

**Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta
Ústav teorie a praxe ošetrovatelství**

**Navazující magisterské studium
učitelství zdravotnických předmětů pro střední školy**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Zátěž zdravotních sester na jednotkách intenzivní péče

2006/2007

Martina Stříteská

Vedoucí práce: Mgr.Eva Marková

Děkuji za cenné připomínky a za celé vedení mé diplomové práce

Mgr. Evě Markové

a za pomoc při statistickém zpracování empirické části

doc. MUDr. Jiřímu Charvátovi CSc.

Obhajoba diplomové práce dne:.....

Jméno oponenta:.....

Hodnocení:.....

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila při její realizaci jen těch pramenů, které jsou uvedeny v seznamu literatury.

V Praze dne:.....

Podpis:.....

Obsah

1.	Anotace	7
1.1	Abstrakt v českém jazyce	7
1.2	Abstrakt v anglickém jazyce	8
2.	Úvod	9
3.	Teoretická část	11
3.1	Stres	11
3.1.1	Psychická reakce na stres	11
3.1.2	Fyzická reakce na stres	12
3.1.3	Psychosomatická onemocnění	13
3.1.4	Stres a zaměstnání	14
3.2.	Profese zdravotní sestry a stres	18
3.2.1	Zátěž ve zdravotnictví	20
3.2.2	Nejčastější zátěž v práci sestry	21
3.2.3	Vztah sestra- lékař	22
3.4	Syndrom vyhoření	23
3.5	Historie intenzivní péče v Čechách a ve světě	29

4.	Empirická část	35
4.1	Cíle a hypotézy výzkumu	35
4.1.1	Metodika výzkumu	36
4.1.2	Statistické metody použité při zpracování získaných dat	37
5.	Výsledky průzkumu	40
6.	Diskuze	82
7.	Závěr a doporučení pro praxi	89
8.	Seznam zkratk	91
9.	Seznam literatury	92
10.	Přílohy	94

1. Anotace

1.1 Abstrakt v českém jazyce

Titul a jméno autora: Bc. Stříteská Martina

Instituce: Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta
Ústav teorie a praxe ošetrovatelství
Studničkova 5, 121 00 Praha 2

Obor: Navozující magisterské studium obor učitelství zdravotnických
předmětů pro střední školy

Název práce: Zátěž zdravotních sester na jednotce intenzivní péče

Vedoucí práce: Mgr. Marková

Počet stran: 94

Počet příloh: 3

Rok obhajoby: 2007

Klíčová slova: stres, zdravotní sestra, syndrom vyhoření, jednotka intenzivní péče, standardní oddělení

Diplomová práce je věnována problematice zátěže sester na jednotkách intenzivní péče. Práce porovnává stresové faktory u sester pracujících na jednotkách intenzivní péče se stejnými stresovými faktory u sester pracujících na standardních odděleních.

Často slýcháme diskuze, jaká práce je pro zdravotní sestru nejnáročnější. Zda je to práce na odděleních standardních, nebo je více nároků kladeno na sestru intenzivní péče. Tato práce si kladla za úkol porovnat dotazníkovou metodou alespoň některé stresové faktory dnešní doby, dotýkajících se obou zmiňovaných skupin a vzájemně je mezi sebou porovnat. Práce je rozdělena na část teoretickou a část výzkumnou. Teoretická část pojednává o stresu, syndromu vyhoření a dotýká se specifík intenzivní medicíny. Ve výzkumné části práce jsou porovnávány a vyhodnocovány stresory působící na zdravotní sestry s obou zmiňovaných skupin.

1.2 Abstract in english language

Author's name: Stříteská Martina

School: Charles University, Prague
1st Faculty of Medicine
Institute of Theory and Practice of Nursing
Studničková 5, 121 00 Prague

Program: Health Care Administration

Title: The impact of working load on nurses in intensive care unit

Consultant: Mgr. Eva Marková

Number of pages: 94

Number of attachments: 3

Year: 2007

Key words: stress, nurse, burn-out syndrome, intensive care unit, standard unit

The dissertation analyses working burden of nurses in intensive care units. It compares the impact of stressful factors on nurses in intensive care and standard units.

We come often across the discussion what type of nursing job is more difficult. Is working load higher in standard or intensive care units? My dissertation tried to take part in answering this question. I have used questionnaire to both nurses in intensive and standart units in order to elucidate which factors are really stressful in their job. The dissertation is divided into theoretical and experimanetal parts. Stress, burn-out syndrome and specificity of intensive medicine are discussed in theoretical part of dissertation. In experimental part, the presence of stressful factors found by questionnaire in both groups of nurses are compared and analysed.

2. Úvod

Téma mé diplomové práce „Zátěž zdravotních sester na jednotce intenzivní péče“ jsem si vybrala zcela záměrně. Pracuji již několik let jako zdravotní sestra na intenzivní péči interního zaměření. V minulosti jsem však určitou dobu působila jako sestra na standardním oddělení. Proto mě přišlo zajímavé porovnat pracovní zátěž na obou typech těchto zařízení. Z osobní zkušenosti vím, že práce na JIP se od standardního oddělení liší. Je však velmi složité určit jaká práce je pro zdravotní sestry namáhavější a stresující, protože každá má svá specifika. Pro mě jako sestru pracující na standardním oddělení byla tato práce namáhavá hlavně ve vztahu k fyzické námaze (dlouhé chodby oddělení, velký počet pacientů, malý počet personálu- noční služby v jedné sestře apod.). Na rozdíl od práce na jednotce intenzivní péče, kde jsem pocítila velký nedostatek informací, práce s přístroji, správně vyhodnotit danou situaci a řešit jí podle naléhavosti mě vyčerpávala zejména psychicky. To se také stalo jednou z hypotéz mé diplomové práce, že tyto pocity mají i jiné kolegyně pracující na těchto typech pracovištích. Ve své práci jsem se zaměřila z mého pohledu na nejvíce stresující faktory v práci sester jak na JIP tak na standardním oddělení a vzájemně je porovnávala.

Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V úvodu teoretické části jsem se zabývala pojmem „stres“ v obecné rovině, jak je vysvětlován v literatuře. Dále jsem se soustředila na stres v zaměstnání, jeho příznaky, zátěžové faktory. Také jsem se zabývala odolností vůči stresu v zaměstnání. Další kapitola teoretické části se jmenuje profese zdravotní sestry a stres. Pokračuji zátěží ve zdravotnictví a též se zabývám vztahy mezi zdravotními sestrami a lékaři. Tyto vztahy v případě, že nejsou korektní mohou též vést k zvýšené zátěži sester. Častým následkem permanentního stresu může být tzv. syndrom vyhoření, kterému je v práci věnována další kapitola. Teoretickou část mé práce uzavírá historie intenzivní péče u nás a ve světě.

Hlavní použitou metodou při zpracování praktické části byly dva dotazníky. První z nich sledoval stresory v práci sestry, druhý byl zaměřen na syndrom vyhoření. Jednotlivé položky byly posuzovány z hlediska celého statistického souboru, dále z hlediska vzdělání, typu zařízení, délky praxe. V dotazníku odpovídalo 155 zdravotních sester.

Sedmdesát devět dotazníků bylo vyplněno pracovníky intenzivní péče a 76 pracovníky standardního oddělení. Výzkumu se zúčastnili respondenti ze dvou pražských a dvou mimopražských nemocnic. Zjištěné údaje jsem zpracovávala pomocí předem připravované metodiky a výsledky jsem porovnávala s vyslovenými hypotézami a provedla jejich interpretaci. Některé hypotézy se mi potvrdily, jiné byly zamítnuty. V závěrečné diskuzi jsem pak konfrontovala zjištěné výsledky s informacemi z teoretické části a vyslovila jsem své názory na danou problematiku a pokusila se formulovat doporučení do praxe z této práce vyplývající.

3. Teoretická část

3.1 Stres

Na stres si v dnešní době stěžuje stále více lidí. Na každého jedince jsou stále kladeny vyšší a vyšší požadavky. V časovém tlaku je třeba podávat maximální výkony, roste konkurence. Doba na odpočinek a koníčky se zkracuje. Výsledkem je, pocit vyhoření, podráždění a nevyrovnání, v nejzávažnějších případech se začnou vyskytovat zdravotní obtíže.

Stres (angl. stress = zátěž) je stav živého organismu, kdy je tento organismus vystaven nepříznivým životním podmínkám (stresorům), a jeho následné obranné reakce, které mají za cíl zachování homeostázy a zabránit poškození nebo smrti organismu.

Stres můžeme definovat jako souhrn fyzických a duševních reakcí na nepříjemný poměr mezi skutečnými nebo představovanými osobními zkušenostmi a očekáváními. Podle této definice je stres odpověď, která v sobě zahrnuje jak fyzické, tak psychické složky. Jinými slovy, stres je stav organismu, který je obecnou odpovědí na jakoukoliv výrazně působící zátěž- fyzickou nebo psychickou. Při stresu se uplatňují obranné mechanismy, které umožňují přežití organismu vystaveného nebezpečí (6).

Známe dva druhy stresu:

- Eustres- pozitivní zátěž, která v přiměřené míře stimuluje jedince k vyšším anebo lepším výkonům.
- Distres- nadměrná zátěž, která může jedince poškodit a vyvolat onemocnění

3.1.1 Psychická reakce na stres

Psychická reakce zahrnují přizpůsobení, úzkost a deprese. Pokud stres vede k vyšším psychickým nebo fyzickým výkonům, jedná se o eustres. Tento druh stresu patří k hlavním motivačním prvkům lidského konání. Pokud ovšem působení stresu trvá příliš dlouho nebo

přesáhne určitou mez (distres), může vézt k rozhodnutím, jejichž důsledkem je úzkostné (únik) nebo depresivní (ústup) chování.

3.1.2 Fyzické reakce na stres

Mozek, který vyhodnocuje zátěž, řídí nejen chování, které má za cíl tuto zátěž překonat, ale zároveň vyvolává v těle fyziologické reakce umožňující krátkodobě aktivovat rezervy pro útěk nebo boj.

Stresová reakce organismu je řízena dvěma mechanismy:

Nervové řízení. Stimuluje se činnost sympatiku, tj. jedné ze složek vegetativního nervstva, které neovládáme svojí vůlí. Neuromediátorem, tedy látkou, která přenáší nervové impulzy sympatiku na výkonné orgány, je noradrenalin (norepinefrin). Druhá složka vegetativního nervstva, parasympatikus, má převládající vliv v organismu, neboť řídí životně důležité funkce. Poměr vlivu sympatiku a parasympatiku na vnitřní orgány závisí na tom, zda je organismus v klidu, nebo podává nějaký výkon.

Hormonální řízení. Mozek aktivuje osu hypotalamus- hypofýza- nadledviny. Hypotalamus je část mozku, kde se nacházejí různá řídicí centra, mj. kontroluje i hladinu různých hormonů v krvi. Je-li to potřeba, vysílá chemické signály do podvěsku mozkového (hypofýzy), který reaguje vyplavením hormonů přímo ovlivňujících činnost jiných žláz s vnitřní sekrecí. V případě stresové reakce je stimulována činnost nadledvin. Dřeň nadledvin uvolní do krve adrenalin (epinefrin), který je strukturálně podobný noradrenalinu a má i podobné (i když ne úplně stejné) účinky. Kůra (cortex) nadledvin produkuje steroidní hormony, tzv. glukokortikoidy- kortizol a kortizon, které hrají důležitou roli v regulaci metabolismu. Adrenalin a glukokortikoidy se řadí mezi tzv. stresové hormony (obvykle se mezi nimi uvádí i noradrenalin, který však není hormon, ale přenašeč nervových vzruchů- neuromediátor).

Zvýšená činnost sympatiku a stresové hormony ovlivní činnost většiny orgánů v těle. V případě reakce typu „útěk nebo boj“ je tedy potřeba dodat živiny a energii do svalů a

dalších orgánů, které mají podat zvýšený výkon. Proto se zvyšuje jejich prokrvení, a naopak se odvádí krev např. z trávicího ústrojí a omezuje se jeho činnost. Stres stimuluje i srdeční činnost a zvyšuje krevní tlak, a to právě kvůli zabezpečení dostatečné distribuce živin krevním oběhem. Dochází k uvolnění energetických zásob organismu, v první řadě odbouráváním zásobního polysacharidu glykogenu („rychlý zdroj“ energie), z něhož se do krve uvolňuje glukóza- hlavní zdroj energie. Později se pak využívají tukové zásoby.

Popsaná obranná reakce je náročná na energii a vyčerpává rezervy organismu. Může tedy být pro organismus užitečná, je-li krátkodobá. Vyžaduje následný odpočinek pro regeneraci a pro doplnění energetických zásob (7).

3.1.3 Psychosomatická onemocnění

Výše uvedené změny nejsou samozřejmě úplným výčtem toho, co se děje v organismu při stresu. Z výše popsaného však vyplývá, že stresová reakce vede k aktivaci mechanismů, které umožňují krátkodobě podávat vysoké výkony v případě nebezpečí, což je dáno využitím rezerv organismu. Tato účelná reakce umožňuje přežití jedince v přírodě. Stejná reakce se však spouští i v případě, že moderní člověk je vystaven psychickým tlakům, které nejsou skutečnou hrozbou pro fyzickou existenci. Způsob života často vede k tomu, že člověk nemůže na stres reagovat bojem nebo útekem. Pokud není schopen psychický tlak z různých důvodů zvládnout, přechází do stádia distresu, kdy původně užitečné obranné mechanismy začnou tělu škodit. Dlouhodobé psychické problémy právě tímto mechanismem vyvolávají různé zdravotní obtíže, které nejprve přispívají ke snížení kvalitě života. Později se podílejí na rozvoji onemocnění, která představují reálné nebezpečí ohrožení života (12).

Onemocnění, na jejich vzniku se podílí psychická nepohoda, se souhrnně nazývají psychosomatická, což vystihuje fakt, že stav duše (psyché) a těla (soma) se vzájemně ovlivňují.

Obvyklé stresové faktory (stresory)

Následný výčet faktorů vyvolávajících stres není ani nemůže být úplný. Běžnými stresory v životě jsou:

- Fyzikální faktory: prudké světlo, nadměrný hluk, nízká nebo vysoká teplota atd.
- Události: narození dítěte, úmrtí, únos, znásilnění, válka, setkání, sňatek, rozvod, stěhování, chronické onemocnění, ztráta zaměstnání, ztráta životní role
- Zodpovědnost: nezaplacené účty, nedostatek peněz
- Práce nebo škola: zkoušky, dopravní špička, termíny úkolů
- Frustrace, nesplněná očekávání
- Osobní vztahy: konflikt, nevěra, zklamání, týrání
- Životní styl: přejídání, nezdravé složení stravy, kouření, nadměrné pití alkoholu, nedostatek spánku
- Vystavení stresu v raném věku může trvale zvýšit odpověď na stres, např. u týraných a zneužívaných dětí
- Věk

3.1.4 Stres a zaměstnání

Nadměrný a příliš dlouho trvající stres je častý u mnoha povolání. Mezi jedno z velmi stresujících povolání patří práce lékařů a zdravotních sester. Dále jsou to novináři, policisté, řidiči, učitelé, prodavači apod. Nadměrný stres zvyšuje riziko chybných výkonů a rozhodnutí, pracovních úrazů, psychosomatických onemocnění i závislosti na alkoholu a jiných návykových látkách. Nadměrný stres zhoršuje zdravotní stav a produktivitu pracovníků a často se i přenáší na rodinu (6).

Některé příznaky nadměrného stresu

- Duševní rovina: Neklid, úzkost, roztěkanost, horší soustředění i paměť. Poruchy spánku, někdy únik do snění. Kolísání nálad, podrážděnost. Později deprese, zhoršená sebekritičnost, horší kontakt s realitou, egocentrismus, nerozhodnost, apatie, unavenost.
- Tělesná rovina: Svalové napětí a bolest, problémy s trávením, nechutenství nebo naopak přejídání, bolesti břicha, plynatost, časté nucení na močení, sevřené hrdlo, sexuální problémy, menstruační poruchy, bolesti hlavy, bušení srdce, různé bolesti

bez zjevné tělesné příčiny, vyšší riziko srdečních onemocnění, hypertenze, oslabení imunitního systému, tedy častější nachlazení a další nemoci, nemoci pohybového systému včetně bolestí zad a řada dalších psychosomatických onemocnění. Více vykouřených cigaret, vypitého alkoholu anebo vyšší spotřeba psychofarmak.

- Mezilidské vztahy: Skrytá nebo zjevná napětí v rodině, nedostatek času na druhé, neschopnost projevit sympatii a účast, nedostatečná komunikace, zanedbávání dětí a neřešené problémy s nimi, odcizení, povrchní vztahy bez citové hloubky, riziko rozvodů.
- Pracovní výkonnost: Postupná ztráta výkonnosti, pokles sebedůvěry a energie, lhostejnost, zanedbávání povinností, syndrom vyhoření a problémy při týmové práci (10).

Některé zátěžové faktory v pracovním prostředí:

- Intenzivní kontakt s lidmi (s pacienty, zákazníky, žáky, apod.)
- Nadměrné nároky ze strany nadřízených nebo nadměrná ctižádost
- Konfliktní požadavky ze strany různých nadřízených
- Konflikt rolí v řadě profesí (např. lékař má někdy fungovat jako manažer a zároveň jako ten, kdo poskytuje pomoc)
- Dostupnost alkoholu i jiných návykových látek v pracovním prostředí
- Riziko selhání a kritika ze strany okolí
- Nároky profese a rodiny nejsou vždy slučitelné
- Směnný, zejména trojsměnný, provoz vede k nepravidelnosti životního stylu, u mnoha lidí poruchám spánku apod.
- Dlouhodobý nedostatek spánku při některých zaměstnáních
- Nutnost se rozhodovat i při neúplných informacích
- Nároky na průběžné vzdělávání a přizpůsobování se nové situaci a novým přístupům
- Nároky plynoucí z týmové práce a mezilidských problémů. Spolupráci v týmu zhoršují faktory jako je nedostatečné ocenění, vyčerpání, konfliktní zájmy a soupeření, finanční problémy atd.
- Nárazový charakter práce v mnoha oborech (např. mzdové účetní). Navzájem neslučitelné úkoly, které má pracovník zvládat ve velmi omezeném čase (7).

- Syndrom vyhoření („burnout“) je důsledkem dlouho trvajícího pracovního stresu. Projevuje se pocitem neuspokojení z práce, následují drobné zdravotní potíže, např. častá nachlazení nebo obtíže s pohybovým systémem. Postupně klesá pracovní nasazení a výkonnost. Tomu odpovídá i pokles sebedůvěry a energie. V bludném kruhu se pak zhoršují obtíže a pracovník přestává být schopen práci vykonávat. Syndromu vyhoření lze předcházet a lze ho i léčit.
- Nepředvídatelný hluk.
- Neovladnuté dovednosti potřebné k výkonu práce. To se týká např. nových pracovníků, pracovníků přecházejících do jiného oboru, studentů nastupujících do praxe apod.
- Nedostatečné rodinné zázemí a neurovnaný osobní život.
- Přepracovanost.
- Malé uznání ze strany nadřízených.
- Používání neúčinných nebo nebezpečných způsobů zvládnání stresu. K nim patří tabák, alkohol a jiné návykové látky. Útěk od neřešených problémů do další práce. Nepřátelské nebo zkratkovité chování může oslabit důležité mezilidské vztahy, která jsou v prevenci stresu důležité. Neúčinné bývá také popírání problémů (7).

Co zvyšuje odolnost vůči stresu v zaměstnání

Důležitou součástí prevence a zvládnání nadměrného stresu jsou právě různé relaxační techniky. V americké studii se relaxace osvědčila u pracovníků v trojměnném provozu a u manažerů. Jiní američtí autoři uvádějí, že relaxace vedla k lepšímu přizpůsobení na pracovišti a k tomu, že zaměstnanec vnímal příznivěji atmosféru pracoviště. Ve studii prováděné ve Skandinávii vedla relaxace u pomocného personálu v nemocnici k poklesu napětí v oblasti šíje a ramen a k poklesu zameškaných pracovních dní. Relaxace se také osvědčila při mírnění stresu zdravotních sester na Tchajwanu i při snižování úzkosti u studentek zdravotních škol. Relaxace je vhodná v prevenci profesionálního stresu také u lékařů. Dále:

- Znalosti týkající se zdraví a jeho ochrany a informovanost o tom, kde hledat pomoc.
- Smysluplnost. Pracovník věří v užitečnost a prospěšnost své práce a je na ni svým způsobem i hrdý.

- Možnost si práci organizovat. Důvěra ve vlastní schopnost situaci aktivně ovlivňovat a zvládat případné komplikace.
- Zaujetí pro práci.
- Schopnost přijímat překážky a problémy jako výzvu, jako příležitost prokázat své schopnosti, dovednosti, znalosti
- Pružnost a přizpůsobivost. Schopnost podívat se na problém z jiné stránky.
- Dobré sebevědomí na tělesné i duševní úrovni. Schopnost dobře si sám sebe uvědomovat umožňuje včas reagovat na příznaky stresu, vyčerpání nebo známky nějaké blížící se zdravotní poruchy. Tato schopnost se dá prohlubovat např. pomocí psychoterapie, relaxačních technik a jógy.
- Vytvořit si kvalitní mezilidské vztahy. Patří sem dobrá síť sociálních vztahů mimo rodinu i fungující rodina.
- Dobrá komunikace s kolegy má dvojnásobný význam. Usnadňuje se tak týmová práce a spolupráce. Dále kolegové těžké profese bývají schopni si navzájem kvalifikovaně porozumět, vhodně se povzbuzovat i si navzájem poradit.
- Mít optimum informací a zvládnout nutné pracovní dovednosti. Osvojení si nutných znalostí a dovedností dává pracovníkovi větší jistotu a sebedůvěru a pocit kompetence.
- Mít na sebe realistické nároky a dávat si dosažitelné cíle.
- Odolnost proti stresu zvyšují i zájmy a záliby nesouvisející se zaměstnáním a umožňují regeneraci sil.
- Umět zvládat negativní emoce jako hněv, strach nebo úzkost. Osvědčují se tělesné cvičení, relaxační techniky a některé psychoterapeutické postupy.
- Umět včas vyhledat odbornou pomoc, včetně pomoci psychologické nebo psychiatrické, jestliže je potřeba.
- Vhodná tělesná cvičení. Užitečnost tělesného pohybu nespočívá pouze v účinku na tělesné zdraví. Přiměřeně intenzivní tělesný pohyb nebo práce také snižují úzkost i deprese.
- Vhodná výživa (odpovídající výdej energie, málo živočišných tuků a jednoduchých cukrů, hodně nestravitelných zbytků, dostatek vitamínů)
- Schopnost projevovat emoce a humor zvyšuje také odolnost vůči stresu.

- Individuální strategie. Kromě strategií, které je možné doporučit všeobecně, jsou i další, které mohou být různě účinné u různých lidí. Sem patří hudba a jiné druhy umění, duchovní a náboženské praktiky, různé rukodílné práce apod.
- V prevenci profesionálního stresu může velmi mnoho udělat i zaměstnavatel. Ten by měl zkoumat zvláštní stresové faktory na pracovišti a včlenit prevenci stresu do systému péče o zaměstnance (9).

Zaměstnavatel by také měl vytvářet situaci, kdy míra odpovědnosti a míra pravomocí toho kterého pracovníka si navzájem odpovídají. Na nejnáročnějších místech je vhodné umožnit pracovníkům dočasnou změnu práce. Organizace by měla také podporovat odborné kontakty a konzultace zaměstnanců a vytvářet podmínky pro jejich soustavné vzdělávání. Vhodně volené rekreační akce v mimopracovní době umožňují účast rodin zaměstnanců, mohou zvýšit soudržnost týmu a napomoci k dobrému vztahu mezi zaměstnanci a vedením. Zaměstnavatelé by také měli v případě potřeby zprostředkovat diskrétní formu pomoci tam, kde je potřebná. Měli by podporovat zdraví napomáhající praktiky ze strany pracovníků a nabízet užitečné informace a zkušenosti. Profesionální stres může také mírnit vyhovující pracovní prostředí (určitá míra soukromí, méně nepředvídatelného hluku, osobní prostor pro pracovníky, dobré větrání, přiměřená teplota, osvětlení apod.). U profesí, kde je zvláště zatížen pohybový systém, je správné nabízet rehabilitační cvičení a další metody rehabilitace a fyzioterapie. Finanční ohodnocení má význam praktický i morální. Zaměstnanec často vnímá svoji mzdu jako ohodnocení své práce spíše než aby bral v úvahu např. zevní vlivy, které na tu kterou organizaci působí. Morální ocenění může mít pozitivní a motivující význam, jestliže se zvolí správná forma a doba. Vedoucí pracovníci na všech úrovních by měli být schopni efektivně komunikovat a zbytečně psychicky nezraňovat podřízené. Organizace by také ve svém zájmu i v zájmu bezpečnosti zaměstnanců měla prosazovat zákaz alkoholu na pracovištích a chránit zdraví nekuřáků. Důležité je také vytvářet podmínky pro efektivní týmovou práci (1).

3.2 Profese zdravotní sestry a stres

Jen málo povolání prodělalo v poslední době takové změny jako je profese sestry. Tradičně byla sestra považována za člena týmu, který poskytuje základní (fyzickou) péči pacientům. Nepochybně to je a bude i nadále hlavní funkcí a smyslem

ošetřovatelství. Vznikly však a stále se rozšiřují nové odpovědnosti. Vycházejí z orientace profesní činnosti sester na celek lidského zdraví (4).

V nemocnici existují tři funkční okruhy: medicínský, ošetřovatelský, a administrativní. Každý okruh má své typické představitele: medicínský- lékaře, ošetřovatelský- zdravotní sestru a administrativní- úředníka. Jsou to částečně se navzájem hierarchicky překrývající systémy, s lékaři na špičce a administrativou na dně hierarchie. Administrativa a technický sektor se však velmi rychle šíří a vzájemné propojení je čím dál tím komplexnější. Komplexnost organizačních struktur je navíc zesílena dvěma různými formami subordinace: profesionální a neprofesionální. To vede k tomu, že sesterský personál je podřízen dvojím způsobem: lékaři, jak to vyžadují medicínské řády, a sesterskému managementu, jak to vyžadují povinnosti sester. Tato vícenásobná podřízenost přináší komplikace. Povolání sestry je v České republice profesí, ale nabízejí se otázky, zda je odpovídajícím způsobem ošetřena úloha a postavení sestry ve stávající legislativě. Další otázkou je jaké má sestra podmínky pro efektivní výkon svých profesionálních úloh, do jaké míry kooperující profese a pacienti respektují její odbornou kompetenci, jakou úroveň mají vztahy spolupráce, jaké postoje má veřejnost k profesi sestry, jaká prestiž se jí připisuje a řada dalších. Na tyto otázky nelze dnes dát jednoznačné odpovědi především proto, že celý zdravotnický systém se nachází v souvislosti se širším společenským rámcem v procesu hlubokých změn (5).

Role sestry nejen že prodělala složitý vývoj v minulosti, ale podstatně se mění i dnes. Dosažení i udržení standardu péče vyžaduje na sestrách nové dovednosti, které se nepožadovaly v minulosti. Tyto dovednosti jsou v mnoha směrech jiného řádu, než byly požadavky dřívější. Jde o širší spektrum dovedností, a to zejména ve vztahu k sociálním problémům, které obklopují a provázejí stále více nemoc a zdraví jedince nebo skupiny(21).

Náplň role zdravotní sestry ztěžuje především to, že je svou povahou vnitřně konfliktní. Zdrojem toho vnitřního konfliktu může být skutečnost, že zdravotníci mají pro svoji práci přesně stanovené normy, ale uplatňují je v jedinečných situacích. Osvojování si role nelze ani vzhledem k povaze práce dostatečně kontrolovat. Navíc sestry zastávají

řadu „dílčích“ rolí, které naplňují v komplikovaných pracovních podmínkách, ve kterých se musí sestra dobře orientovat a nutné kroky učinit (6).

3.2.1 Zátěž ve zdravotnictví

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 produktivitu práce zdravotníků a přenáší se i do jejich rodin. To, že práce zdravotních sester a ošetřovatelek patří k nejtěžším a ze zdravotního hlediska k nejrizikovějším ukazují i statistické údaje. Ve většině zemí předstihuje obor zdravotnictví, co se týká nemocí z povolání, dokonce stavební či hutní průmysl. Ústav zdravotnických informací a statistiky potvrzuje, že zdravotnictví v nemocech z povolání jednoznačně a dlouhodobě vede. Navíc, drtivou většinu postižených ve zdravotnictví představují ženy. Podle Státního zdravotního ústavu v Praze se celkový počet hlášených nemocí z povolání v České republice postupně snižuje, v období let 1999-2003 klesl o 20%. Ovšem absolutní počet nemocí z povolání ve zdravotnictví se výrazně nemění, takže podíl oboru na celkovém počtu nemocí z povolání spíše roste. Vzhledem k různorodosti zátěží v profesi (vedle fyzické náročnosti práce a rizika infekce je stále závažnějším problémem i psychická zátěž) se dopady na zdraví posuzují obtížně, navíc mnohá rizika ve zdravotnictví působí dlouhodobě a skrytě (4, 21).

I v zahraničí docházejí k podobným zjištěním. V poslední zdravotní zprávě Německé zaměstnanecké pojišťovny byla v pracovní oblasti zdravotnictví nemocnost o 17% vyšší, než kolik udává průměr všech profesí v pojišťovně. U psychických onemocnění to bylo dokonce 56%. Na pracovních místech ve zdravotnictví tedy zjevně existují mimořádné zátěže, které podporují nárůst duševních potíží. Zvláště alarmující je skutečnost, že nejvyšší vzestup onemocnění byl vykázan u skupiny mladých zaměstnanců.

3.2.2 Nejčastější zátěže v práci sestry

Nejčastější zátěž zdravotních sester můžeme rozdělit zhruba na ty, které se vztahují k podmínkám pracovní činnosti, dále na zátěže plynoucí z odlišnosti diagnóz ošetřovaných pacientů a na zátěže které se týkají osobnosti pracovníků (5).

Zátěže fyzické, chemické, fyzikální:

- Statické zatížení (stání při práci a asistenci u lůžka, u výkonů, stání u vizity)
- Dynamické zatížení (pocházení, vyřizování, přecházení mezi provozy)
- Zatížení páteře (při zvedání pacientů, polohování, úpravy lůžka)
- Zatížení svalového a kloubního systému
- Setkávání se s nepříjemnými podněty (exkrementy, otevřené rány, nehojící se onemocnění, zápach, deformity, vyrážky)
- Rizika infekce
- Narušení spánkového rytmu při směnování
- Nedostatek klidu a času na pravidelnou stravu a dodržování pitného režimu
- Kontakt s léky, dezinfekčními přípravky, pomůckami
- Hluk, nesprávné osvětlení, vibrace, radiační záření

Zátěže psychické, emocionální, sociální:

- Neustálá pozornost, pečlivé sledování (stavu pacientů, přístrojů, instrukcí), rychlé přepojování mezi činnostmi
- Pružné reagování na různé požadavky a změny
- Nároky na paměť
- Velká zodpovědnost za výsledky (následky) své práce
- Nutnost samostatného rozhodování při respektování daných pravidel
- Nutnost rychlých rozhodnutí a účelného jednání i při nedostatku informací
- Nutnost improvizace při nárazovém charakteru práce
- Opakované setkávání se s lidmi v těžkých emočních stavech
- Konfrontace s utrpením, bolestí, smrtí, vyrovnávání se s pocity bezmoci
- Zacházení s intimitou druhého člověka, včetně překračování hranic (zavádění sond, aplikace klyzmatu, cévkování, aplikace injekcí)
- Působení bolesti druhým lidem

- Otázky týkající se velmi soukromých záležitostí pacientů a jejich rodin
- Provádění řady činností, které běžně vzbuzují odpor
- Opakované konfrontace vlastními zážitky a postoji, nutnost přemýšlet i o svém životě, o svých hodnotách a postojích
- Komunikace s příbuznými pacientů
- Konflikt rolí
- Nízké ohodnocení náročné práce
- Nároky na neustálé učení se a vzdělávání a ještě řada dalších (16).

3.2.3 Vztah sestra- lékař

Od sester se vyžaduje spolupráce a zvládnání interpersonálních problémů, které v těsně pracujících zdravotnických týmech vznikají. Patří mezi ně soupeření, konfliktní zájmy, problémy s financováním provozu zařízení a nedostatečné ocenění práce. Ale také vztahy k nejbližším spolupracovníkům- lékařům, mohou být komplikované. Sestry si často stěžují na nevhodné chování, nepochopení, přehlížení, chybí jim ocenění a pochvala. Stres na pracovišti vede k odreagování jak u lékařů tak u pacientů a sestry se snadno stávají terčem jejich reakcí (2).

Mění se role nemocného vede k tomu, že se mění vztah paternalistický-autoritativní mezi zdravotníkem a pacientem na vztah partnerský. Tento partnerský vztah se promítá i do vztahu lékař-sestra. Vytváří se podmínky pro nové nahlížení na roli lékaře a sestry, na jinou kvalitu jejich profesionálního chování. Spolupráce lékaře a sestry by měla být rovněž na úrovni těchto rovnoprávných vztahů. Lze očekávat, že s přiblížováním České republiky vyspělým evropským zemím tlak na změnu chápání vztahu pacient-zdravotník zesílí a to s sebou přinese i nutnost změny postojů ve vztahu lékař-sestra (15).

