvodů potřebuje pracovat pouze na ranní směny na ambulanci, někomu více vyhovují směny na oddělení. Některé sestry vidí smysl při práci s dětmi, jiné v péči o seniory, další se zase cítí jako „ryba ve vodě“ na ARU, JIP a na pracovištích, které svým pracovníkům dokáží zajistit pravidelné dávky adrenalinu do žil. Jedním z takových oddělení je operační sál.

Práce na operačním sále je velice specifická a od ostatních oddělení se velice liší. Perioperační sestry nepřijdou s pacienty téměř do styku, alespoň v tom klasickém slova smyslu. Pacient je vnímá pouze malou chvíli před uvedením do anestezie. Vymění si spolu pouze pár vět, které si pacient třeba později ani nevybaví. Nebo si poté ani vůbec nevzpomene na zvláštní postavy až na oči celé zahalené, které mu byly průvodkyněmi a ochránkyněmi v období, kdy byl ve velkém stresu a cítil se tak zranitelný. A přece tu jsou, 24 hodin denně připravené pomoci člověku od jeho trápení a bolesti, připravené jako pravé ruky chirurgů navrátit pacientům jejich zdraví a spokojenost, stejně tak jako odhodlané doslova bojovat o jejich život při komplikacích. Takové sestry jsem viděla při výkonu své odborné praxe na vyšší odborné škole a tu praxi dnes vnímám jako okamžik, kdy se zrodil můj obdiv a láska k profesi perioperační sestry. A každý den v mé práci mne utvrzuje v tom, že jsem si své povolání vybrala dobře. Je to práce psychicky i fyzicky náročná, často velmi stresující, vyžadující schopnost improvizace i technické dovednosti. Také má velké emoční pozadí, instrumentářky zažívají každý den pestrou škálu pocitů. Někdy na sál nastupují s uvolněnými pocity, jindy s lehkým chvěním v žaludku, občas s větší nervozitou. Ale ve chvíli, kdy operaci úspěšně zakončí a skládají instrumentarium, jsou plné pocitů, které obsahují pocit dobře odvedené práce a také pocit vítězství, který je skoro až návykový.

Sálové sestry musí být z podstaty své profese velmi psychicky i fyzicky odolné. Jejich práce s sebou nese velkou psychickou i fyzickou náročnost. Musí se umět vyrovnat se stresem z velké odborné náročnosti a nutnosti znát velké množství operačních postupů a instrumentaria, unést tíhu velké zodpovědnosti a zvládat stres u akutních operací či komplikací. Musí vydržet dlouho stát a snášet diskomfort při dlouhých operacích.

Práce každé všeobecné sestry na kterémkoli oddělení je jistě z nejrůznějších hledisek náročná. Každé oddělení však má svá specifika, každý obor s sebou nese určité obtížné oblasti, se kterými se sestry musí vyrovnávat a které jsou pro ně stresující a náročné. Velmi ráda bych v této diplomové práci zmapovala stresující specifika perioperačních sester a porovнала míru jejich zátěže a jejich ohrožení syndromem vyhoření s ostatními vybranými odděleními. U nás je to otázka velice málo probádaná, a i když je úroveň a vnímání stresu do velké míry otázkou individuální odolnosti jednotlivce, mohly by výsledky této práce nastínit každodenní realitu pracovního života sálových sester a poodhalit tak další dimenzi naší krásné profese.

1 CÍL PRÁCE

Cíl : Zmapovat stresové faktory práce z pohledu sester na operačním sále.

Cílem práce je přispět k pochopení stresové zátěže perioperačních sester. Objasnit a zjistit, s jakými stresovými situacemi se při svém povolání potýkají, jak na ně působí a reagují. Zda tuto zátěž vnímají odlišně v závislosti na době praxe, zda jim hrozí syndrom vyhoření a zda je tato hrozba větší, než jaké čelí sestry na jiných odděleních. Neboť jen pochopení a poznání stresových faktorů a zátěže sester může dát možnost a prostor pro vykonání potřebných změn, jež mohou pomoci se této zátěži vyhnout a eliminovat tak její dopady a působení.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Perioperační péče

Perioperační péče je péče o pacienta – operanta před operačním výkonem, v jeho průběhu a bezprostředně po něm (Wichsová, 2013, s.133).

2.1.1 Perioperační proces

Perioperační ošetrovatelská péče má tři fáze dle vztahu k průběhu vlastního operačního výkonu. Jsou to fáze předoperační, intraoperační a pooperační (Wichsová, 2013, s.133).

V předoperační fázi provádíme přípravu sálu, která zahrnuje dezinfekci prostředí, kontrolu funkčnosti přístrojů, přípravu instrumentária a dalších potřebných zdravotnických prostředků, například rouškovací systémy, sterilní obvazový materiál, léčiva a další pomůcky k danému výkonu potřebné (Jedličková, 2012, s. 156). V této etapě většinou dochází k prvnímu kontaktu perioperační sestry s pacientem. V některých zdravotnických zařízeních však k prvnímu kontaktu dochází dříve, zpravidla v předvečer operačního výkonu, kdy perioperační sestra za pomoci písemných materiálů, fotografií či videa provádí edukaci pacientů před operačním výkonem, během které jim vysvětlí průběh výkonu a zodpoví případné dotazy pacienta (Wichsová, 2013, s.133-134). Edukace před výkonem musí být pro pacienta srozumitelná. Po slovním vysvětlení by měl pacient dostat také písemnou formu všech informací, jelikož pacient má v tu dobu za sebou zpravidla již pohovor s chirurgem a anesteziologem a může být zahlcen informacemi, které si pak nemusí zcela pamatovat. Pacient je také obvykle ve velkém stresu z nadcházející operace, a proto je vhodné dát mu možnost si všechny informace později v klidu znovu přečíst (Wendsche, 2012, s.74). Tato edukace však zatím nepatří mezi standardizované činnosti zakotvené mezi povinnosti perioperační sestry. Avšak ani tam, kde edukaci sestry provádějí, není takto edukován každý pacient. Někteří pacienti přichází k operačnímu výkonu do zdravotnického zařízení až ráno v operační den, nebo se může stát, že jsou perioperační sestry tak vytížené svými povinnostmi, že operanty obejít nestihnou.

Pacient, který přichází na operační sál k výkonu, je často vystaven nepříjemným pocitům, strachu, obavám či bolesti. To, jak na tuto situaci reaguje, záleží na jeho temperamentu nebo také na předchozích zkušenostech. Pacienty a jejich reakci můžeme rozdělit na citlivé, potlačující, vyhýbavé a také na pacienty bojovníky. V každém případě však sestra musí mít na paměti, že tak, jako má každý člověk individuální prožitky, tak i přístup, komunikace a informace

k němu směřující by měly vycházet z lidské individuality a osobnostních požadavků každého pacienta (Janáčková, Weiss, 2008, s.109).

Po příjezdu pacienta na sál v doprovodu sanitáře a sestry z oddělení následuje jeho překládání na vstupním filtru zpravidla do péče anesteziologické sestry a sálového sanitáře. Pacient musí být k operačnímu výkonu řádně připraven, musí být bez šperků, hodinek, sponek a nalakovaných nehtů, být vymočený, bez snímatelné zubní protézy, vykoupán s použitím chlorhexidinového či betadinového mýdla. Dolní končetiny musí být zabandážované jako prevence TEN, pupeční jizva vyčištěna, stejně tak prostor pod nehty a pod předkožkou. Operační pole musí být řádně oholeno či ostříháno. Pacient má identifikační náramek a s sebou si přiváží dokumentaci (Wichsová, 2013, s.134). Sestra se pacientovi představí, přivítá ho, ověří dokumenty a pacientovu totožnost (Jedličková, 2012, s.156). Poté je uložen na operační stůl a sestra provede peroperační bezpečnostní proceduru WHO – 1.krok. Zeptá se pacienta na jméno a předpokládaný operační výkon. Při riziku stranové záměny zjišťuje stranu, dále kontroluje označení místa výkonu na těle pacienta a zjišťuje známé alergie. Sestra s pacientem udržuje neustálý kontakt a informuje ho o všech intervencích a činnostech, které provádí. Přikládá na tělo pacienta neutrální elektrodu, pokud je i jen předpoklad potřeby užití monopolární elektrokoagulace (Wichsová, 2013, s. 134-135).

Následuje aplikace anestezie a bezpečné uvedení pacienta do vhodné polohy (Jedličková, 2012, s.156). Při polohování respektujeme aktuální stav pacienta, jeho fyziologii, stejně jako operační výkon a přání lékaře – chirurga. Musíme dbát na možné riziko vzniku dekubitů a poškození nervů, využíváme při tom nejrůznější gelové, pěnové či nafukovací ochranné pomůcky. Dalším krokem je antiseptická operace operačního pole, jejímž úkolem je redukovat rezistentní a tranzientní mikroflóru pokožky operanta. Provádí se potíráním kůže sterilním tamponem s antiseptikem, a to směrem od středu operačního pole krouživými spirálovými pohyby do stran. Postupujeme od nejčistší k méně čisté zóně, alespoň 15 cm všemi směry od linie řezu. Proceduru je nutno opakovat dvakrát, posledním tamponem čistíme hůře dostupná místa, například pupeční jizvu. Pokud při antisepsi použijeme přípravek na alkoholové bázi, před použitím elektrokoagulace je potřeba vyčkat odpaření alkoholových výparů (Wichsová, 2013, s.136). Také se musíme vyvarovat zatečení antiseptika pod pacienta z důvodu rizika vznícení při použití elektrokoagulace (Schneiderová, 2014, s.60).

Posledním krokem předoperační fáze je zarouškování operačního pole, které provádíme po zaschnutí antiseptika, přičemž, jak uvádí Wichsová a kol. (2013) : „Za sterilní považujeme

pouze oblast nad okrajem operačního stolu nebo instrumentačních stolků a nad pasem.“ Rouškování provádějí již sterilně oblečení operatéři za asistence sestry instrumentářky (Schneiderová, 2014, s.60).

Druhou fází perioperačního procesu je fáze intraoperační, která začíná po zarouškování operačního pole. V tuto chvíli jsou již přítomni všichni členové na operačním výkonu se podílející a společně provedou perioperační bezpečnostní proceduru – 2.krok, během které všichni členové uvedou své jméno a svou úlohu na operačním výkonu, potvrdí jméno pacienta, lokalizaci a typ operace, stejně tak profylaktické podání ATB před výkonem (Wichsová, 2013, s.137).

Sestra instrumentářka během výkonu sleduje průběh operace a instrumentuje dle situace na vyzvání i bez vyzvání chirurga, případně dle posunků. Všechny nástroje, které lékaři podává, musí být čisté, suché a přezkoušené, vždy úchopovou částí k operátorovi a funkční částí k sobě tak, aby je chirurg již nemusel v ruce obracet. Ostří a zuby nástroje vždy směřují dolů, hrot jehly či nůžek nahoru (Wichsová, 2013, s.137). Její povinností je bedlivě sledovat operační výkon a na dění vhodně reagovat, potřebuje tedy dobře vidět do operační rány, k čemuž je možno využít pomůcek, např. stoličky (Wendsche, 2012, s.86). Instrumentářka některé kroky chirurga dovede předvídat a být na ně připravena, ve vhodných chvílích průběžně kontroluje a ošetřuje použité nástroje, kontroluje sterilitu operačního pole a pokud je to nutné, podílí se na asistenci. Před započítím výkonu, po celou dobu operace a zejména před jejím ukončením provádí početní kontrolu nástrojů a materiálu (Wichsová, 2013, s.137-138). Po celou dobu výkonu je přísně zakázáno ze sálu odnášet jakýkoli počítaný předmět, ať již se jedná o roušku, nástroj či longetu (Wendsche, 2012, s.86). V případě odběru biologického materiálu tento přebírá od operátora a následně předá obíhající sestře, která ho uloží do připravené nádoby, provede záznam do dokumentace a odběrového deníku a opatřen identifikačními údaji zajistí jeho transport do laboratoře (Jedličková, 2012, s.156).

V ideální situaci by měla instrumentující sestra znát již den předem typy výkonů, u kterých bude instrumentovat, jelikož dobře se na výkon připravit není jen úlohou lékaře, ale i instrumentující sestry. Ta musí dokonale znát nejen potřebné nástroje a všechny jejich komponenty, ale také si musí eventuálně předem nastudovat operační postupy, a to především v případě traumatologických a ortopedických operací (Wendsche, 2012, s.86).

Mezi další úkoly sestry obíhající patří obsluha operační skupiny, doplňování potřebných nástrojů a materiálu, kontrola a úkolování sanitáře, také vedení dokumentace (Wichsová, 2013, s.138).

Obíhající sestra spojuje nesterilní prostředí se sterilním, zapojuje a obsluhuje přístroje, kontroluje jejich funkčnost. Po dobu výkonu sleduje pohyb na operačním sále a dodržování zásad asepse (Wendsche, 2012, s.156). Spolu se sestrou instrumentářkou provádí početní kontrolu použitých nástrojů a materiálu. Na konci operačního výkonu operační tým uzavřenou ránu omyje, osuší, ošetří antiseptikem a sterilně zakryje.

Poslední etapou perioperačního procesu je fáze pooperační, během které provádíme poslední fázi perioperační bezpečnostní procedury WHO – 3.krok, která spočívá v potvrzení provedeného výkonu a souhlasu všech nástrojů a materiálu, zajištění odebraných vzorků tkání a řešení případných problémů s vybavením sálů. Pacient je anesteziologem předán spolu s dokumentací zpět na oddělení nebo na tzv. dospávací pokoj (Wichsová, 2013, s.138).

2.2 Sestra v perioperační péči

Personál operačního traktu můžeme rozdělit na pracovníky kmenové a na ty, kteří jsou zaměstnanci daného zdravotnického zařízení a na operační sál dochází vykonávat část své pracovní náplně, tedy například lékaři chirurgických oborů či pozvaní externí pracovníci. Do této kategorie také můžeme zařadit studenty zdravotnických oborů a posluchače lékařských fakult, kteří na sál přicházejí v rámci praxe (Schneiderová, 2014, s.55). Mezi pracovníky kmenové patří techničtí pracovníci, sanitáři a sanitářky, pracovníci úklidu, ale především perioperační sestry, což jsou sestry zajišťující činnosti, které souvisí s provozem operačních sálů, tedy připravující materiál, pečující o nástroje, zajišťující sterilizaci, údržbu pomůcek a přístrojů a zejména instrumentování, tedy vlastní asistenci u výkonu. Starají se a udržují inventář sálů, udržují aseptické prostředí a kontrolují provádění úklidu v prostorách celého operačního traktu, stejně tak na plnění povinností nižších nelékařských zdravotnických pracovníků, tedy sanitářů a sanitářek (Wendsche, 2012, s.15).

Perioperační sestra je pracovník s ukončeným kvalifikačním zdravotnickým vzděláním všeobecného směru s následným specializačním vzděláním (Jedličková, 2012, s.17). Kvalifikačním vzděláním pro výkon povolání všeobecné sestry rozumíme získání odborné způsobilosti úspěšným ukončením studia na SZŠ, VOŠZ či VŠ.

Vzdělávání perioperačních sester se řídí nařízením vlády č. 31/2010 Sb. Specializační vzdělávání je zajišťováno zařízeními akreditovanými Ministerstvem zdravotnictví ČR (Wichsová, 2013, s.44). Vzdělávací program je tvořen modulem základním, odborným a speciálním, které jsou obsahově vymezeny rámcovými vzdělávacími programy. Odborný modul také obsahuje přesně vymezené výkony, které studenti plní v rámci praxe na akreditovaném pracovišti. Specializační

studium je zakončeno teoretickou a praktickou atestační zkouškou, absolventi získávají specializovanou způsobilost pro činnosti dané vyhláškou č. 55/2011Sb. v platném znění (Wendsche, 2012, s.16-17). V současné době umožňuje získat specializaci v perioperační péči také Fakulta zdravotnických studií Univerzity Pardubice, která nabízí jako první vysoká škola v České Republice dvouletý specializační navazující magisterský studijní obor Perioperační péče.

Dříve bylo nepsaným pravidlem pro zařazení sestry na operační sály několikaletá praxe u lůžka pacienta, byla to práce především pro sestry, které se chtěly dále rozvíjet. Práce to byla atraktivní, neboť instrumentování na operačním sále má u nás tradici již od padesátých let, bylo u nás jedním z prvních oborů specializačního vzdělávání. Nyní se však z důvodu nedostatku sester od tohoto zvyku ustupuje.

Každá nově nastupující sestra absolventka absolvuje nástupní praxi. Sestra s předchozí praxí prochází adaptačním procesem. Zaškolování vede staniční sestra, sestra školitelka nebo zkušená sestra operačních sálů, hodnoceno je ve spolupráci s vrchní sestrou, případně i vedoucím lékařem operačních sálů (Wichsová, 2013, s.47-48).

Perioperační sestry jsou v prostředí operačních sálů nepostradatelné, jsou tichými a nepostradatelnými průvodci pacientů, ale i chirurgů. Poslání profese sestry s sebou nese podporu a návrat zdraví, prevenci a zmírňování utrpení. Také sestra pro perioperační péči tuto filosofii naplňuje, avšak její činnost je poněkud anonymní, neboť pacienti ji téměř nevidí nebo ji nevnímají, přičemž je to právě ona, kdo plní úlohu hlavního garanta pro zajištění bezpečnosti během jeho pobytu v operačním traktu (Wendsche, 2012, s.10). Pro zajištění efektivní a bezpečné péče je však nutná dokonalá souhra a spolupráce všech členů týmu na pracovišti.

2.2.1 Spolupráce na operačním sále

Sestra pro perioperační péči je vysoce specializovanou odbornicí, do jejíž rukou je vložena velká odpovědnost. Toto postavení perioperační sestry klade velké požadavky nejen na její fyzickou zdatnost, zručnost a výdrž, ale také na její charakterové vlastnosti s důrazem na emoční stabilitu, trpělivost, pečlivost, spolehlivost, ochotu učit se novým věcem, schopnost improvizace a kreativity a v neposlední řadě schopnost týmové práce (Wichsová, 2012, s.48).

Schopnost spolupráce a především vysoká míra kvalitní komunikace je pro všechny členy perioperačního týmu a vůbec pro celé pracoviště operačních sálů nezbytně důležitá (Wichsová, 2013, s.59). Pro dobrou týmovou spolupráci na operačním sále je nezbytná schopnost naslouchání, empatie a akceptování, stejně jako vzájemná úcta, schopnost argumentace a schopnost řešit problémy věcně (Jedličková, 2012, s.21-22). Pro zdraví a život pacientů je

velice důležité, aby si byl operační tým schopen předávat informace včas a přesně. Aby si byli schopni ve správný čas a chvíli sdělit typ výkonu, jaké nástroje, přístroje a implantáty budou potřeba, zda je potřeba objednat krev, jaká je nutná medikace a vhodná předoperační příprava. Také informace o případných alergiích či zdravotních komplikacích jsou informace nezbytné pro zdárný průběh výkonu. Ačkoli jsou členové operačního týmu zpravidla vybaveni vyšší mírou intuice a schopnosti improvizace, je nutná co nejpečlivější příprava na všechny možné eventuality, které by mohly nastat. V případě pozdního či nepřesného předání výše uvedených informací směrem k perioperačním sestřím se může celý operační výkon znemožnit či přinejmenším zkomplikovat (Wichsová, 2013, s.59).

Perioperační sestra a chirurg jsou profese vzájemně spjaté a jejich vztah, souhra, respekt a schopnost komunikace má vliv nejen na atmosféru na operačním sále, ale také na dobrý výsledek práce, tedy úspěšný operační výkon.

Faktorů, které vztah mezi sestrou a lékařem mohou ovlivnit, je celá řada. Na vině může být pracovní prostředí, které přímo ovlivňuje spokojenost lékařů a sester a tím druhotně ovlivňuje také vznik případných konfliktů, jelikož u nespokojených pracovníků vznikají konflikty snáze. Příčinou může být také nevyhovující či příliš komplikovaná organizační struktura zdravotnického zařízení, ve kterém vládou dvě formy různé subordinace. Sestra je zde podřízena dvojím způsobem, lékaři a zároveň sesterskému managementu, což v konečném důsledku může vést k poškození vztahů sestry a lékaře. Další problematickou oblastí může být dehonestující pohled některých lékařů na ošetrovatelství, na které pohlížejí jako na „poloprofesi“, která plní pouze pomocnou roli při péči o nemocného a která je jim podřízena. Svou úlohu v otázce problematického vztahu mezi sestrou a lékařem jistě hraje také gender problematika, jelikož povolání sestry vykonávají i v současné době převážně ženy (Bártlová, 2010, s.55-63).

Pro předcházení problémům v pracovních vztazích mezi sestrou a lékařem má velký význam správná komunikace. Efektivní a účinná komunikace je závislá na využití empatie, pozitivního náhledu, vhodné míry bezprostřednosti, expresivity a v neposlední řadě také určité orientace na druhé (Bártlová, 2010, s.82-83).

Pro pozitivní a zdravou komunikaci je nezbytné, aby byl jedinec jak empatický, tak i neústupný, vstřícný a odměřený, aby uměl dospět ke kompromisu sám a dokázal pomoci dospět k němu i druhým, aby byl otevřený změnám a rozmanitosti názorů. Dobrý řečník nehodnotí dříve, než

vyslechne celou informaci, je to člověk, který umí komunikaci řídit a regulovat její směr, nezamlouvá, neodbíhá ani nemlží (Vybíral, 2009, s.233).

Správná komunikace však není jedinou zátěžovou oblastí, se kterou se musí personál operačních sálů vyrovnávat.

2.3 Specifika zátěže zdravotnických pracovníků

Zátěž lze definovat jako namáhání adaptačních schopností organismu. Může dosáhnout takové intenzity, že vytváří náročnou životní situaci, kterou jedinec může vnímat dvojím způsobem. V kladném případě ji přijímá jako výzvu pomocí svých sil prokázat svou zdatnost. V negativním případě ji začne vnímat jako ohrožení či hrozbu a je sužován obavami z nezvládnutí situace (Helus, 2011, 175-176).

Zdravotnický personál, ať již se jedná o lékaře, sestry, ošetřovatele či pomocný personál, je každodenně vystavován určité míře intenzivní zátěže, která se však liší od zátěže u ostatních profesí, jak ukazuje přehled rizikových faktorů práce ve zdravotnictví (Nešpor, Csémy, 2001). Mezi tyto rizikové faktory patří častý kontakt s tématy lidské existence, která jsou společností do určité míry tabuizovaná, např. bolest, smrt či tělní dutiny, dále setkávání se s převážně emočně negativními stavy pacientů, pacientů s depresemi, ve stavu vyčerpání či s pocity hněvu. Dalšími faktory jsou velká zodpovědnost, směnný provoz a práce v nočních hodinách, velké nároky na čas, flexibilitu a vzdělání, nebo také životní styl, který v mnoha ohledech nepodporuje zdravou životosprávu. Rizikovým faktorem může být také nutnost rozhodování se při malém množství informací, možný konflikt zdravotnických pracovníků mezi pracovní, ekonomickou a rodinnou rolí, interpersonální vztahy či fyzikální faktory, jako např. hluk (Hoskovcová, 2009, s.147-148).

Pracovníci ve zdravotnictví se obvykle potýkají s větší mírou stresu, než je tomu u jiných zaměstnání. Znamená to zátěž, která zvyšuje riziko pochybení, psychosomatických onemocnění a riziko pracovních úrazů. Velká míra stresu, která zhoršuje zdravotní stav pracovníků, jejich produktivitu práce a mnohdy se přenáší až do jejich rodin, je také často tím důvodem, proč lékaři a sestry svou profesi opouštějí (Bartošíková, 2006, s.10).

Naproti tomu mají zdravotníci na své straně také určité protektivní faktory, které jim pomáhají se s náročností své profese vyrovnat (Hoskovcová, 2009, s.148). Tyto faktory jim umožňují nacházet ve své práci určitou satisfakci a motivaci, a tím se podílet na jejich spokojenosti (Bartošíková, 2006, s.17). Jsou zpravidla nadprůměrně informováni o zdraví a jeho ochraně, ví, kdy a kde mají hledat odbornou pomoc, ze své práce mohou také čerpat podporující pocity

smysluplnosti a zaujetí. Také jsou obvykle majiteli vyššího vzdělání a inteligence, a těší se určité společenské prestiži (Hoskocová, 2009, s.148).

Takřka nepřetržitým stykem s nejrůznějšími typy osobností může docházet k poučení a rozšíření vlastních obzorů v nejrůznějších rovinách, pestré lidské seskupení, se kterým se nejen sestra při své práci denně setkává, jí může být také zdrojem vědění o nejrůznějších oborech lidských činností a povoláních, o lidských zážitcích a životních příbězích pacientů. Pokud ovládá umění naslouchat, může být tato dovednost cestou ke zjištění, jaký smysl jiní lidé životu přikládají a také, jaké hodnoty považují za ty pravé, což může být pro vnitřní život člověka velmi obohacující. Zdravotničtí pracovníci také mohou denně porovnávat vlastní starosti se zátěží života jiných lidí, mohou zažít, jak lidé statečně bojují s nepřízní a bolestí, což jistě může často vést k přehodnocení vlastních postojů na život. Tato profese mimo jiné umožňuje získat bezprostřední ocenění vlastní práce, ať již pokroky v léčbě či poděkováním pacienta nebo jeho blízkých. Práce ve zdravotnictví patří mezi profese nesoucí v sobě myšlenku altruismu, která je vyjádřena pomocí ostatním lidem, což je smysluplná a druhými lidmi ceněná činnost. Zdravotníci mohou zažívat pocity uspokojení, radosti i hrdosti z dobře vykonané práce, podaří-li se pacienta uzdravit či dokonce zachránit jeho život. Mohou v průběhu života získávat širokou škálu nových dovedností a znalostí, stejně jako větší rozhled a zkušenosti jednat s nejrůznějšími typy lidí v nejrůznějších situacích (Bartošíková, 2006, s.17-19).

