

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2022

Bc. Jana Beerová

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Problematika fyzické a psychické zátěže sester pracujících v intenzivní péči

Diplomová práce

2022

Bc. Jana Beerová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Jana Beerová**
Osobní číslo: **Z17220**
Studijní program: **N5345 Specializace ve zdravotnictví**
Studijní obor: **Perioperační péče**
Téma práce: **Problematika fyzické a psychické zátěže sester pracujících v intenzivní péči**
Téma práce anglicky: **The issue of physical and mental stress of nurses working in intensive care**
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Zásady pro vypracování

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

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

Seznam doporučené literatury:

- BAŠTECKÁ, Bohumila, Petr GOLDMANN. *Základy klinické psychologie*. 1. vydání. Praha: Portál, 2001. 440 s. ISBN 80-7178-550-4.
- GURKOVÁ, Elena a Slávka MACEJKOVÁ. Psychická zátěž a depresivní symptomatologie u sester. *Ošetrovatelství a porodní asistence* [online]. 2012, **3**(1) [cit. 2020-04-23]. ISSN 1804-2740. Dostupné z: <http://kramerius.medvik.cz/search/pdf/web/viewer.html?pid=uuid:0baad001-93aa-4927-a0e6-4c579db66e4e>
- HLADKÝ, Aleš a Zdeňka ŽIDKOVÁ. *Metody hodnocení psychosociální pracovní zátěže: metodická příručka*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1999. 78 s. ISBN 8071848905.
- KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 350s. ISBN 978-80-247-1830-9.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Jaroslava PEČENKOVÁ. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vydání. Praha: Grada, 2004. 80s. ISBN 80-247-0784-5.
- ROZSYPALOVÁ, Marie a Eva HALADOVÁ. *O sestřích pro sestry*. 1. vydání. Praha: Avicenum, 1981, 126 s. ISBN 08-054-81.

Vedoucí diplomové práce: **PhDr. Zdeněk Hrstka, Ph.D.**
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2019**

Termín odevzdání diplomové práce: **28. dubna 2022**

L.S.

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

Mgr. et Mgr. Michal Kopecký v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 17. března 2022

Prohlašuji:

Práci s názvem **Problematika fyzické a psychické zátěže sester pracujících v intenzivní péči** 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 pak 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 23. 3. 2022

Bc. Jana Beerová v. r.

Poděkování

Děkuji vedoucímu diplomové práce PhDr. Zdeňku Hrstkovi, Ph.D., za jeho ochotu, čas a cenné připomínky při konzultacích, které mi pomohly při tvorbě a zpracování závěrečné práce. Děkuji zdravotnickému zařízení a všem respondentům, kteří mi pomohli realizovat průzkumné šetření. Poděkování patří i mé rodině a kolegyním z lůžkové stanice ARO Chrudim za podporu při studiu.

ANOTACE

Diplomová práce se věnuje problematice fyzické a psychické zátěže sester pracujících v oboru intenzivní péče. Teoretická část stručně popisuje vývoj intenzivní péče z historického a současného pohledu, sleduje úlohu sester a rozebírá specifika fyzické a psychické zátěže vyplývající z poskytování ošetrovatelské péče v intenzivní péči. Následuje metoda dotazníkového šetření, která zjišťuje míru fyzické a psychické zátěže. Respondenty budou vybrané skupiny všeobecných sester pracujících v oboru intenzivní péče. První skupinou jsou sestry pracující na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, do druhé skupiny jsou řazeny sestry z jednotek intenzivní péče chirurgického a interního typu. Výsledky výzkumu budou prezentovány v tabulkách a grafech pomocí kancelářských programů. Ke statistické analýze kategorických dat bude použita popisná statistika.

KLÍČOVÁ SLOVA

Intenzivní péče, všeobecná sestra, fyzická zátěž, psychická zátěž

TITLE

The issue of physical and mental stress of nurses working in intensive care.

ANNOTATION

The diploma thesis deals with the issue of physical and mental stress of nurses working in the field of intensive care. The theoretical part briefly describes the development of intensive care from a historical and contemporary perspective. It monitors the role of nurses and analyzes the specifics of physical and mental stress resulting from the provision of nursing care in intensive care. The following is a questionnaire survey method, which determines the degree of physical and mental stress. The respondents will be selected groups of general nurses working in the field of intensive care. The first group are nurses working in the anesthesiology and resuscitation department. The second group includes nurses from surgical and internal intensive care units. The research results will be presented in tables and graphs using office programs. Descriptive statistics will be used for statistical analysis of categorical data.

KEYWORDS

Intensive care, general nurse, physical activity, mental stress

OBSAH

ÚVOD.....	13
1 CÍLE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY	14
1.1 Cíle diplomové práce	14
1.2 Výzkumné otázky	14
1.3 Hypotézy diplomové práce	15
2 TEORETICKÁ ČÁST	17
2.1 Intenzivní péče	17
2.1.1 Historie intenzivní péče ve světě	17
2.1.2 Historie intenzivní péče u nás	18
2.1.3 Intenzivní péče dnes	18
2.1.4 Skórovací systémy	20
2.1.5 Personální zabezpečení intenzivní péče	20
2.1.6 Uspořádání a technické vybavení intenzivní péče.....	21
2.1.7 Stav vyžadující intenzivní péči.....	22
2.2 Profese všeobecné sestry	22
2.2.1 Role všeobecné sestry.....	23
2.2.2 Image sestry	24
2.2.3 Náplň práce všeobecné sestry	25
2.2.4 Způsobilost sestry pro intenzivní péči	26
2.2.5 Kompetence sestry pro intenzivní péči.....	27
2.3 Fyzická zátěž sester v intenzivní péči.....	29
2.3.1 Zdravotnictví jako rizikové prostředí	30
2.3.2 Kategorizace zdravotních rizik práce	33
2.3.3 Důsledky fyzické pracovní zátěže	33
2.4 Psychická zátěž sester v intenzivní péči	35
2.4.1 Specifika psychické zátěže v intenzivní péči	38
2.4.2 Důsledky psychické pracovní zátěže	39
2.4.3 Hodnocení psychické zátěže.....	40
2.5 Prevence fyzického a psychického vyčerpání	41
2.5.1 Tělesné zdraví.....	42
2.5.2 Duševní zdraví	42
2.5.3 Aserktivní chování.....	45

2.5.4	Supervize	46
2.5.5	Teambuilding.....	47
3	PRŮZKUMNÁ ČÁST	49
3.1	Cíle diplomové práce	49
3.2	Výzkumné otázky	49
3.3	Hypotézy diplomové práce	50
3.4	Průběh průzkumu	51
3.4.1	Organizace dotazníkového šetření.....	54
3.4.2	Charakteristika průzkumného vzorku.....	54
4	METODIKA	55
4.1	Popisná statistika – dotazník vlastní tvorby.....	55
4.2	Popisná statistika – Meisterův dotazník.....	83
4.3	Statistické zpracování dat	95
4.3.1	Statistické zpracování hypotéz	95
4.3.2	Statistické zpracování hypotéz – Meisterův dotazník	100
5	DISKUZE	105
6	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	114
	ZÁVĚR	115
	POUŽITÁ LITERATURA	117
	PŘÍLOHY	122

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 – Kolik Vám je let?.....	56
Graf 2 – Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?	57
Graf 3 – Na jakém oddělení pracujete?.....	58
Graf 4 – Jak dlouho pracujete na daném oddělení?	59
Graf 5 – Máte specializaci v oboru anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny?	60
Graf 6 – Je pro Vás práce sestry v oboru intenzivní péče fyzicky náročná?	61
Graf 7 – Je pro Vás práce sestry v oboru intenzivní péče psychicky náročná?	62
Graf 8 – Do jaké míry hodnotíte fyzickou náročnost své práce?.....	63
Graf 9 – Do jaké míry hodnotíte psychickou náročnost své profese?	64
Graf 10 – Máte zdravotní potíže, které souvisejí s výkonem práce zdravotní sestry?.....	65
Graf 11 – Je pro Vás hygienická péče o pacienta velice fyzicky náročná?	66
Graf 12 – Je pro Vás přesouvání pacienta z lůžka na lůžko a zpět velice fyzicky zatěžující?	67
Graf 13 – Je pro Vás ošetrovatelská péče o oběžního pacienta velice fyzicky obtížná?	68
Graf 14 – Máte na svém oddělení dostatek pomůcek usnadňujících Vaši práci?.....	69
Graf 15 – Je pro Vás akutní příjem / resuscitace zatěžující?	70
Graf 16 – Uveďte, co Vás v práci nejvíce psychicky zatěžuje.	71
Graf 17 – Jaký je Váš vztah k nadřízeným?	73
Graf 18 – Jste ochotni pracovat přesčas?	74
Graf 19 – Pokud jste odpověděli ano, kolik přesčasových hodin míváte?	75
Graf 20 – Jak se cítíte na konci směny?.....	76
Graf 21 – Motivují Vás Vaši nadřízení k lepšímu výkonu práce?.....	77
Graf 22 – Máte rádi svoji práci?	78
Graf 23 – Jak se cítíte v kolektivu?.....	79
Graf 24 – Máte na pracovišti dostatek personálu (SZP, NZP)?.....	80
Graf 25 – Přemýšlíte o odchodu z tohoto oddělení?.....	81
Graf 26 – Jakým způsobem nejraději odpočíváte/relaxujete?	82
Graf 27 – Při práci se často dostávám do časové tísně	83
Graf 28 – Práce mě neuspokojuje, chodím do ní nerad/a	84
Graf 29 – Práce mě velmi psychicky zatěžuje pro vysokou zodpovědnost.....	85
Graf 30 – Práce je málo zajímavá, duševně je spíše otupující.....	86
Graf 31 – V práci mám časté konflikty a problémy, od nichž se nemohu odpoutat ani po skončení pracovní doby	87

Graf 32 – Při práci udržuji jen s námahou pozornost, protože se po dlouhou dobu nic nového neděje	88
Graf 33 – Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím nervozitu a rozechvělost.....	90
Graf 34 – Po několika hodinách mám práce natolik dost, že bych chtěl/a dělat něco jiného ..	91
Graf 35 – Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím únavu a ochablost	92
Graf 36 – Práce je psychicky tak náročná, že ji nelze dělat po léta se stejnou výkonností	93
Graf 37 – Hodnocení dosažených mediánů	94
Graf 38 – Kategorizovaný krabicový graf: Do jaké míry hodnotíte psychickou náročnost své práce?	96
Graf 39 – Kategorizovaný krabicový graf: Do jaké míry hodnotíte fyzickou náročnost své práce?	97
Graf 40 – Bodový četnostní graf znázorňující rostoucí či klesající tendence proložený regresní přímkou: Do jaké míry hodnotíte fyzickou náročnost své práce?	98
Graf 41 – Bodový četnostní graf orientačně proložený regresní přímkou: Do jaké míry hodnotíte psychickou náročnost své práce?	99
Graf 42 – Kategorizovaný sloupcový graf: Máte zdravotní potíže, které souvisejí s výkonem práce zdravotní sestry?.....	100
Graf 43 – Kategorizovaný krabicový graf: Míra psychické zátěže v dimenzi <i>přetížení</i>	101
Graf 44 – Kategorizovaný krabicový graf: Míra psychické zátěže v dimenzi <i>monotonie</i>	102
Graf 45 – Kategorizovaný krabicový graf: Míra psychické zátěže v dimenzi <i>nespecifický faktor</i>	103
Graf 46 – Kategorizovaný krabicový graf: Míra psychické zátěže <i>celkový hrubý skór</i>	104

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – Faktory pracovní zátěže.....	53
Tabulka 2 – Klasifikace zátěže.....	54
Tabulka 3 – Kolik Vám je let?	56
Tabulka 4 – Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?	57
Tabulka 5 – Na jakém oddělení pracujete?	58
Tabulka 6 – Jak dlouho pracujete na daném oddělení?	59
Tabulka 7 – Máte specializaci v oboru anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny? ...	60
Tabulka 8 – Je pro Vás práce sestry v oboru intenzivní péče fyzicky náročná?	61
Tabulka 9 – Je pro Vás práce sestry v oboru intenzivní péče psychicky náročná?	62
Tabulka 10 – Do jaké míry hodnotíte fyzickou náročnost své práce?	63
Tabulka 11 – Do jaké míry hodnotíte psychickou náročnost své profese?	64
Tabulka 12 – Máte zdravotní potíže, které souvisejí s výkonem práce zdravotní sestry?	65
Tabulka 13 – Je pro Vás hygienická péče o pacienta velice fyzicky náročná?	66
Tabulka 14 – Je pro Vás přesouvání pacienta z lůžka na lůžko a zpět velice fyzicky zatěžující?	67
Tabulka 15 – Je pro Vás ošetrovatelská péče o oběžního pacienta velice fyzicky obtížná? ...	68
Tabulka 16 – Máte na svém oddělení dostatek pomůcek usnadňujících Vaši práci?	69
Tabulka 17 – Je pro Vás akutní příjem / resuscitace zatěžující?	70
Tabulka 18 – Uved'te, co Vás v práci nejvíce psychicky zatěžuje.	72
Tabulka 19 – Jaký je Váš vztah k nadřízeným?	73
Tabulka 20 – Jste ochotni pracovat přesčas?.....	74
Tabulka 21 – Pokud jste odpověděli ano, kolik přesčasových hodin míváte?	75
Tabulka 22 – Jak se cítíte na konci směny?	76
Tabulka 23 – Motivují Vás Vaši nadřízení k lepšímu výkonu práce?	77
Tabulka 24 – Máte rádi svoji práci?	78
Tabulka 25 – Jak se cítíte v kolektivu?	79
Tabulka 26 – Máte na pracovišti dostatek personálu (SZP, NZP)?	80
Tabulka 27 – Přemýšlíte o odchodu z tohoto oddělení?.....	81
Tabulka 28 – Jakým způsobem nejraději odpočíváte/relaxujete?	82
Tabulka 29 – Při práci se často dostávám do časové tísně	83
Tabulka 30 – Práce mě neuspokojuje, chodím do ní nerad/a	84
Tabulka 31 – Práce mě velmi psychicky zatěžuje pro vysokou zodpovědnost.....	85

Tabulka 32 – Práce je málo zajímavá, duševně je spíše otupující.....	86
Tabulka 33 – V práci mám časté konflikty a problémy, od nichž se nemohu odpoutat ani po skončení pracovní doby.....	87
Tabulka 34 – Při práci udržuji jen s námahou pozornost, protože se po dlouhou dobu nic nového neděje.....	89
Tabulka 35 – Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím nervozitu a rozechvělost.....	90
Tabulka 36 – Po několika hodinách mám práce natolik dost, že bych chtěl/a dělat něco jiného	91
Tabulka 37 – Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím únavu a ochablost	92
Tabulka 38 – Práce je psychicky tak náročná, že ji nelze dělat po léta se stejnou výkonností	93
Tabulka 39 – Hodnocení dosažených mediánů	94
Tabulka 40 – Welchův t-test: p-hodnota a číselné charakteristiky.....	95
Tabulka 41 – Welchův t-test: p-hodnota a číselné charakteristiky.....	96
Tabulka 42 – Spearmanův korelační koeficient a test nezávislosti	97
Tabulka 43 – Spearmanův korelační koeficient a test nezávislosti	98
Tabulka 44 – Kontingenční tabulka a chí-kvadrát	99
Tabulka 45 – Welchův t-test: p-hodnota a číselné charakteristiky.....	101
Tabulka 46 – Mann-Whitneyho test: p-hodnota a číselné charakteristiky	102
Tabulka 47 – Mann-Whitneyho test: p-hodnota a číselné charakteristiky	103
Tabulka 48 – Welchův t-test: p-hodnota a číselné charakteristiky.....	104

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

§	Paragraf
ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
ČR	Česká republika
JIP	Jednotka intenzivní péče
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
n	Absolutní četnost

ÚVOD

Profese všeobecné sestry a s ní spojené poskytování ošetrovatelské péče prošly během několika desítek let velkými až zásadními změnami. Vývoj lékařských věd, využívání nových technologií a poznatků jde neuvěřitelně rychlými kroky kupředu. Všeobecně je ošetrovatelská péče pokládána za nesmírně obtížnou, samotná příprava na toto povolání je zdlouhavá, namáhavá a v souvislosti s rozvojem medicíny a zvyšujících se kompetencí také nekončí.

Ve své diplomové práci se budu zabývat fyzickou a psychickou stránkou sester pracujících v intenzivní péči. V roce 2019 bylo v České republice 48 163 lůžek určených pro akutní péči. Číslo zveřejnil Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR ve Zdravotnické ročence České republiky 2019 (ÚZIS ČR, 2019). Zmíněný číselný údaj vypovídá o nezbytnosti intenzivní péče a nutnosti kvalifikovaného personálu na těchto pracovištích. Na sestry pracující v intenzivní péči jsou kladeny vysoké požadavky, které jsou fyzicky a psychicky náročné. Fyzická zátěž v ošetrovatelské péči je spojena s každodenní manipulací s imobilními pacienty či pacienty s různou formou poruchy vědomí. Zároveň je vyvíjen tlak také v oblasti psychické. Psychická zátěž je vázána na prožívání a řešení problémů spojených s nemocí, bolestí a smrtí pacienta. Podstatnou část fyzické a psychické vyčerpanosti tvoří nedostatek kvalifikovaného zdravotnického personálu, z toho plyne přesčasová práce a následná přepracovanost. Nedílnou součástí této problematiky také často bývá vlastní management organizace, ať už na úrovni jednotlivého oddělení nebo daného zdravotnického zařízení. Velmi stresující je nedostatečná, chybná či nulová komunikace mezi zdravotnickým personálem a vedoucími funkcemi.

Již několik let pracuji na lůžkové stanici anesteziologicko-resuscitačního oddělení. Jsem všeobecná sestra s odbornou specializací – Sestra pro intenzivní péči. Práce mě neustále baví a naplňuje, ale také sama z vlastní zkušenosti vím, že je velice náročná fyzicky a psychicky. Motivace ke zvolení tématu diplomové práce jsou tedy zřejmé.

Diplomová práce se skládá z části teoretické a části průzkumné. Cílem teoretické části je popis a prohloubení problematiky fyzické a psychické zátěže, dále také sleduje komplexně roli sestry a zabývá se oborem intenzivní péče. V průzkumné části zjišťuji pomocí mnou vytvořeného dotazníku informace týkající se fyzického a psychického zatížení sester v oboru intenzivní péče. Současně používám standardizovaný Meistnerův dotazník, který orientačně zjišťuje psychickou zátěž.

1 CÍLE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY

Před začátkem teoretické a výzkumné části diplomové práce byly stanoveny cíle, výzkumné otázky a hypotézy diplomové práce.

1.1 Cíle diplomové práce

1. Zmapovat specifika fyzické zátěže u sester pracujících v intenzivní péči.
2. Zjistit míru fyzické a psychické zátěže u sester pracujících v intenzivní péči.
3. Prokázat nebo vyvrátit závislost mezi délkou praxe a mírou fyzické a psychické zátěže, které jsou sestry v intenzivní péči vystaveny.
4. Potvrdit nebo vyvrátit výskyt zdravotních obtíží, které souvisejí s výkonem práce zdravotní sestry.
5. Zjistit a porovnat fyzickou a psychickou zátěž sester pracujících na ARO a JIP na základě Meisterova dotazníku.

1.2 Výzkumné otázky

1. *Jaká specifika fyzické zátěže se vyskytují u sester pracujících v intenzivní péči?*
2. *Jaká je míra fyzické a psychické zátěže u sester pracujících v intenzivní péči?*
3. *Bude délka praxe souviset s mírou fyzické a psychické zátěže, které jsou sestry v intenzivní péči vystaveny?*
4. *Budou se na zmíněných odděleních vyskytovat zdravotní obtíže související s výkonem práce zdravotní sestry?*
5. *Jak se liší fyzická a psychická zátěž sester pracujících na ARO a JIP na základě Meisterova dotazníku?*

1.3 Hypotézy diplomové práce

Hypotéza č. 1

H₀: Míra subjektivně vnímané psychické zátěže se u sester pracujících na ARO a JIP neliší.

H_A: Míra subjektivně vnímané psychické zátěže se u sester pracujících na ARO a JIP liší.

Hypotéza č. 2

H₀: Mezi délkou praxe a subjektivním vnímáním psychické zátěže není závislost.

H_A: Mezi délkou praxe a subjektivním vnímáním psychické zátěže je závislost.

Hypotéza č. 3

H₀: Výskyt zdravotních obtíží souvisejících s výkonem práce zdravotní sestry se u sester pracujících na ARO a JIP neliší.

H_A: Výskyt zdravotních obtíží souvisejících s výkonem práce zdravotní sestry se u sester pracujících na ARO a JIP liší.

Hypotéza č. 4

H₀: Míra subjektivně vnímané fyzické zátěže se u sester pracujících na ARO a JIP neliší.

H_A: Míra subjektivně vnímané fyzické zátěže se u sester pracujících na ARO a JIP liší.

Hypotéza č. 5

H₀: Mezi délkou praxe a subjektivním vnímáním fyzické zátěže není závislost.

H_A: Mezi délkou praxe a subjektivním vnímáním fyzické zátěže je závislost.

MEISTERŮV DOTAZNÍK

Hypotéza č. 6

H₀: Míra psychické zátěže dle Meisterova dotazníku v dimenzi *přetížení* se u sester pracujících na ARO a JIP neliší.

H_A: Míra psychické zátěže dle Meisterova dotazníku v dimenzi *přetížení* se u sester pracujících na ARO a JIP liší.

Hypotéza č. 7

H₀: Míra psychické zátěže dle Meisterova dotazníku v dimenzi *monotonie* se u sester pracujících na ARO a JIP neliší.

H_A: Míra psychické zátěže dle Meisterova dotazníku v dimenzi *monotonie* se u sester pracujících na ARO a JIP liší.

Hypotéza č. 8

H₀: Míra psychické zátěže dle Meisterova dotazníku v dimenzi *nespecifický faktor* se u sester pracujících na ARO a JIP neliší.

H_A: Míra psychické zátěže dle Meisterova dotazníku v dimenzi *nespecifický faktor* se u sester pracujících na ARO a JIP liší.

Hypotéza č. 9

H₀: Míra psychické zátěže dle Meisterova dotazníku (celkový hrubý skór) se u sester pracujících na ARO a JIP neliší.

H_A: Míra psychické zátěže dle Meisterova dotazníku (celkový hrubý skór) se u sester pracujících na ARO a JIP liší.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Intenzivní péče

Práce na odděleních intenzivní péče vyžaduje výborné teoretické znalosti fyziologických a patologických stavů v lidském těle, znalost zdravotnické techniky, zručnost, dovednost v ovládání přístrojové techniky, ale také citlivost při manipulaci s vážně nemocnými pacienty a schopnost komunikovat ve vypjatých situacích. Dostatečná a věcná komunikace s lékaři a ostatními členy zdravotnického týmu je nezbytná pro poskytování bezpečné péče všem pacientům (Heřmanová, 2012, s. 144).

2.1.1 Historie intenzivní péče ve světě

Intenzivní péče má své zastánce již minulosti. V průběhu krymské války v roce 1854 prosadila britská zdravotní sestra Florence Nightingale opatření, když oddělovala vážně zraněné vojáky od méně raněných, tím vytvořila koncepci intenzivní péče. Její opatření snížilo mortalitu na bojišti ze 40 % na 2 %. Počátek intenzivní péče je řazen do roku 1950, kdy profesor Peter Safar vytvořil program „pokročilé podpory života“, tedy koncepci zajišťující péči o pacienty v režimu sedace a ventilace v intenzivní péči. Safar je považován za prvního intenzivistu a je označován jako „otec kardiopulmonální resuscitace“ (Bartůněk et al., 2016, s. 3). V roce 1952 (v průběhu rozsáhlé epidemie dětské obrny v Dánsku) vznikla jedna z prvních jednotek intenzivní péče (Kasal, 2006, s. 15). Lékaři využili nápadu amerického inženýra P. Dinkera, který se zabýval počátky umělé plicní ventilace. „Železné plíce“ se staly záchrannou života u nemocných, u kterých došlo k ochrnutí bránice a mezižeberních svalů. Přístroj se skládal z kovové komory, kde se pravidelně měnil přetlak a podtlak (Bartůněk et al., 2016, s. 3). Do roku 1842 byla každá operace pro nemocného zkouškou a těžkým úkolem i pro chirurga, u něhož byla důležitá rychlost provedené operace. Právě v těchto dobách probíhala řada výzkumů zabývajících se tím, jak zbavit nemocného bolesti během operačního zákroku (Kasal, 2006, s. 15). Byly popsány anestetické vlastnosti oxidu dusného, chloroformu a éteru. Za zakladatele moderní anestezie je pokládán bostonský zubař W. T. G. Morton, který podal éterovou anestezii v roce 1846 nemocnému k odstranění nádoru dolní čelisti (Pachl, Roubík, 2003, s. 21). Anesteziologové pečovali o nemocné v anestezii, také se začali zabývat náhradou selhávajících životních funkcí a stali se nositeli neodkladné resuscitace a intenzivní péče. Logicky došlo ke spojení anesteziologie a resuscitace v jeden obor (Kasal, 2006, s. 15).

2.1.2 Historie intenzivní péče u nás

Počátky intenzivní péče v českých zemích sahají až do druhé světové války, kdy ve Velké Británii získali první českoslovenští anesteziologové nové poznatky a dovednosti. Po návratu domů vznikl nový obor, v roce 1948 pak bylo založeno první anesteziologické oddělení v Praze ve střešovické vojenské nemocnici pod vedením MUDr. L. Spinadela. Vývoj intenzivní péče byl výrazně ovlivněn ekonomickou a politickou situací v Československu. Nové technologie a informace byly významně omezeny, většina lékařů a dalších odborníků odešla pracovat do zahraničí (Pachl, Roubík, 2003, s. 23). V roce 1959 anesteziolog vinohradské nemocnice MUDr. B. Dvořáček, absolvoval roční stáž v Kodani, kde získal cenné zkušenosti s technikou umělé plicní ventilace (Bartůněk et al., 2016, s. 4). Vznik resuscitační péče je spojován s velkou potřebou umělé plicní ventilace. Zdokonalila se výroba přístrojů pro monitoraci životních funkcí a postupně začala vznikat první specializovaná oddělení pečující o pacienty s potřebou podpory dýchání (Pachl, Roubík, 2003, s. 22). Důležitým podnětem pro rozvoj intenzivní péče byl vznik dalších nových přístrojů. V roce 1960 MUDr. H. Kezler, Ing. M. Bohutínský a Ing. J. Berneirt vynalezli a nechali si patentovat „zařízení pro pohon automatického křísícího přístroje objemového“ (dnešní ventilátor) k zajištění umělé plicní ventilace. V roce 1967 bylo v Kladně otevřeno oddělení intenzivní péče a poprvé bylo využito názvu ARO. Ve stejném roce byla otevřena první jednotka intenzivní péče v Československu v rámci interního oddělení tehdy městské nemocnice Pardubice. Postupem času se rozvinula péče zaměřená kardiologicky, respiračně nebo neurologicky. První koronární jednotka vznikla v Praze v Thomayerově nemocnici v roce 1969, dále byly budovány jednotky intenzivní interní a pediatrické péče (Bartůněk et al., 2016, s. 4). Zvyšující se potřeba operativy vyžadovala zřízení pooperačních nebo zotavovacích pokojů, kde je anesteziology poskytována intenzivní péče. Tím došlo ke sloučení anesteziologické a intenzivní péče (Kasal, 2006, s. 16).

2.1.3 Intenzivní péče dnes

Kapounová (2007, s. 19) definuje oddělení intenzivní péče následovně. „*Pracoviště intenzivní péče (JIP) a semiintenzivní, intermediální péče (SIP) jsou určena pacientům s hrozícím nebo již probíhajícím selháním jednoho či více orgánů. Poskytují možnost diagnózy, prevence a léčby multiorgánového selhání nepřetržitě v kteroukoliv denní i noční dobu. Dostupnost lékařů musí být okamžitá. Na ARO jsou přijímáni pacienti, u nichž bezprostředně hrozí selhání základních životních funkcí, nebo pacienti, u nichž k tomuto selhání již došlo. Pacientům je poskytována resuscitační péče a léčba v závislosti na diagnóze. Lékař musí být přítomen kontinuálně.*

Na všech typech intenzivní péče je stav pacientů nepřetržitě sledován sestrou a veškeré informace zaznamenávány do dokumentace. Pacienti jsou na tato oddělení přijímáni z jiného zdravotnického zařízení, od rychlé záchranné služby, z ostatních oddělení nemocnice, případně z ambulance, po dohodě s vedoucím lékařem nebo s lékařem sloužícím lékařskou pohotovostní službu.“

Intenzivní péče se na základě praktických zkušeností a doporučení rozděluje do tří stupňů. Tři úrovně intenzivní péče představují manuál pro personální obsazenost a technické vybavení, které vyžaduje daný stupeň intenzivní péče.

1. **Intenzivní péče I. stupně (nižší)** se poskytuje v oblastních a menších nemocnicích. Zajišťuje se zde kontinuální monitorace základních životních funkcí a možnost neodkladné resuscitace s krátkodobou ventilací.
2. **Intenzivní péče II. stupně (vyšší)** se poskytuje ve větších regionálních nemocnicích. Kromě základní monitorace je zajištěno invazivní monitorování krevního tlaku, sledování srdečního výdeje a dlouhodobá umělá plicní ventilace. Je zajištěna zvýšená ošetrovatelská péče a nepřetržitý provoz laboratoří a zobrazovacích metod.
3. **Intenzivní péče III. stupně (nejvyšší, resuscitační)** se poskytuje ve velkých oblastních a fakultních nemocnicích. Péče je zaměřena na kritické stavy různé příčiny a je poskytována specialisty intenzivní medicíny, kteří jsou neustále přítomni. Tato úroveň intenzivní péče poskytuje komplexní léčebnou, resuscitační a vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči (Zadák, Havel, 2007, s. 11).

Evropská společnost pro intenzivní péči ESICM vydala nařízení a základní doporučení pro jednotky intenzivní péče z organizačního a strukturálního pohledu (Bartůněk, 2016, s. 6). Mezi lékaři a odborníky pracujícími v oboru intenzivní medicíny není úplná shoda v organizaci jednotek intenzivní péče. Někteří prosazují kombinované, multioborové JIP a jiné oborové a vysoce specializované JIP (Zadák, Havel, 2007, s. 12).

2.1.4 Skórovací systémy

Skórovací systémy v intenzivní péči slouží k posouzení stavu závažnosti akutního onemocnění a rychlému rozpoznání kritického stavu, dále ke stanovení vzniku komplikací a mortality pacientů (Bartůněk et al., 2016, s. 9).

- **GCS (Glasgow Coma Scale)** se používá pro objektivní posouzení stavu vědomí. GCS 3 značí hluboké bezvědomí, GCS 8 a méně znamená pro pacienta nutnost intenzivní péče.
- **APACHE II (Acute Physiological And Chronic Health Evaluation)** je nejužívanější systém, který slouží ke zjištění charakteru kritického stavu v prvních 24 hodinách od příjmu pacienta. Jde o vstupní ukazatel mortality pacienta. Tento skórovací systém započítává věk pacienta, hodnotu tělesné teploty, srdeční frekvenci, frekvenci dýchání, laboratorní výsledky sodíku, draslíku, hematokritu, GCS atd.
- **SOFA (Septis Related Organ Failure Assessment Score)** hodnotí závažnost systémové zánětlivé odpovědi organismu na zátěž.
- **TS (Trauma Score)** sleduje celkový zdravotní stav pacienta před zajištěním, poskytuje informace o postižení základních životních funkcí.
- **ISS (Injury Severiny Score)** vyžaduje přesnou diagnostiku a výpočet. Využívá se v traumatologii pro charakteristiku polytraumat, těžkých a lehkých poranění (Kapounová, 2007, s. 42).

2.1.5 Personální zabezpečení intenzivní péče

Intenzivní medicína vyžaduje spolupráci mezi lékaři, nelékařským zdravotnickým personálem a ostatními zdravotnickými pracovníky. Úkoly, odpovědnost a kompetence jsou jasně dány. Za koordinaci lékařské péče je odpovědný primář jednotky nebo vedoucí lékař. Velice zásadním požadavkem je specializace v anesteziologii a intenzivní péči nebo v urgentní medicíně a plná erudice ve všech výkonech intenzivní péče, jako je kanylace centrálního žilního a tepenného systému, zavedení endotracheální kanyly, nastavení ventilačních parametrů na ventilátoru, bezprostřední hemodialýza, poskytování resuscitační péče v rámci oddělení nebo nemocnice. Od struktury pacientů se odvíjí potřeba multioborové péče. V rámci konzilií zde najdou uplatnění lékaři z oboru chirurgie, neurologie, gynekologie a dalších menších oborů.

Organizace a odpovědnost nelékařského zdravotnického personálu spadá do kompetencí vrchní sestry oddělení. Staniční sestra je pak zodpovědná za koordinaci vysoce specializované ošetrovatelské péče. V době nepřítomnosti jejich pravomoci přebírají vedoucí sestry směn (Bartůněk et al., 2016, s. 7). Pracují zde všeobecné sestry, ale i zdravotničtí záchranáři s odbornou způsobilostí k výkonu těchto povolání. Počet sester ve směně se liší podle typu jednotky a oboru, který zajišťují. Příkladem může být JIP II. typu ve středně velké nemocnici, kde se předpokládá jedna sestra na jednoho pacienta. Velmi důležitou součástí zdravotnického týmu je nižší zdravotnický personál, pomocný personál a v neposlední řadě rehabilitační pracovníci (Zadák, Havel, 2007, s. 20).

2.1.6 Uspořádání a technické vybavení intenzivní péče

Pracoviště intenzivní péče většinou bývají oddělena od ostatních částí zdravotnického zařízení hygienickým filtrem. Hygienický filtr tvoří šatna personálu, sprchy a toalety. Pracoviště je rozděleno na provoz čistý a provoz nečistý. V čistém provozu se nachází sterilní materiál, léky, léčivé přípravky a různé pomůcky sloužící k přímé péči o pacienty. V nečisté části se provádí dekontaminace pomůcek, příprava dezinfekce, ukládá se zde prádlo, odpad a biologický materiál od pacientů. Samotné pracoviště se skládá z prostoru pro pacienty a prostoru pro sesterskou práci. Uspořádání části pro pacienty může být členěno stavebně na otevřený, kombinovaný a uzavřený systém (Bartůněk et al., 2016, s. 33). Nejvýhodnější je kombinovaný poloboxový systém. Jednotlivé boxy mají výhodu v minimálním riziku přenosu infekcí, ale také zajišťují soukromí pacienta. V jednom boxu jsou umístěny dva až tři pacienti. V dnešní době je nejpreferovanější jeden box s jedním pacientem. Každé lůžko intenzivní péče musí být zajištěno monitorovacím systémem, tzv. bedside monitoring se využívá tam, kde jsou monitory umístěny na dohled sestry. Centrální monitoring je výhodný u větších jednotek intenzivní péče, kde jsou veškeré parametry centralizovány na jednom monitoru. Nejvyužívanější je kombinovaná monitorace, která zahrnuje monitoraci zdravotního stavu u lůžka pacienta a současně jsou data přenášena do centrálního monitoru umístěného u psací plochy personálu (Kapounová, 2007, s. 33). Nezbytnou součástí každého lůžka je centrální rozvod kyslíku, vzduchu a vakua. Mezi základní vybavení patří antidekubitální transportní lůžka. Lůžka by měla být polohovatelná a snadno ovládaná, a to zejména z důvodu kardiopulmonální resuscitace, kdy je nutno lůžko okamžitě umístit do základní polohy. Pacienti v intenzivní péči vyžadující umělou plicní ventilaci jsou po zajištění dýchacích cest endotracheální intubací napojeni na dýchací přístroj, každé lůžko je tedy opatřeno vlastním ventilátorem.

Další důležitou součástí jsou pomůcky pro monitoraci základních životních funkcí cestou invazivní nebo neinvazivní. Invazivní monitoraci se poruší kožní kryt a dochází ke kontaktu s tělesnými tekutinami. Neinvazivní monitoraci rozumíme méně zatěžující pomůcky bez porušení kožní integrity pacienta. Lůžko je tedy vybaveno pomůckami k monitoraci dýchacího, centrálního nervového, kardiovaskulárního systému a tělesné teploty. Kontinuální aplikace léků a infuzí je zajištěna lineárními dávkovači a infuzními pumpami. Pacientům v intenzivní péči je zajištěn přístup do žilního a tepenného řečiště, často se také zavádí permanentní močový katétr a nasogastrická sonda. Mezi důležité vybavení patří také defibrilátor, resuscitační vozík, intubační vozík, hemodialyzační přístroj k zajištění funkce ledvin, 12svodové EKG a ultrazvukový přístroj. Vzhledem k velké koncentraci a vytížení přístrojů je nutné mít v případě poruchy záložní ventilátory, odsávačky, přenosné monitory, infuzní pumpy a dávkovače, v případě přerušení dodávky elektrické energie pak také vlastní bateriový zdroj. Nesmíme zapomenout ani na dostatečné množství léků, infuzních roztoků, obvazového, sterilního a jiného materiálu potřebného ke každodenní ošetrovatelské péči (Zadák, Havel, 2007, s. 19).

2.1.7 Stavy vyžadující intenzivní péči

Výše bylo řečeno, že intenzivní péči vyžadují pacienti, kterým hrozí bezprostřední selhání základních životních funkcí, nebo pacienti, u kterých k tomuto selhání již došlo. Mezi základní životní funkce patří dýchání, krevní oběh, stav vědomí a vnitřní prostředí pacienta. Stavy vyžadující intenzivní péči pak vycházejí ze selhání jedné nebo více funkcí organismu. Jednoduše lze tedy říct, že čím více funkcí selhává, tím je lékařská a ošetrovatelská péče náročnější. Indikací k přijetí mohou být např. poruchy vědomí nejasné etiologie, různé druhy šokových stavů, kraniocerebrální poranění, stavy po kardiopulmonální resuscitaci, metabolický rozvrat organismu z různých příčin, intoxikace léky, alkoholem, komplikace operačních výkonů, úrazy, autonehody, těžká interní onemocnění, ale také nevratné a nevléčitelné stavy vyžadující paliativní péči (Bartůněk et al., 2016, s. 6).

2.2 Profese všeobecné sestry

„Sestra má být ve svém povolání dobrou odbornicí a v životě ušlechtilým člověkem.“

Citát diplomované sestry a významné ženy českého ošetrovatelství 19. století Marie Jitky Nápravníkové-Pazourkové přímo vystihuje náročnost profese sestry s láskou k lidem, moudrostí a pomocí druhým (Kutnohorská, 2010, s. 165).

Ošetrovatelství jako profese vzniklo na konci 19. století a v průběhu 20. a na počátku 21. století prošlo největšími změnami. Proměna se týkala společenského postavení sester, ale také obsahové náplně práce. Ošetrovatelská profese má jasně dané kompetence v poskytování ošetrovatelské péče, je vědní disciplínou a v současnosti využívá praxi založenou na důkazech (tzv. evidence based). Ošetrovatelství se dále zaměřuje na zvyšující se kvalitu poskytované péče ve zdraví a v nemoci. Nositelkami ošetrovatelství jsou převážně sestry a porodní asistentky. V současné době jsou sestry vysokoškolsky vzdělané, uplatňují holistický a celostní pohled na pacienta, mají své sesterské organizace po celém světě, jsou významnými odbornicemi ve výzkumu, ale také potřebnými edukátorkami. Z pomocnic lékaře se staly vysoce profesionální součástí multidisciplinárního týmu (Plevová et al., 2018, s. 11).