Řada problémů ve vztahu sestra-lékař vyplývá ze vzájemného nepochopení rolí a odpovědností v rámci moderního lékařství a ošetrovatelské péče. Lékaři i sestry kladou rozdílný důraz na specifické části léčebného procesu. S rozvojem moderního ošetrovatelství se často u lékařů vyskytuje názor, že by ošetrovatelství nemělo zasahovat do jejich oblastí. V některých zemích se cítí lékaři ohroženi vysokoškolskými ošetrovatelskými profesemi. Sestry často nejsou spokojeny s nižším respektem

k ošetřovatelství ze strany lékařů. Ale mnohdy i dnes lékaři vnímají sestru jako jim odborně podřízenou pracovníci, která má plně respektovat jejich příkazy a ordinace. Nevidí důvod, aby byli podrobováni kritice a chápou ji jako neopodstatněné podceňování své kompetence, znalostí a odbornosti nejen ze strany sester, ale za určitých okolností i pacientů.

Ve zdravotnictví vyspělých států dochází ke změně společenského postavení zdravotních sester a lékařů. Lékaři ztrácejí část svého výsadního postavení a zdravotní sestry zase posílily své postavení v současném systému zdravotní péče.

Vztahy mezi sestrami a lékaři jsou jedním z důležitých aspektů celkové atmosféry na pracovišti. Jek se ukazuje i z dalších studií a výzkumů, přikládají sestry vztahům na pracovišti velký význam při hodnocení své spokojenosti. Tam, kde jsou vztahy na pracovišti napjaté, nekolegiální a konfliktní, narůstá nespokojenost, snižuje se kvalita odváděné práce i loajalita k zařízení a dochází k fluktuacím. Každodenní interakce mezi sestrami a lékaři tedy silně ovlivňují spokojenost sester a od ní se odvíjející pracovní morálku. Nespokojené sestry nemají zájem dál se rozvíjet, ani jinak angažovat (17).

3.4 Syndrom vyhoření

V 70. letech minulého století se poprvé objevil problém, který se stal v dalším desetiletí alarmujícím. V Japonsku se mu začalo říkat karoši a známe jej jako smrt v důsledku přepracování. Z tohoto důvodu umírá v zemi vycházejícího slunce několik stovek lidí ročně. V Evropě a Americe tyto extrémní kořeny nezapustily, známe zde však problém podobný-vyhoření.

Termín „vyhoření“ (anglicky: burn out) začal razit newyorský psychoanalytik Herbert Freudenberger a zpočátku byl tento jev popisován jako stav, kdy se člověku nic nedaří, ztratil své zájmy, cítí se jako vyždímaný hadr a pozorujeme u něj stavy psychického i fyzického vyčerpání. Nebezpečné na tomto fenoménu je, že nastupuje plíživě, takřka nepozorovaně, takže si jej nemusíme zpočátku vůbec povšimnout (20).

Symptomatika

Hlavními příznaky vyhoření jsou ztráta profesionálního zájmu a osobního zaujetí, které doprovázejí duševní a tělesná únava, popudlivost, pochybovačnost, nedůvěřivost a deprese. Syndromem vyhoření jsou nejvíce ohroženi lidé, kteří kdysi začali pracovat s velkým

nadšením a v práci viděli smysl života. V průběhu zaměstnání pak docházelo k chronickému emocionálnímu přetížení, jež vzbuzují náročné mezilidské vztahy. Jinými slovy, tímto syndromem jsou nejvíce postiženi pracovníci pomáhajících profesí, kteří působí ve složitých životních situacích, v nichž klíčovou roli hraje vztah mezi pracovníkem a osobou, které je pomáháno. Jde o ztrátu profesionální činnosti, která se projevuje pocitem zklamání a hořkosti při hodnocení výsledků práce. Postižený jedinec ztrácí zájem o svou práci, propadá každodenní rutině, nevidí důvod pro další sebevzdělávání a osobní růst. Snaží se pouze přežít a nemít potíže. Symptomatiku lze popsat podle hlavních oblastí potíží:

- fyziologické: hyposomie až insomie, pocit exhauce, cephelea, palpitace, tremor, perspirace, problémy GIT aj. (tedy neurovegetativní a psychosomatické potíže),
- kognitivní: dekoncentrace, hypomnie, inkoherece, inhibice intelektových výkonů, devalvace rozhodovacích procesů, ironie a sarkasmus, únik do fantazie,
- emocionální: morózní a rezonantní nálady, iritabilita, hypersenzitivita, depresivita, dystymie, citová labilita, apatie a cynismus, pocit nedostatku uznání a bezmoci,
- behaviorální: pasivita, skepticizmus, konfliktogenost, menší pracovitost a snížená výkonnost, impulsivita jednání, introvertní tendence,
- personální: depersonalizace, snížená sebedůvěra, ztráta ideálů a smyslu života, demotivace, eroze profesionálních postojů, existenciální nihilizmus.

K syndromu vyhoření má blízko syndrom chronické únavy (CFS, chronic fatigue syndrom), deprese nebo dystymie. Za vyhořelé by ovšem také neměli být považováni lidé leniví, neschopní nebo nezodpovědní.

Patogeneze

K vyhoření dochází u mnoha profesí (např. učitelů, vychovatelů, úředníků, sociálních pracovníků, různých poradců, policistů, novinářů aj.), zdravotnictví je však jednou z

nejvíce ohrožených, snad i proto, že platí stará zásada, že lékař léčí a příroda uzdravuje. Patogeneze vyhoření se u většiny případů dá rozdělit do pěti stádií:

1. Motivace/nadšení

Mladý zdravotník vstupuje do zaměstnání s nadšením, ideály, s představou o své důležitosti. Obětavě pracuje, má pro co žít, jeho život je naplněn smyslem. Je to čas nadějí a očekávání.

2. Stagnace/nezdary

Potom však přijde doba, kdy nadšení pohasíná a práce už není tak přitažlivá. Objevuje se zklamání (zdravotník nemůže často postupovat, jak by chtěl, s ohledem na různé věci), občas také nezdary, z prostředku se stává cíl. Kdo zprvu pracoval pro ideál, pracuje nyní pro peníze a společenské uznání. vzdaluje se od prvotního cíle a začíná se odcizovat sám sobě. Vzniká existenciální vakuum a nastupují tzv. „zdánlivé cíle“ – přimknutí se k určité ideologii, podřízení se vlastnímu společenskému postavení, módě atd. Smysl života slábne, dochází ke stagnaci, utilitární zájem proměňuje „hoření“ v „doutnání“. Je to čas vystřízlivění.

3. Frustrace/zklamání

Stagnaci a nezdary následuje zklamání. Frustrace vede k agresi: popudlivost, ironie, sarkasmus, ztráta úcty k sobě i k jiným, pochybnosti. Vadí byrokratický aparát, nadřízení i podřízení, tvůrčí rozlet je omezován. Dochází ke konfliktům s nadřízenými a také k nespokojenosti s podřízenými.

Vztahy na pracovišti se mohou vyhrocovat a vynořují se různé somatické a psychické obtíže.

4. Apatie/poraženectví

Snahy o řešení problémů, únik frustraci (nejisté výsledky práce, marný dialog s nadřízenými, spolupracovníky, ještě marnější boj s byrokracií) dostávají člověka do nekonečné smyčky. Práce už mu nepřináší to pravé potěšení, její smysl pohasl, stává se „ozubeným kolečkem v soukolí“. Přesto ji potřebuje ke své obživě a je na ní i jinak závislý. Proto dělá jen to, co je nezbytně nutné, a soustředí se na udržení zaměstnání, nic víc.

5.Exhausce/vyhoření

V poslední fázi se vyhoření projevívá v plné síle. Poeticky řečeno – výsledkem hoření a následného doutnání je popel. Člověk se cítí vyčerpan, citově chladný a prázdný, zklamaný, rozčarovaný, stísněný, bez zájmů a na konci svých sil. Průběh bývá samozřejmě individuální a u různých jedinců můžeme pozorovat odlišné profily příznaků této nebezpečné choroby.

U zdravotníků se setkáváme s pochybnostmi o vlastní kompetenci a obecně akceptovaných metodách či technikách práce, s chronickými stížnostmi na pracovní zátěž, na organizaci práce, s nedostatkem trpělivosti ke kolegům, s nechutí setkávat se s pacienty a jejich vnímáním jako pouhého rodného čísla pro vykazování bodů za zdravotnický výkon.

Premorbidita

Podle K. Kopřivy (1997) vedou k vyhoření tři hlavní cesty: Ztráta ideálů. Na počátku profesionální kariéry je nadšení. Avšak ten, kdo hoří, může vyhořet. Mladý zdravotník se vrhne do práce, je zvědavý, ochotný a raduje se ze svého smysluplného poslání. Postupně se však objevují překážky, narůstají obtíže, vše se nemůže ideálně dařit. Člověk ztrácí ideály a tím se snižuje také jeho pozitivní motivace. První negativní myšlenky potlačuje další aktivita, která způsobuje zvýšení pracovního zatížení. Další angažovanost ještě více vyčerpává, monotonie a apatie jsou bránou k vyhoření.

Závislost na práci. Další, často se vyskytující možnost je workoholismus. Jeho hlavním znakem není jen přemíra práce a pracovitosti, nýbrž také skutečnost, že práce nahrazuje jiné činnosti – mnohdy i rodinné, intimní, volnočasové – a brání jejich vykonávání. Nutková potřeba práce a vyčerpání posléze vedou k vyhoření. Neschopnost říkat NE. Pro některé lidi je těžké odmítnout zbytečné požadavky nebo vůbec říci ne, vyskytne-li se „dobrá příležitost“. Je to projev slabošství, ale také nedostatek odhadu vlastních časových možností a špatná organizace práce. Díky nim se člověk natolik zamotá do svých pracovních úkolů, že je jimi v konečném důsledku pohlcen a následně vyhoří (20).

Prevence a interakce

Vyhoření se ve zdravotnických zařízeních nevyskytuje náhodně. Objevuje se ve skupinách pracovníků, které mají společného nadřízeného. Špatný management může mít velmi negativní vliv. Ale ani privátní zdravotníci – zejména pokud jsou izolovaní – nejsou tohoto nebezpečí uchráněni. Dobrý pracovní tým a přátelské kolegiální kontakty proto představují jednu z důležitých podmínek prevence syndromu vyhoření. A protože jsou zaměstnání a rodina jako spojené nádoby, je velmi důležité dobré osobní, resp. rodinné zázemí. Dlouhodobě neřešené problémy v partnerství či manželství hodně vysávají energii. Často se hovoří o úloze stresu, avšak tím že odstraníme enormní zatížení, nezastavíme potenciálně postupující vyhoření. Nakonec člověk se zdravou pracovní motivací unese mnohem více než jedinec, jenž nechápe smysluplnost své práce anebo si k ní vytvořil odpor.

Důležité je stále obnovovat sílu pozitivního myšlení (J. Kulka, 2003, 2004). Jako vždy až na prvním místě jsou zdravá výživa a dobrá životospráva, kterou nedodrží někdy ani Uvedme si základní desatero prevence a intervence v případě syndromu vyhoření samotní zdravotníci.

1. Myslete a jednejte pozitivně. Jakmile zabřednete do pesimismu, pochybností či sebelítosti, řekněte si „stop“. Uvědomte si, že na všem špatném je něco dobrého. Jistě máte nějaké přednosti. Plánujte si radosti a těšte se na ně .

2. Snižte své nároky na sebe a připusťte si nedokonalost. Maximalisté se vystavují nebezpečí stresu a selhání. Využívejte své dobré vůle a snahy, ale nesnažte se být absolutně bezchybní (některé postupy mohou bezvadnost vyžadovat, nikdy to však neplatí o všem). Stačí, když budete plnit své úkoly právě jen tak, aby byly vyřízené.

3. Naučte se komunikovat. Trocha asertivity neuškodí. Sdělte všem hned na začátku svá očekávání a cíle. Vyjadřujte své pocity. Jestliže se vás cokoliv dotkne, dejte to najevo. Udělejte to citlivě, abyste sami bolestně nezasáhli druhého. Také se naučte říkat ne. Hlavně se nenechávejte přetěžovat.

4. Stanovte si své priority a delegujte úkoly. Nemusíte dělat všechno, být všude a vždy. Nevyplýtvajte svou energii na podružnostech. Soustřeďte se na činnosti, které si vyberete jako podstatné. To vše podříďte časovému plánu. Větší úkoly si rozdělte na dílčí etapy, které můžete pohodlně zvládnout. Rozdělte si práci rovnoměrně a neodkládejte ji na později.

5. Při práci dělejte přestávky. Vaše zásoba energie je omezená. Hospodařte s ní a doplňujte ji. Odpočívejte a věnujte se při tom lidem a činnostem, při nichž se cítíte dobře a které vás naplňují. Měli byste se naučit relaxovat, popř. meditovat (chce to odborné vedení!).

6. Pracujte tvořivě. Vyhýbejte se rutině, monotónie má na psychiku zhoubný vliv. Proto – pokud je to jen trochu možné – měňte své postupy, vymýšlejte zlepšení, variace, zajímejte se o neurobik (od slova „aerobic“), tj. různá neuropsychologická cvičení.

7. Svěřte se s problémy. Sdělená bolest je poloviční. Najděte si důvěrníka/důvěrnicu, kterým můžete otevřeně vylíčit své problémy a poslechnout si jeho/její názor. Přitom se nebojte požádat o radu.

Člověk nemůže vyřešit všechny problém sám – potřebuje pohledy z jiné perspektivy.

8. Nebuďte zbytečně hrdí a využijte nabídek pomoci. Dojdete-li k závěru, že byste měli změnit své chování, požádejte o psychologickou radu, přihlaste se do vhodného výcviku, zúčastněte se diskusních skupin (jsou i na internetu).

9. Důležitá je informovanost. Jakmile víme, co nás může potkat, můžeme tomu snáze předcházet. Nejen proto je třeba studovat psychologickou problematiku svého povolání. Dobrou prevencí je také studium novinek svého oboru, což je pro zdravotníky samozřejmostí.

10. Last but not least: zajímejte se o své zdraví. Předcházejte potížím a berte vážně varovné signály svého těla či duše. Zdravotníci – a hlavně lékaři – jsou jedni z nejhorších pacientů. Proto zmírněte pracovní nasazení a přemýšlejte o svém životním stylu (19).

Práce ve zdravotnictví je velmi náročná. Vyžaduje důkladnou přípravu, stálou aktualizaci poznatků a zkušeností, má svoje finanční rizika, nepříjemnou administrativní zátěž, na

významu získávají právní a etické otázky, ani pacienti nejsou dokonalí a nezřídka k vyhoření zdravotnického personálu sami přispívají. To by nemělo být omluvou. Při zpozorování základních příznaků vyhoření je třeba vyhledat psychologickou pomoc. Nejvhodnější léčebné postupy nabízejí existenciální psychoterapie, logoterapie a pozitivní psychodynamická terapie (18).

3.5 Historie intenzivní péče v Čechách a ve světě

Intenzivní péče, nebo-li medicína kriticky nemocných je oblastí medicíny, která se zabývá zajištěním a podporou základních životních funkcí a orgánových systémů u kriticky nemocných pacientů. Nedílnou součástí je pak monitorování funkce jednotlivých orgánů.

Pacienti obvykle vyžadují monitorování a léčbu hemodynamické nestability, poruchy ventilace nebo průchodnosti dýchacích cest, léčbu a monitoraci akutního renálního selhání, mnohdy pak komplexní léčbu při mnohočetném orgánovém selhávání.

Velice významnou roli hraje intenzivní medicína u pacientů, kteří podstoupili náročný chirurgický výkon, který je velkým zásahem do celkového stavu organismu. Mnoho pacientů po operaci vyžaduje pobyt na jednotce intenzivní péče a visa versa mnoho pacientů může dnes podstoupit bezpečně velký chirurgický výkon jen z důvodu existence kvalitní intenzivní péče.

Historie moderní intenzivní medicíny je ve srovnání s ostatními obory poměrně krátká. Úzce souvisí s rozvojem moderních léků, počítačové techniky která je zapotřebí k monitoraci pacienta a dnes řídí i další přístroje které se podílejí na zajištění základních životních funkcí.

První střípky však nacházíme již ve starém Řecku a Římě, Galén (131 – 210), prováděl mnoho pokusů a pozorování, zvláště z oblasti fyziologie ventilace a při svých pozorováních byl snad velmi blízko k objevu umělé plicní ventilace.

Rozvoj intenzivní medicíny, která se zabývá precizní kontrolou a léčbou základních životních funkcí byl až do novověku limitován znalostí fyziologie a patofyziologie. Staří řečtí a římsí badatelé se například domnívali, že artérie vedou vzduch do jednotlivých orgánů, což lze z dnešního hlediska spatřit jako základní neznalost, objevení těchto zcela základních principů trvalo ještě mnohá staletí (8).

Ve středověku nacházíme velký rozmach medicíny v arabských zemích, kdy Abdallah Ibn Sinna latinsky Avicena ve svém díle Kánon medicíny poprvé popsal metodu

endotracheální intubace, další arabští autoři Al Bagdadi a Ibn el Kuff doporučují provedení tracheotomie u život ohrožujících stavů při obstrukci horních dýchacích cest. Ve 13. století Ibn Abi-Usabia uvádí ve své knize kasuistiku oživení pomocí umělé plicní ventilace.

Další první použití metod intenzivní medicíny byly publikovány v období renesance, kdy obecně zaznamenáváme velký rozmach medicíny, jedním z nejznámějších autorů je pak Vesalius (1515 – 1564), který popisuje oživení prasnice pomocí umělé plicní ventilace stéblem zavedeným tracheotomií. V roce 1628 Harvey popsal velký krevní oběh, což byl další významný krok rozvoje fyziologie. V roce 1769 publikoval W. Buchan v Londýně knihu *Domestic medicine* v níž popisuje postup resuscitace, která zahrnuje dýchání z úst do úst. V roce 1768 vznikla v Holandsku, první společnost, která se zabývala resuscitací utonulých při námořních plavbách : *The Society of Drowned Persons*.

V roce 1827 referoval Francouz Leroi d Etoule o škodlivosti ventilace přetlakem, popsal například poškození alveolů nebo vznik pneumotoraxu, což mělo za následek stažení této metody britskou společností *The Humane Society* z doporučení pro provádění resuscitace. Umělá plicní ventilace přetlakem je velice starou metodou UPV, kterou jen na přechodnou dobu díky domnělé škodlivosti metody vystřídal na přelomu 19. a 20. století ventilace subatmosferická, která je však díky své nepraktičnosti ukončena na začátku 50. let 20. století. Umělá plicní ventilace je jedním ze stěžejních bodů náplně intenzivní medicíny, první publikace o přístrojové ventilaci pomocí podtlaku jsou z roku 1832, kdy John Danziel Drumlanrig popsal metodu u pacientů trpících útlumem dechu.

V roce 1952 probíhá v Evropě i Americe epidemie poliomyelitidy, která má za následek vysoký výskyt svalové paralýzy s nutností umělé plicní ventilace. V Kodani jsou poprvé nahrazeny tzv. železné plíce ventilací většího počtu pacientů umělou plicní ventilací přetlakem, v té době však manuálně pomocí 1400 studentů pracujících v třísměnném provozu. Dr. Engstrom v této kritické situaci sestrojil první ventilátor, který dodává definované množství směsi během jednoho dechového cyklu pacientovi.

Intenzivní medicína je spojena s vytvářením oddělení, kde jsou shromažďováni kriticky nemocní. Sestra Florence Nightingale, která se v roce 1850 účastnila ošetřování nemocných zraněných ve válce si všimla významného poklesu mortality raněných vojáků, jsou-li ti nejvíce nemocní oddělení od ostatních pacientů a je jim věnována větší (intenzivní) péče. Dokázala snížit mortalitu několikanásobně.

Za průkopníka intenzivní péče v USA je považován Dr. W.E. Dandy který v roce 1910 otevřel první jednotku intenzivní pooperační péče určenou neurochirurgickým pacientům.

V oblasti dětské intenzivní péče je první centrum pro nedonošené děti založeno roku 1927 v Sarah Morris Hospital, Chicago. V šedesátých letech minulého století má téměř každá nemocnice v USA jednotku intenzivní (pooperační) péče.

V Evropě bylo zakládání prvních pediatrických JIP spojeno opět s epidemií polia ve Skandinávii (1952), dětské anesteziologové pak byli prvními průkopníky v této oblasti. První pediatrická JIP byla založena Gornem Haglundem ve Švédském Goteburgu, další pak následují ve Stockholmu (1961), Paříži (1963), Melbourne (1963), Liverpoolu (1964) a dalších. V šedesátých letech minulého století má téměř každá nemocnice v USA jednotku intenzivní (pooperační) péče.

Největší rozvoj moderní intenzivní medicíny je nesporně až v druhé polovině dvacátého století. V padesátých letech je vyrobena a do praxe postupně uvedena řada přístrojů – monitorů srdeční činnosti, uvedení prvních defibrilátorů. Šedesátá léta patří pak hlavně rozvoji zobrazovacích metod jako jsou počítačová tomografie, ultrazvuk, MRI. Sedmdesátá a osmdesátá léta postupně zavádějí do intenzivní medicíny nezadržitelný průnik počítačových procesorů (CPU), které nyní nacházíme téměř ve všech přístrojích, je zde patrný vývoj nových antibiotik a jiných moderních léků, vývoj moderních monitorů, ventilátorů, přístrojů srdeční podpory a dalších.

V roce 1970 se setkává 29 lékařů v Los Angeles aby projednali založení společnosti, která by se zabývala kriticky nemocnými pacienty: The Society of Critical Care Medicine (SCCM). Tato společnost je pak v Americe významnou organizací produkující doporučené postupy, organizující odborné kongresy, podílející se na formování pracovních skupin pro jednotlivá témata oboru. Po vzoru této americké společnosti byla v Evropě založena v květnu r. 1982 Evropská společnost intenzivní medicíny (ESICM), jako nezisková organizace mající za cíl dosažení vysokých standardů pro intenzivní medicínu v Evropě.

V padesátých letech začínají vycházet první odborné časopisy, v roce 1952 vychází první číslo časopisu *Der Anaesthetist*, následuje v roce 1957 první číslo *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*. K nejznámějším periodikům dnes patří *Critical Care Medicine* (USA), *Intensive Care Medicine* vydávaný společností ESICM, ale i řada dalších (11).

V Čechách je intenzivní medicína díky politické situaci, díky komunistické diktatuře bráněno dovozu jak léčiv, přístrojového vybavení, tak především informačních zdrojů poněkud pokulhává za světovými trendy, nicméně je třeba zmínit některé stěžejní osobnosti, které se i přes politickou nepřízeň postarali o vynikající výsledky v oblasti zvláště pediatrické intenzivní medicíny. Základní kámen pediatrické intenzivní péče v ČR je spojen s osobou Prof. Lhotáka, který je zakladatelem první nemocniční pediatrické JIP

ve Fakultní nemocnici v Olomouci v roce 1968. Prof. Lhoták je současně autorem první monografie věnované tomuto tématu. Dále je třeba zmínit další osobnosti jakými jsou Prim. Procházka z Ústí nad Labem, MUDr. František Říha z Českých Budějovic. V roce 1972 je otevřena nová pediatrická JIP ve Fakultní nemocnici v Motole se kterou jsou spojeny významné osobnosti oboru jako Prim. Drapka, Prim. Kyncl. V roce 1987 je ustavena pracovní skupina ČPS ČLS JEP. ČR má tradičně nejlepší světové výsledky v oblasti neonatologické intenzivní péče s mortalitou okolo 5 promile a nízkou morbiditou časně narozených dětí.

Mezi osobnosti české intenzivní resuscitační péče dospělých patří nesporně Prof. Pokorný jako zakladatel oboru A+R, MUDr. Drábková, Prim. Lemon, Prim. Hoder a další.

Problematice intenzivní medicíny dospělých se v jedné sekci věnuje v 90. letech Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny. V roce 2006 je založena v ČR odborná společnost intenzivní medicíny při České Lékařské Společnosti Jana Evangelisty Purkyně, která má za úkol garanci vysoké kvality intenzivní medicíny v ČR (22).

4. Empirická část

4.1. Cíle a hypotézy výzkumu

Cíl práce:

1. Zjistit zátěž podle předloženého dotazníku zdravotních sester na JIP a porovnat ji se sestrami na standardním oddělení
2. Zmapovat stupeň vzdělání zdravotních sester na JIP a porovnat jej se standardním oddělením
3. Zjistit interpersonální vztahy podle typu pracoviště (JIP v. standardní oddělení)
4. Zjistit četnost zdravotních sester trpících syndromem vyhoření na JIP i standardním oddělení a určit jeho hlavní příčiny podle typu zařízení

Hypotézy:

- 1) Předpokládám, že zdravotní sestry pracující na JIP jsou mladší ve srovnání se sestrami pracujícími na standardním oddělení
- 2) Předpokládám, že zdravotní sestry pracující na JIP mají kratší dobu praxe v oboru
- 3) Předpokládám, že zdravotní sestry na JIP mají vyšší dosažené vzdělání než na standardním oddělení
- 4) Předpokládám, že sestry na JIP jsou významně častěji svobodné a bezdětné
- 5) Předpokládám, že sestry na JIP mají větší potřebu se dále vzdělávat než standardní oddělení
- 6) Předpokládám, že zdravotní sestry na standardním oddělení mají významně větší fyzickou zátěž
- 7) Předpokládám, že sestry na JIP mají významně větší psychickou zátěž.
- 8) Předpokládám, že vztahy v pracovním kolektivu jsou významně lepší na JIP než na standardním oddělení
- 9) Předpokládám, že syndrom vyhoření je u zdravotních sester na JIP závislý především na psychickém vyčerpání a u sester na standardním oddělení je závislý především na fyzickém vyčerpání

Analýza závislostí

1. Hypotéza

H1: Zdravotní sestry pracující na JIP jsou mladší ve srovnání se sestrami pracujícími na standardním oddělení.

HO: Zdravotní sestry na JIP nejsou mladší ve srovnání se sestrami pracujícími na standardním oddělení.

2. Hypotéza

H1: Zdravotní sestry pracující na JIP mají kratší dobu praxe ve zdravotnictví

HO: Zdravotní sestry pracující na JIP nemají kratší dobu praxe ve zdravotnictví

3. Hypotéza

H1: Zdravotní sestry na JIP mají vyšší dosažené ukončené vzdělání než na standardním oddělení

HO: Zdravotní sestry na JIP nemají vyšší dosažené ukončené vzdělání než na standardním oddělení

4. Hypotéza

H1: Zdravotní sestry na JIP jsou častěji svobodné a bezdětné ve srovnání se sestrami na standardním oddělení

HO: Zdravotní sestry na JIP nejsou častěji svobodné a bezdětné ve srovnání se sestrami na standardním oddělení

5. Hypotéza

H1: Zdravotní sestry na JIP mají větší potřebu dále zvyšovat své vzdělání ve srovnání se sestrami na standardním oddělení

HO: Zdravotní sestry na JIP nemají častěji potřebu zvyšovat své vzdělání ve srovnání se sestrami na standardním oddělení

6. Hypotéza

H1: Zdravotní sestry na JIP pocít'ují menší fyzickou vyčerpanost ve srovnání s kolegyněmi na standardních odděleních

HO: Zdravotní sestry na JIP nepocít'ují menší fyzickou vyčerpanost ve srovnání s kolegyněmi na standardních odděleních

7. Hypotéza

H1: Zdravotní sestry na JIP pocít'ují větší psychickou vyčerpanost ve srovnání s kolegyněmi na standardních odděleních

HO: Zdravotní sestry na JIP nepocít'ují větší psychickou fyzickou vyčerpanost ve srovnání s kolegyněmi na standardních odděleních

8. Hypotéza

H1: Vztahy v kolektivu na JIP jsou lepší než na standardním oddělení

HO: Vztahy v kolektivu na JIP nejsou lepší než na standardním oddělení

9. Hypotéza

H1: Syndrom vyhoření je u zdravotních sester na JIP závislý především na psychickém vyčerpání a u sester na standardním oddělení je závislý především na fyzickém vyčerpání

HO: Syndrom vyhoření není u zdravotních sester na JIP závislý především na psychickém vyčerpání a u sester na standardním oddělení není závislý především na fyzickém vyčerpání

4.1.1 Metodika výzkumu

Pro zjištění výzkumu jsem použila techniku dotazníku. Zdravotní sestry na JIP a standardním oddělení jsem poprosila o vyplnění dvou dotazníků. První z nich se skládal ze 33 otázek zaměřených na jejich věk, délku praxe v oboru a typu zařízení, rodinný stav, další otázky byly zaměřeny na stresory ve zdravotnictví, včetně dotazu zda na sobě pociťují syndrom vyhoření. Druhý přiložený dotazník BURNOUT sestával z 21 otázek, které sledovaly syndrom vyhoření u sester a měl za úkol objektivně potvrdit nebo vyvrátit syndrom vyhoření u všech sledovaných zdravotních sester. První dotazník obsahoval otázky otevřené, uzavřené, dichotomické a uzavřené polytomické otázky. Na odpovědi v druhém dotazníku sestry použily číselnou škálu (1-nikdy, 2-jednou za čas, 3-zřídka kdy, 4-někdy, 5-často, 6-obvykle, 7-vždy). Hodnoty všech odpovědí v druhém dotazníku se sečetli a dále statisticky hodnotily.

Dotazníky byly distribuovány do čtyř nemocnic. Dvou pražských fakultních nemocnic a dvou mimopražských nemocnic. V každé nemocnici byl rozdán stejný počet dotazníků, který se dále dělil rovným dílem mezi standardní oddělení a intenzivní péči. Nebyl požadavek na obor, dotazníky byly rozdány jak na interní tak chirurgické i jiné obory. Oslovila jsem vedoucí sestry v daných nemocnicích o poprosila je zda mohu tento výzkum na jejich pracovištích provádět. Ne vždy jsem se setkala se vstřícným postojem, jako důvod vedoucí sestry uváděly, že je mnoho studentů, kteří využívají pro své práce dotazníkovou metodu, a jejich sestry jsou dotazníky přehlcené. Proto jsem ve výzkumu změnila strategii a oslovila i mimopražské nemocnice. Dotazníky jsem osobně distribuovala v období leden-březen 2007.

Nemocnice v níž byly dotazníky rozdány:

- **Všeobecná fakultní nemocnice Praha**
- **Fakultní nemocnice Motol**
- **Oblastní nemocnice na Kladně**
- **Nemocnice Karlovy Vary**

Rozbor dotazník

Podle typu otázek:

Otevřené otázky: 3 (otázka č. 6, 7, 33)

Uzavřené dichotomické otázky: 8 (otázka č. 1, 4, 9, 11, 12, 14, 23, 29)

Uzavřené polytomické otázky: 22 (otázka č. 2, 3, 5, 8, 10, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 31, 32)

Podle zjišťovaných skutečností:

Zjištění základních identifikačních údajů: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10

Potřeba vzdělávání: 8, 9, 11, 12, 13, 14

Stresory v práci sester: 15, 16, 17, 18, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33

Vztahy na pracovišti a v kolektivu: 20, 21, 22, 23, 24, 25

Finanční ohodnocení: 19

4.1.2 Statistické metody použité při zpracování získaných dat

Po obdržení vyplněných dotazníků (pro snazší orientaci byly dotazníky, které jsem rozdávala na jednotkách intenzivní péče tisknuty na žlutý papír) byly tyto ručně očíslovány a jednotlivé údaje, v nich uvedené, byli převedeny do elektronické verze (s použitím excelové tabulky). Základní výsledky pak jsou vyjádřeny jednak v absolutních četnostech, jednak, kde je to vhodné vzhledem k lepší názornosti, jsou výsledky vyjádřeny i relativně. Pro názornost a snazší orientaci a porovnání jednotlivých údajů jsem použila tabulky a grafy.

Před statistickým testováním mých jednotlivých hypotéz bylo nutné zformulovat dvě hypotézy: nulovou hypotézu a hypotézu alternativní. Alternativní hypotéza přesně vymezuje, do jaké situace se dostáváme, když nulová hypotéza neplatí. Poté, co byla zformulována nulová hypotéza a nasbírána data, spočteme pravděpodobnost, s jakou bychom mohli obdržet pozorovaná data, nebo data stejně, či ještě více odporující nulové hypotéze, za předpokladu, že nulová hypotéza je pravdivá. Tato pravděpodobnost se nazývá dosažená hladina významnosti (značí se p-level).

Test nulové hypotézy spočívá v tom, zda p překročí, nebo nepřekročí zvolenou mez, což je mezní hodnota α (hladina významnosti alfa), a pokud je p menší než tato mez, zamítneme nulovou hypotézu. Za tuto mezní hodnotu budeme brát α 0,05 (neboli 5%). Což jinak vyjádřeno znamená, že výsledek, který bychom za platnosti nulové hypotézy dostali méně než jednou z dvaceti případů, vede k zamítnutí nulové hypotézy.

Je-li p menší než zvolená hladina významnosti, tedy v našem případě 0,05 pak je výsledek statisticky významný.

Vzhledem k tomu, že u několika kvantitativních znaků bylo možné a vhodné použít analýzu, zda mezi znaky existuje prokazatelný výrazný vztah, byly jednotlivé znaky roztříděny dvojstupňově do asociační a kontingenční tabulky. Použita byla metoda chí kvadrát test, neparametrická metoda, používaná ke zjištění, zda mezi dvěma znaky existuje prokazatelný vztah. Znaky mohou být kvalitativní, diskrétní kvantitativní, spojitě kvantitativní, ale s hodnotami sloučenými do skupin.

Dalším krokem je uspořádat dva takové znaky do kontingenční tabulky. Kategorie jednoho znaku určují řádky a kategorie druhého znaku sloupce. Jednotlivá pozorování jsou zařazena do příslušné buňky kontingenční tabulky podle hodnot daných dvou znaků. Kontingenční tabulka pak umožní v tomto uspořádání testování různých hypotéz.

