

**Univerzita Karlova v Praze  
1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví: N5345

Studijní obor: Intenzivní péče: 5345T024



**Bc. Eva Novotná**

**Výkon profese v intenzivní péči a její vliv na životní styl sester**

*Work in intensive care and its impact on nurses' lifestyle*

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Helena Michálková

Praha 2010

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem uvedla všechny použité informační zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby tato závěrečná práce byla archivována v Ústavu vědeckých informací 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze a zde užívána ke studijním účelům. Za předpokladu, že každý, kdo tuto práci použije pro svou přednáškovou nebo publikační aktivitu, se zavazuje, že bude tento zdroj informací řádně citovat.

Souhlasím se zpřístupněním elektronické verze mé práce v Digitálním repozitáři Univerzity Karlovy v Praze (<http://repozitar.cuni.cz>). Práce je zpřístupněna pouze v rámci Univerzity Karlovy v Praze.

Souhlasím – Nesouhlasím\*

V Praze, 30.4.2010

Bc. Eva Novotná

---

\* Nehodící se škrtnete

## **Poděkování**

Na tomto místě bych velmi ráda poděkovala Mgr. Heleně Michálkové za metodické vedení, cenné připomínky, ochotu a čas, který mi věnovala při zpracování mé diplomové práce. Dále děkuji své rodině za podporu při psaní této práce a také velké poděkování patří všem respondentům za spolupráci při sběru dat.

### **Identifikační záznam:**

NOVOTNÁ, Eva. *Výkon profese v intenzivní péči a její vliv na životní styl sester [Work in intensive care and its impact on nurses' lifestyle]*. Praha, 2010. 95 stran, 2 přílohy. Diplomová práce (NMgr). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, ZSF JU v ČB, KOS. Vedoucí závěrečné práce Michálková, Helena.

### **Abstrakt**

Tato diplomová práce se zabývá životním stylem sester pracujících na odděleních intenzivní péče. Práce sester je fyzicky i psychicky velice náročná. Je vykonávána pod časovým tlakem a ve vynuceném tempu. Je náročná na vnímání a paměť, vyžaduje kritické myšlení, odborné vědomosti na vysoké úrovni, ale také zručnost a praktické dovednosti. Vše se odráží na prožívání i duševním zdraví sester. A právě fyzickému i psychickému vyčerpání lze předcházet zdravým životním stylem, do kterého patří zdravá životospráva.

Cílem práce bylo zmapovat životní styl sester pracujících na odděleních intenzivní péče, zjistit jak výkon profese ovlivňuje životosprávu sester. Výzkum se týkal zdravého stravování, vhodné relaxace, užívání návykových látek a psychické zátěže sester.

Pro naplnění cílů bylo využito kvantitativní výzkumné šetření metodou dotazníku. K výzkumu bylo využito 178 dotazníků od sester pracujících na odděleních intenzivní péče. Dotazníky byly zpracovány popisnou statistikou pomocí grafů a tabulek.

Z výzkumného šetření je zřejmé, že sestry nedodržují zásady zdravého stravování a toto tvrzení si sestry uvědomují. Výzkumné šetření potvrdilo, že sestry pracující v intenzivní péči dostatečně neodpočívají. Je alarmující, že sestry jsou často unavené a spí méně než 8 hodin denně. Z výsledků dále vyplynulo, že sestry kouří a konzumují velké množství kofeinových nápojů. Z výzkumného šetření je patrné, že pro

většinu sester pracujících na ARO/JIP, je pracovní prostředí velmi stresující. Potěšující je, že sestry mají zájem o novinky ve svém oboru a nepřemýšlí o změně zaměstnání.

Z výzkumného šetření je zřejmé, že výkon profese sester pracujících na odděleních intenzivní péče má vliv na životosprávu těchto specialistek.

### **Klíčová slova**

INTENZIVNÍ PÉČE

OŠETŘOVATELSTVÍ

RELAXACE

STRES

SYNDROM VYHOŘENÍ

ŽIVOTNÍ STYL

ŽIVOTOSPRÁVA

## **Abstract**

This dissertation is concerned with the live style of nurses working at the intensive care units. The work of nurses is demanding both physically and mentally. It is carried out under time pressure and in forced pace. It is demanding for perception and memory, it requires critical thinking, high level of professional knowledge, and also skill and practical proficiency. All these are reflected on the nurse's experience and mental health. And it is physical and mental exhaustion that can be avoided by healthy life style.

The aim of the dissertation was to map the life style of nurses working at intensive care units and find out how performing the profession affects the life style of the nurses. The research was concerned with healthy food, suitable relaxation, using addictive substances, and the psychological stress on the nurses.

To achieve the aim of this work, a quantitative research investigation by the method of questionnaire was used 178 questionnaires from nurses working at intensive care units were used. The questionnaires were processed by descriptive statistics with graphs and tables.

From the research investigation, it is clear that the nurses do not abide by the principles of healthy dieting, and the nurses realize this fact. The research investigation confirmed that nurses working at intensive care units do not take sufficient rest. It is alarming that the nurses are often tired and sleep less than 8 hours daily. The results show that the nurses smoke and consume large quantities of caffeine drinks. It is clear from the research investigation that the majority of nurses find the work environment at ICU very stressing. Fortunately the nurses are interested in new things in their branch and do not think of changing their jobs.

From the research investigation, it is clear that working at the intensive care units has an effect on the life style of theses specialists.

## **Keywords**

INTENSIVE CARE

NURSING CARE

RELAXATION

STRESS

BURNOUT

STYLE OF LIFE

WAY OF LIVING

## **OBSAH:**

<b>ÚVOD</b> .....	<b>9</b>
<b>1. SOUČASNÝ STAV</b> .....	<b>10</b>
1.1 INTENZIVNÍ PÉČE.....	10
1.1.1 <i>Historický vývoj oboru ve světě a v ČR</i> .....	10
1.1.2 <i>Diferenciace oboru intenzivní medicíny</i> .....	14
1.2 SESTRA V INTENZIVNÍ PÉČI.....	17
1.2.1 <i>Koncepce ošetřovatelství</i> .....	17
1.2.2 <i>Vzdělávání sester v intenzivní péči</i> .....	20
1.2.3 <i>Kompetence sester v intenzivní péči</i> .....	21
1.3 ŽIVOTNÍ STYL - ŽIVOTOSPRAVA.....	24
1.3.1 <i>Definice životního stylu a jeho základní atributy</i> .....	24
1.3.2 <i>Výživa - Pitný režim – Stravovací návyky</i> .....	25
1.3.3 <i>Fyzická aktivita</i> .....	29
1.3.4 <i>Spánek a odpočinek</i> .....	31
1.3.5 <i>Stres - syndrom vyhoření - psychohygienu</i> .....	35
1.3.6 <i>Zneužívání omamných látek, alkoholismus, nikotinismus</i> .....	40
2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY.....	48
2.1 CÍLE VÝZKUMU.....	48
2.2 HYPOTÉZY.....	48
<b>3. METODIKA</b> .....	<b>49</b>
3.1 METODIKA.....	49
3.2 CHARAKTERISTIKA SOUBORU.....	50
<b>4. VÝSLEDKY</b> .....	<b>51</b>
<b>5. DISKUZE</b> .....	<b>76</b>
<b>6. ZÁVĚR</b> .....	<b>87</b>
<b>7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ</b> .....	<b>89</b>
<b>8. SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>95</b>



## ÚVOD

Práce na intenzivní péči je velice krásnou, ale i náročnou profesí, sestry naplňuje i vyčerpává. Sestra pracující na intenzivní péči se denně setkává s lidmi, kteří jsou ve stavu ohrožení základních životních funkcí. Očekává se od ní velká dávka sebeovládání, klidné vystupování a také rychlé a přesné plnění úkolů. Její práce je náročná na vnímání a paměť, vyžaduje kritické myšlení, odborné vědomosti na vysoké úrovni, ale také zručnost a praktické dovednosti. Podmínkou spokojenosti a úspěšnosti ve výkonu profese je dobrá profesionální adaptace, která obnáší překonání hlubokého prožívání zatěžujících událostí. Postupná kumulace této náročné péče může způsobit fyzické vyčerpání, užívání návykových látek až syndrom vyhoření. Profese sestry je fyzicky i psychicky velice náročná. A právě fyzickému i psychickému vyčerpání lze předcházet zdravým životním stylem, do kterého patří zdravá životospráva. Aby mohla být odváděna kvalitní profesionální péče, který tento obor bezpodmínečně vyžaduje, je nutné, aby sestra měla nejen potřebné znalosti a dovednosti, ale aby byla pro výkon této profese dostatečně odpočatá a fyzicky i psychicky vyrovnaná.

Téma této diplomové práce se vztahuje k životnímu stylu sester pracujících v intenzivní péči. Především, jak výkon profese zasahuje do osobního života sester a jak ovlivňuje jejich životní styl. Životní styl je obtížně definovatelný, neboť tvoří celou řadu komponent, aspektů a faktorů, které jej ovlivňují. Tato práce je zaměřena na životosprávu sester pracujících na intenzivní péči, především jejich stravování, pohybovou aktivitu, spánek a odpočinek a na psychické zatížení v pracovním prostředí sester.

Žít zdravě se musíme naučit a svůj zdravý životní styl, zvláště pěstováním návyků, dovedností, vytvářením struktury vědomostí, zlepšováním podmínek pro tělesnou, duševní a společenskou pohodu si musíme postupně budovat každý sám.

## 1. SOUČASNÝ STAV

### 1.1 Intenzivní péče

#### 1.1.1 Historický vývoj oboru ve světě a v ČR

##### *Vznik a rozvoj anesteziologie*

Po dlouhá staletí operovali ranhojiči a chirurgové bez účinného znecitlivění. Avšak snaha o potlačení bolesti se táhne historií medicíny od jejich prvopočátků. Odvary z opia a mandragory byly známy již ve starém Egyptě a Sýrii. Již Hippokrates 400 let př.n.l. užíval opium, aby tlumil bolest u svých pacientů. První éterovou inhalační anestézií úspěšně podal při veřejné demonstraci před lékaři a studenty dne 16. 10. 1846 v univerzitní nemocnici v Bostonu dentista William Thomas Green Morton. Již pár dní poté Oliver Wendell Holmes navrhuje slovo „anestézie“ k označení stavu vyvolaného inhalací par éteru. Éterová inhalační anestézie v následujících měsících doslova obletěla svět. To také vedlo k podání první éterové anestézie v českých zemích, kterou dne 7. února 1847 v Praze v nemocnici Milosrdných bratří (nyní nemocnice Na Františku) provedl magistr chirurgie Celestýn Opitz, člen řádu Milosrdných bratří. V roce 1884 použil oftalmolog Koller k topické anestézii kokain. Roku 1892 byla popsána infiltrační anestézie a v roce 1898 provedl Bier první úspěšnou spinální anestézií. Epidurální anestézií byla zavedena Pagésem až v roce 1921. (50,46)

V roce 1871 provedl Trendelenburg tracheální intubaci do tracheostomatu a v roce 1878 William Mac Ewen již zavedl orotracheální intubaci. V Berlíně roku 1895 byla Alfredem Kirsteinem zavedena přímá laryngoskopie a roku 1920 Magillem a Rowbothamem uvedena do klinické anesteziologické praxe. Foregger v roce 1914 a dále Boyle o tři roky později, se zasloužili o zavedení anestetického přístroje pro aplikaci inhalační směsi kyslíku a oxidu dusného. (50)

V roce 1893 byla v Londýně založena první odborná společnost anesteziologů. V roce 1952 vzniká anesteziologická komise v chirurgické sekci České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČLS JEP). V roce 1961 schválena samostatná

Anesteziologická sekce a roku 1969 se stává Československou anesteziologickou společností. Další vývoj vedl v roce 1971 k založení Československé společnosti anesteziologie a resuscitace, z níž v roce 1994 vznikla Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny s pracovní zkratkou názvu na ČSARIM. V roce 1955 byla založena Světová federace anesteziologických společností (WFSA) do níž se Čs. společnost anesteziologie a resuscitace přihlásila jako kolektivní člen. Také sestry si v roce 1974 ustanovily v rámci odborné společnosti vlastní komisi, později sekci, sester pracujících v oboru. Odborná společnost vždy zastávala názor, zabudovaný i do koncepce ošetrovatelství, že v oboru je sestra nenahraditelnou spolupracovnicí lékaře a že lékař a sestra tvoří komplexní tým. Sekce sester s vedoucími osobnostmi měla ve výboru společnosti vždy přímé zastoupení dvěma zvolenými členkami. Sekce byla neobyčejně aktivní. Již samostatné odborné akce sester, s tradicí pravidelných Minářových dnů v Plzni od roku 1976, byly pravidelně navštíveny stovkami sester. V tomto duchu pokračuje po roce 1989 samostatná Asociace sester. (50)