Poskytování zdravotní péče je velice náročné a může být vykonáváno pouze odpovídajícími osobami. Tato profese patří mezi tzv. regulovaná povolání. Různé právní předpisy a zákonné normy jasně určují, kdo a za jakých podmínek zdravotní péči vykonává. Kromě profese všeobecné sestry a porodní asistentky patří mezi regulované činnosti také lékaři, zubní lékaři a např. farmaceuti. Cílem regulace je zajištění kvalitní péče i nepřetržité zlepšování teorie a praxe oboru ošetrovatelství. Regulací ošetrovatelské profese se zabývají vládní instituce, odbor Ministerstva zdravotnictví ČR, oborové a systémové směrnice a také domácí nebo mezinárodní profesní organizace sester, konkrétně regulující právní předpis včetně § 5 zákona č. 96/2004 Sb., (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) a směrnice evropského parlamentu a rady 2005/36/ES o uznávání odborných kvalifikací (Plevová et al., 2018, s. 62).

2.2.1 Role všeobecné sestry

Role je charakterizována očekávaným a vyžadovaným chováním, které souvisí s postavením člověka ve společnosti. Specifické role profese jsou přesně definovány legislativou a vycházejí z předem daných povinností a kompetencí. Každý člen profese zná své kompetence, ale má představu také o kompetencích svých kolegů. Role sestry je ovlivněna historickým vývojem ošetrovatelství, od charitativních a dobrovolnických činností se sestra stále více stává rovnocennou součástí ošetrovatelského a zdravotnického týmu. Sestra pomáhá nemocnému a jeho rodině zajišťovat pocit jistoty a bezpečí, její role vychází z uspokojování potřeb a pochopení v průběhu nemoci, pracuje samostatně a nese za svá rozhodnutí odpovědnost. Vysoká odpovědnost vyžaduje emocionální vyrovnanost a schopnost kladně přijmout každého člověka bez ohledu na osobní postoj (Plevová et al., 2018, s. 83).

Profese sestry je tedy tvořena několika rolemi, které se navzájem prolínají a doplňují.

- **Sestra – pečovatelka** – sestra poskytuje ošetrovatelskou péči v nemocniční i primární péči.
- **Sestra – edukátorka nemocného a jeho rodiny** – sestra se podílí na upevňování zdraví, rozvíjí soběstačnost nemocných i jejich rodin, předchází komplikacím spojeným s nemocí, pomáhá rodinám a nemocnému se co nejrychleji adaptovat na danou situaci.
- **Sestra – manažerka** – realizuje průběh ošetrovatelského procesu, spolupracuje s ostatními členy zdravotnického týmu.
- **Sestra – advokátka a obhájkyň nemocného** – hájí přání a potřeby nemocného, v rámci zdravotnického týmu je nemocnému nejbliže.
- **Sestra – výzkumnice** – podílí se na výzkumné činnosti, přináší nové poznatky z literatury, různých konferencí a spolupracuje na jejich uvedení do praxe.
- **Sestra – asistentka lékaře** – tato klíčová role je zaměřená na asistenci a přípravu nemocného k diagnosticko-terapeutickým výkonům, sestra plní ordinace lékaře (Plevová et al., 2018, s. 85).

Předpokladem úspěšného přijetí role sestry je sociálně zralá osobnost člověka zaměřená především na uspokojování potřeb druhého. Schopnost empatie, tolerance, komunikace, ale také odolnost proti fyzickému a psychickému stresu je nezbytnou součástí charakteristiky osobnosti všeobecné sestry.

2.2.2 Image sestry

Slovo image znamená „*představu, obraz osoby nebo jevu často záměrně pěstovaný s cílem získat úspěch*“. Z psychologického hlediska jde o soubor vlastností, kterými se lidé prezentují a následně jsou vnímány společností (Petráčková, Kraus, 2000, s. 322).

Také ošetrovatelství má svoji image a určité postavení ve společnosti. Sestry pracující v různých zdravotnických zařízeních a v různých rolích jsou také různě vnímány. Image v ošetrovatelství dělíme na interní image a externí image. Interní image znamená pohled sestry na sebe a individuální přístup ke své profesi. Externí image představuje vnímání celé společnosti, je to představa laiků, ústavních činitelů, ale i lékařů (Škrála, Škrlová, 2003, s. 54). Dnešní doba přináší řadu možností dalšího vzdělávání, tím i zvyšování úrovně ošetrovatelské péče, ale také samotné image sestry profesionálky. Ke zlepšení image je důležité vnímat a správně uchopit dva principy: princip vztahu mezi odpovědností a úspěchem a princip přesvědčení.

Princip přesvědčení představuje naše sebehodnocení, ovlivňuje osobní i profesionální image. Převládající pocity významně formují okolí, proto je důležitý pozitivní postoj k sobě a ošetrovatelské profesi. Princip vztahu mezi odpovědností a úspěchem se zabývá schopností a ochotou sestry převzít odpovědnost za svůj život a naučit se nesvalovat vinu na okolní faktory. Každá sestra si musí být vědoma své profesionality, ale zároveň by měla umět přijmout a pochopit odpovědnost plynoucí ze své profese. Důležitým faktorem ovlivňujícím image sestry je komunikace, přístup k pacientovi, empatie, profesionální chování, touha po celoživotním vzdělávání či aktivní zapojení se do vědecké činnosti (Plevová et al., 2018, s. 86).

2.2.3 Náplň práce všeobecné sestry

Náplň práce všeobecné sestry se vždy řídí aktuální legislativou České republiky a jasně danou vyhláškou o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Na základě vyhlášky č. 252/2019 Sb., kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů ze dne 27. září 2019 (Vyhláška č. 252/2019 Sb.), může všeobecná sestra bez odborného dohledu a bez indikace lékaře hodnotit úroveň soběstačnosti pacientů, sledovat a hodnotit fyziologické funkce pacientů, a to včetně saturace kyslíkem a srdečního rytmu, sledovat fyzický a psychický stav pacienta, provádět odsávání z dýchacích cest u pacientů starších 3 let, ošetrovat poruchy celistvosti kůže, pečovat o centrální a periferní invazivní vstupy a další. Na základě indikace lékaře může všeobecná sestra bez odborného dohledu zavádět periferní žilní kanyly pacientům starším 3 let, odebírat krev a další biologický materiál, provádět převazy operačních ran, odstraňovat stehy, provádět cévkování žen, poskytovat inhalační a kyslíkovou léčbu aj. Pod odborným dohledem všeobecná sestra podává krevní deriváty (ČESKO, 2011). Tyto diagnosticko-terapeutické činnosti ošetrovatelské péče tvoří největší část práce sestry v lůžkovém zařízení. Sestra je spolupracovníkem lékaře. Nezbytnou součástí náplně práce je administrativní činnost v papírové i počítačové formě. Cílem ošetrovatelské dokumentace je kontinuální popis poskytování a plánování ošetrovatelské péče, informovanost ostatních členů zdravotnického týmu, možnost kontroly a právní ochrany pacienta nebo zdravotnického zařízení, ale také právní ochrany sesterské práce. Konkrétním ošetrovatelským nebo lékařským činnostem předchází přípravné práce, důležitá je kontrola přístrojového vybavení, sterilního materiálu, expirace léků, průběžné doplňování spotřebního materiálu, příprava materiálu ke sterilizaci aj. Následují dokončovací práce, očista lůžka po překladači či propuštění pacienta, dezinfekce povrchů, úklid apod.

Výchovně vzdělávací činnost je následnou formou edukace pacienta nebo jeho rodiny ještě ve zdravotnickém zařízení nebo již v domácím prostředí pacienta. Tato činnost se netýká pouze pacientů, ale sestra mentorka vede nové kolegyně v rámci adaptačního procesu a odborně pomáhá studentům při praktických cvičeních. Součástí pedagogické činnosti je účast na přednáškách, celoživotní vzdělávání, publikace odborných článků, působení v profesních organizacích a výzkumné oblasti ošetrovatelství a medicíny (Vytejková, 2011, s. 20–21).

2.2.4 Způsobilost sestry pro intenzivní péči

Sestra pro intenzivní péči není v dnešní době samostatným oborem, ale je specializací nelékařského zdravotnického povolání všeobecná sestra. Podmínkou pro získání způsobilosti sestry pro intenzivní péči je způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry. Každá sestra způsobilá k výkonu práce v intenzivní péči je zároveň způsobilá vykonávat profesi všeobecné sestry (Bartůněk et al., 2016, s. 21). Vlivem vstupu České republiky do Evropské unie došlo k zásadním změnám ve vzdělávání zdravotnických pracovníků. Česká republika přijala požadavky Evropské unie s cílem pracovního uplatnění nelékařských zdravotnických pracovníků v rámci Evropské unie (Kapounová, 2007, s. 25). V dubnu roku 2004 vstoupil v platnost zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně souvisejících zákonů, který vymezuje povinnost pregraduálního i postgraduálního vzdělávání sester. V roce 2017 došlo k novelizaci tohoto zákona. Absolvováním čtyřleté střední zdravotnické školy obor Všeobecná sestra bylo na základě změny legislativy ukončeno. Poslední absolventi tohoto oboru ukončili studium maturitní zkouškou v roce 2007. Školní rok 2004/2005 již nabízí nový obor Zdravotnický asistent, který se mění na obor Praktická sestra. Absolventi pracují ve zdravotnickém zařízení pod odborným nebo přímým dohledem všeobecné sestry nebo lékaře. Náplň práce se řídí stejně jako u všeobecných sester vyhláškou č. 252/2019 Sb., kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů ze dne 27. září 2019. Některé střední zdravotnické školy nabízejí od roku 2005 obor Zdravotnické lyceum, který slouží k intenzivnější přípravě studentů k dalšímu studiu na vysokých školách zdravotnického, sociálního nebo lékařského typu (Plevová et al., 2018, s. 48). V současné době se odborná způsobilost získává absolvováním zdravotnických akreditovaných oborů vyšších zdravotnických škol (Diplomovaná všeobecná sestra) nebo bakalářských programů vysokých škol (Všeobecná sestra).

Vyšší odborné vzdělání je ukončeno absolutoriem, absolventi získávají titul „diplomovaný specialista“ (DiS.). Délka vyššího zdravotnického vzdělání včetně odborné praxe je 3,5 roku. Vysokoškolské studium je tříleté a je zakončeno státní závěrečnou zkouškou, studenti získávají titul „bakalář“ (Bc.). V rámci vysokoškolského postgraduálního studia mají sestry možnost zvyšování své kvalifikace také v magisterských, doktorských a rigorózních programech (Plevová et al., 2018, s. 50). Dalším typem postgraduálního vzdělávání sester je specializační studium. Specializační vzdělávání se uskutečňuje v akreditovaných zdravotnických zařízeních. Tato zdravotnická zařízení získala akreditaci Ministerstva zdravotnictví k realizaci daného vzdělávacího programu. V současnosti se může všeobecná sestra specializovat v deseti specializačních oborech, v případě našeho oboru intenzivní péče jde o specializaci Sestra pro intenzivní péči. Průběh specializace odpovídá metodickým pokynům Ministerstva zdravotnictví. Metodické pokyny specifikují vedení dokumentace o průběhu specializačního vzdělávání a povinnosti dané legislativou nelékařských zdravotnických povolání (Vévoda, 2013, s. 113). Specializační vzdělávání je kombinací teoretických znalostí s praktickými dovednostmi. Základem jsou všeobecné znalosti z oboru psychologie, výzkumu, ošetrovatelství, ale také managementu. Odborná a speciální část studia řeší specifika intenzivní péče, resuscitace a intenzivní medicíny, vše je doplněno odbornými stážemi na akreditovaných odděleních (Kapounová, 2007, s. 26). Studium je ukončeno atestační zkouškou. Druhou možností, jak lze získat specializovanou způsobilost, je absolvovat navazující magisterský program v oboru Intenzivní péče na vybraných lékařských a zdravotnických fakultách. Kromě odborné, ale také zdravotní způsobilosti a bezúhonnosti jsou důležité různé formy celoživotního vzdělávání. Celoživotní vzdělávání sester napříč obory, jež vede k prohlubování, zdokonalování a zvyšování vědomostí a dovedností, je ze zákona povinné. Certifikované kurzy, odborné stáže, účast na konferencích, kongresech, pedagogická činnost, ale také studium navazujících magisterských a dalších programů jsou nezbytnou součástí celoživotního vzdělávání sester a zachování bezpečného výkonu profese všeobecné sestry, popř. sestry pro intenzivní péči (Plevová et al., 2018, s. 51).

2.2.5 Kompetence sestry pro intenzivní péči

Kompetence je pravomoc vykonávat určitou činnost na základě schopností, dovedností a vědomostí. Bezpečná a kvalitní zdravotní péče je poskytována nelékařským zdravotnickým personálem na základě zmíněných kompetencí. Sestra pro intenzivní péči je tedy kompetentní vykonávat činnosti v rozsahu způsobilosti zdravotnického povolání.

Výčet činností a kompetencí tvoří základ pro zařazení do platové třídy a náplň práce sestry pro intenzivní péči.

Klíčovou právní normou v oblasti kompetencí nelékařského zdravotnického povolání je směrnice Evropského parlamentu a Rady č. 2005/36/ES, o uznávání odborných kvalifikací. Dalšími zákony jsou zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách, ze kterého jasně vyplývá oprávnění zdravotnických pracovníků poskytovat zdravotní péči, a zákon o nelékařských zdravotnických povoláních č. 96/2004 Sb., provedená novela ve znění zákona č. 201/2017 Sb., kde se nachází charakteristika zdravotnických povolání. Vyhláška o činnostech dále podrobněji rozebírá každou profesi a to, zda dané činnosti mohou být vykonávány pod odborným dohledem, samostatně nebo na základě indikace lékaře (Bartůněk et al., 2016, s. 23). Sestra pro intenzivní péči je na základě výše zmíněných dokumentů oprávněna poskytovat ošetrovatelskou péči o pacienta staršího 10 let v rámci intenzivní a resuscitační péče. Bez odborného dohledu a bez indikace lékaře sleduje zdravotní stav pacienta, monitoruje fyziologické funkce, zahajuje a provádí kardiopulmonální resuscitaci, defibriluje elektrickým výbojem, pečuje o ventilovaného pacienta se zajištěnými dýchacími cestami endotracheální nebo tracheostomickou kanylou, provádí laváž dýchacích cest a pečuje o invazivní arteriální vstupy. Na základě indikace lékaře a bez odborného dohledu provádí cévkování muže, výplach žaludku, zavádí nasogastrickou sondu, v případě akutního nebo chronického selhání ledvin poskytuje obsluhu a kontrolu dialyzačního přístroje, dále je kompetentní k odběru arteriální krve. Pod dohledem lékaře provádí odstranění endotracheální kanyly z dýchacích cest (tzv. extubaci) a zevní kardiostimulaci. Celkově zajišťuje chod pracoviště, funkčnost přístrojového vybavení, kontinuálně vede ošetrovatelskou dokumentaci a plní ordinace lékaře na základě dekurzu a aktuálního zdravotního stavu pacienta. V rámci anesteziologické péče sestra pro intenzivní péči sleduje a ošetřuje pacienta po celou dobu místní nebo celkové anestezie, sleduje jeho zdravotní stav na zotavovacím pokoji, bolest, operační ránu aj. a následně na základě ordinace lékaře pacienta předává k další péči na standardní oddělení nebo jednotku intenzivní péče chirurgické typu. Pacienti se zajištěnými dýchacími cestami předává spolu s lékařem anesteziologem na ARO nebo v případě krátkodobé ventilace a časně extubace na JIP (ČESKO, 2011).

2.3 Fyzická zátěž sester v intenzivní péči

„Co Tě stálo léta práce, může být přes noc ztraceno. Přesto pokračuj v usilovné práci.“

Matka Tereza

Pracovní zátěž je charakterizována vnějšími podmínkami, okolnostmi a požadavky dané pracovní pozice. Jakákoliv pracovní činnost představuje pro organismus člověka fyzickou a psychickou zátěž. Velikost této zátěže závisí na osobnostních rysech člověka, pohlaví, jeho schopnostech a dovednostech vykonávat danou pracovní činnost. Nadměrná pracovní zátěž ovlivňuje pracovní spokojenost, fyzickou připravenost k výkonu pracovní činnosti a psychiku člověka (Vévoda, 2013, s. 86).

Faktory fyzické pracovní zátěže jsou jasně definovány v nařízení vlády č. 361/2007 Sb. Konkrétně Hlava IV specifikuje podmínky ochrany zdraví při práci s fyzickou zátěží následujícími body:

- Celková fyzická zátěž.
- Lokální svalová zátěž.
- Pracovní poloha.
- Ruční manipulace s břemenem.

Celková fyzická zátěž je podle nařízení vlády č. 361/2007 Sb., vysvětlena v § 22 následujícím způsobem. *„Zátěž při dynamické fyzické práci vykonávané velkými svalovými skupinami, při které je zatěžováno více než 50 % svalové hmoty.“* Lokální svalová zátěž je definována v § 24. *„Lokální svalová zátěž je zátěž malých svalových skupin při výkonu práce končetinami.“* Pracovní polohu a ruční manipulaci s břemeny mapují § 26 a § 28. *„Pracovní poloha a její zdravotní riziko je hodnoceno při trvalé práci vykonávané zaměstnancem, zejména provádí-li opakující se pracovní úkony, při nichž si nemůže pracovní polohu volit sám, ale tato je přímo závislá na konstrukci stroje, uspořádání pracovního místa a pracoviště a charakteru prováděné práce.“* Ve zdravotnictví je častým rizikovým faktorem způsobujícím fyzickou zátěž manipulace s pacientem, zdravotnickým materiálem, ale i manipulace s prádlem.

Podle nařízení vlády č. 361/2007 Sb. je ruční manipulace s břemenem „*přepřevování nebo nošení břemene jedním nebo současně více zaměstnanci včetně jeho zvedání, pokládání, strkání, tahání, posunování nebo přemísťování, při kterém v důsledku vlastností břemene nebo nepříznivých ergonomických podmínek může dojít k poškození páteře zaměstnance nebo onemocnění z jednostranné nadměrné zátěže*“. Přenášení a zvedání živého břemene je také považováno za ruční manipulaci s břemenem. Při občasném zvedání a přenášení je povolený hygienický limit pro hmotnost ručně manipulovaného břemene u mužů 50 kg a u žen 20 kg. Při častém zvedání a přenášení 30 kg u mužů a 15 kg u žen. Práce v sedě tento hygienický limit snižuje na 5 kg u mužů a 3 kg u žen (ČESKO, 2007).

2.3.1 Zdravotnictví jako rizikové prostředí

Zdravotnictví a sociální práce jsou jedním z největších odvětví zaměstnávající přibližně 10 % pracovníků v Evropské unii. Převážnou většinu pracovních sil a různých pracovních pozic tvoří ze 77 % ženy. Po stavebnictví má práce ve zdravotnictví druhý nejvyšší výskyt svalových a kosterních onemocnění (Znalostní systém prevence rizik v BOZP, 2021).

Riziková práce je taková, při které je nebezpečí vzniku nemoci z povolání nebo jiné nemoci v souvislosti s prací. Rizikový faktor je takový, který svými vlastnostmi může poškodit zdraví. Rizikových faktorů pracovního prostředí je 13 a jsou vymezeny vyhláškou MZ č. 432/2003 Sb. ze dne 4. prosince 2003. Patří sem prach, vibrace, hluk, chemické látky, neionizující záření včetně elektromagnetického pole, ionizující záření, fyzická zátěž, teplo, chlad, pracovní poloha, psychická zátěž, zraková zátěž a biologičtí činitelé. Rozdíl mezi pojmem rizikový faktor a riziko je znázorněn například na hluku (ČESKO, 2003).

Fyzikální, chemická a biologická zátěž

Hluk je rizikový faktor pracovního prostředí, ale pravděpodobnost a rozsah poškození sluchu je rizikem. Hluk vzniká od signalizačních zařízení, monitorů a nastavených alarmů, ventilátorů, telefonátů, ale i konverzací s kolegy. Převážná většina hluku nepříznivě působí na duševní pohodu. Ve zdravotnictví jsou alarmy upozorňující na změnu zdravotního stavu pacienta součástí každodenní práce. V dnešní době většina poplašných alarmů překračuje doporučené limity WHO. Následkem bývá únava spojená s bolestí hlavy, bolestí očí, ale také může dojít k postupnému ignorování a vypínání těchto alarmů s možným rizikem poškození pacienta. Světlo a jeho dlouhodobé vystavení je vnímáno sestrami jako vyčerpávající rizikový faktor. Ve zdravotnických zařízeních jde především o světlo denní a světlo umělé.

Nedostatek denního světla nepříznivě působí na psychické zdraví, spánek a ovlivňuje pro organismus pravidelné střídání denního a nočního rytmu. Ionizující záření se týká převážně sester pracujících na onkologických odděleních. Riziko představuje manipulace s cytostatiky, jež jsou škodlivá a toxická (Komačková, 2009, s. 26; Vévoda, 2013, s. 85).

Kromě fyzikální zátěže působí na sestry zátěž chemická při kontaktu s dezinfekčními prostředky a léky. Další nebezpečí představují viry, bakterie, houby, plísně a další mikroorganismy a původci různých druhů onemocnění (Vévoda, 2013, s. 82). S těmito biologickými činiteli souvisí kontakt s biologickým materiálem, např. krví, stolicí, močí a nepříjemnými sensorickými vjemy na nehojící se rány a zápach. Nejčastějším způsobem přenosu infekce je poranění ostrým kontaminovaným předmětem (převážně jehlou). Dopady těchto zranění jsou fyzické, ale zároveň psychické a emocionální (Komačková, 2009, s. 28).

Fyzická zátěž

Vývoj pracovních podmínek se v současnosti snaží minimalizovat fyzickou zátěž svých pracovníků, ale zároveň dochází k růstu zátěže psychické. Povolání zdravotní sestry se zmíněnému trendu značně vymyká. Fyzická zátěž koresponduje s psychickou zátěží a do jisté míry ovlivňuje osobnost sestry, tím i péči o pacienta. Fyzickou zátěž rozdělujeme na statickou, která se projevuje stáním (např. při vizitách, převazech ran, při asistenci lékaři u různých vyšetřovacích a ošetrovatelských činnostech) a zátěž dynamickou, která je charakterizována pohybem organismu (převážně chůzí). Tuto zátěž sestra pocítuje při přecházení mezi pokoji pacientů a odděleními. V intenzivní péči jsou to stresové situace v případě, že oddělení funguje jako resuscitační tým. Je nutná rychlost a zdatnost v kombinaci se zručností celého resuscitačního týmu (Hlaváč, Kučera, 2010, s. 310). Židková (2010, s. 41) ve své publikaci uvádí, že je třeba „*přesně specifikovat podíl relaxačního pohybu a odlišit ho od pracovní zátěže, kde tvoří pohyb přesuny z místa na místo, přenášení apod. Připočíst je nutno domácí práce a péči o děti, které čekají sestry po směně*“. Hlavními zdravotními obtížemi sester jsou bolesti zad, přetěžování beder a ramen. Sestry v rámci ošetrovatelského procesu hrají hlavní roli v polohování, aktivizaci a zvedání pacientů. Pacient v těchto případech není brán jako břemeno. K přetěžování pohybového aparátu dochází vlivem opakování stejného pohybu těla či nevhodnému postavení těla a velikosti úsilí vynaloženého při manipulaci s pacientem. Prevencí je dodržování zásad manipulace s pacienty a správné držení těla. V současné době zdravotnická zařízení disponují množstvím pomůcek k sebeobsluze nemocných, čímž ulehčují práci personálu.

Jmenujme skluzné desky k přesouvání z lůžka na lůžko, látkové podložky, zvedáky, hrazdy a držadla nad lůžka. Při manipulaci je nutné zatěžovat svaly dolních končetin a hýždí. Pohyby jsou koordinované, bez rotace těla, nohy mírně rozkročené a páteř v přirozeném postavení (Hlaváč, Kučera, 2010, s. 307). Významnou roli v oblasti fyzické zátěže hraje změna životního stylu. Převážná část sester pracuje v nepřetržitém provozu, jde především o střídání směn denních a nočních. Některá zdravotnická zařízení preferují směny ranní, odpolední a noční. Tento způsob práce negativně ovlivňuje přirozený biorytmus organismu. Nepravidelný spánek a nedostatečný pitný režim s nepravidelným stravováním přispívají k poruchám spánku, chronické únavě nebo onemocnění zažívacího traktu (Vévoda, 2013, s. 89). Rovněž článek Židkové (2010, s. 41) popisuje nepravidelný režim v souvislosti se směnným provozem. *„Nejčastějším prohřeškem sester při stravování je jeho nepravidelnost a nedodržování přestávky na oběd, večeře bývá nejčastěji jejich prvním teplým jídlem. Jde o řešitelný organizační nedostatek, nesmí se stát pravidlem, které se ve zdravotnictví omlouvá nutnou přítomností na pracovišti.“* Známo je, že sestry během své směny vypijí velké množství kávy, kterou do pitného režimu nepočítáme, zvláště pak o nočních směnách, kdy se únava prohlubuje (Židková, 2010). Kromě výše uvedených důvodů, které fyzicky vysilují organismus, je zde také spousta přesčasových hodin kvůli nedostatku kvalifikovaného zdravotnického personálu. Pelikánová (2013, s. 35–36) mapovala ve svém průzkumu pracovní podmínky zdravotníků. Z výzkumu jasně vyplývá, že dochází k přetěžování zdravotníků a někteří jsou nuceni odpracovat i několik směn nad rámec svého úvazku. Dalším úskalím je podle právních předpisů stanovená třicetiminutová pauza po každých šesti odpracovaných hodinách. Vlivem nedostatku personálu sestry nestíhají využít možnost svého odpočinku, bez ohledu na danou skutečnost se přestávka odečítá z platu i v případě, že nebyla využita (Pelikánová, 2013).

Kombinací těchto rizik se zdravotnictví stává vysoce rizikovým oborem. Podle zákoníku práce mají zaměstnavatelé vyhodnotit možná rizika ohrožení a užít je při odborné přípravě svých zaměstnanců, stejně tak při stanovení osobních ochranných prostředků (ČESKO, 2003).

2.3.2 Kategorizace zdravotních rizik práce

V České republice je kategorizace zdravotních rizik práce povinná a podložena zákonem č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví. Kategorizace práce je základním kritériem pro prevenci zdravotních rizik a bezpečnou ochranu zdraví při práci zdravotnických pracovníků. Zaměstnavatel má legislativou danou povinnost kategorizovat práci a následně rizika popsat, odstranit nebo alespoň minimalizovat. Detailně je zhodnocení rizikových faktorů a jejich kategorizování podloženo vyhláškou 432/2003 Sb. a je rozděleno do čtyř kategorií.

Kategorie I – rizikový faktor je nevýznamný a nepředstavuje riziko pro zaměstnance.

Kategorie II – pracovní zátěž je v mezích normy, ale je možný výskyt nežádoucích účinků (například u více senzitivních lidí).

Kategorie III – míra zdravotního rizika je významná, legislativně dané limitní hodnoty jsou překročeny, je nutné používat ochranné pomůcky a hrozí poškození zdraví pracovníků.

Kategorie IV – vysoce riziková práce, je možné poškození zdraví, hygienické limity jsou vysoce překračovány (Vévoda, 2013, s. 81).

2.3.3 Důsledky fyzické pracovní zátěže

Fyzická pracovní zátěž se ve zdravotnické profesi týká převážně sester pracujících na lůžkových odděleních. Důsledky zatížení jsou různorodé podle typu oddělení, zdravotního stavu hospitalizovaných, počtu sester ve směně a dostupností pomůcek k manipulaci s imobilními pacienty. Mezi nejvytíženější oddělení patří jednotky intenzivní péče a oddělení anesteziologicko-resuscitační. Specifikem jsou rehabilitační ústavy a geriatrická oddělení, kde imobilní pacienti tvoří převážnou část hospitalizovaných, a to navíc po delší čas než v intenzivní péči (Vévoda, 2013, s. 87). Dlouhodobá fyzická zátěž postupně vyvolá vyčerpání organismu s příznaky podrážděnosti, emoční lability, nespavosti, bolesti hlavy, nohou, zad a kloubů. Nejčastěji je postiženo pohybové ústrojí, již zmiňované bolesti zad v oblasti bederní páteře mohou vyústit k drobným trhlinám v meziobratlové ploténce, dokonce hrozí až její výhřez. Statická zátěž vede ke skolióze páteře. Vlivem nesprávné manipulace s pacientem dochází k přetížení kloubů a svalů horních končetin a následně k zánětům šlach, kloubních pouzder, onemocnění měkkých tkání, artróze, různým poruchám motoriky či například hrozí syndrom karpálního tunelu.

Převaha ženského pohlaví je ve zdravotnictví zřejmá, jasné jsou také rozdíly ve svalové síle a výkonnosti oproti mužům. Hormonální změny, věk, dlouhé stání a genetické dispozice jsou příčinou vzniku varixů dolních končetin a trombózy povrchových a hlubokých žil. Hmotnost pacientů je mnohdy vyšší než předepsané normy a práce sester (žen) se stává rizikovou pro poruchy menstruačního cyklu, poruchy reprodukčních funkcí, hrozící potraty nebo prolapsy dělohy (Hlaváč, 2010, s. 305). Zaměstnavatel je povinen na základě zákoníku práce informovat zaměstnankyně o možných rizicích v souvislosti s těhotenstvím, kojením nebo poškozením zdraví. Zároveň je povinen omezit nebo snížit psychickou a fyzickou únavu potřebnými opatřeními po celou nezbytně nutnou dobu k ochraně těhotné a zdraví dítěte. Příkladem z praxe může být dočasné převedení na jinou vhodnější práci se stejným výdělkem nebo přesun z nočních směn na denní práci. Tyto změny platí do konce 9. měsíce po porodu a pro kojící zaměstnankyně (Vévoda, 2013, s. 92).

Pracovní úraz

Pracovní úraz je definován nařízením vlády č. 170/2014 Sb., kterým se stanoví způsob evidence, hlášení a zasílání záznamu o úrazu, ke kterému došlo během výkonu práce nebo prokazatelně v souvislosti s výkonem práce. Vzniká náhlým nebo krátkodobým působením pracovních vlivů. Mezi nejčastější příčiny patří popálení elektrickým proudem, pád zaměstnance, nepoužívání osobních ochranných pomůcek, přetěžování kapacit organismu při manipulaci s břemeny atd. Dojde-li do jednoho roku k úmrtí následkem úrazu, mění platná legislativa ČR pracovní úraz v úraz smrtelný. Za vzniklou škodu vždy nese odpovědnost zaměstnavatel a zdravotnické zařízení, kde byl poškozený zaměstnan (ČESKO, 2014).

Nemoci z povolání

Dojde-li k onemocnění v důsledku nepříznivých a škodlivých vlivů pracovního prostředí, jedná se o nemoc z povolání. Nemoci z povolání jsou uvedeny v nařízení vlády č. 168/2014 Sb., kde jsou jasně dané podmínky, zda posuzovaná nemoc může být uznána jako nemoc z povolání (ČESKO, 2014). Nemoci z povolání u zdravotníků se řadí na přední místa nově uznávaných nemocí. Představují riziko zdravotní, ale i finanční, a to jak pro postiženého, tak i pro zaměstnavatele (potažmo zdravotnické zařízení). Nejčastějšími hlášenými případy jsou infekční onemocnění. Naprostou většinu tvoří svrab a infekční žloutenky typu A, B, C, D a E.

Z kožních onemocnění se nejčastěji objevují alergické a iritační dermatitidy vznikající na základě opakovaného kontaktu s alergenem nebo podráždění pokožky např. antibiotiky,

latexem, dezinfekčními prostředky aj. Stejný podíl výskytu mají alergická onemocnění dýchacího systému. Alergická rýma a astma jsou taktéž vyvolávány dezinfekčními prostředky, antibiotiky, jinými léky a latexem (Vévoda, 2013, s. 102).

Zdravotní sestra je při výkonu své profese trvale vystavována poškození vlastního zdraví. Avšak je nepostradatelnou součástí celého zdravotnického zařízení, multidisciplinárního týmu, ale hlavně pro pacienty samotné je nutností a prioritou. V intenzivní péči jsou na sestry kladeny vysoké nároky v oblasti technické, vzdělávací, fyzické a psychické. S ohledem na své zdraví a zdraví ostatního zdravotnického personálu je nutné škodlivé faktory pracovního prostředí eliminovat na minimum.

2.4 Psychická zátěž sester v intenzivní péči

„Tajemství krásy je v moudrosti, tajemství moudrosti je v rovnováze.“

M. Bejar

Faktory psychické pracovní zátěže jsou formulovány v nařízení vlády č. 361/2007 Sb., které jasně definuje podmínky ochrany zdraví při práci. Hlava V se zabývá přesnou formulací podmínek ochrany zdraví při práci s psychickou zátěží.

Nařízení vlády (konkrétně § 31) charakterizuje práci s psychickou zátěží následujícími body:

- Práce ve vnuceném pracovním tempu.
- Práce v třísměnném nebo nepřetržitém pracovním povozu.
- Práce, která je vykonávána pouze v noci.
- Práce spojená s monotonií.

Monotónní práci rozumíme *„pravidelné opakování stejných pohybových nebo úkolových úkonů s omezenou možností zásahu zaměstnance do jejich průběhu“*. Pracovní monotónnost se dále podle nařízení vlády dělí na pohybovou a úkolovou. Pohybová monotonie je činnost, při které se opakují jednoduché a stejné manuální úkony. Úkolová monotonie charakterizuje práci zaměřenou na omezenou proměnlivost a počet opakujících se úkolů. Práce ve vnuceném prostředí je práce, kdy si zaměstnanec nemůže zvolit sám pracovní tempo a je nucen se podřídít strojovému rytmu nebo rytmu ostatních zaměstnanců.

Minimálním opatřením k ochraně zdraví při práci spojené s monotonií a prací ve vnuceném tempu se věnuje § 33. *„Omezení negativního vlivu na zdraví je tato pracovní činnost*

prerušována bezpečnostními přestávkami v trvání 5 až 10 minut každé 2 hodiny od začátku výkonu práce nebo musí být zajištěno střídání zaměstnanců nebo pracovních činností.“ (ČESKO, 2007).

Práce v třisměnném nebo nepřetržitém provozu a práce v nočních hodinách ovlivňuje naučený rytmus organismu a bývá příčinou fyzických i psychických potíží, nedostatku spánku a odpočinku. Rotace směn je vážným psychologickým, fyziologickým a společenským problémem profese všeobecné sestry. Směnný provoz klade nároky na životní styl, volný čas a dochází k omezení sociálních kontaktů a možností realizace společenských aktivit. Noční práce se na základě zákoníku práce nedoporučují osobám s poruchami spánku nebo s psychosomatickým onemocněním (Vévoda, 2013, s. 89).

Psychickou pracovní zátěž sester vysvětlují Švábová a Tuček (2012, s. 50) ve své publikaci jako *„proces psychického zpracování a vyrovnávání se s požadavky a vlivy životního a pracovního prostředí“*. S tímto tvrzením souhlasí autoři Hladký a Žídková (1999, s. 8), kteří definují zátěž jako *„vztah mezi požadavky, které jsou na člověka kladeny, a schopností tyto požadavky zvládat“*. Nepřiměřená a nadměrná zátěž sester je tedy úzce spojena se stresem. Venglářová (2011, s. 49) popisuje stres jako *„dlouhodobou, trvalou tělesnou nebo duševní zátěž, která vzniká v důsledku vysokých až přehnaných nároků nebo působením škodlivých podnětů. Společnou charakteristikou je narušení rovnováhy člověka“*. Jako příklad ke člověku ve stresu může sloužit přefouknutá pneumatika, kterou stlačujeme, dokud nepraskne, nebo sněhová koule, která se při neustále se zvyšujícím tlaku změní na led (Venglářová, 2011, s. 49). Za průkopníka a zakladatele teorie o stresu je považován kanadský lékař Hans Selye (1907–1982). Zabýval se příznaky, kterými lidské tělo reaguje na škodlivé vlivy horka, intoxikace, infekce nebo fyzické námahy. Stres definuje následujícím způsobem.

„Stres je abstraktní pojem. Ale stejně abstraktní je třeba i vítr, elektřina a mnoho jiných silových polí, o nichž pojednává fyzika. Měli bychom si uvědomit, že stres je určitým stavem těla i mysli a má na ně určitý dopad. Projevuje se řadou objektivně zjištěných chemických a fyziologických dění v orgánech těla. Je mimořádně důležité, abychom si tuto skutečnost uvědomili a počítali s ní“ (Křivohlavý, 2010, s. 10).

Další skutečností, která způsobuje psychickou zátěž, je práce, kde hrozí nebo je riziko ohrožení vlastního zdraví a zdraví jiných osob. Rizikové jsou kromě zdravotnických profesí také práce ve výškách nebo řízení dopravních prostředků. Hlavní zásadou těchto náročných prací je dodržování pravidel bezpečnosti a ochrany zdraví při práci (BOZP). V neposlední řadě vedou

k pracovní nespokojenosti konflikty mezi zaměstnanci anebo s vedoucími pracovníky. Patologicky působí šikana ze strany kolegů – mobbing, vedoucích pracovníků nebo jiných nadřízených – bossing, ale i šikana podřízených – staffing (Venglářová, 2011, s. 113–122).

Známý český psychiatr Karel Nešpor se ve své publikaci věnované zdravotnickým pracovníkům zamýšlí nad stresujícími faktory zdravotnické profese následovně.

„Práce ve zdravotnictví je spojena s větší mírou stresu, nežli je tomu u většiny jiných profesí. Nejedná se vždy jen o zátěže napomáhající rozvoji adaptačních mechanismů. Nadměrná zátěž zvyšuje riziko chybných výkonů a rozhodnutí, pracovních úrazů, psychosomatických onemocnění a je častým důvodem, proč lékaři i zdravotní sestry opouštějí zdravotnictví. Nadměrný stres tedy zhoršuje zdravotní stav a produktivitu práce zdravotníků a přenáší se i do jejich rodin.“ (Nešpor, 1995, s. 14–15)

Stresující faktory zdravotnické profese podle Karla Nešpora, 2007:

- Kontakt s bolestí pacientů, smrtí, narušení jejich soukromí.
- Emoční stavy pacientů, vyčerpání, podrážděnost, hněv.
- Velká morální a právní odpovědnost.
- Nedostatečná pozornost vlastním problémům.
- Změna životního stylu a malá připravenost uspokojovat vlastní psychické potřeby.
- Profesionální selhání, jež prožívají zdravotníci hůře než jiné profese.
- Vnímání zdravotníka svým okolím přes svoji profesi, což může vést k obtížnějšímu oddělování soukromého a profesionálního života.
- Existující rizika zdravotnické profese (riziko napadení pacientem, riziko infekce).
- Nároky na celoživotní vzdělávání.
- Rychlá adaptace na nové situace a pracovní postupy.
- Týmová a multidisciplinární spolupráce.
- Komunikace s příbuznými pacientů.
- Nízké ohodnocení zdravotnické profese.
- Nutnost neustálé reakce na změny a požadavky ze strany zaměstnavatele, ale i ze strany požadavků pacientů.
- Vysoká odpovědnost za odvedenou práci.
- Několikaletý nedostatek zdravotnického personálu a z toho plynoucí přesčasová práce.

2.4.1 Specifika psychické zátěže v intenzivní péči

Práce sester v intenzivní péči znamená neustálou kontrolu nad změnami zdravotního stavu pacienta. Sestry v intenzivní péči zodpovídají za všechny části ošetrovatelského procesu. Vzhledem k narůstající závažnosti kriticky nemocných musí umět reagovat na stále závažnější a náročnější problémy týkající se akutních stavů pacientů (Kapounová, 2007, s. 18). Podle Bezvodové (2004, s. 46) „*může být sestra svým povoláním poškozena i psychicky*“. Za nejčastější způsoby psychického postižení udává stresující prostředí, syndrom vyhoření a vlastní důsledky stresové profese na odděleních intenzivní péče. Pracovní prostředí je negativně ovlivněno poměrně vysokou polymorbiditou a mortalitou, malým podílem pozitivních motivací s vysokou odpovědností. Sestry se zde setkávají s bolestí, utrpením, strachem a obavami pacientů. Zároveň jsou nuceny čelit mnohdy nepřiměřeným reakcím rodiny, proto je nutná vhodná komunikace a schopnost čelit stresovým a vypjatým situacím (Ježek, 2007, s. 13–15). Dalším specifikem intenzivní péče a možným stresorem je komunikace s pacientem v bezvědomí, s pacientem se zajištěnými dýchacími cestami nebo s pacientem v terminálním stádiu. Základem této komunikace je dotek a vlídné slovo. Není důstojné přistupovat k těmto pacientům odlišně. Přijetí pacienta na oddělení je vhodné zahájit jednostrannou komunikací a podávat veškeré informace týkající se prováděných výkonů. Pacient je stále jedinečná osobnost, i když je porušeno jeho vnímání a vědomí. Velice stresující a vyčerpávající bývá péče o dětské pacienty nebo mladé perspektivní pacienty. Technická zdatnost sester v intenzivní péči se prolíná s úzkými vztahy s pacienty a jejich rodinami (Tomová, Křivková, 2016, s. 56).