Jeden z možných testů je test hypotézy o shodnosti struktury, test homogenity. Testujeme tímto způsobem nulovou hypotézu o shodnosti struktury jednoho ze sledovaných znaků za různých podmínek, které vyjadřují kategorie druhého znaku. V tomto případě je nezbytné určit očekávané četnosti, což jsou četnosti, které bychom měli očekávat, kdyby nulová hypotéza platila.

Očekávaná četnost se dle obecného vztahu vypočítá:

$$\text{Očekávaná četnost} = \frac{\text{Součet v řádku} \times \text{součet ve sloupci}}{\text{Celkový počet pozorování}}$$

Nejllepší způsob, jak zjistit rozdíly mezi pozorovanými a očekávanými četnostmi výskytu, je spočítat χ^2 statistiku dle obecného vzorce:

$$\chi^2 = \sum \frac{(\text{pozorovaná četnost} - \text{očekávaná četnost})^2}{\text{očekávaná četnost}}$$

Pro interpretaci této χ^2 statistiky potřebujeme znát ještě n , což je počet stupňů volnosti (df). Pro kontingenční tabulky platí $df = (\text{počet řádků} - 1)(\text{počet sloupců} - 1)$. Kritickou hodnotu χ_α pro n stupňů volnosti určíme dle statistických tabulek.

5. Výsledky průzkumu

Průzkum

Distribuce dotazníku proběhla úspěšně. Rozeslala jsem celkem 200 dotazníků, 100 dotazníků zdravotním sestřám pracujícím na standardním oddělení a 100 na intenzivní péči. Celkem se vrátilo 176 dotazníků – tj. 88%. Pro neúplné vyplnění jsem celkem musela vyřadit 21 dotazníků – tj. 11,9% ze všech vrácených dotazníků. Pro statistické zpracování bylo použito celkem 155 dotazníků – tj. 77,5% ze všech původně rozdaných dotazníků. Sedmdesát devět zařazených dotazníků bylo vyplněno pracovníky intenzivní péče a 76 pracovníky standardního oddělení. Soubory jsou přibližně stejně početné a vyhovují pro následné statistické zhodnocení.

Otázka č.1. **Zjištění pohlaví respondentů**

Sto padesát jedna (97,5%) bylo žen a 4 (2,5%) muži. Uvedené počty jsou znázorněny na grafu č.1

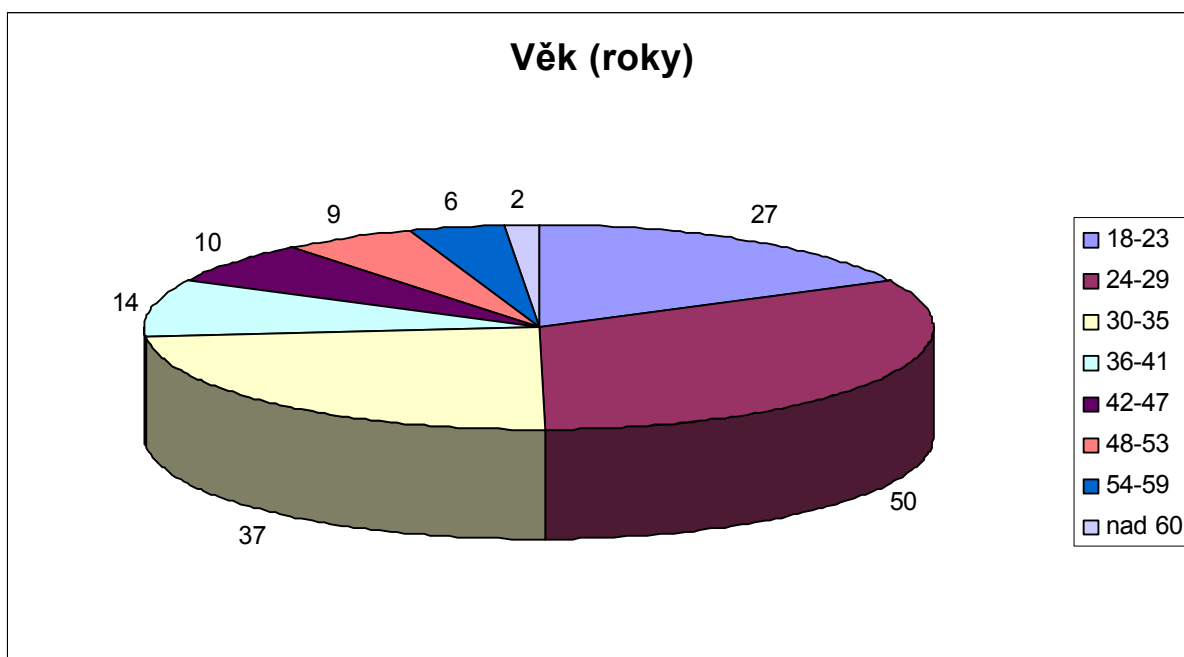
Graf č.1



Otázka č.2 Věkové rozmezí respondentů

Jak vyplývá z grafu č.2 bylo 27 (17,4%) respondentů ve věkové kategorii 18-23 let, 50 (32,6%) v kategorii 24-29 let, 37 (23,9%) v kategorii 30-35 let, 14 (9%) v kategorii 36-41 let, 10 (6,4%) v kategorii 42-47 let, 9 (5,7%) v kategorii 48-53 let, 6 (3,8%) v kategorii 54-59 let a 2 (1,2%) v kategorii nad 60 let.

Graf č. 2 : Věková struktura celého souboru



Hypotéza č. 1

H1: Zdravotní sestry pracující na JIP jsou mladší ve srovnání se sestrami pracujícími na standardním oddělení.

HO: Zdravotní sestry na JIP nejsou mladší ve srovnání se sestrami pracujícími na standardním oddělení.

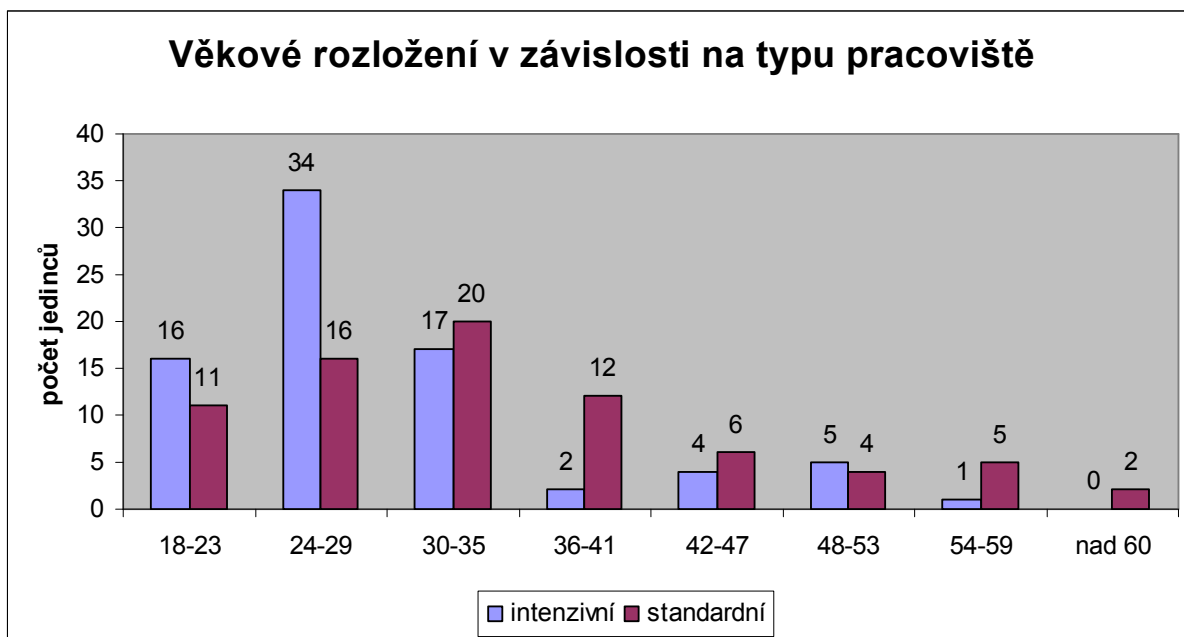
Tabulka č.1: Rozložení četnosti věkových kategorií v závislosti na typu pracoviště (JIP versus standard)

	18-23	24-29	30-35	36-41	42-47	48-53	54-59	nad 60
intenzivní	16	34	17	2	4	5	1	0
standardní	11	16	20	12	6	4	5	2

- Závislost je v uvedeném případě lineární. V případě této hypotézy byl vypočten testovací chí kvadrát 19,388
- Chí kvadrát pro 5% hladinu významnosti při 7 stupních volnosti je dle statistických tabulek 14,067
- Testovací chí kvadrát je větší než kritická hodnota, což znamená, že lze zamítnout HO hypotézu

Závěr: S 95% pravděpodobností jsou zdravotní sestry pracující na JIP mladší ve srovnání se sestrami, které pracují na standardním oddělení.

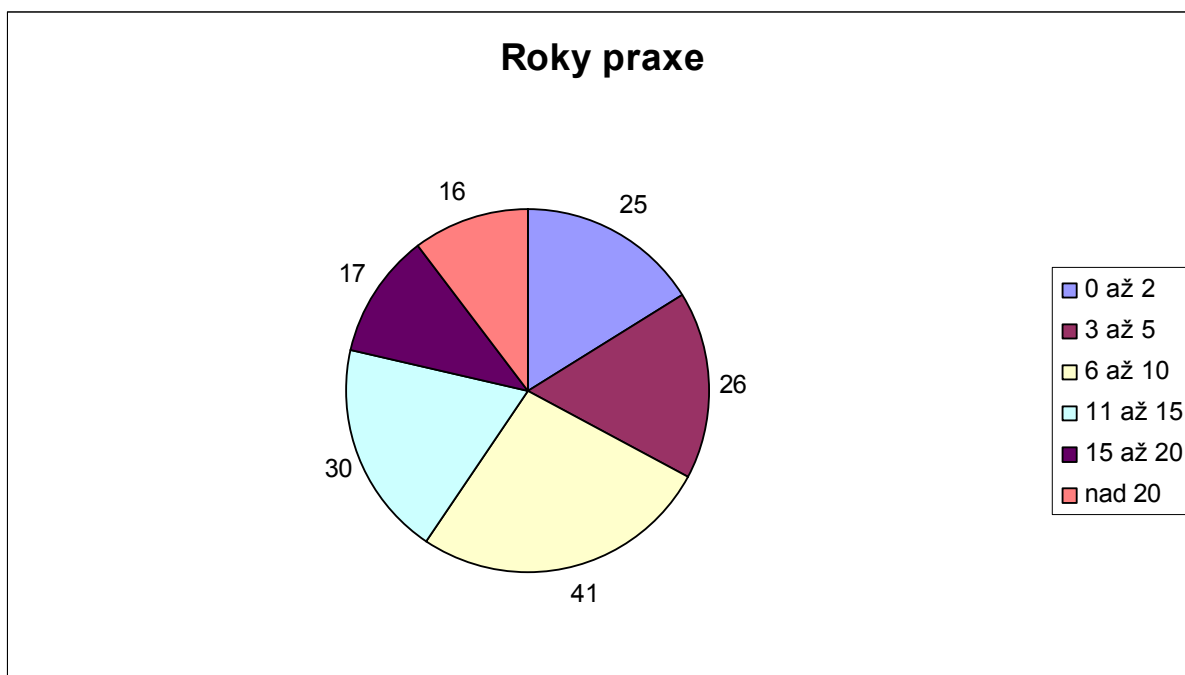
Graf č. 3. Rozložení četnosti věkových kategorií v závislosti na typu pracoviště (JIP versus standard)



Otázka č.3. Léta praxe ve zdravotnictví

Ze 155 respondentů 25 (16%) pracovalo ve zdravotnictví 0-2 roky, 26(16,8%) 3-5 let, 41 (26,4%) 6-10 let, 30 (19,5 %) 11-15 let, 17 (11%) 15-20 let a 16(10,3%) nad 20 let.

Graf č.4 : Roky praxe ve zdravotnictví v celé souboru



Hypotézač.2

H1: Zdravotní sestry pracující na JIP mají kratší dobu praxe ve zdravotnictví

HO: Zdravotní sestry pracující na JIP nemají kratší dobu praxe ve zdravotnictví

Tabulka č.2 : Doba praxe (v rocích) zdravotních sester dle typu pracoviště

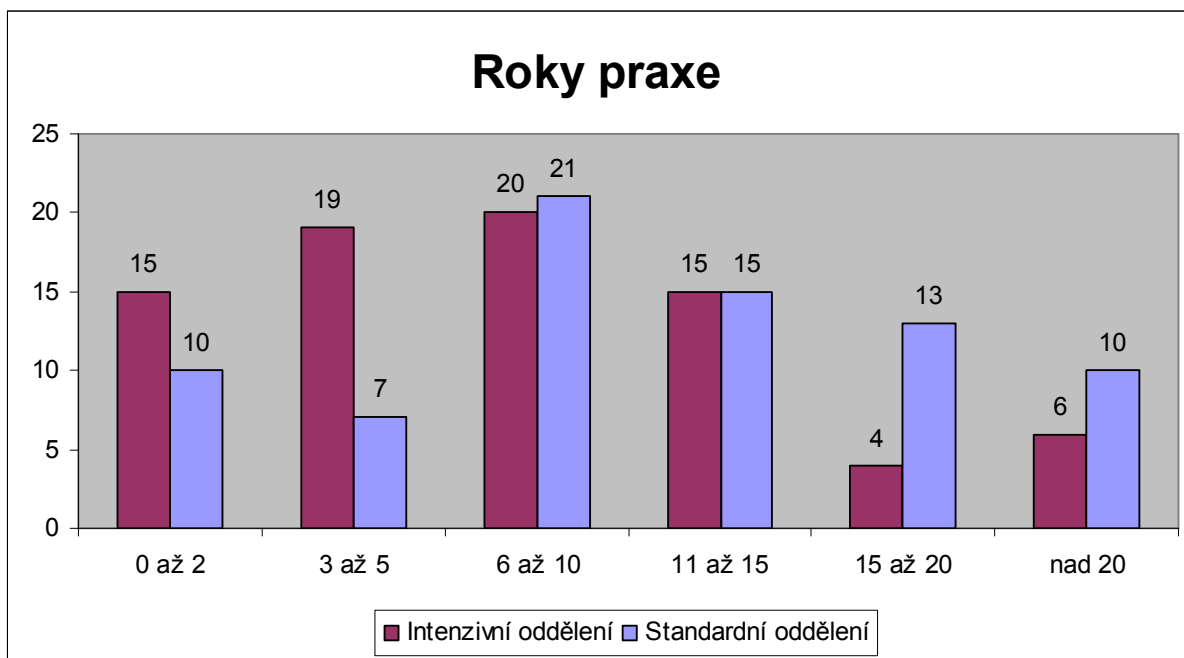
	0 až 2	3 až 5	6 až 10	11 až 15	15 až 20	nad 20
Intenzivní oddělení	15	19	20	15	4	6
Standardní oddělení	10	7	21	15	13	10

- Závislost je v tomto případě lineární V případě této hypotézy byl vypočten testovací chí kvadrát 12,53
- Chí kvadrát pro 5% hladinu významnosti při 5 stupních volnosti je dle statistických tabulek 11,07

- Testovací chí kvadrát je větší než kritická hodnota, což znamená, že lze zamítnout HO hypotézu

Závěr: S 95% pravděpodobností mají zdravotní sestry pracující na JIP kratší dobu praxe ve zdravotnictví ve srovnání se sestrami, které pracují na standardním oddělení.

Graf č.5: Roky praxe ve zdravotnictví v závislosti na typu pracoviště

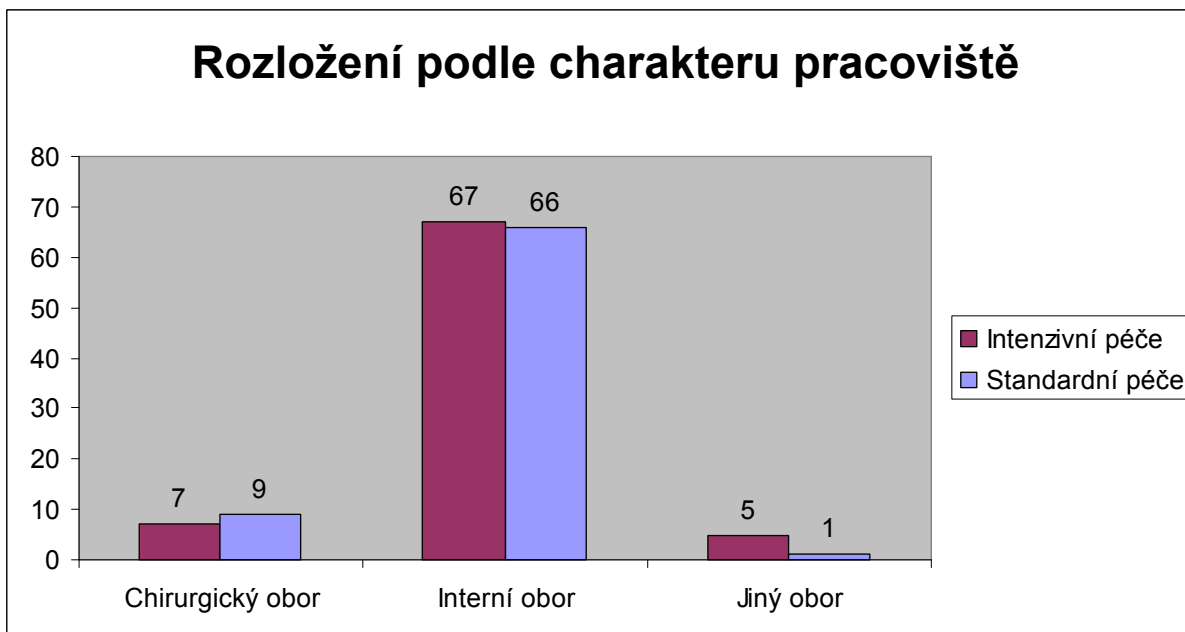


Otázka č. 4 **Typ pracoviště**, kde pracujete rozděluje celý soubor na 2 skupiny, které jsou navzájem dále porovnávány. Na JIP pracuje 79 (51%) respondentů a na standardní oddělení 76 (49%) respondentů.

Otázka č.5 **Zaměření oboru, ve kterém pracujete ?**

Na chirurgickém oddělení pracuje celkem 13 (8,4%) respondentů, na interní oddělení celkem 133 (86%) a na jiném typu pracoviště 6 r(3,6%) respondentů. Rozložení podle typu pracoviště je znázorněno na grafu č.6

Graf č.6 Zaměření oboru, ve kterém respondent pracuje, podle typu zařízení



Otázka č.6 Jak dlouho pracujete na současném pracovišti?

Průměrná délka doby zaměstnání respondentů na současném pracovišti je 7,0 roků, v rozmezí od 1 do 38 roků. Ve skupině zdravotních sester pracujících na JIP je průměrná doba 5,6 roků, v rozmezí 1-20 roků. Ve skupině sester pracujících na standardním oddělení je průměrná doba 8,4 roků, v rozmezí 1-38 roků.

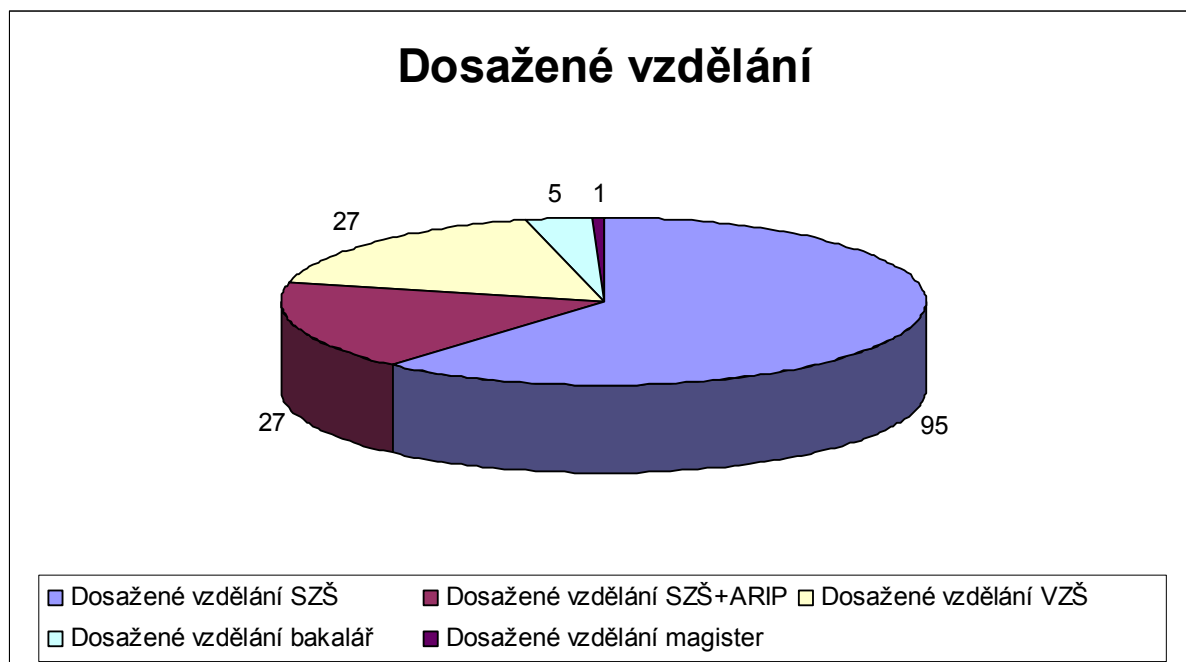
Otázka č.7 Jak dlouho jste pracovali ve zdravotnictví před nástupem na současné pracoviště?

Průměrná doba zaměstnání respondentů ve zdravotnictví před nástupem na současné pracoviště byla 4,5 roků, v rozmezí od 0 do 28 roků. Ve skupině zdravotních sester pracujících v současné době na JIP byla průměrná doba 4,4 roků (rozmezí 0 až 28 roků). Ve skupině sester pracujících nyní na standardním oddělení byla průměrná doba 4,5 roků (rozmezí od 0 do 28 roků).

Otázka č.8 Jaké je Vaše nejvyšší dosažené ukončené vzdělání?

SZŠ jako nejvyšší ukončené vzdělání uvedlo 95 (61%) respondentů, SZŠ doplněné PSS uvedlo 27 (17,6%) respondentů, VZŠ rovněž 27 (17,6%) respondentů, bakalářské studium 5 (3,2%) respondentů a 1 (0,6%) respondent.

Graf č.7 : Nejvyšší dosažené ukončené vzdělání v celém souboru



Hypotéza č.3

H1: Zdravotní sestry na JIP mají vyšší dosažené ukončené vzdělání než na standardním oddělení

HO: Zdravotní sestry na JIP nemají vyšší dosažené ukončené vzdělání než na standardním oddělení

Tabulka č.3 Dosažené nejvyšší ukončené vzdělání u sledovaných skupin

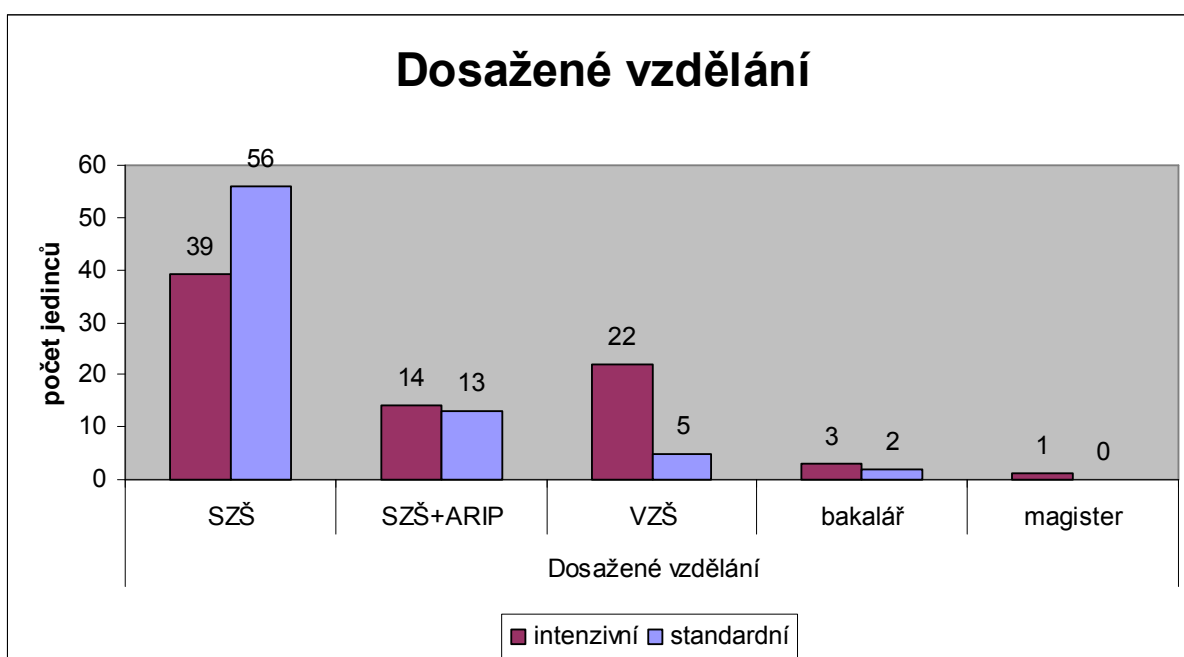
	SZŠ	SZŠ+PSS	VZŠ	bakalář	magister
intenzivní	39	14	22	3	1
standardní	56	13	5	2	0

- Závislost je v tomto případě lineární V případě této hypotézy byl vypočten testovací chí kvadrát 15,13

- Chí kvadrát pro 1% hladinu významnosti při 4 stupních volnosti je dle statistických tabulek 13,277
- Testovací chí kvadrát je větší než kritická hodnota, což znamená, že lze zamítnout HO hypotézu

Závěr: S 99% pravděpodobností mají zdravotní sestry pracující na JIP vyšší dosažené ukončené vzdělání ve srovnání se sestrami, které pracují na standardním oddělení.

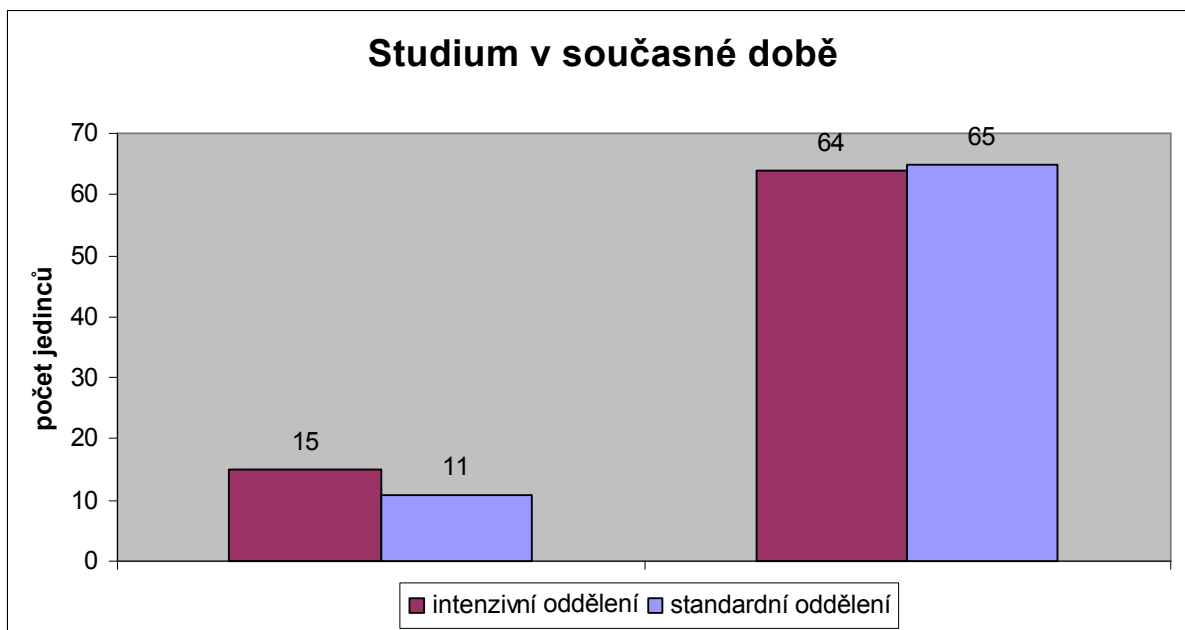
Graf č.8 Nejvyšší dosažené ukončené vzdělání podle typu pracoviště



Otázka č.9 Studujete v současné době?

V současné době studuje celkem 26 (16,8%) respondentů. Z nich 15 (58%) pracuje na JIP a 11 pracuje na standardním oddělení. Patnáct studuje bakalářské studium, z toho 9 pracuje na JIP a 6 na standardním oddělení. Jedenáct studuje PSS, z toho 5 pracuje na JIP a 6 na standardním oddělení

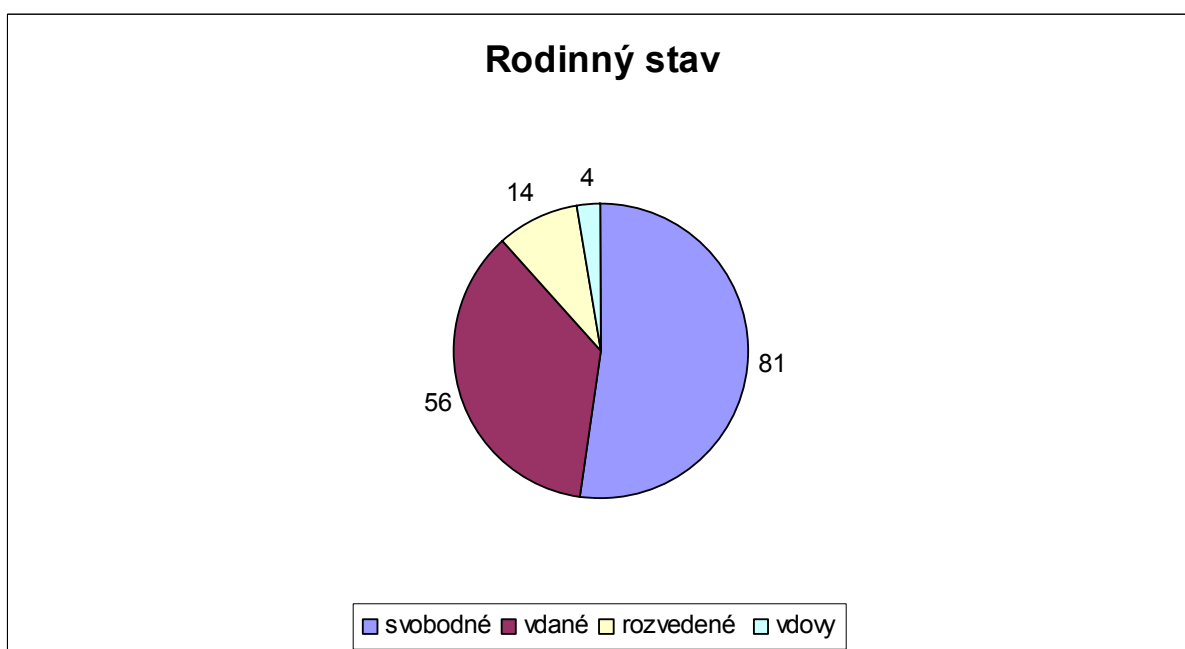
Graf č.9 Studium v současné době podle typu zařízení



Otázka č.10 Jaký je Váš rodinný stav ?

V celém sledovaném souboru bylo 81 (52%) svobodných, 56 (36%) vdaných nebo ženatých, 14 (9%) rozvedených a 4 (3%) vdovy

Graf č.10 Rodinný stav v celém souboru



Šedesát pět (42%) respondentů v celém souboru má jedno nebo více dětí, 90 (58%) je bezdětných.

Hypotéza č.4

H1: Zdravotní sestry na JIP jsou častěji svobodné a bezdětné ve srovnání se sestrami na standardním oddělení

HO: Zdravotní sestry na JIP nejsou častěji svobodné a bezdětné ve srovnání se sestrami na standardním oddělení

Tabulka č. 4 Rodinný stav v závislosti na typu zařízení

	svobodné	vdané	rozvedené	vdovy
intenzivní oddělení	45	28	4	2
standardní oddělení	36	28	10	2

- Závislost je v tomto případě lineární V případě této hypotézy byl vypočten testovací chí kvadrát 3,58
- Chí kvadrát pro 5% hladinu významnosti při 3 stupních volnosti je dle statistických tabulek 7,815
- Testovací chí kvadrát je menší než kritická hodnota, což znamená, že lze zamítnout H1 hypotézu

Závěr: S 95% pravděpodobností nejsou zdravotní sestry pracující na JIP častěji svobodné než sestry, které pracují na standardním oddělení.