V roce 1948 vzniklo první anesteziologické oddělení v Praze ve Vojenské nemocnici ve Střešovicích pod vedením doktora Lva Spinadela, který během války získal anesteziologickou odbornost ve Velké Británii. Ten také vydal vůbec první československou učebnici klinické anesteziologie. V té době oddělení zahájilo svou pravidelnou činnost pouze s jedním lékařem a jednou sestrou. Mělo samostatně vedenou evidenci materiálu a zajišťovalo anesteziologickou péči všem operačním oddělením v ústavu. Avšak prosadit lůžkovou ošetrovatelskou péči se ještě mnoho let poté nepodařilo. (50,46)

Cesta anesteziologie a resuscitace k oborové samostatnosti v Československu začala v poválečném období v rámci postgraduálního vzdělávání lékařů. Postupně se ze specializačních anesteziologických kurzů, které byly určeny pro lékaře chirurgických oborů pověřené prováděním anestézií, rozvinula od roku 1955 anesteziologie a resuscitace jako postgraduální obor. Avšak na lékařských fakultách se podařilo prosadit obor do výuky až mnohem později. Teprve v 80. letech minulého století díky spojenému úsilí anesteziologů z fakultních nemocnic dochází k postupnému zavádění výuky anestézie na všech lékařských fakultách. Obor postupně získal i komisi pro

udělování vědeckých hodností. I v oblasti vědecko-výzkumné základny se dosahovalo řady významných výsledků. O rozvoji vzdělávání nelékařských zdravotníků bude pojednáno viz. kapitola 1.2.1. (50)

#### *Vznik a rozvoj resuscitační a intenzivní péče*

První pokusy o intenzivní ošetřování byly zaznamenány již ve 30. letech na chirurgických klinikách v Berlíně a Heidelbergu, kde byly vymezeny oddělené prostory pro intenzivní ošetřování čerstvě operovaných pacientů. Další pokrok v organizaci intenzivní péče si vyžádaly rozsáhlé epidemie poliomyelitidy v Dánsku a severských zemích v letech 1947 a 1952, kdy vznikaly respirační jednotky pro nemocné s potřebou náhrady spontánního dýchání. V 60. letech 20. století byla rozpoznána závažnost srdečních arytmií jako zdroje komplikací a úmrtí při infarktech myokardu. To vedlo k rutinnímu používání srdečního monitoringu na JIP, zvláště při postinfarktových stavech. Následovala řada technických objevů a novinek, které vytvářeli dobré podmínky pro rozvoj jednotek intenzivní péče. Významně se také na rozvoji podílely pokroky ve farmakologii. Zdokonalující se výroba moderních přístrojů pro umělou plicní ventilaci a monitorování vitálních funkcí se postupně stávala základem pro vznik specializovaných oddělení pečující o pacienty v kritickém stavu. (46,1)

Rozvoj resuscitační a intenzivní péče byl zřetelně spjat s politickou i ekonomickou situací v naší zemi po druhé světové válce. Přístup k informacím a novým technologiím byl výrazně omezen. Mnoho významných odborníků odešlo za hranice státu, kde se díky svým schopnostem uplatnili ve významných funkcích univerzitních nemocnic v Evropě i v USA. Ti, co v Československu zůstali, museli přijmout podmínky režimu, avšak svou neúnavnou prací se na rozvoji oboru u nás také významně podíleli. (46)

Zásadní význam pro rozvoj oboru mělo prosazení celostátního modelu, který v roce 1974 vydalo Ministerstvo zdravotnictví Československé socialistické republiky jako závazné základní dokumenty, které definovaly vytvoření diferencované péče o pacienta, rychlou zdravotnickou pomoc, první pomoc a koncepci oboru anesteziologie. V té době měl v západním zahraničí obor svou náplní i sítí svých pracovišť již podstatně

pokročilejší možnosti, které u nás vyvažovalo především profesní i osobní zaujetí lékařů nového oboru. (7)

Byl tak položen základ pro vznik multidisciplinárních oddělení, kde je péče orientovaná kardiologicky, neurologicky, respiračně či zaměřená na dětskou resuscitační péči. Obor klade nové nároky na laboratorní a diagnostické výkony. Mnohá vyšetření se již posouvají z centrálních laboratoří přímo k lůžku nemocného. Díky demografickému vývoji stárnoucí a komorbidní populace byla nutnost vytvořit protiváhu k akutním lůžkům, tedy lůžka chronická a paliativní na Odděleních chronické resuscitační a intenzivní péče (OCHRIP) pro ventilované, bezvědomé či nemocné v permanentním vegetativním stavu. V současné době se také obrací pozornost k pacientům s nutností umělé plicní ventilace s možností domácí péče. Nově se vytvářejí podle potřeb a stavebních možností nemocničních zařízení centrální příjmy, v nichž se obor angažuje v takzvaných vysokoprahových příjmech, tj. v příjmech pacientů se selháním základních životních funkcí z terénu – po kardiopulmonální resuscitaci, při polytraumatech, při akutních otravách či jiných stavech, které bezprostředně ohrožují život. (46,7)

V současné době se klade důraz na humanizaci oboru. V zahraničí se již jednoznačně přijalo, že pacient má být léčen nejen úměrně závažnosti svého stavu, ale i podle prognózy včetně ohledu na kvalitu jeho dalšího života a také podle jeho, případně i dříve vyjádřené vůle. U nás však tyto rozhodnutí nejsou zatím právně platná a závazná. Situace se tak stává v naší společnosti poněkud patovou. (7)

#### *Stručný historický vývoj zdravotnické záchranné služby*

V polovině 19. století začínala města organizovat profesionální záchranné sbory, které byly posléze diferencovány na technické a zdravotnické záchranné organizace. Po 1. světové válce byly záchranné sbory zřizovány magistrátním úřadem jako samostatné organizace. Současně byl založen Československý červený kříž, jehož činnost byla obdobného charakteru, jen se více orientovala na běžné přepravní služby a spíše fungovala jako doplňková činnost zdravotnických záchranných sborů. Změna politického systému po roce 1948 znamenala proměnu organizace v celém

zdravotnictví, kdy začátkem 50. let bylo vytvořeno centrální řízení zdravotnictví. Na základě těchto změn byly organizace začleněny do Okresních či Krajských ústavů národního zdraví. (50)

Rozvoj samostatného oboru anesteziologie a resuscitace se odráželo v uvědomění si potřeby specifických prvních pomoci. Nové postupy resuscitační péče pozitivně ovlivnily činnost zdravotnických záchranných služeb. Tyto změny si vynutily i lepší technickou vybavenost sanitních vozů. Po roce 1985 byly vozy vybavené jako mobilní jednotky intenzivní péče. Diferenciace zdravotní péče a nové technické možnosti tak dávaly podklad vzniku nového filosofického pojetí péče o akutní stavy. Hlavní zásadou již bylo přenesení zdravotní péče za pacientem do terénu. V roce 1987 byl zahájen provoz letecké záchranné služby, ta byla postupně doplněna sítí stanovišť pozemní záchranné služby. (50)

Politické změny po roce 1989 znamenaly výrazný rozvoj v organizaci záchranné služby. V oblasti přednemocniční neodkladné péče vznikaly samostatné subjekty – zdravotnické záchranné služby. V roce 1992 vznikla katedra přednemocniční neodkladné péče a medicíny katastrof a též byla ustavena jako odborná společnost v České lékařské společnosti J. E. Purkyně v roce 1994. (50)

### ***1.1.2 Diferenciace oboru intenzivní medicíny***

Anesteziologie vytvořila jako obor jednotlivý blok s resuscitací a resuscitační péčí pod zastřešujícími křídly celé intenzivní medicíny. Rozdělení na anesteziology a lékaře intenzivní péče není ve světě jednotná. Obecně se pod pojmem resuscitace zařazuje především kardiopulmonální resuscitace. Vše ostatní, jako péče o pacienty v kritickém stavu, naplňuje pojem intenzivní medicína a intenzivní péče. V České republice máme tyto pojmy od roku 1974 rozděleny v rámci diferencované péče na dva hierarchicky rozdílné stupně: resuscitační a intenzivní péče. Avšak bez ohledu na znění právních definic čas přesvědčivě ukázal, že ostré klinické hranice nelze dodržet.

*Resuscitační péče* je indikována u pacientů, u kterých bezprostředně hrozí selhání základní životní funkce, především dýchání a krevního oběhu nebo u pacientů, u nichž k tomuto selhání již došlo.

*Intenzivní péče* je určena pro pacienty, u nichž takové selhání hrozí a které je nutné monitorovat a intenzivně léčit, aby k selhání nedošlo.

Ale vývoj klinických oborů zákonitě vedl ke vzniku dalších jednotek intenzivní péče (JIP). Mezi specializované typy JIP patří například: *perinatologická centra, metabolické, iktové, geriatrické, úrazové či popáleninové JIP a další.*

*Oddělení chronické resuscitační a intenzivní péče (OCHRIP)* je indikací pro pacienty s nutností dlouhodobé či trvalé umělé plicní ventilace, v bezvědomí či permanentním vegetativním stavu. (7)

*Ambulance léčby bolesti* je určena především pro bolest, která nedosáhla konvenčními postupy ke zlepšení, chronickou či onkologickou bolest nebo kde je indikován speciální postup (epidurální blokády, neurolyzy). Pacienti jsou tak přijímáni na základě lékařského doporučení. (46)

*Přednemocniční neodkladná péče* je samostatnou kategorií nadstavbového oboru urgentní medicína. Tvoří ji v zásadě dva druhy výjezdových skupin: skupina rychlé lékařské pomoci (RLP) s lékařem a skupina rychlé zdravotnické pomoci (RZP) se záchranáři. Nad vším pak hraje klíčovou systémovou úlohu operační středisko záchranné služby (dispečink). (46)

Na všech typech intenzivní péče je pacient kontinuálně monitorován a veškeré informace jsou zaznamenávány do zdravotnické dokumentace. V rámci dokumentace nesmí též chybět podepsaný informovaný souhlas s hospitalizací, což bývá velmi častým problémem, neboť na ARO/JIP jsou většinou přijímáni nemocní ve velmi špatném zdravotním stavu, kdy není možné souhlas odebrat. V takovém případě je nutné nejpozději do 24 hod informovat příslušný obvodní soud, kdy je zahájeno takzvané detenční řízení, tedy řízení o vyslovení přípustnosti převzetí do ústavu zdravotnické péče a držení v ústavu zdravotnické péče. (46)

Skórovací systémy v intenzivní péči se využívají z finančního hlediska k definování závažnosti onemocnění a náročnosti práce pro komunikaci s pojišťovnami, ale také jako prostředek pro audit či k výzkumným účelům. Nejčastěji je využíván takzvaný TISS systém (Therapeutic Intervention Scoring Systém), který vztahuje hodnotu skóre k výkonům a technikám použitým v terapii u jednotlivých pacientů

(množství antibiotik, podpora oběhu, četnost laboratorních vyšetření, množství invazivních opatření atd.). Tento systém umožňuje stanovit pracovní náročnost péče. U nás je v současné době používán ke stanovení ceny péče hrazené zdravotními pojišťovnami. (46)

Požadavky na technické a personální vybavení či seznam výkonů s bodovými hodnotami lze najít ve vyhlášce Ministerstva zdravotnictví ČR č. 493/2005 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů. Ministerstvo zdravotnictví stanoví podle § 17 odst. 4 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů: Příloha k vyhlášce č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění vyhlášky č. 55/2000 Sb., vyhlášky č. 135/2000 Sb., vyhlášky č. 449/2000 Sb., vyhlášky č. 101/2002 Sb. a vyhlášky č. 291/2002 Sb. Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami definuje zdravotní výkon jako základní jednotku seznamu, popisující ucelenou činnost při poskytování zdravotní péče. (23,74,70)



## 1.2 Sestra v intenzivní péči

### 1.2.1 Koncepce ošetřovatelství

Koncepce českého ošetřovatelství vychází z doporučení Světové zdravotnické organizace (WHO), Mezinárodní rady sester (ICN) a Evropské unie (EU). Jde o metodický materiál přijatý MZ ČR, který definuje obor, pracovníky, vzdělávání, řízení oboru, výzkum a určuje další perspektivu vývoje oboru. Realizace koncepce by měla vést ke zkvalitnění celkové péče o zdraví české populace. (60)