2.4.2 Důsledky psychické pracovní zátěže

Reakce emoční – smutek, vztek, agrese, pláč, deprese, apatie.

Reakce tělesné – pocení, zvýšení tlaku, bolesti břicha, sucho v ústech, zrychlení dechu a tepové frekvence.

Reakce v myšlení – neschopnost soustředit se na něco jiného, než je stresová situace, v myšlenkách ji stále prožíváme a vymýšlíme nová řešení. Důsledkem je únava, vyčerpání a narušení spánku.

Reakce v chování – stres nás nutí stále něco dělat, například nadávat, chodit, opakovat stejnou věc, jít se projít nebo si jít zakouřit. Výsledkem může být snížená výkonnost v práci, snaha vyhnout se odpovědnosti, výskyt pracovních úrazů, užívání návykových látek a alkoholu nebo poruchy v komunikaci s kolegy či nadřízenými (Venglářová, 2011, s. 59).

Studie Gurkové a Macejkové (2011) přímo potvrzuje vztah mezi psychickou pracovní zátěží, výskytem depresivních symptomatologií a subjektivní pohodou sester. Mezi nejčastější projevy depresivní symptomatologie sestry uvedly pocity těžké únavy, nespavost, ztrátu energie, nálady, dokonce až lehké deprese. Četnější výskyt těchto projevů také souvisí s velikostí psychické zátěže sester. Stejně zjištění bylo ve vztahu psychické zátěže a subjektivní pohody sester. S klesající celkovou pohodou stoupá psychická pracovní zátěž.

Syndrom vyhoření

„Sáhla jsem si na své dno, jsem vyčerpaná, tělo mě zradilo, jsem slaboch, nezvládla jsem náročnou situaci.“ To jsou podle Venglářové (2011, s. 25) slova vystihující vyhořelou sestru. Přiznání vlastních pocitů je prvním krokem k odborné pomoci. Zdravotní sestry mají často pocit studu ze svého profesionálního selhání. Veřejnost vnímá zdravotnický personál nezranitelně, stále akceschopně a bez jakýchkoliv emocí řešit krizové situace. Snaha zbavit se napětí může vést k negativním technikám uvolnění stresu před nevhodnými osobami, na nevhodném místě a nevhodným způsobem nebo užíváním návykových látek a alkoholu (Špirudová, 2015, s. 30). Příčinou syndromu vyhoření jsou zvyšující se nároky na sebe, soutěživost, strach požádat o pomoc, stres v soukromém životě, ale také organizační a pracovní faktory (Bartlová, Jobánková, 2001, s. 78). Syndromem vyhoření jsou ohroženy osobnosti typu A. Typickými osobnostními rysy jsou vysoká odpovědnost, ctižádostivost a perfekcionismus.

Riziko rozvoje syndromu vyhoření je zřejmé jednak z důvodu zdravotnické profese, ale i z osobnostních rysů jedince (Špirudová, 2015, s. 31). Syndrom vyhoření lze charakterizovat jako stav, který provází fyzické vyčerpání, únava a celková slabost. Emoční vyčerpání se projevuje pocity beznaděje, bezmoci, úzkostného až depresivního ladění. Psychické vyčerpání se u jedince vyjadřuje negativním postojem k životu a ztrátou schopnosti radovat se ze života. Jde tedy o skupinu specifických příznaků s prokazatelným negativním vlivem na výkon zdravotnické profese (Zacharová, 2008, s. 41). Kebza a Šolcová (2003, s. 38) se ve své publikaci s tímto poznatkem shodují a uvádějí, že „*syndrom vyhoření v české praxi není dosud chápán jako diagnostická kategorie, není klasifikován jako choroba z povolání, přestože se jedná o skupinu specifických symptomů. Syndrom má prokazatelný negativní vliv na pracovní výkon*“. Profesní faktory významně vedoucí k syndromu vyhoření jsou nedostatek personálu, práce pod tlakem, nutnost celoživotního vzdělávání, vysoká odpovědnost a každodenní kontakt s bolestí a smrtí. Z hlediska prevence syndromu vyhoření jsou důležité čtyři profesní hodnoty:

- Touha být obětavou sestrou.
- Touha být schopnou sestrou.
- Snaha být dobře ohodnocena za vykonanou práci.
- Snaha mít jako zdravotnický pracovník klidné svědomí (Špirudová, 2015, s. 43).

2.4.3 Hodnocení psychické zátěže

Psychická pracovní zátěž se hodnotí na základě subjektivního posuzování jednotlivce. Metody jsou založené na psychologických výkonových testech, které poskytují informace o stavu centrálního nervového systému zatíženého psychickou pracovní zátěží. Další možností hodnocení jedince jsou psychofyziologické metody, které sledují fyziologické parametry organismu, např. změny dechové a srdeční frekvence, krevního tlaku a hormonální parametry na úrovni hypofýzy a nadledvinek (Vévoda, 2013, s. 88).

Sledování a hodnocení psychické pracovní zátěže je možné i na základě strukturovaných dotazníků. Jedním z nich je dotazník hodnocení pracovních podmínek, který posuzuje vztah mezi zdravotním stavem jedince a pracovními podmínkami daného pracoviště. Mapuje oblasti týkající se monotónnosti práce, časového a pracovního tlaku, intenzity práce, směn, pracovní prostředí, riziko ohrožení zdraví a další (Hladký, Žídková, 1999, s. 18).

Pracovní zátěž se negativním způsobem podílí také na vzniku duševních a neurotických poruch. Tyto potíže hodnotí dotazník N-5 a závěrem je zvýšená citlivost jedince k neurotickým příznakům (Hladký, Žídková, 1999, s. 21). Dlouhodobé a neřešené potíže různé intenzity mohou skončit vznikem syndromu vyhoření, je tedy nezbytné vyhledat odbornou pomoc v podobě psychoterapie nebo jiné alternativy léčby. Problémy v psychické pracovní zátěži musí být řešeny ze strany zaměstnance i ze strany zaměstnavatele. Ve zdravotnickém zařízení na úrovni možnosti pomoci v rámci organizace a jejich spolupráce s psychologem, psychiatrem nebo pracovnělékařské služby. Je možné využít krizová centra, linky důvěry nebo různé programy podpory (Venglářová, 2011, s. 39).

Subjektivní vnímání pracovních podmínek zjišťuje Meisterův dotazník. Tento typ dotazníkového šetření je určený pro pracovní skupiny vykonávající stejné nebo podobné zaměření práce. Dotazník je jednoduchý a spolehlivý. Výsledkem jsou specifické problémy dané skupiny (Hladký, Žídková, 1999, s. 25).

2.5 Prevence fyzického a psychického vyčerpání

„Kdo se neumí postarat o sebe, nebude se pořádně umět postarat o druhé.“

Slova významného amerického psychologa a psychiatra minulého století Harryho Stack Sullivana přímo vystihují obsah následující kapitoly této diplomové práce. Harry Stack Sullivan je považován za tvůrce interpersonální psychoterapie, která se zabývá mezilidskými vztahy. Celková osobnost člověka je podle Sullivana tedy dotvářena v průběhu života danými vzorci mezilidských vztahů. V případě zdravotnictví a pomáhajících profesí se traduje příhoda přímo od profesora Sullivana, který jednou kolem poledne při kontrole svého oddělení potkal na chodbě mladou lékařku a zdvořile se jí zeptal, zda je už po obědě. Odpovědi se mu dostalo záhy. *„Ne, ještě jsem nebyla, musím se nejprve postarat o pacienty.“* *„Tak to mně řeknete ještě jednou a na mém oddělení jste skončila.“* *„Doktor, který se neumí postarat sám o sebe, není zárukou, že se postará o druhé,“* reagoval na kolegyni Sullivan. Ať už je tento příběh pravdivý, nebo smyšlený, skrývá velmi důležitou věc – podstatu veškeré péče o druhé. Máme-li pečovat o druhé, musíme umět pečovat sami o sebe, jelikož když nejsme fyzicky ani psychicky v pořádku, něco bude chybět v tom, co děláme pro druhé (Honzák, 2015, s. 37).

Péče o sebe sama může mít mnoho podob a bývá ovlivněna iniciativou a individualitou každé zdravotní sestry. Jmenujme např. péči o tělesné a duševní zdraví, odpočinek, spánek, vhodné stravování nebo také péči o vlastní vzhled. Ve zdravotnické profesi proto nejde jen o vysokou odbornost a kvalitně odvedenou práci zdravotní sestry, ale o stav jejího duševního zdraví a přátelského vztahu v pracovním kolektivu (Křivohlavý, Pečenková, 2004, s. 9).

2.5.1 Tělesné zdraví

Tělesné zdraví je předpokladem spokojeného a aktivního života. Zdravé tělo poskytuje základ pro zvládání stresových situací a má vliv na duševní život. Pro zachování zdraví je důležité tělesné cvičení, všeobecně pohyb našemu organismu nesmírně prospívá. V dnešní době stále více prosazovaná chůze a procházky na čerstvém vzduchu přináší radost ze života, nemusíme nutně vykonávat vrcholový sport. Vhodnou alternativou pro posílení těla a mysli je jóga. Jóga dosahuje optimálního tělesného a duševního zdraví a pozitivně ovlivňuje osobnost člověka. Často bývá doplněna dechovými cviky a relaxačními technikami. Relaxace znamená uvolnění napětí svalů, urovnání si myšlenek a vnitřních tenzí, které na nás negativně působí. Nenáročnou a velmi rozšířenou relaxační technikou je Schultzův autogenní trénink. Tato relaxace střídá pocit klidu s pocitem tíhy celého těla, pocitem tepla a celkového uklidnění organismu. Provádět se může vsedě nebo vleže, v klidném prostředí a se zavřenýma očima (Křivohlavý, Pečenková 2004, s. 23).

Další možností relaxace je tzv. Jacobsonova progresivní relaxace. Při tomto cvičení dochází k uvolnění svalového napětí a následně ke zmírnění psychického neklidu. Relaxace je časově náročná a vhodná pro těžké formy fyzické a psychické tenze (Honzák, 2015, s. 74). Tělesné zdraví je do jisté míry ovlivněno životním stylem, stravováním, potřebou spánku a odpočinku. Umění odpočívat, dobře spát a kvalitně se stravovat je stejně důležité jako potřeba se odpovědně realizovat ve své profesi (Křivohlavý, Pečenková, 2004, s. 17).

2.5.2 Duševní zdraví

Duševní zdraví je psychická pohoda, schopnost člověka mít radost ze života, užívat si život a zároveň být odolný vůči okolním stresovým faktorům. Udržování duševní pohody a zdraví vede k plnohodnotnému a naplněnému životu. Následkem uspěchaného životního stylu často dochází k překročení snesitelné meze člověka a vzniku méně či více závažných duševních onemocnění. Péči o duševní zdraví se těmito potížím snažíme předcházet nebo zcela vyhnout. Americký psycholog Thomas Moore ve svých studiích zaměřených na péči o duši napsal:

„Velkou nemocí 21. století, která se projevuje v našich obtížích i těžkostech a která se každého z nás osobně dotýká, je, ztráta duše‘. Když je péče o duši zanedbávána, duše neumírá. Toto zanedbání se projeví v celé řadě příznaků: ve zlosti a vzteku, v násilí, agresivitě, holdování drogám a ve ztrátě smysluplnosti života.“

Péče o duši zahrnuje ohleduplnost k vlastním myšlenkám, pocitům a představám o svém životě a pochopení různých skutečností a ostatních lidí. Správnou péčí o duševní „já“ rozhodujeme, jakou osobností jsme a jakou teprve budeme. Pozitivní vztah k sobě dává předpoklad klidnému a vyrovnanému životu (Křivohlavý, Pečenková, 2004, s. 15).

Další možné techniky způsoby relaxace těla a duše:

Biblioterapie – jde o léčbu psychických poruch doporučenou četbou literatury, následně by mělo dojít ke zlepšení myšlení pozitivním směrem. Všeobecně četba knih rozvíjí představivost, zajímavé téma nás pohltí a vlastní duševní činnost má blažený vliv na naše duševní zdraví a odpočinek těla (Křivohlavý, Pečenková, 2004, s. 26).

Aromaterapie – tradiční metoda dávných egyptských dob, která k uvolnění využívá éterické oleje a vonné látky z rostlin. Éterické oleje přírodního původu používáme koncentrované, vysoká dávka může působit i toxicky. K aromaterapii využíváme vonné svíčky, směsi do horké koupele a je vhodné ji doplnit masáží celého těla. Jmenujme např. levandulový olej, který má zklidňující účinek, a tymián s jasmínem povzbuzující náladu (Venglářová, 2011, s. 69).

Muzikoterapie – tělo i mysl jsou uvolněné srdci blízkou hudbou. Nejen poslech hudby, ale také rytmus vnímá celé naše tělo. Venglářová (2011) uvádí blahodárně působící barokní hudbu od Bacha a Vivaldiho.

Uklidňující vliv barev – barvy představují druh energie, která různým způsobem ovlivňuje funkci organismu. Modrá, zelená a růžová přináší klid a pohodu. Červená, žlutá a oranžová stimulují a dodávají pocit síly. Naši psychiku ovlivňuje barva oblečení, malba v domácnosti, ale i ve zdravotnickém zařízení.

Akupunktura – léčebná metoda čínské medicíny založená na principu vpichování speciálních jehliček do kůže. Místa aplikace odpovídají orgánům lidského těla. Tlakem na tyto body dochází k příznivému působení na organismus a alternativní léčbě daného onemocnění (Venglářová, 2011, s. 70).

Emoční ventilace – emoční ventilací rozumíme vypovídání se z vnitřního napětí a následné snížení negativního emocionálního tlaku. Osobní setkání a komunikace s přáteli a rodinou patří k základním kamenům naší duševní hygieny. Vyšším stupněm vypovídání se je návštěva psychologa. V opačném případě můžeme ventilovat své emoce pomocí tužky a papíru. Někteří lidé lépe uvolní své pocity nepřátelství nebo nenávisti zápisem na papír nebo kresbou (Křivohlavý, 2010, s. 36).

Imaginace – relaxační metoda založená na představivosti a fantazii člověka. V mysl si vyvoláme určitý obraz spojený s reálným zážitkem, ve kterém jsme se cítili dobře. Dochází k vnitřnímu klidu a uklidnění negativních emocí. Jde o formu snění a blahodárné duševní hygieny (Křivohlavý, 2010, s. 46).

Životní cíle a stanovení hranic – bez životních plánů a cílů životem bloumáme. Přichází nepříjemné pocity vyhoření, frustrace, ztráty smyslu života a smutku. Většina lidí neví, co od života vlastně chtějí. Výstižné je v tomto případě jedno moudré přísloví: „*Pokud nevíš, kam pluješ, není ti žádný vítr dobrý*“. V profesi zdravotní sestry jde o cíle krátkodobé, celoživotní nebo osobní snahy, příkladem může být studium vysoké školy, specializační studium nebo kariérní růst. Je žádoucí stanovit si žebříček důležitosti úkolů a cílů, nezapomínat na odpočinek a radost z maličkostí. I malé cíle dávají vzniknout cílům velkým (Křivohlavý, 2010, s. 55).

Sebepoznávání a sebehodnocení – cesta zdravotní sestry k porozumění chování různých pacientů je poznání sebe sama. Sebepoznání je celoživotní uvědomování si dobrých vlastností a svých schopností, ale také nedostatků a životních útrap, ve kterých se nacházíme nebo jsme se v minulosti nacházeli. Součástí je pravidelná reflexe sebe sama, sebereflexe jsou myšlenky, jakým způsobem jednáme, a introspekce, kterou vnímáme a pozorujeme své chování v dané situaci. Během sebepoznávání přichází sebehodnocení. Kladný postoj k sobě zvyšuje sebevědomí, sebedůvěru a přispívá k fyzické a psychické pohodě. V případech vyhoření nebo náročné životní situace se sami dozvídáme o své odolnosti, emocích a hranicích (Venglářová, 2011, s. 35–36).

Vděčnost – je momentem radosti a uznání od druhých lidí. Vděčnost zvyšuje míru pozitivního sebehodnocení. Zvyšuje pocit životní pohody, zlepšuje spánek, zvyšuje radost ze života a motivaci něco dělat a pečovat o naše zdraví. Zdravotní sestry se ve své praxi setkávají spíše s opakem vděčnosti. Nevděčnost přináší smutek a frustraci z nenaplněných potřeb. Není třeba velkých darů a gest, budme vděční za „běžný“ život (Křivohlavý, 2010, s. 73–76).

Empatie – slovo řeckého původu, kterým rozumíme schopnost vcítit se do myšlení, pocitů, jednání a chování druhých lidí. V praxi jde o pochopení, porozumění a emocionální ztotožnění s druhým člověkem, pochopení jeho myšlenkových pochodů a toho, co očekávají. Součástí empatie je schopnost naslouchat. Empatie je základem vlastností člověka v pomáhajících profesích. Důležitost vidíme v každodenní ošetrovatelské praxi při komunikaci s pacientem nebo například v případech, kdy lékař informuje pacienta o nepříznivém stavu. Vždy bychom měli vidět svět jeho očima. Nepopírat v sobě harmonii lidství. Pravidlem bývá, že když si projdeme těžkou životní zkouškou, lépe chápeme podobné zážitky a emoce s nimi spojené (Křivohlavý, Pečenková, 2004, s. 41).

Odpuštění – je záměrným činem, který ukončuje křivdu nebo tíživou situaci a postupně obnovuje vztah mezi lidmi. K odpuštění nedochází ihned, je potřeba změnit pohled na danou situaci. Vnitřní touha zbavit se negativních emocí je výsledkem pokoje a klidné duše ukřivděného. Odpouštět je důležité. Lidé dělají chyby s úmyslem ublížit nebo zcela neúmyslně. Vždy je třeba přemáhat sebestřednost a podporovat pozitivní emoce v našem životě (Křivohlavý, Pečenková, 2004, s. 44).

Péče o osobní život – důležitým zdrojem energie a naplněného života je nezapomínat v množství pracovních povinností na osobní život a vztahy v rodině. Neměli bychom zapomínat na naše záliby a koníčky, je potřebné věnovat se něčemu, co nás těší a obohacuje náš život, dopřát si klid a ticho, nezapomínat na heslo „práce patří do práce“, umět odpočívat, když jsme unaveni. Chybou bývá odpočinek, až když máme čas, většinou si čas odpočívat nenajdeme. Čas od času se zastavme a odpovězme si na otázky spokojenosti života a případně přehodnotme naši dosavadní pracovní i osobní cestu životem (Venglářová, 2011, s. 36–38).

2.5.3 Asertivní chování

Jedním z nejdůležitějších pilířů kvalitní péče a léčby ve zdravotnictví je asertivní způsob chování a komunikace. Moderní ošetrovatelství přímo vyžaduje od zdravotnického personálu správné techniky komunikace (Křivohlavý, Pečenková, 2004, s. 76).

Jobánková (in Zacharová, 2011, s. 247) definuje asertivitu jako způsob komunikace přiměřeně a upřímně vyjadřovat pozitivní i negativní názory bez porušování práv druhých i svých. Asertivní člověk jasně a přesně definuje své myšlenky, zároveň druhým naslouchá a je ochoten přistoupit ke kompromisu.

Asertivní jednání je vytváření pohody a laskavosti kolem sebe, rozvoj přátelských vztahů s respektem slušného chování. Komunikace s lidmi je uvolněná, klidná a otevřená dalším argumentům (Zacharová, Čížková-Hlobilová, 2011, s. 247). Význam slova je převzat z anglického překladu „to assert“ a znamená prosazovat a uplatňovat. V asertivní komunikaci nic nepředstíráme, uvědomujeme si své emoce a postoje a dokážeme si stát za svým. Cílem asertivního jednání je nalézt odpovídající kompromis a zároveň uznání neobhájitelných argumentů druhých lidí a následný návrh řešení dané situace. Mezi základní prvky asertivity patří schopnost říkat „ne“, a to bez pocitu viny. V případě pacienta využíváme tento způsob jednání méně. Podstatou je vyjadřovat vlastní emoce přiměřeným způsobem, neříkat „ano“, když chceme říct „ne“, schopnost požádat o pomoc, mít svůj postoj a názor, nevysvětlovat, proč jsem se tak či onak rozhodl, přijímat odmítnutí a opačné názory s odpovídajícím sebevědomím a umět chválit druhé i sebe (Honzák, 2015, s. 188).

„Cílem asertivního postupu je zlepšení vlastních pozic ve světě, ne však na úkor druhých.“
(Honzák, 2015, s. 187)

2.5.4 Supervize

Další metodou vhodnou k vyrovnání se s fyzickou a psychickou zátěží zdravotnické profese je supervize. V poslední době velmi často skloňované slovo v pomáhajících profesích. Supervize je kontakt s pracovníkem nebo zdravotnickým týmem za účelem poskytování kvalitní péče. Jedná se o systematickou péči o pracovníky, kteří jsou trvale vystaveni fyzickým nebo psychickým zatěžujícím situacím. Bolest, utrpení a negativní emoce pacienta nepříznivě ovlivňují duševní zdraví a profesní rozvoj zdravotnického personálu. Je pomůckou pro hledání nových postupů, nápadů v ošetrovatelské praxi, předávání si zkušeností a dovedností z pracovní činnosti. Počátky supervize jsou datovány do padesátých let 20. století, kdy maďarský lékař Michael Balint (1896–1970) pořádal semináře zaměřující se na vztah lékaře a pacienta. Mezi základní podmínky úspěšné supervize patří vytvoření bezpečného a přátelského prostředí, ochota naslouchat a respektovat názory druhých. Supervizor nekritizuje a neponižuje, otevírá téma k diskusi jednotlivce nebo celého týmu. Supervize poskytuje pracovníkům oporu v pracovních potížích, zlepšuje atmosféru na pracovišti a dává návod k dalšímu rozvoji osobnosti zdravotníka (Venglářová, 2013, s. 12–15). Supervizor je rádce, školitel a profesionál poskytující pohled zvenčí. Pracuje v rámci zdravotnického zařízení nebo je externě najímán danou organizací v případě potřeby nebo v pravidelných intervalech.

Supervizorem může být psycholog, staniční sestra, vrchní sestra, ale i kolegyně. Nejčastější témata individuální nebo skupinové supervize jsou vztahy, etika, komunikace, kompetence, vzdělávání, platové podmínky, mimořádné události (např. agresivní chování pacienta nebo napadnutí pacientem, prevence syndromu vyhoření atd.). Pokud se objeví problémy v soukromé oblasti, je vhodné doporučit individuální psychoterapeutickou péči. Supervize však není všemocná, záleží na každém, zda využije možnost rozvoje a popř. nové cesty (Venglářová, 2011, s. 155–156).

2.5.5 Teambuilding

Teambuilding je pomůckou rozvoje a vzdělávání mimo pracoviště se zaměřením na tvorbu týmové spolupráce, komunikace a schopností překonávat překážky. V minulosti byl využíván převážně v managementu a vyšších pozicích, postupně se jeho vliv dostával do menších pracovních skupin. Slovo teambuilding je anglického původu, do českého jazyka se nepřekládá. V doslovném překladu přesně vystihuje jeho filosofii, znamená tedy tým a budování. Teambuilding je nová metoda podpory týmu, vytváří pocit jistoty mezi pracovníky, tím ovlivňuje mezilidské vztahy, důvěru, spolehnutí se jeden na druhého, ale i schopnost efektivně řešit vzniklé problémy a konflikty. V poslední době stále více proniká do zdravotnictví, kde se neustále zvyšují nároky na pracovní kolektivy. Nejčastějšími problémy ve zdravotnickém kolektivu bývají rivalita mezi spolupracovníky, neefektivní komunikace, nesoulad ve společný cíl a náročnost zdravotnické profese. Využívané teambuildingové metody jsou například metody podporující rozhodování a spolupráci, komunikační nácviky, řešení konfliktů, skupinové nácviky a zážitkové hry vedoucí ke společnému cíli a ventilace emocí. Cílem je zpětná vazba prožitků a pochopení daného teambuildingového cíle. Obrovský potenciál má teambuilding v prevenci syndromu vyhoření, vyčerpání a frustrace zdravotnických pracovníků. Je vhodný pro skupiny 8–12 lidí, více lidí se nedoporučuje, jelikož menší skupiny zaručí zapojení všech členů týmu. Většina zdravotnických zařízení využívá teambuildingové programy určené přímo „na tělo“. Příkladem teambuildingové aktivity je sjezd řeky se zavřenýma očima, což posiluje soudržnost týmu, nebo zážitkový pobyt na horách či v přírodě s cílem hodnocení schopností jednotlivce nebo týmu v náročných situacích (Venglářová, 2011, s. 170–175).

Závěrem vkládám několik citátů k zamyšlení se a k podpoře duševní hygieny zdravotních sester (Křivohlavý, 2010).

„Kdo nemá proč žít, nenachází ani moudrý způsob pro to, jak žít.“

Viktor E. Frankl

„Vděčnost je žebřík do nebe.“

Ronald Leonhardt

„Chceš-li odměnu za dobrý skutek? Dostalo se Ti jí v podobě radosti, kterou jsi při jeho vykonávání prožíval.“

Moudrost z Dálného východu

„Opravdové uzdravení znamená mít pokoj v srdci a pokud možno i trochu radosti.“

Roger Schutz

„Naučte se odpouštět a netrapte se do smrti s tím, kdo Vám co udělal – život je krátký.“

Z desatera o moudrém postoji k životu

3 PRŮZKUMNÁ ČÁST

Před začátkem teoretické a průzkumné části diplomové práce byly stanoveny cíle, výzkumné otázky a hypotézy diplomové práce.

3.1 Cíle diplomové práce

1. Zmapovat specifika fyzické zátěže u sester pracujících v intenzivní péči.
2. Zjistit míru fyzické a psychické zátěže u sester pracujících v intenzivní péči.
3. Prokázat nebo vyvrátit závislost mezi délkou praxe a mírou fyzické a psychické zátěže, které jsou sestry v intenzivní péči vystaveny.
4. Potvrdit nebo vyvrátit výskyt zdravotních obtíží, které souvisejí s výkonem práce zdravotní sestry.
5. Zjistit a porovnat fyzickou a psychickou zátěž sester pracujících na ARO a JIP na základě Meisterova dotazníku.

3.2 Výzkumné otázky

1. *Jaká se vyskytují specifika fyzické zátěže u sester pracujících v intenzivní péči?*
2. *Jaká je míra fyzické a psychické zátěže u sester pracujících v intenzivní péči?*
3. *Bude délka praxe souviset s mírou fyzické a psychické zátěže, které jsou sestry v intenzivní péči vystaveny?*
4. *Budou se na zmíněných odděleních vyskytovat zdravotní obtíže související s výkonem práce zdravotní sestry?*
5. *Jak se liší fyzická a psychická zátěž sester pracujících na ARO a JIP na základě Meisterova dotazníku?*

3.3 Hypotézy diplomové práce

Hypotéza č. 1

H₀: Míra subjektivně vnímané psychické zátěže se u sester pracujících na ARO a JIP neliší.

H_A: Míra subjektivně vnímané psychické zátěže se u sester pracujících na ARO a JIP liší.

Hypotéza č. 2

H₀: Míra subjektivně vnímané fyzické zátěže se u sester pracujících na ARO a JIP neliší.

H_A: Míra subjektivně vnímané fyzické zátěže se u sester pracujících na ARO a JIP liší.

Hypotéza č. 3

H₀: Mezi délkou praxe a subjektivním vnímáním fyzické zátěže není závislost.

H_A: Mezi délkou praxe a subjektivním vnímáním fyzické zátěže je závislost.

Hypotéza č. 4

H₀: Mezi délkou praxe a subjektivním vnímáním psychické zátěže není závislost.

H_A: Mezi délkou praxe a subjektivním vnímáním psychické zátěže je závislost.

Hypotéza č. 5

H₀: Výskyt zdravotních obtíží souvisejících s výkonem práce zdravotní sestry se u sester pracujících na ARO a JIP neliší.

H_A: Výskyt zdravotních obtíží souvisejících s výkonem práce zdravotní sestry se u sester pracujících na ARO a JIP liší.

MEISTERŮV DOTAZNÍK

Hypotéza č. 6

H₀: Míra psychické zátěže dle Meisterova dotazníku v dimenzi *přetížení* se u sester pracujících na ARO a JIP neliší.

H_A: Míra psychické zátěže dle Meisterova dotazníku v dimenzi *přetížení* se u sester pracujících na ARO a JIP liší.

Hypotéza č. 7

H₀: Míra psychické zátěže dle Meisterova dotazníku v dimenzi *monotonie* se u sester pracujících na ARO a JIP neliší.

H_A: Míra psychické zátěže dle Meisterova dotazníku v dimenzi *monotonie* se u sester pracujících na ARO a JIP liší.

Hypotéza č. 8

H₀: Míra psychické zátěže dle Meisterova dotazníku v dimenzi *nespecifický faktor* se u sester pracujících na ARO a JIP neliší.

H_A: Míra psychické zátěže dle Meisterova dotazníku v dimenzi *nespecifický faktor* se u sester pracujících na ARO a JIP liší.

Hypotéza č. 9

H₀: Míra psychické zátěže dle Meisterova dotazníku (celkový hrubý skór) se u sester pracujících na ARO a JIP neliší.

H_A: Míra psychické zátěže dle Meisterova dotazníku (celkový hrubý skór) se u sester pracujících na ARO a JIP liší.

3.4 Průběh průzkumu

K získání potřebných dat a dosažení cíle průzkumného šetření byla použita kvantitativní metoda výzkumu. Kvantitativní výzkum představuje sběr a analýzu numerických dat a informací. Statisticky popisuje závislost mezi proměnnými nebo měří intenzitu této závislosti. Nejčastější metodou sběru dat je metoda dotazníková.

Dotazník je soubor předem připravených otázek. Otázky jsou jednoduché, přehledné a snadno pochopitelné. Úvod dotazníku patří nezávislým proměnným, jedná se o informace týkající se pohlaví, věku, bydliště atd. Konkrétně zjišťovaná data řadíme mezi závislé proměnné. Dotazník je zcela anonymní, pokud je uvedeno jinak, je vyžadován písemný souhlas respondentů (Kutnohorská, 2009, s. 21, 41).

Dotazník byl vytvořen v září roku 2020. Po konzultaci s vedoucím diplomové práce byla provedena pilotáž a následně dotazník upraven do nynější podoby. Pilotní průzkum byl proveden u 10 respondentů. Žádný z respondentů neuvěděl problémy s vyplňováním, naopak dotazník hodnotili jako jednoduchý a srozumitelný. Dotazník je anonymní a je rozdělen do dvou částí. První část dotazníku tvoří dotazník vlastní tvorby (viz příloha A), druhou částí je standardizovaný Meisterův dotazník (viz příloha B). Celkově dotazník obsahuje 35 otázek různého charakteru. Dotazník byl vytvořen v textovém editoru Microsoft Word a tištěná forma následně předána mezi respondenty.

První část dotazníku tvoří dotazník vlastní tvorby. Úvod je věnovaný informacím o tématu diplomové práce, způsobu vyplňování dotazníku a jeho anonymitě. Mezi prvními otázkami jsou otázky zjišťující demografické údaje respondentů. Zajímal mě věk, vzdělání, typ oddělení, délka praxe a možné specializační vzdělání v intenzivní péči. Otázky plynule přechází ve specifické informace týkající se fyzické a psychické náročnosti profese respondentů. Zjišťovala jsem zdravotní potíže související s prací, dostatek personálu na oddělení, množství přesčasových hodin, vztah k nadřízeným a způsob relaxace. V dotazníku je využita Likertova škála a otázky uzavřeného, otevřeného a polouzavřeného typu. Celkem jsou data zjišťována v 25 otázkách.

Druhou částí dotazníku je standardizovaný Meisterův dotazník, jež je zaměřen na hodnocení pracovní zátěže. Obsahuje 10 otázek z oblasti psychické pracovní zátěže. Ke každé otázce je uvedeno pět stejných možností odpovědi. Respondent má označit pouze jednu subjektivně vnímanou odpověď. Každá odpověď je bodově hodnocena. Počet bodů z jednotlivých otázek následně vytváří požadované výsledky Meisterova dotazníku. Autorem dotazníku je W. Meister. Poprvé se dotazník objevil v Berlíně roku 1975, standardizován a ověřován byl v letech 1976–1984. V současnosti se používá verze z roku 1987, jež je upravená Alešem Hladkým (Hladký, 1993, s. 78).

Hladký, Židková (1999) uvádějí, že: „*hodnocení zátěže podle této metody má platnost pouze pro zkoumanou skupinu, protože se pracovní skupiny i při podobném charakteru práce od sebe liší sociálně-psychologickými okolnostmi (motivace k práci, stabilita pracovní skupiny, vztahy mezi lidmi, podmínky, v nichž je práce vykonávána)*“ (Hladký, Židková, 1999, s. 39).

Dotazník hodnotí tři faktory:

- I. Přetížení.
- II. Jednostrannost (monotonie).
- III. Nespecifický faktor (stresová odezva).

Součtem příslušných položek (otázek) jsou následně tvořeny hodnoticí faktory.

Vyhodnocení dotazníku:

1. Výsledky se prezentují podle předem daných hodnoticích faktorů (viz tabulka 1).

Tabulka 1 – Faktory pracovní zátěže

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

(Židková, 2013)

2. Výsledky hodnotíme podle jednotlivých položek. Základním předpokladem pro hodnocení je překročení nebo nedosažení kritické hodnoty mediánu. Následně je práce hodnocena negativně nebo v případě nedosažení kritické hodnoty je hodnocení práce kladné.

3. Klasifikace zátěže, je prováděna tak, že se podle předem daných tabulek následně sečtou mediány faktoru I a II. Výsledkem je tendence k přetížení, monotonii nebo kombinace obou těchto faktorů. Úroveň zátěže se prezentuje ve třech stupních (viz tabulka 2).

Tabulka 2 – Klasifikace zátěže

Faktor	Klasifikace zátěže
1	Zátěž, při které není pravděpodobné ovlivnění zdraví, subjektivního stavu a výkonnosti.
2	Zátěž, při které může pravidelně docházet k dočasnému ovlivnění subjektivního stavu, respektive výkonnosti.
3	Zátěž, při níž nelze vyloučit zdravotní rizika.

(Židková, 2013)

V diplomové práci budu hodnotit výsledky skupiny respondentů ARO a skupiny respondentů JIP. Výsledné hodnoty mediánu jednotlivých položek budu porovnávat s kritickým mediánem Meisterova dotazníku. Jednotlivé faktory jsou rozpracovány v kapitole Metodika.

3.4.1 Organizace dotazníkového šetření

Průzkum probíhal v okresní nemocnici Pardubického kraje. Na základě platného formuláře Univerzity Pardubice bylo požádáno o souhlas s provedením dotazníkového šetření. Souhlas byl udělen náměstkyní pro ošetrovatelskou péči Mgr. Gabrielou Medunovou. Dotazník byl také schválen vrchními sestrami příslušných oddělení. V září roku 2021 byly dotazníky prostřednictvím staničních sester předány a rozděleny mezi zdravotnické pracovníky. Průzkumné šetření probíhalo měsíc. Datum ukončení průzkumu a sběru dotazníků bylo stanoveno na začátek října 2021 a bylo oznámeno vedoucím pracovníkům a následně i všem respondentům. Celkem bylo rozdáno 100 dotazníků, z nichž se správně vyplněných vrátilo 94. Návratnost tedy činila 94 %. Pro zpracování praktické části diplomové práce bylo správně vyplněno a použito 94 dotazníků (100 %). Z 50 dotazníků na JIP se vrátilo 46, tj. návratnost činila 92 %. Z 50 dotazníků na ARO se vrátilo 48, tj. návratnost činila 96 %.

3.4.2 Charakteristika průzkumného vzorku

Respondenty jsou vybrané skupiny všeobecných sester pracujících v oboru intenzivní péče. První skupinou jsou sestry pracující na anesteziologicko-resuscitačním oddělení. Do druhé skupiny jsou řazeny sestry z jednotek intenzivní péče chirurgického a interního typu. Dotazníky byly rozděleny rovným dílem mezi tato oddělení. Věková kategorie byla v dotazníku specifikována od 21 let do 60 let a více. Minimální možné vzdělání je středoškolské bez specializace v oboru intenzivní péče, nejvyšší pak magisterské studium.

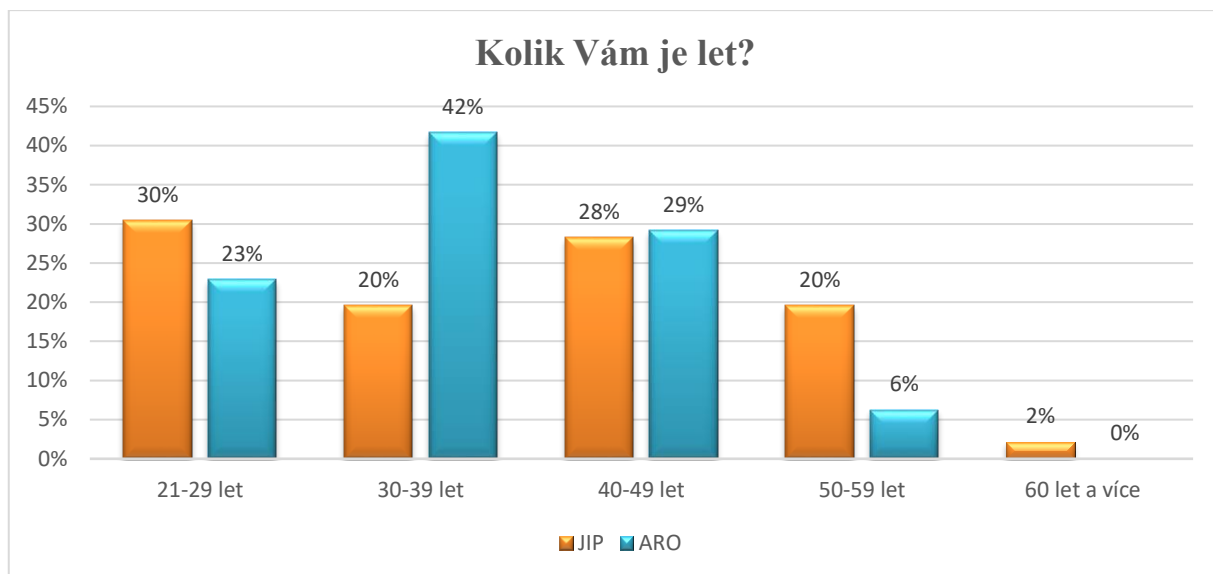
4 METODIKA

Pro všechny položky dotazníku byly vytvořeny sloupcové grafy s relativními četnostmi kategorizované dle oddělení (JIP, ARO). Porovnání ARO a JIP s ohledem na subjektivní míru fyzické a psychické zátěže, skóre Meisterova dotazníku v dimenzi přetížení a celkového skóre Meisterova dotazníku bylo provedeno pomocí Welchova t-testu (normální rozdělení bylo předpokládáno, data byla přibližně symetrická dle Gaussovy křivky). Pro porovnání skupin byly použity popisné statistiky: průměr, směrodatná odchylka, minimum, maximum, jež byly zobrazeny pomocí kategorizovaného krabicového grafu. Porovnání ARO a JIP s ohledem na skóre Meisterova dotazníku v dimenzi monotonie a nespécifického faktoru bylo provedeno pomocí Mann-Whitneyho testu (data byla výrazně asymetrická, tj. normální rozdělení nebylo předpokládáno). Pro porovnání skupin byly použity popisné statistiky: průměr, směrodatná odchylka, minimum, maximum, medián, dolní a horní kvartil, jež byly zobrazeny pomocí kategorizovaného krabicového grafu. Závislost mezi proměnnými na stupnici 1–5 a délkou praxe (ordinální proměnná) byla testována pomocí testu nezávislosti založeném na Spearmanově korelačním koeficientu. Výpočty byly provedeny pomocí programu TIBCO STATISTICA 13, hladina významnosti činila 5 %.