2.3.1 Zátěž v práci sestry

Zátěž, které jsou sestry při své práci vystaveny, můžeme rozdělit do dvou velkých skupin.

První skupinou je zátěž fyzická, chemická a fyzikální. Sestry musí snášet velké statické zatížení, stání při práci a při asistenci u lůžka a u výkonů. Trpí však i velkým dynamickým zatížením, tedy pochůzkami, nejrůznějším vyřizováním a přecházením mezi pokoji a odděleními. Při polohování pacientů, při jejich zvedání a během úprav lůžka se musí vyrovnávat s velkým zatížením páteře a celého svalového a kloubního systému. Sestra se při své práci denně setkává s nepříjemnými podněty, ať již se jedná o exkrementy, otevřené rány a nehojící se onemocnění, nebo zápach, deformity či vyrážky. Je neustále vystavena riziku infekce. Při směnování je ohrožen její spánkový rytmus. Často nemá dostatek klidu nebo času na pravidelnou stravu a dodržování pitného režimu. Je v častém kontaktu s léky, dezinfekčními přípravky a pomůckami. Stejně tak je mnohdy vystavena nadměrnému hluku, nesprávnému osvětlení, vibracím či radiačnímu záření.

Druhou skupinu tvoří zátěž psychická, emocionální a sociální. Sestra musí udržovat neustálou pozornost, musí být schopna rychle přepojovat mezi činnostmi a pečlivě sledovat stav pacientů,

přístrojů a instrukce lékaře. Její profese klade velké požadavky na nutnost improvizace při nárazovém charakteru práce, na nutnost rychlých rozhodnutí a účelného konání i při malém množství informací. Musí být schopna se vyrovnat a unést velkou zodpovědnost za výsledky a následky své práce. Často je konfrontována s bolestí a utrpením, se smrtí a s vlastními pocity bezmoci. Musí umět vhodně zacházet s intimitou druhého člověka, a to i v případě jejího překračování, např. během aplikace klyzmatu, cévkování či zavádění sond. Musí se umět vyrovnat s působením bolesti druhým lidem a prováděním činností, které běžně vzbuzují odpor. Musí umět pružně reagovat na nejrůznější požadavky a změny, její práce je náročná na paměť, musí se neustále vzdělávat a učit novým věcem. Profese sestry také klade požadavky na umění vhodného jednání a komunikace s příbuznými pacientů, také si musí umět poradit s otázkami, které se týkají osobních a velmi soukromých záležitostí pacientů a jejich rodin. Také je často při své práci konfrontována s vlastními postoji a zážitky, je nucena přemýšlet i o svém životě, hodnotách a životních postojích, musí si umět poradit s konfliktem rolí. S tím vším se setra musí umět vyrovnat, často za velmi nízké ohodnocení (Bartošíková, 2006, s.11-12).

Následkem pracovní zátěže se u zdravotnického personálu mohou objevit psychické a somatické poruchy, např. únavový syndrom či onemocnění gastrointestinální soustavy. Dalšími velmi závažnými důsledky jsou závislost na psychoaktivních látkách a syndrom vyhoření. Nejvíce nebezpečné, ačkoli nijak výjimečné, jsou sebevražedné úvahy či pokusy, v nejhorších případech dokonaná suicida (Hoskovicová, 2009, s.149).

Fakt, že práce sester a jiných zdravotnických pracovníků patří k těm nejnáročnějším a ze zdravotního hlediska k těm s nejvyšším rizikem, potvrzují také statistické údaje. Dle Ústavu zdravotnických informací a statistiky práce ve zdravotnictví dlouhodobě a s převahou vede v žebříčku výskytu nemocí z povolání. Předčí dokonce i takové obory, jakými jsou stavebnictví či hutní průmysl (Bartošíková, 2006, s.10).

Zátěž fyzická, psychická i sociální pro sestru v každém případě znamená určité stresové zatížení.

2.4 Stres

Stres definuje Kutínová (2015, s.1) jako „stav organismu, který se nemůže vyrovnat se zátěží běžnými adaptačními ochrannými či obrannými prostředky a musí mobilizovat své rezervy“.

Zakladatelem učení o stresu je světoznámý kanadský lékař maďarského původu Hans Selye (1907 – 1982). Tento rodák z Komárna přenesl pojem stres z odvětví techniky a průmyslu v roce 1956 do biologie, když jím pojmenoval biologické změny vyvolané různými škodlivými vlivy, tzv. stresový syndrom (Venglářová, 2011, s.47-48).

Definice termínu stres je mnoho, zpravidla je však spojován s obtížnými situacemi, které významně narušují rovnováhu organismu a vyvolávají závažné změny v hormonálním, imunitním a oběhovém systému člověka (Paulík, 2017, s.65). Stressem můžeme nazvat jakoukoli nepřiměřenou psychickou či fyzickou zátěž, se kterou se jedinec nedokáže vyrovnat běžnými mechanismy. Stres má přímý vliv na funkci životně důležitých orgánů a vztahy mezi nimi a somatickými onemocněními jsou hluboce provázány (Kutínová, 2015, s.4). Za stresové situace můžeme označit ty, které jsou ve výrazném rozporu mezi dispozičními faktory člověka a expozičními vlivy, které na něj působí (Paulík, 2017, s.65).

Rozeznáváme dva druhy stresu. Prvním je tzv. eustres, což je stres prožívaný v podstatě jako příjemný, který člověku dodává aktivní energii. Druhým typem je tzv. distres, což je stres nežádoucí, nepříjemný, škodlivý a ohrožující, který vede k přetížení člověka (Paulík, 2017, s.66). Stres můžeme chápat také jako silnou frustraci, což znamená stav zklamání a zmaření, kdy je nám náš cíl pro nejrůznější překážky nedosažitelný (Venglářová, 2011, s.49).

Stresory nazýváme nejrůznější vnitřní či vnější události, které spouští reakce na stres a reakcí na stres označujeme způsoby, kterými na stresory reagujeme. Tyto reakce mohou být afektivní, behaviorální, kognitivní i fyzické (Ayers, 2015, s.50-51). Mezi emoční reakce řadíme smutek, pláč, úzkost, strach, depresi, apatii či agresi. Mezi tělesné příznaky patří pocení, zrychlený dech a tep, zvýšený tlak, bledost či naopak zrudnutí, zvýšené svalové napětí, sevření žaludku, bolesti břicha či sucho v ústech. Behaviorální reakce se manifestuje například zvýšenou aktivitou, nutí nás neustále chodit, urovnávat věci, stále něco dělat. Může nás také nutit nadávat, křičet, jít si zakouřit nebo se projít. Reakce na stres probíhá i v myšlení, člověk najednou není schopen soustředit se na nic jiného, v duchu problém stále znovu sám rozebírá, hovoří sám k sobě. Napadají ho často nová řešení, co měl udělat, co říci, jak se zachovat. Tyto myšlenky mu často narušují spánek a berou energii (Venglářová, 2011, s.59-60). Stres může postihnout jakýkoli organismus, avšak člověk má na rozdíl od ostatních nad tuto skutečnost určitou nadstavbu, dokáže si dělat starosti. A velmi často si je dělá, některé lidi dokonce neustále myšlenky na to, co je trápí či co by se mohlo stát, takřka nikdy neopouští (Helus, 2018, s.173).

O velikosti stresu v lidském těle rozhodují dvě veličiny. První je odolnost organismu snášet zátěž a druhou veličinou je zátěž na organismus působící. Větší zátěž zvyšuje stres člověka, větší odolnost ho naopak zmenšuje. Odolnost proti zátěži je veličina s povahou lidské schopnosti, která se mění v čase a lze ji ovlivňovat mimo jiné také vědomě. Z toho vyplývá, že ke zvládnutí

stresu vedou dvě cesty, kdy první vede do našeho okolí, kde ovlivňuje přicházející zátěž, druhá vede do nitra člověka, kde ovlivňuje velikost naší odolnosti (Plamínek, 2013, s.128).

Příznaky stresu je možno rozdělit do tří skupin. Nejprve se objevují příznaky behaviorální, například nerozhodnost, problémy s usínáním, negativistické ladění, nechutenství či naopak přejídání, nepozornost, nechuť do práce nebo špatná kvalita práce. Další skupinou jsou psychické příznaky, kam můžeme zařadit prudké změny nálad, zvýšenou iritabilitu a anxiozitu, zvýšenou únavu, vyhýbání se sociálním kontaktům či útlum emočních postojů k sobě i druhým. Poslední skupinou jsou příznaky fyziologické, které se vyznačují například palpitací, bolestmi a pocity svírání za sternem, bolestmi břicha, průjmem či nechutenstvím (Venglářová, 2011, s.53-54).

2.4.1 Fyziologická reakce na stres

Stresová reakce lidského organismu je řízena nervově prostřednictvím sympatiku a humorálně prostřednictvím hypofýzy. Při vystavení jedince stresu jako první zareaguje nervová složka, kdy za pomoci autonomního nervového systému dojde v dřeni nadledvin k vyplavení hormonů adrenalinu a noradrenalinu do krve. Adrenalin aktivuje reakce, které jsou spojené s útokem nebo naopak s útekem. Z toho důvodu je třeba dodat energii a živiny do svalů a dalších tělesných orgánů, zvyšuje se tedy jejich prokrvení. Naopak je utlumena například trávicí soustava. Zvyšuje se srdeční činnost, dýchání, krevní tlak i napětí ve svalech. Adrenalinová fáze se uplatňuje v méně náročných situacích, vyznačuje se bezprostředním biochemickým efektem a krátkým trváním.

Jako druhá vlna zasáhne humorální složka prostřednictvím sekrece adrenokortikotropního hormonu, který přes hypotalamus a hypofýzu putuje do kůry nadledvin, kde jsou produkovány kortikoidy. Tyto hormony připravují lidský organismus na boj delšího trvání. Biochemické následky této fáze mají pomalejší nástup, trvalejší účinek a mají uplatnění v situacích vyčerpání. Mají vliv mimo jiné na aktivizaci imunitního systému, tlumení zánětů a uvolňování energie z jater. Aktivita obou těchto systémů je kontrolována hypotalamem (Venglářová, 2011, s.54-56).

Stres má silný negativní vliv na kardiovaskulární, gastrointestinální, imunitní, urogenitální, respirační, muskulární a dermatologickou soustavu. Lidský organismus vystavený dlouhodobému stresu je ohrožen rizikem vzniku hypertenze a koronárních onemocnění, nevolnostmi a zvracením, vznikem žaludečních vředů či dráždivého tračníku, respirační insuficiencí, hyperventilací či astmatem, ekzémy, sníženou odolností vůči onemocněním, únavou či letargií, bolestmi zad či hlavy, nebo také poruchami močení a impotencí. V těchto případech

mluvíme o tzv. psychosomatických onemocněních, tedy o nemocech spoluzaviněných nezvládnutou stresovou situací (Venglářová, 2011, s.61 -63).

Stres má pro lidský organismus však také pozitivní úlohu. Mimo jiné nás upozorňuje na blížící se nebezpečí či hrozbu a dostává náš organismus do stavu pohotovosti, ve kterém ho dokáže udržovat, dokud nebezpečí nepomine nebo se úplně nevyčerpá. Stres nás do jisté míry dokáže motivovat a dávat vůli ke změně, v určité individuální intenzitě zvyšuje náš pracovní výkon a tvořivost. Zdárné zdolání problému nám také dává pocit radost z úspěchu a vlastních schopností (Venglářová, 2011, s.57-58).

2.4.2 Fáze stresové reakce

Na stresové reakci se podílí různé mozkové části, hlavní roli přitom hrají mozkový kmen a mozková kůra. Na přímé ohrožení tělo reaguje okamžitě, například pokud budeme zrovna obědovat a začne hořet, bez přemýšlení začneme požár hasit a teprve po zvládnutí situace si uvědomíme, že máme pořád ještě v ústech jídlo. Dochází zde k mimovědomému přesunu energie řízeném mozkovým kmenem, který tak činí ve prospěch dějů bezprostředně odvracejících nebezpečí.

Lidský organismus je vybaven tzv. automatickou stresovou reakcí, která připravuje tělo na útok nebo útěk. Během ní se mění distribuce krve, je mobilizován zrak a sluch, zvyšuje se krevní srážlivost a také imunitní systém pro případ zranění. Naopak funkce všech orgánů včetně mozkové kůry, které nejsou do útoku či útěku přímo zapojeny, jsou utlumeny pouze na nezbytné minimum. V té chvíli je organismus ve stavu napětí, tedy ve stresu, a je plně připraven reagovat. Tento model byl člověku velice prospěšný v minulosti, například pokud pravěkého člověka honil rozzuřený mamut, avšak v současné době přináší také určité potíže. V okamžiku, kdy nás do stavu připravenosti bojovat či utéct přivede manžel nebo nadřízený, však obvykle nenavážeme na situaci zvýšeným tělesným úsilím a část látek uvolňovaných během popsané reakce, pokud se jich zvýšeným úsilím nezbavíme, působí na tělo jako jedy (Plamínek, 2013, s.130). Opakující se či dokonce neustálý stres tak může způsobit poškození jedince na fyzické i psychické úrovni (Davidji, 2019, s.33).

Selye (1956) popsal fyziologickou reakci na stres jako obecný adaptační syndrom, rozdělený do tří stádií (Ayers, 2015, s.52).

První fáze je poplachová a je charakterizována mobilizací sil, které potřebujeme ke zvládnutí zátěže. Probíhá příprava na útěk nebo útok. V této počáteční fázi řízené sympatikem Selye

hovoří o šoku, po kterém obvykle přichází druhé stadium, tzv. antišok, během něhož se původní vysoká reakce snižuje (Venglářová, 2011, s.57).

Druhá fáze je fází rezistence. Tělo se stres pokouší vyřešit nebo se na něj adaptovat a navrátit se k normálu. Pokud se adaptace nepodaří a stresor přetrvává, organismus zůstává nadále v aktivovaném stavu (Ayers, 2015, s.52). Pokus se problémem vyřešit podaří, psychika i tělo se pomalu zotavují. Snižuje se dechová frekvence i další tělesné funkce, také hladiny stresových hormonů klesají. Nutné bývá organismu dopřát čas na obnovu sil, neboť stav stresu je pro organismus vysokoenergetická záležitost (Nešpor, 2013, s.14).

Pokud stresory působí příliš dlouho a intenzivně, vede tělesné vypětí organismu k vyčerpání, onemocnění nebo dokonce k úmrtí (Ayers, 2015, s.52). Pokud stresová situace vygraduje až do této fáze, obvykle bývá provázena pocity a projevy zoufalství, zlosti nebo naopak apatie (Venglářová, 2011, s.57).

2.5 Stres v profesi perioperační sestry

Výkon lidského organismu se pod vlivem stresu mění. Stres přiměřené intenzity, která je u každého individuální, je od jisté míry užitečná, neboť motivuje k činnosti a zvyšuje výkon. Při nadměrném stresu však dochází k poklesu výkonnosti (Vymětal, 2009, s.113).

Mezi obecné pracovní stresory patří špatná organizace práce, nedostatek personálu, dlouhá pracovní doba a přesčasy, nízká prestiž a nedostatečné ohodnocení, nadměrná byrokracie a nejistota. Konkrétními stresory na pracovišti se mohou stát konflikty rolí, nejasně definované role a kompetence, perfekcionismus a nadměrná očekávání od sebe i druhých. Také nedostatek pravomocí, a tedy neschopnost ovlivnit proces rozhodování, časté střety s nadřízenými, časová tíseň, přepracování, konflikty s kolegy, nedostatečná a neefektivní komunikace a stereotyp. Mezi stresory související s pracovními úkoly řadíme náročné klienty či podřízené a citovou angažovanost k nim, příliš náročné pracovní úkoly, zodpovědnost a neschopnost pomoci (Fontana, 2016, s. 52-76).

Stres, který perioperační sestra zažívá při své práci je komplexním jevem, který je v literatuře často uváděn pro své potencionálně škodlivé důsledky (Santamaria, 1998, s.5 - 10). Je to faktor, který sestry instrumentářky každodenně ovlivňuje a může vést k nepřátelství a agresivitě, stejně tak i ke snížení produktivity a efektivity práce (Kingdom, 2006).

V souvislosti s charakteristikou práce na operačním sále existují specifické stresové faktory, které můžeme zjednodušeně rozdělit na faktory související s fyzickým a psychickým stavem,

a dále na faktory související se sociálními vztahy na pracovišti, které mají na fyzický a psychický stav také dopad.

2.5.1 Fyzické zatížení

Fyzická zátěž je spojena především se statickou zátěží, tedy dlouhé stání a s tím spojené přetížení kloubního aparátu. Dále je personál operačního traktu ohrožen riziky, která jsou spojena s přenosem infekčních onemocnění, opomíjet nelze ani rizika spojená s provozem operačních sálů, tedy ionizující záření, laser, hluk a vibrace, špatně nastavená klimatizace, chemické látky a aerosoly (Wendsche, 2012, s.109).

2.5.2 Technologický stres

Samostatnou kapitolou je tzv. technologický stres perioperační sestry, který s sebou nese vývoj nových technologií. Technologie tvoří součást chirurgického prostředí již po desetiletí a poháněny technologickými inovacemi rychle pokračují ve vývoji. Součástí dnešní bezpečné péče o pacienta je povinnost perioperační sestry mít o technologickém vybavení na pracovišti odborné znalosti, musí se neustále vzdělávat a školit v postupech zacházení s novým vybavením, které musí vždy v krátké době zvládnout a začít používat. Navíc se přístroje na pracovišti postupně mění a obnovují. To může u sester vést k pocitu nedostatečnosti plnit své povinnosti, což následně vede k nespokojenosti, ze které se vyvine stres.

Tato skutečnost dává vzniknout určitému napětí mezi ošetrovatelskou filozofií péče a technologickými požadavky. Operační sály jsou místem, které klade na sálovou sestru požadavky nejen na umění ošetrovatelské „tradiční“ péče ve smyslu interpersonálního kontaktu s pacienty, ale také na její technologické schopnosti. Nejednoznačná odpověď na otázku, jak velkou zodpovědnost mají sestry instrumentářky při své práci za tyto technologie, především v souvislosti se svou ošetrovatelskou rolí a zodpovědností, je dalším možným stresorem, který na sálové sestry působí. Ošetrovatelská role perioperačních sester se stává postupně více technologicky zaměřena až do té míry, která může v instrumentářkách vzbuzovat pocit očekávání, že namísto péče o pacienta mají sloužit spíše jako technici a poradci při potížích s technologiemi. Neboť nejen, že musí obsluhu přístroje dokonale znát stejně jako všechno přidružené vybavení, ale také se po nich vyžaduje znát individuální preference každého chirurga. (Smith, Palesy, 2018).

2.5.3 Psychické zatížení

Psychické zatížení je dáno vlastním charakterem práce, sestra musí vždy reagovat rychle, přesně a precizně, navíc často není možné s ohledem na neovlivnitelné okolnosti přesně odhadnout

návaznost dalších činností (Wendsche, 2012, s.109). Profese sálové sestry klade velké požadavky na umění improvizace a rychlého rozhodování. Musí být schopna udržet i po dobu několika hodin plnou pozornost a dokázat ji plynule přenášet mezi činnostmi. Po celou dobu výkonu musí být plně soustředěná, jednat s plnou kontrolou, obzvláště dojde-li během výkonu ke komplikacím.

2.5.4 Mezilidské vztahy

Třetí typ zátěže tvoří potencionální multifaktoriální problémy se sociálními vztahy na pracovišti. Výše popsaná pracovní náročnost a časová tíseň může jistě přispívat k nepohodě a napjaté atmosféře na operačním sále, v úvahu je však třeba vzít také běžné interpersonální konflikty se všemi svými možnými důsledky jako např. mobbing, bossing či syndrom vyhoření (Wendsche, 2012, s.109).

Stres související s mezilidskými vztahy a konflikty na pracovišti bývá hlavním stresorem, který instrumentárky při své práci zažívají. Významné jsou též organizační problémy, špatná dostupnost vybavení a velká pracovní zátěž (Santamaria, 1998, s.5-10).

Vhodnou prevencí se jeví účelný management práce, kdy jsou přesně rozděleny kompetence a zajištěna zpětná vazba založená na vzájemné důvěře pracovníků s jejich nadřízenými, tedy efektivní organizace práce (Wendsche, 2012, s.109).

2.6 Zvládání stresu

Pro aktivní a vědomé zvládání stresu se ustálilo označení coping. Zde musíme rozlišovat mezi adaptací a copingem, neboť adaptace je vztažena ke zvládání zátěže jako takové, na rozdíl od copingu, který je uplatňován v případech nadlimitní či podlimitní zátěže vzhledem k míře odolnosti jedince, kdy je nutné vyvinout určité úsilí pro vyrovnání se se zátěží. Coping tedy znamená zvládání stresových a náročných situací v životě člověka (Paulík, 2017, s.118).

Existují dvě zásadní věci, které se podílí na zvládání stresu. První skupinou jsou naše osobní zdroje zvládání zátěže. To znamená míru našeho zdraví a energie, míru schopnosti řešit problémy, to, jaké máme vzory, zda máme k dispozici praktické zdroje potřebné k řešení a v neposlední řadě to, jaké máme přesvědčení o svých vlastních schopnostech. Druhou skupinou je sociální podpora a pomoc okolí. Záleží na tom, jaké máme s okolím vztahy, zda máme možnost někomu se se svým trápením svěřit a požádat o pomoc (Venglářová, 2011, s.63-64).

Rozeznáváme dva základní obecné typy copingových strategií dle toho, jak působí. Prvním typem je coping, který je zaměřen na problém vyznačující se úsilím člověka vyřešit situaci pomocí

úpravy okolností nebo vlastního chování. Druhým typem je coping , který je zaměřen na emoce tak, aby jedinec dostal své emoce pod kontrolu a ty následně přestaly narušovat jeho integritu (Paulík, 2017, s.118-119).

Především pro lékařskou praxi je vhodnější další možné rozdělení, a to na strategii zvládnání přiblížením, která je charakteristická snahou zabývat se problémem aktivně, a strategií zvládnání vyhnutím, kdy má jedinec snahu svému problému se vyhnout (Ayers, 2015, s.64).

Pomoci vyrovnat se se stresovými situacemi nám mohou pomoci nejrůznější relaxační postupy, například autogenní trénink, aromaterapie, arteterapie, muzikoterapie, relaxace prostřednictvím barev či akupunktura. Je vhodné posilovat dovednosti, které nám pomáhají chránit se před stresem. Mezi takové dovednosti patří oceňování druhých, schopnost vcítit se, umění nalézat kompromisy a otevřeně komunikovat, jasné vyjádření svých potřeb a zároveň respekt k potřebám druhých, příjemné jednání, klidné vystupování, neoddalování řešení problémů, znalost svých vlastních limitů, schopnost podávat kritiku vhodným způsobem, ale zároveň mít odvahu stát za svým názorem a ozvat se. Naopak zcela neefektivními technikami jsou útky před problémy, agrese, tendence vzdát vše předem či užívání návykových látek (Venglářová, 2011, s.65-72).

Vhodné je posilovat schopnost asertivity, tedy přiměřenému, zdravému sebeprosazení. Jednat asertivně znamená nejednat na úkor druhých, ale zároveň nepřipustit ani jednání druhých na úkor náš. Schopnost tohoto jednání není pasivní ani agresivní a do jisté míry je možné se mu naučit (Janáčková, 2009, s.67). Člověk, ovládající umění asertivity vystupuje za sebe, používá svá vlastní stanoviska namísto obecných pravd a obhajuje svou pravdu, za kterou si stojí, čímž získává pozici přirozené autority. Postupovat asertivně znamená neříkat ano, pokud chci ve skutečnosti říci ne, mít svůj názor bez potřeby omlouvat se za něj, umět požádat o to, co potřebuji, bez pocitu ponížení přijmout odmítnutí či kritiku, umět pochválit. Nezapomínat, že každý člověk má právo dělat chyby a nést za ně odpovědnost (Honzák, 2015, s.185-189).

Velké pracovní stresové zatížení může iniciovat, především v tzv. pomáhajících profesích, syndrom vyhoření.

2.7 Syndrom vyhoření

Slovo vyhoření je doslovným překladem anglického *burnout*. Autorem tohoto termínu je Herbert. J. Freudenberger z USA, který vyhoření popsal a rozpracoval na základě vlastní zkušenosti (Honzák, 2013, s.18-21).

V roce 1974 ho popsal takto: „*U někoho jsou to pocity exhausce (vyčerpání), neschopnost setrást pocit chladu, pocit fyzické vyčerpání, u druhého třeba řada tělesných obtíží počínajících opakovanými bolestmi hlavy, dechovou tísní, přes gastrointestinální obtíže doprovázené poklesem váhy, až po nespavost a depresi. Ve stručnosti lze říci, že tento syndrom zasahuje na nejrůznějších místech celou psychosomatickou oblast. To jsou převážně tělesné projevy. Mohou se však objevit příznaky ve sféře psychické a behaviorální (chování): například osoba známá povídavostí je náhle zamlklá. Objevuje se psychická únava, nuda, rezignace, ale také zvýšená iritabilita (podrážděnost), ostře až nespravedlivě kritické postoje a další změny.*“ (Venglářová, 2011, s.23-24).

Jev se setkal s velkým zájmem, a tak se vyhoření postupně stalo při studiu pracovního stresu na psychiku člověka jednou z nejkoumanějších oblastí (Bartošíková, 2006, s.20). Pokračovatelkou H.Freudenbergera a další velkou osobností, která se zabývá syndromem vyhoření, je Christina Maslachová, která jev vyhoření rozšířila o okruh příznaků a rozdělila ho do tří skupin: tělesné a psychické vyčerpání, ztráta potěšení z práce a odcizení, depersonalizace (Honzák, 2013, s.33-37).

Syndrom vyhoření je stav extrémního vyčerpání a nejrůznějších psychosomatických obtíží za silného poklesu výkonnosti (Kallwass, 2007, s.9). Objevuje se jako konečný výsledek dlouhodobého stresu v pracovním či osobním životě (Minirth, 2011, s.14).