#### *Definice a pojetí ošetřovatelství*

**„Ošetřovatelství je samostatná vědecká disciplína zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví.“** (60, Staňková, s. 31)

WHO definuje ošetřovatelství jako systém typicky ošetřovatelských intervencí týkajících se zdraví jednotlivce, rodiny a skupiny, které jim pomáhají, aby byly schopni pečovat o své zdraví a pohodu. Zaměřuje se na podporu a udržení zdraví, jeho navrácení a rozvoj soběstačnosti a snaží se o zmírňování utrpení u nevléčitelně nemocných a zajištění klidného a důstojného umírání. Ošetřovatelský obor se tak stává součástí prevence, diagnostiky, terapie i rehabilitace. Hlavním cílem ošetřovatelství je pomáhat jednotlivci i skupinám, uspokojovat jejich základní fyziologické, psychosociální a duchovní potřeby, rozvíjet soběstačnost, podporovat pozitivní vztah k péči o vlastní zdraví a zajišťovat prevenci. Charakteristické rysy ošetřovatelství představují aktivně vyhledávanou vysoce individualizovanou péči s komplexně holistickým přístupem založenou na vědecko - výzkumných poznatcích, která je poskytována týmem kvalifikovaných zdravotnických pracovníků. (35,48,26,66)

#### *Pracovníci v ošetřovatelství a jejich vzdělávání*

Klíčovým impulsem pro transformaci koncepce českého ošetřovatelství byl vstup České republiky v roce 2004 do Evropské unie. Dnem 1. 4. 2004 vstoupil v platnost zákon č. 96/2004 Sb. – o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti, jež souvisí

s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů. Tento zákon a s ním související předpisy vytvářejí poprvé v historii českého ošetrovatelství komplexní právní rámec pro poskytování ošetrovatelské péče, který odpovídá vývoji a postavení oboru ošetrovatelství ve vyspělých zemích. Zákon č. 96/2004 Sb. byl novelizován. V prvním týdnu roku 2010 ve Sbírce zákonů byla publikována vyhláška č. 4/2010, kterou se mění vyhláška č. 423/2004 Sb., kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků, ve znění vyhlášky č. 321/2008 Sb. Vyhláška nabyla účinnosti dnem 1. února 2010. (73,16,72)

Z právních předpisů vyplývá, že je sestra povinna udržovat své odborné znalosti a dále se sebevzdělávat a to po celou dobu, kdy vykonává své povolání. Jde tedy o dlouhodobý proces. K formám celoživotního vzdělávání navazujícího na získanou odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání patří studium navazujících vysokoškolských studijních programů, certifikované kurzy, inovační kurzy, odborné stáže, účast na školicích akcích, seminářích, konferencích a odborných symposiích. Dále do celoživotního vzdělávání patří i publikační, vědeckovýzkumná nebo i pedagogická činnost. Všechny stupně a typy vzdělávání a všechny aktivity v oblasti dalšího vzdělávání má sestra oficiálně zaznamenány v Průkazu odbornosti (indexu), který slouží jako podklad k registraci. Aby mohla být každá z těchto uvedených forem celoživotního vzdělávání sestrou využita k obnovení získání osvědčení ke způsobilosti k výkonu povolání, musí mít přidělené kredity prostřednictvím kreditní komise při České asociaci sester. (59,48)

Kvalifikační příprava sester v současné době probíhá na univerzitní půdě. Střední zdravotnické školy nyní připravují na budoucí povolání zdravotnické asistenty, kteří budou provádět základní ošetrovatelskou péči pod odborným dohledem kvalifikovaného zdravotnického pracovníka. Převedení studia oboru Všeobecná sestra na vysokoškolskou úroveň nebo na úroveň vyšších odborných škol zaručuje, že studenti jsou již duševně a emočně zralejší. (59)

### *Řízení v ošetrovatelství*

Nejvyšším řídicím a metodickým článkem oboru je samostatný útvar ošetrovatelské péče Ministerstva zdravotnictví ČR. Připravuje koncepci rozvoje ošetrovatelství, vyjadřuje se ke všem zásadním odborným, organizačním, ekonomickým a legislativním opatřením, která se týkají ošetrovatelství. Jako svůj poradní orgán zřizuje Radu pro rozvoj ošetrovatelství, jejíž členové jsou zástupci ošetrovatelské praxe, profesní sesterské organizace a zástupci vzdělávacích institucí. Rada připravuje podklady pro rozvoj oboru. V jednotlivých zdravotnických zařízeních odpovídá za organizaci a kvalitu ošetrovatelské péče náměstkyně/náměstek pro ošetrovatelskou péči. Vrchní sestry - manažerky pak organizují práci na příslušných odborných odděleních, která mohou být tvořena z několika ošetrovacích jednotek a vedena staničními či směnovými sestrami na nejnižší úrovni managementu. (48)

Vedoucí sestry jsou povinny pravidelně a průběžně hodnotit ve svém zařízení kvalitu poskytované ošetrovatelské péče. Definici kvalitní péče a její kritéria stanovují ošetrovatelské standardy. Plnění jednotlivých standardů a celkovou kvalitu ošetrovatelské péče je pak hodnocena metodou ošetrovatelského auditu. (5)

### *Výzkum v ošetrovatelství*

Rozvoj oboru se opírá o vědecké poznatky v ošetrovatelství i dalších disciplín, vycházející z vědecko-výzkumné práce. České ošetrovatelství má výzkumnou bázi soustředěnou na univerzitách a na dalších vzdělávacích institucích. Tyto instituce jednak ve specializačním a univerzitním studiu vzdělávají sestry v základní metodice vědecko-výzkumné práce, jednak provádějí ošetrovatelský výzkum. Ošetrovatelský výzkum je financován prostřednictvím grantových agentur a sponzorů. (48)

Každoročně lze přihlašovat projekty na libovolná ošetrovatelská témata a žádat o finanční podporu. Ministerstvo zdravotnictví může na základě společenské objednávky některá témata veřejně vyhlásit. Výsledky ošetrovatelských výzkumných studií a projektů jsou publikovány v odborném ošetrovatelském tisku, nebo se s nimi mohou sestry seznámit na odborných konferencích pořádaných některou sesterskou profesní organizací. (48)

### ***1.2.2 Vzdelávání sester v intenzivní péči***

Vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků v České republice bylo třeba zásadním způsobem upravit, aby dosahovalo úrovně Evropské unie, a to z důvodu uznání kvalifikace sester. Další podmínkou pro samostatné vykonávání práce sestry je též registrace zdravotnických pracovníků ve formě osvědčení k výkonu zdravotního povolání bez odborného dohledu. Důvodem registrace je zajištění kvality poskytování zdravotní péče sester a uznání profesního vzdělání pro výkon povolání v zemích Evropské unie. Česká republika přispívá k celoživotnímu vzdělávání tím, že přijala zákon č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních, který uzákonil povinnost sestrám se celoživotně vzdělávat. (23,17, 73)

Zdravotničtí pracovníci způsobilí k výkonu povolání bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti projdou nejdříve kvalifikačním studiem, které probíhá na vyšších zdravotnických školách a na vysokých školách v souladu s příslušnými směrnici Evropské unie. Dále pak následuje celoživotní vzdělávání, kterým si zdravotničtí pracovníci obnovují, zvyšují, prohlubují a doplňují vědomosti, dovednosti a způsobilost v příslušném oboru v souladu s rozvojem oboru a nejnovějšími vědeckými poznatky. Součástí celoživotního vzdělávání je také specializační vzdělávání, které je zaměřeno na ošetrovatelství v klinických oborech, na různé formy ústavní, ambulantní a komunitní péče a na management ve zdravotnictví. Probíhá v akreditovaných zařízeních. Podle nového metodického pokynu vycházející z ustanovení Věstníku MZ ČR č. 6/2009 Sb., nyní postupují akreditovaná zařízení, která jsou oprávněna uskutečňovat vzdělávací program specializačního vzdělávání, a pověřené organizace. V rámci celoživotního vzdělávání je možné v oboru ošetrovatelství získat již plné akademické vzdělání. (15,59,72)

Specializační vzdělávání je možné získat pouze absolvováním vzdělávacích programů, které jsou akreditované. Vzdělávací programy specializačního studia jsou koncipovány modulovým způsobem. V modulovém systému vzdělávání jsou tři úrovně modulů. Jsou to základní moduly, které jsou zaměřeny na všeobecné znalosti a dovednosti. Odborné moduly a speciální moduly jsou zaměřeny na odbornou, úzce specializovanou problematiku. Předností tohoto systému je možnost volit a kombinovat

jednotlivé moduly nebo certifikované kurzy. Pro každý modul je vypracován návod ke studiu, který připraví studenta k aktivní účasti ve vyučovacím procesu. Principem modulového systému je těsné sepětí teorie s praxí. Realizována je pak s mentorem, který je pracovníkem příslušného akreditovaného klinického pracoviště. Celoživotní vzdělávání slouží jako předpoklad zajišťování kvalitní ošetrovatelské péče. (49,15,17,72,73)

### ***1.2.3 Kompetence sester v intenzivní péči***

S rozvojem ošetrovatelství se postupně mění i role sestry. Sestra se stále více stává rovnocennou členkou zdravotnického týmu, která je schopná samostatné práce v oblasti své působnosti. Protože se mění kompetence sestry, mění se i obsah její práce a profese sestry se tak stává samostatnější. (59)

Pojem kompetence má mnoho významů a nejčastěji se používá v pracovních právních oblastech. V ošetrovatelství představuje potřebnou kvalifikaci pro výkon povolání sestry. Souvisí s regulací profese, kvalitou, vzděláním a poskytováním péče dle standardů. (59)

Podle ICN definice odborné způsobilosti, z níž kompetence vycházejí, zní takto: „Úroveň práce, v níž se projevuje účinné používání znalostí, dovedností a úsudku“. Mastiliaková definuje kompetence jako dovednosti, znalosti a postoje, které umožňují určité osobě samostatně vykonávat svoji činnost, nepřetržitě se odborně vzdělávat a rychle se přizpůsobit měnícím se podmínkám. Definice kompetencí sester na úrovni Evropské unie musí pokrývat nejdůležitější společné kompetence, které jsou požadovány pro výkon povolání v libovolném státě. Každý členský stát může tento minimální rozsah kompetencí překročit dle aktuálních požadavků na ošetřovatele v těchto zemích. Protože se rámec kompetencí v celém světě rychle mění, cílem ICN je zajistit pravidelné posuzování a aktualizování kompetencí podle potřeby jednotlivých zemí. (36,37)

V České republice jsou kompetence všeobecné sestry dány vyhláškou č. 424/2004 Sb., která stanovuje činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. (69)

Kompetence sester v intenzivní péči navazují na kompetence lékařů a mají i svůj vlastní ráz ošetrovatelské péče. Také jsou vyjádřeny v organizačním a provozním řádu konkrétního pracoviště a musí odpovídat vzdělání, kvalifikaci a zkušenostem pracujících sester v rozsahu pracovní smlouvy. Ošetrovatelská péče je vedena v dekursu v ošetrovatelské dokumentaci a dalších formulářích, které se k ní vztahují. Kompetence sester lze individuálně zvýšit se záznamem do náplně činnosti, popř. je lékař zvýší konkrétně, tedy jen pro určený případ, například ve vysoce tíšňové situaci – defibrilace, příjmy při hromadném neštěstí, odběry vzorků z artérie, převazy, výměny tracheostomické kanyly, příprava infúzních vaků s výživou apod. V zahraničí mají sestry k tomuto účelu již zavedené přísné a přesné metodické pokyny – návody. (8)

Ošetrovatelské výkony jsou z převažující části neintervenní – polohování, toaleta, výživa, s výjimkou např. katetrizace močového měchýře u žen, zajištění periferního žilního přístupu, odsávání z dýchacích cest apod. Na hranici jsou pak aplikace léčiv z lineárních dávkovačů, přípravy a podávání infúzí s přísadami a krevních derivátů, příprava ventilátorů a přístrojů pro mimotělní eliminaci apod. (8)

Při intervenčních výkonech je v kompetenci sester asistence lékařů. Sestry za svou činnost při výkonech zodpovídají. Též zodpovídají za správnost vedení ošetrovatelské dokumentace. (8)