4.1 Popisná statistika – dotazník vlastní tvorby

1. Kolik Vám je let?

Celkový počet respondentů je 94 a jsou kategorizováni podle věku. Graf 1 ukazuje nejvyšší zastoupení respondentů výzkumného vzorku ARO ve věkové kategorii 30–39 let (42 %). Tuto možnost označilo 20 respondentů. Druhou nejčetnější skupinou je 14 respondentů ve věkové kategorii 40–49 let, v grafu zaujímá polohu s 29 %. Další skupinou je 11 respondentů ve věku 21–29 let (v grafu 23 %), následují 3 respondenti (6 %) ve věku 50–59 let, možnost 60 let a více se ve věkové kategorii respondentů nepromítla. Skupina respondentů z JIP zaujímá nejvyšší zastoupení v kategorii 21–29 let, tuto možnost označilo 14 respondentů (30 %). Druhou pozici 40–49 let zvolilo 13 respondentů (28 %). Celkově 9 respondentů je ve věkových kategoriích 30–39 let a 50–59 let, v grafu zaujímají 20 %. Grafické znázornění uzavírá 1 respondent s věkem nad 60 let (2 %). Výsledky jsou také prezentovány v tabulce 3.



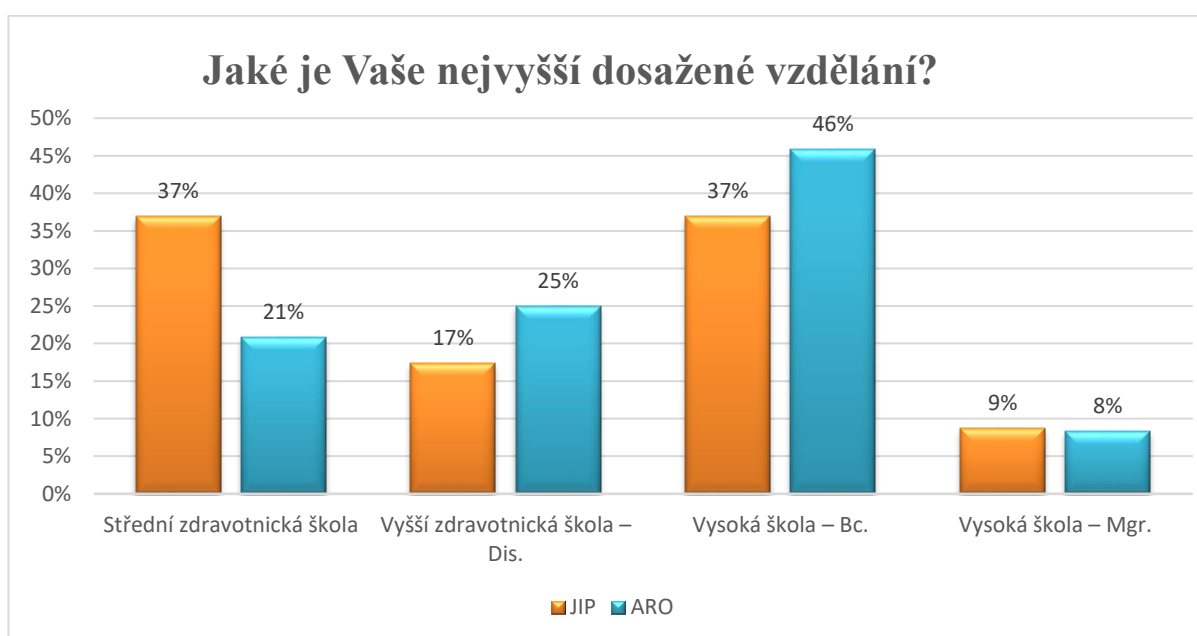
Graf 1 – Kolik Vám je let?

Tabulka 3 – Kolik Vám je let?

Kolik Vám je let?	JIP		ARO	
	Počet	%	Počet	%
21–29 let	14	30	11	23
30–39 let	9	20	20	42
40–49 let	13	28	14	29
50–59 let	9	20	3	6
60 let a více	1	2	0	0

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Z grafu 2 je znatelné, že nejvyšší dosažené vzdělání je bakalářské u 22 respondentů z ARO (46 %). Druhou skupinu tvoří respondenti z JIP, 17 respondentů dokončilo bakalářského vzdělání, stejného počtu jsou respondenti, kteří dosáhli středoškolského vzdělání (37 %). Vyšší zdravotnickou školu označilo 12 respondentů (25 %) ze skupiny ARO. Středoškolské vzdělání zaujímá v grafu 21 %, tedy 10 respondentů této skupiny. Na oddělení JIP uvedlo vyšší zdravotnickou školu 8 respondentů (17 %). Magisterské vzdělání má na tomto oddělení 5 respondentů, v grafu znázorněno 9 %. Tento údaj se téměř shoduje s ARO, zde mají 4 respondenty magisterského vzdělání (8 %). Výsledná data znázorňuje také tabulka 4.



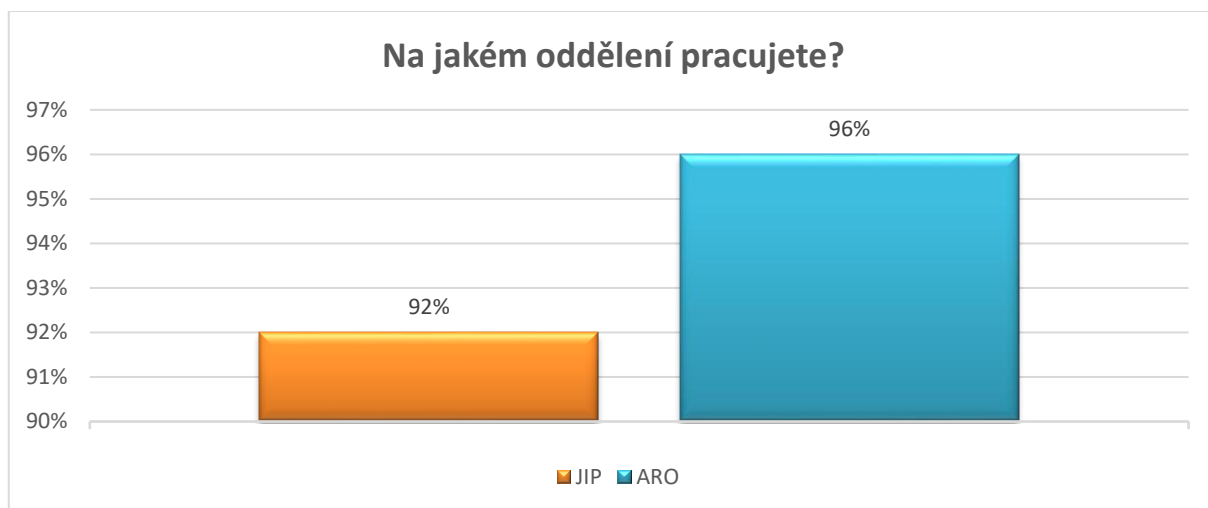
Graf 2 – Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka 4 – Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?	JIP		ARO	
	Počet	%	Počet	%
Střední zdravotnická škola	17	37	10	21
Vyšší zdravotnická škola – Dis.	8	17	12	25
Vysoká škola – Bc.	17	37	22	46
Vysoká škola – Mgr.	4	9	4	8

3. Na jakém oddělení pracujete?

Pro zpracování praktické části diplomové práce bylo správně vyplněno a použito 94 dotazníků (100 %). Z 50 dotazníků na JIP se vrátilo 46, tj. návratnost činila 92 %. Z 50 dotazníků na ARO se vrátilo 48, tj. návratnost činila 96 %. Graf 3 a tabulka 5 dokumentují celkový počet respondentů.



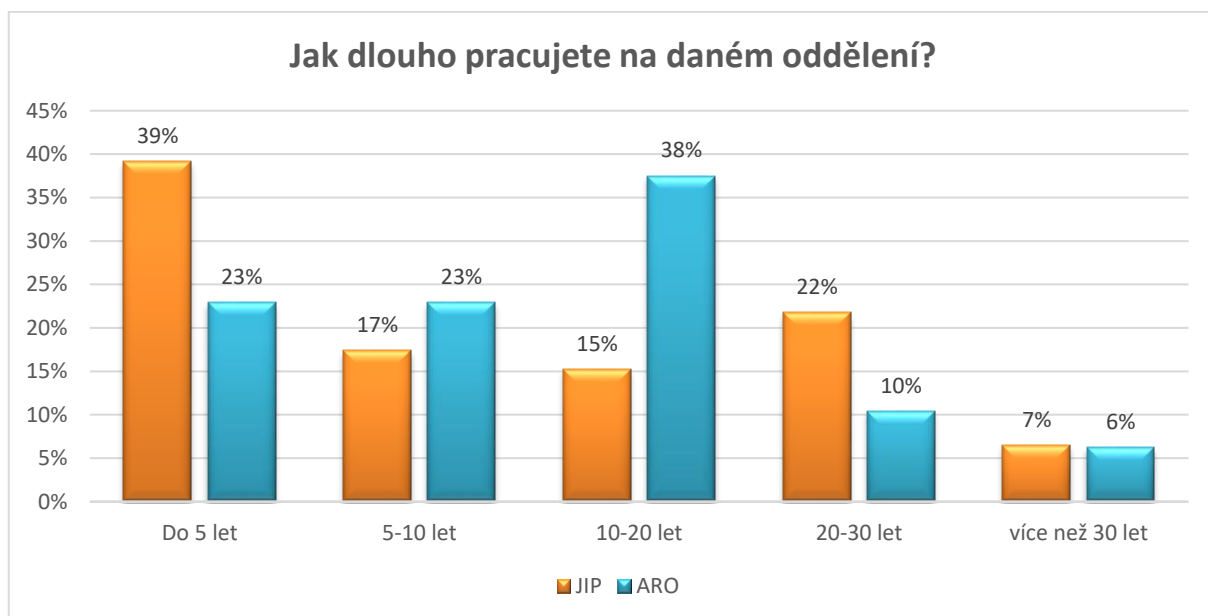
Graf 3 – Na jakém oddělení pracujete?

Tabulka 5 – Na jakém oddělení pracujete?

Na jakém oddělení pracujete?	JIP		ARO	
	Počet	%	Počet	%
	46	92	48	96

4. Jak dlouho pracujete na daném oddělení?

Čtvrtá položka dotazníku se zabývá délkou praxe na daném oddělení. Graf 4 znázorňuje nejvyšší zastoupení ve skupině JIP (39 %), 18 respondentů zde pracuje v rozmezí do 5 let. Druhou nejvyšší skupinou jsou respondenti z ARO, kde celkem 18 respondentů pracuje 10 až 20 let (38 %). Stejný počet respondentů (11) uvedl délku praxe do 5 let a do 10 let (graficky znázorněno 23 %). Ve skupině JIP na druhém místě převažuje 10 respondentů (22 %) s praxí mezi 20–30 lety. Kategorii 5–10 let zvolilo 8 respondentů (17 %) a rozmezí 10–20 let 7 respondentů, což činí 15 %. Poslední skupinou jsou respondenti s mnohaletou praxí, ta se na obou odděleních téměř neliší. Pro doplnění je přiložena tabulka 6.



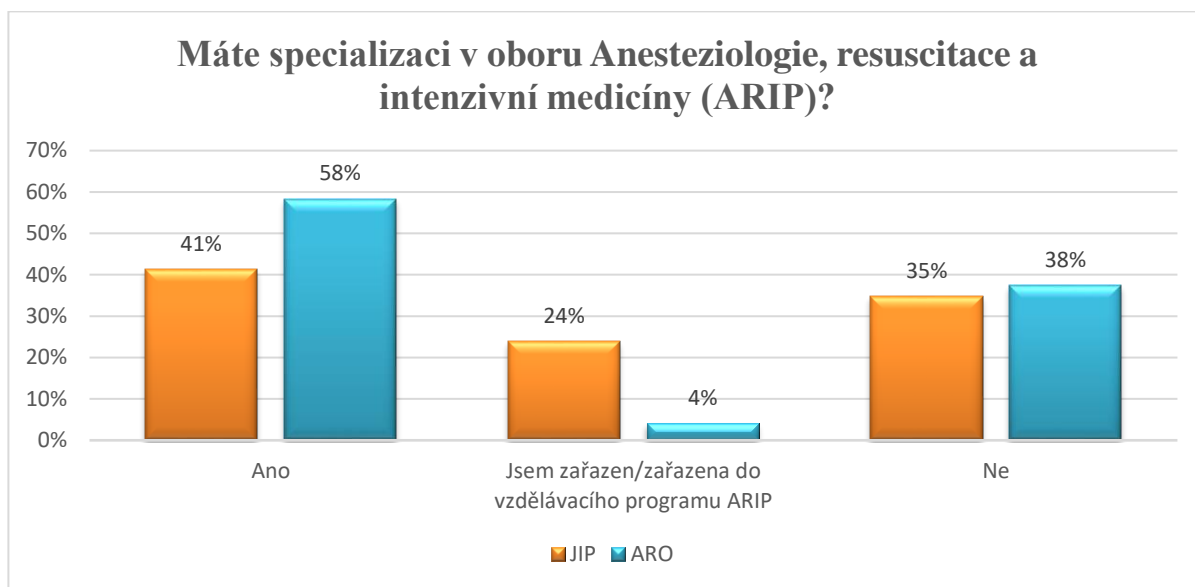
Graf 4 – Jak dlouho pracujete na daném oddělení?

Tabulka 6 – Jak dlouho pracujete na daném oddělení?

Jak dlouho pracujete na daném oddělení?	JIP		ARO	
	Počet	%	Počet	%
Do 5 let	18	39	11	23
5–10 let	8	17	11	23
10–20 let	7	15	18	38
20–30 let	10	22	5	10
více než 30 let	3	7	3	6

5. Máte specializaci v oboru anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny (ARIP)?

Ve skupině ARO jednoznačně převládá 28 respondentů se specializací, což v grafu 5 ukazuje nejvyšší sloupec s 58 %. Druhou nejpočetnější skupinou je 19 respondentů se specializací ze skupiny JIP (v grafu znázorněno 41 %). Bez specializace je téměř shodný počet v obou skupinách respondentů. Zařazeno do studia je 11 (24 %) respondentů z JIP. Z oddělení ARO jsou 2 respondenti zařazeni do studia specializace (4 %). Počet respondentů doplňuje tabulka 7.



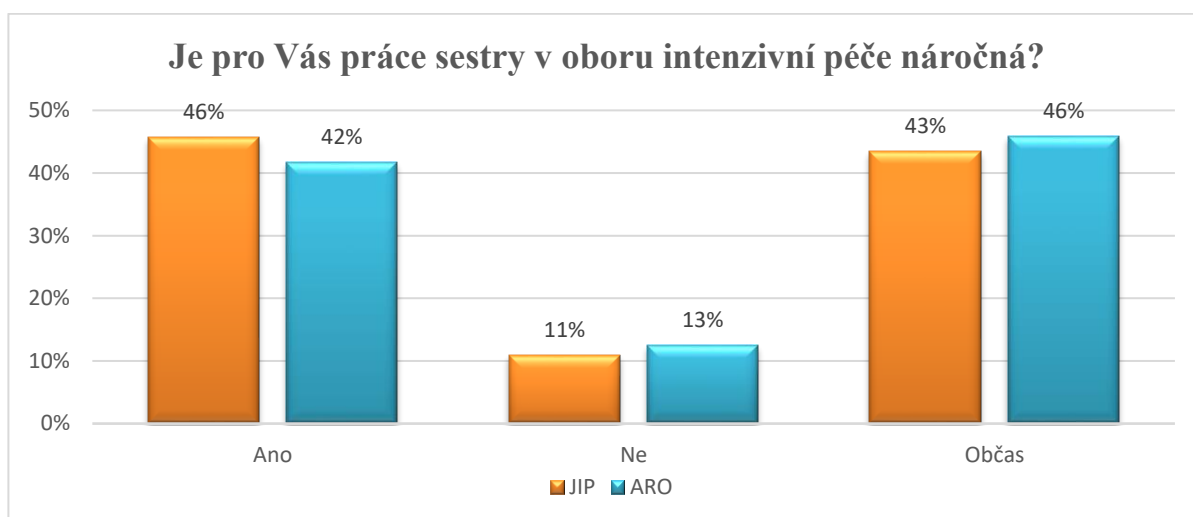
Graf 5 – Máte specializaci v oboru anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny?

Tabulka 7 – Máte specializaci v oboru anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny?

Máte specializaci v oboru anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny (ARIP)?	JIP		ARO	
	Počet	%	Počet	%
Ano	19	41	28	58
Jsem zařazen/zařazena do vzdělávacího programu ARIP	11	24	2	4
Ne	16	35	18	38

6. Je pro Vás práce sestry v oboru intenzivní péče náročná?

Otázka č. 6 je v dotazníku rozdělena do dvou částí. Náročnost profese je zkoumána z fyzického a následně z psychického hlediska. Graf 6 zobrazuje fyzickou náročnost. Na první pohled je patrná shoda obou skupin respondentů. Za fyzicky náročnou považuje svoji práci 46 % respondentů JIP. Dalších 43 % respondentů vnímá fyzickou náročnost občas. Naopak respondenti z ARO uvádí občasnou náročnost ve 46 % a 42 % respondentů považuje svoji profesi za fyzicky náročnou. Poslední skupinou jsou respondenti, kteří svoji práci nepovažují za fyzicky náročnou. Obě oddělení v grafu zaujímají téměř stejné rozložení. Celkové počty respondentů dokumentuje tabulka 8.

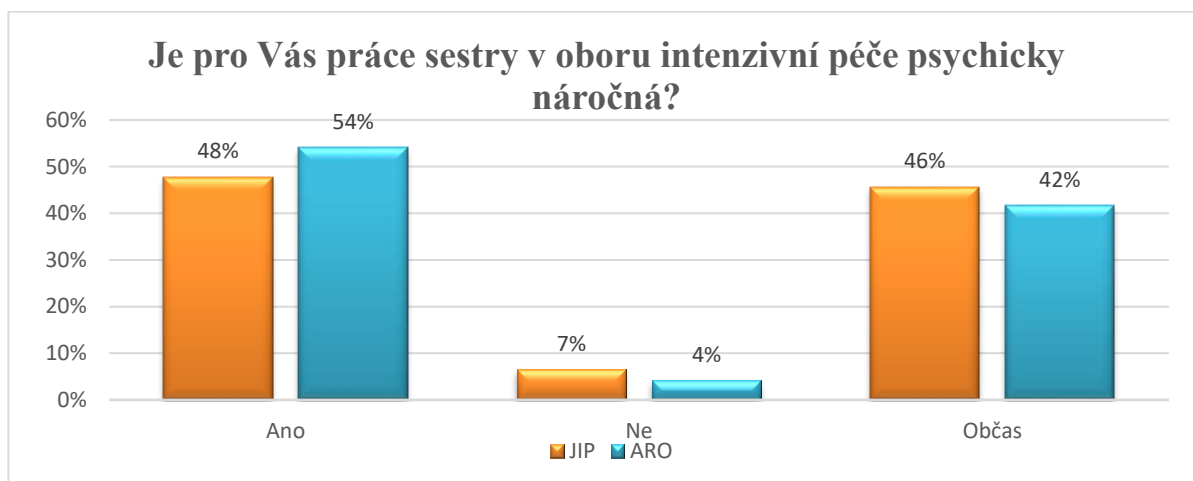


Graf 6 – Je pro Vás práce sestry v oboru intenzivní péče fyzicky náročná?

Tabulka 8 – Je pro Vás práce sestry v oboru intenzivní péče fyzicky náročná?

Je pro Vás práce sestry v oboru intenzivní péče fyzicky náročná?	JIP		ARO	
	Počet	%	Počet	%
Ano	21	46	20	42
Ne	5	11	6	13
Občas	20	43	22	46

Graf 7 prezentuje psychickou náročnost zkoumané práce. Zde je patrná výrazná shoda v odpovědích obou zkoumaných skupin. Psychickou náročnost zvolilo 54 % respondentů z ARO. Náročnost občasná je patrná ze sloupce se 42 %. Skupina JIP se shoduje s psychickou náročností a náročností občasnou. Jako psychicky nenáročnou označilo svoji profesi minimum respondentů. Veškeré naměřené hodnoty přináší tabulka 9.



Graf 7 – Je pro Vás práce sestry v oboru intenzivní péče psychicky náročná?

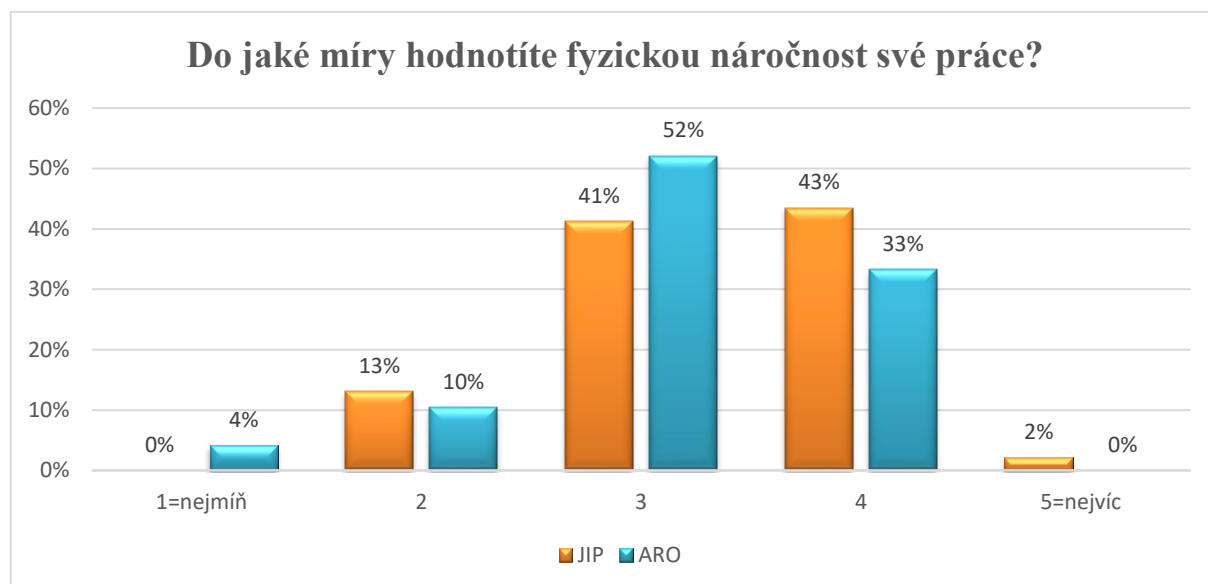
Tabulka 9 – Je pro Vás práce sestry v oboru intenzivní péče psychicky náročná?

Je pro Vás práce sestry v oboru intenzivní péče psychicky náročná?	JIP		ARO	
	Počet	%	Počet	%
Ano	22	48	26	54
Ne	3	7	2	4
Občas	21	46	20	42

7. Do jaké míry hodnotíte fyzickou náročnost své práce?

Položka č. 7 v dotazníku mapovala míru fyzické náročnosti. Respondenti měli subjektivně hodnotit fyzickou náročnost na Likertově škále (1 – běžná zátěž, 2 – mírná zátěž, 3 – střední zátěž, 4 – vysoká zátěž, 5 – velmi vysoká zátěž).

Graf 8 dokumentuje, že respondenti obou skupin hodnotili fyzickou náročnost své práce zátěží střední až vysokou. Konkrétně 25 respondentů (52 %) ze skupiny ARO uvádí míru fyzické náročnosti své profese za střední zátěž a 16 respondentů (33 %) ji označilo jako zátěž vysokou. Respondenti z JIP se kromě 2 % (1 respondent) shodují ve střední až vysoké míře fyzické náročnosti. Tabulka 10 udává přesné počty respondentů.



Graf 8 – Do jaké míry hodnotíte fyzickou náročnost své práce?

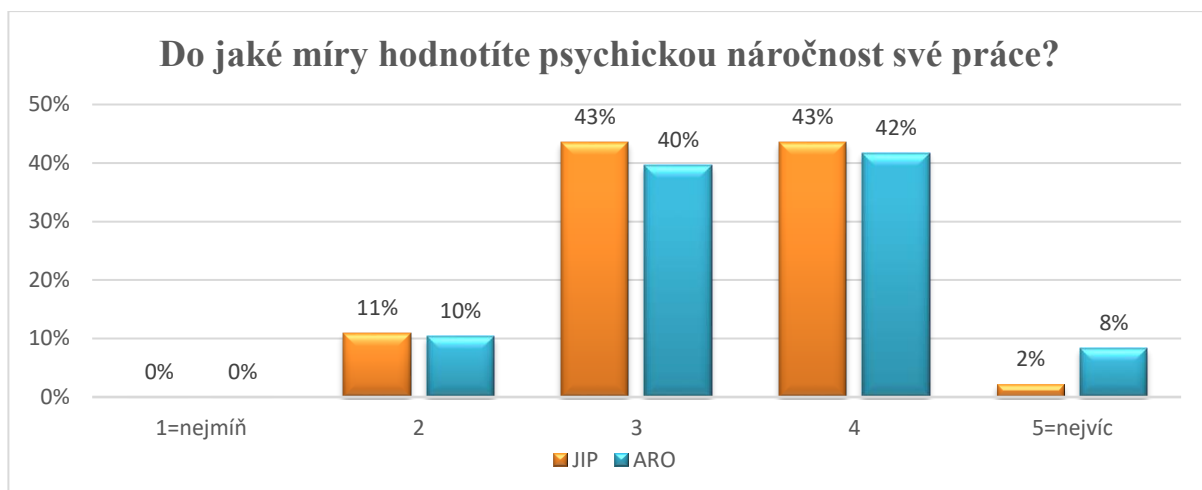
Tabulka 10 – Do jaké míry hodnotíte fyzickou náročnost své práce?

Do jaké míry hodnotíte fyzickou náročnost své práce?	JIP		ARO	
	Počet	%	Počet	%
1 = nejmní	0	0	2	4
2	6	13	5	10
3	19	41	25	52
4	20	43	16	33
5 = nejvíc	1	2	0	0

8. Do jaké míry hodnotíte psychickou náročnost své profese?

Otázka č. 8 se zabývala mírou psychické náročnosti. Stejně jako u předchozí otázky respondenti měli na výběr z Likertovy škály (1 – běžná zátěž, 2 – mírná zátěž, 3 – střední zátěž, 4 – vysoká zátěž, 5 – velmi vysoká zátěž).

Graf 9 znázorňuje střední až vysokou míru psychické náročnosti u obou zkoumaných vzorků. Respondenti skupiny JIP označili ve 43 % střední zátěž, stejný počet respondentů (20) vnímá vysokou psychickou náročnost. Mírnou zátěž označilo 5 respondentů (11 %). Velmi vysokou zátěž uvedl pouze jeden respondent. Respondenti skupiny ARO se s rozdílem 2 % shodují také na střední až vysoké míře psychické náročnosti své profese. Graf 8 zachycuje střední zátěž se 40 % a vysokou zátěž se 42 %. Mírnou zátěž označilo 10 respondentů (10 %). Velmi vysokou zátěž uvedlo 8 respondentů (8 %) této skupiny. Tabulka 11 mapuje kompletní počty respondentů.



Graf 9 – Do jaké míry hodnotíte psychickou náročnost své profese?

Tabulka 11 – Do jaké míry hodnotíte psychickou náročnost své profese?

Do jaké míry hodnotíte psychickou náročnost své práce?	JIP		ARO	
	Počet	%	Počet	%
1 = nejmíň	0	0	0	0
2	5	11	5	10
3	20	43	19	40
4	20	43	20	42
5 = nejvíc	1	2	4	8

9. Máte zdravotní potíže, které souvisejí s výkonem práce zdravotní sestry?

Z Grafu 10 je patrné, že 30 (63 %) respondentů ARO nemá zdravotní potíže související s výkonem své práce. Naopak 16 (33 %) respondentů uvedlo odpověď opačnou – tedy „ano“. Respondenti skupiny JIP se s touto odpovědí shodovali. Variantu „nevím“ zvolilo 6 respondentů (13 %) této skupiny a 2 respondenti (4 %) skupiny ARO. Tabulka 12 dokumentuje celkový počet respondentů.



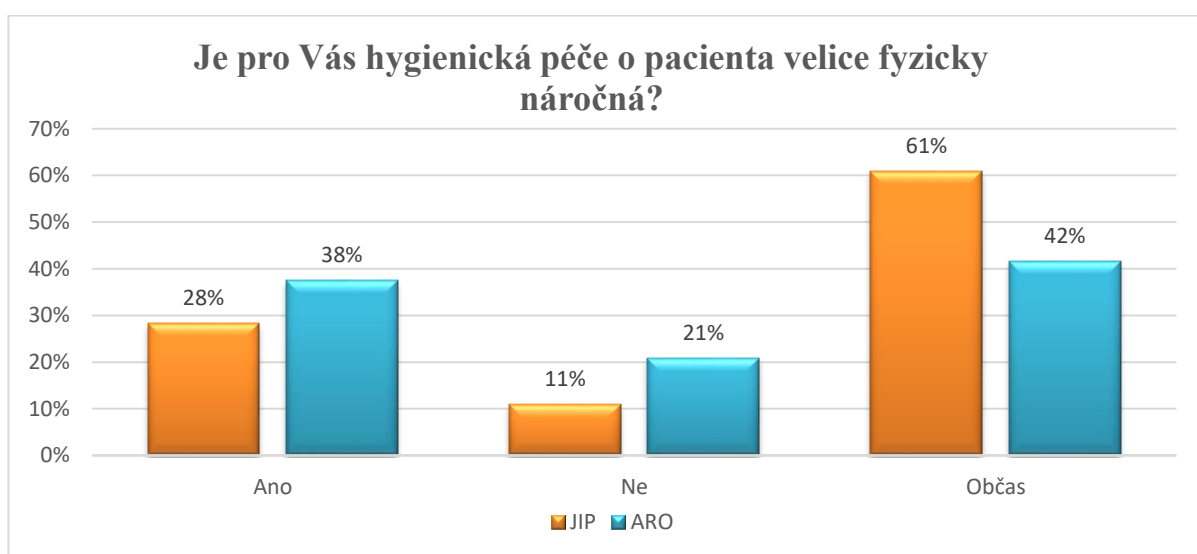
Graf 10 – Máte zdravotní potíže, které souvisejí s výkonem práce zdravotní sestry?

Tabulka 12 – Máte zdravotní potíže, které souvisejí s výkonem práce zdravotní sestry?

Máte zdravotní potíže, které souvisejí s výkonem práce zdravotní sestry?	JIP		ARO	
	Počet	%	Počet	%
Ano	16	35	16	33
Ne	24	52	30	63
Nevím	6	13	2	4

10. Je pro Vás hygienická péče o pacienta velice fyzicky náročná?

Náročnost hygienické péče sleduje graf 11 a tabulka 13. Nejpočetnější skupinou jsou respondenti skupiny JIP, kteří uvedli v 61 % náročnost hygienické péče jako občasnou. Přesný počet respondentů s touto odpovědí je 38. Respondenti skupiny ARO tuto odpověď označili v celkovém počtu 20 respondentů (42 %). Fyzicky náročnou hygienickou péči v dotazníku označilo 18 respondentů (38 %) ze skupiny ARO a 13 respondentů (28 %) z JIP. Náročnost hygienické péče zamítlo 21 % (10 respondentů) z ARO a 11 % (5 respondentů) z JIP. Tabulka 13 zobrazuje komplexní data.



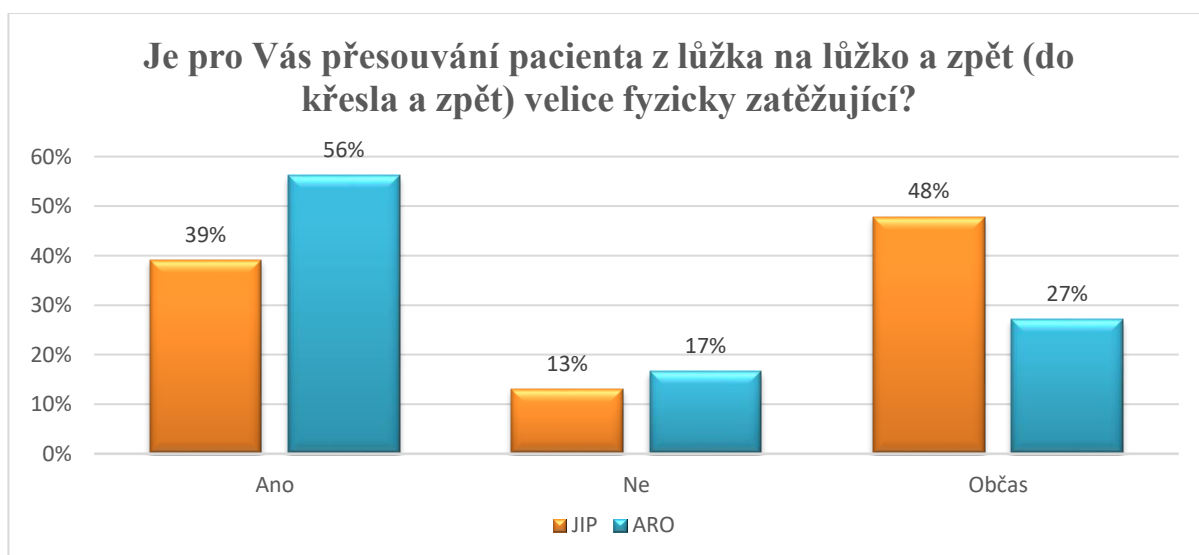
Graf 11 – Je pro Vás hygienická péče o pacienta velice fyzicky náročná?

Tabulka 13 – Je pro Vás hygienická péče o pacienta velice fyzicky náročná?

Je pro Vás hygienická péče o pacienta velice fyzicky náročná?	JIP		ARO	
	Počet	%	Počet	%
Ano	13	28	18	38
Ne	5	11	10	21
Občas	28	61	20	42

11. Je pro Vás přesouvání pacienta z lůžka na lůžko a zpět (do křesla a zpět) velice fyzicky zatěžující?

Graf 12 dokumentuje fyzickou náročnost související s manipulací s pacientem. Z grafického rozložení je patrné 56% zastoupení respondentů ARO. Přesouvání pacienta je pro 27 respondentů této skupiny fyzicky zatěžující. Druhou nejpočetnější skupinou jsou respondenti JIP, kteří vnímají tuto činnost jako fyzicky náročnou pouze občas a v určitých situacích. Tabulka 14 ukazuje, že jde o 22 respondentů (48 %). Respondenti skupiny ARO ji tak posuzují v 27 %, tuto odpověď označilo 13 respondentů. Naopak 18 respondentů (39 %) považuje tuto činnost za velice fyzicky zatěžující. Odpověď „ne“ zvolilo 8 respondentů z ARO (17 %) a 6 respondentů z JIP (13 %).



Graf 12 – Je pro Vás přesouvání pacienta z lůžka na lůžko a zpět velice fyzicky zatěžující?

Tabulka 14 – Je pro Vás přesouvání pacienta z lůžka na lůžko a zpět velice fyzicky zatěžující?

Je pro Vás přesouvání pacienta z lůžka na lůžko a zpět (do křesla a zpět) velice fyzicky zatěžující?	JIP		ARO	
	Počet	%	Počet	%
Ano	18	39	27	56
Ne	6	13	8	17
Občas	22	48	13	27

12. Je pro Vás ošetrovatelská péče o obézniho pacienta velice fyzicky obtížná?

V grafu 13 a tabulce 15 sledujeme obtížnost ošetrovatelské péče o obézniho pacienta. Z grafického rozložení je jasné patrné, že respondenti obou zkoumaných skupin považují ošetrovatelskou péči o obézniho pacienta za velice fyzicky náročnou. Respondenti skupiny ARO hodnotí kladně tuto otázku v 69 %. Z celkového počtu respondentů (48) jich 33 odpovědělo „ano“. S touto odpovědí se shodují respondenti JIP (24) v 52 %. Občasnou obtížnost uvedlo 18 respondentů z JIP (39 %) a 14 respondentů z ARO (29 %). Ošetrovatelskou péči o obézniho pacienta nevidí jako fyzicky náročnou 4 respondenti z JIP (9 %) a 1 respondent z ARO (2 %).



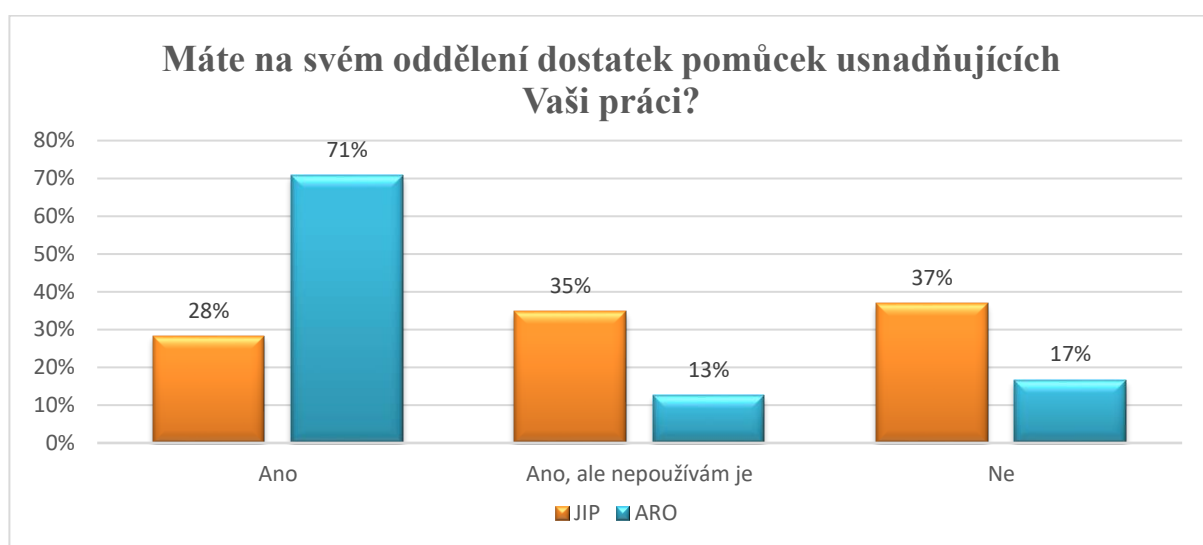
Graf 13 – Je pro Vás ošetrovatelská péče o obézniho pacienta velice fyzicky obtížná?

Tabulka 15 – Je pro Vás ošetrovatelská péče o obézniho pacienta velice fyzicky obtížná?

Je pro Vás ošetrovatelská péče o obézniho pacienta velice fyzicky obtížná?	JIP		ARO	
	Počet	%	Počet	%
Ano	24	52	33	69
Ne	4	9	1	2
Občas	18	39	14	29

13. Máte na svém oddělení dostatek pomůcek usnadňujících Vaši práci?

Graf 14 znázorňuje, že nejvíce respondentů ARO v počtu 34 (71 %) má na svém pracovišti dostatek pomůcek usnadňujících jejich práci. Naopak respondenti JIP uvádí, že pomůcky na oddělení mají, ale nepoužívají je. Tuto odpověď potvrdilo 16 respondentů (35 %). Pouze 13 respondentů (28 %) uvádí dostatečné množství pomůcek usnadňujících jejich práci. V počtu 17 (37 %) hodnotí respondenti JIP vybavenost oddělení nedostatečně. Skupina ARO vnímá tuto skutečnost pouze v 17 %. Nedostatek pomůcek vnímá 8 respondentů. Pomůcky nepoužívá 6 respondentů (13 %). Celková data dokumentuje tabulka 16.