Další z definic uvádí MINIRTH, F. A kol. (2011, s.11), kde vyhoření popisuje jako „*ztrátu nadšení, energie, idealismu, perspektivy a cíle.*“

V květnu 2019 WHO syndrom vyhoření kodifikovala v Mezinárodní klasifikaci nemocí, a tím je oficiálně zařadila mezi nemoci.

2.7.1 Syndrom vyhoření v profesi perioperační sestry

K propuknutí syndromu vyhoření jsou obzvláště náchylní lidé pracující v tzv. pomáhajících profesích. Ve vysoce stresových povoláních, jejichž představitelé se zabývají osobními problémy druhých, v profesích, kde jsou pracovníci v intenzivním kontaktu s lidmi (Minirth, 2011, s.14). Tito lidé do své práce neinvestují pouze své dovednosti a znalosti, nasazují také část své osobnosti. Sdílí a prožívají s ostatními nejen jejich příběh, ale také jejich emoce, bolest a trápení. (Honzák, 2013, s.55-56) Jsou to povolání, která jsou charakterizována vysokou pracovní náročností a stresem, za mnohdy neadekvátní ohodnocení.

Riziko existuje všude tam, kde se pracovníci dlouhodobě zabývají emocionálně náročnými situacemi. Je důsledkem velké zátěže, ale i selhání tzv. copingových mechanismů. Vzniká kombinací velkého očekávání pracovníka jako subjektivní příčiny a zátěže plynoucí z vysokých nároků jako objektivní podmínky. K vyhoření vedou opakované zážitky a pocity pracovníků, že již dále nemohou dostát těmto nárokům ve spojení s přesvědčením, že úsilí vložené do práce vede k naprosto nízkému neadekvátnímu výsledku či ohodnocení. Vyhoření je procesem, který se u pomáhajících profesí objevuje často již velmi záhy a způsobuje nejen škody osobní, ale i zhoršení kvality poskytovaných služeb. Zárodky syndromu vyhoření pravděpodobně tkví již v osobnosti pomáhajícího a také v hodnotovém systému osob, jež profese orientované na pomoc druhým lidem přitahují. (Bartošíková, 2006, s.20-21).

2.7.2 Příčiny syndromu vyhoření u perioperačních sester

Nelze dát jednoznačnou odpověď na otázku, co ke stavu vyhoření vede. Příčinami, jež se v souvislosti se vznikem vyhoření nejčastěji uvádějí, jsou konflikty rolí, přílišná očekávání a nedostatek autonomie (Kallwass, 2007, s.9). Dále dlouhodobý kontakt s lidmi, negativními emocemi a chronický stres. Akutní stres, na rozdíl od chronického, k syndromu vyhoření nevede, naopak všechny z hlavních složek vyhoření z chronického stresu rezultují (Hoskovcová, 2009, s.148-149). Uplatňují se nejasnosti v pracovní hierarchii, nedostačující podpora ze strany nadřízeného, konflikty ve vztazích se spolupracovníky, nadměrné množství práce při příliš těsném pracovním rozvrhu, příliš vysoká odpovědnost či mobbing na pracovišti. Avšak ne každá taková vnější zátěž musí vést k syndromu vyhoření. Ten se objevuje až při dotyku dané zátěže do fyzických mezí člověka, do jeho individuálních duševních schopností a možností (Kallwass, 2007, s.9).

Basińska a Wilczek-Ruzyczka (2013) uvádí, že klíčovými důvody vyhoření perioperačních sester jsou nadměrné požadavky, nedostatek úcty a emoční vyčerpání. Jako další možný důvod zmiňují velkou investici energie sálových sester do sebezdokonalení a práce na sobě v souvislosti s nízkou úrovní kariérních příležitostí.

Sillero a Zabalegui (2018) považují za další faktor vzniku vyhoření u perioperačních sester zvýšený stres v souvislosti s velkou pracovní zátěží a časté dlouhé operační programy. Sálové sestry pracují s velkým pracovním vytížením, často čelí časovému tlaku a špatné komunikaci uvnitř operačního týmu. Také se musí vyrovnávat s nervozitou před náročným výkonem a s pocity velké zodpovědnosti. Jejich práce na ně také klade požadavek neustálého učení se a sebezdokonalování. Všechny tyto aspekty práce sester na operačním sále přispívají, pokud

trvají dostatečně dlouho a mají dostatečně velkou intenzitu, ke vzniku syndromu vyhoření a brání sestřím instrumentářkám poskytovat péči pacientům v té nejlepší kvalitě. Syndrom vyhoření u perioperační sestry je definován emočním vyčerpáním, které má za následek depersonalizaci a snížení kvality práce sestry.

2.7.3 Projevy syndromu vyhoření

Velkým paradoxem vyhoření je, že jím zpravidla trpí ti nejvíce motivovaní, nejenergičtější, nejzodpovědnější lidé, kteří svou práci vykonávají s nadšením. Jedním z důvodů této skutečnosti je to, že takoví lidé bývají perfekcionalisté a idealisté, kteří očekávají až příliš mnoho od sebe i druhých. Dalším z důvodů bývá jejich nástup do zaměstnání, kdy nasadí dlouhodobě neudržitelnou nadprůměrnou výkonnost, kterou od nich druzí očekávají i nadále (Minirth, 2011, s.13).

Vyhoření neznamena pouze prosté vyčerpání člověka, avšak fyzické, psychické i emocionální vyčerpání je při něm popisováno (Bartošíková, 2006, s.21). Tyto tři oblasti jsou v některých zdrojích popisovány jako duševní, tělesné a duchovní roviny (Minirth, 2011, s.15).

2.7.3.1 Emocionální vyčerpání

Emocionální vyčerpání je popisováno jako ztrátou kapacity „pro lidi“, lidé se cítí citově „vysátí“, nechtějí již slyšet další trápení a starosti, trpí pocity, že stejně nemohou pomoci, nevědí jak. Vyhořelý pracovník se začíná emocionálně distancovat od lidí, nemá již chuť se vžívat do pocitů druhých, zažívá pocity ohrožení. Vytrácí se jeho citlivost vůči ostatním lidem, snaží se jim vyhýbat, nevnímá již, že lidé kolem mají třeba pocity podobné. Pokud se nemůže vyhnout, jeho reakce bývají podrážděné, necitlivé a nepřátelské, člověk přestává být empatický. Kontakt s lidmi mu přestává působit radost, nejprve v práci, postupně však i v osobním životě. I rodinu a přátele začíná nakonec vnímat jako něco, co mu přináší radost a uspokojení, stávají se pro něj další přítěží. Není schopen reagovat ani na kladné emocionální podněty (Bartošíková, 2011, s.21). Zažívá odcizení k práci a nechutí k činnostem dříve vykonávaným s nadšením (Hoskovcová, 2009, s.149).

2.7.3.2 Psychické vyčerpání

Psychické vyčerpání se projevuje negativními pocity k sobě i k jiným a zásadními změnami v životních postojích člověka. Vyhořelý začíná vnímat život pouze jako seskupení nároků, problémů a hrozících katastrof. Začíná být cynický, negativistický a pesimistický, všechno je mu zatěžko, nemá rád změny, přestává si věřit. Také začíná pociťovat poruchy soustředění a zapomnětlivost, vyhýbá se dalším úkolům, které jsou na něj kladeny, snaží se jakoby obrnit

vůči světu. Jeho celková aktivita je utlumena, spontaneita a tvořivost snížena, činnost je redukována pouze na rutinní postupy, ztrácí se schopnost empatie. Vyhořelý člověk upadá do myšlenkového i činnostního stereotypu. Připadá mu, že jeho život přestal mít perspektivu, vytratil se smysl a radost z jeho práce a později i ze života, dokonce se mohou objevit i sebevražedné myšlenky. Cítí velkou ztrátu energie a idealismu (Bartošíková, 2006, s.22). Zažívá pocity odcizení a rezignace, jeho ladění je depresivní, cítí pocity bezvýchodnosti a prázdnoty (Hoskovcová, 2009, s.149).

Postiženy jsou také sociální vztahy, vyhořelý zdravotník se nejprve začne vyhýbat pacientům, postupně také od spolupracovníků a ostatních lidí obecně, může být cynický a ironický, jednat nekolegiálně. Psychická zátěž způsobuje podrážděnost, zvyšuje se počet konfliktních situací, člověk zažívá hostilní postoje a odmítání ve vztazích. Sociabilita je celkově utlumena, vyhořelý je lhostejný, apatický, nemá zájem o hodnocení druhými (Bartošíková, 2006, s.22).

2.7.3.3 Fyzické vyčerpání

Fyzické vyčerpání se manifestuje chronickou únavou, nedostatkem energie a svalovými bolestmi. Vyhořelý člověk zažívá tělesnou slabost, je rychle unavitelný, avšak únava ve stavu vyhoření se liší od fyzické únavy ze sportu či práce. Tato běžná únava po odpočinku přejde, avšak v případě syndromu vyhoření je únava spojena s pocity viny a selhávání (Bartošíková, 2006, s.22). Dlouhodobý stres a vyhoření mohou vyvolávat bolesti zad, migrénu, žaludeční vředy, hypertenzi, nespavost či nechutenství. Dlouhodobé napětí a stres v sobě také nesou riziko hledání dočasné úlevy v alkoholu či jiných návykových látkách (Minirth, 2011, s.15).

2.7.4 Průběh syndromu vyhoření u sester

Syndrom vyhoření je v současnosti popisován nikoliv jako stav, ale spíše jako neustále se vyvíjející proces (Bartošíková, 2006, s.21). Příznaky, kterými se vyhoření projevuje, mohou leckdy připomínat jiné duševní poruchy, ale vždy bychom měli zpozornět, pokud zaznamenáme varovné příznaky typické pro počáteční fázi syndromu vyhoření (Kallwass, 2007, s.9-10).

Čtyřfázový model syndromu vyhoření C. Maslachové:

- 1.fáze – idealistické nadšení, pracovník je plný ideálů a zaujetí pro svou práci, dochází k přetěžování
- 2.fáze – stagnace, psychické a fyzické vyčerpání
- 3.fáze – frustrace, dochází k odcizení, k obranným postojům a dehumanizovanému vnímání sociálního okolí

4.fáze – apatie, pocity lhostejnosti, negativismu a úplného vyčerpání (Bartošíková, 2006, s.29)

2.7.4.1 První fáze

Pro první fázi je typická nadměrná angažovanost, postižené osoby téměř neustále pracují a nepřipouštějí si žádné negativní pocity. Pracovník, který není vyhořením postížen, obvykle střídá práci a volný čas, avšak postižení lidé si práci idealizují, považují ji za něco naprosto uspokojivého. Trpí představou, že po práci nepotřebují zotavení ani odpočinek, nedopřávají si žádnou relaxaci a uvolnění. Navíc své pracovní nasazení považují za příkladné a hodné následování (Schmidbauer, 2008, s.218). Postižený se přespříliš angažuje, postupně se však objevují stále delší období vyčerpání, tím více, čím méně je schopen opravdového odpočinku (Kallwass, 2007, s.10).

Nováčci přicházející do své práce s nadšením, nadějemi a nerealistickými očekáváními se vrhají do práce, o které mohou mít však zpočátku pouze nejasné či zkreslené představy. Začínající pracovník se do práce pouští s představou, že pokud se bude dostatečně snažit, podaří se mu své představy a ideály naplnit. Je plný chuti uplatnit to, co se během svého vzdělávání naučil a cítí výzvu učit se dál, nyní především praktickým dovednostem. V tomto okamžiku je práce pro sestru zpravidla tou nejdůležitější aktivitou v životě, považuje ji za plně smysluplnou a její vykonávání jí přináší pocity uspokojení. Práce ji naplňuje a je ochotna věnovat jí mnoho energie a času i nad rámec svých povinností, často přijímá služby navíc nebo zůstává přesčas. Není výjimkou, že se mezi sestrou a kolegyněmi začne vytvářet propast, když začne mít pocit, že kolegyně se již tolik nesnaží a ona svým pacientům rozumí lépe (Bartošíková, 2006, s.30).

Tyto sestry jsou hyperaktivní, mají pocit nepostradatelnosti a aby dokonale obstály v roli pomocníka, popírají své vlastní potřeby. Sestry se mohou stát dokonce neoblíbené, pokud pro vyvolání dojemů vlastní dokonalosti začnou snižovat práci svých kolegyň. To však obvykle vede zase jen ke zvýšení jejich angažovanosti. Mimořádně nebezpečné je popírané vyhoření u pracovníka ve vedoucí funkci, kdy takový člověk není schopen být oporou pro své podřízené, ale naopak s nimi soupeří a má vnitřní potřebu jim dokázat, že je schopnější než oni (Schmidbauer, 2008, s.218).

V této počáteční fázi vyhoření je možno ještě provést řadu preventivních opatření. Nutné je však provést důkladný rozbor situace, zanalyzovat rozvržení sil nároků po sobě požadovaných, stejně jako o svých iluzích o vztazích a o svém zaměstnání. Následně je nutná korektura a zahájení péče o vlastní osobu pomocí z některých možností psychohygieny, přičemž hlavní z nich je pěstování či obnovení společenských styků, neboť dobré mezilidské vztahy vyhoření brání. Také

je třeba vést zdravý život, tedy dostatečně spát, hýbat se, mít správné stravovací návyky a věnovat se svým koníčkům a zálibám (Kallwass, 2007, s.10).

2.7.4.2 Druhá fáze

Druhá fáze nastává v okamžiku, kdy se celá přetěžovaná výkonnostní fasáda zhroutí. V tuto chvíli již není možné popřít, že nároky se rozcházejí s prožitky úspěchu a že postižený člověk nedorostl vlastním požadavkům. Lidé na tuto situaci reagují zmateně, jsou znejistěni ve své roli, někdy mění pracoviště nebo se hlásí do nejrůznějších kurzů dalšího vzdělávání, od kterých si slibují snadnější zvládnutí podobné situace v budoucnu (Schmidbauer, 2008, s.219).

V této fázi dochází k výraznému snížení angažovanosti, ke ztrátě zájmu a depresivním reakcím. Sestra pocítuje úbytek výkonnosti i motivace, dochází k psychosomatickým reakcím, především v oblasti srdce a krevního oběhu, trávicí soustavy a svalstva (Kallwass, 2007, s.10).

Druhá fáze je stadiem vystřízlivění. Počáteční nadšení najednou vyhasíná, sestra získává zkušenosti a poznává, že některé situace se opakují a ne vždy se vynaložené úsilí zúročí. Pacienti se vrací, neboť na dobré rady vždy nedají, nemají dostatečnou snahu o zlepšení jejich stavu a někdy dokonce zdravotní péči zneužívají. Sestra začíná cítit pocity neúspěchu, nevděku a promarněných šancí. Začíná chápat, že musí slevit ze svých očekávání a ideálů. Práce se pomalu stává rutinou, již nevyžaduje tolik energie, postupně zevšedněla. Tato rutina umožňuje šetřit síly, profese najednou nestojí v centru jejího zájmu. Začíná znovu pomýšlet na to, že by mohla více času věnovat svým přátelům a koníčkům, u mladých sester se znovu objevují myšlenky na pořízení vlastního bydlení či rodiny. Dochází k určitému vystřízlivění, sestra zjišťuje, že jí na své velké plány nízké ohodnocení nebude stačit a začíná postupně cítit nespokojenost. Zde ještě nemluvíme o syndromu vyhoření, pracovník stále ještě může vykonávat dobrou práci a zároveň se věnovat rozvíjení vlastního osobního života. Tato fáze může trvat různě dlouho a v případě, že se člověku podaří vybudovat si dobré zázemí a žít vlastní spokojený život, k syndromu vyhoření nemusí celá situace nakonec vůbec progredovat (Bartošíková, 2006, s. 30-31).

V případě, že celá situace nemá příznivý průběh, prvními varovnými signály je chronická únava a nechut' do práce. Sestra najednou i první den po dovolené prožívá stejně tíživě jako poslední den před dny odpočinku, což je jasným znamením, že její schopnost regenerace je již velmi omezená. Začínají se prosazovat neosobní až cynické výrazy a výroky, sestra se cítí využívaná a nabývá přesvědčení, že vzhledem k nepoměru mezi využitou námahou a platem, který za ni dostává, může využít i nelegální prostředky, např. falešné údaje o přesčasových hodinách.

Zbývající vlastní zdroje a rezervy již sestře nestačí k tomu, aby vyhověla původním vlastním nárokům či požadavkům nadřízených. Nezvládá účinně zpracovat zátěže a nezdary, které obnáší každá práce, nedokáže již neutralizovat agrese s ní spojené. Agresi pak zaměřuje vůči vlastní osobě, ať již pocity viny, snižování vlastní hodnoty či stísněnými náladami a falešnými pocity, že na svou práci již nestačí, nebo proti kolegům či pacientům (Schmidbauer, 2008, s.219).

2.7.4.3 Třetí fáze

Třetí fázi můžeme jedním slovem charakterizovat jako nespokojenost. Někdy bývá popisována jako frustrace, kdy se sestra začíná kriticky vyjadřovat k věcem, se kterými nesouhlasí. Někdy se také pokouší aktivně o změnu. Již má dost zkušeností, a tak vidí, jak by se její práce dala vykonávat efektivněji. Klade si otázky, ve kterých pátrá po smyslu péče o pacienty, kteří se o sebe nestarají, chovají se rizikově a celkově nespolupracují. Klade si otázky týkající se smyslu práce i života. Sestra v této fázi přestává být ochotna pracovat navíc a vykonávat práci, kterou považuje za zbytečnou, což následně vede ke konfliktům s nadřízenými či spolupracovníky. Trápí ji nedostatečné ohodnocení, uvažuje, zda si správně zvolila své povolání a pohrává si s myšlenkou začít se věnovat jiné profesi. Vytrácí se zájem a loajalita k pracovišti. Tato fáze trvá různě dlouho a vždy nakonec vyžaduje nějakou změnu, neboť každá nespokojenost nakonec vede k nějaké změně. Aktivnější jedinci se o změnu pokusí a mohou jí i docílit. Ti ostatní či ti, kterým se pokus o změnu nevydaří, však nevyhnutelně postupují do další fáze, kterou je apatie, na jejímž konci již hrozí rozvinutý syndrom vyhoření (Bartošíková, 2006, s.31-32).

2.7.4.4 Čtvrtá fáze

Postižený pracovník se cítí vyčerpaný, cítí ubývání výkonnosti. Nedokáže se koncentrovat, dopouští se stále více chyb a opomenutí z nedostatku pozornosti. Zdá se, že je mu náhle lhostejné, zda pracuje dobře či špatně. Mizí angažovanost i schopnost a ochota podávat výkony. Taková sestra nemá odstup od své práce, nedokáže tudíž zpracovat kritiku a každá reflexe dokáže rozkolísat již tak slabou rovnováhu. Důsledkem celé situace je také slabá odolnost proti infekcím, často dochází k onemocnění. Přidávají se fyzické potíže, bolesti v zádech a kloubech, nespavost, kardiovaskulární potíže, výjimečné není zneužívání alkoholu a drog. Obzvláště zdravotničtí pracovníci mají snadný přístup k medikamentům, a jsou proto více ohroženi návykem na omamných látkách. Vyhoření v této fázi již zasahuje také osobní vztahy, ztráta profesního sebevědomí neúprosně zasahuje také osobní život. Vyhořelí lidé zpřetrhávají kontakty, nepečují o svá přátelství ani o partnerský život. Pomalu začínají trpět samotou (Schmidbauer, 2008, s.220).

Konečná fáze syndromu vyhoření je extrémní případ, ke kterému nedochází často. Práce již není zdrojem uspokojení, ale pouze zdrojem obživy. Sestra pracuje „pouze do výše svého platu“ , striktně si hlídá pracovní dobu či z ní hledá drobné úniky, chodí čím dál poději a odchází čím dál dříve. Práce ji netěší, vyhýbá se novým úkolům i pacientům. S potěšením přenechá práci jiným a raději volí takovou, při které není v kontaktu s pacienty. Později se vyhýbá i svým spolupracovníkům. O pacientech mluví nelichotivě či dokonce urážlivě, zdůrazňuje rozdělení na „oni“ a „my“, vidí své pacienty jako nevděčné, stále si něco nárokuje osoby. Brání se inovacím, nejeví zájem se dále vzdělávat, má pocit, že nestojí za to se namáhat. Vyhýbá se všemu novému, o práci již nepřemýšlí a demoralizuje nadšence, kteří se na pracovišti objeví. Namísto věnování energie pacientům ji investuje do vytváření koalic personálu a vyjednávání lepších podmínek pro svou osobu (Bartošíková, 2006, s.32).

2.7.5 Intervence v situaci vyhoření

Fáze apatie je slepou uličkou. Ta však nemusí být jedinou. Sestra také může zvolit aktivní přístup, kdy se rozhodne učinit potřebnou změnu sama. Tato vlastní intervence se může nejlépe již ve fázi vlastní nespokojenosti stát tolik potřebnou změnou k lepšímu. Někdy stačí delší dovolená, změna pracovního zařazení či lépe zorganizované osobní volno. Někdy je však nutné pracovní místo opustit a začít znovu někde jinde. Někdy stačí přehodnotit své postoje k práci, pacientům i spolupracovníkům, být reálnější v plánech a mezích své péče. Toto vše však vyžaduje mít stále zachovanou určitou část nadhledu ke své osobě i celému dění (Bartošíková, 2006, s.32 – 33). A nejen to. Nezbytně důležité je mít dostatek znalostí, dostatečnou dávku upřímnosti a citlivosti vůči své osobě , mít vůli k potřebné změně a ochotu využít dostupných terapeutických možností (Kallwass, 2007, s. 10).

Proces vyhoření lze za určitých okolností zastavit v každé fázi, a to vnější či vnitřní změnou, ačkoliv někdy již tak nelze učinit bez následků. Každá životní krize se však může stát odrazovým můstkem k určitému osobnímu růstu na základě poznání a nové zkušenosti, včetně poznání vlastních chyb, rezerv a mezí. Celá tato situace se může stát cestou k ujasnění si životních hodnot, plánů a priorit, ze které se můžeme něčemu naučit. Může se nám stát cennou životní zkušeností, která nám vypoví mnoho o naší osobní odolnosti a způsobu zvládnání zátěže, což nám jistě může pomoci příště takovým situacím předcházet (Bartošíková, 2006, s.34). V pokročilých fázích vyhoření bývá nutné pro zamezení dalšího negativního vývoje vyhledání psychoterapeutické pomoci, nejlépe u psychologa nebo psychiatra s psychoterapeutickým vzděláním. Pomoci může také správně nastavená podpůrná farmakoterapie (Kallwass, 2007, s.10).

2.7.6 Prevence syndromu vyhoření

Některá z preventivních opatření může učinit člověk sám, pro jiná je nutný zájem a součinnost zaměstnavatele.

U zdravotníků absolventů je pro předcházení vzniku vyhoření vhodná adaptační praxe, která je též zakotvena v zákoně. Po dobu této praxe je začínající sestra pod dohledem zkušenější sestry školitelky, která jí může v případě potřeby poskytnout podporu, radu a pomoc. Pro všechny sestry je vhodný celoživotní rozvoj formou supervize a dalšího vzdělávání.

Je velice důležité mít se rád a pečovat o sebe, nepovažovat za selhání požádat o pomoc tam, kde vlastní síly nestačí, pěstovat funkční mezilidské vztahy a uspokojivý osobní život s rodinou, přáteli a koníčky. Udržovat se v dobré tělesné kondici, ale také se naučit odpočívat, dostatečně spát a zdravě se stravovat. Ač se to může zdát obtížné, velmi prospěšné je starosti z práce oddělit od osobního života (Venglářová, 2011, s.33-37).

Dále je důležité posilovat takové schopnosti, které nám pomohou lépe zvládat zátěžové situace. Snažit se vytvořit si od situace vnitřní i vnější odstup, určit si správnou míru nasazení, najít ve svém životě také místo pro relaxaci a kondiční cvičení (Stock, 2010, s.57-73).

Vždy mít na paměti „desatero“ sester z anglických hospiců, které ve své knize uvádí Honzák, R. (2013, s.217), a které bychom si alespoň občas měli připomenout všichni.

Buď sama k sobě laskavá a vlídná.

Uvědom si, že tvým úkolem je pomáhat změnám, ne násilně měnit druhé.

Buď druhým oporou, neboj se je pochválit, nauč se to přijímat od nich.

Uvědom si, že v situaci, v níž jsi, jsou zcela oprávněné občasné pocity bezmoci.

Snaž se obměňovat své pracovní postupy.

Najdi rozdíl mezi naříkáním, které přináší úlevu, a naříkáním, které tě ničí.

Když jdeš domů, soustřeď se na dobré věci.

Snaž se sama sebe povzbuzovat a posilovat.

Využívej posilujících prvků přátelství.

Ve volném čase nehovoř o práci.

Plánuj si chvíle oddechu a odpočinku.

Nauč se říkat „rozhodla jsem se“ namísto „musím“.

Nauč se říkat NE, zač stojí tvé ano, když nikdy neumíš říci NE?

Netečnost a rezervovanost ve vztahu k druhým lidem je nebezpečnější než připustit si myšlenku, že se dál nedá už více dělat.

Raduj se, směj se, hraj si.

3 PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 Výzkumné otázky

VO1: Jaká jsou specifika stresového zatížení perioperačních sester?

VO2: Jaký existuje vztah mezi délkou praxe a mírou stresového zatížení, kterému jsou perioperační sestry vystaveny?

VO3: Jsou perioperační sestry ohroženy syndromem vyhoření více než sestry na jiných odděleních?