Komunikace s pacienty a jejich rodinnými příslušníky je v profesi sestry velice významná, zvláště pak v intenzivní péči. Profesor Pafko konstatoval: „*Chirurg na JIP stráví ráno u každého pacienta přibližně 4 minuty a poté ho zkontroluje po ukončení operačního programu. Sestra stráví u pacienta na JIP více než 50 % své směny, zatímco na oddělení standardní péče pouze 8-12 %*“. Zásady komunikace sester mají širší rámec než jen zaměření na pacienta. Sestry by se měly zúčastňovat s lékaři důležitých hovorů s pacientem, jeho rodinou o zdravotním stavu, eventuálně doplňovat informace o pacientovi v rozsahu své kompetence, který zaznamenávají do ošetrovatelské dokumentace. V zahraničí bývají sestry často zvány ke spulurozhodování o nerozšiřování terapie, o terminální sedaci, o DNR či o zařazení do dárcovského programu. (8)

Náročnost intenzivní medicíny vyžaduje nové vymezení kompetence sester pracujících na lůžkách ARO, JIP, OCHRIP. Ze studie Juráskové a Lálové, jejímž cílem bylo zmapovat skutečnost vykonávání konkrétních činností sester na ARO/JIP vyplývá, že přestože je zákon č. 96/2004 Sb. velmi moderní, nepostihuje skutečnost, že sestry běžně upravují dávky katecholaminů a tlumení dle aktuálního stavu nemocného, což se vlastně děje nezákonně. Je samozřejmé, že sestry by neměly dostat plnou možnost rozhodování ohledně farmakoterapie kritického stavu, to zajisté vyžaduje lékařské vzdělání, nicméně v rámci přesně definované kompetence by mohly mít omezenou možnost reagovat úpravou dávek na aktuální stav nemocného. Ostatně tento průzkum ukázal, že se toto s tichým souhlasem lékařů běžně děje. Tento zásadní rozpor každodenní praxe je v jiných zemích velmi dobře vyřešen. Bývají tak definovány protokoly léčby, které umožní standardizovanou a vysoce efektivní péči a v konečném důsledku i mohou vést k zlepšení klinických i laboratorních parametrů nemocného. (34,33,73)

Kompetence vyžadují jednotnost, ale také meze, vedou k odpovědnosti za činnosti, za rozhodnutí, za sdělování informací. Zjednodušují komunikaci, upravují systém, jednotnou disciplínu a pracovní vertikální i horizontální vztahy. Je zřejmé, že poskytování komplexní a kompetentní péče vyžaduje kvalitní a odborné vzdělání. Právě dobrý základ z medicínských předmětů, který umožňuje chápat širší souvislost, je nejlepším předpokladem pro případné navyšování kompetencí sester. Jistě by rozšíření sesterských pravomocí přineslo zvýšení prestiže tohoto povolání, ale také vyšší nároky na kontinuální vzdělávání a pracovní nasazení. To by však muselo být doprovázeno i lepším finančním ohodnocením. (8,34,15)

## 1.3 Životní styl - životospráva

### 1.3.1 Definice životního stylu a jeho základní atributy

Vymezení pojmu životního stylu je velmi složité, neboť životní styl je kategorií neobyčejně širokou, složitou, mnohodimenzionální. Vycházíme-li z nejobecnějšího vymezení pojmu životního stylu, jde o způsob, jakým lidé žijí – tedy jak bydlí, stravují se, vzdělávají se, chovají se v různých situacích, baví se, pracují, vzájemně komunikují, jednají, rozhodují se, cestují, vyznávají a dodržují určité hodnoty, starají se o děti, pěstují potraviny, vyrábějí atd. Z tohoto vyplývá, že životní styl je typická multidisciplinární problematika. Životní styl má celou řadu komponent, prvků, složek, aspektů a ovlivňuje jej celá řada faktorů – v zásadě je tvořen dvěma hlavními faktory – vnějším faktorem, což jsou životní podmínky (geografické a ekologické, biologické, demografické, sociálně-politické, ekonomické, kulturní a obecně ideové, technologické) a vnitřním faktorem, což je člověk jako nejkonkrétnější subjekt životního způsobu (jeho osobnost se všemi potřebami, hodnotami, dovednostmi, zkušenostmi, schopnostmi, ambicemi apod.). Ve skutečnosti ovšem existují značné rozdíly v tom, jak dané činnosti vykonává konkrétní člověk, jaké preferuje hodnoty, jak vypadají jeho sociální vazby, čím individuálně tráví svůj volný čas atd. (10)

V publikacích o životním způsobu/stylu se též nejčastěji ukazuje souvislost se zdravím. Definovat zdravý životní styl je stejně obtížné jako se důsledně řídit jeho zásadami. V současnosti se zásada „žít zdravě“ chápe velmi často spíše intuitivně. Obecně vzato podstatou zdravého životního stylu je dodržovat a respektovat v různých sférách života komplex určitých pravidel a norem směřujících k udržení a upevnění zdraví, přičemž je důležité vycházet z konkrétních podmínek exogenních (okolní prostředí) i endogenních (organismus jedince). Vycházíme-li z oficiální definice zdraví Světové zdravotnické organizace, kdy: „Zdraví je stav optimální tělesné, duševní a sociální pohody“, je samozřejmé, že normy, pravidla a doporučení ohledně zdravého životního stylu se týkají třech hlavních okruhů. První jsou zásady týkající se biologického organismu člověka (hygiena, výživa, pohybové aktivity a návykové látky). Druhý okruh zásad se vztahuje na psychické zdraví člověka (udržování a upevňování



duševní rovnováhy, kdy za nejhlavnějšího narušitele se považuje stres). A konečně třetí okruh zásad, který se týká sociálního života člověka. (10,19)

Zdravý životní styl u osob pracujících ve zdravotnictví přitom hraje významnou roli nejen jako důležitý aspekt osobní životní strategie, ale má také význam jako vzor pro ostatní populaci v chápání hodnoty zdraví a zdravého přístupu k životu. Při prosazování zdravotní politiky a preventivních programů by proto mělo být podstatné, aby zdravotničtí pracovníci byli jejich prvotními představiteli. (19)

### ***1.3.2 Výživa - Pitný režim – Stravovací návyky***

Významným faktorem životního stylu je výživa, neboť zásady zdravé výživy se se zdravým životním stylem spojují nejčastěji. Společně pak s pohybovou aktivitou, genetickou výbavou a prostředím, v němž žijeme, určuje výsledný zdravotní stav člověka. Genetickou složku samozřejmě neovlivníme, avšak právě výživa je tím faktorem, který máme téměř zcela pod kontrolou. (32)

#### *Výživa*

Mezi základní komponenty výživy, které tvoří výživovou hodnotu stravy patří bílkoviny, tuky a sacharidy. Dále pak vitamíny, minerály, voda a další látky nezbytné pro správnou funkci lidského organismu. Ve výživě zdravého člověka by pak měly podle oficiálních doporučení 55–60 energetických procent tvořit sacharidy, 25–30 procent tuky a 10-20 procent bílkovin. Mezi rizikové faktory týkající se výživy patří nevyvážená strava, která neodpovídá energetickým či nutričním nárokům organismu. Na základě toho byla vytvořena potravinová pyramida zdravé výživy (viz příloha 1), která vychází se současných poznatků o vlivu výživy na zdraví. Potravinové skupiny umístěné v pyramidě jsou voleny tak, aby byla denně zajištěna přiměřená dávka bílkovin, zdravých druhů tuků a sacharidů, dostatek vitamínů, minerálních látek a vlákniny. Potravinové skupiny nacházející se v základně pyramidy jsou doporučovány jako ty, které by se měly jíst nejčastěji a v největším množství. Dále pak směrem k vrcholu pyramidy je vhodnější být při výběru potravin střídmejší a ve špici jsou umístěny potraviny, bez kterých je možno se obejít, a proto by se v jídelníčku měly objevovat jen výjimečně.

Novinkou je zde také řazení potravin podle vhodnosti i v rámci jednotlivých pater zleva doprava. V případě pyramid nejde o striktní doporučení dávek, základním pravidlem zůstává, že příjem by neměl převyšovat výdej energie, jinak je nevyhnutelný nárůst hmotnosti. Pyramida by měla být vodítkem k sestavení zdravé stravy. (32,61)

### *Pitný režim*

Doplňování tekutin organismu je způsob, jak pokrýt jeho každodenní ztráty. Optimálně bychom měli vypít 2-3 litry tekutin denně. Vždy je nutné udržet rovnováhu mezi příjmem a výdejem tekutin. Například pokud se pohybujeme v horku nebo těžce pracujeme či sportujeme, je třeba příjem tekutin zvýšit. Záleží také na skladbě jídelníčku, například pokud je základem zelenina či ovoce, můžeme příjem tekutin formou nápojů o něco snížit. Příjem tekutin by měl být plynulý v průběhu dne. Napít bychom se měli ještě dříve, než pocítíme žízeň. (32)

Nedostatek příjmu tekutin vede k zahuštění tělesných tekutin, tím k poklesu tlaku a k únavě. Zvyšuje se riziko vzniku ledvinových kamenů, usnadňuje se vznik zácpy a znesnadňuje odplavování látek při složitých chemických pochodech organismu. (61)

V pitném režimu je důležitý nejen objem, ale i kvalita nápojů. Stolní voda ať už balená či přímo voda natočená z vodovodu, jsou pro svůj nízký obsah minerálních látek, vhodnou tekutinou pro každodenní dlouhodobý příjem. Minerální vody již obsahují větší množství rozpuštěných minerálních látek (převážně sodík, hořčík, vápník) a proto by se měly přijímat s větší opatrností. Ovocné džusy a šťávy patří mezi zdravé nápoje pro svůj vysoký obsah vitamínu C, E, karotenů a kyseliny listové, avšak jejich nevýhodou je poměrně vysoká energetická hodnota daná obsahem cukru. Limonády a slazené nápoje patří do skupiny nejméně vhodných nápojů. Jedná se o chemicky přibarvené a zpravidla cukrem obohacené nápoje. Dochází k negativnímu působení na zubní sklovinu. Jejich časté popíjení se podílí na rozvoji obezity, neboť mají vysokou energetickou hodnotu. (25)

### *Stravovací návyky*

Mnoho lidí změnilo v průběhu uplynulých desetiletí výrazně své výživové zvyklosti. Mohou za to faktory současného životního stylu a prostředí. Například mnozí lidé snídají málo nebo vůbec ne, oběd představuje často jen malý zákusek, po stránce výživové hodnoty celkem nevýznamný. Stále více lidí se stravuje mimo domov, v oblibě dnes bývají návštěvy sítí restaurací s rychlým občerstvením. Na stravování nezbývá dostatek času, jíme ve spěchu a mnohdy až v pozdních večerních hodinách. Nabídka rychle se rozšiřujícího výběru různých lákavých potravin svádí mnoho lidí k přejídání. Nesprávné stravovací návyky jdou většinou ruku v ruce s nedostatečnou fyzickou aktivitou. Předpokládá se, že k pozitivní energetické bilanci v poslední době přispívá zejména výrazný pokles energetického výdeje právě v důsledku sedavého způsobu života. A tímto jsme se koncem 20. století stali svědky celosvětové epidemie obezity v důsledku neustále se zvyšujícího energetického příjmu a snižujícího se energetického výdeje. (32)

**Obezita** je civilizační choroba, jejíž prevalence a incidence stále narůstá. Je definována jako zmnožení tukové tkáně, které je disproporcionální k velikosti a funkci prosté tělesné tkáně. Podíl tuku je dán pohlavím, věkem, ale i etnickým charakterem populace. U žen je fyziologicky vyšší podíl tuku (do 30 %) než u mužů (do 25 %). Předstupněm obezity je nadváha. (13)

Na vzniku obezity se podílí řada faktorů. Přibližně z 50 % má vliv na vzniku a rozvoji obezity genetická dispozice, která pak bývá výrazně modifikována vlivem faktorů životního stylu a zevního prostředí. Genetické faktory se pak mohou promítat například do energetického metabolismu ovlivněním jeho efektivnosti, do predilekční lokalizace ukládání tělesného tuku, míry spontánní pohybové aktivity, složení svalů v závislosti na typu vláken, či chuťových preferencí jídla atd. Mezi faktory životního stylu, jak již bylo zmíněno, patří zejména pozitivní energetická bilance, kdy je vyšší energetický příjem a vyšší příjem živočišných tuků, snížená fyzická aktivita, ale také i vlivy psychosociální, které mohou souviset s nižším vzděláním, nižším finančním

příjmem, nebo přejídání se vlivem stresu. Obezita však může vznikat také při endokrinních onemocnění jako tzv. sekundární obezita. (13)