Tabulka č.5 Respondenti mající děti podle typu zařízení

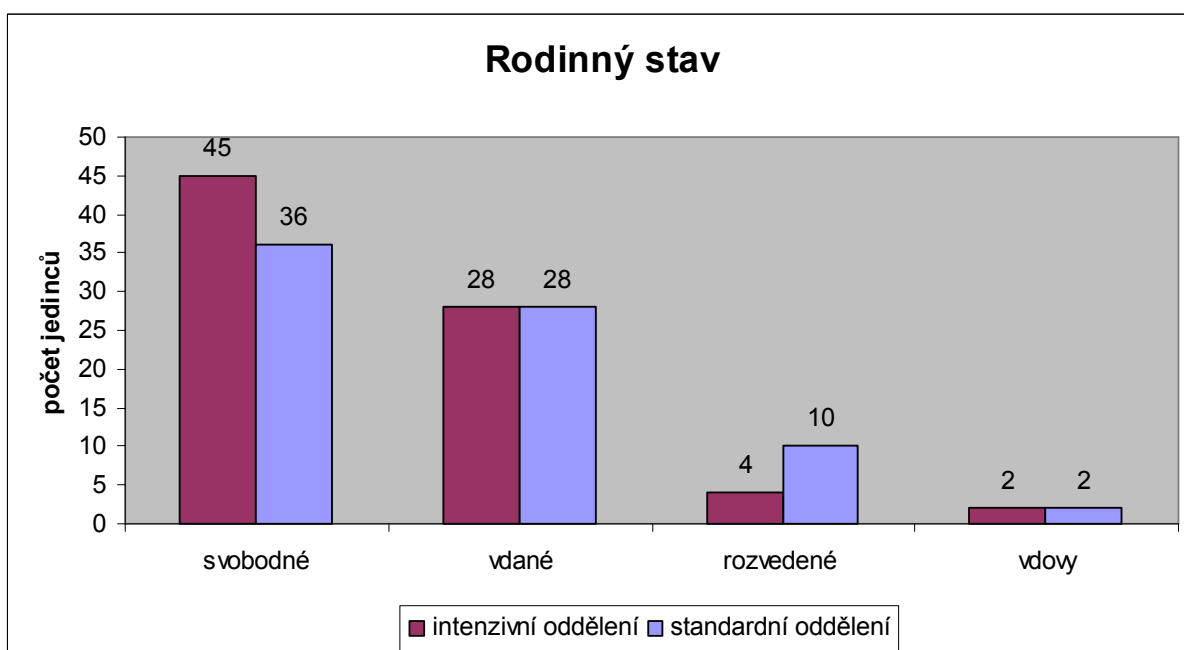
	ano	ne
intenzivní oddělení	27	52
standardní oddělení	33	43

- Závislost je v tomto případě lineární V případě této hypotézy byl vypočten testovací chí kvadrát 1,41
- Chí kvadrát pro 5% hladinu významnosti při 1 stupni volnosti je dle statistických tabulek 3,841

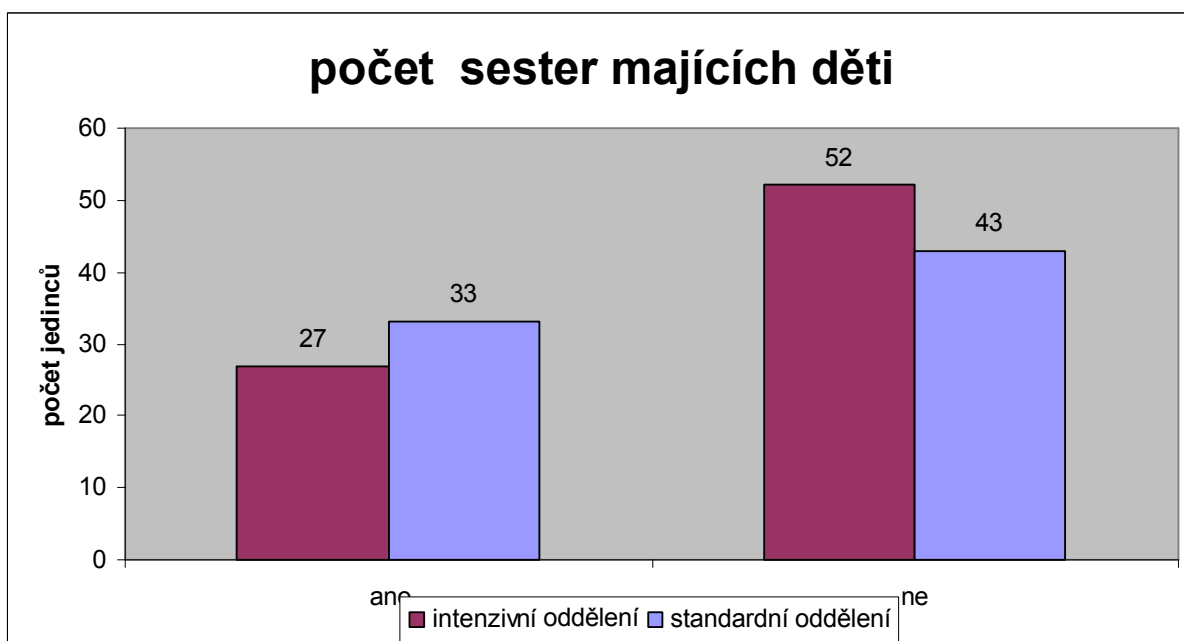
- Testovací chí kvadrát je menší než kritická hodnota, což znamená, že lze zamítnout H1 hypotézu

Závěr: S 95% pravděpodobností nejsou zdravotní sestry pracující na JIP častěji bezdětné než sestry, které pracují na standardním oddělení.

Graf č.11 Rodinný stav respondentů v závislosti na typu zařízení



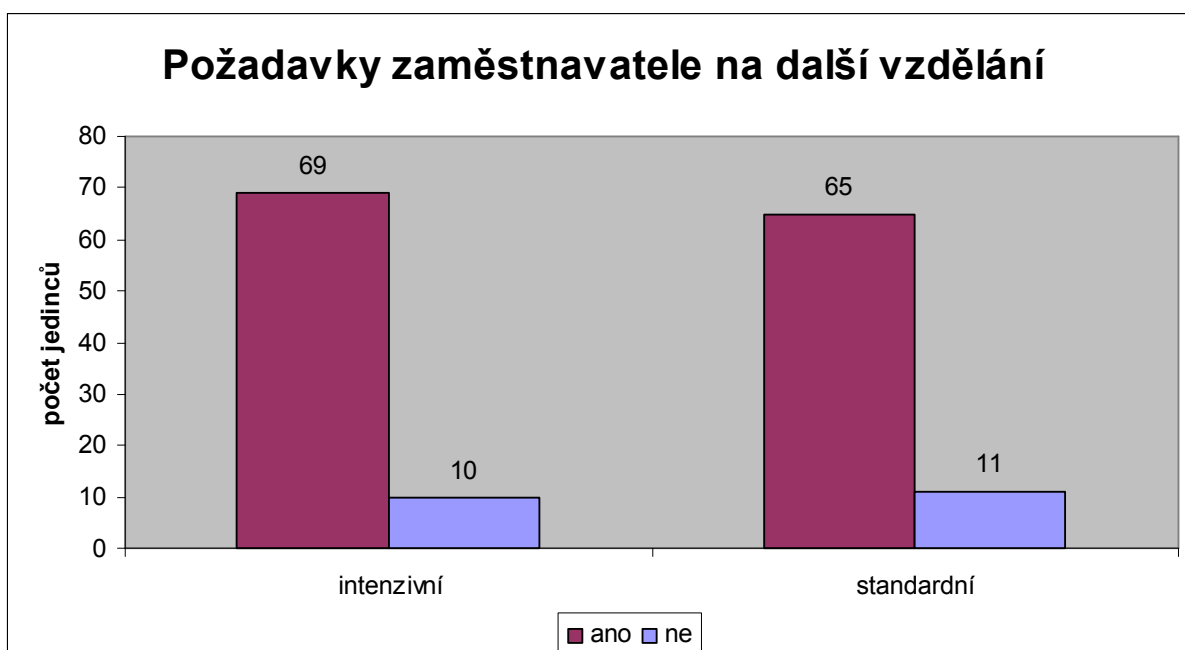
Graf č.12 Zdravotní sestry s dětmi a bezdětné podle typu zařízení



Otázka č.11 **Požaduje Váš zaměstnavatel, aby jste zvyšoval/a své dosažené vzdělání?**

Sto třicet čtyři respondentů je názoru, že jejich zaměstnavatel po nich požaduje další vzdělávání. Pouze 21 se domnívá, že uvedené nároky zaměstnavatel nemá. Vztah mezi hodnocením respondentů a typem zařízení je znázorněn v grafu č.13.

Graf č.13 Požadavky zaměstnavatele na další vzdělání respondentů dle typu zařízení



Jako formu požadovaného vzdělávání uvedlo z celého souboru 155 respondentů:

Semináře : 116 (75%) respondentů

Dlouhodobé kursy: 26 (16,8%) respondentů

Vysokoškolské vzdělání : 10 (6,5%) respondentů

Specializační vzdělávání : 17 (11%) respondentů

Pasivní účast na vědeckých kongresech: 1 (0,6%) respondent

Aktivní účast na vědeckých kongresech .4 (2,6%) respondentů

Otázka č.12 **Máte potřebu sami zvyšovat své dosažené vzdělání bez ohledu na okolní vlivy?**

Potřebu dalšího vzdělávání uvedlo v celém souboru 128 (83%) respondentů, naproti tomu 27 (17%) respondentů tuto potřebu nemá.

Hypotéza č.5

H1: Zdravotní sestry na JIP mají větší potřebu dále zvyšovat své vzdělání ve srovnání se sestrami na standardním oddělení

H0: Zdravotní sestry na JIP nemají častěji potřebu zvyšovat své vzdělání ve srovnání se sestrami na standardním oddělení

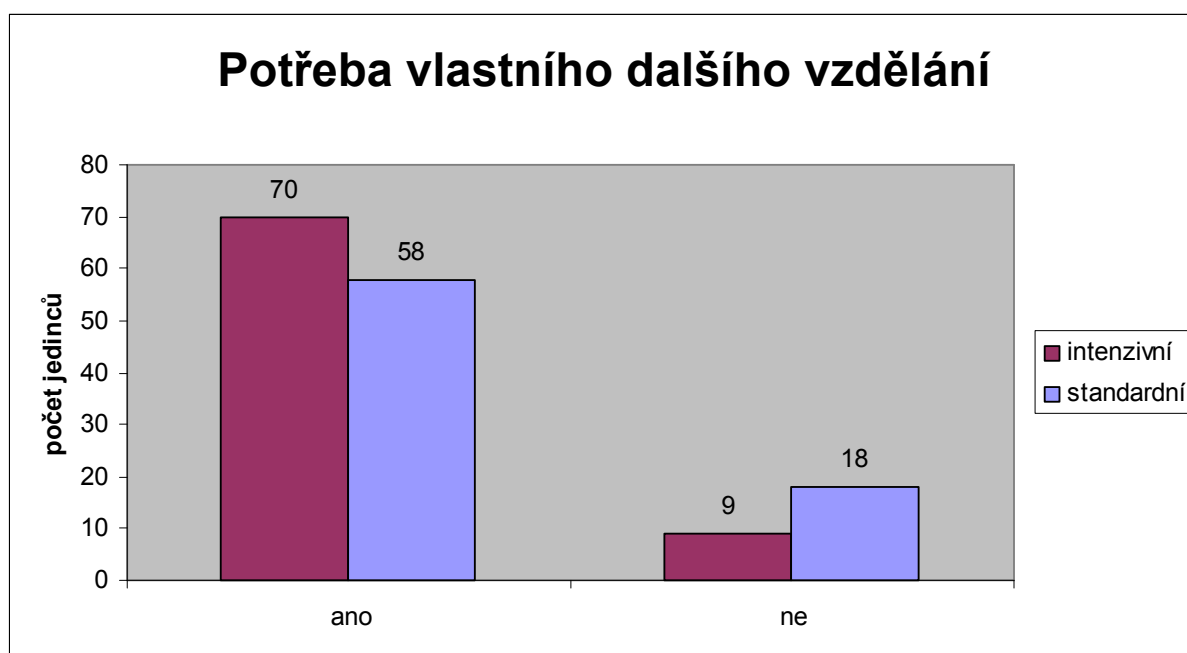
Tabulka č. 6 Potřeba vzdělání sester v závislosti na typu zařízení

	ano	ne
intenzivní	70	9
standardní	58	18

- Závislost je v tomto případě lineární V případě této hypotézy byl vypočten testovací chí kvadrát 4,57
- Chí kvadrát pro 5% hladinu významnosti při 1 stupni volnosti je dle statistických tabulek 3,841
- Testovací chí kvadrát je větší než kritická hodnota, což znamená, že lze zamítnout H0 hypotézu
-

Závěr: S 95% pravděpodobností mají zdravotní sestry pracující na JIP větší potřebu dalšího vzdělání než sestry, které pracují na standardním oddělení.

Graf č.14 Potřeba vzdělání sester v závislosti na typu zařízení



Otázka č. 13 **V případě, že máte potřebu zvyšovat své vzdělání, uveďte jakou formou ?**

Jako formu požadovaného vzdělávání uvedlo z celého souboru 155 respondentů:

Semináře : 98 (63%) respondentů

Dlouhodobé kurzy: 15 (9,7%) respondentů

Vysokoškolské vzdělání : 8 (5%) respondentů

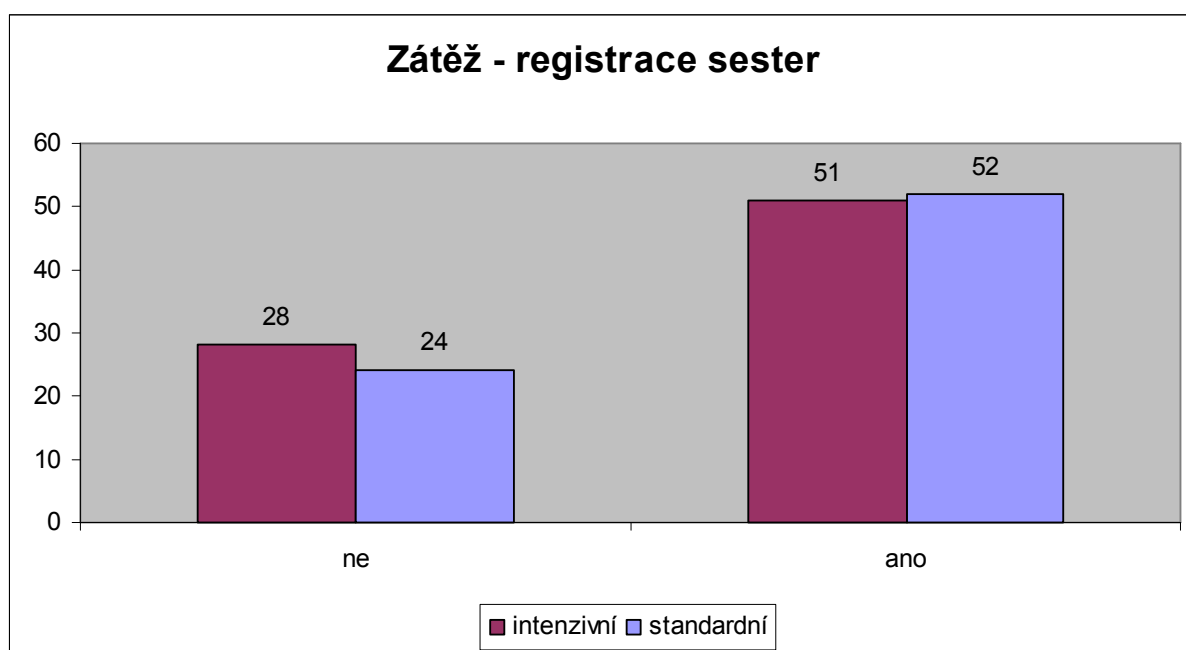
Specializační vzdělávání : 12 (7,7%) respondentů

Pasivní účast na vědeckých kongresech: 78 (50%) respondentů

Aktivní účast na vědeckých kongresech . 26 (16,8%) respondentů

Otázka č.14 **Představuje pro Vás povinná registrace sester výraznou zátěž?**

Povinná registrace představuje zátěž pro 103 (66,5%) a nepředstavuje pro 52 (33,5%) respondenty. Rozdělení podle typu pracoviště je znázorněno na grafu č. 15.



Jako nejčastější formu zátěže uvedlo

96 (62%) sester finanční zátěž

92 (59%) časovou zátěž

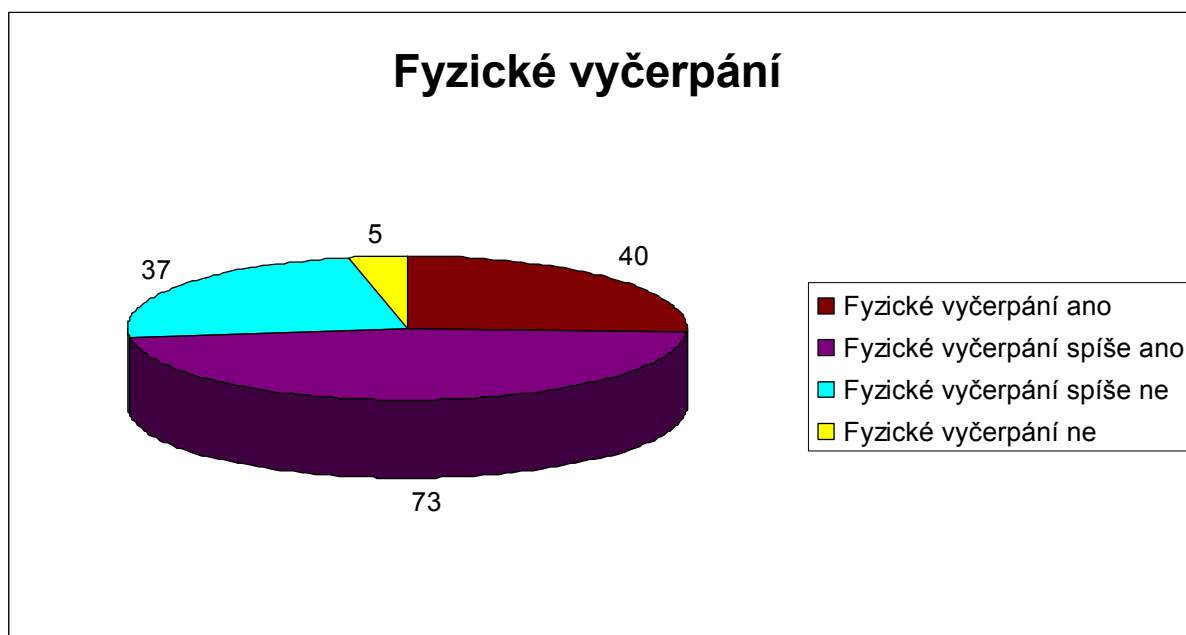
10 (6,5%)psychickou zátěž

0 (0%)fyzickou zátěž

Otázka č.15 Vyčerpává Vás vaše práce fyzicky?

Na uvedenou otázku odpovědělo ano 40 (25,8%) zdravotních sester, spíše ano 73 (47,1%), spíše ne 37 (23,9%) a ne 5 (3,2%)

Graf č.16 Fyzické vyčerpání zdravotních sester- celý soubor



Hypotéza č.6

H1: Zdravotní sestry na JIP pociťují menší fyzickou vyčerpanost ve srovnání s kolegyněmi na standardních odděleních

HO: Zdravotní sestry na JIP nepociťují menší fyzickou vyčerpanost ve srovnání s kolegyněmi na standardních odděleních

Tabulka č. 7 Fyzické vyčerpání zdravotních sester v závislosti na typu zařízení

	ano	spíše ano	spíše ne	ne
intenzivní	13	39	24	3
standardní	27	34	13	2

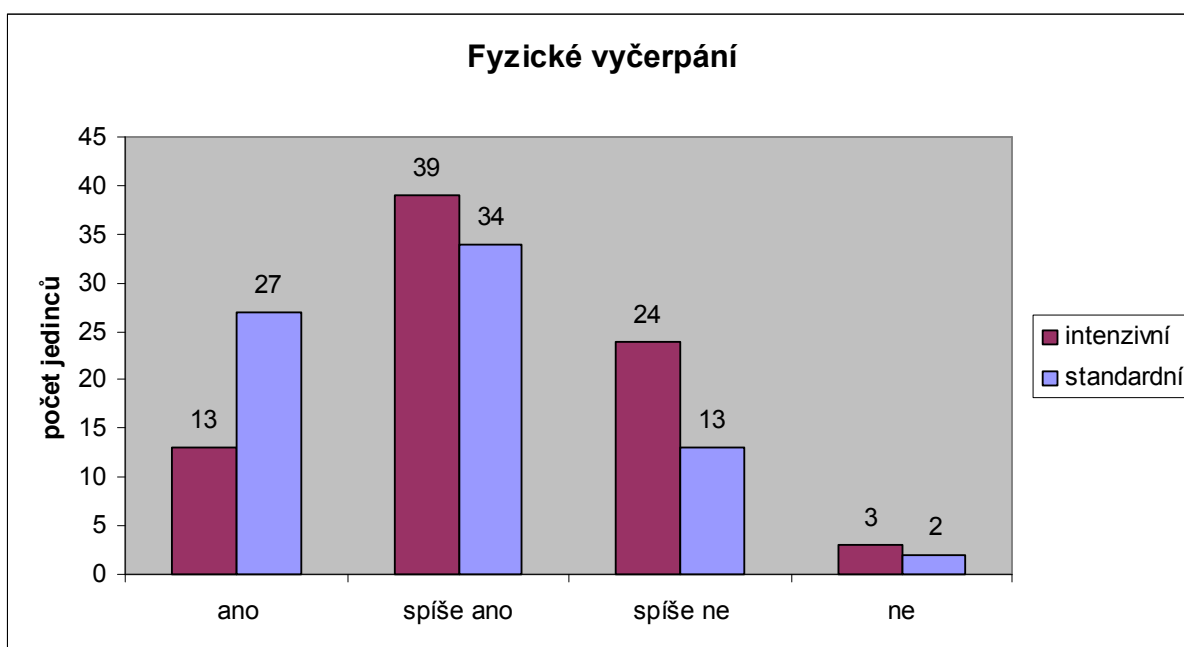
- Závislost je v tomto případě lineární V případě této hypotézy byl vypočten testovací chí kvadrát 8,49
- Chí kvadrát pro 5% hladinu významnosti při 3 stupni volnosti je dle statistických tabulek 7,815

- Testovací chí kvadrát je větší než kritická hodnota, což znamená, že lze zamítnout H_0 hypotézu

-

Závěr: S 95% pravděpodobností mají zdravotní sestry pracující na JIP uvádějí menší fyzickou zátěž než sestry, které pracují na standardním oddělení.

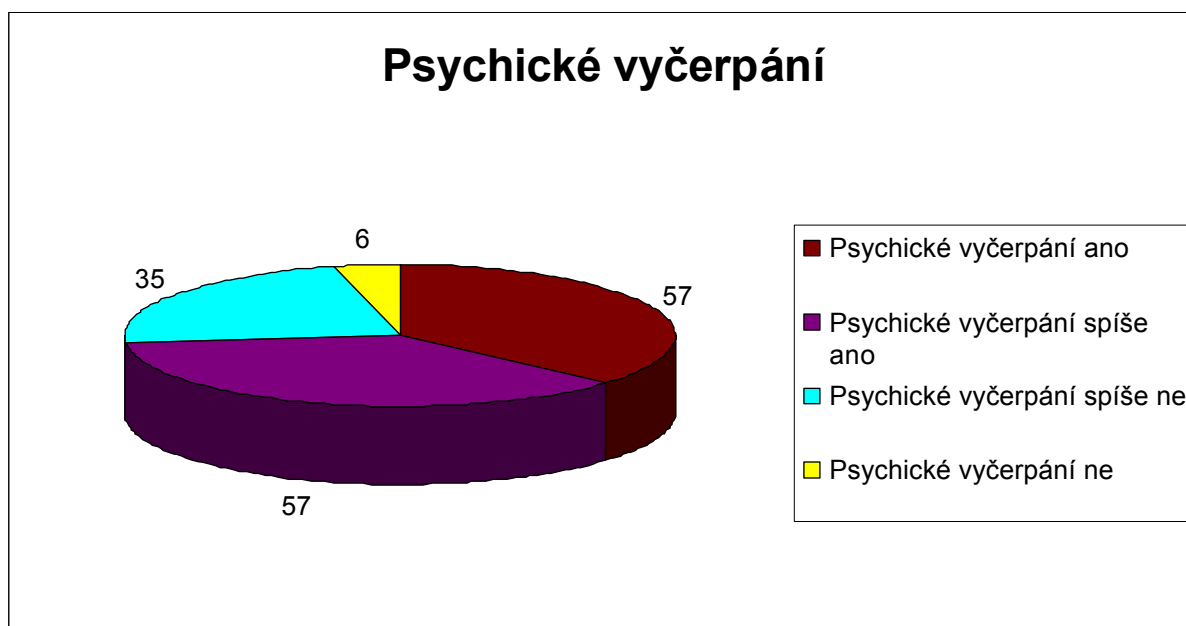
Graf č. 17 Fyzické vyčerpání zdravotních sester v závislosti na typu zařízení



Otázka č. 16 Vyčerpává Vás vaše práce psychicky?

Na danou otázku odpovědělo ano 57 (36,8%) zdravotních sester, spíše ano 57 (36,8%), spíše ne 35 (22,6%) a ne 6 (3,8 %).

Graf č.18 Psychické vyčerpání zdravotních sester- celý soubor



Hypotéza č.7

H1: Zdravotní sestry na JIP pociťují větší psychickou vyčerpanost ve srovnání s kolegyněmi na standardních odděleních

HO: Zdravotní sestry na JIP nepociťují větší psychickou fyzickou vyčerpanost ve srovnání s kolegyněmi na standardních odděleních

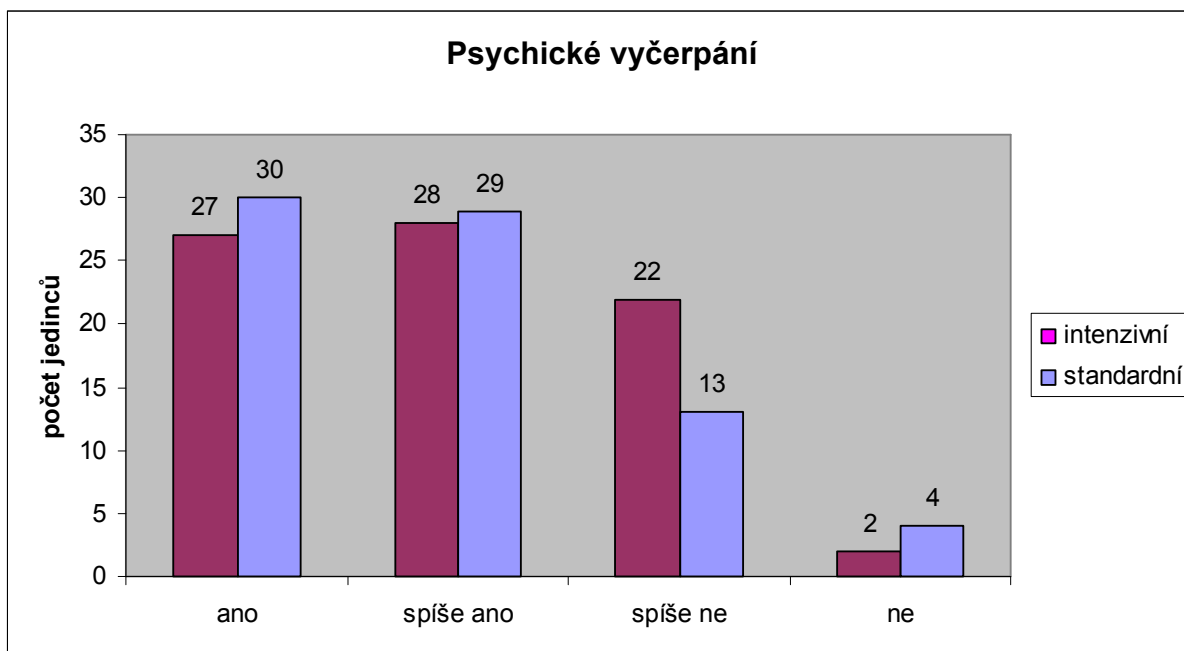
Tabulka č. 8 Psychické vyčerpání zdravotních sester v závislosti na typu zařízení

	ano	spíše ano	spíše ne	ne
intenzivní	27	28	22	2
standardní	30	29	13	4

- Závislost je v tomto případě lineární V případě této hypotézy byl vypočten testovací chí kvadrát 3,03
- Chí kvadrát pro 5% hladinu významnosti při 3 stupni volnosti je dle statistických tabulek 7,815
- Testovací chí kvadrát je menší než kritická hodnota, což znamená, že lze zamítnout H1 hypotézu

Závěr: S 95% pravděpodobností nepocítují zdravotní sestry pracující na JIP větší psychickou zátěž než sestry, které pracují na standardním oddělení.

Graf č. 19 Psychické vyčerpání zdravotních sester v závislosti na typu zařízení



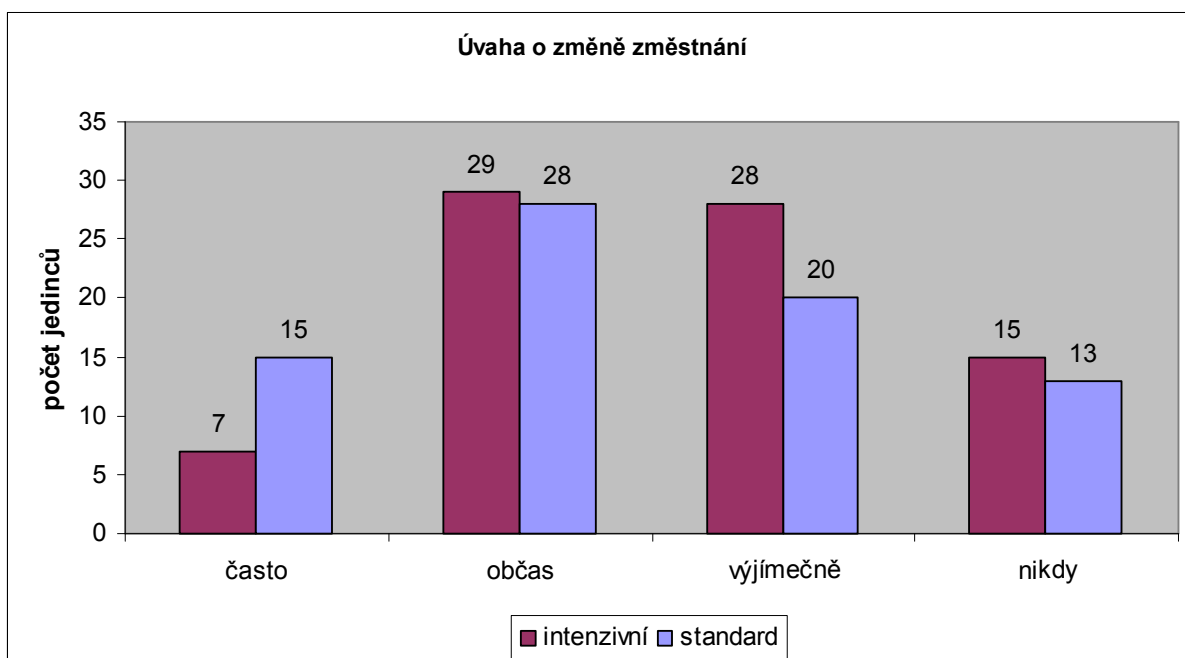
Otázka č. 17 Uvažujete o změně zaměstnání?

O změně zaměstnání z celého souboru uvažuje často 22 (14,2%), občas 57 (36,8%), výjimečně 48 (31%) a nikdy 28 (18%). V grafu č. 21 je znázorněna úvaha o změně zaměstnání dle typu zařízení.