3.2 Metodika výzkumu

3.2.1 Použité metody a techniky

Práce byla zpracována pomocí kvalitativního šetření. Výzkumné šetření bylo realizováno formou polostrukturovaných rozhovorů a dotazníku Maslachové. Rozhovory byly realizovány se všeobecnými a perioperačními sestrami s praxí na operačním sále v délce alespoň jednoho roku. Sběr dat pomocí dotazníků byl uskutečněn v nemocnici Tábor a.s. na oddělení centrálních operačních sálů, na chirurgickém a interním oddělení, na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, na oddělení dětském, gynekologickém a oddělení následné péče.

Sběr dat probíhal v měsíci březnu se souhlasem hlavní sestry a vrchních sester daných oddělení. Všechny sestry byly seznámeny s tématem diplomové práce, s důvodem žádosti o provedení rozhovoru či vyplnění dotazníku a s uvedeným souhlasily. Byly též seznámeny se skutečností, že se jedná o naprosto anonymní šetření, a že nebudou uváděny žádné bližší specifikace, které by mohly vést k identifikaci dotčených sester. Též byly seznámeny s nutností nahrávání rozhovoru a s použitím diktafonu souhlasily.

Sestrám bylo položeno 20 otázek (viz příloha A), které byly v průběhu rozhovoru případně doplňovány o další podotázky, které nebyly připraveny, ale vylýnuly z rozhovoru. Rozhovory se sestrami probíhaly během pracovní doby na klidném místě přímo na jejich pracovišti, část rozhovorů byla uskutečněna telefonicky. Sestry na otázky odpovídaly ochotně a otevřeně. Byla u nich zjišťována náročná specifika jejich profese, jak na ně působí a jak se s nimi vypořádávají.

Z rozhovorů se sestrami vylýnulo 18 specifík jejich pracovního stresového zatížení, jež posloužily jako základ pro hodnocení stanovené druhé výzkumné otázky, zda existuje vztah mezi stresovým zatížením a dobou praxe sester. Byla porovnána doba praxe a míra stresu každé konkrétní sestry.

Všechny rozhovory byly písemně zaznamenány a zpracovány metodou papír – tužka do kategorizačních skupin (viz příloha D). Data byla postupně rozebrána, konceptualizována a následně sestavena novým způsobem. Přepisy rozhovorů byly očíslovány a poté v nich byly hledány odpovědi, které se věnují stejným tématům. Ty byly barevně označeny a rozděleny do kategorií a podkategorií. Nahrávky rozhovorů nejsou z důvodu zachování anonymity sester součástí práce. Doslovné přepisy a kategorizovaná data jsou k dispozici u autorky práce.

Dotazník Maslachové (viz příloha B, C) u sester zjišťoval míru ohrožení syndromem vyhoření. Dotazník byl zpracován dle pokynů PhDr. Zdeňky Židkové, která ho přeložila dle zahraničních publikací. Jedná se o nejznámější dotazník ke sledování syndromu vyhoření. Zahrnuje tři faktory, dva jsou laděné negativně – emocionální vyčerpání a depersonalizace, třetí naopak pozitivně – osobní uspokojení z práce. Na každé škále je úroveň vyhoření měřena ve třech stupních – nízký, mírný a vysoký. Pro emocionální vyhoření a depersonalizaci svědčí vysoké hodnoty, u osobního uspokojení naopak korespondují s vyhořením hodnoty nízké. Své pocity sestry hodnotily na stupnici intenzity pocitů od 0 (vůbec) do 7 (velmi silně) (Židková, 2013). Následně bylo dle odpovědí sester vyhodnoceno celkové skóre pro každé oddělení v každém ze tří faktorů, výsledné hodnoty byly zaokrouhleny na dvě desetinná čísla.

3.2.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor, se kterým byly realizovány rozhovory, tvořil 10 všeobecných sester a sester specialistek pro perioperační péči. Výběr byl záměrný, podmínkou byla praxe na operačním sále v délce alespoň jednoho roku.

Výzkumný soubor pro sběr dat pomocí dotazníku tvořily sestry toho času pracující na odděleních operačních sálů, interním, chirurgickém, anesteziologicko-resuscitačním, gynekologickém, dětském a oddělení následné péče. Na každé oddělení bylo dodáno 20 dotazníků k vyplnění. Z operačních sálů se vrátilo vyplněných 20 dotazníků, z interního oddělení 19 dotazníků, z chirurgického 18 dotazníků, z ARO 20 dotazníků, z gynekologického 16 dotazníků, z dětského 17 dotazníků a z oddělení následné péče 12 dotazníků.

V diplomové práci jsou sestry z operačních sálů, s nimiž byly realizovány rozhovory, označovány jako S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10. Jedná se o sestry ve věku od 24 do 60 let, s praxí na operačním sále od 1 roku do 40 let. Bližší specifikace nebude uváděna z důvodu zachování anonymity a zamezení případné identifikace sester.

3.3 Výsledky výzkumného šetření – rozhovory s perioperačními sestrami

3.3.1 Kategorizace výsledků z rozhovorů se sestrami

1) Identifikační otázky

- a) Věk
- b) Vzdělání
- c) Doba praxe

2) Psychická náročnost

- a) Nutnost improvizace
- b) Častá neodhadnutelnost dalšího vývoje situace
- c) Časová tíseň
- d) Zodpovědnost
- e) Nutnost dlouhodobé koncentrace
- f) Nervozita před náročným výkonem
- g) Syndrom vyhoření z pohledu sester

3) Fyzická a fyzikální specifika

- a) Dlouhé stání
- b) Riziko infekce
- c) Fyzická náročnost
- d) Fyzikální faktory

4) Náročnost vyplývající z nedokonalé organizace práce

- a) Nedodržování přestávek a nemožnost uspokojení hladu, žízně a fyziologických potřeb
- b) Nedodržování operačního programu a jeho změny
- c) Přesčasová práce

5) Mezilidské faktory

- a) Pocity ocenění práce

- b) Vztahy s kolegy a lékaři
- 6) Vztah sester ke své profesi
- a) Náročná specifika profese
 - b) Uspokojení z práce na operačním sále
 - c) Pozitivní vztah k profesi

1. Identifikační otázky

Podkategorie a) Věk

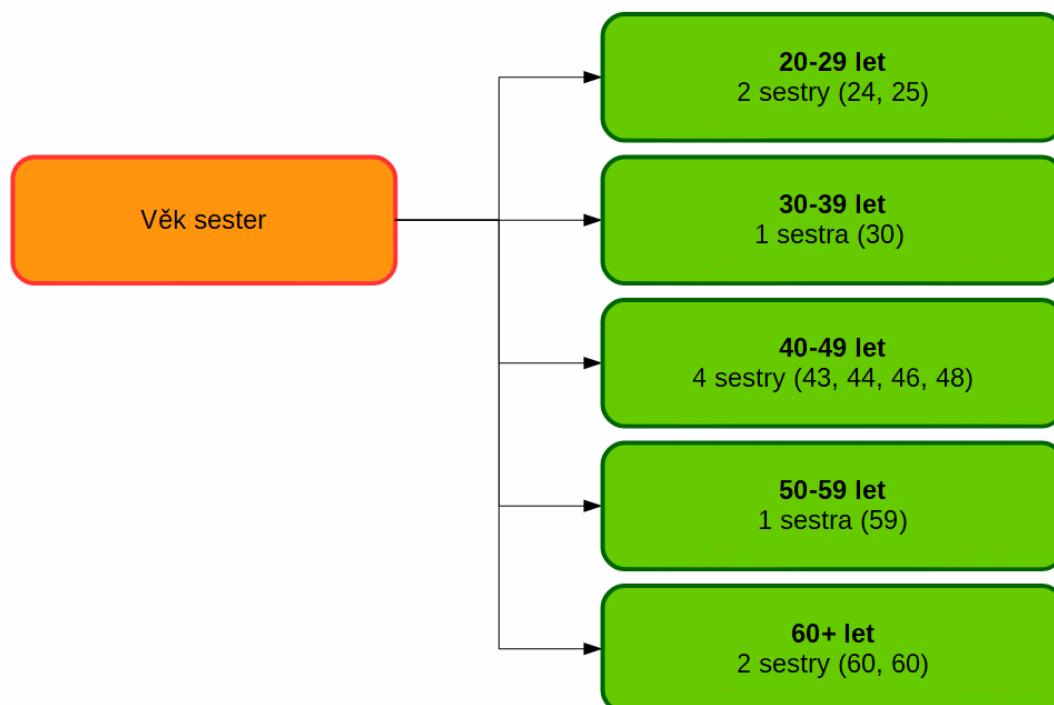


Schéma 1 – Věk

Dotazované sestry byly z hlediska věku velice různorodé. Věk sester přehledně shrnuje Schéma 1 -Věk.

Podkategorie b) Nejvyšší dosažené vzdělání

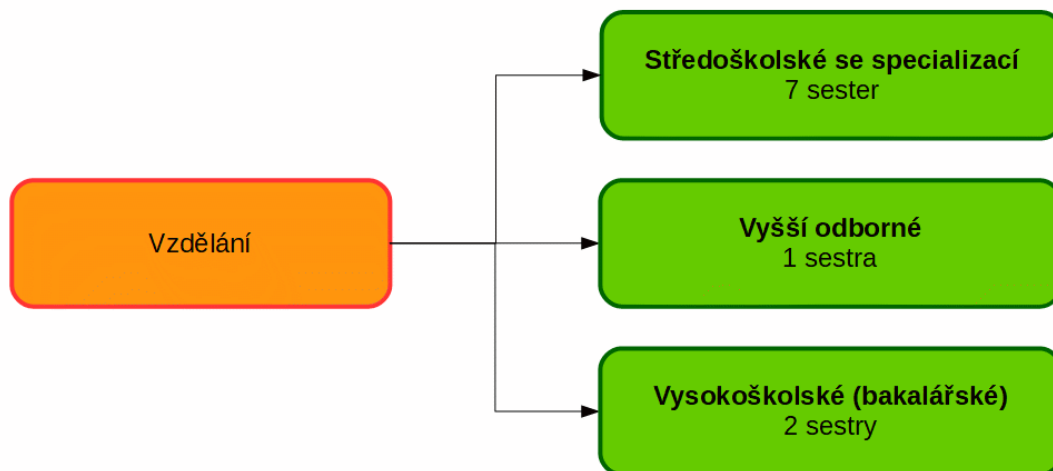


Schéma 2 – Vzdělání

Největší skupina sálových sester vystudovala střední zdravotnickou školu a následně specializaci pro perioperační péči v Brně. Další sestry mají vzdělání vyšší odborné a bakalářské. Dosažené vzdělání shrnuje Schéma 2 – Vzdělání.

Podkategorie c) Praxe na operačním sále

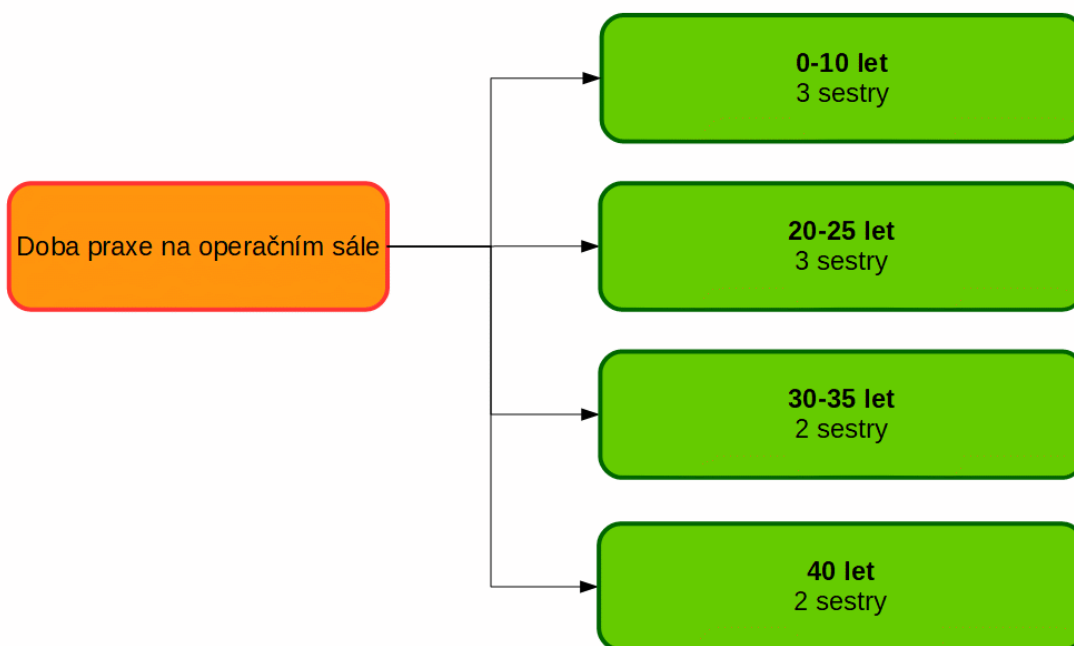


Schéma 3 – Doba praxe

Sestry byly svou odpracovanou dobou praxe na operačních sálech rozprostřeny přes všechny období produktivního života člověka. Dle schématu 3 - Praxe je patrné, že z velké části se jednalo o zkušené perioperační sestry.

2. Psychická náročnost

Podkategorie a) Nutnost improvizace

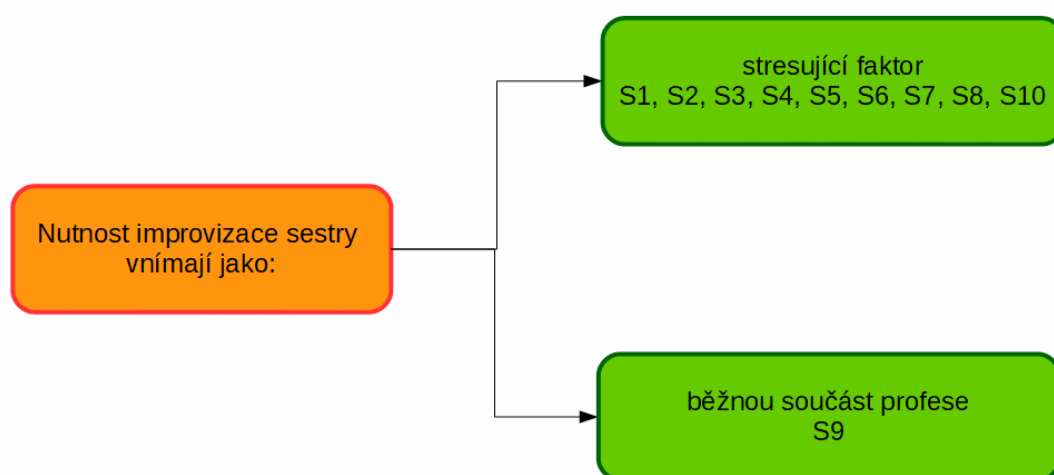


Schéma 4 – Improvizace

Z odpovědí sester vyplynulo, že požadavek na schopnost improvizace a její časté používání většinu sester nestresuje. Pouze pro sestru S9 je to stresující, ostatní se s tím, dle jejich slov, nějak vypořádají. S4 uvedla: „Člověk se musí naučit improvizovat, když tohle dělá. Nikdy nevíš, co přijde, co bude. Jak kdy.. Čím déle na tom sále dělám, tím je to pro mě snazší. Člověk se s tím naučí pracovat.“ S7 na danou otázku odpověděla: „Určitě musí být. Okamžitě se přizpůsobit té dané situaci a nějak to vyřešit. Protože oni (lékaři – pozn. autora) po vás chtějí, aby to fungovalo, takže jakmile se vyskytne nějaký problém, tak my ho nějakým způsobem okamžitě musíme vyřešit.“ Sestra S9 častou nutnost využití improvizace cítila odlišně: „To mi vadí. Když je to tak, jak to většinou bývá, ta operace, tak je to v pohodě. Ale když je to něco takto.. Tak jako jo, zvládnou to, ale rozhodí mě to. Nejsem úplně v klidu. Řekla bych, že mě to trochu rozhodí.“ Pocity sester v tomto ohledu znázorňuje Schéma 4 – Improvizace.

Podkategorie b) Častá neodhadnutelnost dalšího vývoje situace

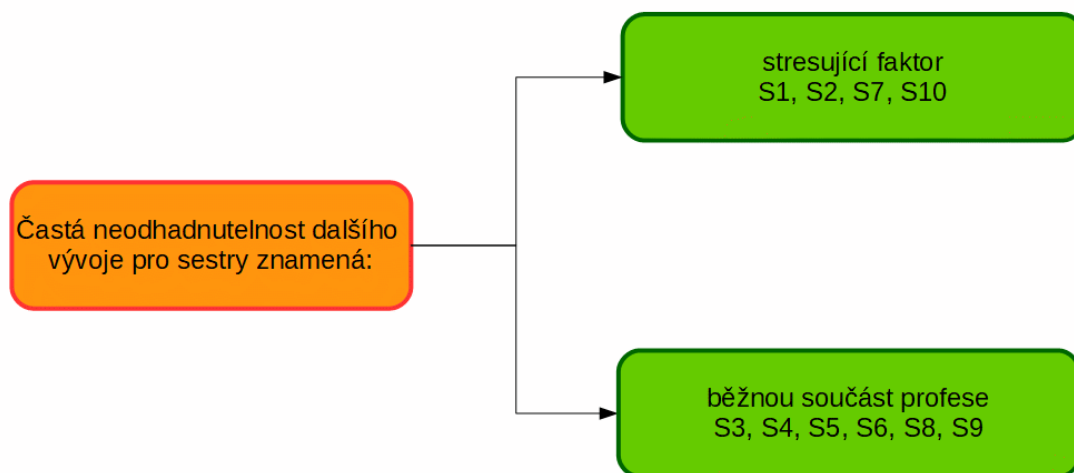


Schéma 5 – Neodhadnutelnost

Častá nemožnost odhadnout další vývoj situace se také ukázala jako faktor, který pro větší část sester není ve větší míře stresující. S6 uvedla: „*Při komplikacích.. To nevíš nikdy, a to si prostě musíš poradit. Ale já si myslím, že za ta léta na to reaguji už.. To by muselo být něco hodně velkého, aby mě to rozhodilo.*“ S1 se na tuto problematiku dívala z pohledu, že se jedná o něco, co přímo ovlivňují lékaři: „*Někdy se to stává. Mně to trošku vadí, protože někdy dlouho čekám a ti doktoři se s námi někdy moc jako nebavěj, co bude. Někdy ti řeknou, že bude redon, ale někdy ti neřeknou vůbec, co budou dělat. A to mi trošku vadí, protože si myslím, že oni po nás něco chtějí, tak by s námi měli trochu víc mluvit. A já zase je nechci obtěžovat zbytečnějma otázkama, tak čekám.*“ Pro sestru S2 byly neočekávané situace stresující v souvislosti s možnými následnými organizačními potížemi v osobním životě: „*Ano, víš, že to bude na pohodu, no, najednou se to zkomplikuje, něco se stane - z arové strany, z naší strany a třeba, já nevím, je půl třetí. Ty máš jít domů ve tři hodiny, ty mladé holky potřebují pro děti nebo takhle, já třeba mám něco zařízeného, ale prostě se nedostaneš. Musíš tady zůstat, musí se to řešit.*“ Pro S4 byla důležitá především sestava kolektivu: „*Záleží na povaze člověka. Já se s tím popasuju, nijak si to osobně neberu. Je to o tom, s kým tam děláš ten den. Od toho se odvíjí všechno ostatní.*“ Pro sestru S8 tyto situace stresorem nejsou: „*Není to pro mne stresující, ani ne. Musí se reagovat průběžně. Nedá se nic jiného dělat, takže si musíš nějak poradit.*“ Náhled sester na situace, ve kterých se nedá odhadnout dopředu, co bude následovat, shrnuje Schéma 5 – Neodhadnutelnost vývoje situace.

Podkategorie c) Časová tíseň

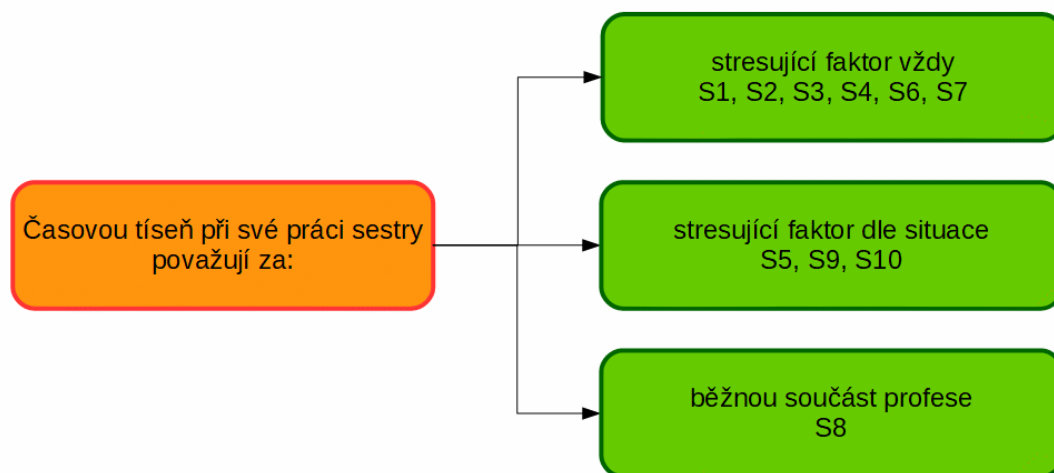


Schéma 6 – Časová tíseň

Jak uvádí Schéma 6 – Časová tíseň, tak pocit časové tísně, ať již během výkonu, nebo i mezi nimi, je stresujícím faktorem pro nadpoloviční část sester. S1 uvádí: „*Nemám ráda, když jsem v časové tísně. Když je mám prostě za pr..lí. Jo, chci to mít prostě hezky připravený, v klidu. Nechci, aby mi to tam někdo házel, prostě chci mít pohodu. Ale vím, že to nejde pokaždý a taky se s tím jako už poperu, ale to je zase tím, že jsem tu dýl. Ale radši, když začínám a mám všechno na svém místě. Mezi výkony víš, jak to vypadá, že musím třeba stihnout ještě něco poklidit a ráda se také napiju. Jako myslím si, že by tady jako trošku toho odpočinku mezi, že si třeba sedneš a napiješ se v klidu, dojdeš si na záchod, a tak se dáš nějak do kupy a pokračuješ dál, toho tady je málo.*“ Pro sestru S2 je časová tíseň velkým stresorem: „*Ano. Já totiž musím jít dřív se mýt na operaci, protože já potřebuji klid. A pak je to v pohodě. Ale jak mi navezou a já nemám ještě vyndané nástroje, začne mi být hrozně horko, začnu se hrozně potit a začnu prostě vyšilovat. Ne vyšilovat, ale prostě.. Já to nemám ráda. Já musím mít svůj klid na přípravu.*“ Sestra S4 na tuto otázku odpověděla takto: „*Někdy člověk toho adrenalinu trošičku potřebuje, aby prostě fungoval, aby ho to i bavilo. A když je toho moc, přespříliš, někdy se sejdou ty dny za sebou, že je to opravdu stresující, tak potom člověk je vyčerpaný. Ale nemyslím si, že po jednom dnu prostě jsem vyčerpaná, to asi ne. Tak člověk si řekne, jsem unavená, ale zase opustíš tu nemocnici a vylezeš ven a z člověka to padá.*“ S7 vidí jako jednu z příčin stresu sester z nedostatku času na přípravu chirurgie: „*To je také problém, protože oni na nás tlačí tím, že oni jakoby zašijou a odejdou, tak mají mnohém větší prodlevy mezi těmi operacemi, než máme my. Takže ono se jim zdá, že už uběhlo strašně času, ale mezitím musíme jakoby to došít, naložit, odvézt, nachystat*“

na další, takže pro nás je to jakoby.. Neustále pokračujeme vlastně v tom programu, kdežto oni si můžou chvíli sednout třeba a odpočinout.“

Podkategorie d) Zodpovědnost

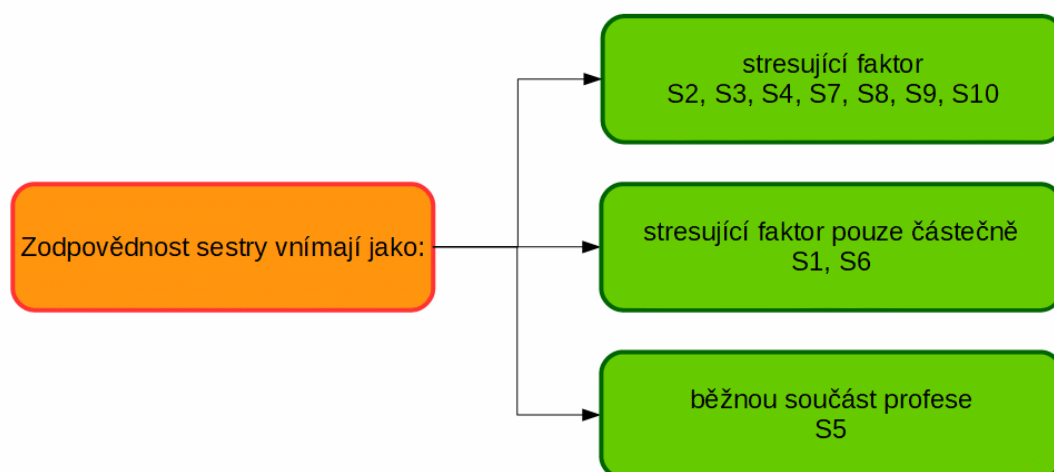


Schéma 7 – Zodpovědnost

Jak ukazuje Schéma 7 – Zodpovědnost, tak zodpovědnost za pacienta vnímá alespoň částečně naprostá většina sester. Pouze sestra S5 uvedla, že zodpovědnost při práci na operačním sále nevnímá: „*Já když to jako srovnám s prací s pacientem, když jsem pracovala na jipce, tak to bych řekla, že pro mě bylo daleko víc stresující, než tohle to. Přece jenom, my pracujeme s těmi nástroji, když nejsou břišní operace, tak úplně jako nějaká extra zodpovědnost.. Já ji tedy nevnímám, nějakou extra zodpovědnost vůči pacientovi.*“ Naopak z odpovědi sestry S2 je psychická zátěž vyvolaná velkou zodpovědností citelná: „*Ano. U břich, u větších operací, prostě musíš počítat. Máš tampony, teď sušíme vaginálky jenom čtverečkama. Oni kecaj (lékaři – pozn. autora), nechají to tam, tak to musíš z nich dolovat, prostě instrumentárka je jednou nohou furt v kriminále.*“ Sestra S7 se cítí přímo odpovědná za dokonalou přípravu operačního sálu před výkonem, stejně tak všech nástrojů, přístrojů, implantátů a pomůcek potřebných k operaci. S8 situaci vnímá podobně: „*Chce to neustále být ve střehu, prostě všechno aby fungovalo, aby člověk neudělal nějakou chybu. Takže spíš takhle. Samozřejmě, celou dobu musíš být zodpovědná za to, aby všechno klapalo, aby hlavně člověk neudělal nějakou chybu.*“ Sestra S9 uvádí, že pocity zodpovědnosti při své práci vnímá jako tak veliký tlak, který ji až nutí nad tím raději ani moc nepřemýšlet.