V současnosti je k vyjádření stupně nadváhy nejčastěji používán Queteletův index tělesné hmotnosti (Body Mass Index – BMI). Tělesná hmotnost udaná v kilogramech dělená druhou mocninou tělesné výšky udané v metrech.

$$\text{BMI} = \text{váha (kg)} / \text{výška (m)}^2$$

*Hodnocení BMI u dospělých:*

	BMI
podváha	< 18,5
normální váha	18,5 - 24,9
nadváha	25 - 29,9
obezita	> 30

BMI je dostatečně přesný ukazatel z hlediska epidemiologických studií, ale u individua může vést k chybné diagnóze ve smyslu falešné pozitivní diagnózy obezity u osob s vysoce vyvinutou svalovou hmotou a naopak negativní diagnózy u osob s relativně vysokým zastoupením tukové tkáně. Mnohem přesnější posouzení obezity je měření tělesného tuku. Jedná se o antropometrické měření tloušťky podkožních řas kaliperem na přesně definovaných částech těla a následný výpočet odhadu podle nomogramů. Další možností měření procenta tuku v organismu je např. bioelektrická impedance, hydrodensitometrie, duální rentgenová absorpciometrie (DEXA) nebo zobrazovací metody (CT, NMR, USG). Tyto metody jsou však nákladné a časově náročné. (13,38)

Nadváha či obezita není jen kosmetickou záležitostí, je to onemocnění metabolismu, které na sebe váže řadu obtíží. Nejen obezita, ale už i nadváha ovlivňuje výskyt zdravotních komplikací. Zvyšuje se riziko zvýšené hladiny tuku v krvi, zvýšeného krevního tlaku a onemocnění srdce a cév. Větší množství tukové tkáně vede k poruchám metabolismu sacharidů, v konečném důsledku až vzniku diabetu. Hrozí nebezpečí vzniku nádorových onemocnění (zejména prsu, endometria, žlučníku,

tlustého střeva aj.), onemocnění hepatobiliární (cholelithiáza, nealkoholová steatohepatitida), respirační poruchy (syndrom spánkové apnoe, Pickwickův syndrom). U obézních je větší měrou zatěžován pohybový aparát, zejména nosné klouby (kyčle, kolena). Nadváha a obezita se negativně podepisují na lidské psychice (zvláště u žen). (32,13)

Nejvýznamnější léčbou obezity je samozřejmě prevence. Je to výchova již od ranného dětství ke správným stravovacím návykům, pěstování vztahu ke sportu a celkově informovanost o zdravém životním stylu. (38)

Zdravotničtí pracovníci se často díky své profesi stravují neodpovídajícím způsobem. Problém je zejména ve směnném provozu, který může vést k nepravidelnému stravování. Sestry jsou během denní služby často bez snídaně, nezdídky nebývá dodržena polední pauza na oběd, a večere bývá později, než se uvádí za vhodné. Významným problémem je práce v nočním provozu, která významně vychyluje život z pravidelnosti. Jídlo se jí ve spěchu a stresu. Během pracovní směny bývá často opomíjen i pitný režim, neboť černou kávu či kolu nelze považovat za tekutiny v pravém slova smyslu. Avšak právě zdravotničtí pracovníci by měli být určitým vzorem nejen pro pacienty, ale i širokou veřejnost, neboť pak jen velmi těžko budou mít úspěch při edukaci, pokud sami nebudou dbát na správnou životosprávu a udržování optimální hodnoty tělesné hmotnosti. (40)

### ***1.3.3 Fyzická aktivita***

Život je pohyb, naše těla jsou stvořena k pohybu. Schopnost pohybu provází člověka prakticky celý život. Rozvijí se již od časného intrauterinního období. Pohybová aktivita je projevem člověka jako vysoce organizovaná funkce, která zajišťuje vzpřímenou polohu, umožňuje změnu místa, získávání potravy, rozmnožování, práci, ale i řeč, písmo, gestikulaci či grimasy. Moderní technologie však změnila náš životní styl a dostatek pohybu se poněkud vytratil ze života lidí. Umožnilo nám to zpohodlnět a také začít trpět nemocemi z nedostatku pohybu, jako jsou zejména obezita či potíže s páteří. (30)

Tělesný pohyb má řadu protektivních účinků na zdraví člověka. Zejména snižuje riziko vzniku kardiovaskulárního onemocnění, podporuje redukcii tělesné hmotnosti a její udržení na stálé hodnotě, čímž preventivně působí proti obezitě. Snižuje hladinu glykemie, snižuje inzulínorezistenci a zvyšuje glukózovou toleranci, čímž tedy působí preventivně proti vzniku diabetu 2. typu. Podílí se na řídicích funkcích nervových, endokrinních a působí na imunitní systém. Pohybová aktivita ve starším věku snižuje výskyt osteoporózy, kdy pro udržení kostní hmoty je doporučován pohyb dynamický o vhodné intenzitě a frekvenci. Cvičení ovlivňuje nejen fyzickou stránku člověka. Dobrá tělesná kondice také přispívá k odolnosti vůči životním stresorům. Přiměřený tělesný pohyb harmonizuje organismus člověka uvnitř a rovněž pomáhá harmonizovat jeho vztah k okolí. Organismus samotný pak funguje lépe a je podstatně odolnější proti zátěži i proti onemocnění. Zejména vytrvalostní pohyb, jako je běh, plavání a veslování, vede k vyplavení endorfinů, které vedou k pocitu euforie a radosti. Pohyb tímto způsobem pomáhá k prevenci psychologických a psychosomatických důsledků stresu. (30,67)

Druh a množství našeho pohybu jsou rozhodujícím činitelem, na kterém závisí náš zdravotní stav. Existují hranice funkčního zatěžování, které je nutno dodržet, aby na jedné straně nedošlo k oslabení funkce z nedostatku pohybu, tak na straně druhé nevznikalo nebezpečí naopak z nadměrného zatížení pohybem, jak je tomu například u lidí s jednostrannou fyzickou zátěží. Je proto potřebné hledat druhy pohybu, které jsou příjemné, vysoce účinné, nezabírají mnoho času a vedou k dostatku motivujících podnětů. Je také důležité kombinovat aerobní trénink, jako je například běh, chůze, jízda na kole, plavání, veslování, sportovní hry apod. a anaerobní trénink, jakým je například čínská gymnastika, jóga či izometrické cvičení, které je charakterizováno tlakem proti pevné překážce. Ideálem je tedy vyvarovat se jednostrannosti a spojit kondiční pohyb s rozvojem pružnosti a obratnosti. (53)

V sesterské profesi je fyzického pohybu dostatek. Během jedné směny může sestra ujít i řadu kilometrů. Avšak tato profese je fyzicky velmi náročná zatěžující zejména pohybový systém. Zvýšené fyzické zátěži je vystaven především pohybový aparát dolních končetin, protože většinu pracovní doby sestra chodí nebo stojí. Dále je

zatížena páteř a horní končetiny, zejména při manipulaci s imobilními klienty. Jedním s fyzicky náročných úkonů pro sestru je polohování. Je nevhodné, aby polohovala pouze jedna sestra. Důsledkem opakovaných zátěží je únava, přepracovanost a vyčerpání organismu. Dále pak bolesti nohou, páteře a později i poruchy páteře a kloubů. Náhlé zvýšení fyzického výkonu zatěžující páteř je spojeno s rizikem vyhřeznutí meziobratlové ploténky a vznikem hernie. Výjimkou nejsou ani křečové žíly. Pohybový aparát je ještě více zatížen tehdy, když se pohyb provádí neekonomicky, nesprávně a nekoordinovaně. (11)

### ***1.3.4 Spánek a odpočinek***

#### *Spánek*

Spánek je funkční stav organismu, pro který jsou typické rytmické cykly různých stádií a přechodů, z nichž každé je charakterizováno specifickými formami chování. Potřebu spánku řídí melatonin, který se tvoří v organismu v cirkadiánním rytmu a odráží změny světla a tmy v průběhu 24 hodin. Za normálních okolností má nejvyšší sekreci v noci. Během spánku se pravidelně střídají dvě fáze. První fáze se nazývá non-REM fáze nebo také synchronizovaný pomalý spánek, který se vyznačuje přechodem ze stavu bdění do spánku a tvoří čtyři stádia. Stádium první odpovídá stavu usínání. Dochází k postupnému psychickému uvolnění, relaxaci svalstva, zpomalení srdeční frekvence a dechu. Poté v druhém stádiu přichází lehký spánek, kdy dochází k postupné ztrátě vědomí. Ve třetím stádiu nastává středně hluboký spánek, kdy se jedinec již nachází ve stavu bezvědomí. A v konečném čtvrtém stádiu se dostavuje hluboký spánek. Jedná se o nejhlubší spánek, ve kterém je svalstvo zcela uvolněné, dech je zpomalen, srdeční tep rovněž a klesá také krevní tlak a tělesná teplota. Spící je téměř nepohyblivý, pravidelně oddechuje a nereaguje na běžné zevní podněty. Zde dochází k celkové regeneraci sil. Tento synchronizovaný spánek zabírá přibližně 80 % z celkového spánku. Druhá fáze se označuje jako REM fáze, nebo-li spánek rychlých pohybů očí, též nazýván jako aktivovaný, paradoxní spánek. Tato fáze se vyznačuje velkou svalovou aktivitou, zvláště okohybných svalů, typický je rychlý pohyb očních

bulbů pod zavřenými víčky. Dochází k čelistním svalovým záškubům, svalové záškuby se mohou vyskytovat i u končetin nebo celého trupu. Zvětšuje se průtok krve mozkem, srdeční rytmus je nepravidelný, zrychluje se dýchání a krevní tlak a zvyšuje se produkce hormonů. V této fázi se zdá člověk velmi neklidný, ale probudit ho by bylo mnohem těžší, než v první fázi spánku. Tuto fázi také provází výskyt snů. Období spánku, v němž se pravidelně střídají jednotlivé fáze, se nazývá spánkový cyklus. Spánkový cyklus obvykle trvá 90-120 minut. Aby si člověk v noci odpočinul, měl by absolvovat alespoň pět až šest cyklů. Z toho vyplývá, že spánek by měl trvat minimálně sedm hodin denně. Avšak některým jedincům ke spánku stačí i hodin méně. Nezáleží jen na délce spánku, ale také na jeho hloubce a kvalitě. Za zdravý, biologicky plnohodnotný se považuje takový spánek, po kterém se člověk probudí dostatečně svěží, bez pocitu únavy a ospalosti a v požadované době bez násilného buzení. (67)

Spánek je základní lidskou potřebou a je nezbytný pro správnou funkci mozku. Má dva hlavní významy. Především ochranný, neboť brání vyčerpání organismu. Dále pak význam regenerační, neboť napomáhá obnově psychických a fyzických sil. Avšak kvůli změnám moderního životního stylu se dnes spí v průměru o dvě hodiny méně než na začátku minulého století. Neboť spánek je to první v životosprávě, co mnoho jedinců bez výčitek svědomí ošidí, aniž si uvědomuje, že jde o základní lidskou potřebu. Její neuspokojení se časem projeví, a to nejen únavou, ale i negativním vlivem na zdraví. Nedostatek spánku se projevuje horší výkonností, koncentrací a zhoršenou adaptací na nové situace. Nedostatečně vyspalý člověk bývá podrážděný, mívá horší náladu, jeho soustředění i výkonnost se snižují, snadno se unaví. Dlouhodobý nedostatek spánku může působit jako neurotizující faktor nebo jako spouštěč deprese. Pro dobré spaní, pocit pohody a dobrou výkonnost je tedy dobrý spánek velmi důležitý. (51,63,3)

Ve zdravotnické profesi se s nedostatkem spánku setkáváme velmi často. Důvodů je několik. Noční spánek je cennější než spánek denní, což bývá značným problémem zdravotnických pracovníků pracujících v třísměnném provozu. Spánek po noční směně bývá z mnoha důvodů kratší. Spaní během dne není také zcela plnohodnotné, neboť je rušeno více podněty z okolí. Brzké nástupy na směny znamenají nefyziologické vstávání, zvláště pro ty, kteří dojíždějí dále do zaměstnání. U žen a



matek navíc není zárukou, že odpoledne využijí k odpočinku, neboť příchodem domů se věnují dětem a domácnosti. Důsledkem toho narůstá spánkový dluh, který může vyústit až vyčerpáním organismu. (55,75)