Graf č.20 Úvaha o změně zaměstnání – celý soubor



Graf č.21 Úvaha o změně zaměstnání v závislosti na typu zařízení

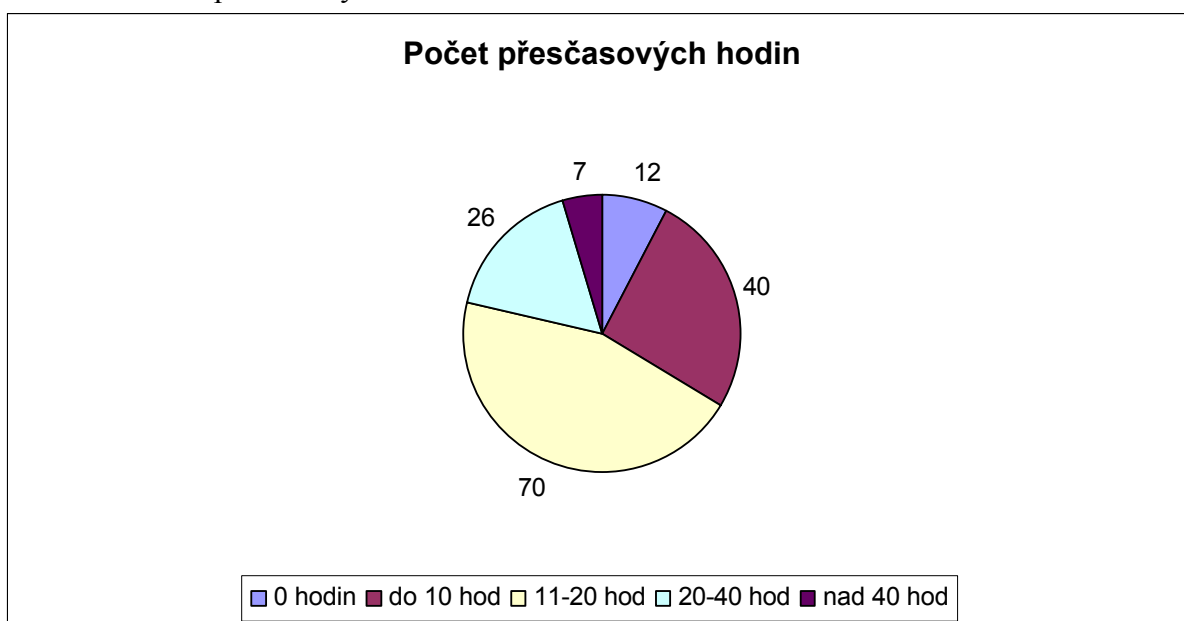


Otázka č. 18 **Kolik přesčasových hodin v měsíci pracujete?**

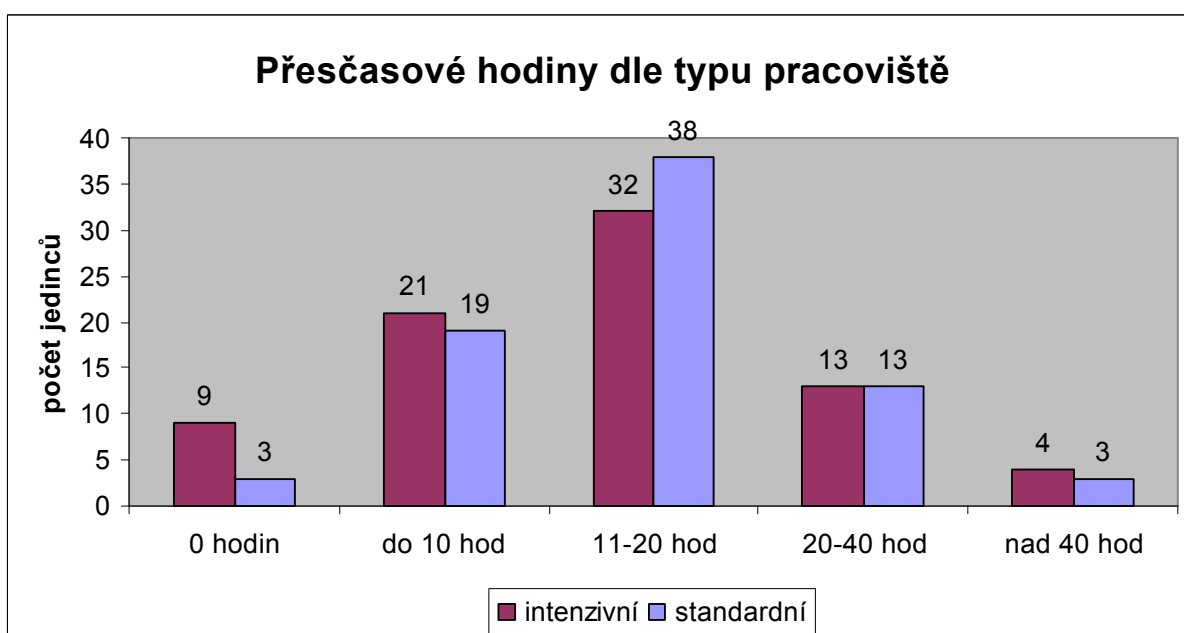
Žádné přesčasové hodiny z celého souboru nemá 12 (8%) zdravotních sester, do 10 hodin 40 (26%), 11-20 hodin 70 (44%), mezi 20 až 40 hodina 26 (17%) a nad 40 hodin měsíčně 7(5%)

Distribuce přesčasových hodin v závislosti na typu pracoviště je uvedena v grafu č. 23.

Graf č.22 Počet přesčasových hodin měsíčně v celém souboru



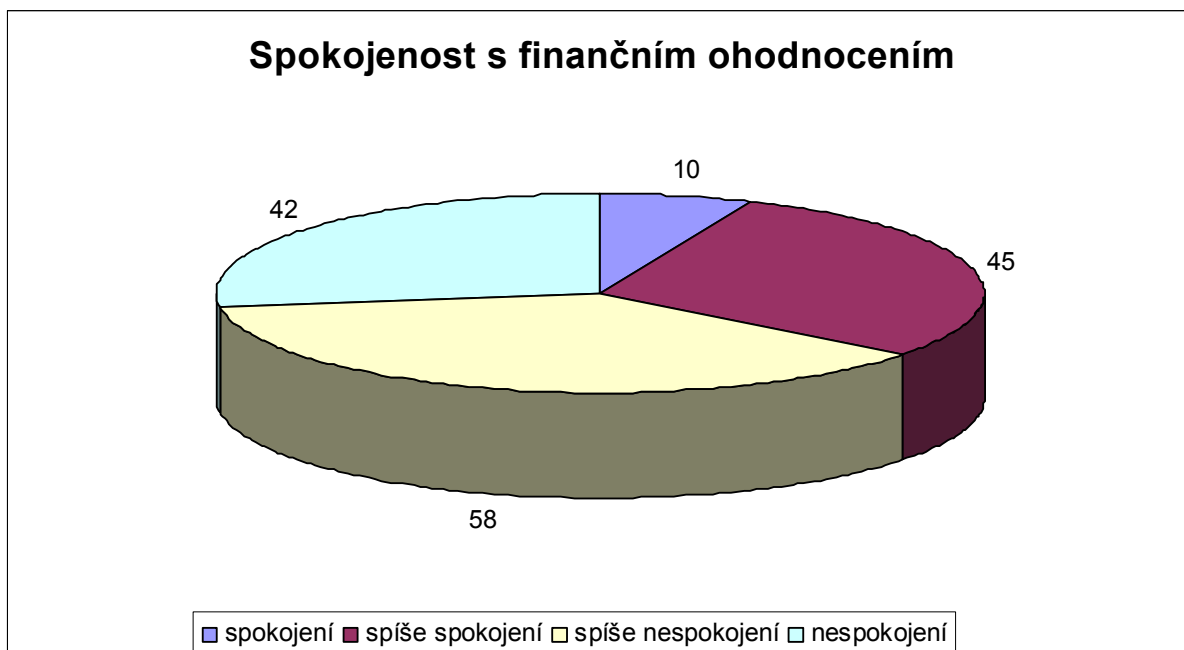
Graf č.23 Počet přesčasových hodin měsíčně v závislosti na typu pracoviště



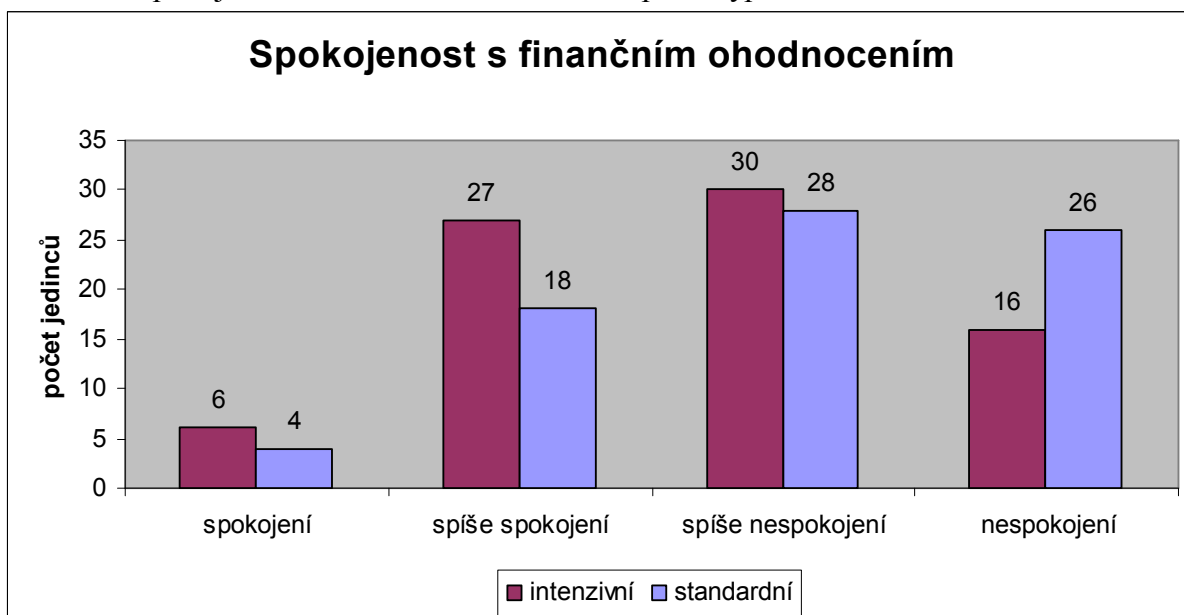
Otázka č. 19 Jak jste spokojeni s Vaším finančním hodnocením?

S finančním ohodnocením je z celého souboru spokojeno 10 (6%) zdravotních sester, spíše spokojeno 45 (29%), spíše nespokojeno 58 (38%) a nespokojeno 42 (27%). Distribuce spokojenosti s finančním ohodnocením v závislosti na typu pracoviště je znázorněno na grafu č.25

Graf č. 24 Spokojenost s finanční ohodnocením v celém souboru



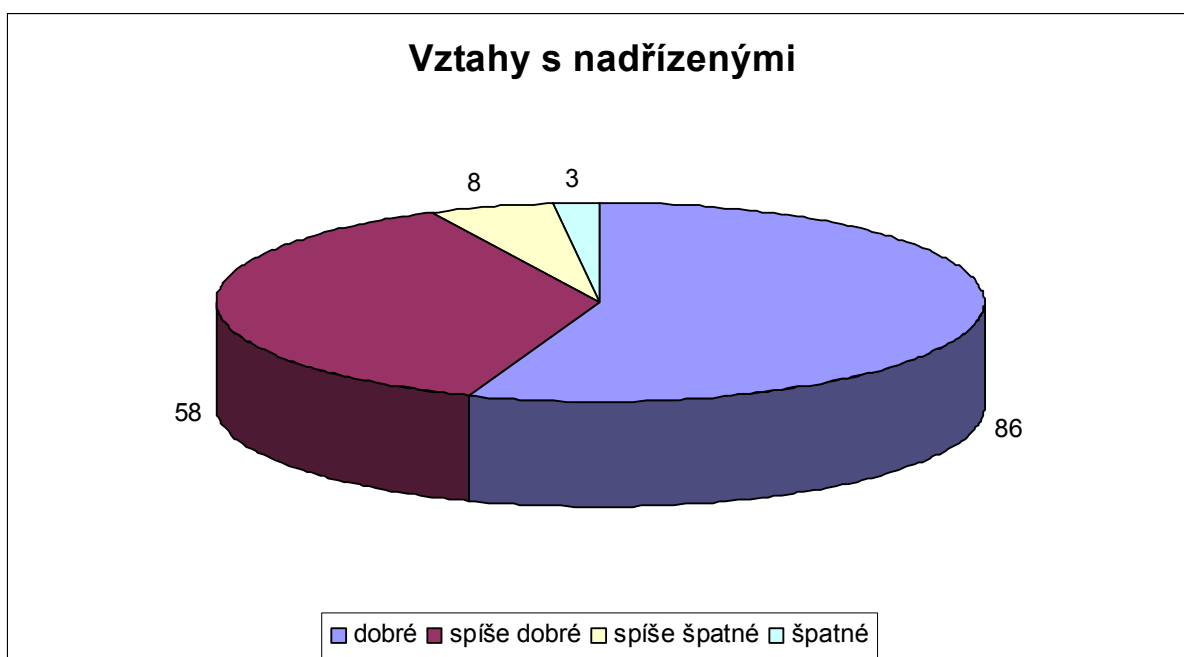
Graf č.25 Spokojenost s finančním ohodnocením podle typu zařízení



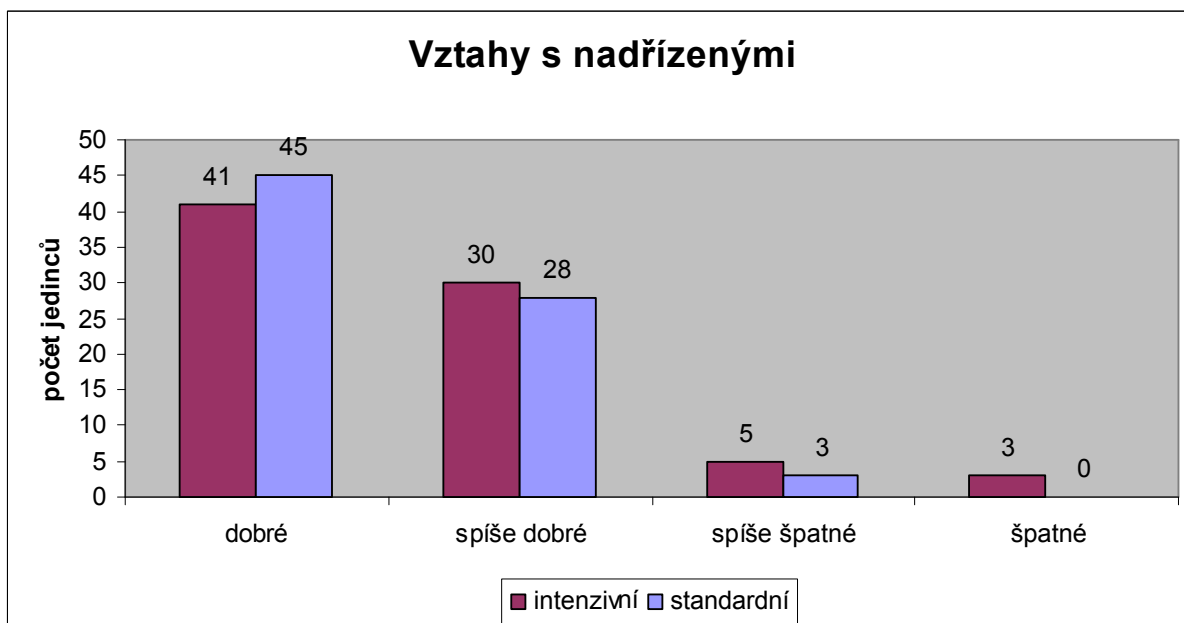
Otázka č. 20 **Vaše vztahy s nadřízenými hodnotíte jako?**

Vztahy s nadřízenými hodnotilo jako dobré 86 (56%) sester z celého souboru, jako spíše dobré 58 (37%), jako spíše špatné 8 (5%) a jako špatné pouze 3 (2%). Na grafu č.27 je znázorněn vztah respondentů k nadřízeným podle typu zařízení.

Graf č.26 Vztahy zdravotních sester s nadřízenými – celý soubor



Graf č. 27 Vztahy zdravotních sester s nadřízenými podle typu zařízení



Otázka č. 21 Jak hodnotíte vztahy ve vašem pracovním kolektivu?

Vztahy v pracovním kolektivu hodnotí jako dobré 80(51%) zdravotních sester, jako spíše dobré 69 (45%), jako spíše špatné 6 (4%) a jako špatné žádná.

Graf č. 28 Hodnocení vztahu v pracovním kolektivu – celý soubor



Hypotéza č. 8 :

H1: Vztahy v kolektivu na JIP jsou lepší než na standardním oddělení

HO: Vztahy v kolektivu na JIP nejsou lepší než na standardním oddělení

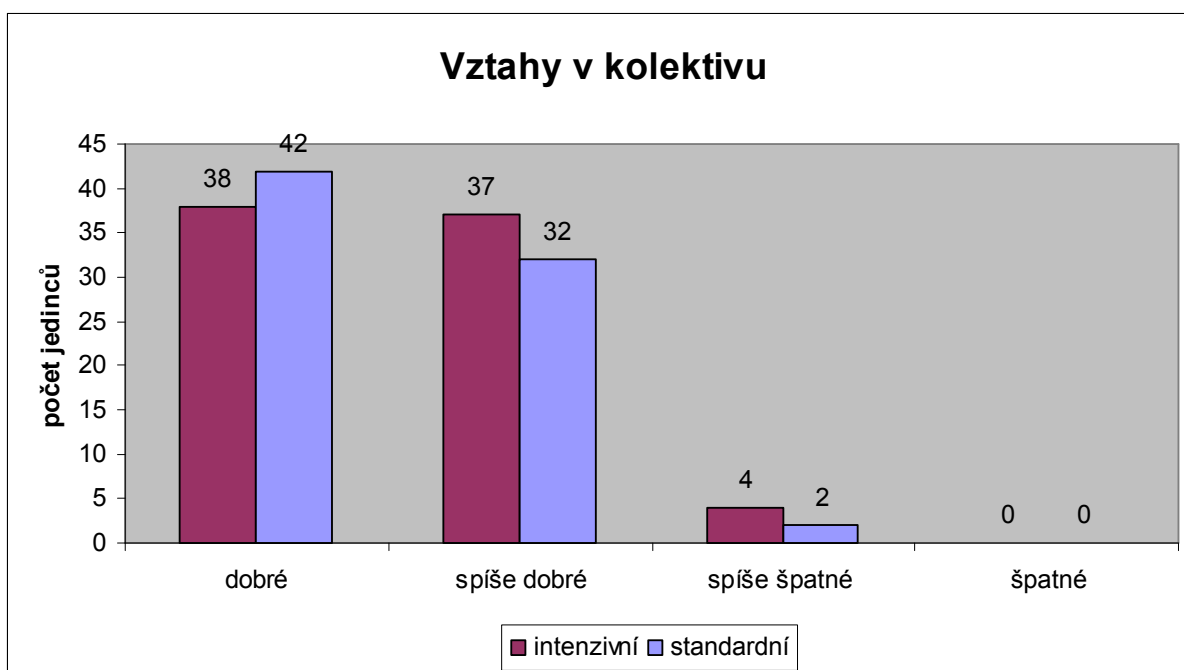
Tabulka č.9 Vztahy v kolektivu podle typu zařízení

	dobré	spíše dobré	spíše špatné	špatné
intenzivní	38	37	4	0
standardní	42	32	2	0

- Závislost je v tomto případě lineární V případě této hypotézy byl vypočten testovací chí kvadrát 0,96
- Chí kvadrát pro 5% hladinu významnosti při 2 stupních volnosti je dle statistických tabulek 5,991
- Testovací chí kvadrát je menší než kritická hodnota, což znamená, že lze zamítnout H1 hypotézu

Závěr: S 95% pravděpodobností nejsou vztahy v kolektivu na JIP lepší než na standardním oddělení

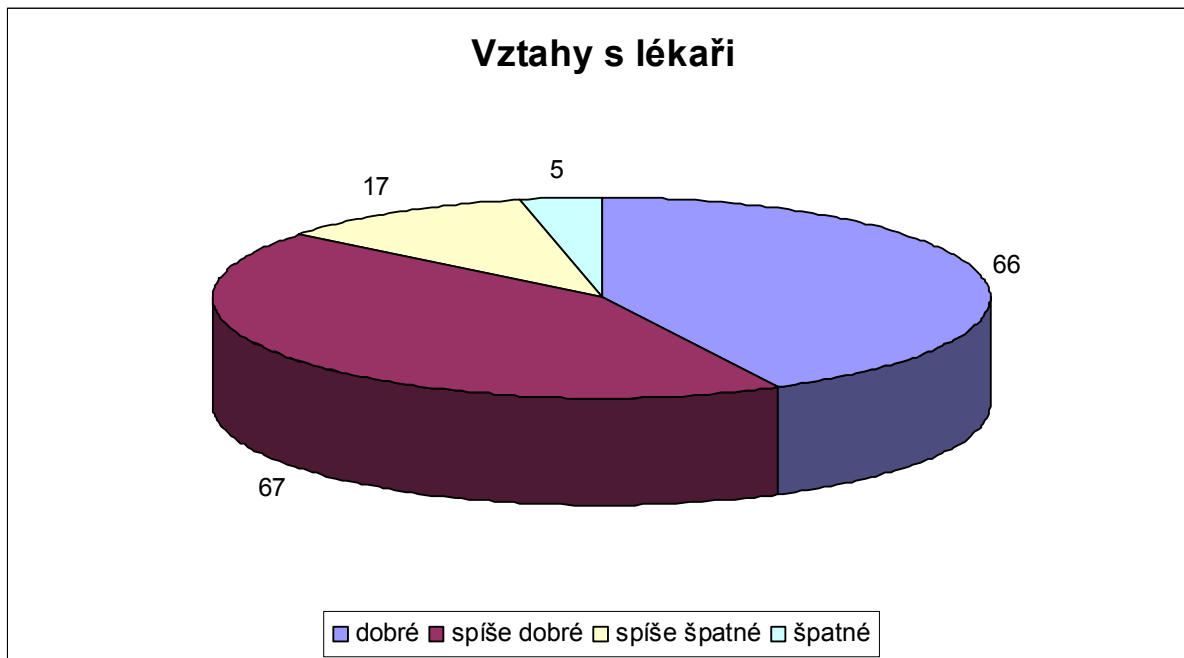
Graf č. 29 Vztahy v kolektivu podle typu zařízení



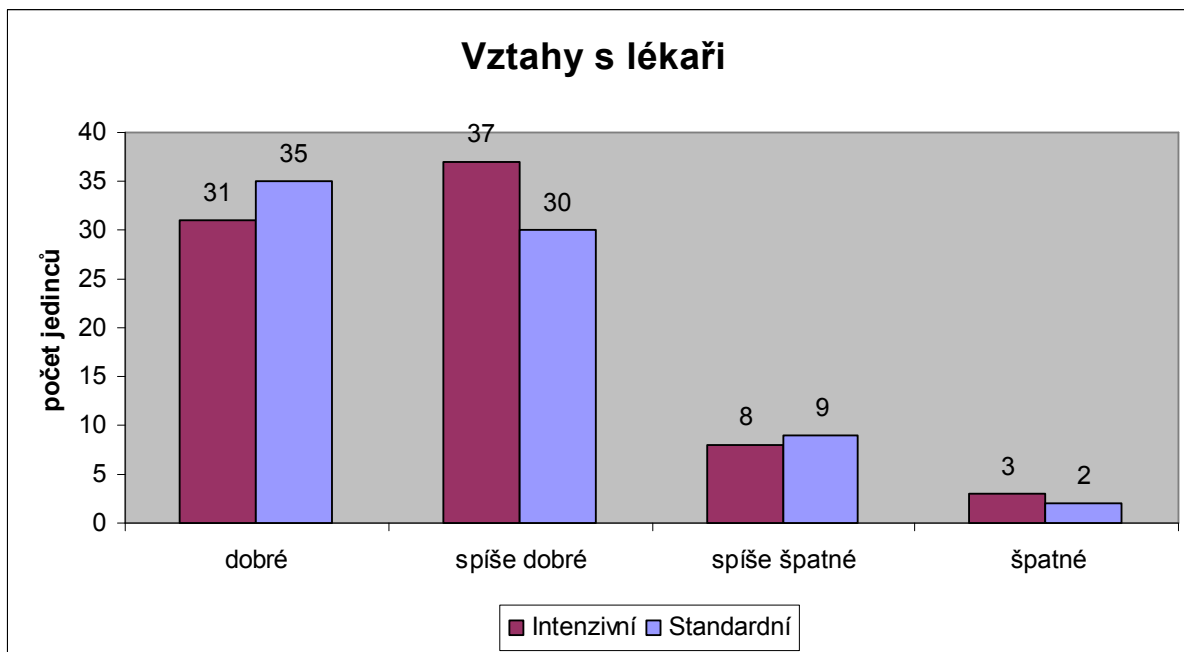
Otázka č. 22 Jak hodnotíte vaše vztahy s lékaři na vašem pracovišti?

Vztahy s lékaři hodnotí jako dobré 66 (42,8%) respondentů z celého souboru, jako spíše dobré 67 (43,2%), jako spíše špatné 17 (11%) a jako špatné 5 (3%). Vztahy respondentů k lékařům dle typu zařízení je znázorněno na grafu č. 31.

Graf č. 30 Hodnocení vztahů s lékaři – celý soubor



Graf č.31 Hodnocení vztahů s lékaři dle typu zařízení



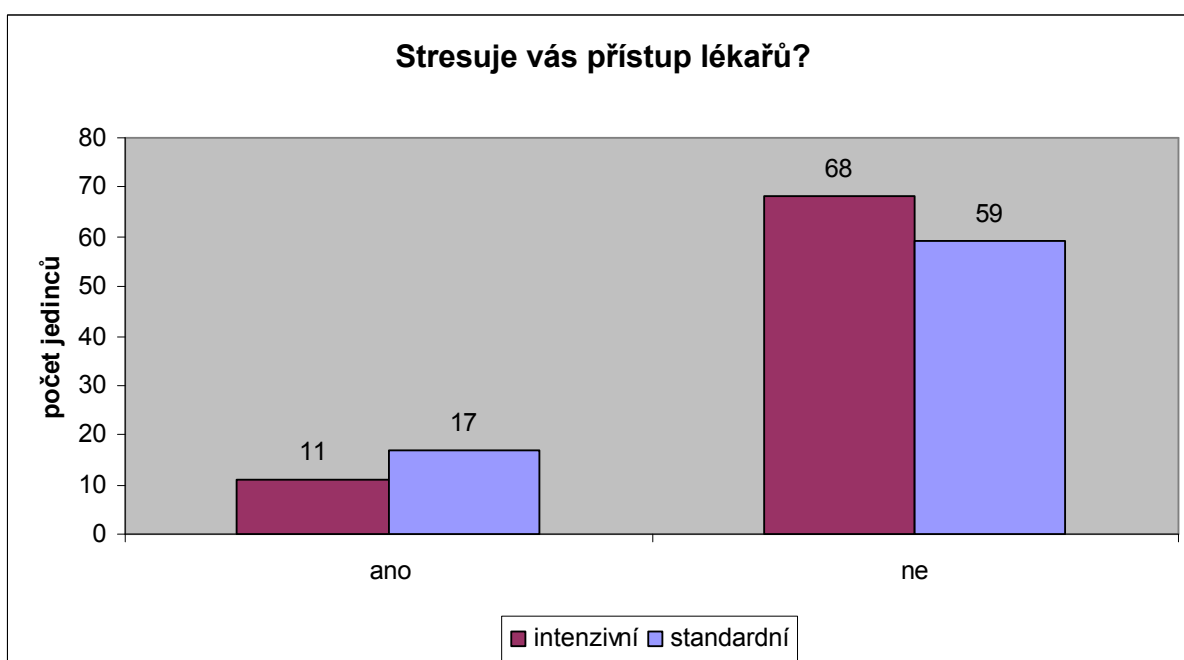
Otázka č.23 Stresuje Vás odborný nebo lidský přístup lékařů vůči vašim pacientům?

Na tuto otázku z celého souboru odpovědělo ano celkem 28 (18%) respondentů a ne celkem 127 (82%). Vztah mezi odpovědí na danou otázku a typem zařízení je znázorněn na grafu č.33

Graf č.32 Stresuje Vás odborný nebo lidský přístup lékařů k vašim pacientům? – celý soubor



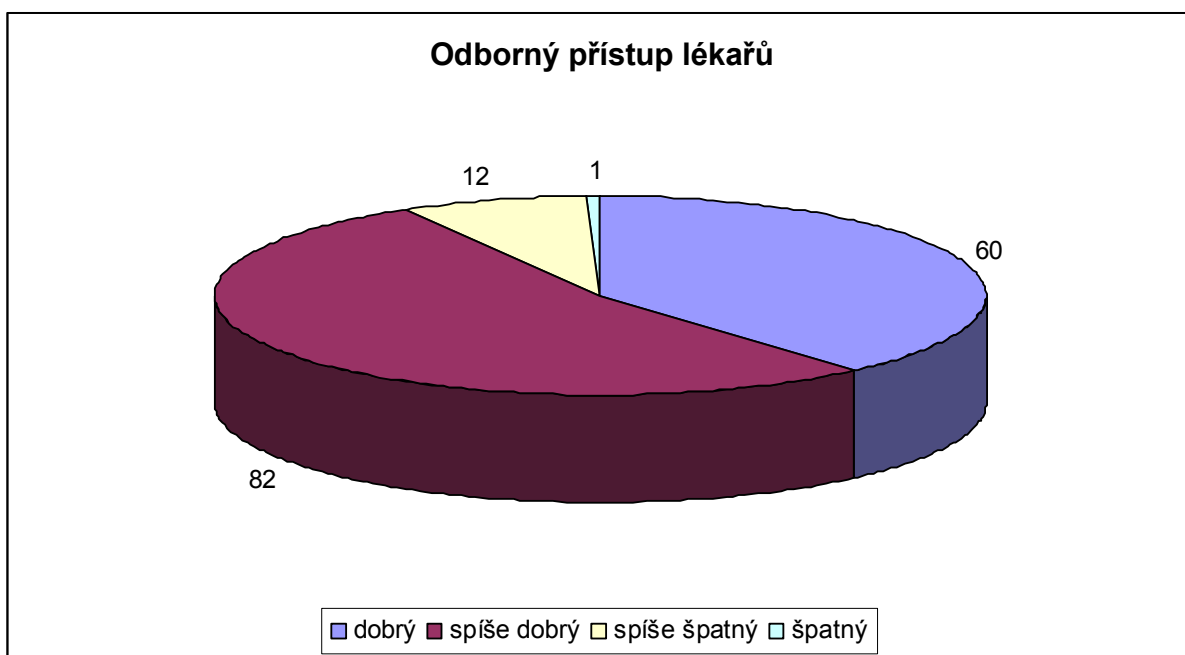
Graf č.33 Stresuje Vás odborný nebo lidský přístup lékařů k vašim pacientům? – odpovědi ve závislosti na typu zařízení



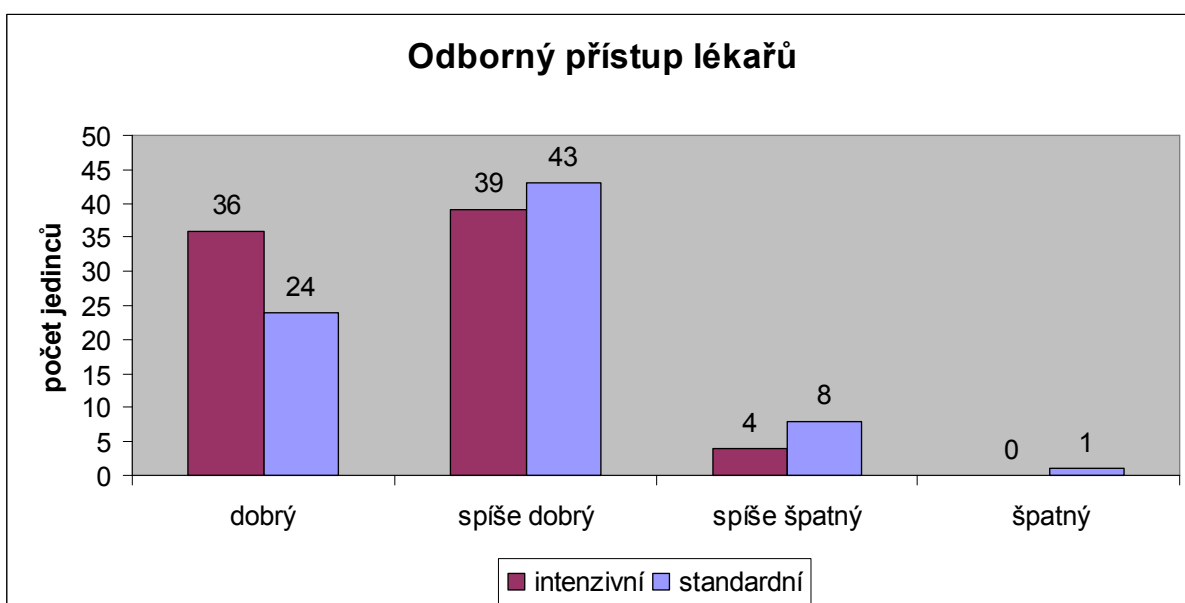
Otázka č.24 Jak hodnotíte odborný přístup lékařů na pracovišti k pacientům?