Podkategorie e) Nutnost dlouhodobé koncentrace

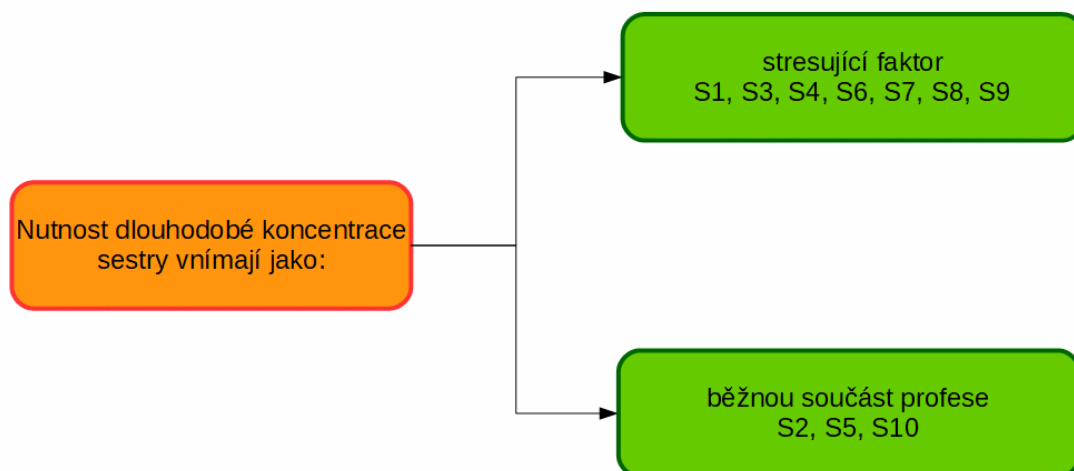


Schéma 8 – Koncentrace

Nutnost dlouhodobé koncentrace na operačním sále vnímá jako náročné specifikum své profese šest z dotazovaných sester. S6 k tomu uvádí: „*Upřímně, celý den se soustředit nedokáže nikdo. Tolik hodin, když tam stojíš, tak to nedokáže nikdo. Ale zase je pravda, že když je to něco jakoby opravdu důležitého a o něco jde, tak ten adrenalin ti tak působí, že tě nenechá prostě vypnout. Takže to je v pohodě. Pak je člověk unavený potom spíš. Pak to na tebe padne a to už je pak člověk unavený.*“ Otázku náročnosti dlouhodobého soustředění shrnuje Schéma 8 – Koncentrace.

Podkategorie f) Nervozita před náročným výkonem

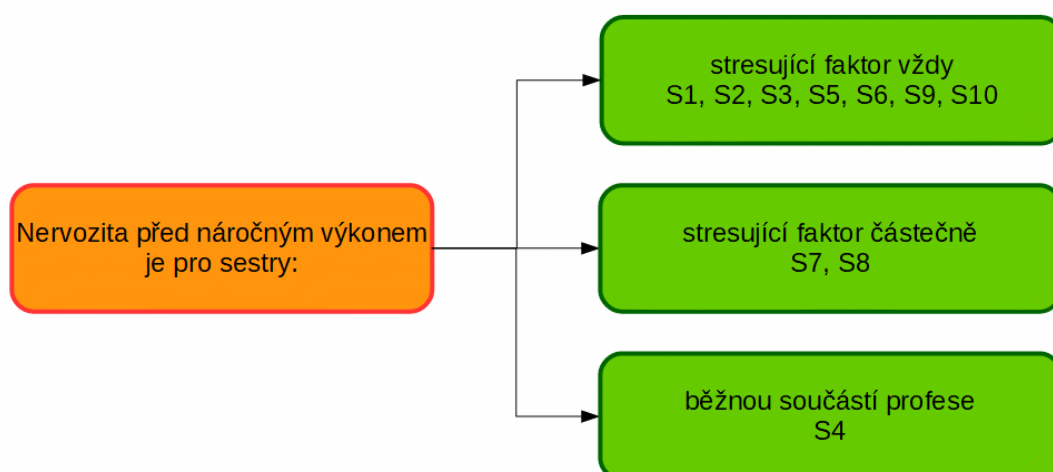


Schéma 9 – Nervozita

Jak je patrné ze Schématu 9 – Nervozita, nervozitu před náročným výkonem pociťují všechny sálové sestry, vyjma sestry S4. I když tato nervozita léty praxe otupuje, pořád je pro sestry instrumentárky určitým stresorem. S9 na toto téma říká: „*To je veliký tlak, ale čím víc ten náročný výkon dělám, tím je ta nervozita menší a menší. Ze začátku ta nervozita, když jsem šla poprvé na nějaký velký výkon, co se u nás třeba dělalo, třeba velký výkon operace žaludku, totální gastrektomie, tak ze začátku, když jsem šla poprvé, to jsem byla hrozně nervózní. Když jsem šla podruhé, už jsem se tak nebála, už jsem věděla, o co jde.*“ Sestra S7 shrnuje: „*No záleží od délky praxe. Zpočátku to bylo prostě mnohem náročnější, protože se člověk bál jakoby, aby to dobře dopadlo, aby teda odvedl ten výkon. Tím, čím více let máte odpracováno, tak získáváte takovou tu jistotu, že prostě jste schopná to dát. Že když se něco stane, je člověk schopen zareagovat. Chce to čas a praxi.*“ Pro S6 je důležité, zda má na sále někoho, na koho se může spolehnout: „*Také záleží, kdo ti tam obíhá. Když se máš s kým poradit, je to lepší. Když tam jsi s někým, kdo vůbec neví a je to všechno úplně na tobě, tak je to takové, no, trošku horší, ale většinou z toho vybrusím „v poho“.*“

Podkategorie e) Syndrom vyhoření

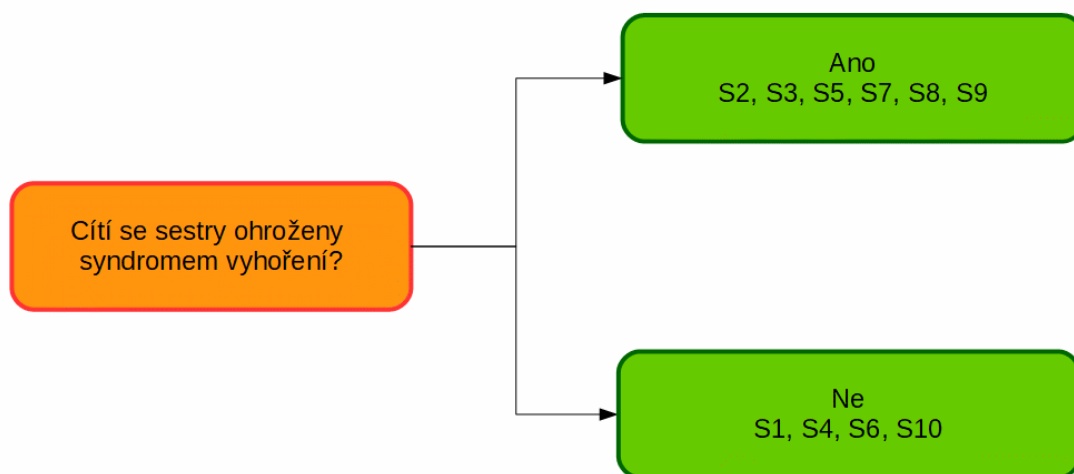


Schéma 10 – Syndrom vyhoření

Všechny sestry věděly, co syndrom vyhoření znamená a jaké jsou jeho příčiny i příznaky. Jak ukazuje Schéma 10 – Syndrom vyhoření, tak přímo ohroženo se jím cítí být většina dotazovaných sester. Sestra S2 popisuje svou zkušenost: „*Měla jsem to loni. Bylo to mezi jarem a létem, já byla úplně tak psychicky vyčerpaná, mně se sem nechtělo, já jsem byla úplně.. Úplně takovej ten, že se sem blížíš a prostě něco tě odpuzuje, jo. Tady.. Byla jsem ráda, když jsem byla na sále, nemusela jsem s nikým komunikovat. Prostě nemohla jsem komunikovat s lidma,*

ne bavila mě práce, nechtělo se mi sem, prostě nejradši bych se někde zavřela a nekomunikovala.“ S8 na toto téma uvedla: „Zkušenost mám určitě, u některých kolegyně i kolegů se to lehce vidí. Někdo možná trochu jo. Zaplat' pán Bůh, syndrom vyhoření zatím nemám, ale jako je možné, že to časem přijde. Pakliže budou ty stresy a tohle to všechno, nároky kladeny čím dál větší a větší, tak je možné do toho velice rychle spadnout.“ Sestra S5 popsala, jak se ona osobně vzniku syndromu vyhoření brání: „Osobně sama na sobě jsem se s ním nesetkala, ale v okolí jsem ho viděla jako hodně na sestrách. I na mladých. A ohrožená si myslím, že jsem jako každý zdravotník. Ale já jsem docela odolný člověk, takže já si myslím, že asi se tomu dokážu nějakým způsobem bránit, protože já prostě zavřu za prací dveře a domů si to neberu, neřeším to, pro mě je to prostě uzavřená věc, práce. Já doufám, že se tímhle nějak uchráním toho.“

3) Fyzická a fyzikální specifika

Podkategorie a) Dlouhé stání

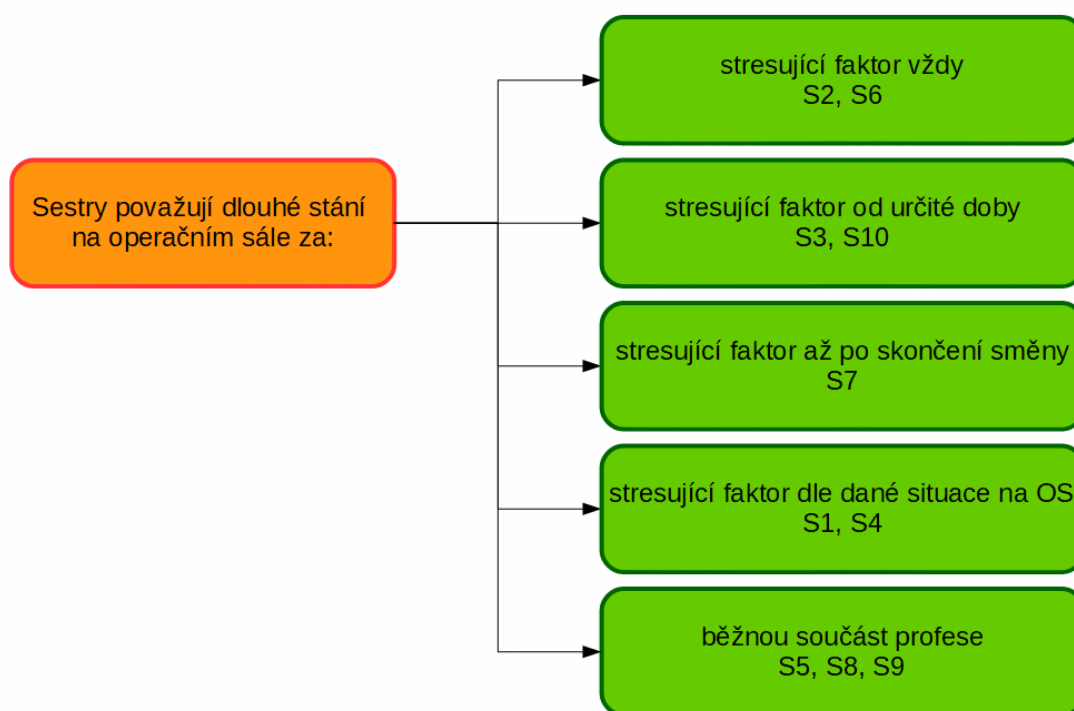


Schéma 11 – Dlouhé stání

Jak shrnuje Schéma 11 – Dlouhé stání, toto specifikum sestry vnímají rozličně, avšak pouze třem sestřám nevadí za žádných okolností. Pro sestru S2 je dlouhé stání na místě při delších výkonech náročné: „No, v poslední době ho snáším hodně špatně, protože už ten věk se tam projevuje, a já

si ulevuju vlastně na pravou stranu jsem zjistila, takže když jdu domů potom už – kyčel, záda to odnášejí.“ S7 odpověděla, že náročnost dlouhého stání se projeví až po skončení práce. Uvedla k tomu toto: „Já bych řekla, že při tom instrumentování se člověk soustředí jakoby na ten výkon a na tu operaci a na to, že musí sledovat ty operátéry, takže v tu chvíli jako na tu fyzickou stránku nehledí. Potom se to všechno projeví až třeba na konci dne, když prostě si člověk sedne, tak zjistí, že je utahanej. Ale při tom samotném výkonu bych řekla, že prostě tohle jde jako mimo, že prostě nemá čas se tím zabývat, protože má jiné, důležitější věci na práci.“ Dle sestry S4 záleží na celkové situaci: „Někdy je to náročné, někdy mi to vadí, někdy mi to nepřijde. Záleží na tom, vlastně, jakoby na kterém sále jsi, co děláš, co ten den se operuje, s kým tam jsi, s jakým kolektivem. Je to takové o tom celém kolektivu, co ten den funguje na tom sále.“

Podkategorie b) Riziko infekce

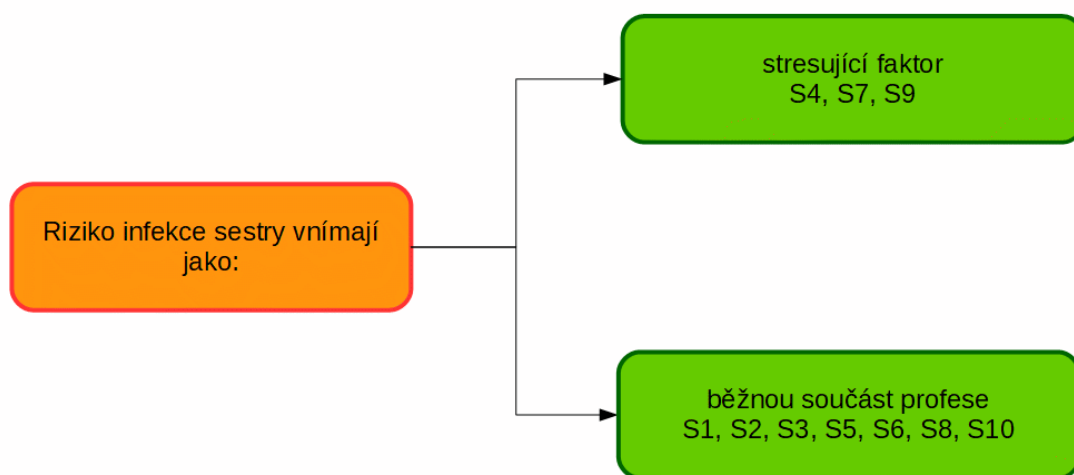


Schéma 12 – Riziko infekce

Riziko infekce není pro sedm sester stresovým faktorem, naopak tři sestry toto riziko vnímají a znamená pro ně stres. S7 uvedla: „Určitě to vnímám, je to stres. Spíš jakoby se snažím prostě třeba opravdu jako nosit ty rukavice, nesahat na nic, na krev, na nějaké tohle, jako snažím se. Jako vždycky to nevyjde. Když zrovna nemám ty rukavice a oni začnou ječet, že neodsává odsávačka, že to okamžitě potřebují, tak na to někdy člověk sáhne i těma holýma rukama, protože není jiného zbylí. Ale normálně se, aspoň já tedy, snažím jako k tomu přistupovat tak, že chráním vlastně sebe a chránit se snažím tedy.“ S2 odpověděla: „Není to pro mne stresující, prostě s tím počítáš. Stát se to může. Krev v oku, řízneš se – to se mi stalo milionkrát. Prostě řeší se to, takže jako že bych z toho vyšilovala nebo tak, to ne.“ Pro sestru S8 je uklidňujícím faktorem dodržování postupů a používání ochranných pomůcek: „Stresor to není, protože člověk

dělá všechno pro to, aby tu infekci eliminoval. Takže se snažíš prostě nepřijít.. Dodržovat postupy, to, co se má a přemýšlet neustále o tom, že je možnost té infekce, takže se snažit tomu vyhnout. Myslet na to a snažit se tomu vyhnout.“ Otázku rizika vzniku infekce shrnuje Schéma 12 – Riziko infekce.

Podkategorie c) Fyzická náročnost

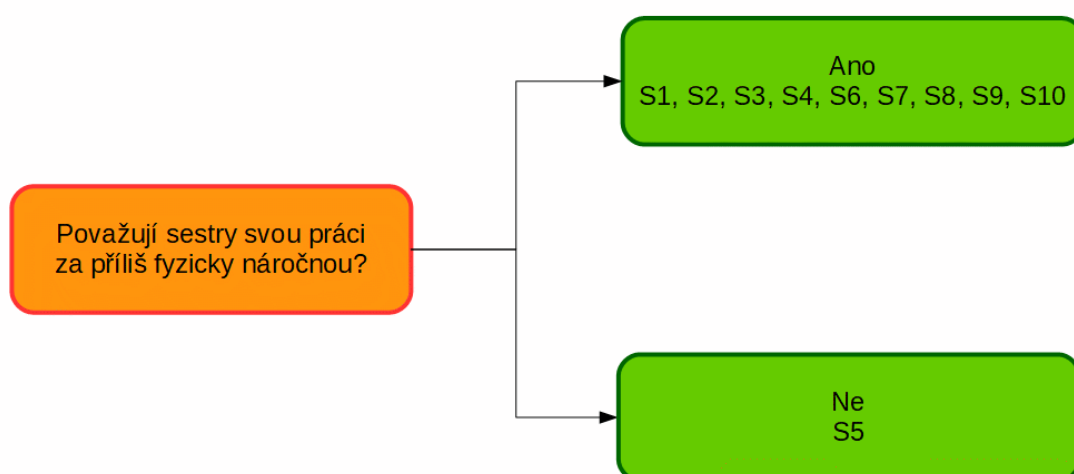


Schéma 13 – Fyzická náročnost

Jak ukazuje Schéma 13 – Fyzická náročnost, považuje devět z deseti sester svou profesi za velmi fyzicky náročnou. S6 odpověděla: „*Jak už jsem říkala, když je ti někdy hůř, tak se tam potíš a bolí tě záda a tak. Třeba úplně nesnáším kontejnery, nošení. Když jsou ty úplně těžké, to mají ty holky ortopedické horší, ty mají ty kontejnery opravdu těžké jako blázen. Ale my máme zase třeba u té strumy.. Tam je úplně blbá poloha, tam tedy když uděláš dvě za sebou, tak jsi vyřízená a mají to tak všechny holky, protože tam musíš stát daleko, ale je to takové nepřírozené stání, že tě pak bolí opravdu úplně všechno potom.*“ Sestra S8 vidí příčinu v chybějící centrální sterilizaci a možné východisko v posílení pomocného personálu: „*No, je to práce těžká v tom, že se dělá spoustu věcí. Těžké věci, všechno to doplňování, co by mohl dělat eventuálně pomocný personál. Kdyby tam bylo víc pomocného personálu, tak nemusíš tahat těžké kontejnery do autoklávu a z autoklávu. Kdyby to mělo být, tak jak to má být a prostě špinavé nástroje odjedou, čisté přijedou, tak je to samozřejmě jednodušší. Takhle když to máme nastavené takhle, že když nejsou sanitáři – musíš překládat lidi, není sterilizace – musíš tahat těžké kontejnery. Takže jako by to také mohlo být lepší. Ale záleží na organizaci práce, jak je to kde zorganizované.*“ S5 vidí situaci odlišně: „*Neřekla bych, že to je tak fyzicky náročné jako práce na oddělení. Když to srovnám já s prací na oddělení, tak si myslím, že se tu máme ještě*

mnohem, mnohem lépe. Máš se táhnout s člověkem 30x denně někde na interně, když všichni chytanou infekční průjem a máš přebalovat každých 10 minut třicet lidí, tak to si myslím, že je daleko horší, než tahat pár kontejnerů. Kontejner vezmeš, odložíš na stůl a už se s ním netáhneš.“

Podkategorie d) Fyzikální faktory

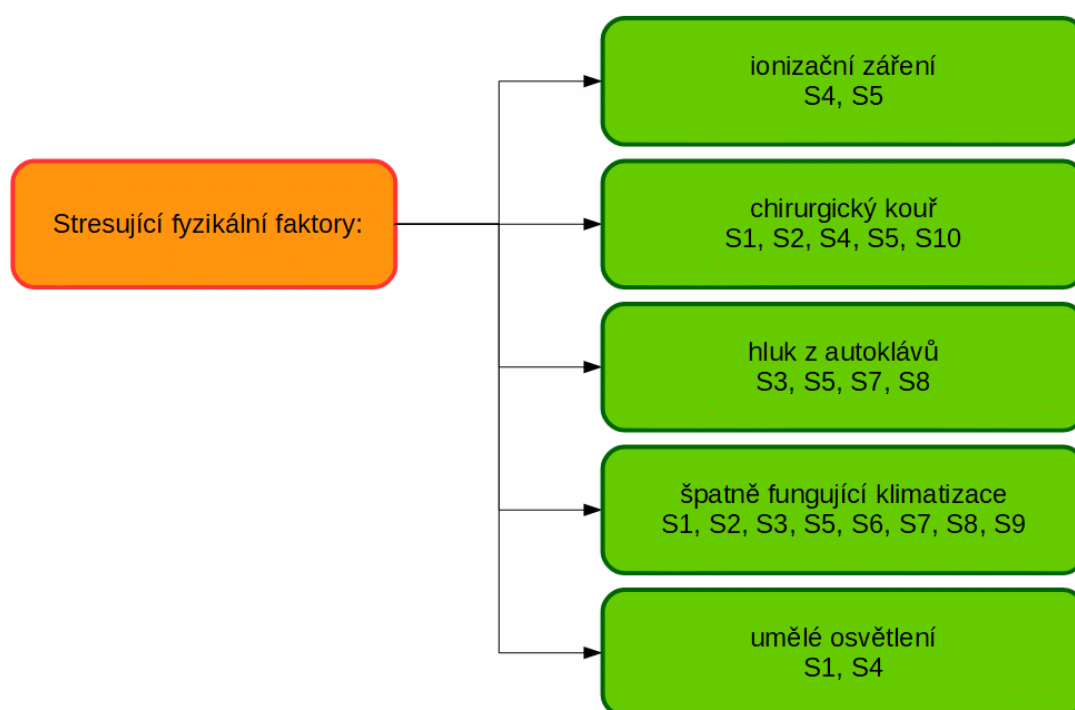


Schéma 14 – Fyzikální faktory

Sestry byly dotazovány, které fyzikální faktory na operačním sále jsou pro ně faktory stresujícími. Jak ukazuje Schéma 14 – Fyzikální faktory, sestřám na jejich pracovišti nejvíce vadí špatně fungující klimatizace, vystavení chirurgickému kouři a hluk z autoklávů. Sestra S1 odpověděla: „*Všechno mi to vadí. Vadí mi umělé osvětlení, proto já všude zhasínám, když je světlo a chci, aby tady bylo denní světlo. Chirurgický kouř je jasný, ten mi také vadí, ale zase.. Nejsou ty odsavače, nejsme tady na to zvyklí. Pak mi hrozně vadí nedostatek kyslíku, jsem z toho hrozně unavená si myslím, to mi jako vadí. Čerstvý vzduch mi chybí, že se tady nevětrá a ta klimatizace je podle mě bídná. To mi fakt vadí.*“ Sestra S7 uvedla: „*No, jako vadí mi to, spíš takový to horko, vlhko, ještě jak se oblečeme do těch plášťů, nebo ještě ty rentgenové zástěry, tak to je fakt jako náročné. Ale jinak umělé světlo mi nevadí nijak zvlášť. A hluk tedy ten vadí, protože jak vymysleli tu přísálovou sterilizaci, tak ty autoklávky řvou jako blázen, tam není možné*

prostě.. Ještě, jak musíme zavírat, že tam leží ti pacienti, aby tedy to neřvalo k těm pacientům, tak prostě tam je to na zbláznění.“ Sestra S5 poukázala nedostatečně ohodnocenou rizikovou práci: „Vadí mi hlavně tedy ten rentgen, protože my nemáme žádnou rentgenologickou dovolenou, na kterou bychom měly mít podle zákona nárok. Nebo příplatky.. Vůbec nemáme příplatky za rentgenové záření, i když s tím rentgenovým zářením přijdeme do kontaktu docela často. Když si vezmu, ty traumačky přes léto jsou také docela dost. Chirurgický kouř také. Těch faktorů je tam hodně, ale nemáme za to žádné ohodnocení, žádné úlevy, viz ta dovolená. Nemáme na to jakoby nárok vůbec, nevím proč. Ale je to docela škoda, no. A pak hlavně ještě ty sterilizátory, jak strašně řvou, to je strašný teda. Pak věčně na třetím patře, když se dělá přes léto, tam špatně funguje klimatizace a tam je třeba kolem 28 stupňů. A dělat totálku, když jsi navlečená v tom zesíleném plášti, třeba hodinu a půl být skoro ve třiceti stupních, tak to je strašný, když je ještě vysoká vlhkost, tak to je strašný.“