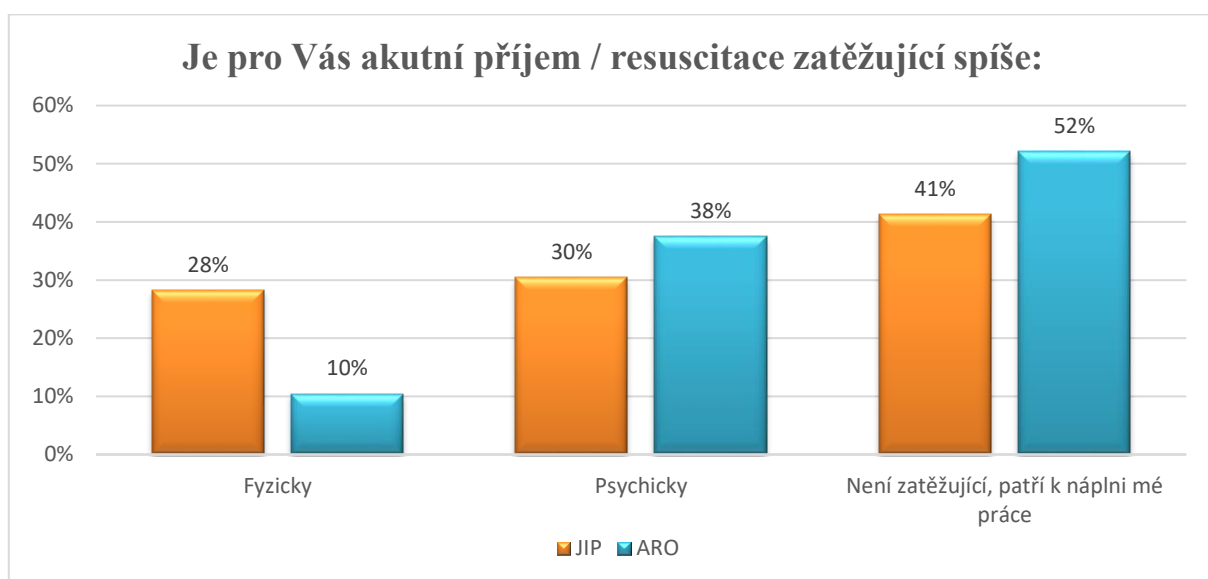
Graf 14 – Máte na svém oddělení dostatek pomůcek usnadňujících Vaši práci?

Tabulka 16 – Máte na svém oddělení dostatek pomůcek usnadňujících Vaši práci?

Máte na svém oddělení dostatek pomůcek usnadňujících Vaši práci?	JIP		ARO	
	Počet	%	Počet	%
Ano	13	28	34	71
Ano, ale nepoužívám je	16	35	6	13
Ne	17	37	8	17

14. Je pro Vás akutní příjem / resuscitace zatěžující?

Otázka č. 14 se zabývala konkrétní situací typickou pro intenzivní péči. Graf 15 přímo vystihuje, že 25 respondentů ARO (52 %) vnímá akutní příjem či resuscitaci jako součást náplně práce a nijak je tyto skutečnosti nezatěžují. Shoda panuje i u 19 respondentů JIP (41 %). Psychickou zátěž prožívá 18 respondentů (38 %) ARO a 14 respondentů JIP (30 %). Fyzickou zátěž z resuscitace nebo akutního příjmu popisuje 13 respondentů JIP (28 %) a 5 respondentů ARO (10 %). Tabulka 17 znázorňuje vypočítaná data.



Graf 15 – Je pro Vás akutní příjem / resuscitace zatěžující?

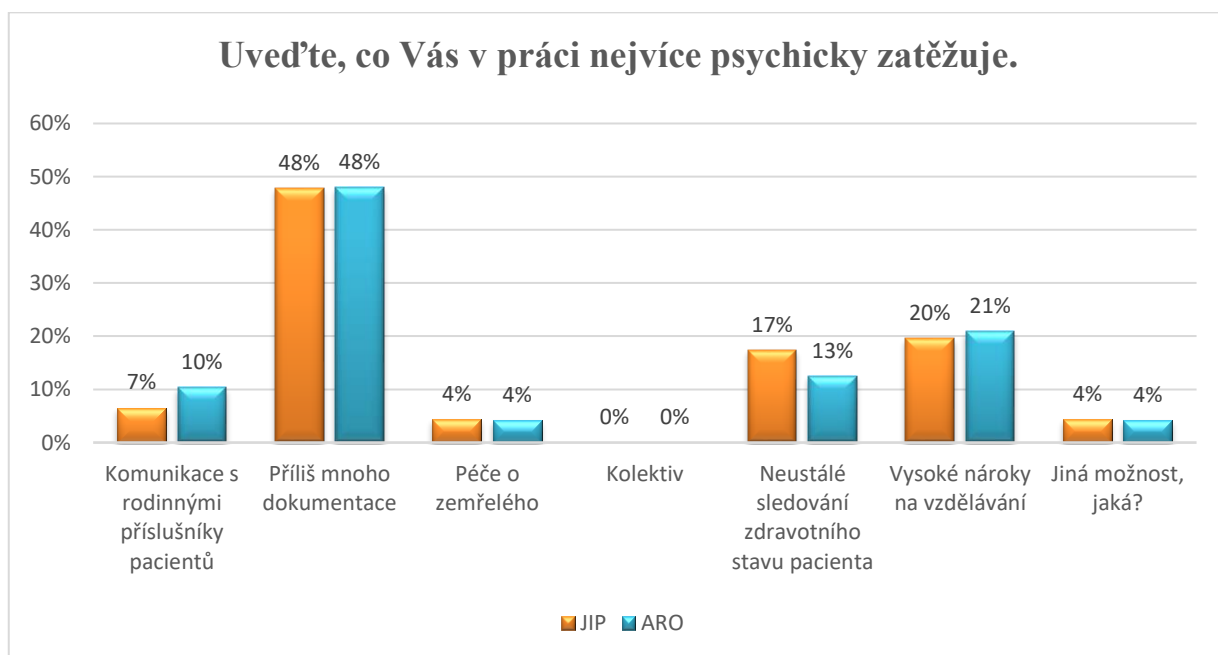
Tabulka 17 – Je pro Vás akutní příjem / resuscitace zatěžující?

Je pro Vás akutní příjem / resuscitace zatěžující spíše:	JIP		ARO	
	Počet	%	Počet	%
Fyzicky	13	28	5	10
Psychicky	14	30	18	38
Není zatěžující, patří k náplni mé práce	19	41	25	52

15. Uveďte, co Vás v práci nejvíce psychicky zatěžuje.

Graf 15 dokumentuje téměř naprostou shodu odpovědí obou zkoumaných vzorků. Psychicky nejvíce zatěžující je pro 23 respondentů ARO (48 %) a pro 22 respondentů JIP (48 %) příliš mnoho dokumentace. Druhou nejčtenější odpovědí jsou vysoké nároky na vzdělávání, audity, e-learning nebo sledování směrnic a nařízení zdravotnického zařízení či oddělení. Psychickou zátěž tímto způsobem vnímá 10 respondentů ARO (21 %) a 9 respondentů JIP (20 %). Třetí pozici obsadilo neustálé sledování zdravotního stavu pacienta, a to v počtu 8 respondentů JIP (17 %) a 6 respondentů ARO (13 %). Komunikace s rodinnými příslušníky psychicky zatěžuje 3 respondenty JIP (7 %) a 5 respondentů ARO (10 %). Péči o zemřelého nepříznivě vnímají 2 respondenti obou zkoumaných vzorků (4 %).

Stejné množství respondentů uvedlo možnost jinou. Shodnou odpovědí byla resuscitace novorozenců a dětí. Kolektiv neuvedl žádný respondent. Tabulka 18 doplňuje graf 16 výslednými daty.



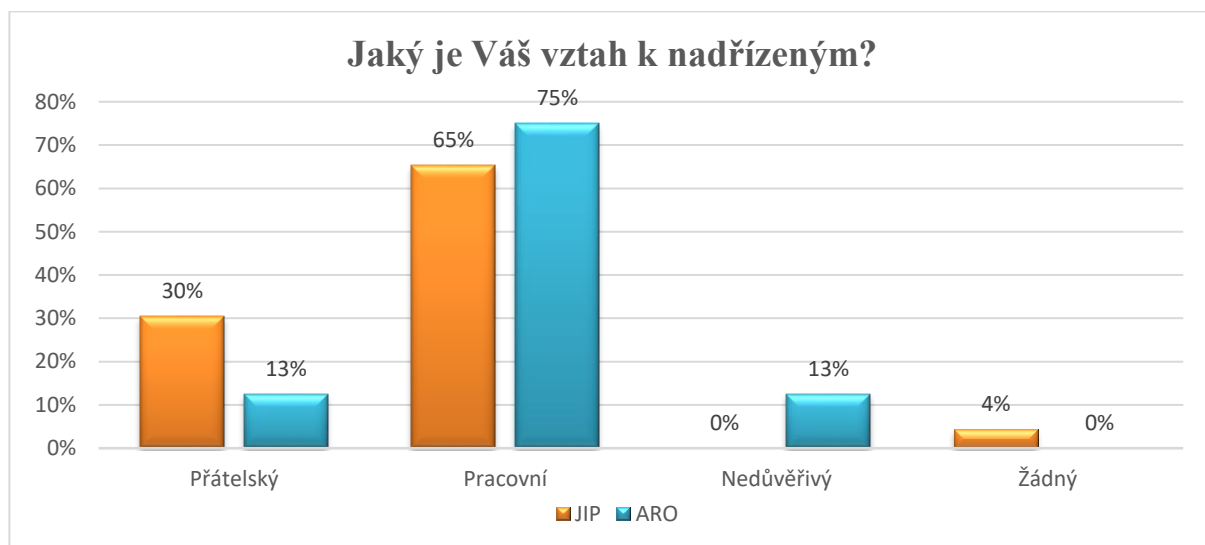
Graf 16 – Uveďte, co Vás v práci nejvíce psychicky zatěžuje

Tabulka 18 – Uved'te, co Vás v práci nejvíce psychicky zatěžuje

Uved'te, co Vás v práci nejvíce psychicky zatěžuje.	JIP		ARO	
	Počet	%	Počet	%
Komunikace s rodinnými příslušníky pacientů	3	7	5	10
Příliš mnoho dokumentace	22	48	23	48
Péče o zemřelého	2	4	2	4
Kolektiv	0	0	0	0
Neustálé sledování zdravotního stavu pacienta	8	17	6	13
Vysoké nároky na vzdělávání	9	20	10	21
Jiná možnost, jaká?	2	4	2	4

16. Jaký je Váš vztah k nadřízeným?

Otázka č. 16 zjišťovala vztah respondentů ke svým nadřízeným. Z Grafu 17 je zřejmý pracovní vztah obou zkoumaných skupin. Ve skupině ARO zvolilo tuto variantu 36 respondentů (75 %) a v JIP skupině 30 respondentů (65 %). Přátelský vztah s nadřízenými má 14 respondentů JIP (30 %) a pouze 6 respondentů ARO (13 %). Vztah nedůvěřivý pocítuje 6 respondentů ARO (13 %). Žádný vztah uvedli 2 respondenti JIP (4 %). Tabulka 19 přehledně dokumentuje vypočítané výsledky.



Graf 17 – Jaký je Váš vztah k nadřízeným?

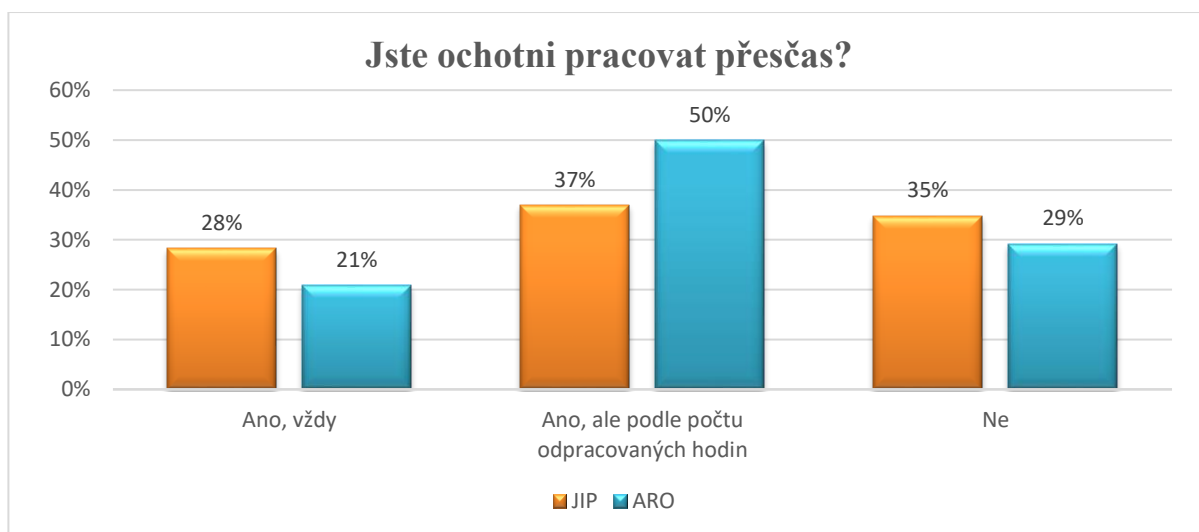
Tabulka 19 – Jaký je Váš vztah k nadřízeným?

Jaký je Váš vztah k nadřízeným?	JIP		ARO	
	Počet	%	Počet	%
Přátelský	14	30	6	13
Pracovní	30	65	36	75
Nedůvěřivý	0	0	6	13
Žádný	2	4	0	0

17. Jste ochotni pracovat přesčas?

Množstvím přesčasových hodin se zabývala otázka č. 17. Nejpočetnější skupinou je 24 respondentů ARO (50 %), kteří jsou ochotni pracovat přesčas, ale podle počtu již odpracovaných hodin. Stejnou odpověď zvolilo 17 respondentů JIP (37 %). Pracovat vždy přesčas chce 13 respondentů JIP (13 %) a 10 respondentů ARO (21 %).

Přesčasovou práci zcela odmítá 16 respondentů JIP (35 %) a 14 respondentů ARO (29 %). Kompletní přehled výsledků je uveden v grafu 18 a tabulce 20.



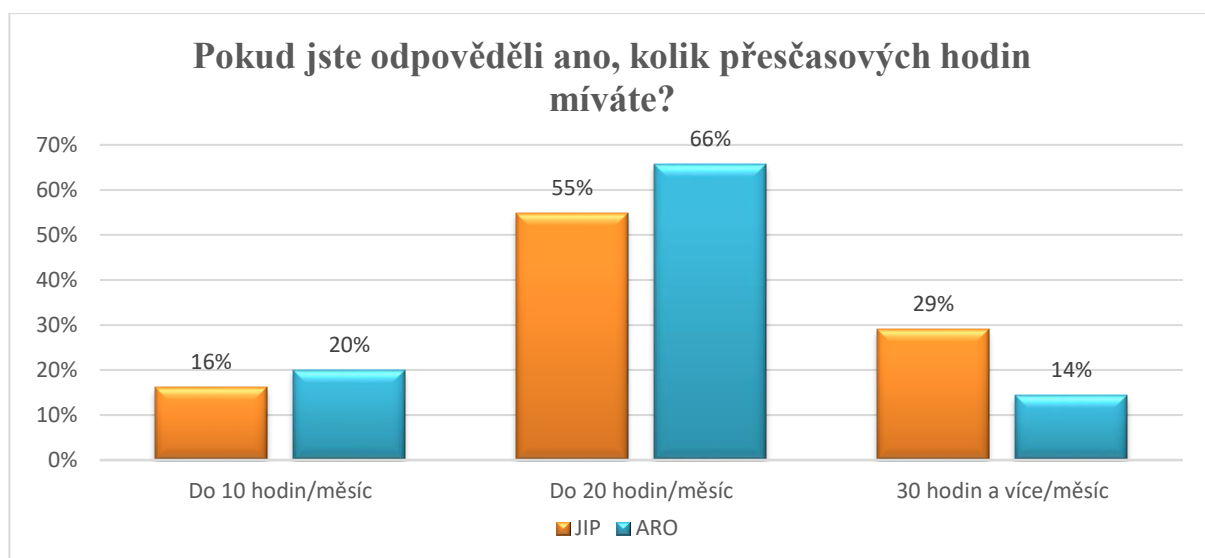
Graf 18 – Jste ochotni pracovat přesčas?

Tabulka 20 – Jste ochotni pracovat přesčas?

Jste ochotni pracovat přesčas?	JIP		ARO	
	Počet	%	Počet	%
Ano, vždy	13	28	10	21
Ano, ale podle počtu odpracovaných hodin	17	37	24	50
Ne	16	35	14	29

18. Pokud jste odpověděli ano, kolik přesčasových hodin míváte?

Otázka č. 18 vycházela z kladných odpovědí na otázku č. 17. Na otázku č. 17 podle grafu 19 odpovědělo „ano“ (popř. „ano, ale podle počtu odpracovaných hodin“) 30 respondentů z JIP (65 %) a 34 respondentů z ARO (71 %). Grafické rozložení je tedy z výše uvedených dat. Z celkového počtu ARO respondentů (71 %) jich 23 (65 %) uvedlo, že mají do 20 přesčasových hodin za měsíc. K této možnosti odpovědi se přidalo 17 respondentů (55 %) z JIP, celkový počet JIP respondentů v této otázce činil 30 (65 %). Dalších 9 respondentů z JIP (29 %) dokonce označilo odpověď „30 hodin a více/měsíc“, ARO respondenti takto odpověděli pouze v 14 % (5). Variantu „do 10 hodin/měsíc“ označilo 7 respondentů ARO (20 %) a 5 respondentů JIP (16 %). Celkové shrnutí dat poskytuje tabulka 21.



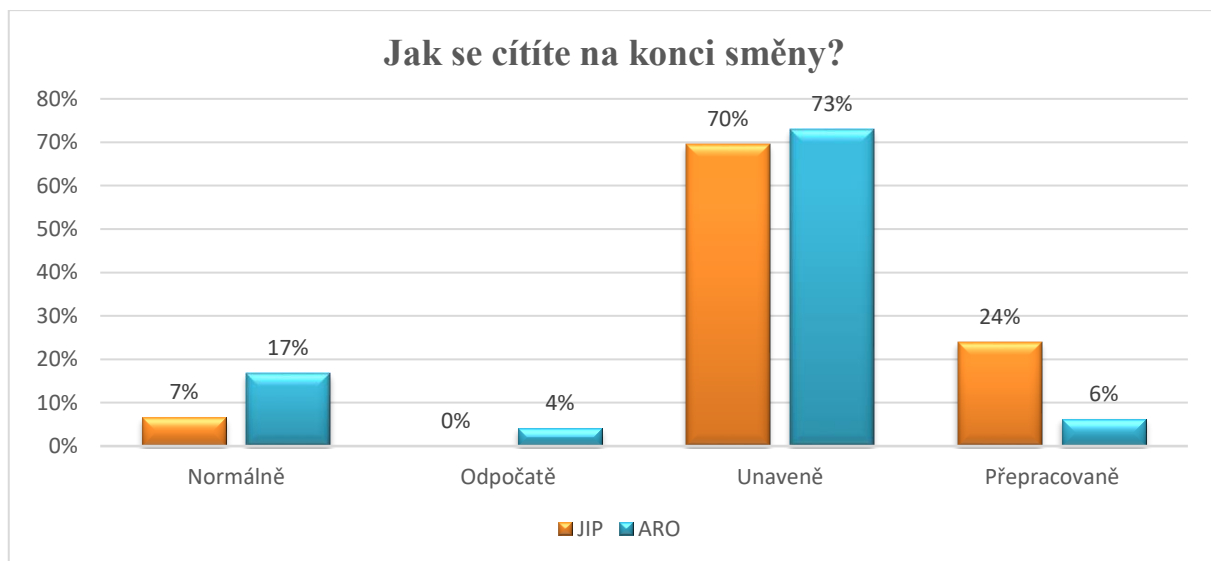
Graf 19 – Pokud jste odpověděli ano, kolik přesčasových hodin míváte?

Tabulka 21 – Pokud jste odpověděli ano, kolik přesčasových hodin míváte?

Pokud jste odpověděli ano, kolik přesčasových hodin míváte?	JIP		ARO	
	Počet	%	Počet	%
Do 10 hodin/měsíc	5	16	7	20
Do 20 hodin/měsíc	17	55	23	66
30 hodin a více/měsíc	9	29	5	14

19. Jak se cítíte na konci směny?

Graf 20 zobrazuje u obou zkoumaných vzorků (s rozdílem 3 %) pocit únavy po skončení služby. Konkrétně s tímto tvrzením souhlasí 35 respondentů ARO (73 %) a 32 respondentů JIP (70 %). Přepracovaně se cítí 11 respondentů JIP (24 %) a 3 respondenti ARO (6 %). Normálně vnímají konec směny 3 respondenti JIP (7 %) a 8 respondentů ARO (17 %). Odpočatí jsou 2 respondenti ARO (4 %). Celková data mapuje tabulka 22.



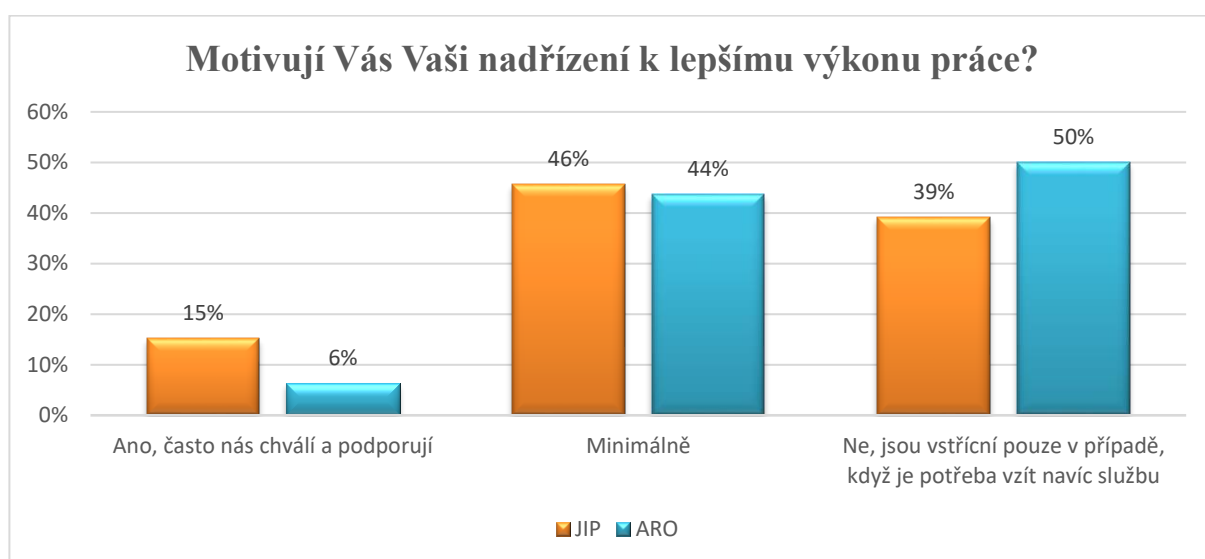
Graf 20 – Jak se cítíte na konci směny?

Tabulka 22 – Jak se cítíte na konci směny?

Jak se cítíte na konci směny?	JIP		ARO	
	Počet	%	Počet	%
Normálně	3	7	8	17
Odpočatě	0	0	2	4
Unaveně	32	70	35	73
Přepracovaně	11	24	3	6

20. Motivují Vás Vaši nadřízení k lepšímu výkonu práce?

Otázka č. 20 zjišťovala motivaci k práci ze strany nadřízených. Z grafu 21 je zřejmé, že nadřízení jsou vstřícní pouze v případě potřeby další služby. Respondenti ARO takto odpověděli v 50 % (24 respondentů). Dalších 21 respondentů této skupiny (44 %) vnímá minimální motivaci k výkonu své práce. Naopak 3 respondenti ARO (6 %) cítí podporu a chválu ze strany nadřízených. Respondenti skupiny JIP označili minimální motivaci ve 46 % a 39 % respondentů udalo vstřícnost pouze v případě potřeby. Pochvalu a podporu vnímá 7 respondentů (15 %) této skupiny. Celková data jsou zobrazena v tabulce 23.



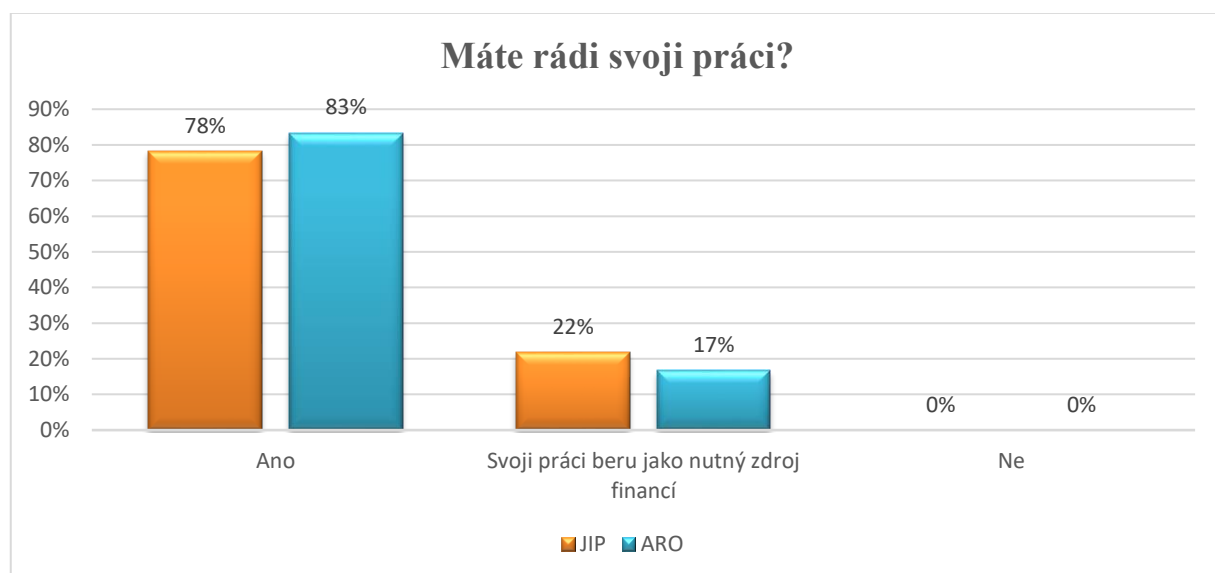
Graf 21 – Motivují Vás Vaši nadřízení k lepšímu výkonu práce?

Tabulka 23 – Motivují Vás Vaši nadřízení k lepšímu výkonu práce?

Motivují Vás Vaši nadřízení k lepšímu výkonu práce?	JIP		ARO	
	Počet	%	Počet	%
Ano, často nás chválí a podporují	7	15	3	6
Minimálně	21	46	21	44
Ne, jsou vstřícní pouze v případě, když je potřeba vzít navíc službu	18	39	24	50

21. Máte rádi svoji práci?

Většina respondentů obou zkoumaných skupin odpověděla na tuto otázku kladně. Grafické rozložení dat ukazuje, že 40 respondentů ARO (83 %) a 36 respondentů JIP (78 %) má pozitivní vztah ke své profesi. Pouze za nutný zdroj financí bere svoji práci 10 respondentů JIP (22 %) a 8 respondentů ARO (17 %). Odpověď „ne“ neoznačil nikdo.



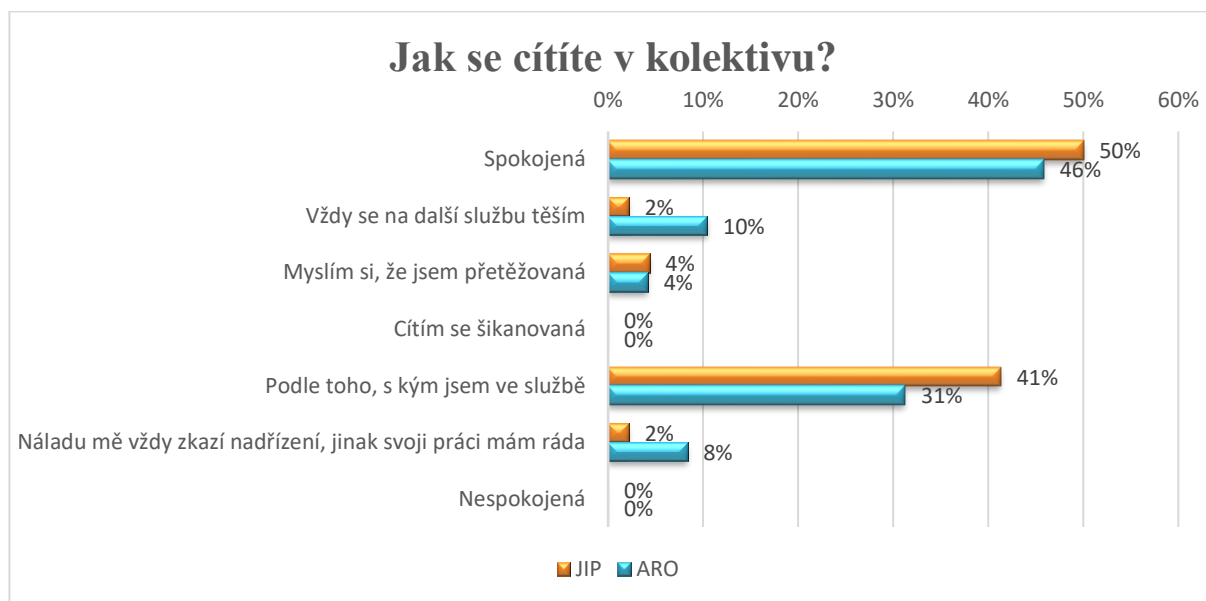
Graf 22 – Máte rádi svoji práci?

Tabulka 24 – Máte rádi svoji práci?

Máte rádi svoji práci?	JIP		ARO	
	Počet	%	Počet	%
Ano	36	78	40	83
Svoji práci beru jako nutný zdroj financí	10	22	8	17
Ne	0	0	0	0

22. Jak se cítíte v kolektivu?

Graf 23 zobrazuje pocity v kolektivu. Spokojenost cítí 23 respondentů JIP (50 %) a 22 respondentů ARO (46 %). Druhá nejpočetnější odpověď byla „podle toho, s kým jsem ve službě“. Takto vnímá své pocity 19 respondentů JIP (41 %) a 15 respondentů ARO (31 %). Na další službu se těší 5 respondentů ARO (10 %) a pouze 1 respondent JIP (2 %). Náladu kazí vedení 4 respondentům ARO (8 %) a 1 respondentovi z JIP (2 %). Přetížene se cítí 2 respondenti z obou zkoumaných skupin (4 %). Šikanu a nespokojenost necítí nikdo.



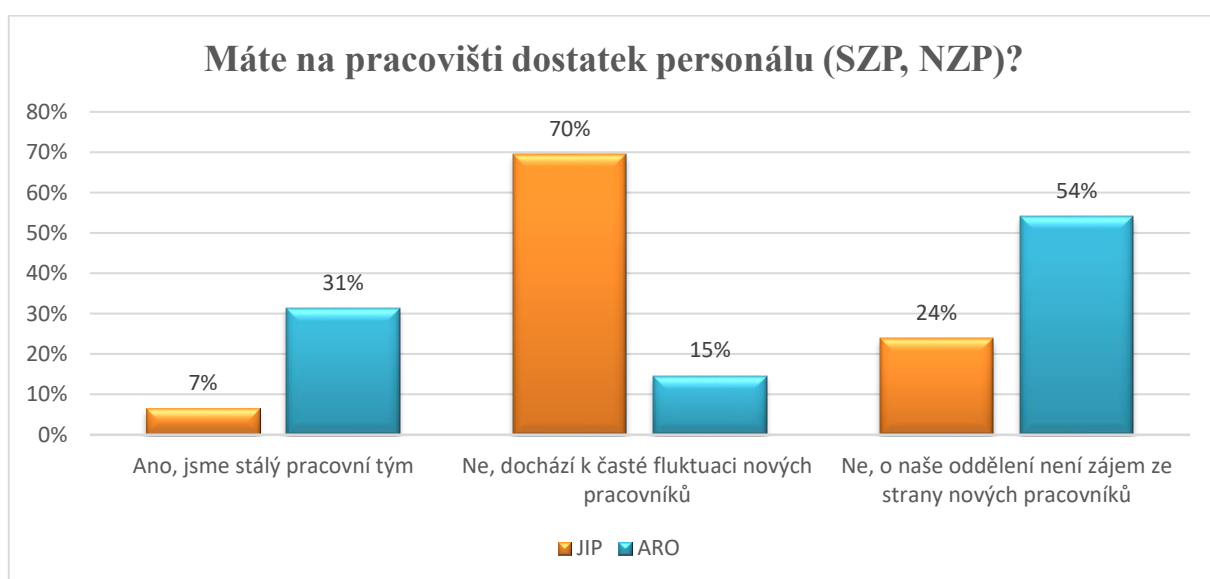
Graf 23 – Jak se cítíte v kolektivu?

Tabulka 25 – Jak se cítíte v kolektivu?

Jak se cítíte v kolektivu?	JIP		ARO	
	Počet	%	Počet	%
Spokojená	23	50	22	46
Vždy se na další službu těším	1	2	5	10
Myslím si, že jsem přetěžovaná	2	4	2	4
Cítím se šikanovaná	0	0	0	0
Podle toho, s kým jsem ve službě	19	41	15	31
Náladu mi vždy zkazí nadřízení, jinak svoji práci mám ráda	1	2	4	8
Nespokojená	0	0	0	0

23. Máte na pracovišti dostatek personálu (SZP, NZP)?

Otázka č. 23 se zabývala dostatkem personálu na oddělení. Graf 24 a tabulka 26 dokumentují sesbíraná data. Respondenti JIP (32) se v 70 % shodli, že na jejich pracovišti dochází k časté fluktuaci nových pracovníků. To, že o jejich oddělení není zájem ze strany nových pracovníků, uvedlo 11 respondentů (24 %). Respondenti skupiny ARO vnímají tuto skutečnost v 54 %. Z celkového počtu respondentů ARO jich odpovědělo 26. Časté střídání nového personálu uvedlo 7 respondentů (15 %), stálý pracovní tým označilo 15 respondentů ARO (31 %), respondenti JIP však pouze 3 (7 %).



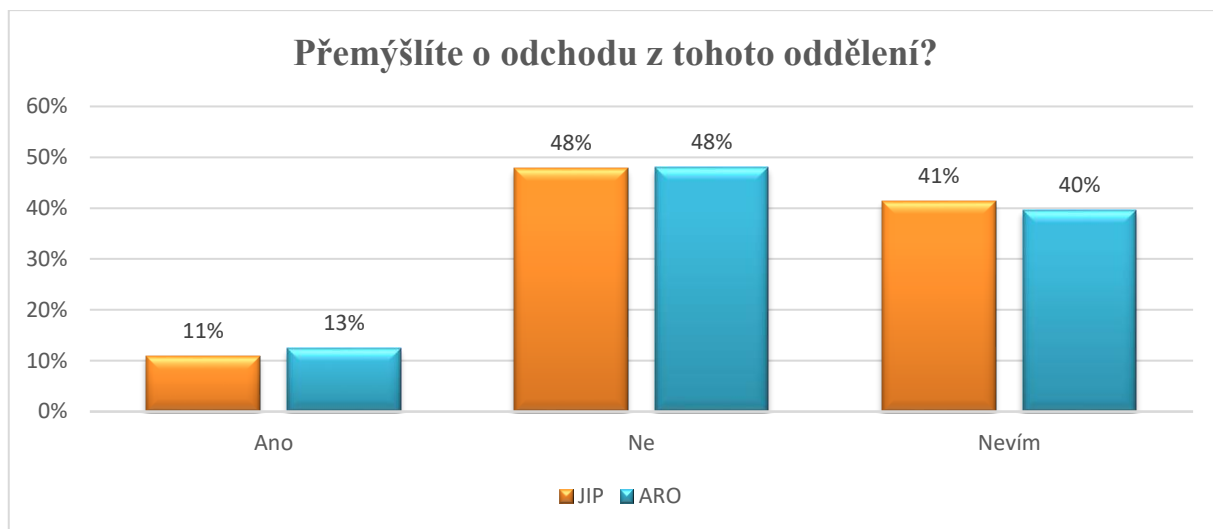
Graf 24 – Máte na pracovišti dostatek personálu (SZP, NZP)?

Tabulka 26 – Máte na pracovišti dostatek personálu (SZP, NZP)?

Máte na pracovišti dostatek personálu (SZP, NZP)?	JIP		ARO	
	Počet	%	Počet	%
Ano, jsme stálý pracovní tým	3	7	15	31
Ne, dochází k časté fluktuaci nových pracovníků	32	70	7	15
Ne, o naše oddělení není zájem ze strany nových pracovníků	11	24	26	54

24. Přemýšlíte o odchodu z tohoto oddělení?

Graf 25 dokumentuje téměř shodné výsledky u obou zkoumaných vzorků. Na odchod z oddělení nepomýšlí 23 respondentů ARO (48 %) a 22 respondentů JIP (48 %). Odpověď „nevím“ označilo 19 respondentů JIP (41 %) a stejný počet respondentů ARO (40 %). Odchod z oddělení zamýšlí 6 respondentů ARO (13 %) a 5 respondentů JIP (11 %). Kompletní výsledky zobrazuje tabulka 27.



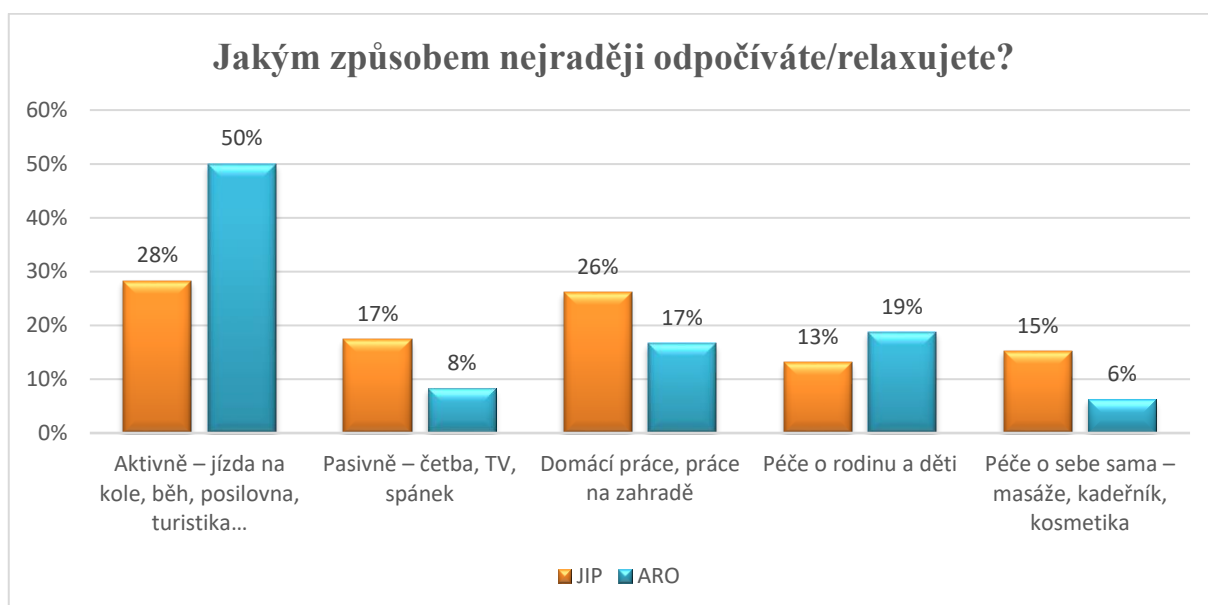
Graf 25 – Přemýšlíte o odchodu z tohoto oddělení?

Tabulka 27 – Přemýšlíte o odchodu z tohoto oddělení?