Odborný přístup lékařů hodnotí jako dobrý 60 (39%) respondentů, jako spíše dobrý 82 (52,4%), spíše špatný A2 (8%) a špatný 1 (0,6%). Hodnocení v závislosti na typu zařízení je znázorněno na grafu č. 35

Graf č.34 Hodnocení odborného přístupu lékařů – celý soubor



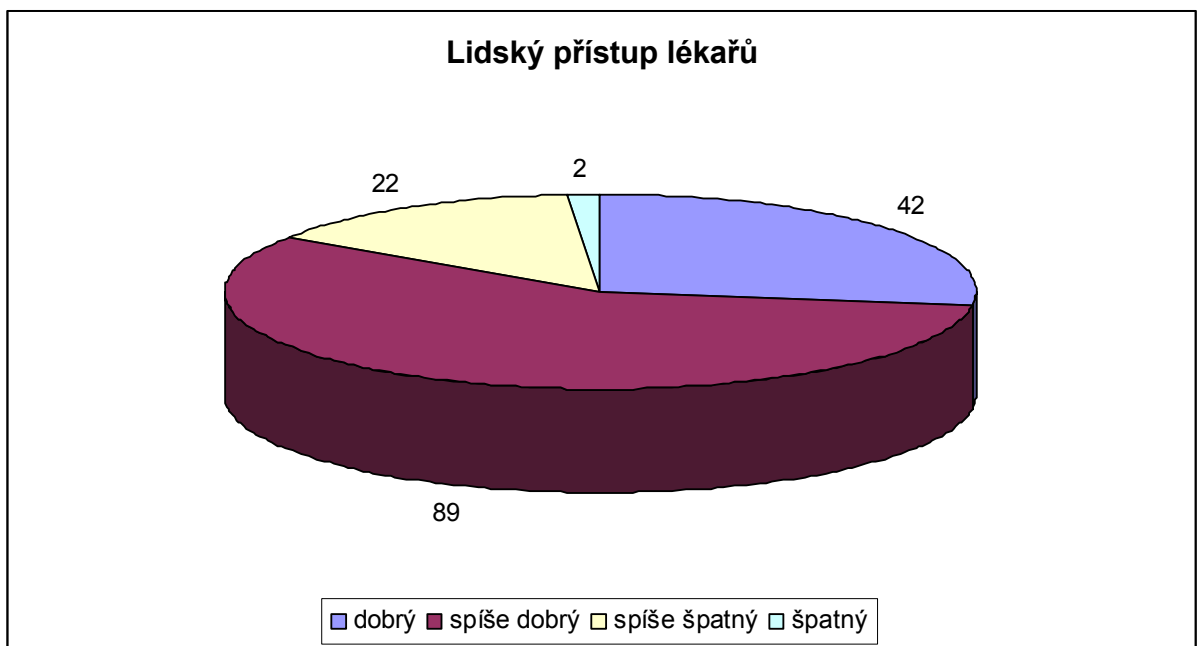
Graf č. 35 Hodnocení odborného přístupu lékařů – dle typu zařízení



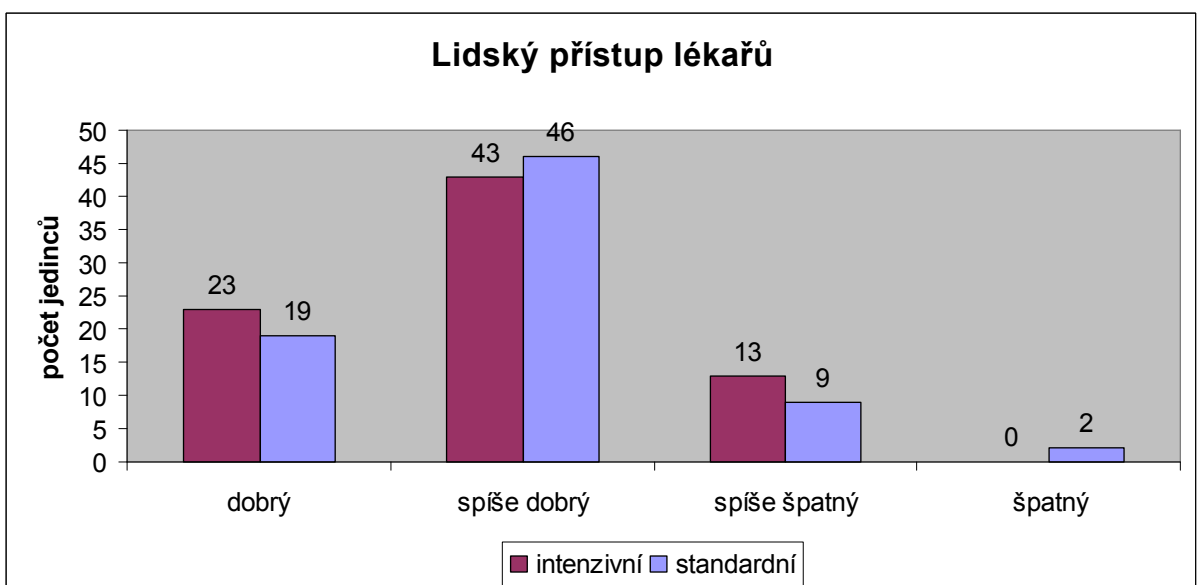
Otázka č. 25 **Jak hodnotíte lidský přístup lékařů na pracovišti k vašim pacientům?**

Lidský vztah lékařů k pacientům hodnotí jako dobrý 42 (27%) respondentů, jako spíše dobrý 89 (58%), spíše špatný 22 (14%) a špatný 2 (1%). Hodnocení lidského přístupu lékařů k pacientům dle typu zařízení je znázorněno na grafu č.37

Graf č.36 Hodnocení lidského přístupu lékařů k pacientům – celý soubor



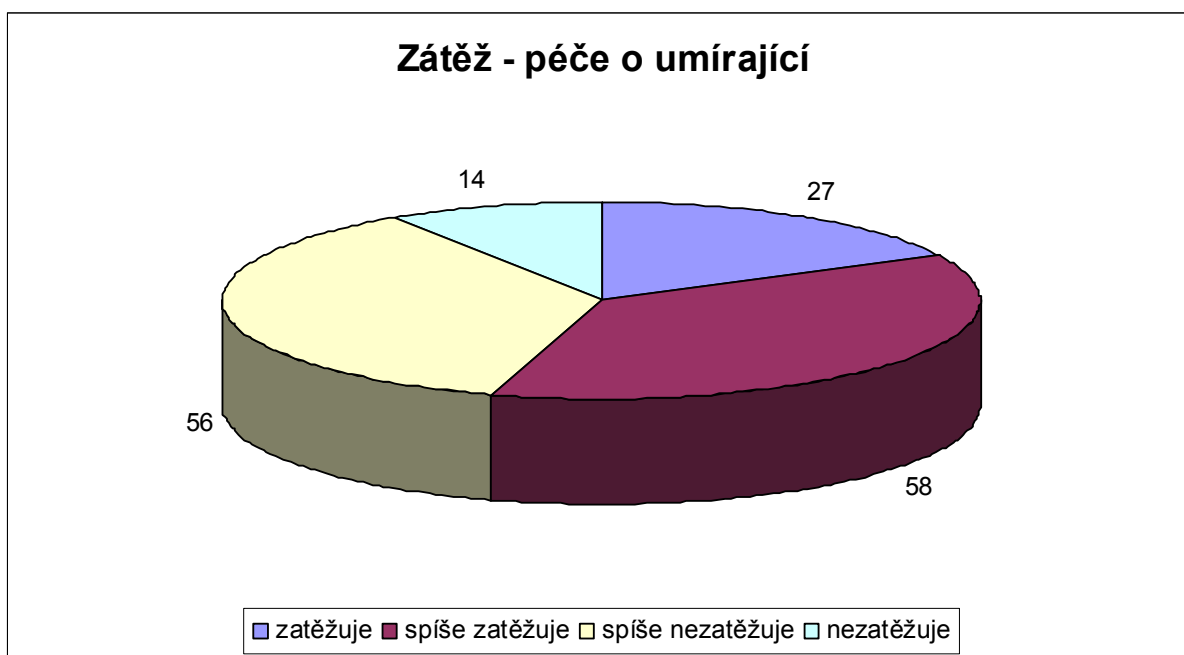
Graf č.37 Hodnocení lidského přístupu lékařů k pacientům podle typu zařízení



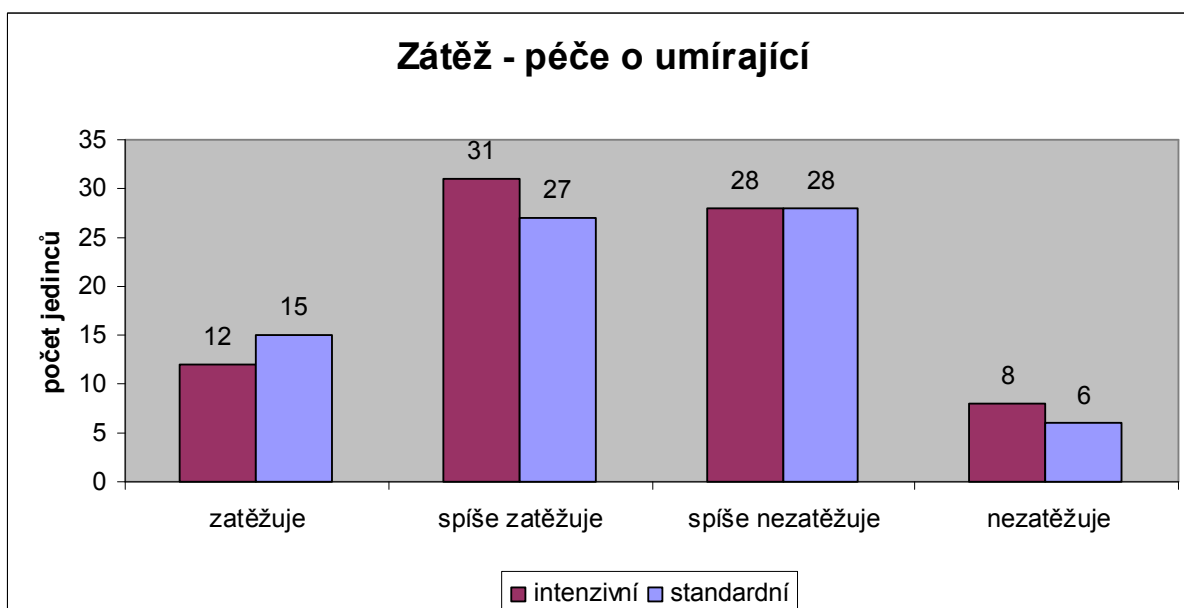
Otázka č. 26 **Jak Vás zatěžuje péče o těžce nemocné a umírající nemocné?**

Péče o těžce a umírající nemocné zatěžuje z celého souboru zatěžuje 27 (17%) respondentů, spíše zatěžuje 58 (38%), spíše nezatěžuje 56 (36%) a nezatěžuje 14 (9%). Hodnocení dané otázky respondenty dle typu zařízení je znázorněno na grafu č. 39.

Graf č.38 Jak Vás zatěžuje péče o těžce nemocné a umírající nemocné? – celý soubor



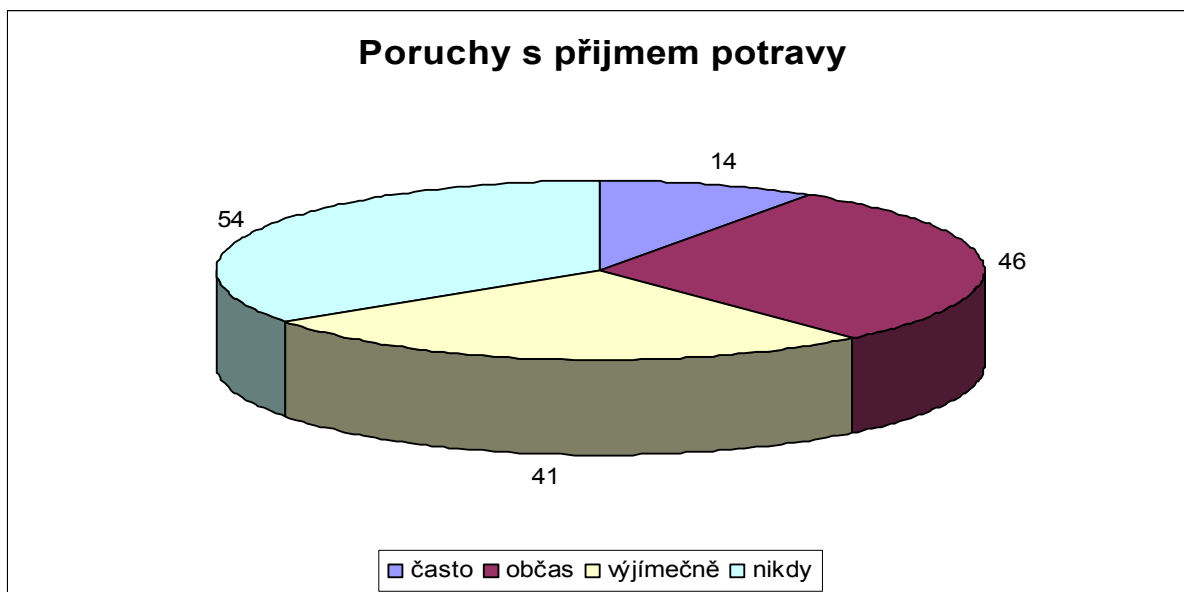
Graf č.39 Jak Vás zatěžuje péče o těžce nemocné a umírající nemocné? – dle typu zařízení



Otázka č.27 Máte problémy v souvislosti s příjmem potravy?

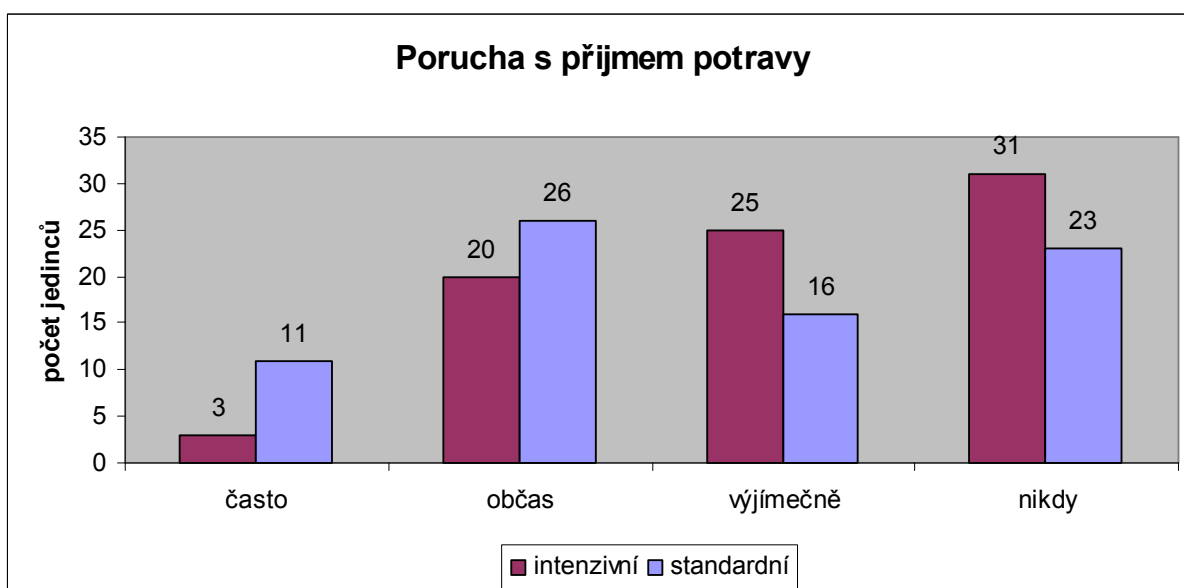
Časté poruchy s příjmem potravy uvedlo v celém souboru 14(9%) respondentů, jako občasné je uvedlo 46 (30%), jako výjimečné 41(26%) a nikdy je nemá 54 (35%)

Graf č. 40 Poruchy s příjmem potravy – celý soubor

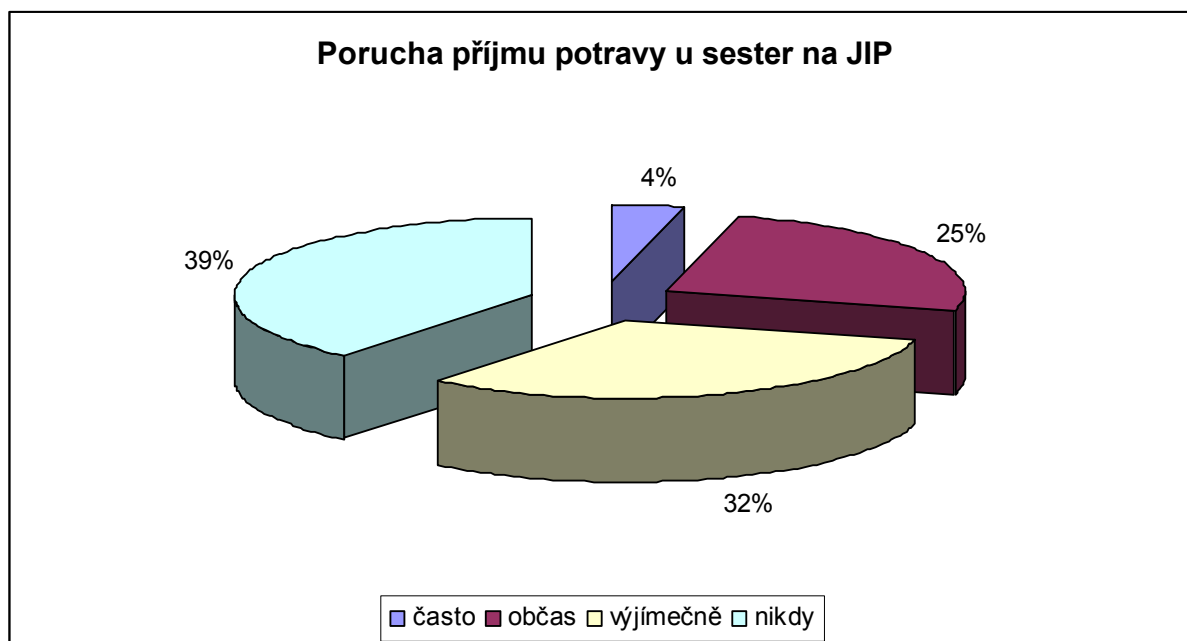


Porucha příjmu potravy byla častější u sester pracujících na standardním oddělení, jak vyplývá z grafů č. 41-43.

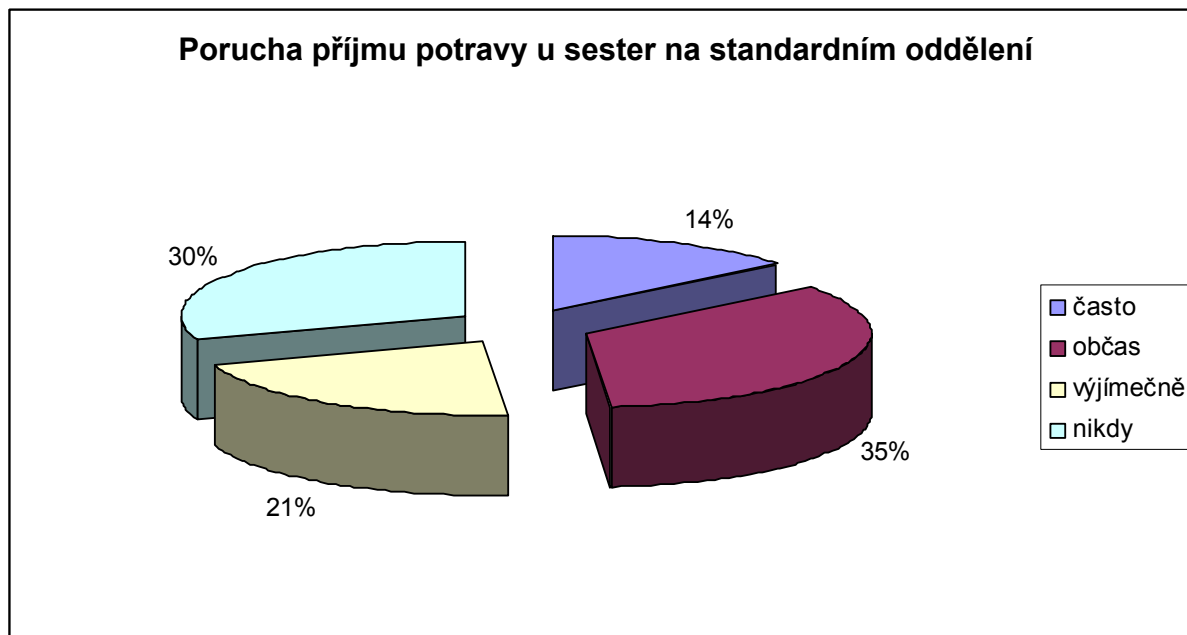
Graf č. 41 Poruchy s příjmem potravy - podle typu zařízení



Graf č. 42 Poruchy s příjmem potravy na JIP – vyjádřeno v procentech



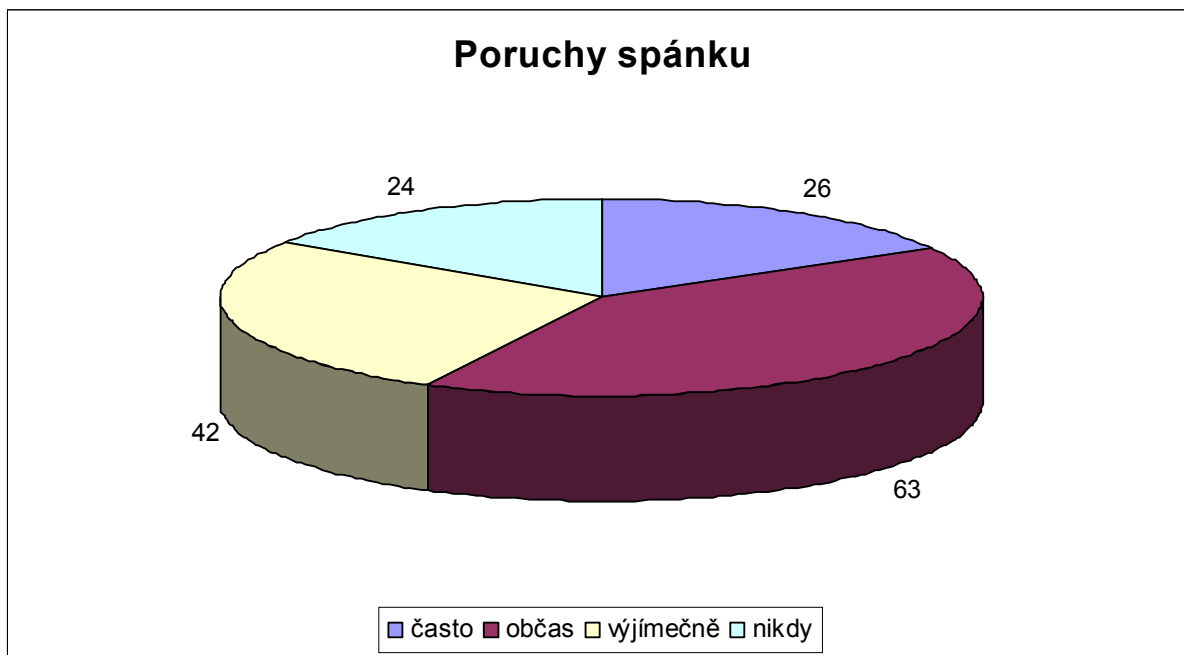
Graf č. 43 Poruchy s příjmem potravy na standardním oddělení – vyjádřeno v procentech



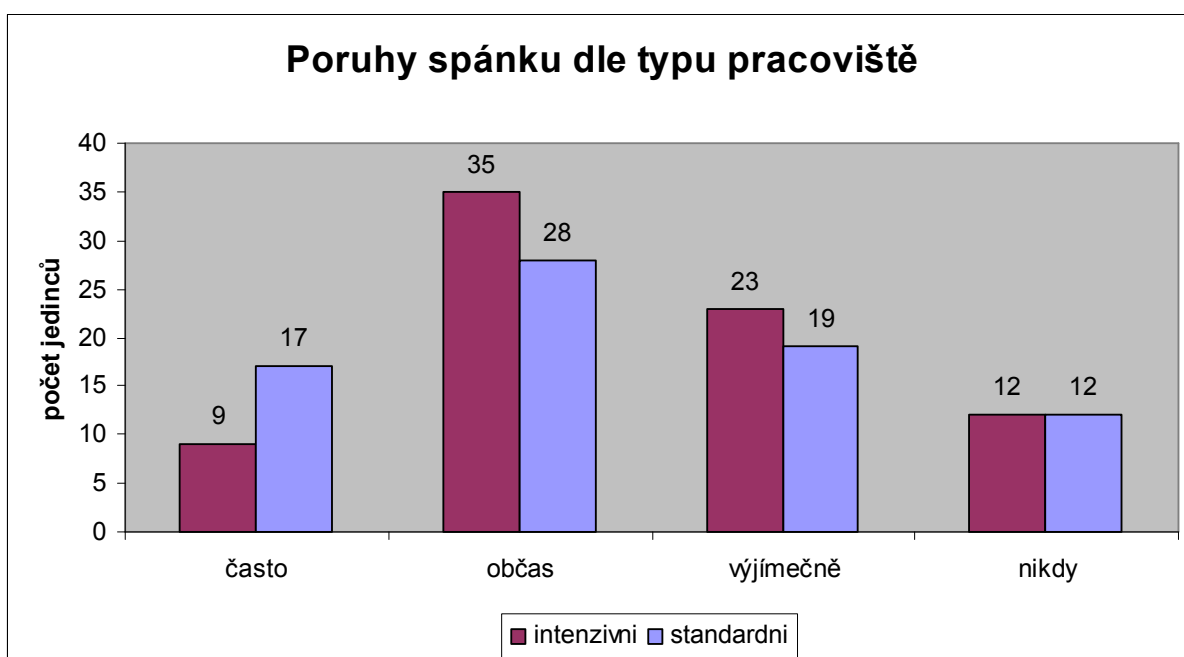
Otázka č. 28 Trpíte poruchami spánku?

Poruchy spánku z celého souboru uvedlo jako časté 26 (17%) respondentů, občasné poruchy 63(41%), výjimečné poruchy 42(27%) a nikdy nemá poruchy spánku 24(15%). Hodnocení dané otázky vzhledem k typu zařízení je znázorněno na grafu č. 45

Graf č.44 Trpíte poruchami spánku? – celý soubor



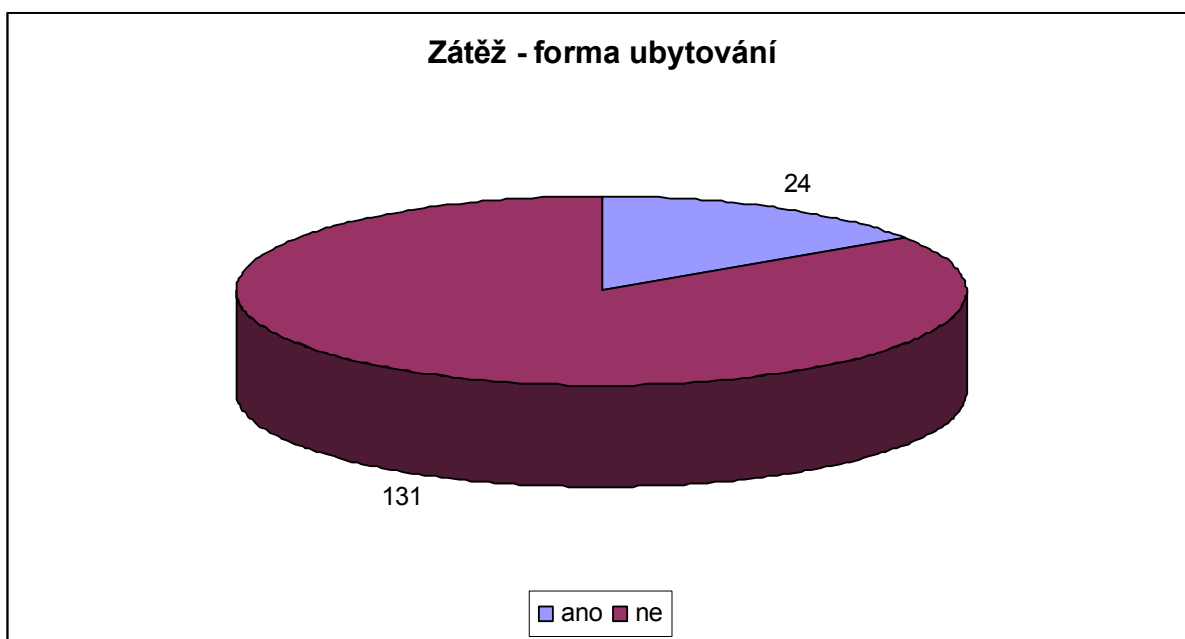
Graf č.45 Trpíte poruchami spánku? – podle typu zařízení



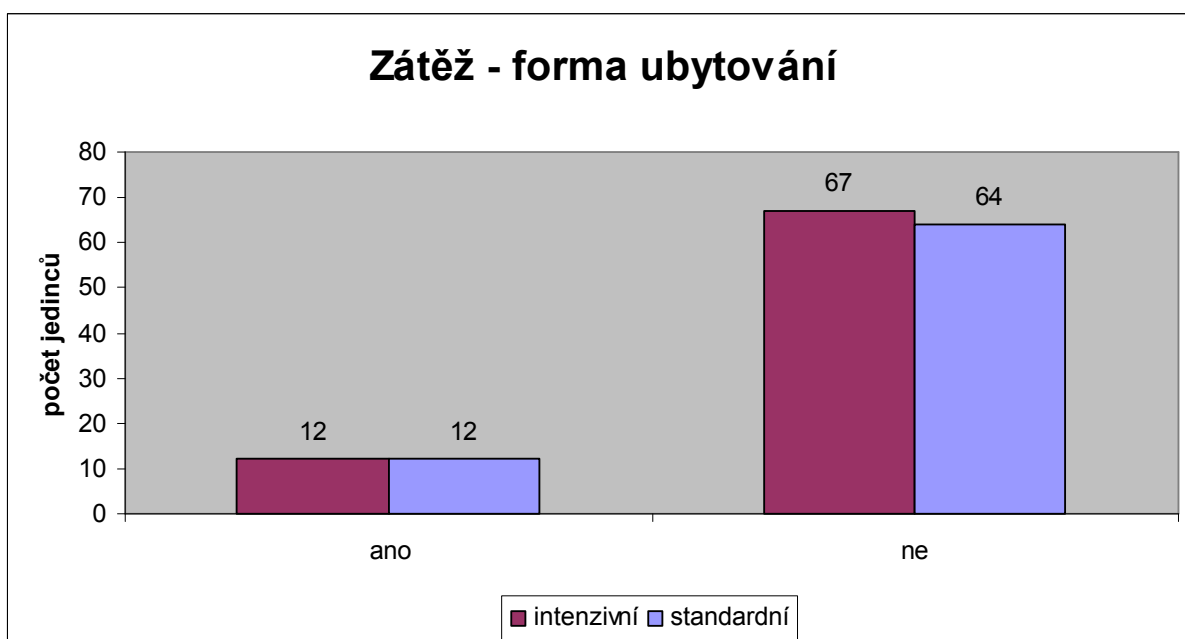
Otázka č.29 Patří mezi jednu z vašich pracovních zátěží i dosavadní forma ubytování?

Forma ubytování představuje pracovní zátěž pro 24(15%) respondentů z celého souboru a nepředstavuje pro 131 (85%). Hodnocení otázky podle typu zařízení je znázorněno na grafu č. 47

Graf č. 46 Forma ubytování jako pracovní zátěž – celý soubor



Graf č. 47 Forma ubytování jako pracovní zátěž podle typu zařízení



24 respondentů, kteří odpověděli, že dosavadní forma ubytování je pro ně představuje pracovní zátěž, udávají následující formy ubytování

Na JIP uvedlo následující formu ubytování:

Bydlím na ubytovně (samostatně) : 1 (8,3%)

Bydlím na ubytovně se spolubydlícím: 8 (66,7%)

Jiná forma ubytování : 3 (25%)

Na standardním oddělení uvedlo následující formu ubytování:

Bydlím na ubytovně se spolubydlícím: 9 (75%)

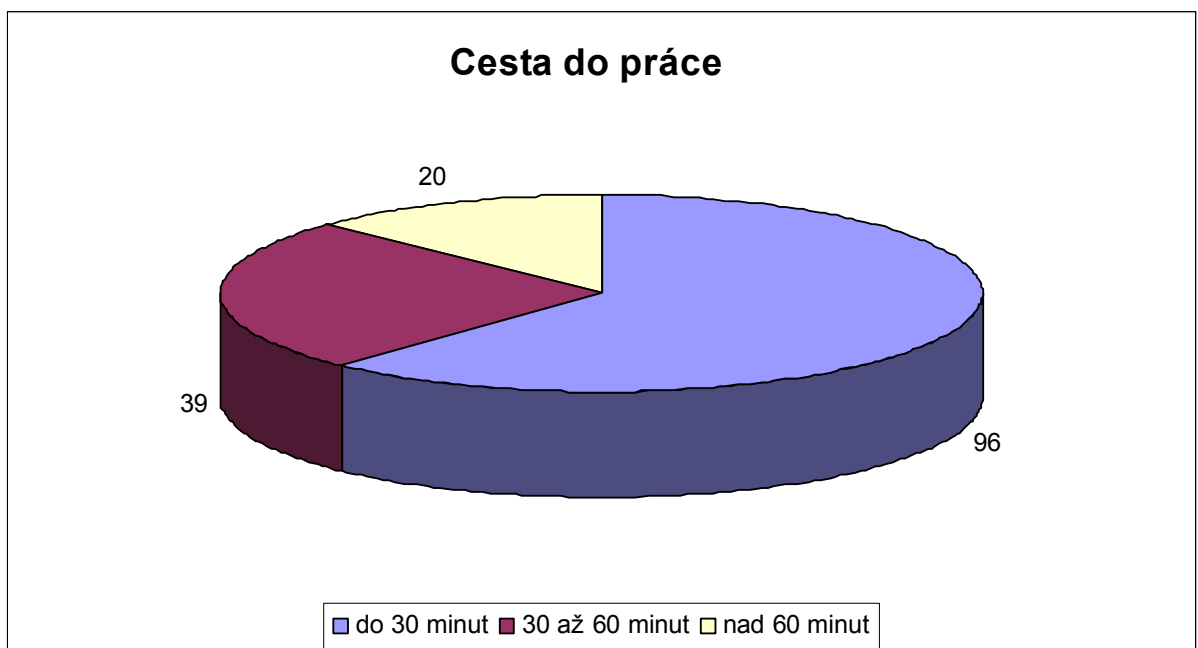
Bydlím ve vlastním bytě , domě (sama) : 1 (8,3%)

Jiná forma ubytování: 2 (16,7%)

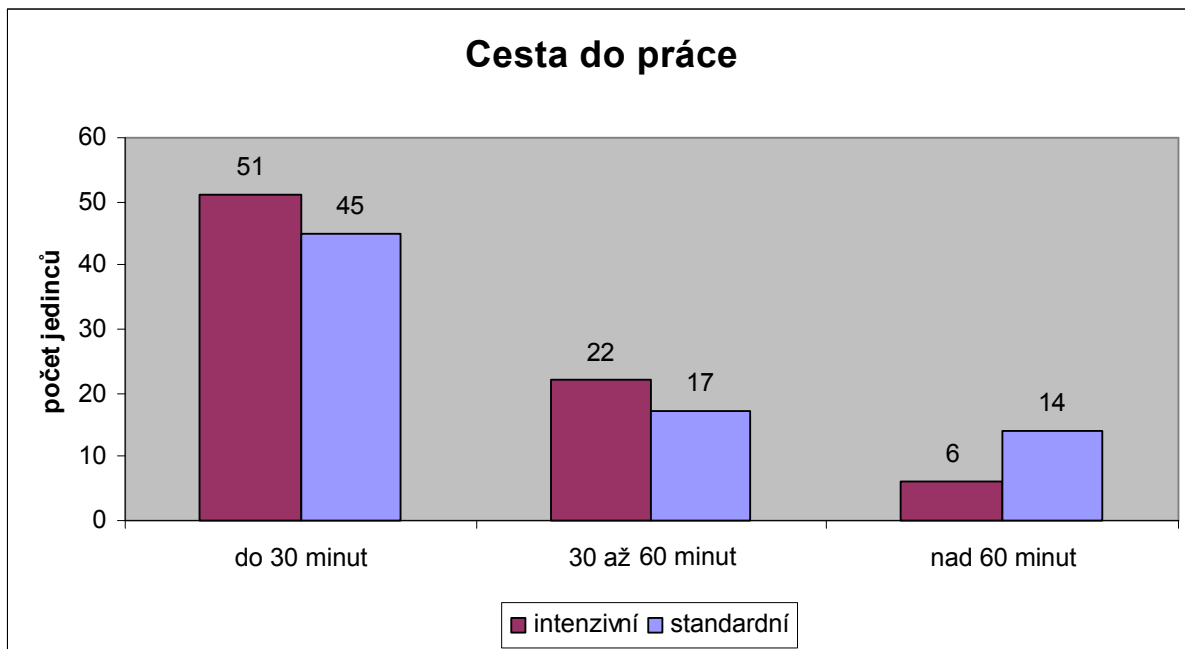
Otázka č. 30 Cesta do práce vám trvá?