4) Náročnost vyplývající z nedokonalé organizace práce

Podkategorie a) Nedodržování přestávek a nemožnost uspokojení hladu, žízně a fyziologických potřeb

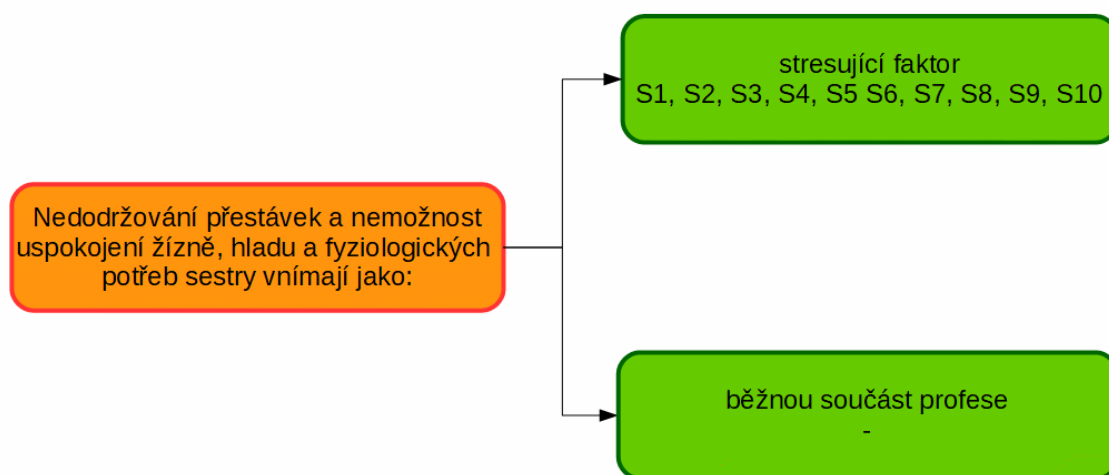


Schéma 15 – Nedodržování přestávek

Jak ukazuje Schéma 15 – Nedodržování přestávek, tak pro všechny sestry je náročné a stresující nemít mezi výkony čas uspokojit hlad, žízeň a dokonce ani fyziologické potřeby. Všechny sestry se navíc shodly, že takovéto situace jsou na jejich pracovišti takřka na denním pořádku. Sestra S5 uvedla: „Tak to mi vadí více, no to mi vadí hodně tedy, když se nemůžeme najíst, napít. Člověk potřebuje na záchod a nemá ani čas si dojít na ten záchod.“ Sestra S7 vysvětluje dlouhodobé

snášení těchto podmínek láskou ke své profesi: „*No, to je problém a čas od času prostě to člověku jako leze na nervy nebo přijde mu to, že je to teda obtěžující. Ale v tom běžném provozu, pokud jakoby má tu práci rád, a bez toho to asi jako dělat nejde, jo, tak tohle to prostě obětujeme jako. Že jo, kolikrát si sedneme jenom 10 minut na oběd a nějaká půlhodina, to absolutně nedodržíme. Takže to vlastně jako obětujeme jakoby té práci v podstatě.*“

Podkategorie b) Nedodržování operačního programu a jeho změny

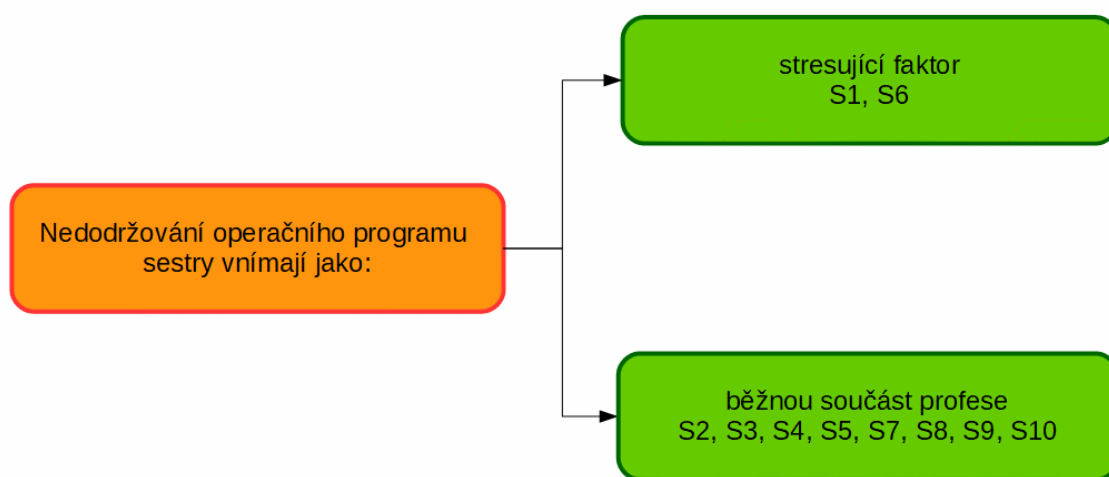


Schéma 16 – Nedodržování programu

Nedodržování operačního programu pro většinu sester stresující není. Dle jejich odpovědí je to něco, co se vždy nějak operativně vyřeší. S1 vyjádřila rozhořčení nad situacemi, kdy vážne komunikace a lékaři neoznámí změnu operace. Pak se stane, že se instrumentářka připraví např. na laparoskopický výkon a až po příchodu chirurgů se dozví, že operace bude probíhat klasicky. Sestra S6 tyto změny také nevnímá příliš pozitivně: „*No tak to je.. Nemůžu být sprostá. Tak zase, záleží, jak je to prostě, ve které té fázi to je, kdy to je. Jestli je to dopoledne, tak to vydržíš spíš. Jestli je to odpoledne, tak tě to naštvě víc, protože už si říkáš, už bych chtěla být doma. A když je to úplně zbytečné, třeba kvůli 10 minutám, tak to tě rozčílí úplně.*“, S7 naopak uvedla: „*No, na to jsme si myslím, že úplně všichni zvykli a už to tak jako moc neřešíme. Protože to je dost časté a z jakéhokoli důvodu a je to tak prostě. A musíme se s tím nějak jako vyrovnat.*“ Sestra S3 považuje tyto situace jako součást své práce: „*Setkávám se s tím, ale беру to tak, že taková ta práce je a že prostě se to děje. To, že tě to někdy štve, někdy ne, ale nemůžu říct, že by převažovalo to, že mě to štve. Prostě to tak v té práci je a děje se to.*“ Otázku nedodržování operačního programu a jeho změny shrnuje Schéma 16 – Nedodržování programu.

Podkategorie c) Přesčasová práce

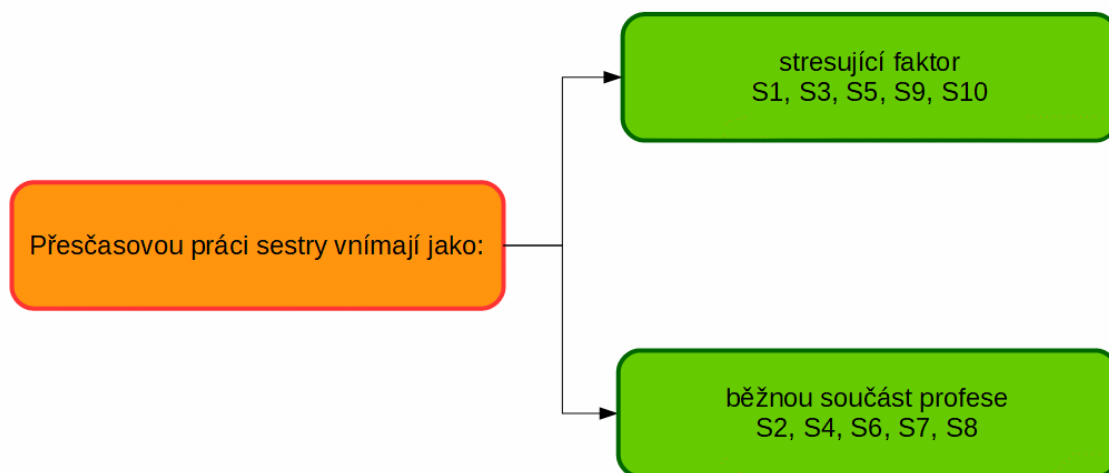


Schéma 17 – Přesčasová práce

Jak ukazuje Schéma 17 – Přesčasová práce, tak polovina sester považuje nutnost přesčasové práce za stresující. Sestry S7, S8, S2 a S9 za stresující okolnost v souvislosti s přesčasy označovaly dobu, kdy měly či ještě mají doma malé děti, které na ně doma čekají. Nutnost přesčasových hodin jim přináší v této době komplikace v osobním životě a je zdrojem stresu. S7 uvedla: „Většinou ta přesčasová práce je vynucena tím, že někdo chybí, někdo marodí, prostě jsou dovolené nebo tohle, takže to bereme tak, že to není pokaždé. A bereme to tak, že prostě je to nutnost, aby ten sál fungoval. Takže prostě já to беру tak, že prostě někdy se stane, že tam ten člověk musí zůstat a většinou se nějak domluvíme, že tam zůstane ten, kdo může. Někdo, když má malé děti, nebo něco, tak je jasné, že tam být nemůže, ale my, co už jako máme je odrostlé, tak to nedělá takový problém, protože doma nikdo nebrečí, že jo a nechce večeri.“ Sestra S1 nutnost přesčasů nepovažuje za problematické situace: „Někdy je třeba. My jsme tu nikdy neměly problém být tady více, protože víme, že když je ta práce třeba, tak se musí jako udělat. A když se tady operuje já nevím na kolik sálů ve tři hodiny, tak nemůžeme se otočit na podpatku a odejít. Takže s tím tady u nás nebyl nikdy problém. Jinak ani výměny služeb, když někdo vypadne, žádný problém tady nikdy nebyl.“

5) Mezilidské faktory

Podkategorie a) Pocity ocenění práce

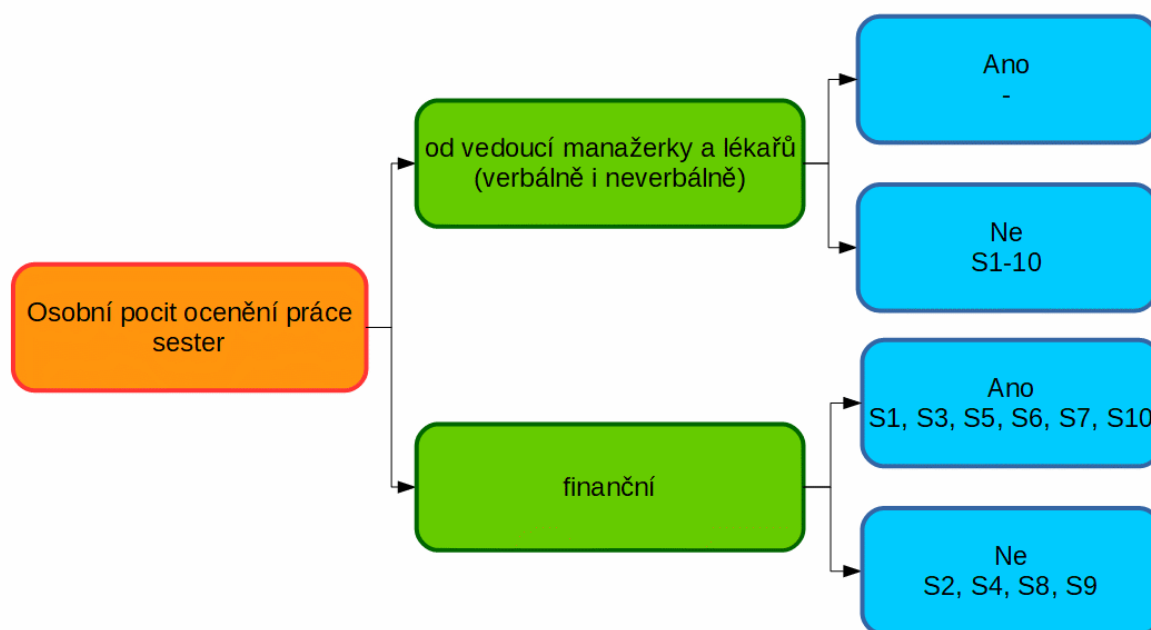


Schéma 18 – Pocity ocenění

Sestry byly dotazovány na svůj osobní pocit ocenění své práce z hlediska finančního a také ze strany nadřízeného, ať již se jedná o vyjádření ocenění verbální či neverbální. Jak ukazuje Schéma 18 – Pocity ocenění, tak finančně se cítí být dobře ohodnoceno šest z deseti sester. Naopak ze strany vedoucí manažerky necítí ocenění své práce ani jediná sestra. S6 uvedla: „Nadřízený nás ocení málokdy. A finančně, já si myslím, že zase tak špatné peníze zase nebereme, to si myslím zase já, že na ženské a na naše vzdělání to není zas tak špatné.“ S4 na tuto otázku odpověděla: „Ze strany nadřízené manažerky vůbec, ona to neumí. Řekne to automaticky, ale nemyslí to jakoby.. Řeknu to tak, já jsem relativně spokojená, proto jsem se na sál vrátila, mám čistou hlavu, a nemyslím si, že.. A finančně jsem spokojená, myslím, že peníze špatné nemám, ale když bychom dostávaly víc, byla bych spokojenější.“ Sestra S5 své pocity shrnula takto: „Tak od nadřízené ohodnocení práce asi nulové. Ohodnocení práce, co se týká nás sestřiček, bych řekla v našem oboru, nebo aspoň tady v nemocnici je nulové jak ze strany doktorů, tak i ze strany nadřízené. Finančně bych řekla, že to není až tak špatné. Na ty poměry, co jsou tady finančně, si myslím, že se máme dost dobře.“

Podkategorie b) Vztahy s kolegy a lékaři

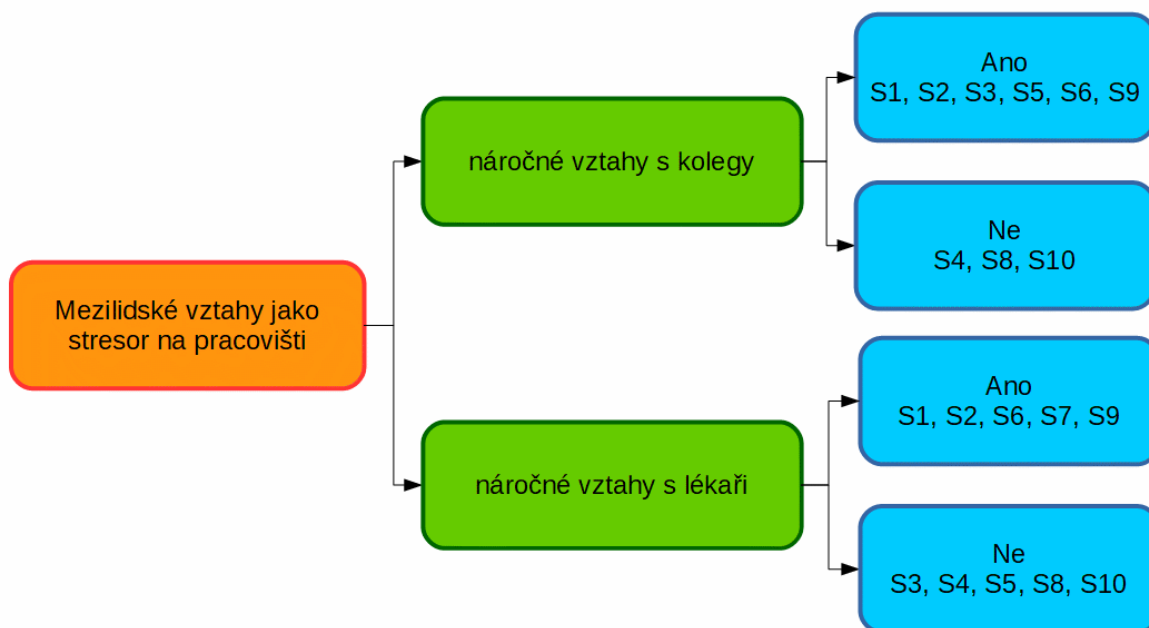


Schéma 19 – Vztahy

Ze Schématu 19 – Vztahy je patrné, že vztahy s kolegyněmi považuje za stresující sedm sester, vztahy s lékaři stresuje pět sester. S9 uvedla: „*To bych řekla, že asi záleží na tom kolektivu. Celkově u perioperačních sester a potom na daném lékaři. S některým lékařem člověk věděl, že i když se něco nepodaří, tak to nebude zas taková hrůza, že se to všechno nějak prostě zvládne. A pak člověk věděl, jiný lékař, tak měl strach, co bude, protože i z banálního výkonu dokázal udělat, že je to operace století a vynervovat nás prostě všechny. Takže u výkonů bych řekla, že záleží na doktorovi a kolektiv, ten u nás nebyl moc dobrý, takže to byl docela velký stresující faktor.*“ Sestra S4 popisuje mnohdy složité vztahy s lékaři: „*No, tak jako problémy jsou všude, já zase jsem člověk takový klidnější. S lékaři, člověk se sejde, ale naučí se s tím tak nějak fungovat, protože zase ví, že třeba když něco řeknou, nebo udělají, tak kolikrát se přijde i třeba doktor omluvit, protože je to ve stresu třeba řečeno. Když člověk začínal, tak to bylo také takové.. že jsme si i poplakaly kolikrát, ale ten doktor přišel, vždycky ti řekl, bylo to dobrý, jo, prostě omluvil se. A postupně, jak člověk tu praxi má delší, tak se s tím naučil žít. A říkáš si, že to tak třeba nemyslí, že v tom zápalu boje, stresu, prostě člověk řekne hodně věcí, které nemyslí ani tak jakoby zle. Po letech už doktory znáš a víš, že to tak nemyslí. Horší je to pro ty nové holky, který přijdou a nevezmou to, dneska ty mladý jsou úplně jiný, že jo, těm vadí úplně všechno. S kolegy mám vztahy normální.*“ Sestra S5 cítí celou situaci opačně: „*S lékaři bych řekla jsou*

kolikrát lepší vztahy než s kolegy. Je to stresor. S doktorama jsem nikdy neměla konflikt, takže to je dobré, to je v pořádku.“

6) Vztah sester ke své profesi

Podkategorie a) Náročná specifika profese

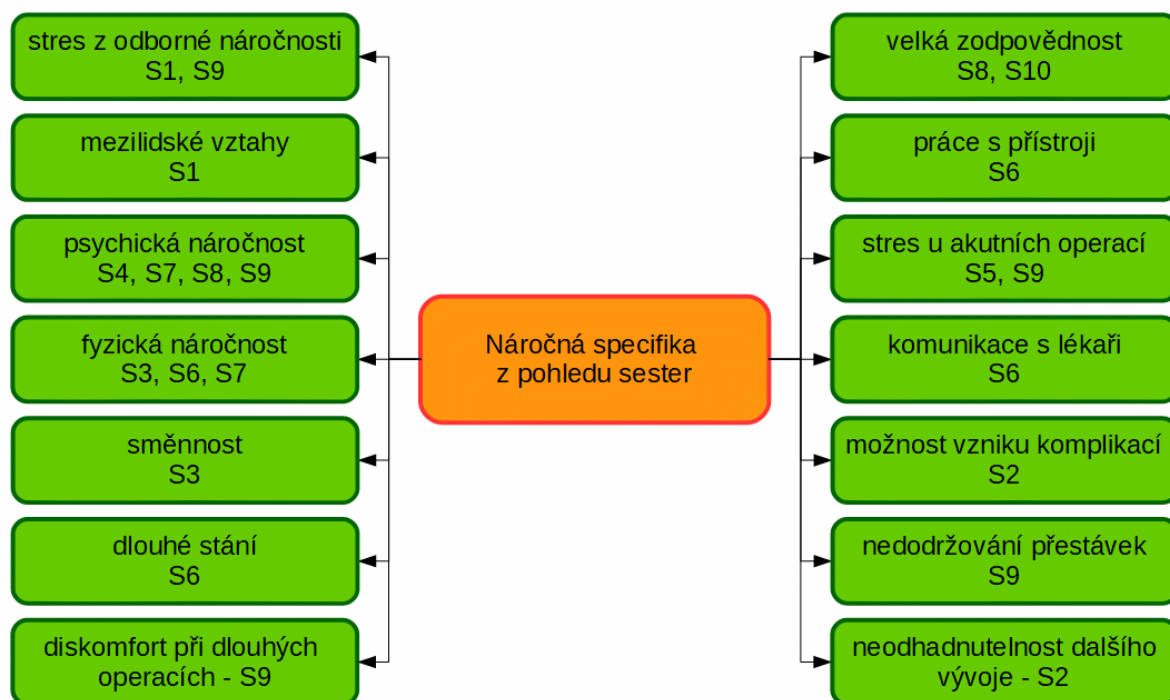


Schéma 20 – Náročná specifika

Každá z dotazovaných sester odpovídala na otázku, které specifikum profese perioperační sestry jí osobně připadá jako nejnáročnější. Tuto oblast rozhovoru přehledně mapuje Schéma 20 – Náročná specifika. Sestra S2 vidí největší náročnost své profese v psychickém stresu v souvislosti s častou neodhadnutelností dalšího vývoje situace a možnosti vzniku komplikací: *„V naší práci je nejnáročnější vlastně psychika, stres. Protože ať jdeš k jakékoli operaci, hlavně, že jo, břišní, nikdy nevíš, co se z toho může vyvrbit. U jakékoli operace, i když ji děláš stokrát, najednou můžou nastat komplikace a už to začíná. Doktorů začnou šilet, teď to přenesou na tebe a ty musíš zachovat chladnou hlavu, protože musíš jim dát věci, co chtějí, že jo, pamatovat si, kde co je, pomoci jim eventuelně, protože někdy začnou tak blbnout, že.. No, takže jako já myslím, že tady je to hlavně o stresu.“* Sestra S7 zmiňuje neustálé psychické i fyzické zatížení: *„Nejvíce náročné je asi to psychické i fyzické zatížení zároveň, protože musíme tedy normálně fungovat a ještě prostě jsme jakoby pod psychickým tlakem, protože neustále jakoby*

všechno musí být v pořádku. Musíme mít všechno, co potřebujeme, musíme myslet v podstatě o operaci dál, co budeme potřebovat jakoby na tu další. Takže takové to psychický a fyzický zatížení.“ Pro sestru S9 je nejnáročnější stres související s odbornou náročností profese, diskomfort při dlouhých výkonech a stresující situace při akutních operacích. Zmiňuje také náročnost práce obíhající sestry: *“Z mého pohledu je to náročné v tom, že musíš znát ty operace, ty postupy, takže tady to. Musíš znát ty síta konkrétní, které se používají u těch operací. Musíš vědět, co všechno k té dané potřebuješ. Nicméně je to náročné i v tom, že třeba při dlouhých výkonech, operacích, které mnohdy trvají několik hodin, tak musíš vydržet nejíst, nepít, nejít na záchod. A i když se třeba jedná o plánovanou operaci, tak se může prostě ze vteřiny na vteřinu situace změnit, může nastat nějaké krvácení. Jsou tam různé stresující okamžiky, takže tohle bych řekla, že je náročné. Vyrovnat se rychle s tou změnou situace, umět prostě reagovat rychle. To je, když je to sestra instrumentující. A když je to obíhající, tak bych řekla, že jako celkově je těžké to zkoordinovat třeba u nějakých těžších operací, celkově různě ty vyšetření, které jsou v průběhu potřeba, třeba RTG nebo histologie, všechno to zabezpečit.“*