Přemýšlíte o odchodu z tohoto oddělení?	JIP		ARO	
	Počet	%	Počet	%
Ano	5	11	6	13
Ne	22	48	23	48
Nevím	19	41	19	40

25. Jakým způsobem nejraději odpočíváte/relaxujete?

Způsobem odpočinku se zabývala otázka č. 25. Aktivní odpočinek zvolilo 24 respondentů ARO (50 %) a 13 respondentů JIP (28 %). Druhou početnou skupinou jsou ti, kdo relaxují u domácích pracích a práce na zahradě. Celkem 12 respondentů JIP (26 %) a 8 respondentů ARO (17 %) označilo tuto odpověď. Péči o rodinu a děti relaxuje 9 respondentů ARO (19 %) a 6 respondentů JIP (13 %). Pasivní odpočinek v podobě četby, spánku a sledování televize provozuje 8 respondentů JIP (28 %) a 4 respondenti ARO (8 %). Péči o sebe sama, kosmetice a masáží se během relaxace věnuje 7 respondentů JIP (15 %) a 3 respondenti ARO (6 %). Graf 26 a tabulka 28 zobrazují kompletní data a grafické rozložení.



Graf 26 – Jakým způsobem nejraději odpočíváte/relaxujete?

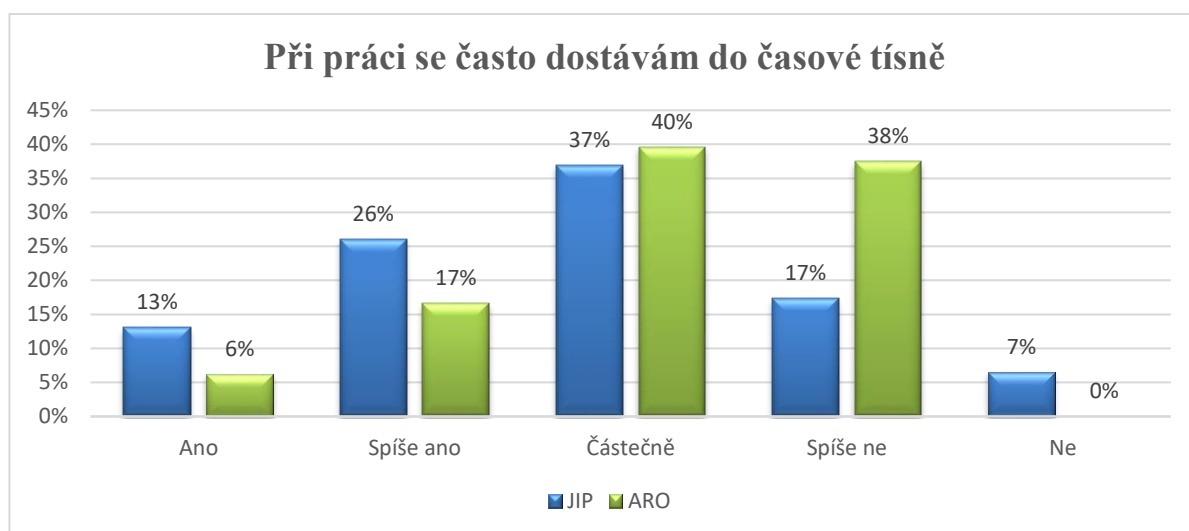
Tabulka 28 – Jakým způsobem nejraději odpočíváte/relaxujete?

Jakým způsobem nejraději odpočíváte/relaxujete?	JIP		ARO	
	Počet	%	Počet	%
Aktivně – jízda na kole, běh, posilovna, turistika atd.	13	28	24	50
Pasivně – četba, TV, spánek	8	17	4	8
Domácí práce, práce na zahradě	12	26	8	17
Péče o rodinu a děti	6	13	9	19
Péče o sebe sama – masáže, kadeřník, kosmetika	7	15	3	6

4.2 Popisná statistika – Meisterův dotazník

1. Při práci se často dostávám do časové tísně

První otázka Meisterova dotazníku zjišťuje pracovní časovou tíseň. Respondenti skupiny JIP uvedli „ano“ ve 13 %, časovou tíseň tak vnímá 6 respondentů. Odpověď „spíše ano“ označilo 12 respondentů (26 %), 17 respondentů (37 %) uvedlo částečnou časovou tíseň. Odpověď „spíše ne“ a „ne“ uvedlo 8 respondentů (17 %) a 3 respondenti (7 %). ARO respondenti označili „ano“ třikrát (6 %), 8 respondentů (17 %) odpovědělo „spíše ano“, 19 respondentů (40 %) cítí částečnou časovou tíseň a „spíše ne“ uvedlo 18 respondentů (38 %). Odpověď „ne“ neuvedl nikdo. Kompletní data jsou k vidění v grafu 27 a tabulce 29.



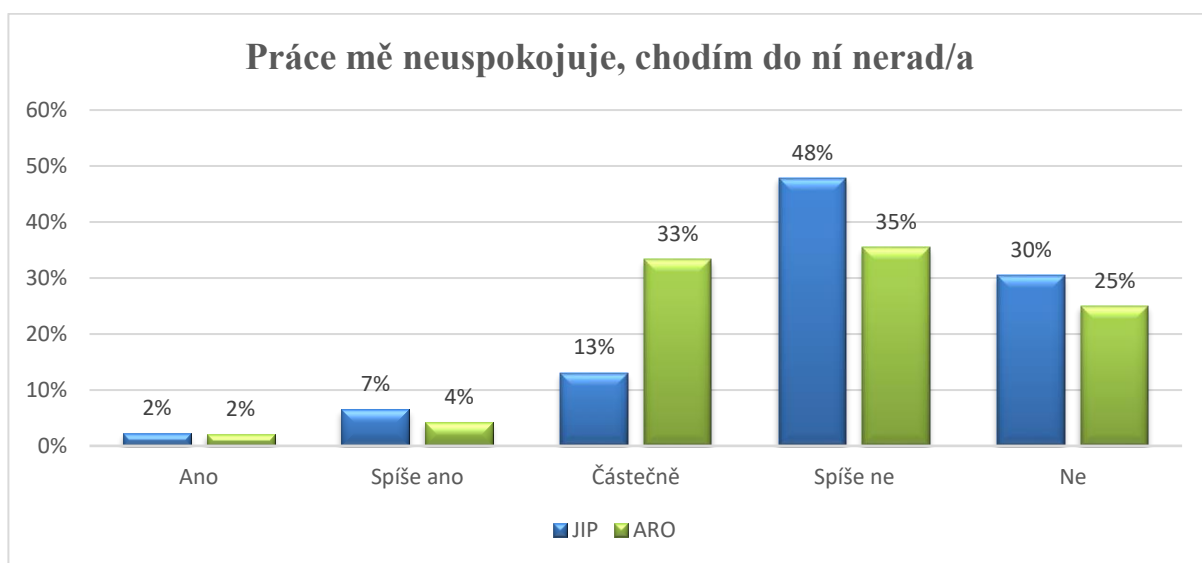
Graf 27 – Při práci se často dostávám do časové tísně

Tabulka 29 – Při práci se často dostávám do časové tísně

Při práci se často dostávám do časové tísně	JIP		ARO	
	Počet	%	Počet	%
Ano	6	13	3	6
Spíše ano	12	26	8	17
Částečně	17	37	19	40
Spíše ne	8	17	18	38
Ne	3	7	0	0

2. Práce mě neuspokojuje, chodím do ní nerad/a

Pocit neuspokojení z práce sleduje druhá otázka Meisterova dotazníku. Odpověď „ano“ uvedl jeden respondent JIP (2 %), shoda zde byla s respondenty ARO. Možnost „spíše ano“ uvedli 3 respondenti JIP (7 %), částečné neuspokojení při práci cítí 6 respondentů (13 %), naopak do práce chodí spíše rádi a práce spíše uspokojuje 22 respondentů (48 %), s tvrzením nesouhlasí 14 respondentů (30 %). Respondenti skupiny ARO uvádí ve 4 % možnost „spíše ano“. Tuto odpověď označili 2 respondenti. Částečné neuspokojení z práce prožívá 16 respondentů (33 %), 17 respondentů (35 %) uvedlo „spíše ne“ a 12 respondentů (25 %) s takto položenou otázkou zcela nesouhlasí. Grafické rozložení přináší graf 28 a kompletní data tabulka 30.



Graf 28 – Práce mě neuspokojuje, chodím do ní nerad/a

Tabulka 30 – Práce mě neuspokojuje, chodím do ní nerad/a

Práce mě neuspokojuje, chodím do ní nerad/a	JIP		ARO	
	Počet	%	Počet	%
Ano	1	2	1	2
Spíše ano	3	7	2	4
Částečně	6	13	16	33
Spíše ne	22	48	17	35
Ne	14	30	12	25

3. Práce mě velmi psychicky zatěžuje pro vysokou zodpovědnost spojenou se závažnými důsledky

Z celkového počtu 46 respondentů JIP uvedli 2 respondenti (4 %), že je práce velmi psychicky zatěžuje pro vysokou odpovědnost, odpověď „spíše ano“ označilo 7 respondentů (15 %), částečnou psychickou zátěž uvedlo 15 respondentů (33 %), variantu „spíše ne“ uvedlo 16 respondentů (35 %) a možnost „ne“ udalo 6 respondentů (13 %). Z celkového počtu 48 respondentů ARO uvedl 1 respondent (2 %) odpověď „ano“, 7 respondentů (15 %) „spíše ano“, možnost „částečně“ udalo 18 respondentů (38 %), 14 respondentů (29 %) odpovědělo „spíše ne“ a 8 respondentů (17 %) uvedlo, že je práce pro vysokou psychickou zodpovědnost psychicky nezatěžuje. Přehledně jsou data zobrazena v grafu 29 a tabulce 31.



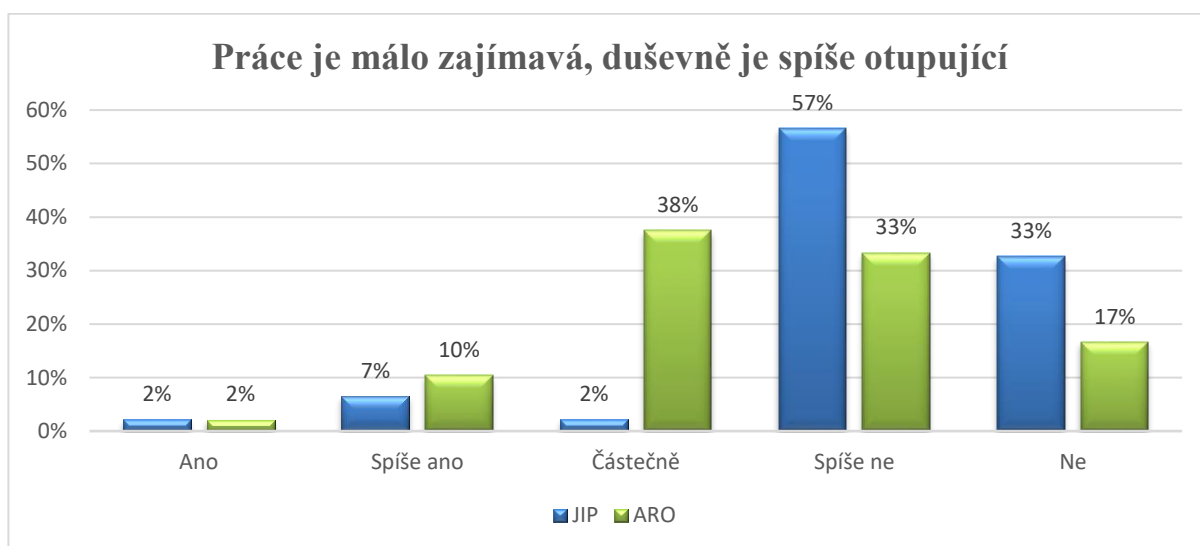
Graf 29 – Práce mě velmi psychicky zatěžuje pro vysokou zodpovědnost

Tabulka 31 – Práce mě velmi psychicky zatěžuje pro vysokou zodpovědnost

Práce mě velmi psychicky zatěžuje pro vysokou zodpovědnost spojenou se závažnými důsledky	JIP		ARO	
	Počet	%	Počet	%
Ano	2	4	1	2
Spíše ano	7	15	7	15
Částečně	15	33	18	38
Spíše ne	16	35	14	29
Ne	6	13	8	17

4. Práce je málo zajímavá, duševně je spíše otupující

Na čtvrtou otázku Meisterova dotazníku odpověděl 1 respondent JIP (2 %), že je pro něho jeho práce duševně otupující a málo zajímavá, 3 respondenti (7 %) se přiklonili k variantě „spíše ano“. Za částečně zajímavou a duševně otupující označil svoji práci 1 respondent (2 %). S tímto tvrzením spíše nesouhlasí 26 respondentů (57 %) a úplně nesouhlasí 15 respondentů (33 %). Z respondentů skupiny ARO označil 1 (2 %) odpověď „ano“, a to stejně jako u druhé skupiny respondentů. Dalších 5 respondentů (10 %) odpovědělo „spíše ano“, 18 respondentů (38 %) se přiklonilo k variantě „částečně“. Možnost „spíše ne“ a „ne“ zvolilo 16 respondentů (33 %) a 8 respondentů (17 %). Přehledně jsou data zobrazena v grafu 30 a tabulce 32.



Graf 30 – Práce je málo zajímavá, duševně je spíše otupující

Tabulka 32 – Práce je málo zajímavá, duševně je spíše otupující

Práce je málo zajímavá, duševně je spíše otupující	JIP		ARO	
	Počet	%	Počet	%
Ano	1	2	1	2
Spíše ano	3	7	5	10
Částečně	1	2	18	38
Spíše ne	26	57	16	33
Ne	15	33	8	17

5. V práci mám časté konflikty a problémy, od nichž se nemohu odpoutat ani po skončení pracovní doby

Žádný z respondentů JIP neuvedl, že má výše zmíněné konflikty, od kterých by se nemohl odpoutat, 4 respondenti (9 %) uvedli „spíše ano“, 2 respondenti (4 %) odpověděli „částečně“. Naopak 13 respondentů (28 %) a 27 respondentů (59 %) tyto problémy spíše nemají nebo vylučují. Respondenti skupiny ARO odpovídali podobně. Zmíněné konflikty, od kterých se nelze odpoutat, uvedl jediný respondent (2 %), 2 respondenti (4 %) uvedli, že „spíše ano“, částečné potíže s odpoutáním od problémů má 9 respondentů (19 %). Naopak 10 respondentů (21 %) a 26 respondentů (54 %) uvedlo, že tyto potíže spíše nemají nebo je odmítají (viz graf 31 a tabulka 33).



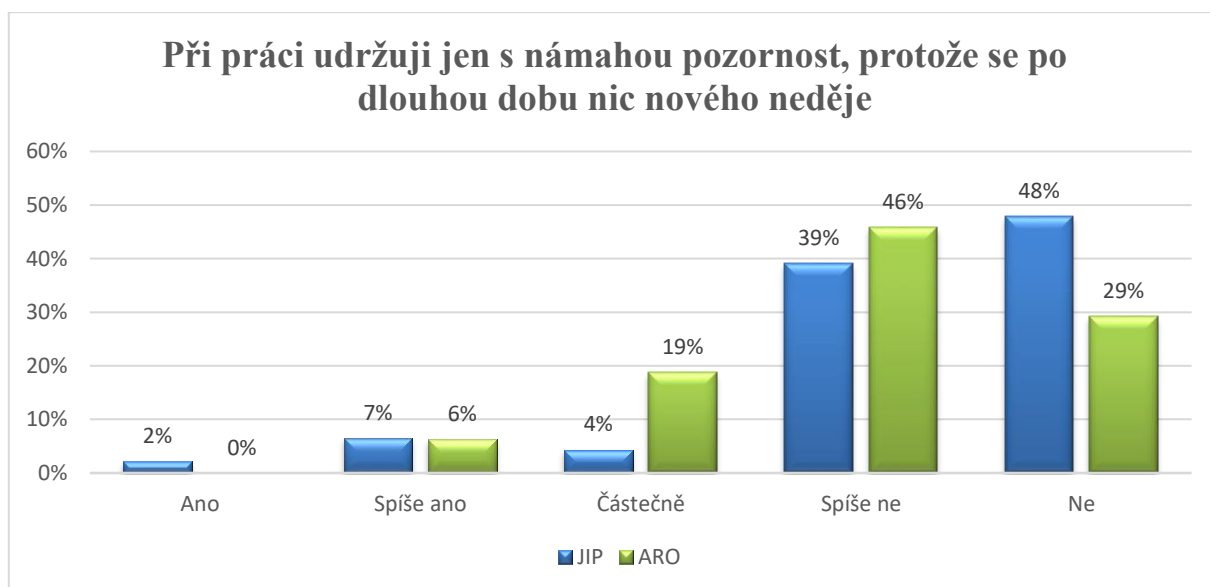
Graf 31 – V práci mám časté konflikty a problémy, od nichž se nemohu odpoutat ani po skončení pracovní doby

Tabulka 33 – V práci mám časté konflikty a problémy, od nichž se nemohu odpoutat ani po skončení pracovní doby

V práci mám časté konflikty a problémy, od nichž se nemohu odpoutat ani po skončení pracovní doby	JIP		ARO	
	Počet	%	Počet	%
Ano	0	0	1	2
Spíše ano	4	9	2	4
Částečně	2	4	9	19
Spíše ne	13	28	10	21
Ne	27	59	26	54

6. Při práci udržuji jen s námahou pozornost, protože se po dlouhou dobu nic nového neděje

Z celkového počtu respondentů skupiny JIP odpověděl 1 respondent (2 %), že pokud se v průběhu pracovní doby nic nového neděje, jen s námahou udrží pozornost, k této odpovědi se také spíše přiklonili 3 respondenti (7 %). Možnost „částečně“ uvedli 2 respondenti (4 %), 18 respondentů (39 %) odpovědělo „spíše ne“ a 22 respondentů (48 %) uvedlo, že s udržením pozornosti v tomto případě nemají potíže. Respondenti skupiny ARO možnost „ano“ vůbec neuvedli, 3 respondenti (6 %) vnímají výše zmíněnou otázku odpovědí „spíše ano“. Odpověď „částečně“ uvedlo 9 respondentů (19 %), 22 respondentů (46 %) označilo „spíše ne“ a 14 respondentů (29 %) zmíněné potíže odmítá. Přehledná data jsou uvedena v grafu 32 a tabulce 34.



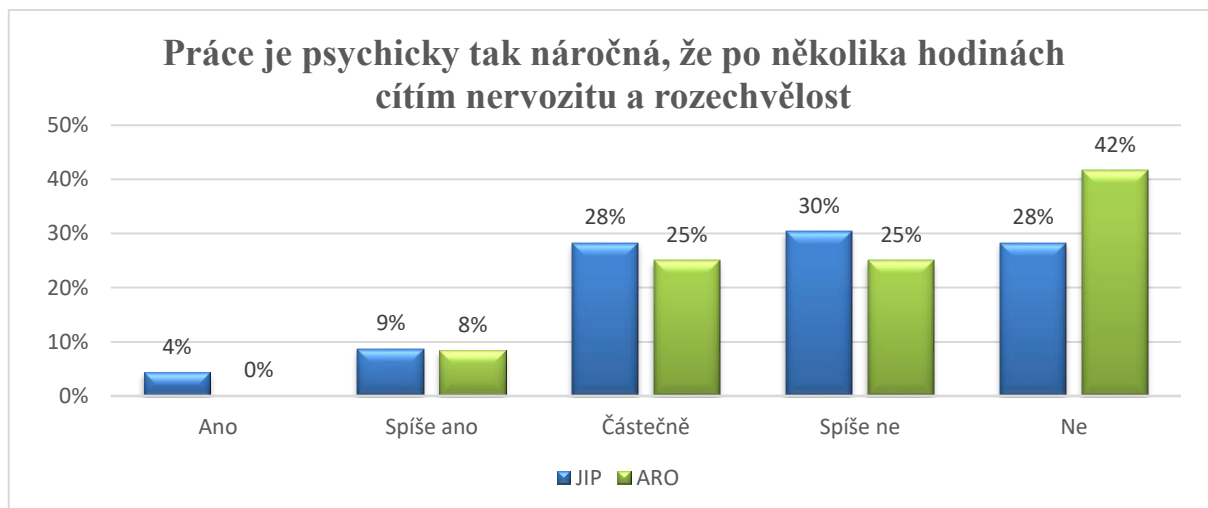
Graf 32 – Při práci udržuji jen s námahou pozornost, protože se po dlouhou dobu nic nového neděje

Tabulka 34 – Při práci udržuji jen s námahou pozornost, protože se po dlouhou dobu nic nového neděje

	JIP		ARO	
	Počet	%	Počet	%
Při práci udržuji jen s námahou pozornost, protože se po dlouhou dobu nic nového neděje				
Ano	1	2	0	0
Spíše ano	3	7	3	6
Částečně	2	4	9	19
Spíše ne	18	39	22	46
Ne	22	48	14	29

7. Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím nervozitu a rozechvělost

Sedmá otázka Meisterova dotazníku zjišťovala přítomnost nervozity a rozechvělosti vlivem psychicky náročné práce. Takto položenou otázku vnímají pravdivě 2 respondenti JIP (4 %), 4 respondenti (9 %) odpověděli „spíše ano“, 13 respondentů (28 %) uvedlo „částečně“. Naopak 14 respondentů (30 %) a 13 respondentů (28 %) odpovědělo, že tyto potíže spíše nemají, nebo je dokonce přímo odmítají. Z druhé skupiny respondentů ARO neodpověděl nikdo „ano“, k odpovědi „spíše ano“ se přiklonili 4 respondenti (8 %), částečně výše uvedené potíže vnímá 12 respondentů (25 %). Rozechvělost a nervozitu z psychicky náročné práce spíše necítí 12 respondentů (25 %) a 20 respondentů (42 %) ji zcela vylučuje (viz graf 33 a tabulka 35).



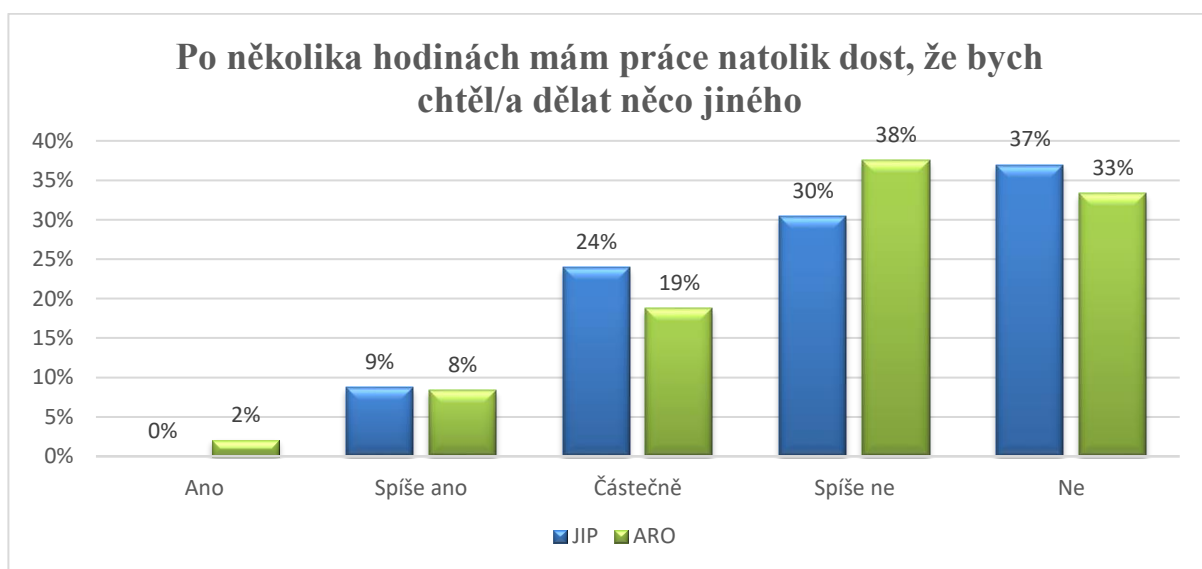
Graf 33 – Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím nervozitu a rozechvělost

Tabulka 35 – Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím nervozitu a rozechvělost

Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím nervozitu a rozechvělost	JIP		ARO	
	Počet	%	Počet	%
Ano	2	4	0	0
Spíše ano	4	9	4	8
Částečně	13	28	12	25
Spíše ne	14	30	12	25
Ne	13	28	20	42

8. Po několika hodinách mám práce natolik dost, že bych chtěl/a dělat něco jiného

Z celkového počtu respondentů JIP neopověděl nikdo „ano“, k odpovědi „spíše ano“ se přiklonili 4 respondenti (9 %), 11 respondentů (24 %) uvedlo, že částečně mají po několika hodinách práce dost a chtěli by dělat něco jiného. Dalších 14 respondentů (30 %) výše zmíněnou situaci takto spíše nevnímá a 14 respondentů (37 %) ji zcela odmítá. Naopak 1 respondent skupiny ARO (2 %) odpověděl, že s položenou otázkou zcela souhlasí. Spíše souhlasí 4 respondenti (8 %) a částečně ji vnímá 9 respondentů (19 %). Spíše nesouhlasí 18 respondentů (38 %) a vůbec nesouhlasí 16 respondentů (33 %). Osmou otázku Meisterova dotazníku zobrazuje graf 34 a tabulka 36.



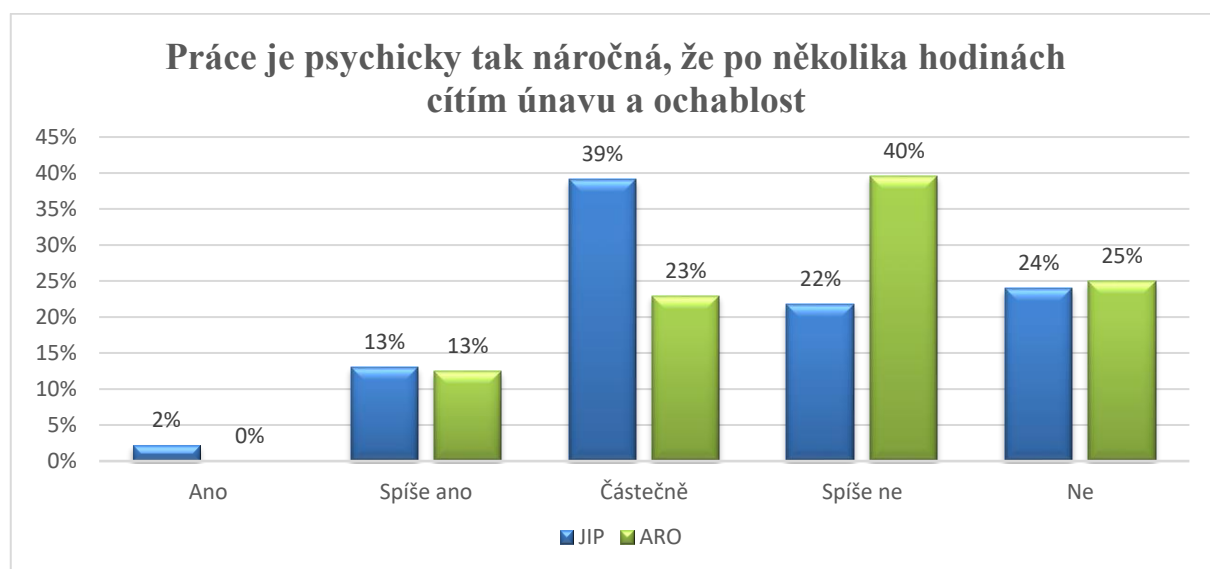
Graf 34 – Po několika hodinách mám práce natolik dost, že bych chtěl/a dělat něco jiného

Tabulka 36 – Po několika hodinách mám práce natolik dost, že bych chtěl/a dělat něco jiného

Po několika hodinách mám práce natolik dost, že bych chtěl/a dělat něco jiného	JIP		ARO	
	Počet	%	Počet	%
Ano	0	0	1	2
Spíše ano	4	9	4	8
Částečně	11	24	9	19
Spíše ne	14	30	18	38
Ne	17	37	16	33

9. Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím únavu a ochablost

Devátá otázka Meisterova dotazníků se týkala pocitu únavy a ochablosti po několika hodinách práce. Pouze 1 respondent JIP (2 %) uvedl výše zmíněné potíže, 6 respondentů (13 %) odpovědělo „spíše ano“, nejpočetnější byla varianta „částečně“, kterou označilo 18 respondentů (39 %). Naopak 10 respondentů (22 %) s touto situací spíše nesouhlasí a 11 respondentů (24 %) ji zcela odmítá. Respondenti ARO odpověděli „spíše ano“ 6krát (13 %), možnost „ano“ ne zvolil nikdo. Částečně vnímá únavu a ochablost po několika hodinách práce 11 respondentů (23 %), 19 respondentů (40 %) uvedlo, že spíše nesouhlasí s položenou otázkou a 12 respondentů (25 %) tyto potíže nemá (viz graf 35 a tabulka 37).



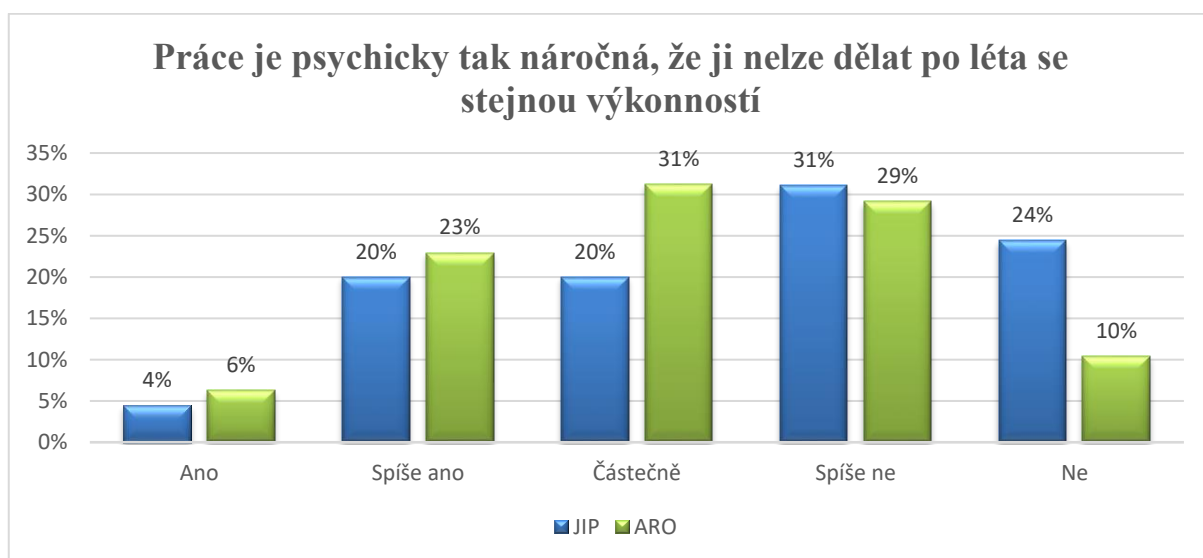
Graf 35 – Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím únavu a ochablost

Tabulka 37 – Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím únavu a ochablost

Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím únavu a ochablost	JIP		ARO	
	Počet	%	Počet	%
Ano	1	2	0	0
Spíše ano	6	13	6	13
Částečně	18	39	11	23
Spíše ne	10	22	19	40
Ne	11	24	12	25

10. Práce je psychicky tak náročná, že ji nelze dělat po léta se stejnou výkonností

Z celkového počtu respondentů JIP odpověděli 2 (4 %), že je práce tolik psychicky náročná, že ji nelze vykonávat několik let se stejnou výkonností, s tímto tvrzením spíše souhlasí 9 respondentů (20 %), částečně odpověď vnímá také 9 respondentů (20 %), odpověď „spíše ne“ uvedlo 14 respondentů (31 %) a 11 respondentů (24 %) s tímto tvrzením nesouhlasí. Respondenti ARO v počtu 3 (6 %) odpověděli „ano“, 11 respondentů (23 %) uvedlo „spíše ano“. Částečnou psychickou náročnost vnímá 15 respondentů (31 %), 14 respondentů (29 %) s takto položenou otázkou spíše nesouhlasí a 5 respondentů (10 %) ji zcela vylučuje. Desátou otázkou Meisterova dotazníku zobrazuje graf 36 a tabulka 38.



Graf 36 – Práce je psychicky tak náročná, že ji nelze dělat po léta se stejnou výkonností

Tabulka 38 – Práce je psychicky tak náročná, že ji nelze dělat po léta se stejnou výkonností

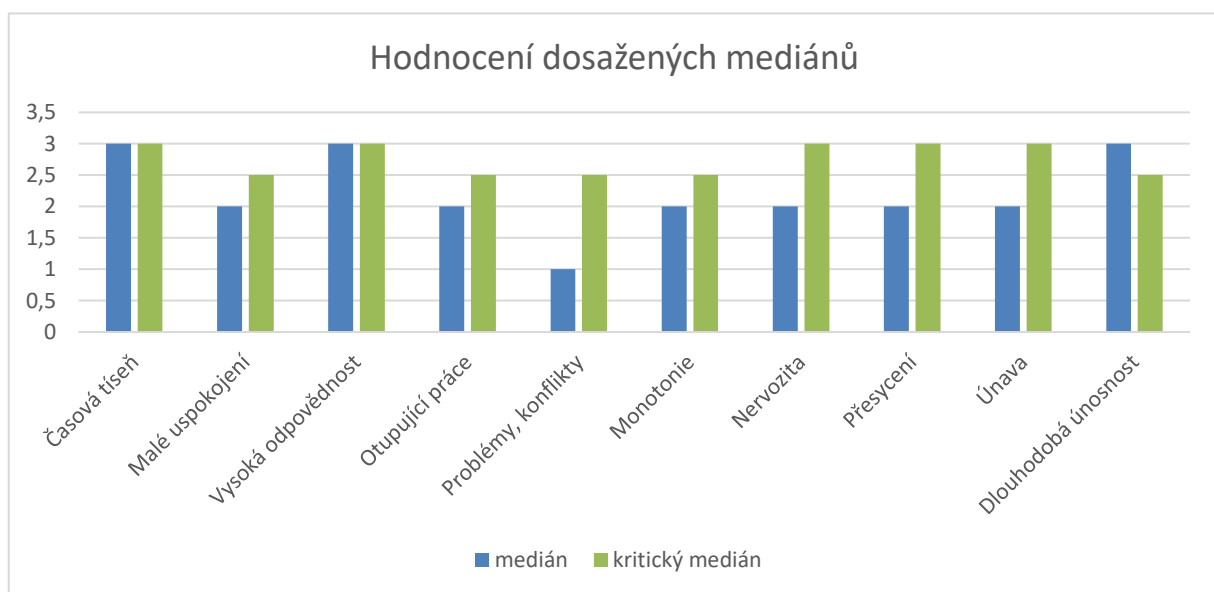
Práce je psychicky tak náročná, že ji nelze dělat po léta se stejnou výkonností	JIP		ARO	
	Počet	%	Počet	%
Ano	2	4	3	6
Spíše ano	9	20	11	23
Částečně	9	20	15	31
Spíše ne	14	31	14	29
Ne	11	24	5	10

Výsledné hodnoty mediánu jednotlivých položek v porovnání s kritickým mediánem Meisterova dotazníku

Z výsledků v Tabulce 39 vyplývá, že kritického mediánu podle Žídkové (2013) bylo dosaženo u otázky č. 1 a č. 3. V případě otázky č. 10 byl kritický medián překročen. Ostatní položky Meisterova dotazníku kritického mediánu nedosáhly. Přehledné porovnání mediánu a kritického mediánu vidíme v grafu 37.

Tabulka 39 – Hodnocení dosažených mediánů

Otázka	Medián	Kritický medián	Začlenění do faktoru	Hodnocení
Časová tíseň	3	3	I	+
Malé uspokojení	2	2,5	II	
Vysoká odpovědnost	3	3	I	+
Otupující práce	2	2,5	II	
Problémy, konflikty	1	2,5	I	
Monotonie	2	2,5	II	
Nervozita	2	3	III	
Přesycení	2	3	III	
Únava	2	3	III	
Dlouhodobá únosnost	3	2,5	III	++



Graf 37 – Hodnocení dosažených mediánů

4.3 Statistické zpracování dat

4.3.1 Statistické zpracování hypotéz

Hypotéza č. 1

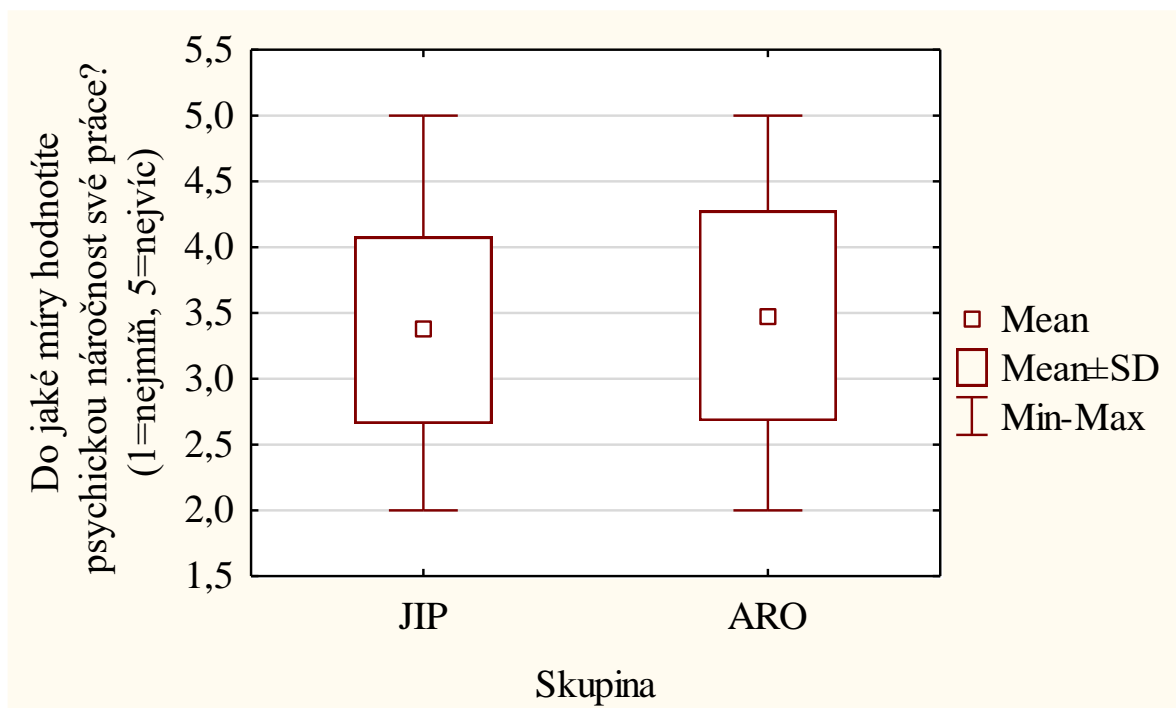
H_0 : Míra subjektivně vnímané psychické zátěže se u sester pracujících na ARO a JIP neliší.

H_A : Míra subjektivně vnímané psychické zátěže se u sester pracujících na ARO a JIP liší.

Tabulka 40 – Welchův t-test: p-hodnota a číselné charakteristiky

Skupina	počet	průměr	sm. odch.	min.	max.	p-hodnota
JIP	46	3,4	0,7	2	5	0,483 (nezamítáme H_0)
ARO	48	3,5	0,8	2	5	

Subjektivně vnímaná míra psychické zátěže činila na škále 1–5 pro sestry z JIP v průměru 3,4 při směrodatné odchylce 0,7 a pro sestry z ARO v průměru 3,5 při směrodatné odchylce 0,8. P-hodnota Welchova t-testu vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,483, tj. vyšší než zvolená hladina významnosti 0,05 (viz tabulka 40). **Nulová hypotéza nebyla zamítnuta. Na hladině významnosti 0,05 nebyl prokázán rozdíl v subjektivně vnímané míře psychické zátěže u sester pracujících na ARO a JIP.** Rozsah průměr \pm směrodatná odchylka, minimum a maximum byly pro obě srovnávané skupiny zobrazeny pomocí kategorizovaného krabicového grafu (viz graf 38).