Cesta do práce trvá méně než 30 minut 96 (62%) respondentům z celého souboru, mezi 30 až 60 minutami 39(25%) a více než 60 minut 20 (13%). Vztah doby cesty do práce podle typu zařízení je znázorněn na grafu č.49

Graf č. 48 Doba cesty do práce – celý soubor



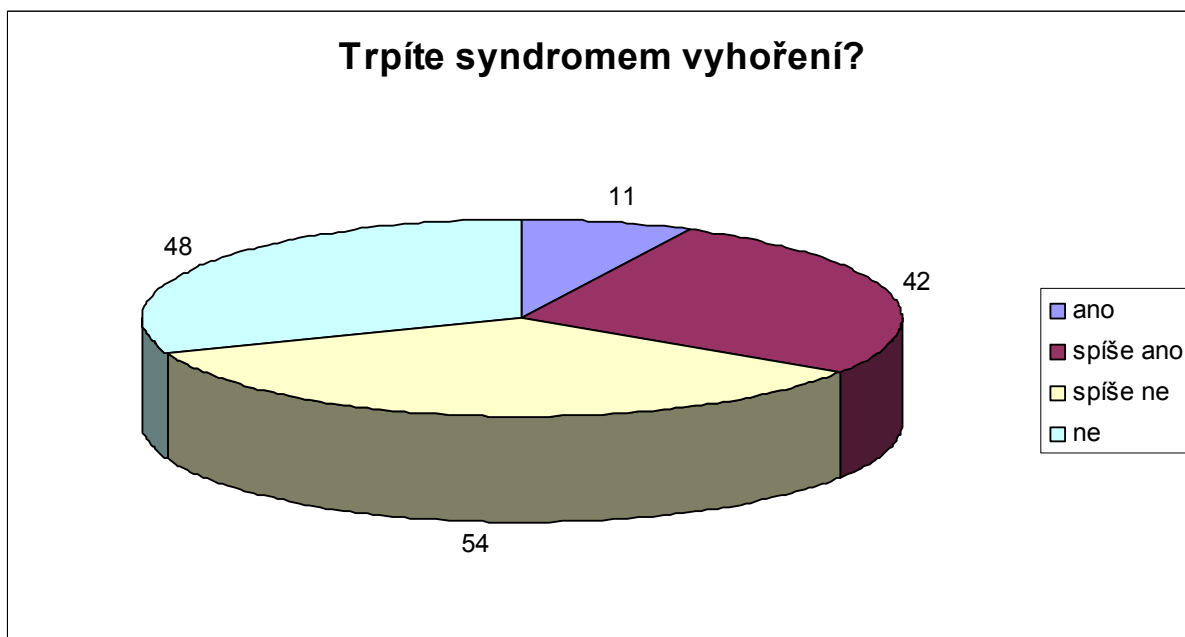
Graf č. 49 Doba cesty do práce dle typu zařízení



Otázka č. 31 Trpíte syndromem vyhoření?

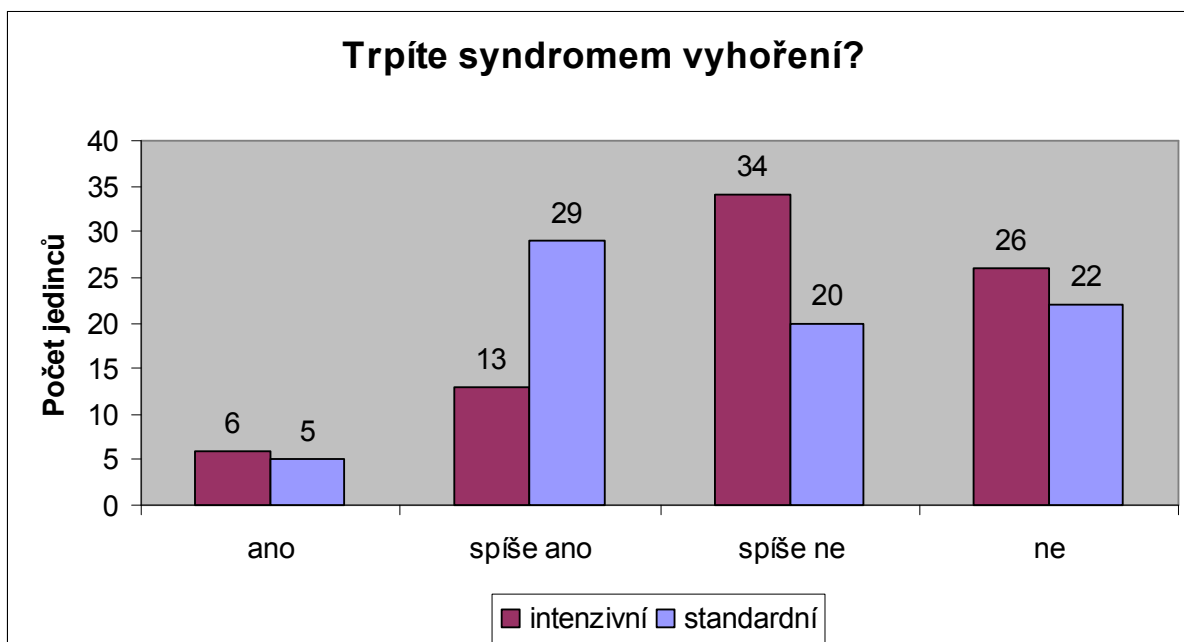
Na danou otázku z celého souboru uvedlo ano 11 (7%) respondentů, spíše ano 42 (27%), spíše ne 54 (35%) a ne 48 (31%).

Graf č.50 Trpíte syndromem vyhoření? – celý soubor



Na grafu č. 51 je znázorněna distribuce odpovědí na danou otázku dle typu zařízení. Ve skupině sester na JIP byla méně častá odpověď spíše ano a to v 16,5% oproti sestřím ze standardního oddělení, kde uvádělo odpověď spíše ano 38,2%. Naopak sestry z JIP odpovídaly častěji spíše ne v 43% oproti sestřím ze standardního oddělení, kde uvádělo odpověď spíše ne 26,3% respondentů.

Graf č.51 Trpíte syndromem vyhoření? – odpovědi podle typu zařízení



Otázka č. 32 Jaké volíte formy kompenzace případného stresu?

Formy kompenzace jsou uvedeny v tabulce č. 10 dle typu zařízení

Tabulka č. 10 Formy kompenzace případného stresu

	JIP	Standard
pohybová aktivita	41(52%)	38(50%)
koníčky	30(38%)	21(28%)
rodina	55(70%)	52(68%)
spánek	49(62%)	51(67%)
zvířecí přítel	27(34%)	25(33%)
snaha o zdravý styl	14(17,8%)	15(20%)
alkohol	9(11%)	7(9,2%)
cigarety	14(18%)	23(30%)
medikamenty	2(5%)	1(1,3%)

Otázka č. 33 Zkuste prosím popsat vlastními slovy, co vás v práci nejvíce zatěžuje?

V tomto případě možnosti odpovědět využilo z celého souboru pouze 19 (12,3%) respondentů. Ostatní respondenti tj. 136 (87,7%) na tuto otázku neodpovědělo.

Z důvodu malého počtu respondentů uvádíme odpovědi bez dělení na typ zařízení.

- 12 uvedlo nedostatečný počet sester na pracovišti
- 5 špatné vztahy v kolektivu
- 1 špatné vztahy s lékaři
- 1 špatné materiální vybavení pracoviště

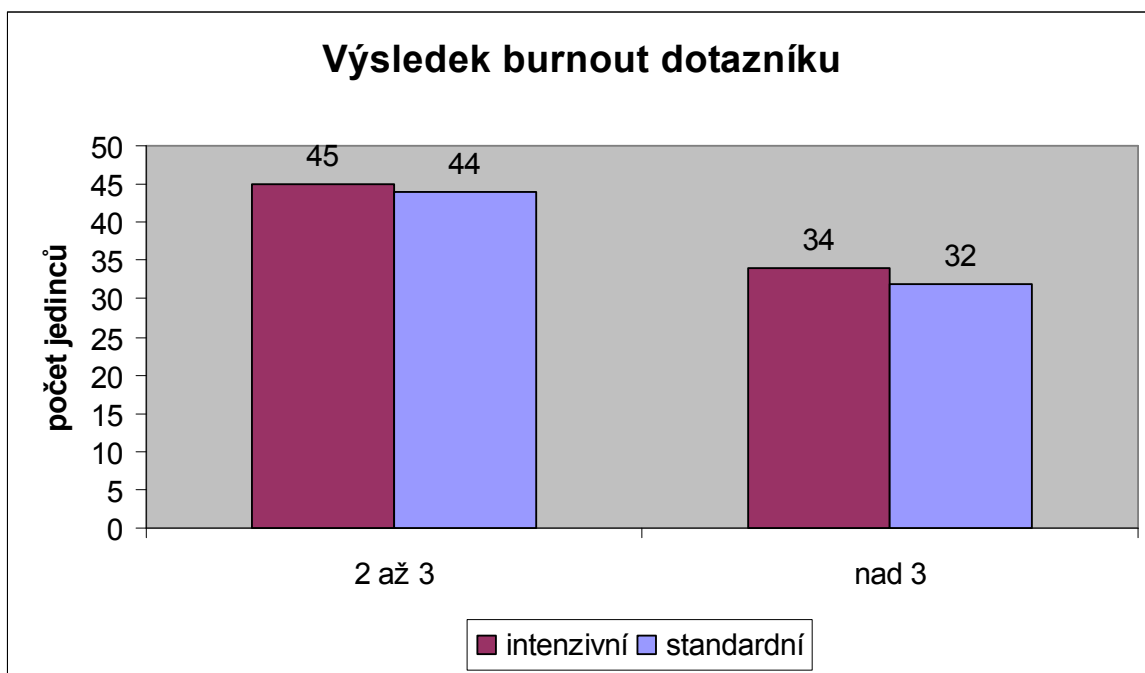
Zhodnocení burn-out dotazníku

Vypočtené skóre dotazníku 2-3 je v mezích normy

Vypočtené skóre dotazníku nad 3 představuje syndrom vyhoření

V grafu č. 52 je znázorněn výskyt syndromu vyhoření dle výsledku dotazníku v závislosti na typu pracoviště

Graf č. 52 Výskyt syndromu vyhoření dle dotazníku podle typu zařízení



Hypotéza č.9

H1 : Pocit fyzického vyčerpání je častější u sester na standardním oddělení se syndromem vyhoření

H0 : Pocit fyzického vyčerpání není častější u sester na standardním oddělení se syndromem vyhoření

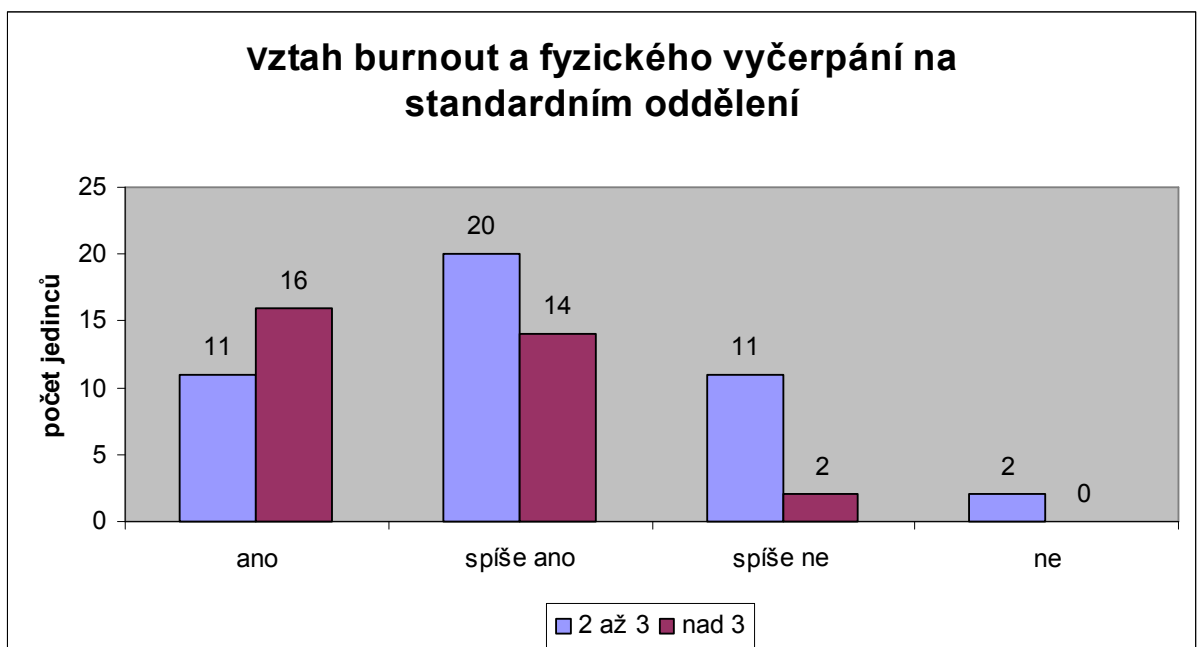
Tabulka č. 11 Pocit fyzického vyčerpání u sester na standardním oddělení ve vztahu k syndromu vyhoření

	ano	spíše ano	spíše ne	ne
2 až 3	11	20	11	2
nad 3	16	14	2	0

- Závislost je v tomto případě lineární V případě této hypotézy byl vypočten testovací chí kvadrát 8,41
- Chí kvadrát pro 5% hladinu významnosti při 3 stupni volnosti je dle statistických tabulek 7,815
- Testovací chí kvadrát je větší než kritická hodnota, což znamená, že lze zamítnout H_0 hypotézu

Závěr: S 95% pravděpodobností je pocit fyzického vyčerpání častější u sester se syndromem vyhoření pracujících na standardním oddělení

Graf č.53



Hypotéza č.10

H_1 : Pocit psychického vyčerpání je častější u sester na standardním oddělení se syndromem vyhoření

H_0 : Pocit psychického vyčerpání není častější u sester na standardním oddělení se syndromem vyhoření

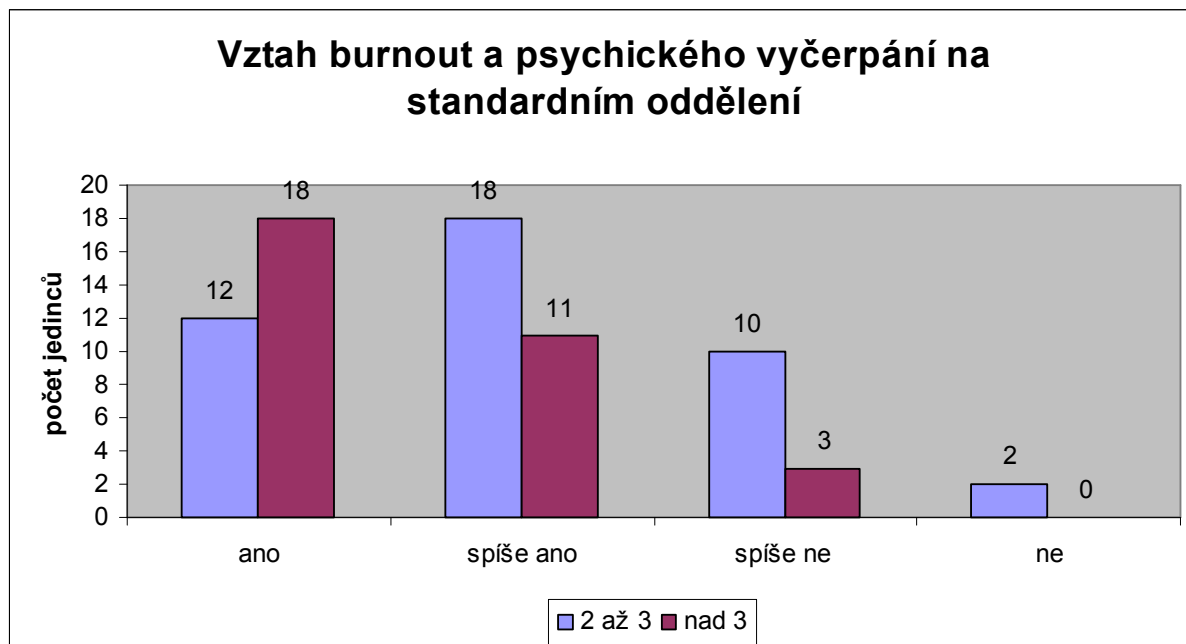
Tabulka č. 12 Pocit psychického vyčerpání u sester na standardním oddělení ve vztahu k syndromu vyhoření

	ano	spíše ano	spíše ne	ne
2 až 3	12	18	10	2
nad 3	18	11	3	0

- Závislost je v tomto případě lineární V případě této hypotézy byl vypočten testovací chí kvadrát 7,49
- Chí kvadrát pro 5% hladinu významnosti při 3 stupni volnosti je dle statistických tabulek 7,815
- Testovací chí kvadrát je menší než kritická hodnota, což znamená, že lze zamítnout H1 hypotézu

Závěr: S 95% pravděpodobností není pocit psychického vyčerpání častější u sester se syndromem vyhoření pracujících na standardním oddělení

Graf č.54



Hypotéza č. 11

H1 : Pocit fyzického vyčerpání je častější u sester na JIP se syndromem vyhoření

H0 : Pocit fyzického vyčerpání není častější u sester na JIP se syndromem vyhoření

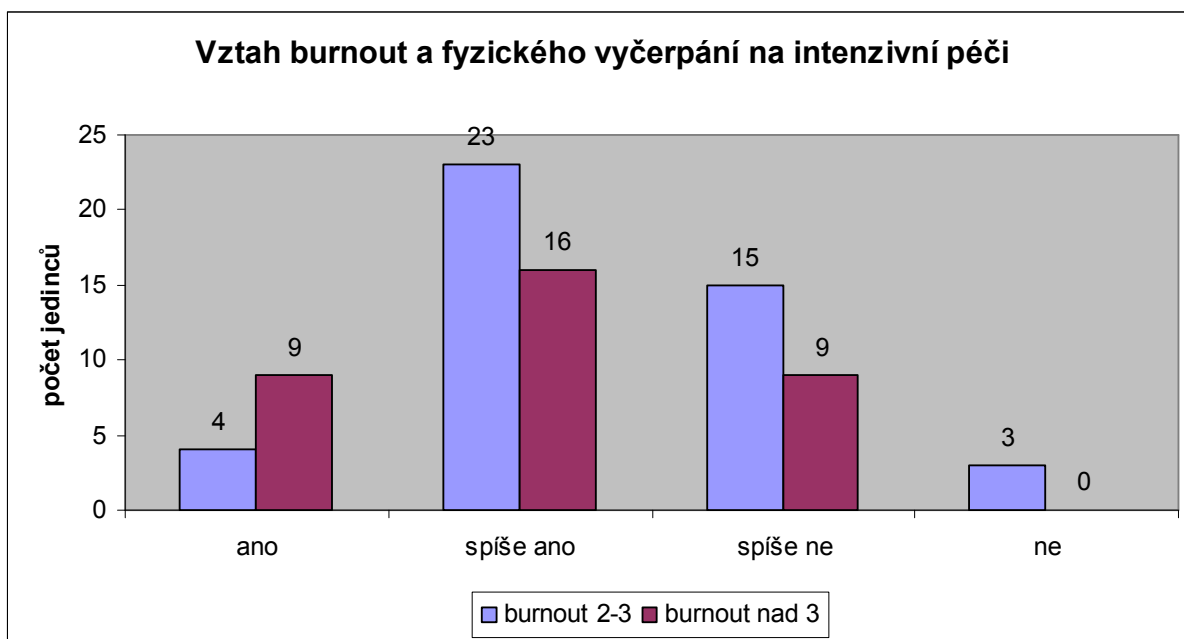
Tabulka č. 13 Pocit fyzického vyčerpání u sester na JIP ve vztahu k syndromu vyhoření

	ano	spíše ano	spíše ne	ne
burnout 2-3	4	23	15	3
burnout nad 3	9	16	9	0

- Závislost je v tomto případě lineární V případě této hypotézy byl vypočten testovací chí kvadrát 6,28
- Chí kvadrát pro 5% hladinu významnosti při 3 stupni volnosti je dle statistických tabulek 7,815
- Testovací chí kvadrát je menší než kritická hodnota, což znamená, že lze zamítnout H1 hypotézu

Závěr: S 95% pravděpodobností není pocit fyzického vyčerpání častější u sester se syndromem vyhoření pracujících na JIP

Graf č.55



Hypotéza č.12

H1 : Pocit psychického vyčerpání je častější u sester na JIP se syndromem vyhoření

H0 : Pocit psychického vyčerpání není častější u sester na JIP se syndromem vyhoření

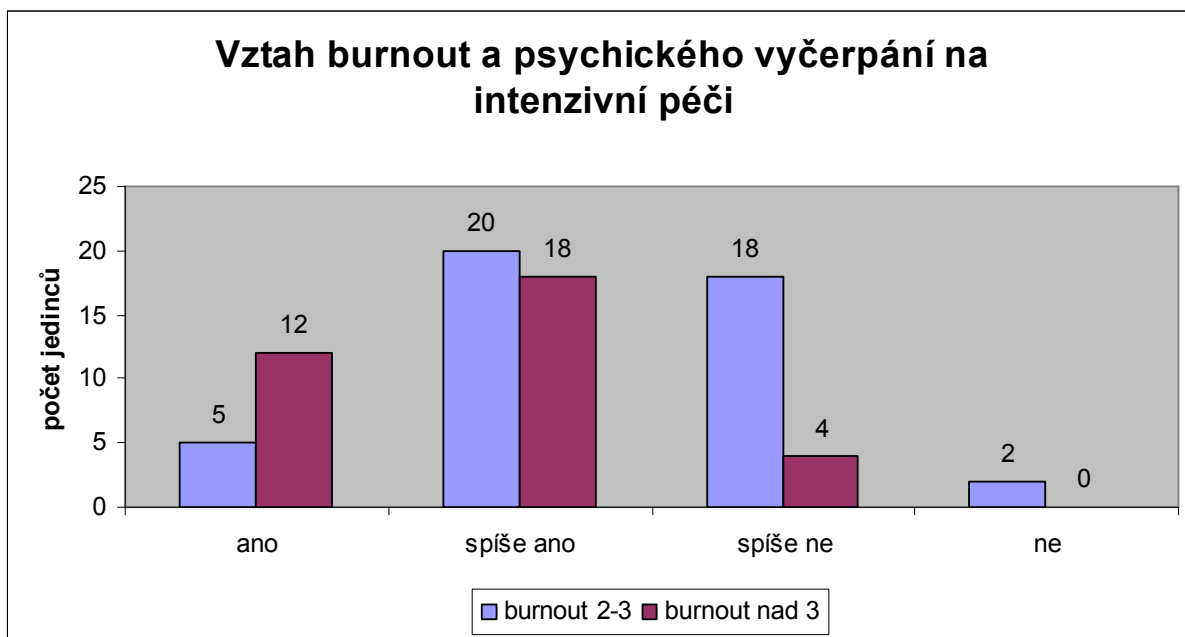
Tabulka č. 14 Pocit psychického vyčerpání u sester na JIP ve vztahu k syndromu vyhoření

	ano	spíše ano	spíše ne	ne
burnout 2-3	5	20	18	2
burnout nad 3	12	18	4	0

- Závislost je v tomto případě lineární V případě této hypotézy byl vypočten testovací chí kvadrát 10,79
- Chí kvadrát pro 5% hladinu významnosti při 3 stupni volnosti je dle statistických tabulek 7,815
- Testovací chí kvadrát je větší než kritická hodnota, což znamená, že lze zamítnout H0 hypotézu

Závěr: S 95% pravděpodobností je pocit psychického vyčerpání častější u sester se syndromem vyhoření pracujících na JIP

Graf č.56



6. Diskuse

Průzkumu se zúčastnilo 155 respondentů, 79 pracujících na JIP a 76 na standardním oddělení. Z celého souboru bylo 97,5% žen a 2,5% mužů. Byli osloveni respondenti z různých typu JIP (koronárních jednotek, metabolických jednotek, neurologických a chirurgických JIP) a rovněž z různých typů standardních oddělení. Vzhledem k návratnosti kompletně vyplněných dotazníků bylo možné porovnat obě skupiny respondentů na reprezentativním a srovnatelném souboru.

Věk a doba praxe zdravotních sester na JIP a na standardním oddělení

Na základě odpovědí na otázku č. 2, která šetřila věkové kategorie respondentů, lze konstatovat, že 73,9% všech zdravotních sester je ve věkových kategoriích od 18 do 35 let. Tento údaj ukazuje, že v našich lůžkových zařízeních pracují především mladé sestry a jen málo více než čtvrtina z nich je starší než 35 let. Při hodnocení věkové struktury sester pracujících na JIP a na standardním oddělení bylo zjištěno, že ve věkových kategoriích 18 až 35 let pracuje na JIP téměř 85%, zatímco na standardním oddělení 62%. Tento rozdíl byl při hodnocení statisticky významný a potvrdil první hypotézu práce. Příčiny tohoto předpokládaného zjištění mohou souviset s nároky, které jsou v současné době kladeny na sestry na JIP.

Odpovědi na otázky 3, 6 a 7 ukazují, že sestry na standardním oddělení mají významně delší dobu praxe ve zdravotnictví, což je jistě vysvětlitelné jejich vyšším věkem. Na druhou stranu je důležité i zjištění, že celková doba na předchozích pracovištích se mezi skupinami respondentů nelišila, zatímco doba, kterou jsou sestry zaměstnány na současném pracovišti byla jednoznačně delší v případě standardního oddělení.

Lze tedy uzavřít, že v našem souboru byly zjištěny následující skutečnosti

- Zdravotní sestry pracující na JIP jsou významně mladší ve srovnání s kolegyněmi na standardním oddělení
- Zdravotní sestry na JIP mají významně kratší dobu praxe ve zdravotnictví
- Rozdíl celkové doby praxe ve zdravotnictví mezi soubory je dán tím, že sestry na standardním oddělení pracují déle na současném pracovišti.

Dosažené vzdělání a motivace jeho dalšího zkvalitnění

V celém souboru podle očekávání převažovali zdravotní sestry, které uvedly jako nejvyšší dosažené vzdělání SZŠ (otázka č.8). Při srovnávání obou skupin byl především důležitý rozdíl v počtu respondentů, kteří uvedly jako nejvyšší vzdělání VZŠ. Z celkového počtu 27 zdravotních sester, které tento stupeň vzdělání mají, pracuje 22 tj. 82% na JIP, zatímco na standardním oddělení pouze 5(18%). Tato skutečnost je nejdůležitější při posouzení této otázky, protože absolventek bakalářského případně magisterského stupně bylo v celém souboru pouze 6 (4%). Na otázku č.9 týkající se současného studia odpovědělo pozitivně 21% sester z JIP a 14% ze standardních oddělení.

Při hodnocení motivace dalšího vzdělávání (otázka č. 12) se ukázalo, že je značný zájem v obou skupinách. O další vzdělávání má celkem zájem 82,5% respondentů z celého souboru, ale statistické zpracování potvrzuje hypotézu, že sestry na JIP mají motivaci významně větší. Zatímco na JIP o další vzdělávání má zájem téměř 89% respondentů, na standardních odděleních jen 76%. Požadavky zaměstnavatele na další vzdělávání respondentů (otázka č.11) vnímají sestry na obou typech zařízení rovnoměrně a často (v 87% na JIP a v 86% na standardním oddělení). Odpovědi na otázku č.13 týkající se procesu akreditace sester nejsou v souvislosti se vzděláním příliš relevantní, protože nejčastější zmiňovanou zátěž v celém souboru spojenou s procesem akreditace představovala její finanční stránka.

Na podkladě našich výsledků můžeme tuto část uzavřít následujícími konstatováními:

- Zdravotní sestry na JIP mají vyšší stupeň vzdělání ve srovnání s kolegyněmi ze standardního oddělení
- Motivace sester po dalším vzdělání je vysoká v celém souboru respondentů, avšak je významně větší u sester pracujících na JIP

Rodinný stav a počet respondentů mající děti

Vzhledem ke skutečnosti, že zdravotní sestry na standardních odděleních jsou starší než na JIP je oprávněné se domnívat, že budou častěji vdané a budou mít častěji děti. V celém souboru je 52% svobodných a 36% vdaných nebo ženatých respondentů. Při hodnocení rodinného stavu v jednotlivých souborech se ukázalo, že na JIP je 57% svobodných a 35% vdaných sester, zatímco na standardním oddělení je 47% svobodných a 37% vdaných. Předpoklad, že na JIP je více svobodných sester než na standardním oddělení platí procentuálně, avšak při statistickém hodnocení se uvedený trend neprokázal být významný.

42% respondentů udalo, že má děti, na JIP je to 34% a na standardním oddělení 44% respondentů. Uvedený rozdíl se ale při statistickém zpracování rovněž neukázal být významný.

Naše získané údaje lze uzavřít následovně:

- Na JIP bylo větší procento respondentů svobodných a bezdětných, ale zjištěné rozdíly nedosáhly statistickou významnost.

Vztahy na pracovišti

Vztahy na pracovišti mohou významným způsobem ovlivnit celkovou zátěž kladenou na pracovníky. V našem průzkumu byly hodnoceny vztahy v kolektivu (otázka 21), vztahy s nadřízeným (staniční a vrchní sestrou, otázka 20) a s lékaři (otázky 22,23,24,25).

Vztahy v kolektivu hodnotilo 96% všech respondentů jako dobré nebo spíše dobré, což dokazuje, že vztahy v kolektivu nejsou zdrojem významné pracovní zátěže. Vztahy s nadřízenými hodnotilo 93% všech respondentů jako dobré nebo spíše dobré. Proto ani vztahy s nadřízenými nepředstavují významný faktor pracovní zátěže na zkoumaných pracovištích. Ze získaných odpovědí není možné nalézt žádný významný rozdíl mezi JIP a standardním oddělením v daných parametrech.

Vztahy s lékaři jsou hodnoceny jako dobré nebo spíše dobré 86% respondentů, bez významného rozdílu mezi JIP a standardním oddělením. Práce lékařů v celém souboru stresuje celkem 18% respondentů, na JIP je to 14% a na standardním oddělení 22%. Větší stres pro respondenty představuje lidský přístup lékařů (15% v celém souboru) než přístup odborný (8% celého souboru). V hodnocení odborného a lidského přístupu lékařů nejsou větší rozdíly mezi respondenty z JIP a standardním oddělení..

Celkové hodnocení vztahů na pracovišti na podkladě našeho šetření lze uzavřít:

- Vztahy v kolektivu jsou dobré nebo spíše dobré jak na standardním oddělení, tak JIP
- Vztahy s nadřízenými jsou dobré nebo spíše dobré jak na standardním oddělení, tak JIP
- Vztahy s lékaři jsou dobré nebo spíše dobré jak na standardním oddělení, tak JIP
- Interpersonální vztahy na pracovišti (jak JIP, tak standardní oddělení) nepředstavují významný faktor, který zvyšuje pracovní zátěž kladenou na respondenty

Pocit fyzického a psychického vyčerpání

Nadměrná pracovní zátěž může vést k pocitům fyzického a psychického vyčerpání. Jedním z faktorů, které byly při vzniku vyčerpání hodnoceny, je počet přesčasových hodin (otázka 18).

Žádné přesčasové hodiny z celého souboru nemá pouze 12 (8%) zdravotních sester, do 10 hodin 40 (26%), 11-20 hodin 70 (44%), mezi 20 až 40 hodina 26 (17%) a nad 40 hodin měsíčně 7 (5%). Na JIP nemá přesčasové hodiny 11% sester, zatímco na standardním oddělení pouze 4%. Mezi 20-40 hodinami přesčasů má 40% na JIP a 50% na standardním oddělení. Především u starších sester na standardním oddělení může nadměrný počet přesčasových hodin souviset s pocitem vyčerpání.

Pocit psychického vyčerpání může být podmíněn specifikou práce zdravotní sestry, a to péčí o těžké a umírající nemocné (otázka 26). Na otázku, zda péče o takové nemocné je zátěží odpovědělo z celého souboru, že ano 27 (17%) respondentů, spíše ano 58 (38%), spíše ne 56 (36%) a ne 14 (9%). Sestry z JIP uvádějí, že je péče o těžce a umírající nemocné zatěžuje v 15% a spíše zatěžuje v 39%, zatímco sestry ze standardních oddělení odpověděly, že je tato péče zatěžuje v 20% a spíše zatěžuje v 36%. Rozdíly se tedy mezi jednotlivými typy zařízení nejeví jako významné.

Fyzické i psychické vyčerpání může mít určité projevy, jako je porucha s příjmem potravy a poruchy spánku (otázka 27, 28).