### *Odpočinek*

Odpočinek a spánek není totéž, i když jsou oba životně důležité. Spánek probíhá pouze tehdy, ustane-li vědomí. Odpočinek je období nečinnosti, během něhož může tělo obnovit vydanou energii a naopak zamezit energetickým výdajům. Odpočinek brání nadměrné únavě, napomáhá lepší a efektivnější práci a zvyšuje produktivitu. Lze rozlišovat čtyři druhy odpočinku. Fyzický, kterého je možné dosáhnout tak, že člověk přestane vykonávat fyzickou činnost, usedne či ulehne a relaxuje. Smyslový, kterého se dosáhne tichem a zavřením očí, což brání odtoku energie. Emoční, při kterém se člověk přestane zabývat náladami způsobenými interakcí s ostatními a mentální, při kterém je mysl zbavena jakýchkoli požadavků na intelektuální práci. (21)

### *Relaxační techniky*

Relaxace je stav psychického a tělesného uvolnění, jejichž principem je nejčastěji napínání a uvolňování svalů, dechová cvičení, soustředění pozornosti na různé fyziologické pochody v těle a výcvik sebeovládání. Při uvolnění v relaxaci dochází v organismu ke změnám opačným než v případě poplachové stresové reakce, snižuje se celková aktivita organismu, klesá svalové napětí, zklidňuje se tep srdeční, aktivuje se opačný vnitřní autonomní systém (parasympatikus). Dochází i ke změnám v EEG aktivitě, kde převažují vlny alfa. V subjektivním prožívání je relaxace stav uvolnění těla a mysli s prožitkem klidu, vyrovnaní a vnitřního ticha. Podobně jako je důležité najít si cvičení, které nám nejlépe vyhovuje i relaxační techniky si musí člověk sám vyzkoušet a zvolit tu, která mu je příjemná a přináší mu dostatečné uvolnění. (53,44)

Jednou z možností relaxace jsou dechová cvičení. Relaxace je těsně spojena s dýcháním. K tomu, abychom se cítili dobře a uvolněně je důležitá rovnováha mezi přijímaným kyslíkem a vydechovaným oxidem uhličitým. Při klidném rytmickém

dýchání reflexně a nezávisle na naší volní snaze, dosahujeme uvolnění těla a mysli. Nádech vede pohybové ústrojí k mírné aktivaci, výdech pomáhá uvolnění. Dechová cvičení mohou pomoci překonávat různé druhy stresu, jsou nedílnou součástí relaxací, jógy a dlouhodobě i prevencí dýchacích onemocnění a úzkostí. (21)

Často používanou metodou je tzv. autogenní trénink. Jde o psychoterapeutickou metodu, která patří do oblasti metod relaxačně koncentračních. Základní principy jsou tedy dva: relaxace (uvolnění) a koncentrace (soustředění). Svalové uvolnění umožňuje navodit duševní klid a zharmonizovat činnost vnitřních orgánů. Koncentrace při autogenním tréninku spočívá v intenzivním soustředění na určitou představu, která pak ovlivňuje organismus. Uvolněný stav zvyšuje její účinek. Autogenní trénink, jako léčebnou a sebezdokonalující metodu, popsal německý neurolog a psychiatr prof. I. H. Schultz, který vycházel ze svých bohatých zkušeností s hypnózou. Nejde zde však o klasický hypnotický stav, kdy člověk je zcela podřízen příkazům hypnotizujícího. Neboť v autogenním ponoření zůstává člověk sám se sebou a může takto do jisté míry ovlivňovat sám sebe. Je to tedy určitý druh autohypnózy. Celá metoda tvoří tři stupně. Základní stupeň, kde probíhá nácvik uvedení do klidu až k prožitku svěžesti. Prostřední stupeň, který probíhá ve třech liniích: od harmonizace plného prožívání, nácviku individuálních formulek a autosugestivních předsevzetí, až po aktivizaci, kdy dochází k procvičování vnitřních center a pocitů. A vyšší stupeň, který je zaměřen na vyšší psychické složky, je složitější a vyžaduje delší nácvik a přípravu. Autogenní trénink umožňuje dokonalé uvolnění a intenzivní odpočinek tělesný i duševní, pomáhá též k rychlému usnutí, dobrému spánku a snadnému probuzení. Zklidnění a harmonizace se týká nejen psychiky, ale i vegetativních tělesných funkcí. Zklidňuje ve stresových situacích, tiší rušivé emoce, výkyvy nálad a tlumí nežádoucí popudy a návyky. Pomáhá rozvinutí kladného citového života. (21)

Další možností využití relaxačních technik jsou např. Jacobsonova progresivní relaxace, která je doporučována všem, kteří mají problémy se svalovým uvolněním. Proto je základem této metody nácvik střídání napětí a uvolnění v jednotlivých částech těla, které pak snáze umožní následné uvolnění. Protistresová relaxace je doporučená WHO jako jiná rychlá možnost relaxace, která by se měla provádět alespoň 2-3 krát

týdně. Tato metoda by měla vést k předcházení onemocněním způsobených z nadměrného stresu. Nebo tzv. dynamická relaxace, oblíbená u těch jedinců, kterým relaxace spojená s klidem ne vždy vyhovuje. Mezi moderní disciplíny této relaxace patří např. plavání, základní gymnastika či některé aerobické disciplíny. (21)

Mezi velmi starou metodu, která vznikla před mnoha tisíciletími v Indii a dodnes používána po celém světě, je jóga. Nejde ani tak o způsob relaxace, jako spíše o životní filosofii. Jde o nejstarší a tím i o nejpropracovanější systém, který navozuje harmonii těla a mysli, duchovního vědomí, hlubokou relaxaci, duševní klid, soustředění a jasnost mysli spolu s tělesnou silou a ohebností. Jedinečnost jógy spočívá i v tom, že jí lze upravit pro každého a s cvičením lze začít v každém věku, i při tělesném oslabení. Uvolňuje mysl a tělo, posiluje krevní oběh a zlepšuje okysličování všech tkání. Doporučeno je cvičit jí pravidelně, alespoň 3 krát týdně a zpočátku pod vedením kvalifikovaného učitele. Cvičením jógy lze dosáhnout skutečné harmonické rovnováhy. (21)

Meditace pak využívají hlubokého uvolnění v relaxaci, kdy člověk rozvolní bariery mezi vědomím a podvědomými strukturami a umožní tak hlubší průnik do sebe sama. Meditace je děj, který zná jen čas teď a nyní. Meditující by měl nechat zcela volný průběh myšlenkám, pocitům a pochodům celého organismu, aniž by cokoliv hodnotil. Podle výzkumů aktivity lidského mozku vede meditace k funkční rovnováze mezi oběma hemisférami a tím i k tvořivějším způsobům zvládnání stresů. (21)

### ***1.3.5 Stres - syndrom vyhoření - psychohygienu***

#### *Definice a patofyziologie stresu*

Pojem stres se stal slovem módním, je však užíván velmi často nesprávně. Zakladatelem nauky o stresu se stal endokrinolog Hans Selye, rodák z Komárna působící v Kanadě, který definoval stres jako nespecifickou fyziologickou reakci na jakoukoli zátěž kladenou na organismus. Poukazoval na to, že bez stresu by bylo málo pozitivních změn a konstruktivních činností, protože stres je ve své podstatě aktivačním činitelem. (18,56)

Stres je reakce organismu na zátěžové podněty tzv. stresory, které mohou být fyzikálního, psychosociálního či emocionálního charakteru a rozvíjí se ve třech fázích. První fází začíná poplachová reakce, která v těle navozuje stav pohotovosti, jako příprava na boj nebo útek. Dochází při ní k vyplavení katecholaminů do organismu, zvyšuje se krevní tlak a sekrece kortizolu. Když nadále účinek stresu přetrvává, následuje druhá adaptační fáze, vyrovnávací, kdy se organismus snaží zvládnout obtížnou situaci, adaptuje se na ní. Zde se nadále aktivují hormony, které zajišťují zdroje pro energetickou reakci, jedinec je v této fázi nejvíce schopen odolávat působením stresu. Avšak dlouhodobé působení stresových faktorů na organismus vyvolá narušení sekrece kortizolu a organismus začne podléhat, tato fáze se označuje jako zhroucení, vyčerpání rezerv. Jedinec ztrácí zájem, bývá depresivní nebo se přímo objeví jiné psychotické příznaky. (67,21)

Stres je nezbytný k přežití, jeho nevýhodou pro současného člověka však je, že se dostavuje jako reakce na podněty z psychosociální sféry, které rozhodně neznamenají ohrožení života, přesto se však celá kaskáda dějů spustí stejně, jako by šlo o život. Tím se stává tento mechanismus neúčelným a neadekvátním, někdy dokonce škodlivým. Nelze však říci, že by stres byl jenom škodlivý neboť určitá míra stresu je potřebná. Bez něj bychom neměli dostatek podnětů k překonávání překážek. Rozlišujeme tak mezi přijatelným stresem, který se nazývá eustres a negativním stresem, nazvaný jako distres. Eustres je spojen např. s příjemným očekáváním, s překonáváním překážek, tedy všude tam, kde máme situaci pod kontrolou. V některých studiích byl potvrzen předpoklad, že akutní, jednorázová či příležitostná expozice stresorům s následným zvládnutím situace, odpočinkem a zotavením může mít na organismus posilující vliv, neboť vede k vzestupu tolerance ke stresu. Takto zvládané působení stresorů má stimulující účinek, může být pro člověka též příležitostí k sebepoznání a sebereflexi a k osvojení nových způsobů reagování a nových vzorců chování. Eustres je potřeba záměrně vyhledávat, aktivuje nás, přináší do našeho života radost. Škodlivý, negativní stres – distres, má sice stejnou chemickou povahu, může se dokonce dostavovat i ve stejných konkrétních situacích u dvou jedinců, ale liší se tím, co pro nás znamená, jak ho prožíváme. Nejdůležitější známkou distresu je negativní prožívání situace, cítíme strach, že situaci

nezvládneme, cítíme pocit bezmoci, zoufalství, ztrácíme jistotu a nadhled. Distres je třeba se naučit správně dávkovat. (62,52,24)

Povolání sestry klade vysoké nároky na její osobnost. Každodenní kontakt s lidským utrpením vyžaduje velkou psychickou odolnost a vyrovnanost. Zodpovědnost za životy a pohodu pacientů může být na jedné straně zdrojem uspokojení z práce, na druhé straně se ale sestry mohou při této náročné práci cítit vyčerpané a citově opotřebované. Aby sestra mohla pracovat bez stresu, musí mít ve své práci vytvořené dobré pracovní podmínky. Mezi stresující faktory patří například pracovní přetížení, nepravidelný pracovní rytmus, konflikt rolí v pracovním a osobním životě, interpersonální vztahy, nedostatečné morální a finanční ohodnocení profese. Sestra musí i za těchto podmínek přistupovat k pacientovi s empatií a nesmí na něho přenášet svoje problémy. Hlavním stresem u sester pracujících v intenzivní péči je samotná práce. Na sestru jsou kladeny požadavky neustálého soustředění se na práci a schopnost okamžitě reagovat na změnu stavu nemocného. Sestra se častokrát v poměrně krátké době musí rozhodnout o správných prioritách a ty také sama vykonat. A všechny tyto stresové situace se mohou stát velkým předpokladem pro vznik syndromu vyhoření. (65,12,71)

### *Syndrom vyhoření*

Syndrom vyhoření nebo-li „burnout“ vzniká v důsledku dlouhotrvajícího profesionálního stresu a je ve zdravotnictví relativně častý. Tento pojem poprvé v letech 1974-1975 popsal americký psychiatr Herbert J. Freudenberger a sociální psycholožka Christina Maslach z Kalifornské univerzity. Lze ho obecně definovat jako stav tělesného, citového a mentálního vyčerpání, způsobeného dlouhodobým pobýváním v situacích, které jsou emocionálně mimořádně náročné. Tato emocionální náročnost je nejčastěji způsobena spojením velkého očekávání s chronickými situačními stresy. Současné pojetí burnout zdůrazňuje faktory, jakými jsou vysoké pracovní nasazení, požadavek trvale vysokého pracovního výkonu, který je v kombinaci s nízkým efektem práce rozhodující při rozvoji syndromu vyhoření. Nejčastěji se s ním setkáváme u profesí, u nichž jsou pracovní náplní různé formy služeb druhým lidem. V našem případě se jedná o lékaře, všeobecné sestry, psychology, psychoterapeuty a sociální

pracovníky. Nejvíce jsou pak ohroženi pracovníci hospiců, jednotek intenzivní péče, onkologických a gerontologických oddělení. (30,29,28)