Graf 38 – Kategorizovaný krabicový graf: Do jaké míry hodnotíte psychickou náročnost své práce?

Hypotéza č. 2

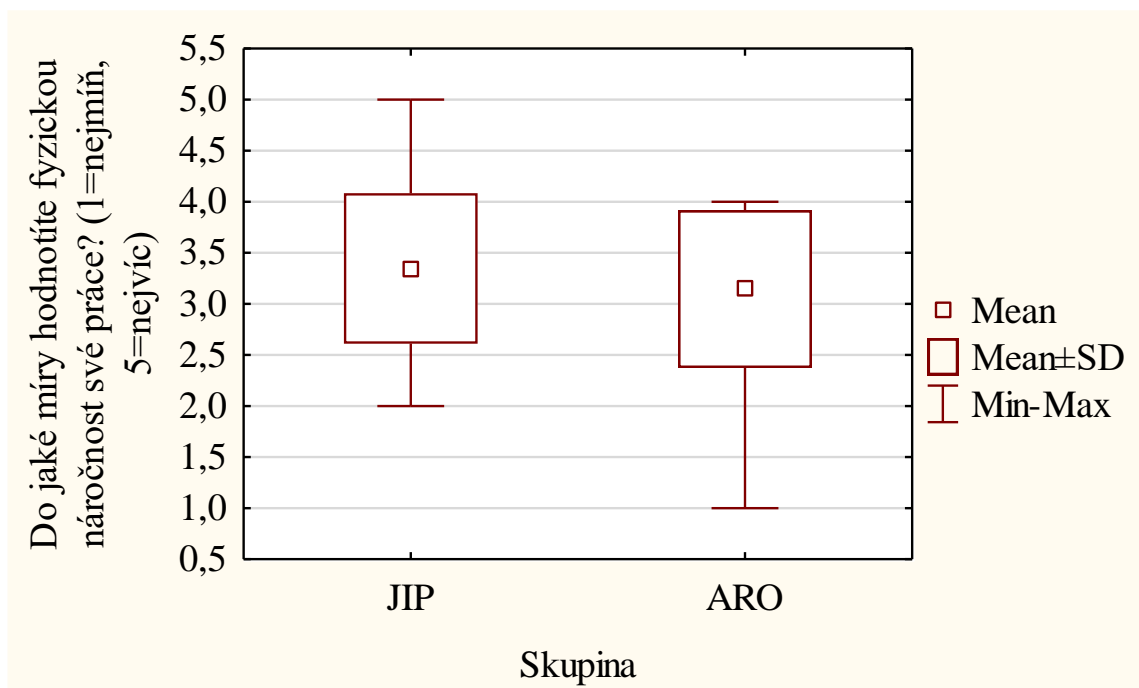
H_0 : Míra subjektivně vnímané fyzické zátěže se u sester pracujících na ARO a JIP neliší.

H_A : Míra subjektivně vnímané fyzické zátěže se u sester pracujících na ARO a JIP liší.

Tabulka 41 – Welchův t-test: p-hodnota a číselné charakteristiky

Skupina	počet	průměr	sm. odch.	min.	max.	p-hodnota
JIP	46	3,3	0,7	2	5	0,197 (nezamítáme H_0)
ARO	48	3,1	0,8	1	4	

Subjektivně vnímaná míra fyzické zátěže činila na škále 1–5 pro sestry z JIP v průměru 3,3 při směrodatné odchylce 0,7 a pro sestry z ARO v průměru 3,1 při směrodatné odchylce 0,8. P-hodnota Welchova t-testu vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,197, tj. vyšší než zvolená hladina významnosti 0,05 (viz tabulka 41). **Nulová hypotéza nebyla zamítnuta. Na hladině významnosti 0,05 nebyl prokázán rozdíl v subjektivně vnímané míře fyzické zátěže u sester pracujících na ARO a JIP.** Rozsah průměr \pm směrodatná odchylka, minimum a maximum byly pro obě srovnávané skupiny zobrazeny pomocí kategorizovaného krabicového grafu (viz graf 39).



Graf 39 – Kategorizovaný krabicový graf: Do jaké míry hodnotíte fyzickou náročnost své práce?

Hypotéza č. 3

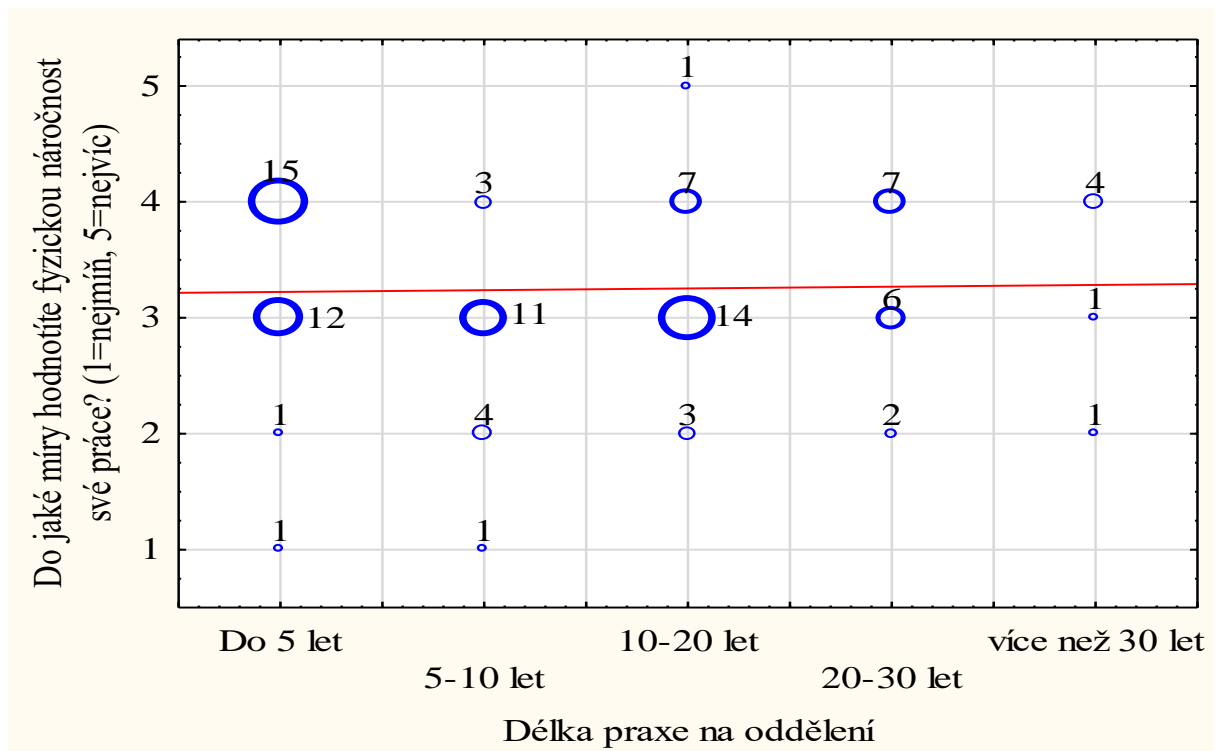
H_0 : Mezi délkou praxe a subjektivním vnímáním fyzické zátěže není závislost.

H_A : Mezi délkou praxe a subjektivním vnímáním fyzické zátěže je závislost.

Tabulka 42 – Spearmanův korelační koeficient a test nezávislosti

hodnota R	p-hodnota	rozhodnutí o H_0	závislost prokázána
- 0,01	0,941	nezamítáme	ne

P-hodnota testu nezávislosti založeném na Spearmanově koeficientu pořadové korelace 0,941 byla vyšší než 0,05 (viz tabulka 42). **Nulová hypotéza nebyla zamítnuta. Na hladině významnosti 0,05 nebyla prokázána závislost mezi délkou praxe a subjektivním vnímáním fyzické zátěže.** Absenci výrazné rostoucí či klesající tendence je možné pozorovat na základě bodového četnostního grafu orientačně proloženého regresní přímkou (viz graf 40).



Graf 40 – Bodový četnostní graf znázorňující rostoucí či klesající tendence proložený regresní přímkou: Do jaké míry hodnotíte fyzickou náročnost své práce?

Hypotéza č. 4

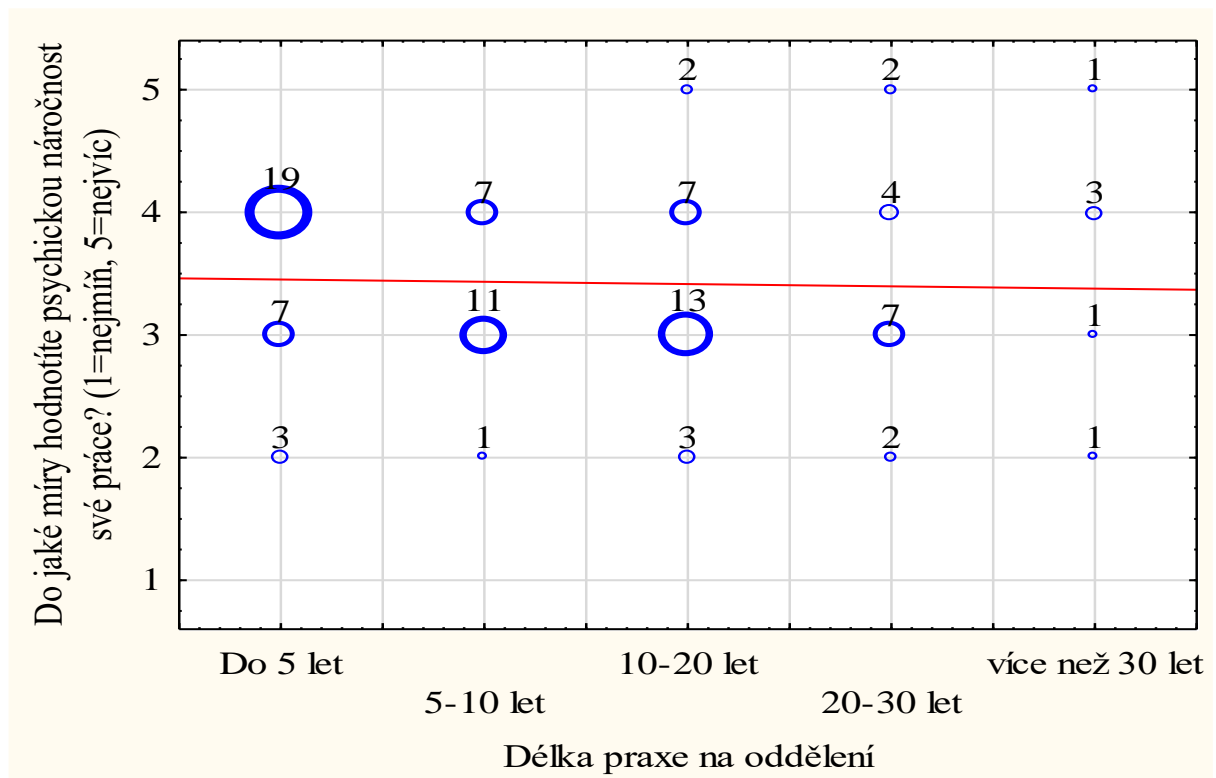
H_0 : Mezi délkou praxe a subjektivním vnímáním psychické zátěže není závislost.

H_A : Mezi délkou praxe a subjektivním vnímáním psychické zátěže je závislost.

Tabulka 43 – Spearmanův korelační koeficient a test nezávislosti

hodnota R	p-hodnota	rozhodnutí o H_0	závislost prokázána
-0,08	0,433	nezamítáme	ne

P-hodnota testu nezávislosti založeném na Spearmanově koeficientu pořadové korelace 0,433 byla vyšší než 0,05 (viz tabulka 43). **Nulová hypotéza nebyla zamítnuta. Na hladině významnosti 0,05 nebyla prokázána závislost mezi délkou praxe a subjektivním vnímáním psychické zátěže.** Absenci výrazné rostoucí či klesající tendence je možné pozorovat na základě bodového četnostního grafu orientačně proloženého regresní přímkou (viz graf 41).



Graf 41 – Bodový četnostní graf orientačně proložený regresní přímkou: Do jaké míry hodnotíte psychickou náročnost své práce? (1=nejméně, 5=nejvíce)

Hypotéza č. 5

H_0 : Výskyt zdravotních obtíží souvisejících s výkonem práce zdravotní sestry se u sester pracujících na ARO a JIP neliší.

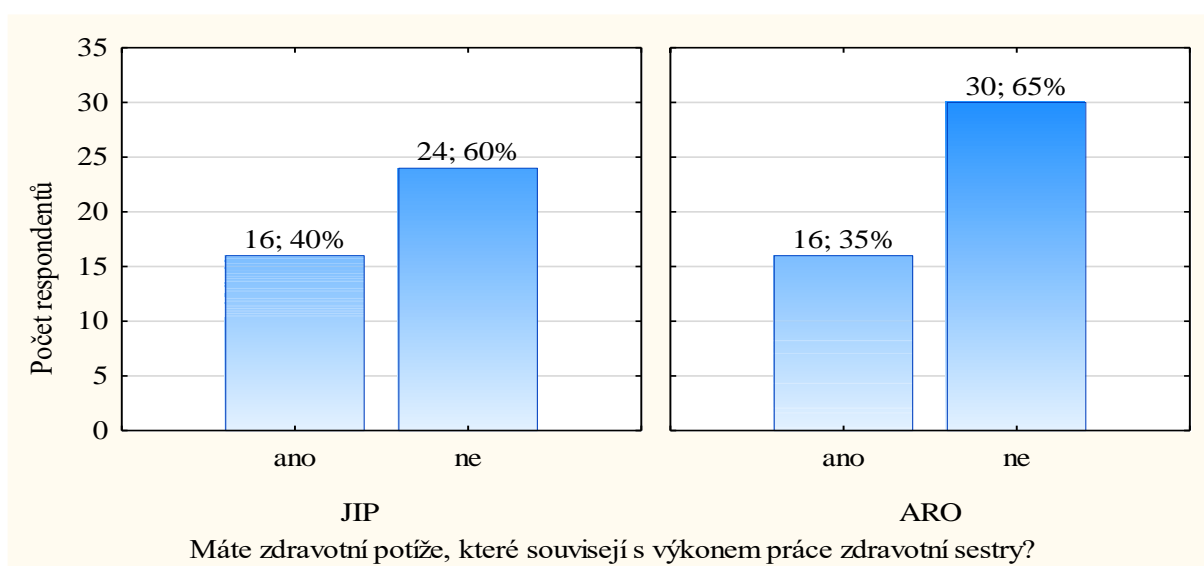
H_A : Výskyt zdravotních obtíží souvisejících s výkonem práce zdravotní sestry se u sester pracujících na ARO a JIP liší.

Tabulka 44 – Kontingenční tabulka a chí-kvadrát

Chí-kvadrát test p-hodnota: 0,618	Zdravotní potíže související s prací				celkem
	ano		ne		
Skupina	n	%	n	%	
JIP	16	35	24	60	40
ARO	16	33	30	65	46
Celkem	32		54		86

Zdravotní potíže související s výkonem práce zdravotní sestry uvedlo 35 % sester z JIP a 33 % sester z ARO. **P-hodnota chí-kvadrát testu nezávislosti v kontingenční tabulce vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,618, tj. vyšší než zvolená hladina významnosti 0,05** (viz tabulka 44).

Nulová hypotéza nebyla zamítnuta. Na hladině významnosti 0,05 nebyl prokázán rozdíl ve výskytu zdravotních obtíží souvisejících s výkonem práce zdravotní sestry u sester pracujících na ARO a JIP. Absolutní a relativní četnosti variant odpovědí pro obě srovnávané skupiny byly zobrazeny pomocí kategorizovaného sloupcového grafu (viz graf 42).



Graf 42 – Kategorizovaný sloupcový graf: Máte zdravotní potíže, které souvisejí s výkonem práce zdravotní sestry?

4.3.2 Statistické zpracování hypotéz – Meisterův dotazník

Hypotéza č. 6

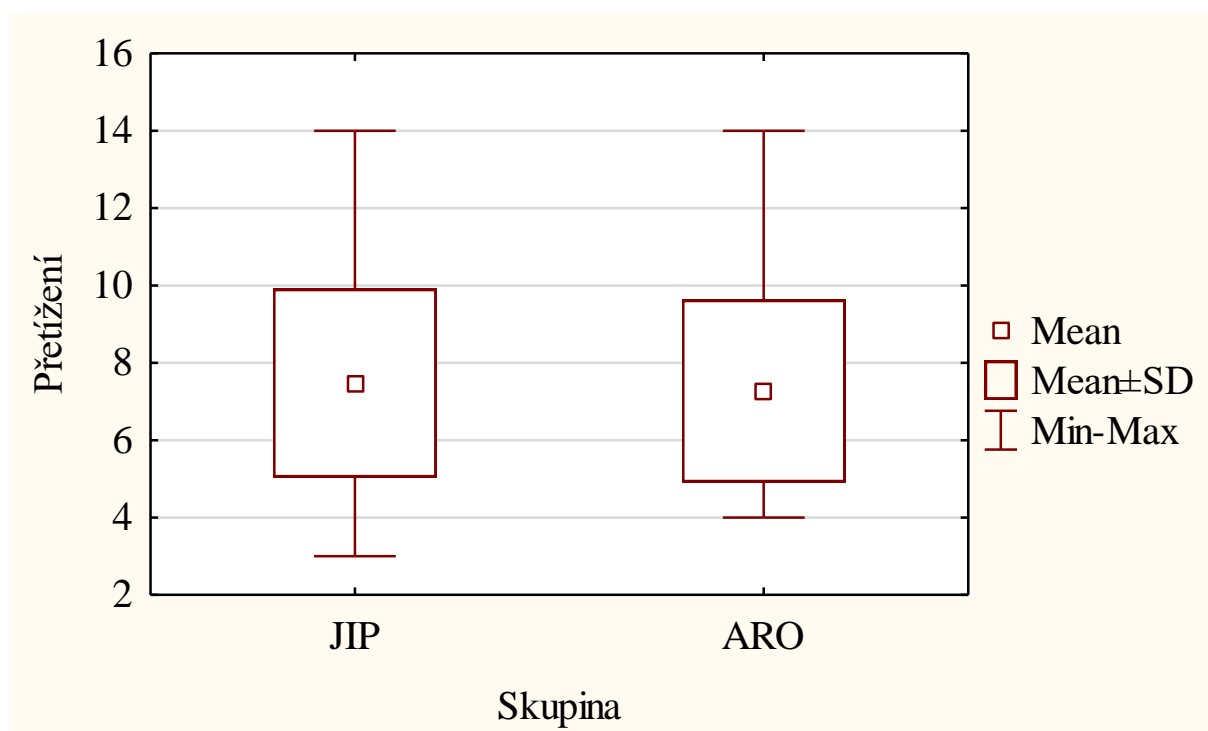
H_0 : Míra psychické zátěže dle Meisterova dotazníku v dimenzi *přetížení* se u sester pracujících na ARO a JIP neliší.

H_A : Míra psychické zátěže dle Meisterova dotazníku v dimenzi *přetížení* se u sester pracujících na ARO a JIP liší.

Tabulka 45 – Welchův t-test: p-hodnota a číselné charakteristiky

Skupina	počet	průměr	sm. odch.	min.	max.	p-hodnota
JIP	46	7,5	2,4	3	14	0,676 (nezamítáme H_0)
ARO	48	7,3	2,4	4	14	

Skóre psychické zátěže v dimenzi *přetížení* činilo pro sestry z JIP v průměru 7,5 při směrodatné odchylce 2,4 a pro sestry z ARO v průměru 7,3 při směrodatné odchylce 2,4. P-hodnota Welchova t-testu vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,676, tj. vyšší než zvolená hladina významnosti 0,05 (viz tabulka 45). **Nulová hypotéza nebyla zamítnuta. Na hladině významnosti 0,05 nebyl prokázán rozdíl ve skóre psychické zátěže v dimenzi přetížení u sester pracujících na ARO a JIP.** Rozsah průměr \pm směrodatná odchylka, minimum a maximum byly pro obě srovnávané skupiny zobrazeny pomocí kategorizovaného krabicového grafu (viz graf 43).



Graf 43 – Kategorizovaný krabicový graf: Míra psychické zátěže v dimenzi *přetížení*

Hypotéza č. 7

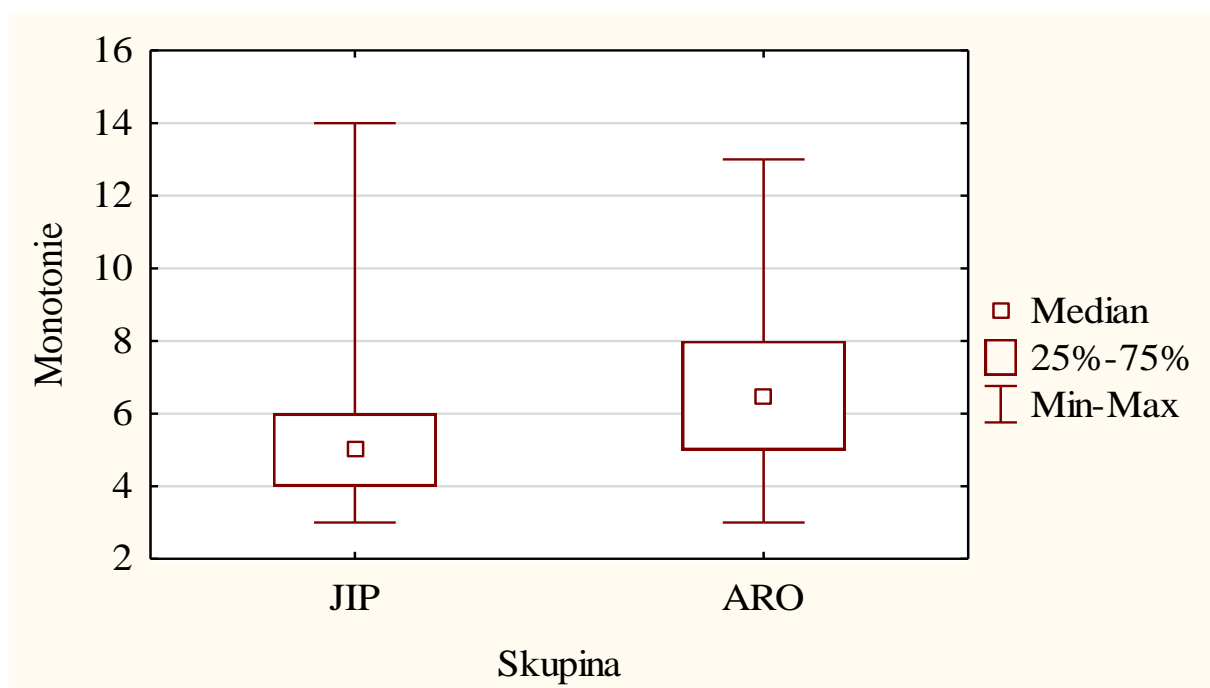
H₀: Míra psychické zátěže dle Meisterova dotazníku v dimenzi *monotonie* se u sester pracujících na ARO a JIP neliší.

H_A: Míra psychické zátěže dle Meisterova dotazníku v dimenzi *monotonie* se u sester pracujících na ARO a JIP liší.

Tabulka 46 – Mann-Whitneyho test: p-hodnota a číselné charakteristiky

Skupina	medián	průměr	sm. odch.	min.	max.	p-hodnota
JIP	5	5,7	2,4	3	14	0,008
ARO	6,5	6,7	2,3	3	13	(zamítáme H ₀)

Skóre psychické zátěže v dimenzi *monotonie* činilo pro sestry z JIP v mediánu 5 a v průměru 5,7 při směrodatné odchylce 2,4 a pro sestry z ARO v mediánu 6,5 a v průměru 6,7 při směrodatné odchylce 2,3. P-hodnota Mann-Whitneyho testu vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,008, tj. nižší než zvolená hladina významnosti 0,05 (viz tabulka 46). **Nulová hypotéza byla zamítnuta ve prospěch alternativní hypotézy. Na hladině významnosti 0,05 byl prokázán rozdíl ve skóre psychické zátěže v dimenzi *monotonie* u sester pracujících na ARO a JIP.** Rozsah průměr ± směrodatná odchylka, minimum a maximum byly pro obě srovnávané skupiny zobrazeny pomocí kategorizovaného krabicového grafu (viz graf 44).



Graf 44 – Kategorizovaný krabicový graf: Míra psychické zátěže v dimenzi *monotonie*

Hypotéza č. 8

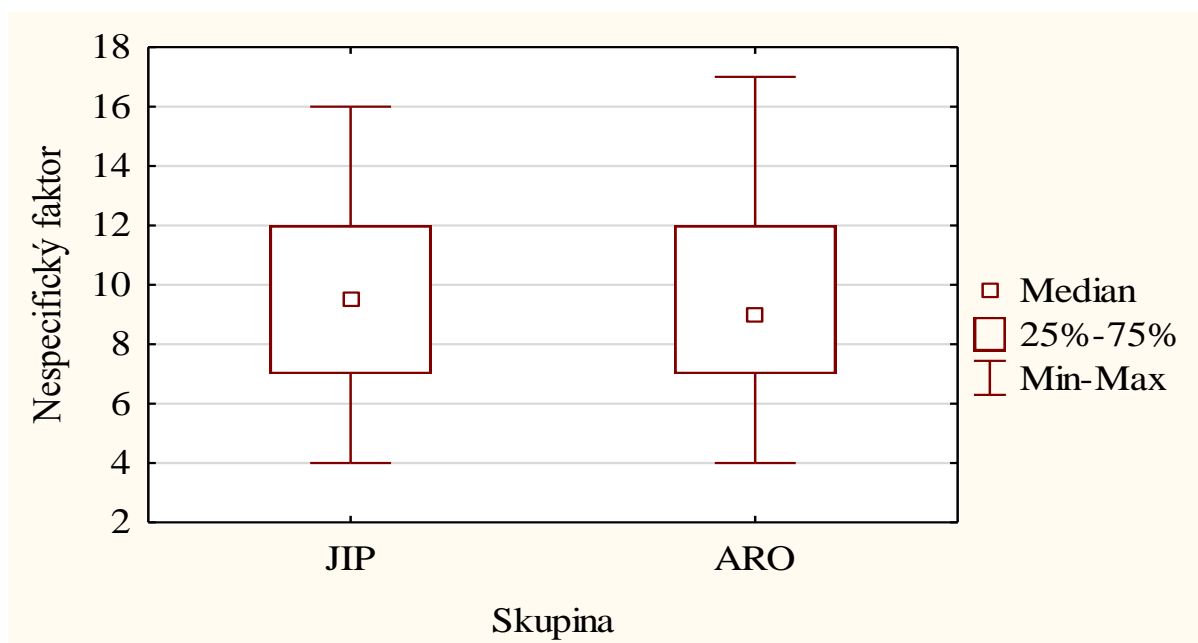
H_0 : Míra psychické zátěže dle Meisterova dotazníku v dimenzi *nespecifický faktor* se u sester pracujících na ARO a JIP neliší.

H_A : Míra psychické zátěže dle Meisterova dotazníku v dimenzi *nespecifický faktor* se u sester pracujících na ARO a JIP liší.

Tabulka 47 – Mann-Whitneyho test: p-hodnota a číselné charakteristiky

Skupina	počet	průměr	sm. odch.	min.	max.	p-hodnota
JIP	9,5	9,4	3,5	4	16	0,736 (nezamítáme H_0)
ARO	9	9,2	3,2	4	17	

Skóre psychické zátěže v dimenzi *nespecifický faktor* činilo pro sestry z JIP v mediánu 9,5 a v průměru 9,4 při směrodatné odchylce 3,5 a pro sestry z ARO v mediánu 9 a v průměru 9,2 při směrodatné odchylce 3,2. P-hodnota Mann-Whitneyho testu vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,736, tj. vyšší než zvolená hladina významnosti 0,05 (viz tabulka 47). **Nulová hypotéza nebyla zamítnuta. Na hladině významnosti 0,05 nebyl prokázán rozdíl ve skóre psychické zátěže v dimenzi *nespecifický faktor* u sester pracujících na ARO a JIP.** Rozsah průměr \pm směrodatná odchylka, minimum a maximum byly pro obě srovnávané skupiny zobrazeny pomocí kategorizovaného krabicového grafu (viz graf 45).



Graf 45 – Kategorizovaný krabicový graf: Míra psychické zátěže v dimenzi *nespecifický faktor*

Hypotéza č. 9

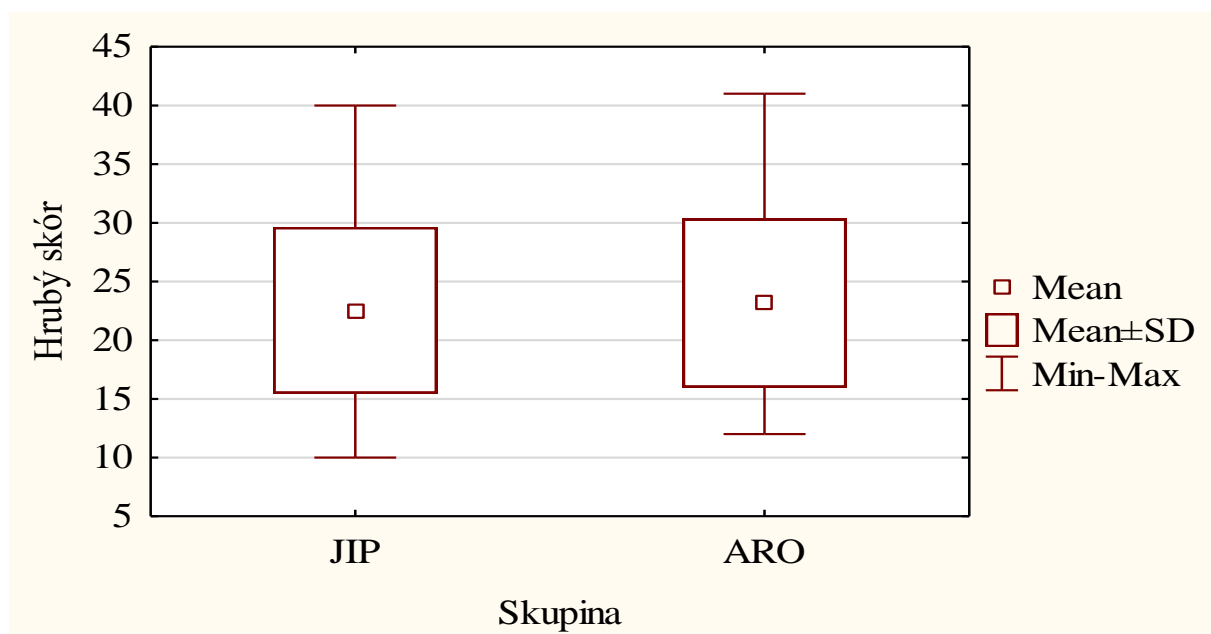
H_0 : Míra psychické zátěže dle Meisterova dotazníku (celkový hrubý skór) se u sester pracujících na ARO a JIP neliší.

H_A : Míra psychické zátěže dle Meisterova dotazníku (celkový hrubý skór) se u sester pracujících na ARO a JIP liší.

Tabulka 48 – Welchův t-test: p-hodnota a číselné charakteristiky

Skupina	počet	průměr	sm. odch.	min.	max.	p-hodnota
JIP	46	22,5	7,1	10	40	0,673 (nezamítáme H_0)
ARO	48	23,2	7,2	12	41	

Celkové skóre Meisterova dotazníku činilo pro sestry z JIP v průměru 22,5 při směrodatné odchylce 7,1 a pro sestry z ARO v průměru 23,2 při směrodatné odchylce 7,2. P-hodnota Welchova t-testu vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,673, tj. vyšší než zvolená hladina významnosti 0,05 (viz tabulka 48). **Nulová hypotéza nebyla zamítnuta. Na hladině významnosti 0,05 nebyl prokázán rozdíl v celkovém skóre Meisterova dotazníku u sester pracujících na ARO a JIP.** Rozsah průměr \pm směrodatná odchylka, minimum a maximum byly pro obě srovnávané skupiny zobrazeny pomocí kategorizovaného krabicového grafu (viz graf 46).



Graf 46 – Kategorizovaný krabicový graf: Míra psychické zátěže *celkový hrubý skór*

5 DISKUZE

Cílem diplomové práce bylo zjistit míru fyzické a psychické zátěže u sester pracujících v intenzivní péči.

Dílčím cílem bylo prozkoumat a porovnat dvě skupiny sester. První skupinou byly sestry pracující na anesteziologicko-resuscitačním oddělení a druhou skupinu tvořily sestry z jednotek intenzivní péče chirurgického a interního typu.

V této kapitole diplomové práce se budu zamýšlet nad tím, zda bylo, nebo nebylo dosaženo předem daných cílů diplomové práce, odpovím také na výzkumné otázky a hypotézy. Výsledky svého průzkumu budu porovnávat s vybranými diplomovými pracemi stejného zaměření.

Průzkumné šetření probíhalo v okresní nemocnici Pardubického kraje. Respondenty byly vybrané skupiny všeobecných sester pracujících v oboru intenzivní péče. První skupinu tvořily sestry pracující na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, do druhé skupiny byly řazeny sestry z jednotek intenzivní péče chirurgického a interního typu. Dotazníky byly rozděleny rovným dílem mezi tato oddělení. Celkem bylo rozdáno 100 dotazníků, z nichž se správně vyplněných vrátilo 94, návratnost tedy činila 94 %. Pro zpracování praktické části diplomové práce bylo správně vyplněno a použito 94 dotazníků (100 %). Z 50 dotazníků na JIP se vrátilo 46, tj. návratnost činila 92 %. Z 50 dotazníků na ARO se vrátilo 48, tj. návratnost činila 96 %. Věk účastníků průzkumného šetření se ve zkoumaném vzorku ARO pohyboval nejčastěji v rozmezí mezi 30 a 39 lety (42 %). Respondenti skupiny JIP uvedli ve 30 % věkovou kategorii 21 až 29 let. Za zmínku stojí i věková kategorie 40–49 let, jelikož obě skupiny respondentů zde mají téměř stejné zastoupení svých pracovníků – 28 % skupina JIP a 29 % skupina ARO.

Nejvyšší dosažené vzdělání bylo bakalářské u 46 % respondentů ARO. Naopak respondenti skupiny JIP se se stejným počtem respondentů (37 %) shodli na vzdělání středoškolském a bakalářském.

Další otázka z dotazníku zjišťovala délku praxe na daném oddělení. Výsledky jsou v obou skupinách rozdílné, ale jasné. Délka praxe respondentů ARO se pohybuje ve věkovém rozmezí 10 až 20 let, celých 38 % respondentů uvedlo tuto možnost. Naopak respondenti JIP nejčastěji (39 %) uvedli délku praxe do 5 let. Z tohoto jasně daného faktu lze usuzovat o stabilnějším ARO týmu, menší fluktuaci zdravotnických pracovníků, z čehož také plyne vyšší věková kategorie zastoupená větším počtem respondentů.

Rozdíl mezi respondenty se specializací a bez specializace je celkem vyrovnaný. Respondenti ARO se specializací (58 %) mírně převyšují respondenty JIP (41 %).

Další otázka zjišťovala fyzickou a psychickou náročnost práce v intenzivní péči. Odpovědi jsou jednoznačné pro oba zkoumané vzorky. Naprostá většina respondentů ARO (42 %) a JIP (46 %) se shodla na fyzické náročnosti své profese. Dalších 46 % respondentů ARO a 43 % respondentů JIP se přiklonilo k odpovědi „občas“. Lze tedy usuzovat, že práce v intenzivní péči je náročná fyzicky, ale i psychicky. Důkazem toho jsou stejné výsledky ve vnímání psychické zátěže. Respondenti ARO uvedli psychickou zátěž v 54 %, občasně ji pociťuje 42 % respondentů. Respondenti skupiny JIP uvádí ve 48 % psychickou zátěž vnímanou trvale a 46 % respondentů ji vnímá občasně. Shodné výsledky jsou zřejmé i z dalších dvou navazujících položek dotazníku, kde byla mapována subjektivně vnímaná míra fyzické a psychické náročnosti profese prostřednictvím Likertovy škály (1 – běžná zátěž, 2 – mírná zátěž, 3 – střední zátěž, 4 – vysoká zátěž, 5 – velmi vysoká zátěž). S minimálním rozdílem počtu respondentů obou zkoumaných skupin byla v naprosté většině zjištěna zátěž střední – 3 a zátěž vysoká – 4 v případě subjektivně vnímané míry fyzické i psychické zátěže. Mariana Kokorudz (2020) v diplomové práci popisuje stejné výsledky u svých respondentů, kteří na základě číselné škály hodnotí fyzickou a psychickou zátěž v rozmezí střední až vysoké úrovně. S těmito dotazníkovými otázkami souvisely i cíle, výzkumné otázky a hypotézy. Druhým cílem bylo zjistit míru fyzické a psychické zátěže u sester pracujících v intenzivní péči. K následující výzkumné otázce se pojí dvě hypotézy.

Výzkumná otázka č. 2: *Jaká je míra fyzické a psychické zátěže u sester pracujících v intenzivní péči?*

Hypotéza č. 1: **Míra subjektivně vnímané psychické zátěže se u sester pracujících na ARO a JIP neliší.**

První hypotéza se týkala míry subjektivně vnímané psychické zátěže u sester pracujících na ARO a JIP. Na základě statistických výpočtů nebyl prokázán rozdíl v subjektivně vnímané míře psychické zátěže u sester pracujících na ARO a JIP. **Hypotéza byla tedy přijata, míra subjektivně vnímané psychické zátěže se u sester pracujících na ARO a JIP neliší.** Subjektivně vnímaná míra psychické zátěže činila na Likertově škále 1–5 pro sestry z JIP v průměru 3,4 a pro sestry z ARO v průměru 3,5, tedy zátěž střední a vysoká.

Hypotéza č. 2: Míra subjektivně vnímané fyzické zátěže se u sester pracujících na ARO a JIP neliší.

Druhá hypotéza mapovala míru subjektivně vnímané fyzické zátěže u sester pracujících na ARO a JIP. Statistická analýza neprokázala rozdíl v subjektivně vnímané míře fyzické zátěže u sester pracujících na ARO a JIP. **Hypotéza byla tedy přijata, míra subjektivně vnímané fyzické zátěže se u sester pracujících na ARO a JIP neliší.** Subjektivně vnímaná míra fyzické zátěže činila na Likertově škále 1–5 pro sestry z JIP v průměru 3,3 a pro sestry z ARO v průměru 3,1, tedy zátěž střední a zátěž vysoká.

Druhý cíl diplomové práce byl splněn.

Třetím cílem bylo prokázat nebo vyvrátit závislost mezi délkou praxe a mírou fyzické a psychické zátěže, které jsou sestry v intenzivní péči vystaveny. Pro naplnění tohoto cíle byla položena následující výzkumná otázka a zvoleny odpovídající hypotézy.

Výzkumná otázka č. 3: *Bude délka praxe souviset s mírou fyzické a psychické zátěže, které jsou sestry v intenzivní péči vystaveny?*

Hypotéza č. 3: Mezi délkou praxe a subjektivním vnímáním fyzické zátěže není závislost.

Hypotéza č. 4: Mezi délkou praxe a subjektivním vnímáním psychické zátěže není závislost.

Třetí hypotéza se zabývala nezávislostí mezi délkou praxe a subjektivním vnímáním fyzické zátěže, které jsou sestry v intenzivní péči denně vystaveny. Tato hypotéza byla na základě statistické analýzy přijata, tedy mezi délkou praxe a fyzickou zátěží není závislost. Stejně výsledky dokazují statistické výpočty čtvrté hypotézy, která zjišťovala nezávislost mezi délkou praxe a subjektivním vnímáním psychické zátěže. Na hladině významnosti 0,05 nebyla prokázána závislost mezi délkou praxe a subjektivním vnímáním psychické zátěže. **Hypotéza byla tedy přijata.**

Třetí cíl diplomové práce byl splněn.