Na otázku, zda trpí poruchami příjmu potravy odpovědělo z celého souboru, že často 14(9%) respondentů, občas 46 (30%), výjimečně 41(26%) a nikdy 54 (35%). Sestry na JIP je uvedly jako časté ve 4% a občasné v 25%, zatímco sestry na standardním oddělení udávají časté poruchy s příjmem potravy v 14% a jako občasné v 34%. Poruchy s příjmem potravy jsou tedy více přítomny u sester pracujících na standardním oddělení.

Na otázku, zda trpí poruchami spánku odpovědělo z celého souboru, že často 26 (17%) respondentů, občas 63 (41%), výjimečně 42 (27%) a nikdy 24 (15%). Sestry na JIP uvedly poruchy spánku jako časté v 11% a občasné v 44%, zatímco sestry na standardním oddělení je uvedly jako časté v 22% a občasné v 37%. Poruchy spánku jsou přibližně stejně časté v obou zařízeních, ale na standardním oddělení respondenti uvádějí častěji závažnější odpověď.

Na fyzickém i psychickém vyčerpání se může podílet i délka nezbytné cesty do práce a způsob ubytování.(otázky 29,30). Z celého souboru pouze 24 (15%) uvedlo formu

ubytování jako faktor související s pracovním vyčerpáním. Mezi sestrami z JIP a standardního oddělení nebyl zjištěn žádný rozdíl. Rovněž délka cesty do práce se neukázala jako významný faktor pracovní zátěže a také nebyl zjištěn rozdíl mezi sestrami z jednotlivých typů zařízení.

Pocit vyčerpání je nezdědka příčinou úvah o změně zaměstnání. O změně zaměstnání z celého souboru (otázka 17) uvažuje často 22 (14,2%), občas 57 (36,8%), výjimečně 48(31%) a nikdy 28 (18%). Při zkoumání jednotlivých souborů na JIP uvádí, že o změně zaměstnání uvažuje často 9%, zatímco na standardním oddělení téměř 20%.

Odpovědi na většinu předchozích otázek mohou svědčit pro skutečnost, že sestry na standardním oddělení mají častěji pocit vyčerpání.

Při vlastním hodnocení pocitu fyzického vyčerpání (otázka 15) odpovědělo ano z celého souboru respondentů 40 (25,8%) zdravotních sester, spíše ano 73 (47,1%), spíše ne 37 (23,9%) a ne 5 (3,2%). Fyzické vyčerpání pociťuje tedy téměř tři čtvrtiny respondentů! Ze sester pracujících na JIP odpovědělo na otázku o fyzické únavě ano 16% a spíše ano 49%, zatímco na standardním oddělení odpovědělo ano 36% a spíše ano 45%. Statistické hodnocení potvrdilo, že fyzické vyčerpání uvádějí významně častěji sestry na standardním oddělení. Z volných odpovědí na otázku 33 je pravděpodobné, že na fyzickém vyčerpání se podílí nedostatečný počet pracovníků, kdy 1 sestra má na starosti často více než 10 pacientů, a to nezdědka poměrně těžkých (nechodících, imobilních, kteří vyžadují pravidelné polohování atd.).

Při hodnocení psychického vyčerpání (otázka 16) odpovědělo z celého zkoumaného souboru ano 57 (36,8%) zdravotních sester, spíše ano 57 (36,8%), spíše ne 35 (22,6%) a ne 6 (3,8 %). Rovněž psychické vyčerpání udává přibližně tři čtvrtiny všech respondentů. Sestry na JIP odpověděly na otázku, zda jsou psychicky vyčerpány ano v 34% a spíše ano v 35%, zatímco na standardním oddělení odpovědělo ano 39% a spíše ano 38%. Psychické vyčerpání uvádí tedy opět více sestry se standardního oddělení, ale na rozdíl od fyzického vyčerpání statistické posouzení nepotvrdilo významné rozdíly mezi jednotlivými typy zařízení.

Odpovědi respondentů na problematiku fyzického a psychického vyčerpání nás vedou k následujícím závěrům:

- Fyzické i psychické vyčerpání je u respondentů velmi časté bez ohledu na typ zařízení
- Fyzické vyčerpání je významně častěji přítomné u sester na standardním oddělení ve srovnání se sestrami na JIP

- Při hodnocení psychického vyčerpání nebyl nalezen významný rozdíl mezi zkoumanými typy pracoviště
- Na pocitu fyzického vyčerpání má vliv míra přesčasových hodin

Finanční ohodnocení

Mezi faktory, které mohou ovlivnit hodnocení celkové pracovní zátěže, je také pocit spokojenosti s finančním ohodnocením.

Na otázku (otázka 19), jak jsou spokojeni s finančním ohodnocením odpovědělo z celého souboru, že je spokojeno 10 (6%) zdravotních sester, spíše spokojeno 45 (29%), spíše nespokojeno 58 (38%) a nespokojeno 42 (27%). Ze sester na JIP bylo spokojeno s finančním ohodnocením 8%, spíše spokojeno, spíše spokojeno 34%, spíše nespokojeno 38% a nespokojeno 20%. Ze sester na standardním oddělení bylo spokojeno 5%, spíše spokojeno 24%, spíše nespokojeno 37% a nespokojeno 34%.

- Míra nespokojenosti s finančním ohodnocením byla vyšší na standardním oddělení

Syndrom vyhoření

V poslední části jsme se pokusili zjistit, jak častý je syndrom vyhoření na JIP a standardním oddělení. Otázku jsme hodnotili jednak na podkladě vlastního posouzení respondenta (otázka 32), jednak zhodnocení tzv. burn-out dotazníku, který jsme vyhodnotili u každého respondenta. V další části jsme posoudili, zda přítomnost pozitivního burn-out dotazníku souvisí s fyzickým a psychickým vyčerpáním na jednotlivých typech zařízení.

Na otázku, zda trpíte syndromem vyhoření odpovědělo z celého souboru, že ano 11 (7%) respondentů, spíše ano 42 (27%), spíše ne 54 (35%) a ne 48 (31%). Ze sester na JIP odpovědělo ano 8%, spíše ano 16%, spíše ne 44%, ne 32%. Ze sester na standardním oddělení odpovědělo ano 7%, spíše ano 38%, spíše ne 26%, ne 29%. Při posouzení takto formulované otázky je zřejmé, že je rozdíl při odpovědích spíše ano a spíše ne ve smyslu čtenější závažnější odpovědi od sester ze standardního oddělení.

Při hodnocení burn-out dotazníku se ukázalo, že v mezích normy je 89 (57%) respondentů, zatímco 56 (43%) mělo výsledek testu v hodnotách, které jsou hodnoceny jako syndrom vyhoření. Ze sester na JIP to bylo 43% a ze sester na standardním oddělení rovněž 43%. Podle dotazníku je tedy syndrom vyhoření přítomen stejně často na obou typech zařízení.

V dalším hodnocení byla potvrzeny následující hypotézy:

- Syndrom vyhoření hodnocený podle burn-out dotazníku je významně častější u respondentů s pocitem fyzického vyčerpání na standardním oddělení
- Syndrom vyhoření hodnocený podle burn-out dotazníku je významně častější u respondentů s pocitem psychického vyčerpání na JIP

Naopak nebyl statisticky významně potvrzen vztah mezi pozitivním výsledkem burn-out dotazníku a psychickým vyčerpáním u respondentů ze standardních oddělení a vztah mezi pozitivním výsledkem burn-out dotazníku a pocitem fyzického vyčerpání na JIP.

Zjištěný výsledek ukazuje, že na standardním oddělení je třeba klást důraz na snížení fyzické zátěže sester, což lze dosáhnout například navýšením ošetrovatelského personálu.

Na JIP zdravotní sestry musí zvládat řadu speciálních algoritmů podle jejího zaměření, což klade zvýšené nároky především na jejich psychiku. Z průzkumu vyplývá, že na JIP jsou velmi dobré interpersonální vztahy, přesto je potřeba zdůraznit, že dobrá pracovní komunikace o jednotlivých problémech při využívání moderních technik a postupů s lékaři představuje důležitý faktor, který může příznivě ovlivnit právě psychickou zátěž. Domnívám se, že právě v této oblasti je stále možné řadu věcí zlepšit.

7. Závěr a doporučení pro praxi

Cílem naší práce bylo posouzení pracovní zátěže zdravotních sester na JIP, kterou jsme zkoumali pomocí jejího porovnání se sestrami pracujícími na standardním oddělení. Při řešení stanovených hypotéz jsme zjistili, že zdravotní sestry pracující na JIP jsou mladší, mají vyšší dosažené vzdělání a mají větší motivaci se dále vzdělávat, což klade zvýšené požadavky na jejich intelektuální a psychickou zátěž. Při hodnocení interpersonálních vztahů jsme zjistili jejich velmi dobré posouzení ze strany sester jak na JIP, tak na standardním oddělení a proto se domníváme, že interpersonální vztahy nepředstavují závažný parametr, který přispívá k zvýšené zátěži sester.

Velmi důležitým závěrem z našeho průzkumu je skutečnost, že pocit fyzického a psychického vyčerpání je velice častý nejenom na JIP, ale i na standardních odděleních. Pocit fyzického vyčerpání je dokonce významně závažnější u sester pracujících na standardním oddělení. V této souvislosti je zajímavé, že syndrom vyhoření byl u sester na standardním oddělení asociován spíše s fyzickým než psychickým vyčerpáním. Zdravotní sestry na standardním oddělení se často starají i o více než 10 nemocných, kteří nezdídku potřebují velmi namáhavou ošetrovatelskou péči, zejména v případech, kdy nejsou soběstační. Pro tento typ zařízení by bylo vhodné doplnit pracovní kolektivy navýšením ošetrovatelského personálu, který by při pečování o imobilní a nesoběstačné nemocné významně práci zdravotním sestram usnadnil.

Na JIP zdravotní sestry musí podle typu pracoviště zvládnout řadu složitých technik (dialýza, asistence při intubaci a péče o ventilované nemocné, rozličné techniky umělé výživy, detekce závažných poruch při monitorování nemocných atd.). Tato skutečnost vytváří tlak především na jejich psychické zatížení. Fyzická zátěž je také značná, nicméně na většině JIP není takový nedostatek personálu jako na standardních odděleních.

Míra psychické zátěže je jistě ovlivněna interpersonálními vztahy, které jsou podle našich výsledků velmi dobré na JIP. Úzká spolupráce, při řešení problémů vznikajících při péči o závažně nemocné na JIP, mezi sestrou a lékařem ale skýtá stále velké rezervy. V tomto smyslu by právě lékař mohl sehrát důležitou roli při snížení psychické zátěže zdravotních sester na JIP. Nežádoucí vliv na psychickou i fyzickou zátěž sester mají i přesčasové hodiny, jejichž míra je podle výsledků našeho průzkumu nadměrná.

Při léčbě nemocných se více v současné době zdůrazňuje, že svoji nezaměnitelnou roli má i jejich příznivé psychologické ovlivnění. Avšak psychické zatížení personálu, který se o

nemocné stará vede až tak daleko, že se u zdravotních sester setkáváme často se syndromem vyhoření.

Podle mého názoru proto, vedle úprav ve smyslu navýšení ošetrovatelského personálu a omezení přesčasových hodin na minimum, by mělo význam pravidelné posouzení psychického stavu zdravotních sester na JIP speciálními technikami jako je pravidelné vyplnění burn-out dotazníku s případnou následnou intervencí podle rady psychologa.

8. Seznam zkratk

JIP	Jednotka intenzivní péče
SZŠ	Střední zdravotnická škola
VZŠ	Vyšší zdravotnická škola
Bc.	Vysokoškolský bakalářský titul
Mgr.	Vysokoškolský magisterský titul
PSS	Pomaturitní specializační studium

9. Literatura

1. Armstrong, M.: Řízení lidských zdrojů. Grada Publishing, Praha 2002. Dotisk 2005
2. Bartošíková, I.: O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry. Vydání. NCO NZO, Brno 2006. ISBN 86-57-857-06
3. Bartošíková, I.: Psychologický a psychoterapeutický přístup v práci sestry. In: jobánková, M. a kol: Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky. 2. přeprac. Vydání. NCO NZO, Brno 2003. ISBN 80-7012-365-1
4. Beneš, S., Dernerová, S.: Stres zdravotníků. Galén: příručka vydaná k příležitosti konání symposia „Stres zdravotníků“ pořádaného 7.-8. února 1997 v Karlových Varech, 1997, 41-49
5. Bohutínská, M.: Profesionální stres u sester. In Sestra 10/2005. ISSN 1210-0404
6. Brocker, S.: Ovládání stresu. Melantrich. Praha 1993. ISBN 80-7023-159-9
7. Černý, V.: Jak překonat stres. Computer press. 1999. ISBN 80-7226-260-2
8. Dostál, P.: Základy umělé plicní ventilace. Maxdorf . 2002. ISBN 80-7345-059-3
9. Frei, D.: Stres, Praha, Triton, 2004, 28-45
10. Goldberger, L.: et. al.: Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects. New: The Free Press, 1992
11. Hanson, C.W.: Effects of an organized critical care service on outcomes and ressource utilisation. Critical care medicine 2006. 25:1267-1270
12. Janke, W., Erdmannová, G.: Strategie zvládání stresu- SVF 78. Testcentrum, Praha, 2003. ISBN 80-7071-231-7
13. Kebza, V., Šolcová, I.: Syndrom vyhoření. SZÚ, 2. rozšířené vydání, Praha 2003. ISBN 80-7071-231-7
14. Kocmanová, A.: Syndrom vyhoření. Sestra 12/2005, s. 20-22. ISSN 1210-0404
15. Kopřiva, K.: Lidský vztah jako součást profese. Portál 1997. ISBN 80-7178-318-8
16. Kondáš, O.: PROPRES- program na prekonávanie stresu. Psycho-diagnostické a diagnostické testy, n.p. Bratislava 1986
17. Křivohlavý, J., Pečenková, J.: Duševní hygiena zdravotní sestry. Grada Publishing, a.s., 2004. ISBN 80-247-0784-5
18. Křivohlavý, J.: Jak neztratit nadšení. Grada, 1998. ISBN 80-7169-551-3
19. Mallotová, K.: Burn- out neboli syndrom vyhoření. Psychologie dnes, 2/2000. ISSN 1212-9607

20. Masopust, J.: Syndrom profesionálního vyhoření. *Practicus*, roč.2,č.10, 2003.s. 16-17. ISSN 1213-8711
21. Nešpor, K.: Prevence a zvládání profesionálního stresu ve zdravotnictví. *Lékařské listy (Příloha ZN)*, 44, 1995, č23, s. 14-15. ISSN 0044-1996
22. Novák, I.: *Základy péče o kriticky nemocné dítě*. Infantorium Praha 1996

10. Přílohy

1. Pracovní činnost všeobecné sestry ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze
2. Dodatky k popisu činnosti sestry na jednotlivých úsecích ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze
3. Dotazník, který vyplňovaly zdravotní sestry, které se účastnily předkládaného výzkumu v empirické části



Jméno, příjmení, titul		osobní číslo	
Pracoviště			
Platové zařazení:	Tř.10	Přímý nadřízený	
Pracovní funkce:	Všeobecná sestra		
<p>Dodržuje zákon č.96/2004 Sb. a odpovídající vyhlášku č.424/2004 Sb. Pracovní zařazení je v souladu s nařízením vlády č.533/2005 Sb., kterým se mění NV 469/2002 „Katalog prací“.</p> <p>Charakteristika pracovní funkce :</p> <p>Poskytuje zdravotní péči v souladu s právními předpisy a standardy. Poskytuje pacientovi informace v souladu se svou odbornou způsobilostí.</p> <p>Poskytuje vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči bez odborného dohledu, péči o dýchací cesty pacientů při umělé plicní ventilaci včetně odsávání z dolních cest dýchacích, aplikuje výživu sondou, případně žaludečními nebo duodenálními atoniemi u pacientů všech věkových kategorií, nitrožilní aplikace krevních derivátů, provádění výměny a ošetření tracheotomické kanyly, zavádění nazogastričních a jejunálních sond. Poskytuje specializovanou ošetrovatelskou péči u pacientů, u kterých dochází k selhání základních životních funkcí nebo toto selhání hrozí.</p> <p>Plánuje diferencovanou ošetrovatelskou péči o pacienty v souladu s lékařskou diagnózou. Zabezpečuje v rámci multidisciplinárního týmu komplexní ošetrovatelskou péči o hospitalizované pacienty. Pracuje metodou ošetrovatelského procesu. Systematicky využívá ošetrovatelskou dokumentaci platnou ve VFN. Respektuje Práva pacientů, řídí se Etickým kodexem zdravotní sestry.</p>			
Popis pracovní náplně			
<ul style="list-style-type: none"> • Zabezpečuje všestrannou péči o individuální potřeby pacientů, získává pacienty a rodinu ke spolupráci při vyšetřování a léčení. • Zabezpečuje činnost s přijetím, přeložením, propuštěním a úmrtím pacienta. Řídí a koordinuje práci NZP,PZP, popřípadě dalších pracovníků v oblasti ošetrovatelské péče na pracovišti. • Sleduje fyziologické funkce a projevy pacienta, jejich celkový tělesný, duševní, sociální stav a vliv prostředí. Svá pozorování zaznamenává do zdravotnické dokumentace, informuje lékaře a v rámci ošetrovatelského týmu i ostatní spolupracovníky. • Provádí odborný dohled pracovníků, kterým tuto povinnost ukládá zákon. • Provádí kardiopulmonální resuscitaci s použitím dostupného technického vybavení a zabezpečuje péči o tyto pacienty. • Provádí ošetrovatelskou péči podle stanovených standardních ošetrovatelských postupů a ordinací lékaře, odpovídá za včasné hlášení změn u pacienta. Veškeré výkony a reakce nemocného zaznamenává vyhodnotitelným způsobem. • Provádí defibrilaci srdce elektrickým výbojem. • Provádí odběry biologického materiálu, včetně kapilární krve, dodržuje zásady správného odběru, označení a včasného odesílání materiálu na vyšetření, výsledky předkládá lékaři. Provádí orientační vyšetření moče a krve. • Provádí rehabilitační ošetřování ve spolupráci s fyzioterapeutem a ergoterapeutem. • Provádí komplexní hygienickou péči u ležících pacientů, zachovává jeho intimitu, hodnotí a ošetřuje poruchy celistvosti kůže a chronické rány, zvýšenou pozornost věnuje prevenci dekubitů. 			

- **Provádí** ošetřování stomii, centrálních a periferních žilních vstupů.
- **Provádí** psychickou podporu umírajících a jejich blízkých a po stanovení smrti lékařem zajišťuje péči o tělo zemřelého a činnosti spojené s úmrtím pacienta
- **Pečuje** o dýchací cesty pacientů, odsávání z dolních cest dýchacích včetně pacientů napojených na umělé plicní ventilaci.
- **Zajišťuje** přesné plnění ordinací.

Na základě indikace lékaře provádí:

- přípravu pacientů na specializované diagnostické a léčebné postupy a asistuje během výkonů a ošetřuje je po výkonu
- měření a analýzu fyziologických funkcí spec.postupy pomocí přístrojové techniky, včetně využití invazivních metod
- katetrizaci močového měchýře u mužů
- zavádění nazogastrické a jejunální sondy pacientům v bezvědomí starších 10 let

Pod odborným dohledem lékaře:

- aplikuje transfúzní přípravky a krevní deriváty
- provádí endobronchiální laváže u pacientů s tracheální intubací nebo tracheostomií

Pod přímým vedením lékaře:

- provádí punkci arterií, zejména a.radiális a a.femorális k jednorázovému odběru krve a invazivní monitoraci krevního tlaku
- provádí extubaci tracheální roury
- **Kontroluje** kvalitu a množství stravy, dodržování stanovených diet, podávání stravy. Pečuje o hygienickou a estetickou manipulaci se stravou. Vyžaduje-li to zdravotní stav nemocného, podává výživu sondou nebo pacienta krmí.
 - **Připravuje** k vyšetření přístroje, nástroje a zdravotnické pomůcky, sleduje funkčnost speciální přístrojové techniky a zajišťuje její stálou připravenost.
 - **Připravuje** a podává pacientům předepsané léky.
- **Podává léčebné přípravky s výjimkou nitrožilních injekcí nebo zavádění infúzí u novorozenců a dětí do 3 let věku a s výjimkou radiofarmak**
- **Zavádí** a udržuje kyslíkovou a inhalační terapii.
- **Odpovídá** za správné a bezpečné uložení léků a omamných látek, za dodržování předpisů stanovených pro manipulaci s léky, jedy, hořlavinami a kyselinami.
- **Odpovídá** za správné uložení dezinfekčních prostředků, sterilizaci nástrojů a pomůcek.
- **Odpovídá** za hygienickou a estetickou úpravu prostředí pacientů, dodržování léčebného režimu na oddělení.
- **Zúčastňuje se** lékařských a ošetrovatelských vizit, pracovních schůzek pracoviště.
- **Realizuje** nové metody ošetrovatelské péče v praxi.
- **Podílí se** na vedení a výuce spolupracovníků, studentů zdravotnických škol, lékařských fakult a dalších vysokých škol. V týmu spolupracuje na vědecko-výzkumné, publikační a přednáškové činnosti pracoviště.
- **Kontinuálně se vzdělává**, působí aktivně v edukační činnosti pacientů a jejich rodinných příslušníků.
- **Dodržuje** hygienicko epidemiologický režim, Zákoník práce, Provozní a Organizační řád, BOZP a PO.
- **Zpracovává** nové zaměstnance pracoviště.

Zachovává mlčenlivost o skutečnostech, které se dozví v souvislosti s výkonem povolání.

Celoživotně se vzdělává, studuje odbornou literaturu, účastní se školicích akcí na klinice i mimo ni, rozvíjí své dovednosti a znalosti, získané poznatky aplikuje do praxe.

Vykonává další činnosti, kterými ji pověří nadřízený pracovník a které se vztahují na dohodnutý druh práce uvedený v pracovní smlouvě.

Součástí této náplně práce je specifická náplň práce pro dané pracoviště JIP apod.

Prohlášení pracovníka :

Prohlašuji, že jsem byl seznámen s organizačním a provozním řádem kliniky/ oddělení /a ostatními obecně závaznými předpisy potřebnými pro výkon mé funkce a vzal(a) jsem na vědomí, že tento podpis mé pracovní náplně navazuje na pracovní smlouvu s VFN v Praze.

Podpis vrchní sestry

Podpis pracovníka:

Datum převzetí :



DODATEK K POPISU ČINNOSTI

Příjmení, jméno, titul		
Název pracoviště: II. interní klinika		Název úseku Angiologická jednotka intenzivní péče
<ul style="list-style-type: none">• na základě indikace lékaře připravuje léčebné přípravky k provedení kontinuální lokální trombolýzy, které aplikuje do zavedených cévních vstupů a pečuje o tyto nemocné• asistuje při sono vyšetření tepen a žil• provádí kompresy místa vpichu po katetrizačních výkonech pomocí Femostopu• připravuje pomůcky a asistuje u kardioverze, dočasné stimulace, katetrizaci velkých cév• poskytuje specializovanou ošetrovatelskou péči o pacienty po fasciotomii		
Datum:	Podpis pracovníka:	Podpis vrchní sestry



DODATEK K POPISU ČINNOSTI

Příjmení, jméno, titul	
Název pracoviště: II. interní klinika	Název úseku Angiograf srdeční
<ul style="list-style-type: none">• edukuje pacienty o průběhu specializovaného katetrizačního výkonu z pohledu sestry (PTCA, SKG, LVG, provostranná katetrizace srdce, defekt septa síní)• sleduje a vyhodnocuje stav pacienta při katetrizačním výkonu• připravuje instrumentárium, zdravotnické prostředky, pomůcky a jiný materiál v průběhu výkonu• provádí antisepsi operačního pole• zajišťuje polohu a fixaci pacientů na operačním stole• provádí zarouškování operačního pole• asistuje při katetrizačním výkonu• po výkonu SKG zajišťuje kompresi třísla• vede zdravotnickou dokumentaci a další dokumenty vyplývající z právních předpisů, pracuje s informačním systémem a systémem MEDEA	



DODATEK K POPISU ČINNOSTI

Příjmení, jméno, titul		
Název pracoviště: II. interní klinika		Název úseku Kardiostimulace + elektrofyziologie
<ul style="list-style-type: none">• edukuje pacienty o průběhu specializovaného katetrizačního výkonu z pohledu sestry• (kardiostimulátory, ICD, Radiofrekvenční ablace, EFV)• sleduje a vyhodnocuje stav pacienta při katetrizačním výkonu, monitoraci při výkonu• připravuje instrumentárium, zdravotnické prostředky, pomůcky a jiný materiál v průběhu výkonu• provádí antisepsu operačního pole• zajišťuje polohu a fixaci pacientů na operačním stole• provádí zarouškování operačního pole• asistuje při katetrizačním výkonu• po výkonu sleduje kompresi třísla nebo operační rány po kardiostimulátoru• vede zdravotnickou dokumentaci a další dokumenty vyplývající z právních předpisů, pracuje s informačním systémem a systémem MEDEA		
Datum:	Podpis pracovníka:	Podpis vrchní sestry



DODATEK K POPISU ČINNOSTI

Příjmení, jméno, titul	
Název pracoviště: II. interní klinika	Název úseku Intermediální péče
<ul style="list-style-type: none">• napojení a sledování pacienta na telemetrii pro standardní oddělení• asistence a příprava pomůcek ke katetrizaci v. subclavia, dočasné kardiostimulaci, punkci perikardu a péče o pacienty po výkonech• péče o nemocné s trvalým kardiostimulátorem a kardiovert- defibrilátorem(ICD)• základní seznámení s katetrizačním pracovištěm kliniky• radiofrekvenční ablace - terapie, péče o pacienta po katetrizačním výkonu• příprava pomůcek a asistence při defibrilaci srdce	

DODATEK K POPISU ČINNOSTI

Příjmení, jméno, titul		
Název pracoviště: II. interní klinika	Název úseku Koronární jednotka	
<ul style="list-style-type: none"> • na základě indikace lékaře : • připravuje technické vybavení, nastavuje a sleduje požadované parametry na přístroji pro kontrapulzaci • sleduje zadané parametry na přístrojích pro eliminační metody krve během léčby a rozpoznává vznik technických komplikací, • pod odborným dohledem lékaře ukončuje mimotělní oběh a hodnotí stav pacienta bezprostředně po ukončení léčby • připravuje instrumentárium a další pomůcky pro perkutánní dilatační tracheostomii, zajišťuje specializovanou péči o tyto pacienty • připravuje a asistuje při kardioverzi, katetrizaci velkých cév, punkcích perikardu a pleurálního výpotku, dočasné kardiostimulaci • poskytuje specializovanou ošetrovatelskou péči o ventilovaného pacienta včetně přípravy přístroje a jeho hygienického režimu • základní seznámení s katetrizačním pracovištěm kliniky • znalost farmakologických přípravků nejčastěji používaných na koronární jednotce 		
Datum:	Podpis pracovníka:	Podpis vrchní sestry

DODATEK K POPISU ČINNOSTI

Příjmení, jméno, titul		
Název pracoviště: II. interní klinika		Název úseku Angiograf cévní
<ul style="list-style-type: none">• edukuje pacienty o průběhu specializovaného katetrizačního výkonu z pohledu sestry (PTA, stenty, stentgrafty, lokální trombolýza, aspirace trombů z neprůchodných tepen)• sleduje a vyhodnocuje stav pacienta při katetrizačním výkonu• připravuje instrumentárium, zdravotnické prostředky, pomůcky a jiný materiál v průběhu výkonu• provádí antisepsi operačního pole• zajišťuje polohu a fixaci pacientů na operačním stole• provádí zarouškování operačního pole• asistuje při katetrizačním výkonu• vede zdravotnickou dokumentaci a další dokumenty vyplývající z právních předpisů, pracuje s informačním systémem a systémem MEDEA		
Datum:	Podpis pracovníka:	Podpis vrchní sestry



DODATEK K POPISU ČINNOSTI

Příjmení, jméno, titul		
Název pracoviště: II. interní klinika		Název úseku ECHO + EKG
<ul style="list-style-type: none">• zná metodiku echokardiografie a jícnové echokardiografie, asistuje při vyšetření• provádí zápis, pracuje s informačním systémem Medea• provádí EKG vyšetření		
Datum:	Podpis pracovníka:	Podpis vrchní sestry



DODATEK K POPISU ČINNOSTI

Příjmení, jméno, titul		
Název pracoviště: II. interní klinika		Název úseku Cévní ambulance
<ul style="list-style-type: none">• příprava pacienta a asistence při ultrasonografickém a dopplerovském vyšetření• ošetřování ran v důsledku cévních onemocnění, spolupráce s ranhojičkami VFN• práce s informačním systémem Medea		
Datum:	Podpis pracovníka:	Podpis vrchní sestry

SZŠ VZŠ Bc. Mgr. SZŠ+PSS jiné.....

9. Studujete v současné době? ano ne

Bc. Mgr. PSS jiné.....

10. Jaký je Váš rodinný stav?

svobodná/ý s dětmi
vdaná/ ženatý bezdětná/ý
rozvedená/ý
vdova/ec

11. Požaduje Váš zaměstnavatel, aby jste zvyšoval/a své dosažené vzdělávání?

ano ne

jestli ano, v jaké míře a jakou formou?

semináře
dlouhodobé kurzy
vysokoškolské vzdělání
specializační vzdělání
pasivní účast na vědeckých kongresech
aktivní účast na vědeckých kongresech

.....

12. Máte potřebu sami zvyšovat své dosažené vzdělání, bez ohledu na okolní vlivy?

ano ne

13. Jestli ano, v jaké míře a jakou formou?

semináře
dlouhodobé kurzy
vysokoškolské vzdělání
specializační vzdělání
pasivní účast na vědeckých kongresech
aktivní účast na vědeckých kongresech

.....

14. Představuje pro Vás povinná registrace sester (dosažení 40 bodů, během daného období), výraznou zátěž?

ano ne

Pokud ano, jakou? psychickou
(možno označ více) fyzickou

odpovědí) časovou
finanční

15. Vyčerpává Vás vaše práce fyzicky?

ano spíše ano spíše ne ne

16. Vyčerpává Vás vaše práce psychicky?

ano spíše ano spíše ne ne

17. Uvažujete o změně zaměstnání?

často občas výjimečně nikdy

18. Kolik předčasových hodin v měsíci pracujete?

0 hodin do 10 hodin 11-20 hodin 20-40 hodin 40 a více

19. S Vaším finančním hodnocením jste?

spokojeni spíše spokojeni spíše nespokojeni nespokojeni

20. Vaše vztahy s nadřízenými hodnotíte jako?

dobré spíše dobře spíše špatně špatné

21. Jak hodnotíte vztahy ve vašem pracovním kolektivu?

dobré spíše dobře spíše špatně špatně

22. Jak hodnotíte vaše vztahy s lékaři na vašem pracovišti?

dobré spíše dobré spíše špatně špatně

23. Stresuje Vás odborný, nebo lidský přístup lékařů vůči vašim pacientům?

ano ne

24. Jak hodnotíte odborný přístup lékařů na pracovišti k pacientům?

dobry spíše dobrý spíše špatný špatný

25. Jak hodnotíte lidský přístup lékařů na pracovišti k pacientům?

dobry spíše dobrý spíše špatný špatný

26. Jak Vás zatěžuje péče o těžce nemocné a umírající nemocné?

zatěžuje spíše zatěžuje spíše nezatěžuje nezatěžuje

27. Máte problémy v souvislosti s příjmem potravy?

často občas výjimečně nikdy

28. Trpíte poruchami spánku?

často občas výjimečně nikdy

29. Patří mezi jednu z vašich pracovních zátěží i dosavadní forma ubytování?

ano ne

Pokud ano : bydlím na ubytovně (samostatně)
bydlím na ubytovně (se spolubydlícím)
bydlím ve vlastním bytě, domě (sama)
bydlím ve vlastním bytě, domě (s rodinou)
jiná forma ubytování

30. Cesta do práce vám trvá:

do 30 min. 30 min. až 60 min. nad 60 min.

31. Trpíte syndromem vyhoření?

ano spíše ano spíše ne ne

32. Jaké volíte formy kompenzace případného stresu?

pohybové aktivity
jiné koníčky
rodina
spánek
zvířecí přítel
snaha o zdravý životní styl
alkohol
cigarety
medikamenty (hypnotika, anxiolitika, psychofarmaka, apod.)
jiné

33. Zkuste prosím popsat vlastními slovy, co vás v práci nejvíce zatěžuje?

.....
.....

.....
.....
Dotazník BURNOUT (prosím vyplňte křížkem)
Psychologie Dnes / Mallotová, 2000/

Jak často máte následující pocity a zkušenosti? V tabulce použijte laskavě tohoto odstupňování:

- 1- nikdy
- 2- jednou za čas
- 3- zřídka kdy
- 4- někdy
- 5- často
- 6- obvykle
- 7- vždy

	VAŠE POCITY	1	2	3	4	5	6	7
1	Jsem unaven							
2	Jsem v depresi							
3	Prožívám krásný den							
4	Jsem tělesně vyčerpán							
5	Jsem citově vyčerpán							
6	Jsem šťasten							
7	Cítím se vyřízen							
8	Nemohu se vzchopit a pokračovat dále							
9	Jsem nešťastný							
10	Cítím se uhoněn a utahán							
11	Cítím se jakoby uvězněn v pasti							
12	Cítím se jako nula							
13	Cítím se utrápen							
14	Tíží mne starosti							
15	Cítím se zklamán a rozčarován							
16	Jsem sláb na cestě k nemoci							
17	Cítím se beznadějně							
18	Cítím se odmítnut a odstrčen							
19	Cítím se pln optimismu							
20	Cítím se pln energie							
21	Jsem pln úzkosti a obav							