Podkategorie b) Uspokojení z práce na operačním sále

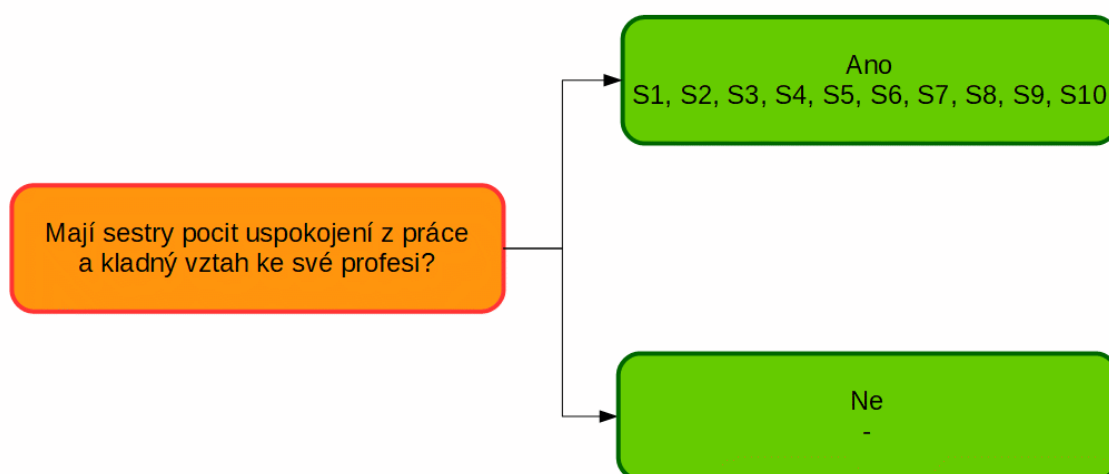


Schéma 21 – Vztah k profesi

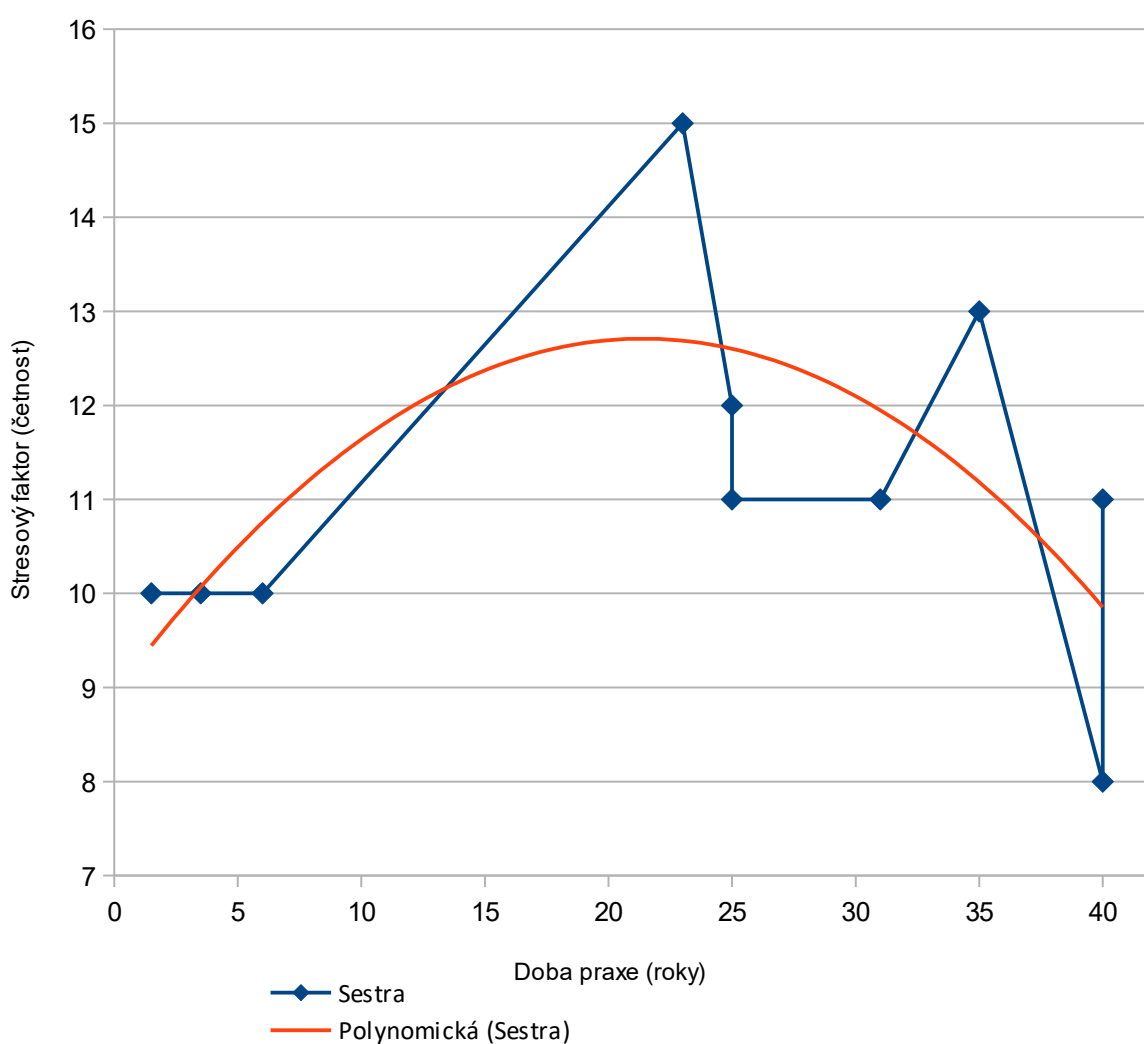
Jak ukazuje Schéma 21 – Vztah k profesi, tak práce na operačním sále uspokojuje všechny dotazované sestry. Z rozhovoru dokonce vyplynulo, že ke své profesi cítí lásku, i když některé sestry (S5, S7) ji získávaly postupně, časem. S7 k tomu uvedla: *„Já jsem na ten sál vlastně sama nechtěla, já jsem tam byla jaksi odvelena. (...) A já jsem se toho zpočátku bála. Já jsem měla pocit, že prostě se to nenaučím nikdy, protože mi to přišlo.. Když tam člověk přijde, tak je toho tolik, že má pocit, že to prostě nemůže zvládnout. Ale ono postupně potom najednou zjistí, že už*

si něco pamatuje, že už tohle to zná a postupně jako najednou zjistí, že už toho jakoby zná víc. A tu práci musíte mít ráda na tom sále. Tam asi nejde jako to brát jako jenom že si to oddělám a jdu domů. To prostě musíte mít asi ráda. A já jsem to asi v průběhu těch let začala mít ráda. (...) A musím říct, že prostě mě ta práce baví. I s tím vším ne úplně dobrém okolo, ale prostě mě baví.“ S9 oceňovala akční povahu pracoviště a možnost pomáhat lidem: „Ta profese mě bavila. Mě bavilo to, že člověk věděl, že když tam ten pacient byl a operujeme ho, tak že víceméně z 99,9% fakt pomůžeme, že odejde prostě zdravý. Tak myšlenka na toto se mi prostě líbila. Pak i to, že ten kontakt s doktorama je prostě jiný, než když je sestra na oddělení. Mně prostě vyhovovalo, že člověk komunikoval přímo s nimi a řešil si všechno s nimi. A je to prostě jiné. Neřešíš prostě až tak přímo toho pacienta, ale zase ty nástroje a tak. A že to bylo odborné. A i ty nečekané události.. I když ta operace byla 100x štítná žláza, tak pokaždé to bylo trochu jiné. Není to stereotyp. A to se mi líbilo, že je to takové akční pracoviště.“ S10 má na své práci ráda absenci stereotypu: „Uspokojuje mě. Mě to baví, strašně mě to baví. Mám na ní ráda všechno, ty instrumentaria, že mě to baví. Ta traumačka mě baví hodně, protože je to něco nového. Pokaždé se tam setkám s něčím novým. A furt se učím. Což je super, že to není stereotyp.“ A sestra S8 shrnuje: „Uspokojuje, baví mě to, nic jiného neumím. Nedovedu si představit, že bych dělala něco jiného..“

Porovnání míry stresu v souvislosti s dobou praxe sester shrnuje Tabulka 1 a Graf 1, ze kterých vyplývá, že nejvyšší mírou stresového zatížení jsou postiženy perioperační sestry s dobou praxe mezi 20 až 30 lety. Sestry s kratší nebo naopak delší dobou praxe uvádějí míru svého pracovního stresového zatížení nižší.

Praxe	1,5	3,5	6	23	25	25	31	35	40	40
Sestra	S10	S5	S9	S1	S3	S4	S6	S7	S8	S2
Stres	10	10	10	15	12	11	11	13	8	11

Tabulka 1 – Stres a doba praxe



Graf 1 – Stres a doba praxe

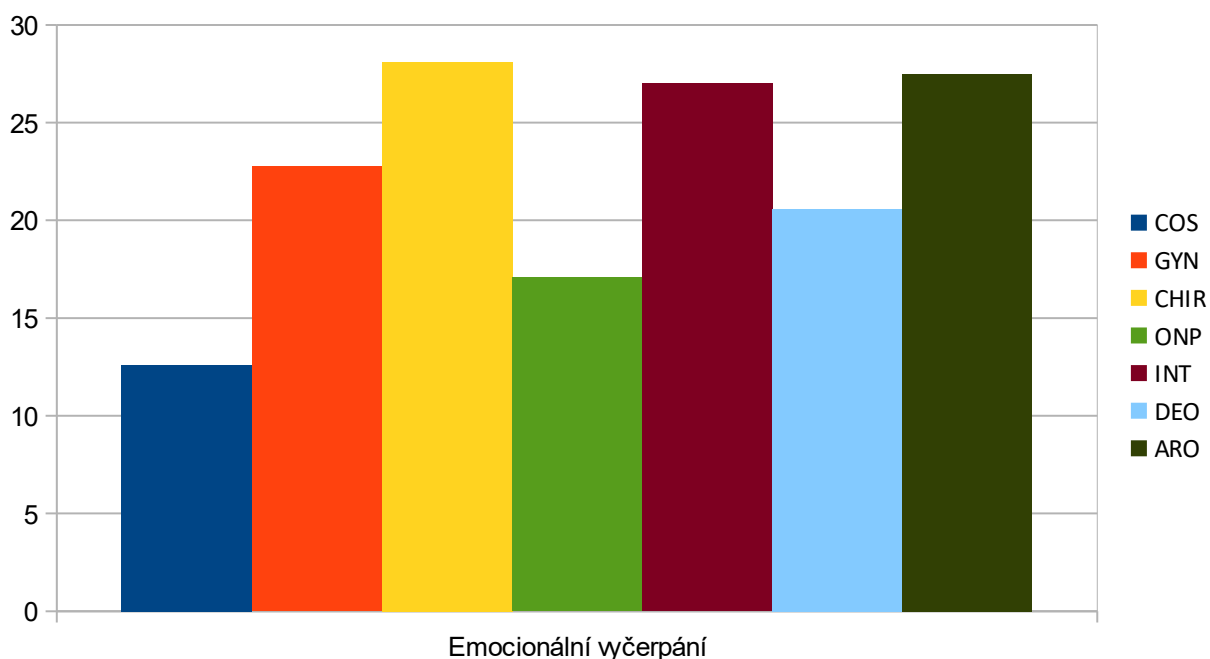
3.4 Výsledky výzkumného šetření – dotazník Maslachové

a) Emocionální vyčerpání

Na škále emocionálního vyčerpání se perioperační sestry jako jediné nachází v rozmezí pro nízký stupeň (0-16). Sestry z gynekologického, chirurgického, interního, dětského a oddělení následné péče se nachází v rozmezí pro mírný stupeň (17 – 26). Hodnoty sester z anesteziologicko – resuscitačního oddělení svědčí pro vysoký stupeň (27 a více) emocionálního vyčerpání. Výsledky přehledně shrnuje Tabulka 2 - Emocionální vyčerpání a Graf 2 – Emocionální vyčerpání.

	COS	GYN	CHIR	ONP	INT	DEO	ARO
Emocionální vyčerpání	12,6	22,75	28,11	17,08	27	20,58	27,5

Tabulka 2 – Emocionální vyčerpání



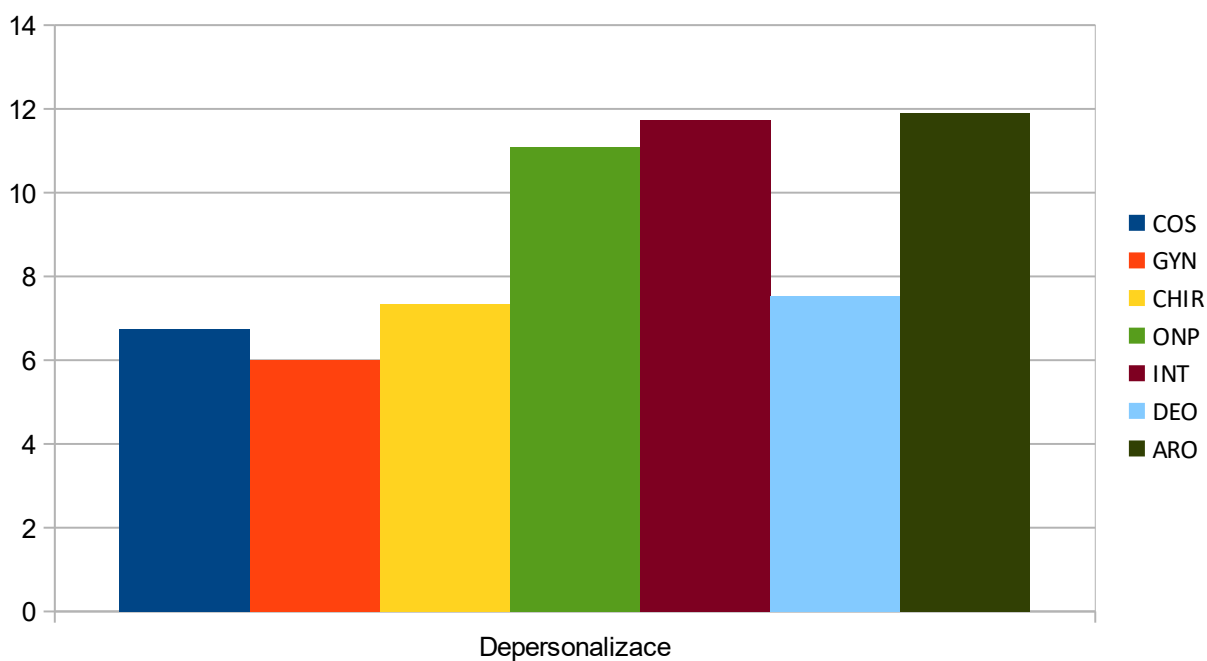
Graf 2 – Emocionální vyčerpání

b) Depersonalizace

Nízký stupeň depersonalizace mají sestry na operačních sálech a sestry z gynekologického oddělení. Všechny ostatní svými hodnotami patří do mírného stupně (7 – 12). Sestry z anesteziologicko – resuscitačního a interního oddělení mají úroveň depersonalizace nejvyšší, avšak ani ony svými hodnotami nespádají do stupně vysokého (13 a více). Úroveň depersonalizace na jednotlivých odděleních shrnuje Tabulka 3 a Graf 3.

	COS	GYN	CHIR	ONP	INT	DEO	ARO
Depersonalizace	6,75	6	7,33	11,08	11,73	7,52	11,9

Tabulka 3 – Depersonalizace



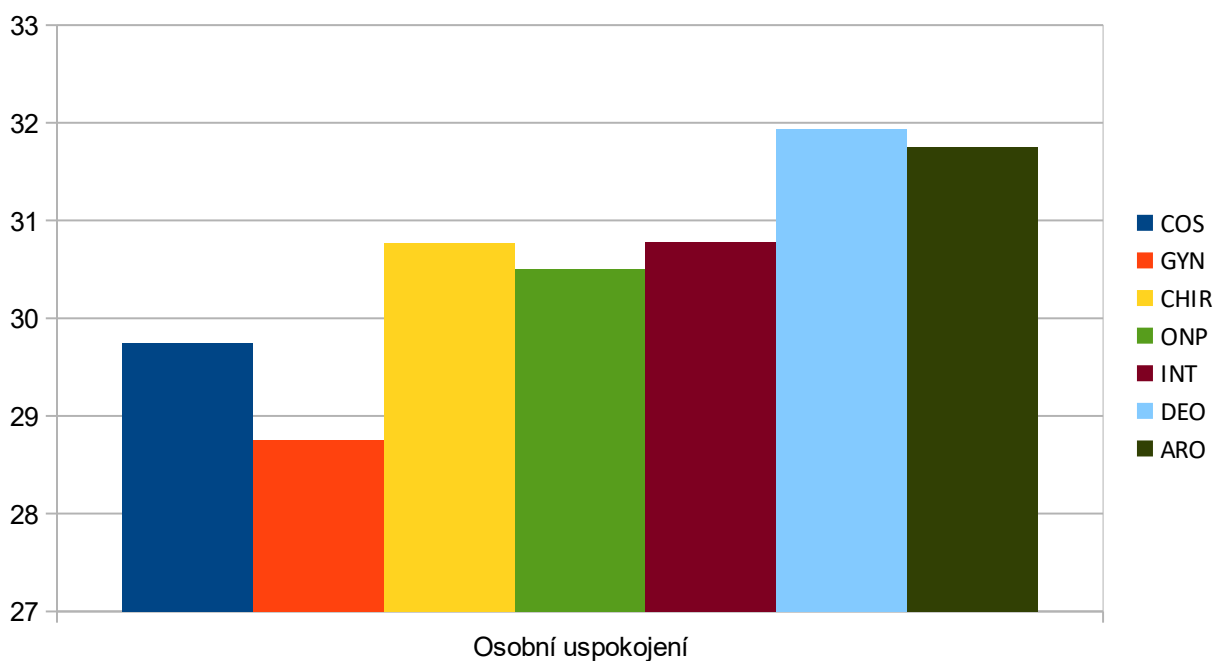
Graf 3 – Depersonalizace

c) Osobní uspokojení

Nízké osobní uspokojení z práce (31 - 0) vykazují sestry všech oddělení. Nejnižší však sestry z gynekologie a operačních sálů, následuje oddělení následné péče, chirurgické a interní oddělení. Uspokojení sester z dětského a anesteziologicko – resuscitačního oddělení téměř dosahuje hodnot pro mírný stupeň (38 – 32). Hodnot pro vysoký stupeň (39 a více) nedosáhly sestry na žádném z měřených oddělení. Míru osobního uspokojení shrnuje Tabulka 4 a Graf 4.

	COS	GYN	CHIR	ONP	INT	DEO	ARO
Osobní uspokojení	29,75	28,75	30,77	30,5	30,78	31,94	31,75

Tabulka 4 – Osobní uspokojení



Graf 4 – Osobní uspokojení

4 DISKUZE

Cílem diplomové práce bylo zmapování stresových faktorů práce z pohledu sester na operačním sále. Byly stanoveny tři výzkumné otázky. První měla za úkol zjistit specifika jejich stresového zatížení. Druhá zkoumala, zda existuje vztah mezi délkou praxe a mírou stresového zatížení perioperačních sester. Poslední se zabývala tím, zda jsou sestry pracující na operačním sále ohroženy syndromem vyhoření více, než sestry na jiných odděleních. Nejvhodnější metodou k zodpovězení první a druhé výzkumné otázky se jevil polostrukturovaný rozhovor s perioperačními sestrami na centrálních operačních sálech, pro zodpovězení třetí výzkumné otázky byla zvolena metoda dotazníku Maslachové, jež vyplňovaly sestry z operačních sálů, z oddělení následné péče, dále z interního, gynekologického, dětského, chirurgického a anesteziologicko – resuscitačního oddělení. Výzkumné šetření probíhalo v rámci jedné nemocnice pro větší podporu validity sebraných dat v souvislosti se zajištěním podobných pracovních podmínek sester na všech dotazovaných odděleních.

Struktura kategorií výzkumného šetření pomocí rozhovoru je s výzkumnými otázkami volně spojena, otázky byly během rozhovoru za sebe řazeny tak, aby na sebe co nejvíce navazovaly, rozhovor probíhal co nejvíce plynule a celek dohromady poskytoval ucelený obraz ošetrovatelské péče, jež perioperační sestry poskytují svým pacientům – operantům. Sestrám přitom byla ponechána možnost volně se rozhovět v oblastech, jež se jim zdály důležité či zajímavé. Následnou analýzou jejich odpovědí byly získány informace, které byly řazené do jednotlivých kategorií pro zhodnocení výzkumného šetření.

Perioperační sestry se na rozhovor nijak nepřipravovaly, každá odpovídala podle svých zkušeností a svého založení. Některé odpovídaly stručně, jiné se rozprávěly obsáhleji. Jejich odpovědi byly otevřené a spontánní, všechny sestry odpovídaly ochotně a se zaujetím, někdy s opravdu velkou dávkou upřímnosti.

Výzkumné šetření pomocí dotazníku probíhalo v měsíci březnu 2020, avšak i přes velké pracovní a psychické zatížení v době koronavirové pandemie byly všechny sestry ochotné přispět do výzkumu a podělit se o své pocity. Téměř všechny rozdané dotazníky se vrátily v pořádku vyplněné. Dotazník Maslachové je velice známým dotazníkem ke zjišťování syndromu vyhoření, především ve zdravotnickém prostředí. Bohužel, i přes jeho oblibu a časté využití v literatuře k výzkumům v oblasti stresu a pracovních problémů, české normy neexistují dodnes (Židková, 2013).

I přesto, že výsledky vyplývající z rozhovorů a dotazníků se v mnoha oblastech téměř shodují, nedají se samozřejmě zevšeobecnit a považovat je za globálně platné. V jiné nemocnici může být vlivem organizace práce, vlivem osobních vztahů či výši výdělků situace zcela jiná. I přesto však mohou poskytnout velice zajímavý obraz toho, jak vypadá život perioperační sestry. Obraz toho, jak je jejich práce specifická a náročná, stejně jako atraktivní a nadmíru zajímavá.

Během rozhovorů byla prvotní snaha o jakousi identifikaci zpovídáných sálových sester. Sestry uváděly svůj věk, vzdělání a dobu své praxe na operačních sálech. Poté byly otázky směřovány na jednotlivá náročná fyzická i psychická specifika jejich práce, které měly za úkol přinést odpověď na první stanovenou výzkumnou otázku.

Velmi zajímavým momentem rozhovorů byl okamžik, kdy sestry samy měly uvést, co ony samy osobně považují ve své profesi za to nejnáročnější. Téměř všechny sestry uváděly, že tím nejnáročnějším na jejich pracovišti je stres a psychický tlak, který je na ně dennodenně kladen. A to nejenom stres z akutních operací, kdy nikdy neví, co je čeká, jaké komplikace mohou přijít či okamžiky plné adrenalinu, pokud nějaké komplikace přijdou. Z toho, že musí být pokaždé v mysli v podstatě o operaci dál, musí myslet na to, zda mají a budou mít vše, co potřebují, neboť instrumentaria a pomůcek je pouze omezené množství, jež samozřejmě lékaři při sestavování operačního programu neznají a na něž nemyslí.

Sestry také často uváděly velkou tíhu zodpovědnosti, kdy může jediná chvilka nepozornosti zapříčinit poškození pacienta a jeho zdraví, může pro něj znamenat zdravotní komplikace či další nutný operační výkon, stejně tak jako velké kariérní i osobní problémy v životě dané instrumentářky.

Některé sestry také zmiňovaly stres z odborné náročnosti, neboť perioperační sestry musí disponovat obsáhlými znalostmi anatomie, fyziologie, chirurgie a patologie, musí znát operační postupy, rozsáhlé instrumentarium a zdravotní pomůcky potřebné k operačním výkonům, musí se umět orientovat ve sterilizaci a obsluhovat mnoho přístrojů od laparoskopických věží po autoklávy. Práce perioperační sestry je čím dál více spojena s obsluhou a péčí o nejrůznější potřebné přístroje, což potvrzuje Smith a Palesy (2018) ve svém výzkumu věnovaném tzv. technologickému stresu perioperačních sester, ve kterém popisují perioperační ošetřovatelství jako jakousi směs tradiční péče ve smyslu interpersonálního kontaktu s pacientem a technologických schopností sester. Navíc je možné říci, že tento „trend“ bude postupovat s novými technologiemi stále dál, sálové sestry se budou při své práci stále častěji setkávat s novými typy přístrojů, jež budou muset zvládnout ovládat a pečovat o ně. Velmi často jsou

dokonce jedinými osobami na operačním sále včetně lékařů, které si umí poradit s případnou závadou a samy sebe leckdy nazývají jako „sestry přístrojářky“.

Další oblastí, kterou měl rozhovor odhalit, byly informace o tom, jak sálové sestry snášejí fyzickou náročnost, působení fyzikálních faktorů a tolik pro ně typické dlouhé stání na operačním sále. Dle odpovědí oslovených sester je práce na operačním sále pro sestry fyzicky náročná kombinací více faktorů, jejichž složení je velmi individuální. Sestry velmi zatěžuje denní přenášení těžkých kontejnerů s instrumentariem, jež v kombinaci s dlouhým stáním zapříčiňuje bolesti zad a kyčlí. Následné ruční mytí instrumentaria při nepřítomnosti sanitářky, jeho utírání a následné skládání s sebou naopak nese častou bolest zad sester. Dlouhé stání na sále, špatně fungující klimatizace, kdy se teplota na sále vyšplhá leckdy až na 30 stupňů Celsia a nepřirozená poloha těla instrumentářky u některých výkonů se také podepisuje na následné únavě a obtížích sester. Téměř všechny sestry uváděly jako velice nepříjemný takřka neustálý velký hluk autoklávů, jež jim zneprjemňuje jejich práci a je, jak uvedla sestra S7, doslova „na zbláznění“.

Důležitou kapitolou šetření byly odpovědi sester na otázku, do jaké míry jsou zatíženy časovou tísní, nedodrčováním operačního programu, přestávek a s tím spojenou nemožností uspokojení hladu, žízně a fyziologických potřeb. Nedodrčování operačního programu pro většinu sester zatěžující není, avšak v nedodrčování přestávek sestry projevily nebyvalou jednotu. Ukázalo se, že dlouhé hodiny, leckdy takřka celou pracovní dobu nemají možnost se napít či uspokojit své fyziologické potřeby, o jídle ani nemluvě, a že tato skutečnost je pro sestry velmi stresující a zatěžující. Na druhou stranu to sestry považují za něco daného, co k jejich profesi a pracovišti patří a na co už jsou léty zvyklé. Je tedy otázka, zda v jejich kolektivu vůbec je vůle a potřeba najít cestu k možnému zlepšení v této oblasti.

Dále následovala snaha zmapovat otázku týkající se nervozity před náročným výkonem, nutnosti dlouhodobé koncentrace a potřebného umění improvizace. Z odpovědí sester vyplynulo, že toto jsou vlastnosti, k jejichž získání jsou nutné čas a praxe. Také je, ze zkušeností sester, v této oblasti důležité složení operačního týmu. Uplatňuje se přítomný konkrétní chirurg, anesteziologický tým, konkrétní pacient, celková nálada na sále a především kolegyně na sále – obíhající sestra, neboť vědomí instrumentářky, že má „v zádech“ zkušenou kolegyni, se kterou tvoří sehraný tým, je jistě velmi příjemné a uklidňující. Celodenní soustředění, stejně jako časté vystavení nervozitě, především v prvních letech praxe na sále, je pro sestry velice unavující.

Na operačním sále existuje velké riziko přenosu infekce, sestry přichází několikrát denně do kontaktu se skalpelem a jehlami, stejně tak jako s biologickým materiálem, tkáněmi a tělními tekutinami. Bylo zajímavým zjištěním, že možné riziko infekce pro většinu sester není stresujícím faktorem, ba že si ho dokonce ani nepřipouští. Na druhou stranu se tak možná děje právě z toho důvodu, že je na operačním sále riziko infekce takřka všudypřítomné, neboť co je všudypřítomné, může začít být paradoxně po dostatečně dlouhé době díky návyku téměř neviditelné.