Syndrom vyhoření se může projevat ve třech úrovních. Na psychické úrovni se vyznačuje pocitem celkového vyčerpání, ztrátou motivace a pocitu zodpovědnosti, depresivním laděním, pocitem smutku a frustrace, projevem cynizmu, negativizmu a hostility vůči klientům i kolegům. Na úrovni fyzické se projevuje rychlou unavitelností, bolestí hlavy, přetrvávající tělesné napětí, vegetativní obtíže (bolesti u srdce, změny srdeční frekvence, poruchy trávení, dýchací obtíže), poruchy spánku, zvýšená nemocnost, psychosomatické obtíže a zvýšené riziko závislosti všeho druhu. Symptomy na úrovni sociálních vztahů jsou výrazná tendence redukovat kontakty s klienty, ale často i s kolegy a s rodinnými příslušníky, depersonalizace, ztráta schopnosti empatie a celková zjevná nechuť a lhostejnost ke všemu, co se týká profese. (45,4,39)

Sestry na akutním pracovišti jsou velmi vytíženy, vyčerpanost sester je vysoká, je zde velký předpoklad ke vzniku syndromu vyhoření u sester, z nichž mnohé jsou již zasaženy. V komplexním pojetí burnout má své důležité místo prevence. Významným faktorem při prevenci stresu a psychického vyhoření je sociální opora kam patří naslouchání, uznání, povzbuzování, empatie, spolupráce a nezištná pomoc. V současné době se naskýtá možnost využití tzv. supervize, které zatím využívá jen nepatrné procento pracovišť. Supervize je důležitým nástrojem zajišťování a zlepšování kvality v tzv. pomáhajících profesích. Jde o formu učení v bezpečném, laskavém a tvořivém prostředí, kde je v popředí spíše podpůrná než kontrolní funkce. Supervize může být velmi důležitou součástí péče o sebe a umožňuje zůstat otevřený novému učení, a je také nepostradatelnou součástí neustálého vývoje pomáhajícího, jeho sebeuvědomění a odhodlání dále se vyvíjet. Může nám dát příležitost podívat se na věci s odstupem, příležitost vyvarovat se snadné cesty obviňování druhých nebo dokonce sebe, pustit se do hledání nových možností, odhalit poučení a získat podporu. Supervize je užitečná a dobrá věc, která může snížit úzkost pracovníků a předcházet syndromu vyhoření. Doporučením pro všechny osoby pracující v zátěžových provozech by mělo být zejména plnění základních požadavků mentální hygieny, optimalizování relací mezi

zátěží a odpočinkem, co nejpravidelnější životní režim a přiměřené množství tělesného pohybu. Hlavní a obecnou zásadou prevence burnout syndromu je důsledné oddělování profesionálního nasazení od osobního života. (20,14)

### *Psychohygienu*

Termín duševní hygiena je soubor možností předcházení vzniku nemocí rozvíjením zdravých duševních návyků, pochopením a respektováním vlastní osoby jako jedince ovlivňovaného jak biologickou stránkou tak i psychickou a sociální. Psychohygienu se zabývá rozvojem a podporou duševního zdraví, prevencí duševních poruch a nemocí. Udržování duševního zdraví a pohody patří k jednomu z cílů vedoucím ke kvalitnímu životu. Zdravotničtí pracovníci se na poskytování zdravotní péče podílejí, proto je v jejich zájmu o své zdraví pečovat. (64,2,22)

Relaxačních a preventivních metod je celá řada, jen je třeba nalézt tu správnou a rozvíjet ji, až se stane naší součástí. Mezi nejdůležitější prostředky upevňující naše duševní zdraví patří zdravá životospráva. K dodržování životosprávy patří zejména zdravý spánek, který je jednou z nejzákladnějších biologických potřeb člověka. Dochází při něm k regeneraci tělesných a duševních sil. Dále pak aktivní fyzický pohyb a sport, který je možno považovat za formu aktivního odpočinku. Sport pomáhá kompenzovat zejména duševní námahu, udržuje tělesnou a duševní kondici. Správné dýchání poskytuje člověku dostatečný přívod kyslíku. Ovládnutí a regulace dechu se tak stává účinným prostředkem při zvládnutí stresu a zátěže. Důležitou součástí dodržování životosprávy je zdravá výživa. Psychologové se často setkávají s tím, že mnoho lidí se vyrovnává se zátěžovými situacemi prostřednictvím přejídání se. Při přijímání potravy je důležité nejen množství, ale i správná skladba stravy. K psychické pohodě vede rovnováha v rodinných vztazích, tělesná pohoda a aktivní společenský život. Hledání zdravých vztahů je celoživotním úkolem, je třeba je budovat, udržovat, zdokonalovat. Relaxace v neharmonickém vztahu není efektivní a je bezvýznamná. V klidném vztahu si uvědomujeme svůj význam, spolupracujeme a spolurozhodujeme při řešení problémů. Je dobré vyhledávat kontakty s lidmi, kteří jsou zdrojem potěšení. Opravdové přátelství je cenným životním darem: zmírní naši zlost, ponížení a obavy, dokáže potěšit.

Relaxace tělesná jde ruku v ruce s relaxací psychickou. Existuje celá řada možností, které nás mohou přivést do tělesné pohody - aerobik, jóga, cyklistika, turistika, plavání či jiné způsoby relaxačních technik. Je také dobré žít aktivní společenský a intelektuální život. Tedy mít určitou úroveň všeobecného rozhledu, kam patří znalost politického, sociálního a kulturního dění. Sociokulturní relaxace je nutná pro utváření celé osobnosti. Chceme-li dosáhnout trvalého zdraví, musíme nalézt rovnováhu mezi příjmem potravy, činností a odpočinkem, mezi fyzickou prací a duševní zátěží. (31,27,41)

### ***1.3.6 Zneužívání omamných látek, alkoholismus, nikotinismus***

Výsledky epidemiologických studií potvrzují, že na kvalitě zdraví populace se podílí vedle biologických činitelů také faktory životního způsobu či chování. Vedle nesprávné výživy patří ve vyspělých zemích mezi rizikové faktory ohrožující zdraví také kouření a pití alkoholu. Zneužívání ilegálních drog je faktorem, jehož vliv sice v posledních desetiletích vzrůstal, avšak ve srovnání s tabákem a alkoholem je podstatně menší. Syndrom závislosti lze definovat jako soubor psychických, emocionálních a somatických změn, které se vytvořily jako důsledek opakovaného užívání psychoaktivních látek. Závislost tak představuje životní styl, jehož dominantou je preferenční zaměření na tyto látky. Nejčastějším důvodem patologického užívání návykových látek je možnost úniku od řešení vlastních problémů, od stresových situací či stereotypu. (68,42)

#### *Zneužívání omamných látek*

Zneužívání drog je velký problém, který vyžaduje odpovídající zájem zdravotní péče i celé společnosti. Může jít o užívání nelegálních drog, ale i oficiálně předepisovaných léků, které neodpovídá účelům lékařské péče. Zneužívání drog je spojeno se zdravotními a sociálními problémy a vede postupně k psychické a fyzické závislosti na droze. V těchto souvislostech je psychická závislost definována jako stav, při které droga vyvolává příjemné pocity a uspokojení. Fyzická závislost je adaptační stav, který se projevuje intenzivními tělesnými potížemi, pokud je podávání drogy



omezeno či zcela zabráněno, může se vyvolat tzv. abstinenční syndrom. Problémové užívání drog je pak klíčovou motivační silou vedoucí k vyhledání pomoci a následné změny. (54)

Obecně platí, že užívání drog nemá jedinou příčinu. Jedná se o komplexní interakci mezi osobou, drogou a prostředím. Faktory, které mohou hrát roli ve zvýšené náchylnosti jsou rodinné problémy, např. její rozpad či narušená výchova, dále osobnostní faktory, např. emoční nestabilita, úzkost, deprese a v neposlední řadě sociální a kulturní faktory, např. normy sociálních nebo profesních skupin, ke kterým uživatel náleží. (54)

Existuje široké spektrum drog, léčiv a psychoaktivních látek, které mohou být zneužívány. Zahrnují jak drogy považované za velmi nebezpečné, tak látky, které mají zanedbatelný škodlivý efekt. Termín zneužívání drog se vztahuje jak k ilegálním drogám, pro něž lékaři nemají oprávnění je předepisovat a farmaceuti s nimi nesmějí disponovat (kanabis, opium, LSD), tak i k legálním drogám, což jsou léky určené pro léčbu, které mohou být distribuovány a předepisovány pouze v souladu s vládními nařízeními. Je tedy ilegální vlastnit tyto drogy - léky bez lékařského předpisu a lékaři je musí registrovat a hlásit jejich používání. Lidé však mohou také zneužívat další skupinu legálních léků a psychoaktivních látek, které jsou jednoduše prodejné bez lékařského předpisu (např. antidepresiva, trankvilizéry či analgetika). Obecně mezi nejčastěji zneužívané skupiny drog patří: těkavé látky (lepidla, aerosoly, rozpouštědla a výfukové plyny), upravené konopí (hašiš, marihuana), opiáty (heroin, kodein), barbituráty, amfetaminy a jejich deriváty, kokain, halucinogenní drogy (LSD) či podomácku amatérsky vyráběné drogy. (54)

Zneužívání drog sebou přináší celou řadu zdravotních a psychosociálních následků. Ze zdravotního hlediska vyvolávají např. respirační, kardiovaskulární komplikace, účinkují na centrální nervový systém, na reprodukční orgány a sexuální funkce, vyvolávají některá psychiatrická onemocnění. Mají řadu psychologických účinků, jako např. poruchy paměti, vnímání, poznávacích a motorických funkcí. Mezi další účinky na uživatele drog, zejména pak adolescenty, jsou vyšší rizika suicidálního chování. Dále je třeba připomenout, že intravenózní aplikace drog v sobě zahrnuje

rizika přenosu infekčního onemocnění (hepatitida, AIDS). Tento komplex fyziologických, psychologických a environmentálních interakcí vede k typickému „drogovému“ chování, jako je zanedbávání povinností v práci i v osobním životě. Nutkání získat drogu vede mnohdy i k trestným činnostem. Drogy v sobě také nesou velké riziko dopravních nehod a pracovních úrazů. (54)

Nejzákladnější řešení této problematiky spočívá v její prevenci, jejímž cílem je snížení individuálního rizika zneužívání a snížení společenských škod spojených s užíváním drog. Existuje 5 hlavních strategií pro prevenci: legislativní zákazy, vzdělávání a výchova, časné odhalení, léčba a omezování škodlivých následků. Způsob léčby se pak různí od všeobecné lékařské péče k sociálnímu nebo nemedicínskému komunitnímu modelu pomoci. (30,54)

### *Alkoholismus*

Pití alkoholu a alkoholismus jsou spojeným problémem. Konzumace alkoholu se pohybuje v rozmezí od úplné abstinence až po pravidelné „těžké“ pití. V naší společnosti je alkohol nejčastěji užívanou psychoaktivní látkou. Je to droga společenská, lidé ji obvykle konzumují ve skupině, činí tak často ritualizovaně, např. ve formě přípitků při oslavách. Pití alkoholických nápojů má velmi dlouhou tradici a společnost je k jejich užívání poměrně tolerantní. Většinou se tento postoj mění pouze při nadměrné konzumaci nebo vzniku závislosti. (68)

Problém alkoholu a zdraví populace je v České republice aktuální vzhledem k vysoké průměrné spotřebě alkoholu na obyvatele, která dosáhla v roce 2002 hodnotu 10 litrů stoprocentního lihu na 1 obyvatele (včetně dětí), čímž se řadíme k zemím s nejvyšší spotřebou alkoholu. Ve srovnání s USA, Kanadou, Japonskem a skandinávskými zeměmi je spotřeba v ČR výrazně vyšší. Dalším negativním jevem je stoupající konzumace mezi ženami a mládeží. Konzumace je vyjadřována v jednotkách, kdy jednotka je rovna 10g alkoholu. Za střídavé pití alkoholu lze považovat dávka do 24g alkoholu za den u mužů a 16g alkoholu u žen (to odpovídá zhruba půl litru piva nebo 0,2 litru vína). (54,58)