Překvapující bylo zjištění, že většina respondentů z obou sledovaných skupin netrpí zdravotními potížemi vyskytujícími se v souvislosti s výkonem jejich profese. Respondenti ARO takto odpověděli v 63 % a respondenti JIP v 52 %. V případě kladné odpovědi bylo možné uvést, jakými potížemi respondent trpí. Nejčastěji udávané potíže byly bolesti zad, bolesti hlavy, poruchy spánku, křečové žíly a únava. Průzkumné šetření Taušové (2013) zabývající se zdravotními problémy způsobenými prací s převahou potvrdilo bolesti hlavy. Odborná studie řeckého lékaře Safarise (2016) zabývající se psychickými a fyzickými dopady pracovního stresu jasně ukazuje na výskyt migrén, bolestí zad, kloubů, ale i hypertenze, syndromu dráždivého tračníku, duodenálního vředu a onemocnění imunitního systému. Výsledná data jsou celkem pochopitelná pro profesi zdravotní sestry. V této diplomové práci zdravotní potíže uvedlo 33 % respondentů ARO a 35 % respondentů JIP. K otázce bych záměrně uvedla odpovědi na položku, ve které zjišťuji dostatek pomůcek usnadňující práci. Právě respondenti skupiny JIP, kteří ve 35 % uvedli, že trpí zdravotními potížemi, uvádí, že na svém oddělení mají dostatek pomůcek, ale nepoužívají je. V tomto případě vidím možnost úlevy od zdravotních potíží alespoň částečně v používání různých pomůcek usnadňujících ošetrovatelskou péči. Jmenujme např. zvedací zařízení pro přesun pacienta do křesla a zpět nebo rolovací podložku pro transport z lůžka, schopnější pacienti mohou využít hrazdu k dopomoci, tím tak ulevit zdravotnickému personálu při manipulaci nebo polohování. Naprosto chvályhodní jsou v tomto případě respondenti ARO, kteří v 72 % uvedli, že tyto pomůcky na oddělení mají a používají je. Shodná data vyplývají dále z diplomové práce Taušové (2013), podle které je oddělení ARO lépe vybaveno těmito pomůckami než oddělení JIP. S výskytem zdravotních obtíží souvisejících s výkonem práce zdravotní sestry koresponduje čtvrtý cíl diplomové práce. Tímto cílem jsem chtěla potvrdit nebo vyvrátit výskyt zdravotních obtíží, které souvisejí s výkonem práce zdravotní sestry. Následně jsem si položila výzkumnou otázku a stanovila hypotézu.

Výzkumná otázka č. 4: *Budou se na zmíněných odděleních vyskytovat zdravotní obtíže související s výkonem práce zdravotní sestry?*

Hypotéza č. 5: Výskyt zdravotních obtíží souvisejících s výkonem práce zdravotní sestry se u sester pracujících na ARO a JIP neliší.

Tato hypotéza se týkala rozdílu výskytu zdravotních obtíží souvisejících s výkonem práce u sester pracujících na ARO a JIP. Na základě statistických výpočtů nebyl prokázán rozdíl ve výskytu zdravotních obtíží souvisejících s výkonem práce zdravotní sestry u sester pracujících na ARO a JIP. Zdravotní potíže související s výkonem práce zdravotní sestry uvedlo 35 % sester z JIP a 33 % sester z ARO. **Hypotéza byla přijata.**

Čtvrtý cíl diplomové práce byl splněn.

Fyzickou náročnost u specifických ošetrovatelských činností jsem zjišťovala dalšími dotazníkovými otázkami. Hygienickou péči vnímá jako fyzicky náročnou jen občas 61 % respondentů JIP, skupina respondentů ARO pak ve 42 %. Naopak ošetrovatelská péče o oběžního pacienta je na základě výsledků fyzicky náročná pro většinu respondentů obou skupin. Celých 69 % respondentů ARO a 52 % respondentů JIP uvedlo fyzickou náročnost při péči o tento typ pacienta. Přesouvání pacienta z lůžka na lůžko je fyzicky náročné pro 39 % respondentů JIP a 56 % respondentů ARO. Je zajímavé, že respondenti JIP uvedli ve 48 %, že tato činnost je fyzicky náročná jen občas. Dovolím si proto na základě své mnohaleté praxe tvrdit, že pacienti hospitalizovaní na JIP jsou více soběstačnější ve všech základních lidských činnostech, jako je např. pohyb, přesun do křesla, stravování či hygienická péče. Samozřejmě zde mohou být i pacienti vyžadující komplexní ošetrovatelskou péči, jako je tomu na oddělení ARO. Specifikem pro intenzivní péči je akutní příjem a resuscitace na oddělení nebo v rámci resuscitačního týmu, který na základě výzvy poskytuje odpovídající resuscitační péči i na jiných odděleních nemocnice. Z dotazníkových výsledků jasně vyplývá, že naprostá většina respondentů vnímá tuto činnost jako nezbytnou součást své profese sestry v intenzivní péči a není pro ně tedy nijak zatěžující. **S touto analýzou souvisel první cíl diplomové práce a výzkumná otázka č. 1.**

Prvním cílem bylo zmapovat specifika fyzické zátěže u sester pracujících v intenzivní péči.

Výzkumná otázka č. 1: *Jaká se vyskytují specifika fyzické zátěže u sester pracujících v intenzivní péči?*

Tento cíl byl zpracován na základě teoretických poznatků, studia odborné literatury a je komplexně zpracován v kapitole Fyzická zátěž sester v intenzivní péči. K tomuto cíli se vztahovaly výše zmíněné dotazníkové položky. Na základě mé mnohaleté praxe jsem se domnívala, že ošetrovatelská péče o oběžního pacienta bude fyzicky náročná pro obě zkoumané skupiny respondentů. **Tento očekávaný výsledek byl v mém dotazníkovém šetření prokázán.** Naopak výsledky týkající se fyzické náročnosti hygienické péče a přesunu pacienta z lůžka na lůžko nebo do křesla a zpět již tak jednoznačné nebyly. Obě skupiny respondentů vnímají fyzickou náročnost těchto výkonů pouze jako občasnou. Domnívám se tedy, že pravděpodobně záleží na skladbě pacientů, jejich počtu v ošetrovatelské péči sestry, přítomnosti pomocného zdravotnického personálu nebo používání pomůcek usnadňujících práci. Výše zmiňuji, že tyto pomůcky používají respondenti ARO v 72 %.

První cíl diplomové práce byl splněn.

Za nejvíce psychicky zatěžující považovali respondenti obou zkoumaných skupin administrativní činnost, tedy konkrétně příliš mnoho dokumentace (48 %). S tímto tvrzením se shoduje Svitáková (2010), která říká, že „*sestry jsou nespokojeny s přibývajícím dokumentací a mají pocit, že se za nějaký čas budou věnovat více administrativě než samotnému pacientovi*“. Následovaly vysoké nároky na vzdělávání, různé opakující se audity, e-learning v rámci povinného školení zaměstnanců daného zdravotnického zařízení (20 %), neustálé sledování zdravotního stavu, které je pro intenzivní péči typické, uvedlo 17 % JIP respondentů a 4 % ARO respondentů.

Dalšími dotazníkovými otázkami jsem zjišťovala stav pracovního prostředí, vztahy v kolektivu a k nadřízeným. Většina respondentů obou zkoumaných skupin uvedla vztah k nadřízeným jako pracovní, celkem šlo o 65 % respondentů JIP a 75 % respondentů ARO. Domnívám se, že zde chybí motivace ze strany nadřízených a celkově zaměstnavatele. Minimální motivace nebo motivace pouze v případech nutnosti vzít službu navíc se mi v mém dotazníkovém šetření potvrdila naprostou většinou respondentů obou sledovaných skupin. Další otázkou jsem zjišťovala, jak se respondenti cítí v kolektivu. Z výsledků jednoznačně vyplývá spokojenost v daném kolektivu, ale také pocity závislé na tom, s kým jsou respondenti ve službě.

Vlivem nedostatku personálu a časté fluktuace nových pracovníků na obou odděleních intenzivní péče, což potvrdilo 70 % respondentů JIP a 54 % respondentů ARO, vzniká možnost přesčasových hodin. Zkoumané skupiny jsou podle mých zjištění ochotny pracovat přesčas, ale pouze podle počtu odpracovaných hodin navíc. Takto odpovědělo 50 % respondentů ARO a 37 % respondentů JIP. Průměrně tito respondenti slouží 20 hodin měsíčně navíc. Dokonce 29 % respondentů JIP a 14 % respondentů ARO má 30 a více přesčasových hodin měsíčně. Nadměrná pracovní zátěž vede k pocitům fyzického a psychického vyčerpání. Jedním z faktorů je dle Stříteské (2007) počet odpracovaných přesčasů. Průzkumným šetřením zjistila, že není výjimkou až 40 přesčasových hodin měsíčně. Pokud je průměrná norma hodin 160, tak s přesčasy se pohybujeme kolem 200 i více hodin za měsíc. Z mého pohledu sestry v intenzivní péči je takové konání vysoce nezodpovědné a neprofesionální. Následkem takto vysoké pracovní zátěže dochází dle Kokorudz (2020) k velkému časovému tlaku, přepracovanosti a možnému poškození zdraví svého i zdraví pacientů. Ošetřovatelství je vnímáno jako namáhavá práce s vysokými nároky. Vysoké nároky na práci a kombinace příliš velké odpovědnosti byly identifikovány jako některé z primárních zdrojů pracovního stresu uprostřed ošetřovatelského personálu. Pracovní stres může podle studie Safarise (2016) významně ovlivnit kvalitu života sestry a současně snížit kvalitu poskytované péče. Kvalitně poskytovaná péče je interpersonální postup definovaný odborným ošetřovatelstvím, mezilidskou citlivostí a intimními vztahy, a to včetně pozitivní komunikace a implementace odborných znalostí a dovedností. Stres související s prací má za následek ztrátu soucitu s pacienty, zvýšený výskyt chyb v praxi a ohrožení zdravotnického personálu syndromem vyhoření (Safaris, 2016). Pablos Safaris (řecký lékař), který prováděl průzkumné šetření u zdravotních sester, zjistil, že pracovní stres je spojen s problémy duševního zdraví. Na emocionální úrovni spojil pracovní stres s úzkostí, palpitační, nízkou sebeúctou, depresí a pocitem nedostatečnosti. Nadměrný pracovní stres snižuje efektivitu práce (Safaris, 2016).

Bez ohledu na počet přesčasových hodin se 70 % respondentů JIP a 72 % respondentů ARO cítí po službě unaveně, což je vzhledem k výsledkům psychické a fyzické zátěže na stupnici Likertovy škály 3 až 4 (střední až vysoká zátěž) pochopitelné.

Na otázku, zda respondenti přemýšlí o odchodu z oddělení, odpovědělo 48 % respondentů obou skupin, že nikoliv. V rámci této otázky bylo možné zdůvodnit svoji odpověď. Nejčastější důvody pro setrvání na daném oddělení byla spokojenost v kolektivu, finanční ohodnocení a stálost zaměstnání.

Pro odchod z oddělení se rozhodlo 13 % respondentů JIP a 11 % respondentů ARO. Důvodem byly jiné pracovní nabídky, neshody s nadřízenými nebo celkový odchod ze zdravotnictví u jednoho respondenta z JIP. I přes některé z uvedených problémů mají podle mých výsledků respondenti skupiny JIP (78 %) a ARO (83 %) profesi zdravotní sestry rádi.

Doplňující otázka se týkala způsobu relaxace či odpočinku. Nejčastější odpovědí byl odpočinek aktivní, péče o sebe a rodinu. V otevřené odpovědi respondenti uváděli odpočinek v podobě spánku. Ve směnném provozu bývá pravidelný spánek v podstatě nemyslitelný.

Druhou část dotazníku tvořil standardizovaný Meisterův dotazník. Při hodnocení výsledků jsem dospěla k závěru, že většina otázek nedosáhla a ani nepřekročila hladinu vypočítaného kritického mediánu. Výjimkou byly otázky č. 1 a č. 3, kde bylo kritického mediánu dosaženo. Otázka č. 1 zjišťovala, zda se respondenti dostávají při práci do časové tísně. Otázkou č. 3 jsem se ptala na to, zda respondenty práce psychicky zatěžuje pro vysokou zodpovědnost spojenou se závažnými důsledky. V případě otázky č. 10 byl kritický medián překročen. Tato otázka mapovala takovou psychickou náročnost práce, že ji nelze dělat dlouhodobě se stejnou výkonností. Obdobný průzkum se stejnými výsledky uvádí ve své diplomové práci Kokorudz (2020). Na základě tohoto zjištění plně souhlasím s Novotnou (2010), její průzkumné šetření totiž prokázalo, že výkon profese sestry v intenzivní péči je v 91 % stresující z důvodu pracovního vypětí a dlouhodobé vysoké odpovědnosti. Meisterův dotazník byl zakomponován do posledního cíle diplomové práce. Tímto cílem bylo zjistit a porovnat fyzickou a psychickou zátěž sester pracujících na ARO a JIP na základě Meisterova dotazníku. Byla stanovena výzkumná otázka a následně hypotézy ve třech dimenzích Meisterova dotazníku: přetížení, monotonie a nespecifický faktor.

Výzkumná otázka č. 5: *Jak se liší fyzická a psychická zátěž sester pracujících na ARO a JIP na základě Meisterova dotazníku?*

Hypotéza č. 6: *Míra psychické zátěže dle Meisterova dotazníku v dimenzi přetížení se u sester pracujících na ARO a JIP neliší.*

Hypotéza č. 7: *Míra psychické zátěže dle Meisterova dotazníku v dimenzi monotonie se u sester pracujících na ARO a JIP neliší.*

Hypotéza č. 8: *Míra psychické zátěže dle Meisterova dotazníku v dimenzi nespecifický faktor se u sester pracujících na ARO a JIP neliší.*

Hodnocení faktoru *přetížení* bylo u sester z JIP vyšší než u sester z ARO, ale rozdíl nebyl statisticky významný. **Hypotéza nebyla zamítnuta. Na hladině významnosti 0,05 nebyl prokázán rozdíl ve skóre psychické zátěže v dimenzi *přetížení* u sester pracujících na ARO a JIP.**

U faktoru *monotonie* bylo výsledné hodnocení u sester z ARO vyšší než u sester z JIP. Rozdíl byl statisticky významný. **Hypotéza byla zamítnuta ve prospěch alternativní hypotézy.** Alternativní hypotéza vyjadřovala odlišnost v míře psychické zátěže dle Meisterova dotazníku v dimenzi *monotonie* u sester pracujících na ARO a JIP. **Na hladině významnosti 0,05 byl prokázán rozdíl ve skóre psychické zátěže v dimenzi *monotonie* u sester pracujících na ARO a JIP.**

Skóre psychické zátěže v dimenzi *nespecifický faktor* bylo u sester z JIP vyšší než u sester z ARO, ale rozdíl nebyl statisticky významný. **Hypotéza byla přijata. Na hladině významnosti 0,05 nebyl prokázán rozdíl ve skóre psychické zátěže v dimenzi *nespecifický faktor* u sester pracujících na ARO a JIP.** V případě celkové zátěže, tedy celkového hrubého skóru, který byl u sester z ARO vyšší než u sester z JIP, nicméně rozdíl nebyl statisticky významný a **hypotéza nebyla zamítnuta. Na hladině významnosti 0,05 nebyl prokázán rozdíl v celkovém skóre Meisterova dotazníku u sester pracujících na ARO a JIP.**

Pátý cíl diplomové práce byl splněn.

Veškerá zjištěná data jsou graficky znázorněna a zanesena přehledně do tabulek v kapitole Metodika. V kapitole Diskuze jsou prezentovány pouze podle mě přínosné a zajímavé výsledky.

6 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě dat získaných z průzkumného šetření si dovoluji konstatovat některá doporučení, která jsou dle mého názoru vhodná alespoň k zamyšlení nebo k přímé realizaci do pracovního nebo osobního života sester pracujících v intenzivní péči. Jsem si plně vědoma, že výsledky mého průzkumu nemusí odpovídat širokému spektru sester pracujících v intenzivní péči. V případě zájmu bych ráda seznámila s výsledky své práce náměstkyni pro ošetrovatelskou péči a vrchní sestry příslušných oddělení, kde průzkum probíhal. V neposlední řadě informuji i své respondenty, neboť téma průzkumu je od začátku velice zajímavé.

Naprosto zásadní věc vidím v náboru nových pracovníků a jejich adaptaci do oboru intenzivní péče. Moje práce odhalila nedostatek nových pracovníků na obou zkoumaných odděleních. Vlivem nových pracovníků se sníží množství přesčasových hodin, tím tak i následné přetěžování stávajících pracovníků. Vhodné je také doplnění směny pomocným zdravotnickým personálem (např. ošetrovatelkou, sanitářem nebo zdravotní sestrou sloužící pouze ranní směny). Domnívám se, že navýšením personálu se sníží stresové situace z nadbytku administrativy a vedení dokumentace, protože tuto činnost respondenti uvedli jako nejvíce psychicky zatěžující. Jako velice potřebný vnímám dostatek pomůcek usnadňujících práci, jejich používání a případné pravidelné zaškolení k jejich manipulaci. Z průzkumu vyplývá, že pomůcky na obou odděleních jsou z větší části využívány. Další mezery vidím v dodržování plánovaného odpočinku mezi směnami a v množství přesčasových hodin, které je zákonem jasně dané. Respondenti mého dotazníku odpočívají převážně aktivně, věnují se sami sobě a své rodině. Odpočinek je velice důležitý pro načerpání fyzických i psychických sil a regeneraci organismu. Vlivem směnného provozu je narušen spánek. Relaxace je nezbytná pro správně fungující osobní, ale i pracovní život.

Nezbytností v kolektivní práci je efektivní komunikace, supervize, podpora ze strany vedoucích pracovníků, možnost nemocničních benefitů (např. zdarma nákup v nemocniční lékárně, finanční bonusy za mnohaletou praxi atd.). K zamyšlení je dle mého názoru to, že respondenti vnímají ze strany nadřízených pouze minimální motivaci k lepšímu výkonu své práce, případně jde o motivaci, která přichází pouze v případě nutnosti vzít službu navíc. Pozitivně ale vidím radost z práce a spokojenost ve stálém kolektivu, možnost mimopracovních akcí a stále se zvyšující finanční ohodnocení. Zároveň bych dodala nutnost prevence syndromu vyhoření, psychologické pomoci a různých forem psychohygieny.

ZÁVĚR

Diplomová práce se skládá z části teoretické a části průzkumné. Cílem teoretické části je prohloubení a zmapování problematiky fyzické a psychické zátěže sester pracujících v intenzivní péči. Komplexně se zabývá rolí sestry a detailně popisuje obor intenzivní péče.

Téma intenzivní péče je mi velice blízké, neboť již patnáctým rokem pracuji na anesteziologicko-resuscitačním oddělení jedné okresní nemocnice. S pocity únavy, fyzické a psychické vyčerpanosti mé i mých kolegů se v rámci ošetrovatelské péče běžně setkávám.

Průzkumnou částí zjišťuji potřebná data týkající se fyzického a psychického zatížení sester v intenzivní péči. Průzkumné šetření probíhalo na základě kvantitativní metody sběru dat pomocí mnou zhotoveného anonymního dotazníku. Dotazník se skládal z 35 otázek. Součástí tohoto dotazníku je i standardizovaný Meisterův dotazník, který orientačně sleduje psychickou zátěž. Celkem jsem rozdala 100 dotazníků, z nichž správně vyplněných jsem k výzkumnému šetření použila 94. Návratnost byla tedy 94 %. Respondenty jsou vybrané skupiny všeobecných sester pracujících v oboru intenzivní péče. První skupinou jsou sestry pracující na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, do druhé skupiny jsou řazeny sestry z jednotek intenzivní péče chirurgického a interního typu. Dotazníky byly rozděleny rovným dílem mezi tato oddělení. Na základě těchto dotazníkových metod bylo dosaženo předem daných cílů diplomové práce. Ke každému z cílů byla vypracovaná výzkumná otázka, následně nulová i alternativní hypotéza. Veškeré nulové hypotézy byly na základě statistických výpočtů přijaty. Získaná data jsou zanesena do tabulek a grafů.

Z výsledků je zřejmé, že práce sestry v intenzivní péči je psychicky i fyzicky velice náročná. Respondenti označili míru psychické a fyzické zátěže stupněm 3 až 4, což v mém dotazníku ukazovalo na zátěž střední až vysokou. Psychická zátěž byla nejčastěji vnímána prostřednictvím administrativní činnosti, kterou sestra stráví poměrně velkou část své služby. Fyzická vyčerpanost vyplývá z nedostatku personálu, časté fluktuace nových pracovníků a s tím i spojených přesčasových hodin. Podpora a motivace ze strany vyšších pracovníků také chybí. Meisterův dotazník odhalil potíže v oblastech časové tísně, vysoké odpovědnosti a dlouhodobé únosnosti. Dovolím si tvrdit, že výsledná data odpovídají reálné profesi sestry v intenzivní péči.

Součástí diplomové práce je doporučení pro další praxi a kvalitně poskytovanou a vysoce specializovanou intenzivní péči.

Limity diplomové práce

Postupné odkrývání výsledků průzkumného šetření mě vedlo k zamyšlení nad limity diplomové práce. Jedním z limitů je omezený počet respondentů. Jsem si vědoma, že zkoumaný vzorek mohl být větší, ale bohužel v rámci okresní nemocnice jsem nemohla zapojit více zdravotnického personálu, protože ARO a JIP více zaměstnanci nedisponuje. Při dalším zkoumání této problematiky bych se více zaměřila na to, jakým způsobem fyzická a psychická vyčerpanost ovlivňuje kvalitu spánku, stravování, osobní a rodinný život zdravotních sester pracujících v intenzivní péči. Vše bych doplnila vhodnými dotazníkovými položkami.

POUŽITÁ LITERATURA

BÁRTLOVÁ, Sylva a Marta JOBÁNKOVÁ, 2001. Syndrom vyhoření na exponovaných pracovištích. *Sestra*. 11(7/8), 78–79. ISSN 1210-0404.

BARTŮNĚK, Petr et al., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada, 752 s. ISBN 978-80-247-4343-1.

BEZVODOVÁ, Věra, 2004. Ochrana a bezpečnost zdraví sestry na ARO a JIP. *Ošetřovatelství*. 6(1-2).

ČESKO. Vyhláška č. 55/2011 Sb. Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>

ČESKO. Nařízení vlády č. 168/2014 Sb., kterým se mění nařízení vlády č. 290/1995 Sb., kterým se stanoví seznam nemocí z povolání, ve znění nařízení vlády č. 114/2011 Sb. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1995-290>

ČESKO. Nařízení vlády č. 170/2014 Sb., kterým se mění nařízení vlády č. 201/2010 Sb., o způsobu evidence úrazů, hlášení a zasílání záznamu o úrazu. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2014-170>

ČESKO. Nařízení vlády č. 361/2007 Sb., kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví při práci. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2007-361>

ČESKO. Vyhláška č. 252/2019 Sb., kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů, a vyhláška č. 189/2009 Sb., o atestační zkoušce, zkoušce k vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, závěrečné zkoušce akreditovaných kvalifikačních kurzů a aprobační zkoušce a o postupu při ověření znalosti českého jazyka (vyhláška o zkouškách podle zákona o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění vyhlášky č. 337/2017 Sb. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2019-252>

ČESKO. Vyhláška č. 432/2003 Sb., kterou se stanoví podmínky pro zařazování prací do kategorií, limitní hodnoty ukazatelů biologických expozičních testů, podmínky odběru biologického materiálu pro provádění biologických expozičních testů a náležitosti hlášení prací s azbestem a biologickými činiteli. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2003-432>

- GURKOVÁ, Elena a Slávka MACEJKOVÁ, 2012. Psychická zátěž a depresivní symptomatologie u sester. *Ošetrovatelství a porodní asistence*. 3(1), 326–334. ISSN 1804-2740.
- HEŘMANOVÁ, Jana, 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9.
- HLADKÝ, Aleš a Zdeňka ŽIDKOVÁ, 1999. *Metody hodnocení psychosociální pracovní zátěže: metodická příručka*. Praha: Karolinum, 78 s. ISBN 80-7184-890-5.
- HLADKÝ, Aleš, 1993. *Zdravotní aspekty zátěže a stresu*. Praha: Karolinum, 173 s. ISBN 80-7066-784-2.
- HLAVÁČ, Pavel a Ivan KUČERA, 2010. Hodnocení rizikových faktorů pracovního prostředí a nemoci z povolání. *Praktický lékař*. 90(5), 302–307. ISSN 0032-6739.
- HONZÁK, Radkin, 2015. *Svépomocná příručka sestry: (psychothriller)*. Praha: Galén, 264 s. ISBN 978-80-7492-142-1.
- JEŽEK, Martin, 2007. Jak se žije sestřím na ARO. *Zdravotnické noviny*. 56(24), 13–15. ISSN 0044-1996.
- KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada, 368 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
- KASAL, Eduard, 2006. *Základy anesteziologie, resuscitace, neodkladné medicíny a intenzivní péče*. Praha: Karolinum, 197 s. ISBN 80-246-0556-2.
- KEBZA, Vladimír a Lenka ŠOLCOVÁ, 2003. *Syndrom vyhoření*. Praha: Státní zdravotní ústav, 23 s. ISBN 80-7071-231-7.
- KOMAČEKOVÁ, Dagmar, 2009. Fyzická a psychická zátěž při poskytování ošetrovatelské péče – prevence, ochrana a podpora zdraví sestry. *Sestra*. 19(7/8), 26–28. ISSN 1210-0404.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Jaroslava PEČENKOVÁ, 2004. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada, 80 s. ISBN 80-247-0784-5.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2010. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. Praha: Grada, 119 s. ISBN 978-80-247-3149-0.
- KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.

- KUTNOHORSKÁ, Jana, 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada, 208 s. ISBN 978-80-247-3224-4.
- NEŠPOR, Karel, 1995. Prevence a zvládání profesionálního stresu ve zdravotnictví. *Zdravotnické noviny*. 44(23), 14–15.
- NEŠPOR, Karel, 2007. Prevence profesionálního stresu a syndromu vyhoření. *Medicína pro praxi*. 4(9), 374–373.
- PACHL, Jan a Karel ROUBÍK, 2003. *Základy anesteziologie a resuscitační péče dospělých i dětí*. Praha: Karolinum, 376 s. ISBN 80-246-0479-5.
- PELIKÁNOVÁ, Martina, 2013. Pracovní podmínky zdravotníků v ČR. *Florence*. 10(1), 35–36. ISSN 1801-464X.
- PETRÁČKOVÁ, Věra a Jiří KRAUS, 2000. *Akademický slovník cizích slov*. Praha: Academia, 834 s. ISBN 80–200–0982–5.
- PLEVOVÁ, Ilona et al., 2018. *Ošetrovatelství I. 2.*, přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 288 s. ISBN 978-80-271-0888-6.
- SAFARIS, Pavlos et al., 2016. The impact of occupational stress on nurses' caring behaviors and their health related quality of life. *BMC Nursing*. 15(56). ISSN 1472-6955.
- ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ, 2003. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent-Orion, 477 s. ISBN 80-7172-841-1.
- ŠPIRUDOVÁ, Lenka, 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 144 s. ISBN 978-80-247-5711-7.
- ŠVÁBOVÁ, Květa a Milan TUČEK, 2012. *Pracovní lékařství*. Praha: Raabe, 156 s. ISBN 978-80-87553-74-9.
- TOMOVÁ, Šárka a Jana KŘIVKOVÁ, 2016. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada, 136 s. ISBN 978-80-271-0064-4.
- ÚZIS. 2019. *Zdravotnická ročenka České republiky 2019* [online]. Praha [cit. 2020-10-15]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008280/zdrroccz-2019.pdf>.
- VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2011. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada, 192 s. ISBN 978-80-247-3174-2.
- VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2013. *Supervize v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 104 s. ISBN 978-80-247-4082-9.

- VÉVODA, Jiří, 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 159 s. ISBN 978-80-247-4732-3.
- VYTEJČKOVÁ, Renata, 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada, 256 s. ISBN 978-80-247-3419-4.
- ZADÁK, Zdeněk a Eduard HAVEL, 2007. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. Praha: Grada, 336 s. ISBN 978-80-247-2099-9.
- ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ČÍŽKOVÁ-HLOBILOVÁ, 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada, 288 s. ISBN 978-80-247-4062-1.
- ZACHAROVÁ, Eva, 2008. Syndrom vyhoření – riziko ohrožující zdravotnické pracovníky. *Interní medicína pro praxi*. 10(1), 41–42. ISSN 1212-7299.
- ZNALOSTNÍ SYSTÉM PREVENCE RIZIK V BOZP, ©2021. *Rizikové faktory ve zdravotnictví* [online]. Praha: Znalostní systém prevence rizik v bozp [cit. 2021-15-05]. Dostupné z: <https://zsbozp.vubp.cz/pracovni-prostredi/odvetvi/zdravotnictvi>
- ŽIDKOVÁ, Zdeňka, 2010. Životospřáva sálových sester. *Sestra*. 20(2), 40–41. ISSN 1210-0404.
- ŽIDKOVÁ, Zdeňka, 2013. Meisterův dotazník. *Zdenka-zidkova-psvz.webnode.cz* [online]. © 2013 [cit. 2020-11-16]. Dostupné z: <https://zdenka-zidkova-psvz.webnode.cz/metody/>

Diplomové práce

- KOKORUDZ, Marianna, 2020. *Fyzická a psychická zátěž sester pracujících v intenzivní péči* [online]. Brno, 2020, 86 s. [cit. 2022-01-12]. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence. Vedoucí práce Mgr. Marta Šenkyříková, Ph.D. Dostupné z: https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/61537/DPTX_2012_1_11110_0_34115_3_0_129451.pdf?sequence=1&isAllowed=y

NOVOTNÁ, Eva, 2010. *Výkon profese v intenzivní péči a její vliv na životní styl sester* [online]. Praha, 2010, 95 s. [cit. 2022-01-10]. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství 1. LF UK v Praze. Vedoucí práce Mgr. Helena Michálková. Dostupné z: https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/25024/DPTX_2010_2_11110_0_27263_1_0_80168.pdf?sequence=1&isAllowed=y

STŘÍTESKÁ, Martina, 2007. *Zátěž zdravotních sester na jednotkách intenzivní péče* [online]. Praha, 2007, 94 s. [cit. 2022-01-11]. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství 1. LF UK v Praze. Vedoucí práce Mgr. Eva Marková. Dostupné z: https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/11273/DPTX_2006_2_11110_B01224_101653_0_23157.pdf?sequence=1&isAllowed=y

SVITÁKOVÁ, Hana, 2010. *Psychická zátěž sester na odděleních intenzivní péče* [online]. Praha, 2010, 92 s. [cit. 2022-01-11]. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství 1. LF UK v Praze. Vedoucí práce Alena Mellanová. Dostupné z: https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/25017/DPTX_2010_2_11110_0_27247_6_0_80093.pdf?sequence=1&isAllowed=y

TAUŠOVÁ, Adéla. *Psychická a fyzická zátěž sester pracujících v oboru anesteziologie a intenzivní medicína* [online]. Praha, 2013, 86 s. [cit. 2022-01-12]. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství 1. LF UK v Praze. Vedoucí práce PhDr. Jana Podaná. Dostupné z: https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/61537/DPTX_2012_1_11110_0_341153_0_129451.pdf?sequence=1&isAllowed=y

PŘÍLOHY

Příloha A – Dotazník vlastní tvorby

Dobrý den,

jmenuji se Jana Beerová a jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studia oboru Perioperační péče na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, který slouží jako podklad k vypracování diplomové práce na téma **Problematika fyzické a psychické zátěže sester pracujících v intenzivní péči**. Součástí hodnocení psychické zátěže bude Meisterův dotazník. Jedná se o orientační vyšetření psychické zátěže (Hladký, Žídková, 1999)¹. Dotazník je zcela anonymní, získaná data budou využita pouze v rámci této diplomové práce.

Vámi vybrané odpovědi prosím zakroužkujte. Pokud nebude uvedeno jinak, označte pouze jednu z nabízených variant odpovědi. V případě opravy špatnou odpověď škrtněte a zakroužkujte jinou odpověď.

Děkuji za Váš čas a ochotu.

Bc. Jana Beerová

1. Kolik Vám je let?

- 21–29 let
- 30–39 let
- 40–49 let
- 50–59 let
- 60 let a více

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- Střední zdravotnická škola
- Vyšší zdravotnická škola – Dis.
- Vysoká škola – Bc.
- Vysoká škola – Mgr.
- Jiné, napište jaké -----

¹ HLADKÝ, Aleš a Zdeňka ŽIDKOVÁ. *Metody hodnocení psychosociální pracovní zátěže: metodická příručka*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 1999. 78 s. ISBN 8071848905.

3. Na jakém oddělení pracujete?

- ARO
- JIP

4. Jak dlouho pracujete na daném oddělení?

- Do 5 let
- 5 až 10 let
- 10 let až 20 let
- 20 let až 30 let
- Více než 30 let

5. Máte specializaci v oboru anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny (ARIP)?

- Ano
- Jsem zařazen/zařazena do vzdělávacího programu ARIP
- Ne

6. Je pro Vás práce sestry v oboru intenzivní péče náročná?

- Fyzicky
 - Ano
 - Ne
 - Občas (někdy ano, někdy ne)
- Psychicky
 - Ano
 - Ne
 - Občas (někdy ano, někdy ne)

7. Do jaké míry hodnotíte fyzickou náročnost své práce?

(zakroužkujte prosím jednu číselnou odpověď)

(1 – běžná zátěž, 2 – mírná zátěž, 3 – střední zátěž, 4 – vysoká zátěž, 5 – velmi vysoká zátěž)

1 2 3 4 5

8. Do jaké míry hodnotíte psychickou náročnost své práce?

(zakroužkujte prosím jednu číselnou odpověď)

(1 – běžná zátěž, 2 – mírná zátěž, 3 – střední zátěž, 4 – vysoká zátěž, 5 – velmi vysoká zátěž)

1 2 3 4 5

9. Máte zdravotní potíže, které souvisejí s výkonem práce zdravotní sestry?

- Ano (jaké?) -----
- Ne
- Nevím, nedokážu odpovědět

10. Je pro Vás hygienická péče o pacienta velice fyzicky náročná?

- Ano
- Ne
- Občas (někdy ano, někdy ne)

11. Je pro Vás přesouvání pacienta z lůžka na lůžko a zpět (do křesla a zpět) velice fyzicky zatěžující?

- Ano
- Ne
- Občas (někdy ano, někdy ne)

12. Je pro Vás ošetrovatelská péče o obézního pacienta velice fyzicky obtížná?

- Ano
- Ne
- Občas (někdy ano, někdy ne)

13. Máte na svém oddělení dostatek pomůcek usnadňujících Vaši práci?

- Ano (jaké?) -----
- Ano, ale nepoužívám je
- Ne

14. Akutní příjem / resuscitace je pro mě zatěžující spíše:

- Fyzicky
- Psychicky
- Není zatěžující, patří k náplni mé práce
- Nevím

15. Uved'te, co Váš v práci nejvíce psychicky zatěžuje.

- Komunikace s rodinnými příslušníky pacientů
- Příliš mnoho dokumentace
- Péče o zemřelého
- Kolektiv
- Neustálé sledování zdravotního stavu pacienta
- Vysoké nároky na vzdělávání (audity, e-learning, směrnice oddělení / zdravotnického zařízení)
- Jiná možnost (jaká?) -----

16. Jaký je Váš vztah k nadřízeným?

- Přátelský
- Pracovní
- Nedůvěřivý
- Žádný
- Jiný (popište jaký) -----

17. Jste ochotni pracovat přesčas?

- Ano, vždy
- Ano, ale podle počtu odpracovaných hodin
- Ne

18. Pokud jste odpověděli ano, kolik přesčasových hodin míváte?

- Do 10 hodin/měsíc
- Do 20 hodin/měsíc
- 30 hodin a více/měsíc

19. Jak se cítíte na konci směny?

- Normálně
- Odpočatě
- Unaveně
- Přepracovaně
- Jinak (popište jak) -----

20. Motivují Vás Vaši nadřízení k lepšímu výkonu práce?

- Ano, často nás chválí a podporují
- Minimálně
- Ne, jsou vstřícní pouze v případě, když je potřeba vzít navíc službu

21. Máte rádi svoji práci?

- Ano
- Svoji práci beru jako nutný zdroj financí
- Ne

22. Jak se cítíte v kolektivu?

- Spokojen/á
- Vždy se na další službu těším
- Myslím si, že jsem přetěžovaný/á
- Cítím se šikanovaný/á
- Podle toho, s kým jsem ve službě
- Náladu mi vždy zkazí nadřízení, jinak svoji práci mám rád/a
- Nespokojený/á
- Jinak, popište jak? -----

23. Máte na pracovišti dostatek personálu (SZP, NZP)?

- Ano, jsme stálý pracovní tým (návraty z PN, RD, zkrácené úvazky atd.)
- Ne, dochází k časté fluktuaci nových pracovníků (nezvládají náročnost oddělení, stres, adaptační proces, potřebu dalšího vzdělávání atd.)
- Ne, o naše oddělení není zájem ze strany nových pracovníků

24. Přemýšlíte o odchodu z tohoto oddělení?

- Ano (důvod) -----
- Ne (důvod) -----
- Nevím

25. Jakým způsobem nejraději odpočíváte/relaxujete?

- Aktivně – jízda na kole, běh, posilovna, turistika atd.
- Pasivně – četba, TV, spánek
- Domácí práce, práce na zahradě
- Péče o rodinu a děti
- Péče o sebe sama – masáže, kadeřník, kosmetika
- Jinak (napište jak) -----

Hodnocení pracovní zátěže – Meisterův dotazník²

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

1. Při práci se často dostávám do časové tísně.

- 5 Ano
- 4 Spíše ano
- 3 Částečně
- 2 Spíše ne
- 1 Ne

2. Práce mě neuspokojuje, chodím do ní nerad/a.

- 5 Ano
- 4 Spíše ano
- 3 Částečně
- 2 Spíše ne
- 1 Ne

3. Práce mě velmi psychicky zatěžuje pro vysokou zodpovědnost spojenou se závažnými důsledky.

- 5 Ano
- 4 Spíše ano
- 3 Částečně
- 2 Spíše ne
- 1 Ne

4. Práce je málo zajímavá, duševně je spíše otupující.

- 5 Ano
- 4 Spíše ano
- 3 Částečně
- 2 Spíše ne
- 1 Ne

² Test je dostupný na webových stránkách, kde najdete vyhodnocení.

KARCHŇÁK, Radek. *Hodnocení pracovní zátěže*. In: Personalconsulting [online]. ©2020[cit. 2020-09-07]. Dostupné z: <http://www.personalconsulting.cz/testy/hodnoceni-pracovni-zateze/>

5. V práci mám časté konflikty a problémy, od nichž se nemohu odpoutat ani po skončení pracovní doby.

- 5 Ano
- 4 Spíše ano
- 3 Částečně
- 2 Spíše ne
- 1 Ne

6. Při práci udržuji jen s námahou pozornost, protože se po dlouhou dobu nic nového neděje.

- 5 Ano
- 4 Spíše ano
- 3 Částečně
- 2 Spíše ne
- 1 Ne

7. Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím nervozitu a rozechvělost.

- 5 Ano
- 4 Spíše ano
- 3 Částečně
- 2 Spíše ne
- 1 Ne

8. Po několika hodinách mám práce natolik dost, že bych chtěl/a dělat něco jiného.

- 5 Ano
- 4 Spíše ano
- 3 Částečně
- 2 Spíše ne
- 1 Ne

9. Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím únavu a ochablost.

- 5 Ano
- 4 Spíše ano
- 3 Částečně
- 2 Spíše ne
- 1 Ne

10. Práce je psychicky tak náročná, že ji nelze dělat po léta se stejnou výkonností.

- 5 Ano
- 4 Spíše ano
- 3 Částečně
- 2 Spíše ne
- 1 Ne