Rozhovory se sestrami se dále dotýkaly také mezilidských vztahů. Již Santamaria (1998) ve svém výzkumu uvádí, že hlavními stresory, které při své práci zažívá zkoumaná skupina perioperačních sester, souvisí především s mezilidskými konflikty a organizačními problémy. Stejně tak Kingdom a Halvorsen (2006) ve svém výzkumu prokázali, že v kategorii stresujících faktorů se problematické interpersonální vztahy u perioperačních sester vyskytují zdaleka nejčastěji. Také z odpovědí „našich“ sester vyplynulo, že mezilidské vztahy jako stresor na pracovišti, ať již s kolegy či s lékaři, vnímá více jak polovina sálových sester. Stejně tak odpovědi na otázky směřující k pocitům ocenění práce sester nevyznívaly pozitivně. Především skutečnost, že ani jediná sestra nevedla pocit ocenění své práce ze strany vedoucí manažerky, je varující, ukazující zřejmě na hlubší problém v pracovním kolektivu. Problém, který má řešení opět jen ve vzájemné komunikaci, diskuzi a schopnosti kompromisu.

Závěrečné otázky směřovaly k uspokojení sester ze své práce a k tomu, co na ní mají rády. Tady naopak všechny sestry shodně uváděly, že svou práci vnímají jako smysluplnou, jako profesi, která je pro ně zdrojem uspokojení a radosti z práce. Z odpovědí sester je to profese, na které mají rády možnost pomáhat druhým, profese, která je baví a přináší jim stále něco nového. Operační sály vnímají jako odborné „akční“ pracoviště, které nepřináší stereotyp tolik jako jiné. Některé sestry na něm také oceňují malý přímý kontakt s pacientem, což je velmi zajímavá informace, jež ukazuje rozmanitost zdravotnických odvětví a oddělení, v němž si každý zdravotník může najít své místo dle svého založení a povahy. Ani operační sál není výjimkou.

V odpovědích sester na otázky rozhovoru se ukrývala také odpověď na druhou výzkumnou otázku, tedy na vztah stresového zatížení sester v souvislosti s jejich délkou praxe. Tento vztah byl zaznamenán a znázorněn pomocí tabulky a grafu, jež odhaluje menší stresové zatížení sester s kratší dobou praxe a naopak také sester s praxí dlouhou, které na operačním sále strávily takřka celý svůj profesní život. Největším stresovým zatížením trpí sestry s praxí kolem 20 let. Samozřejmě, tento vzorec se nedá zevšeobecnit, jde spíše o konkrétní obraz situace

na konkrétních operačních sálech, je však velmi zajímavým a svádějícím k dalším otázkám či případnému podobnému šetření v jiných nemocnicích.

Třetí stanovená výzkumná otázka otevřela další velkou kapitolu diplomové práce - syndrom vyhoření. Výzkumné šetření v této oblasti spočívalo ve zjištění jeho rizika pro všeobecné sestry na jednotlivých vybraných odděleních a následné porovnání s pracovištěm operačních sálů. Již během rozhovorů byly sestry dotazovány na osobní zkušenost s tímto syndromem a také na to, zda se jim cítí být ohroženy. Z odpovědí sester vyplynulo, že nadpoloviční většina se cítí být vyhořením přímo ohrožena. Sestry také uváděly své zkušenosti s vyhořením u svých kolegyně, což značí, že se jedná o aktuální téma, které se sester dotýká a s kterým se setkávají. Dle jejich odpovědí je ale možno považovat za příčinu vzniku syndromu vyhoření u perioperačních sester spíše než samotnou práci a kontakt s pacientem problematickou organizaci práce a složité mezilidské vztahy. Toto potvrzuje také Sillero a Zabalegui (2018) a jejich výzkum, jenž u španělských perioperačních sester prokázal spojení pracovního stresu a syndromu vyhoření s faktory pracovního vytížení, časového tlaku, nedostatečné komunikace mezi členy týmu či nedostatečnosti personálního zajištění a zdrojů. Podobný výzkum provedli také Basińska a Wilczek-Ruzyczka (2013) v Polsku, dle nichž jsou klíčovými důvody vyhoření u chirurgických sester nadměrné požadavky a také nedostatek úcty. Zároveň poukazují na nutnost zlepšit lidské zdroje řízení ve zdravotnictví.

4.1 Doporučení pro praxi

Na základě studia dostupné literatury a provedeného výzkumného šetření byla stanovena následující doporučení, která mají za cíl zlepšit stresové pracovní zatížení perioperačních sester a poskytnout jim tak komfortnější prostor pro jejich práci.

Hlavním doporučením, jež v sobě nese největší prostor pro zlepšení pracovního prostředí, je oblast mezilidské komunikace. Zaměstnavatel by měl sestřám pravidelně zajišťovat a umožňovat školení o umění komunikace a asertivity. Také každá sestra by měla mít na paměti nutnost a potřebnost schopnosti správné a dostatečné komunikace. Schopností asertivity by měla disponovat především vrchní sestra – manažerka operačních sálů, která by se v této oblasti měla neustále vzdělávat.

Pro zlepšení komunikace mezi sálovými sestrami navzájem by bylo vhodné určit pravidelný termín setkávání pro diskuzi o aktuálních potřebných tématech, který by zvýšil informovanost, snížil případný informační šum a dal sestřám příležitost ke společné diskuzi a řešení potřebných záležitostí.

Vhodné je posilovat vztahy a stmelovat kolektiv, např. formou mimopracovního setkávání při volnočasových aktivitách.

Pro plynulý provoz operačních sálů bez komplikací je důležitá také dostatečná komunikace mezi perioperačními sestrami a lékaři, jež by měla být posilována a podporována, např. formou každodenního setkávání před započítím operačního programu, kde by si mohly obě strany sdělit či upřesnit potřebné informace, svá očekávání a možnosti sálových sester stran potřebného instrumentaria. Zvláště pro řešení situace, jež se týká nedodržování přestávek, existuje potřeba dialogu s lékaři, aby více brali v potaz biologické a fyziologické potřeby sester. Aby více mysleli na to, že pokud oni se stihnou mezi výkony např. naobědvat, tak sálové sestry musí ve stejném čase dokončit operační výkon předchozí a připravit sál na operační výkon následující.

Sestry by měly po pracovní době dbát o svou mysl a psychiku, měly by jí dát možnost a prostor k uvolnění, např. vhodným koníčkem, četbou, sportem či jakoukoli jinou relaxací. Měly by ve svém volnu využívat metod relaxace a psychohygieny jako prevenci před pracovním stresem. Dbát na vhodnou životosprávu, pozitivní myšlení, aktivní pohyb, dostatečný kvalitní spánek, relaxaci a vhodnou organizaci času. Vyrovnané psychice pomáhá také schopnost asertivního odmítání nepřiměřených požadavků a umění sdělování emocí, jež je vhodné posilovat (Vávrová, 2015).

Na operačním sále jsou více než kde jinde potřebná a na místě pravidelná školení o bariérové péči o pacienta, stejně tak o správné prevenci a postupu v případě poranění, neboť i v této oblasti se uplatňované postupy mění a je jisté správné si tyto informace v paměti oživovat.

Pro snížení fyzického zatížení sálových sester je důležité zajištění dostatečného počtu pomocného personálu, a to i o víkendech a nočních službách. Zajištěním neustálé přítomnosti sanitáře, který by byl nápomocen při přenášení kontejnerů s instrumentariem a také sanitářky, jež má na starosti umytí a osušení použitého instrumentaria, aby tyto neodborné činnosti nemusela vykonávat vysoce specializovaná sestra.

Pro snížení nevhodného působení fyzikálních faktorů a zajištění bezpečného a komfortního prostředí je vhodné zajistit a dbát pověřenými pracovníky na funkčnost autoklávů a funkční klimatizaci, jež by udržovala hodnotu teploty ve stanovených a příjemných hodnotách, neboť práce ve statické pozici na nohou trvajících i několik hodin, navíc v operačním plášti, čepici a ústence již jistě zapříčinila nejednu mdlobu člena operačního týmu.

5 ZÁVĚR

V diplomové práci na téma „Stresové zatížení perioperačních sester“ byl stanoven cíl zmapovat stresové faktory práce z pohledu sester na operačním sále.

Kvalitativní výzkumné šetření bylo provedeno pomocí dvou metod. První metodu tvořily polostrukturované rozhovory. Na otázky odpovídalo celkem deset perioperačních sester z centrálních operačních sálů, odpovědi byly dále zpracovány pomocí otevřeného kódování. Druhou metodou byl dotazník Maslachové, na který odpovídaly sestry z operačních sálů, z oddělení následné péče a oddělení gynekologického, dětského, interního, chirurgického a anesteziologicko-resuscitačního. Pro výzkumné šetření byly stanoveny tři výzkumné otázky.

Výzkumná otázka 1: Jaká jsou specifika stresového zatížení perioperačních sester? Z odpovědí sester vyplynulo, že mezi hlavní specifika stresové zátěže sálových sester patří stres z odborné náročnosti, stres u akutních operací, nedodržování přestávek, velká zodpovědnost a zátěž z komplikovaných mezilidských vztahů na pracovišti. Z výzkumného šetření dále vyplynulo, že svou profesi perioperační sestry považují za nadměru psychicky i fyzicky náročnou, stejně jako smysluplnou, přinášející pracovní uspokojení.

Výzkumná otázka 2: Jaký existuje vztah mezi délkou praxe a mírou stresového zatížení, kterému jsou perioperační sestry vystaveny? Výzkumné šetření u zkoumaného výzkumného souboru odhaluje menší stresové zatížení u perioperačních sester s kratší (1 -10 let) či naopak delší (40 let) dobou praxe. Největší mírou stresového zatížení trpí sestry s dobou praxe mezi 20 – 25 lety.

Výzkumná otázka 3: Jsou perioperační sestry ohroženy syndromem vyhoření více než sestry na jiných odděleních? Z hodnocení dotazníků vyplynulo, že perioperační sestry syndromem vyhoření ohroženy více než sestry na jiných odděleních nejsou. Jejich osobní uspokojení z práce sice dosahovalo téměř nejnižších naměřených hodnot, avšak míry jejich emocionálního vyčerpání a depersonalizace byly také jedny z nejnižších naměřených. Z výzkumného šetření dále vyplynulo, že sestrami nejvíce ohroženými syndromem vyhoření jsou sestry z anesteziologicko-resuscitačního a interního oddělení.

Tato diplomová práce nastiňuje práci perioperačních sester, poskytuje obraz toho, jaká je jejich profese specifická a náročná, stejně jako atraktivní a zajímavá. Zaměřuje se na její specifika, náročnost a možné problematické oblasti, snaží se ji pojmout komplexně a zahrnout všechny její složky. Výběr tématu souvisí s autorčiným pracovním zájmem o tuto profesi, zájmem odhalit její podstatu se zaměřením na náročná specifika a jejich dopad na sestry pro perioperační péči.

Výstupem práce by mohla být přednáška na odborné konferenci, která by seznámila se zvláštnostmi a specifickou náročností perioperační péče nejen další kolegyně instrumentářky, jež by tím získaly představu o profesním životě instrumentárek na jiném pracovišti, ale také širší okruh sester pro vyšší profesní osvětu a informovanost, což by mělo přispět ke zvýšení povědomí o této profesi.

Problematiku stresového zatížení a ohrožení syndromem vyhoření u perioperačních sester považuji za velmi aktuální. Jejich práce je velmi náročná a od ostatních velmi specifická. A to nejenom svou náplní práce, která se velmi liší od práce u lůžka či v ambulanci, ale také svou náročností související se zapracováním a „vychováním“ nové instrumentářky. Leckdy trvá až roky, než se z nováčka na operačním sále stane sálová sestra, která sama bez podpory a nápovědy zkušenějších kolegyň zvládne všechny operační výkony, které se na pracovišti provádí. Zkušené perioperační sestry jsou vzácné, a proto je třeba jim na všech úrovních vytvářet takové pracovní podmínky, ve kterých budou moci v klidu pracovat a pomáhat svým pacientům – operantům udržovat a navracet své zdraví či dokonce život. A to je úkol nejen pro jejich zaměstnavatele, manažery či lékaře, ale také, v souvislosti s tolik výše zmiňovanou zásadní důležitostí mezilidských vztahů na pracovišti operačních sálů, pro ně samotné.

6 POUŽITÁ LITERATURA

Knihy

AYERS, Susan, Richard DE VISSER. *Psychologie v medicíně*. 1.vyd. Praha: Grada, 2015. 568 s. ISBN 978-80-247-5230-3.

BÁRTLOVÁ, Sylva, Ivana CHLOUBOVÁ, Marie TREŠLOVÁ. *Vztah sestry – lékař*. 1.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. 127 s. ISBN 978-80-7013-526-6.

BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. 1.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 86 s. ISBN 80-7013-439-9.

DAVIDJI. *Odstresujte se*. 1.vyd. Praha: Pragma, 2015. 296 s. ISBN 978-80-7617-253-1.

FONTANA, David. *Stres v práci a v životě: jak ho pochopit a zvládat*. 1.vyd. Praha: Portál, 2016. 184 s. ISBN 978-80-262-1033-7.

HOSKOVCOVÁ, Simona. *Psychosociální intervence*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2009. 184 s. ISBN 978-80-246-1626-1.

HELUS, Zdeněk. *Úvod do psychologie*. 1.vyd. Praha: Grada, 2011. 320 s. ISBN 978-80-247-3037-0.

HELUS, Zdeněk. *Úvod do psychologie*. 2.vyd. Praha: Grada, 2018. 312 s. ISBN 978-80-247-4675-3.

HONZÁK, Radkin. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. 1.vyd. Praha: Vyšehrad, 2013. 240 s. ISBN 978-80-7429-331-3.

HONZÁK, Radkin. *Svépomocná příručka sestry*. 1.vyd. Praha: Galén, 2015. 260 s. ISBN 978-80-7492-142-1.

JANÁČKOVÁ, Laura. *Praktická komunikace pro každý den*. 1.vyd. Praha: Grada, 2009. 112 s. ISBN 978-80-247-2479-9.

JANÁČKOVÁ, Laura, Petr WEISS. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1.vyd. Praha: Portál, 2008. 136 s. ISBN 978-80-7367-477-9.

- JEDLIČKOVÁ, Jaroslava a kolektiv. *Ošetrovatelská perioperační péče*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012, 268 s. ISBN 978-80-7013-543-3.
- KALLWASS, Angelika. *Syndrom vyhoření v práci a osobním životě*. 1.vyd. Praha: Portál, 2007. 144 s. ISBN 978-80-7367-299-7.
- KUTÍNOVÁ, Zdeňka. *Náročné životní situace a jejich řešení*. 1.vyd. Praha: CSVŠ, 2015. 8 s. ISBN 978-80-86302-49-2.
- MINIRTH, Frank, Paul MEIER, Don HAWKINS a Richard FLOURNOY. *Jak překonat vyhoření: naučte se rozpoznávat, chápat a zvládat stres*. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 2011, 138 s. ISBN 978-80-7255-252-8.
- NEŠPOR, Karel. *Sebeovládání: stres, rizikové emoce a bažení lze zvládat!* 1.vyd. Praha: Portál, 2013. 152 s. ISBN 978-80-262-0482-4.
- PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. 2.vyd. Praha: Grada, 2017. 368 s. ISBN 978-80-247-5646-2.
- PLAMÍNEK, Jiří. *Sebepoznání, sebeřízení a stres*. 3.vyd. Praha: Grada, 2013. 192 s. ISBN 978-80-247-4751-4.
- SCHMIDBAUER, Wolfgang. *Syndrom pomocníka*. 1.vyd. Praha: Portál, 2008. 240 s. ISBN 978-80-7367-369-7.
- SCHNEIDEROVÁ, Michaela. *Perioperační péče*. 1.vyd. Praha: Grada, 2014. 368 s. ISBN 978-80-247-4414-8.
- STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 112 s. ISBN 978-80-247-3553-5.
- VENGLÁŘOVÁ, Martina, Ludmila MYŠÁKOVÁ, Gabriela MAHROVÁ a Marek LAŠTOVICA. *Sestry v nouzi – syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 192 s. ISBN 978-80-247-3174-2.
- VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie komunikace*. 2.vyd. Praha: Portál, 2009. 320 s. ISBN 978-80-7367-387-1.
- VYMĚTAL, Štěpán. *Krizová komunikace a komunikace rizika*. 1.vyd. Praha: Grada, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2510-9.

WENDSCHE, Peter, Andrea POKORNÁ a Ivana ŠTEFKOVÁ. *Perioperační ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Galén, 2012, 118 s. ISBN 978-80-7262-894-0.

WICHISOVÁ, Jana, Petr PŘIKRYL, Renata POKORNÁ a Zuzana BITTNEROVÁ. *Sestra a perioperační péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 192 s. ISBN 978-80-247-3754-6.

Elektronické zdroje

BASIŇSKA Beata A., Ewa WILCZEK – RUŻYCZKA. *The role of rewards and demands in burnout among surgical nurses*. [online]. 2013. [cit. 2020-02-08]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/profile/Beata_Basinska/publication/256930567_The_role_of_rewards_and_demands_in_burnout_among_surgical_nurses/links/53f84e1b0cf24ddba7db2faf/The-role-of-rewards-and-demands-in-burnout-among-surgical-nurses.pdf

KINGDON Brenda, Faith HALVORSEN. *Perioperative Nurses' Perceptions of Stress in the Workplace*. [online]. 2006. [cit.2020-02-06]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/6646638_Periooperative_Nurses%27_Perceptions_of_Stress_in_the_Workplace

NEŠPOR Karel, Ladislav CSÉMY. *Návyková rizika a stres u zdravotnických profesí – možnosti prevence a časné intervence*. [online]. 2001. [cit.2020-03-06]. Dostupné z: <http://www.drnespor.eu/addictcz.html>

SANTAMARIA, N, S. O'SULLIVAN. *Stress in perioperative nursing: sources, frequency and correlations to personality factors*. [online]. 1998. [cit. 2020-03-05]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9887709/>

SILLERO, Amalia, Adelaida ZABALEGUI. *Organizational Factors and Burnout of Perioperative Nurses* [online]. 2018. [cit. 2020-03-01]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5997854/>

SMITH, Judith, Debra PALESY. *Technology stress in perioperative nursing: An ongoing concern*. [online]. 2018. [cit. 2020-02-06]. Dostupné z: <https://www.journal.acorn.org.au/cgi/viewcontent.cgi?article=1028&context=jpn>

ŽIDKOVÁ, Zdeňka. *Maslach Burnout Inventory*. [online]. 2013. [cit. 2020-04-12]. Dostupné z : <https://zdenka-zidkova-psvz.webnode.cz/metody/>

VÁVROVÁ, Petra. *Psychohygienu jako prevence pracovního stresu*. [online]. 2015. [cit. 2020-05-30]. Dostupné z: <https://www.bozpinfo.cz/josra/psychohygienu-jako-prevence-pracovniho-stresu>

7 PŘÍLOHY

Příloha A	<i>Osnova otázek k rozhovoru</i>
Příloha B	<i>Úvodní strana dotazníku</i>
Příloha C	<i>Dotazník Maslachové</i>
Příloha D	<i>Ukázka otevřeného kódování metodou papír - tužka</i>

Rozhovor - osnova

věk

vzdělání

doba praxe

náročná specifika profese z vlastního pohledu

dlouhé stání

nutnost improvizace

častá neodhadnutelnost dalšího vývoje situace

časová tíseň

nedodržování operačního programu a jeho změny

nedodržování přestávek a nemožnost uspokojení hladu, žízně a fyziol.potřeb

velká zodpovědnost

nutnost koncentrace

nervozita před náročným výkonem

riziko infekce

přesčasová práce

vztahy s kolegy a lékaři

pocity ocenění práce (ani ne tak finanční, jako spíš verbální ohodnocení)

fyzická náročnost

fyzikální faktory (pobyt v umělém osvětlení, klimatizace, ionizační záření, hluk..)

syndrom vyhoření

- víte, co tento pojem znamená (upřesněte..) ?

- máte s ním zkušenosti?

- cítíte se jím být ohrožena?

A nakonec, zda je výkon jejich profese uspokojuje, co na ní mají rády a co naopak považují za nejvíce náročné.

Příloha B – Úvodní strana dotazníku

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

jmenuji se Daniela Marešová a jsem studentkou 2. ročníku kombinované formy navazujícího magisterského studijního programu Specializace ve zdravotnictví, obor Perioperační péče na Fakultě zdravotnických studií v Pardubicích. Obracím se na Vás s prosbou o spolupráci při zpracování diplomové práce, jejíž součástí je tento dotazník. Téma diplomové práce je Stresové zatížení perioperačních sester. Práce si klade za cíl zmapovat stresové faktory z pohledu sester na operačním sále. Její součástí je také snaha zjistit, zda jsou ohroženy syndromem vyhoření více než sestry na jiných odděleních.

Prosím Vás o úplné a pravdivé vyplnění dotazníku. Dotazník je anonymní, dobrovolný a zjištěné informace budou využity pouze za účelem zpracování mé diplomové práce.

Děkuji za Vaši ochotu a čas.

Bc. Daniela Marešová, Dis.

st57321@student.upce.cz

Na jakém oddělení pracujete?

.....

Kolik je Vám let?

.....

Jaká je délka Vaší praxe?

.....

Dotazník pro hodnocení syndromu vyhoření

MBI – Maslach Burnout Inventory

Doplňte, prosím, do vyznačených políček u každého tvrzení čísla, označující podle níže uvedeného klíče sílu pocitů, které obvykle prožíváte.

Síla pocitů: Vůbec 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 Velmi silně

1	Práce mne citově vysává	
2	Na konci pracovního dne se cítím být na dně sil	
3	Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unaven/a	
4	Velmi dobře rozumím pocitům svých klientů/pacientů	
5	Mám pocit, že někdy s klienty/pacienty jedním jako s neosobními věcmi	
6	Celodenní práce s lidmi je pro mne skutečně namáhavá.	
7	Jsem schopen velmi účinně vyřešit problémy svých klientů/pacientů	
8	Cítím "vyhoření", vyčerpání ze své práce	
9	Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňuji a naladžuji.	
10	Od té doby, co vykonávám svou profesi, stal jsem se méně citlivým k lidem	
11	Mám strach, že výkon mé práce mne činí citově tvrdým	
12	Mám stále hodně energie	
13	Moje práce mi přináší pocity marnosti, neuspokojení	
14	Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mne to vyčerpává	
15	Už mne dnes moc nezajímá, co se děje s mými klienty/pacienty	
16	Práce s lidmi mi přináší silný stres	
17	Dovedu u svých klientů/pacientů vyvolat uvolněnou atmosféru	
18	Cítím se svěží a povzbuzený, když pracuji se svými klienty/pacienty	
19	Za roky své práce jsem byl úspěšný a udělal/a hodně dobrého	
20	Mám pocit, že jsem na konci svých sil	
21	Citové problémy v práci řeším velmi klidně – vyrovnaně.	
22	Cítím, že klienti/pacienti mi přičítají některé své problémy	

S7

Věk

60

Vzdělání

Gympl, pak dvouletá specializace na ženskou sestru a pak specializace v Brně na instrumentování na operačním sále.

Doba praxe

35 let bez mateřské

Náročná specifika

Nejvíce náročné je asi to psychické i fyzické zatížení zároveň, protože musíme tedy normálně fungovat a ještě prostě jsme jakoby pod psychickým tlakem, protože neustále jakoby všechno musí být v pořádku. Musíme mít všechno, co potřebujeme, musíme myslet v podstatě o operaci dál, co budeme potřebovat jakoby na tu další. Takže takové to psychický a fyzický zatížení.

Dlouhé stání

Já bych řekla, že při tom instrumentování se člověk soustředí jakoby na ten výkon a na tu operaci a a na to, že musí sledovat ty operatéry, takže v tu chvíli jako na tu fyzickou stránku nehledí. Potom se to všechno projeví až třeba na konci dne, když prostě si člověk sedne, tak zjistí, že je utahaněj. Ale při tom samotném výkonu bych řekla, že prostě tohle jde jako mimo, že prostě nemá čas se tím zabývat, protože má jiné, důležitější věci na práci.

Častá neodhadnutelnost dalšího vývoje situace

Ano, to je u nás pořád. A na to také musíme reagovat, že jo,

Nutnost improvizace

Určitě musí být. Okamžitě se přizpůsobit té dané situaci a nějak to vyřešit. Protože oni po vás chtějí, aby to fungovalo, takže jakmile se vyskytne nějaký problém, tak my ho nějakým způsobem okamžitě musíme vyřešit.

Časová tíseň

To je také problém, protože oni na nás tlačí tím, že oni jakoby zašijou a odejdou, tak mají mnohem větší prodlevy mezi těmi operacemi, než máme my. Takže ono se jim zdá, že už uběhlo strašně času, ale mezitím musíme jakoby to došít, naložit, odvézt, nachystat na další, takže pro nás je to jakoby.. Neustále pokračujeme vlastně v tom programu, kdežto oni si můžou chvíli sednout třeba a odpočinout.

Nedodržování přestávek a nemožnost uspokojení hladu, žízně a fyziologických potřeb

No, to je problém a čas od času prostě to člověku jako leze na nervy nebo přijde mu to, že je to teda obtěžující. Ale v tom běžném provozu, pokud jakoby má tu práci rád, a bez toho to asi jako dělat nejde, jo, tak tohle to prostě obětujeme jako. Že jo, kolikrát si sedneme jenom 10 minut na oběd a nějaká půlhodina, to absolutně nedodržujeme. Takže to vlastně jako obětujeme jakoby té práci v podstatě. A po většinu roku to neřešíme, akorát občas prostě si člověk povzdechne nebo se naštvne, že to tak je, ale prostě to tak je.

Nedodržování operačního programu a jeho změny

No, na to jsme sio myslím, že úplně všichni zvykli a už to tak jako moc neřešíme. Protože to je dost časté a z jakéhokoli důvodu a je to tak prostě. A musíme se s tím nějak jako vyrovnat.