Alkohol obvykle působí anxiolyticky, uvolňuje psychické napětí, zlepšuje náladu a dodává sebejistotu. Jindy mohou převládnout negativní prožitky, např. smutek a zažívací potíže. V malých dávkách působí alkohol stimulačně a odstraňuje zábrany. Ve větších dávkách má naopak tlumivý účinek. Očekávání účinku alkoholu dané zkušeností má značný vliv na jeho další konzumaci. Závislost vzniká jako následek dlouhodobého, pravidelného nadužívání alkoholu. Závislost se rozvíjí zpravidla několik let, délka je individuálně různá, avšak u mladistvých se vytvoří rychleji, někdy již za několik měsíců. Závislost na alkoholu může být psychická (řešení problémů únikem do alkoholu) i biologická (projevuje se abstinčním syndromem). Vývoj vzniku závislosti na alkoholu lze rozdělit do čtyř fází. Poprvé jej charakterizoval v roce 1952 E. M. Jellinek, americký psycholog českého původu. První fáze je občasná konzumace alkoholu, kdy lidé pijí alkohol většinou ve společnosti. Ve druhé fázi, varovné, pomáhá alkohol řešit a zvládat stresové situace. Se stále zvyšující dávkou konzumace postupně stoupá tolerance k alkoholu. Fáze kritická se vyznačuje ztrátou kontroly nad svým pitím, jedinec se stává závislým, vznikají různé problémy, zejména sociálního charakteru. Čtvrtá fáze je terminální, období úpadku, kdy dochází v důsledku poškození funkce jater ke snižování tolerance k alkoholu. V této fázi se objevují psychické i somatické poruchy. Závislost na alkoholu přetrvává i tehdy, když se pacient naučí abstinovat. Už nesmí alkohol nikdy konzumovat, ani v malých dávkách. (68)

Dopady alkoholu na zdraví obyvatelstva se stále studují. Je však prokázáno, že se alkohol negativně podílí na celkové mortalitě, a to nejen s ohledem na zřejmou souvislost s úrazy, ale také vzhledem k řadě onemocnění, na jejichž vzniku či průběhu se spolupodílí. Existuje celá řada rizik konzumace alkoholu a jsou v přímém vztahu k množství. Lze je rozdělit na rizika somatická a psychosociální. Do oblasti somatické patří celá řada onemocnění jako např. cirhóza jater, nádorová onemocnění zažívacího traktu, onemocnění srdce a oběhového systému či poruchy nervového a reprodukčního systému. Mezi rizika psycho-sociální v důsledku opilství a alkoholismu patří např. rodinné rozvraty, týrání dětí, problémy v zaměstnání, agresivní chování, úrazy, sebevraždy, kriminální činnost aj. Výzkumné práce prokázaly, že pravidelná

konzumace malého množství alkoholu (1 - 2 drinky, což zpravidla odpovídá asi 8 – 12 gramů alkoholu) má kardioprotektivní účinek. (54,30)

Ideální systém prevence zahrnuje různé komponenty, které harmonicky spolupůsobí. Někdy se v této souvislosti také hovoří o „prevenci zakotvené ve společnosti“. Systém prevence tvoří např. rodina, pracovníci v oblasti zdravotní prevence, školy všech stupňů, kulturní zařízení, orgány státní správy, policie, sdělovací prostředky, pedagogicko-psychologické poradny aj. Tento komplexní, provázaný a koordinovaný systém prevence vytvořila Světová zdravotnická organizace jako Evropský akční plán o alkoholu, k němuž se připojila i Česká republika. Jedná se o autoritativní mezinárodní dokument, který prošel důkladnou odbornou a posléze politickou diskusí. (58)

### *Nikotinismus*

Kouření je vdechování tabákového kouře, jímž se do organismu dostává celá řada různých chemických látek, které mají mnohdy významné účinky na lidský organismus. Kuřáctví je zařazeno jako nemoc s vlastní diagnózou číslo F-17 (drogová závislost). Tabákový kouř je dynamickým komplexem více než 4000 plynných (92%) a hmotných (8%) látek. Obsahuje 64 karcinogenů, z nichž IARC (International Agency for Research on Cancer) určila 11 jako prokázaných lidských karcinogenů, 6 pravděpodobných a 46 možných lidských karcinogenů. Dalšími jsou mutageny, alergeny a toxické látky. Důležitý je i vysoký obsah oxidu uhelnatého (běžně 5-10% COHb u kuřáků), zejména v souvislosti s kardiovaskulárními onemocněními. Nikotin je nejznámější látka v cigaretách, která je vysoce návyková. (6,57)

Kouření je závažným zdravotním problémem ve většině evropských zemí. Prevalence kuřáctví sice poklesla mezi muži severovýchodních a západoevropských států, ale na druhé straně zde stoupají počty kuřáků mezi mládeží a ženami. V zemích střední a východní Evropy kuřáctví stále stoupá. Prevalence kuřáctví je obecně vyšší v populačních skupinách s nižším sociálním postavením. Epidemiologické výzkumy ukázaly, že demografie a politika omezování kuřáctví má vliv na počet kuřáků. Česká republika je řazena mezi první čtyři místa v Evropě v roční spotřebě cigaret a podíl

kuřáků stále narůstá. O první čtyři místa se tak dělí s Polskem, Maďarskem a Ruskem. V České republice umírá ročně zhruba sto tisíc osob, z čehož asi pětina představuje úmrtí na následky kouření. Z těchto přibližně 20 000 úmrtí způsobených tabákem připadá 15 000 na osoby ve středním věku 35-69let. V ČR je evidováno přibližně 30 % kuřáků dospělé populace, což představuje asi dva miliony osob. (54)

Podobně jako u jiných typů závislosti je i závislost na nikotinu a kuřáctví způsobena celou řadou příčin a motivů. Protože se s kouřením začíná často ve velmi raném věku, příčiny vzniku závislosti je možné hledat i zde. Mezi nejčastější příčiny kouření tabáku a tabákových výrobků patří móda, experiment spojený s touhou poznat něco nového. Někdy se na principech rozvoje naučeného chování vytváří spojení kouření s určitými sociálními situacemi, jako je např. káva po obědě spojená s cigaretou apod. Jak se závislost postupně vyvíjí, mění se i důvody, proč začínáme či pokračujeme v kouření. (58)

Kouření tabáku je nejzávažnějším známým a preventabilním rizikovým faktorem, ovlivňujícím vznik, rozvoj a průběh mnoha onemocnění. Zdravotní následky kouření jsou závažné. Zhruba polovina úmrtí na kardiovaskulární onemocnění, zejména koronárních příhod, je zapříčiněna kouřením. Kouření je příčinou asi 30 % všech úmrtí na karcinom a karcinom plic se na této prognóze podílí 20 %. Převážná většina úmrtí na chronické obstrukční nemoci plic je přisuzována kouření. Kouření v těhotenství přináší riziko potratu, nižší porodní váhu novorozence, předčasné úmrtí plodu či retardaci tělesného i mentálního vývoje dítěte. Kromě toho je spojováno se sníženou fertilitou a vzestupem abnormalit spermií. Kouření ovlivňuje průměrnou délku života. Avšak rizika plynou i z tzv. pasivního kouření, kdy tabákový kouř vdechují i nekuřáci. Pasivní kouření má okamžitý i dlouhodobý vliv na lidské zdraví. I dlouhodobě pasivní kouření zvyšuje riziko výskytu nádorových onemocnění a onemocnění srdce. Nejzranitelnější v souvislosti s pasivním kouřením jsou malé děti, což bývá příčinou vyššího výskytu zánětu průdušek, zápalu plic, zánětů středního ucha a pasivní kouření často funguje jako spouštěč astmatických záchvatů. (54,58)

Nejzávažnějším chronickým následkem užívání nikotinu je závislost. Stane-li se jednou člověk kuřákem, je fyzicky a psychicky s tímto návykem obtížné skoncovat.

Fyzická závislost na nikotinu se vyvíjí po určité době, většinou do dvou let po zahájení kouření. Hlavním důvodem nutkání kouřit je snaha o udržení hladiny nikotinu v krvi. U velmi malé skupiny kuřáků, kteří kouří celý život jen příležitostně, epizodicky a málo, nemusí fyzická závislost vzniknout nikdy. K abstinčním příznakům při nedostatku nikotinu patří nervozita, deprese, podrážděnost, neschopnost soustředit se, které jsou vždy provázeny nutkavou touhou po cigaretě. Psychosociální závislost na kouření bývá spojena již s první cigaretou. Vzniká zde závislost na cigaretě jako předmětu či prostředku komunikace, bez ohledu na její obsah. Vše úzce souvisí s rituály nabízení cigaret, zapalováním, pozorováním plamene zápalek či cigaretového dýmu. Překonání psychosociální závislosti je pro řadu osob hlavní příčinou opakovaného selhání a návratu ke kuřáctví, přestože zvládli fyzickou závislost. (58)

Pokud má být globální program na zanechání kouření úspěšný, musí být propracovaný. Musí zahrnovat zdravotnickou edukaci, veřejnou politiku a programy na šíření informací. Vzdělávání musí probíhat v médiích, ve školách a zdravotnických institucích. Jedná se tedy o komplexní plán boje proti kouření. Problém kouření a jeho zvládnutí je nutno chápat jako kterýkoliv jiný medicínský diagnostický a terapeutický problém. Pro dočasné ulehčení nikotinových abstinčních příznaků je možné použití některých odvykacích prostředků, např. ve formě nikotinových žvýkaček či náplastí. Odvykání je dlouhodobý a komplexní proces, kdy strategie bývá jiná pro každého pacienta v závislosti na stupni jeho odhodlání a stádiu odvykání, v němž se pacient nachází. (58,54)

Většina studií se shoduje, že riziko konzumace alkoholu nebo jiné návykové látky je u zdravotnických pracovníků vyšší než u běžné populace. Svou roli zde hraje také stres a s ním související riziko k závislostem. Záleží však na oboru medicíny a příslušnosti k mužskému nebo ženskému pohlaví. Ze srovnání výskytu závislosti mezi oběma pohlavími vycházely ještě před čtvrt stoletím daleko lépe ženy. Dnes bohužel ženy muže dohánějí. Je tomu proto, že se jednak sbližuje životní styl obou pohlaví a jednak se výrobci alkoholu a léků více zaměřují ve svých reklamách právě na ženy. Není ostatně divu, že zdravotnice se uchylují k návykovým látkám stále častěji. K pracovní zátěži se u nich přidává starost o rodinu. V krátkém časovém úseku se od

nich chce mnoho různých věcí. Navíc se přidává směnný provoz, mechaničnost práce i zmatení rolí na pracovišti. Paleta rizik je tedy pestrá a rozsáhlá. Avšak zdravotníci mají z povahy své profese ještě jeden aspekt. Faktory, které je chrání: pocit smysluplnosti a zaujetí, vyšší vzdělání i inteligence, slušná společenská prestiž a dobrá informovanost o zdravotních záležitostech a ochraně zdraví. A právě tyto faktory mohou ovlivňovat výběr zájmů a zálib, při nichž zdravotníci obnovují tělesné i duševní síly. (43)

## **2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY**

### **2.1 Cíle výzkumu**

Hlavním cílem tohoto výzkumného šetření bylo zjistit zda výkon profese sestry intenzivní péče má vliv na životní styl sester.

Výše popsaný cíl práce jsme konkretizovali do následujících dílčích cílů:

1. Zmapovat životní styl sester pracujících v intenzivní péči.
2. Zjistit konzumaci alkoholu a tabákových výrobků u sester pracujících v intenzivní péči.
3. Zjistit psychické zatížení sester pracujících v intenzivní péči

### **2.2 Hypotézy**

1. Sestry v intenzivní péči dodržují zdravé stravování.
2. Sestry pracující v intenzivní péči dostatečně relaxují.
3. Sestry pracující v intenzivní péči konzumují alkohol.
4. Sestry pracující v intenzivní péči mají zvýšenou spotřebu tabákových výrobků.
5. Výkon profese sestry v intenzivní péči je psychicky náročný.



### 3. METODIKA

#### 3.1 Metodika

K naplnění cílů diplomové práce bylo využito kvantitativní výzkumné šetření metodou dotazníku. Dotazník byl anonymní. Dotazníky byly určeny pro sestry pracující v intenzivní péči. Dotazník obsahoval 25 otázek, z toho byly 4 otevřené, 9 polootevřených a 12 uzavřených otázek.

Dotazník byl složen z několika částí:

- identifikační data
- otázky zaměřené na zdravé stravování a pitný režim
- pohybovou aktivitu a BMI
- spánek a odpočinek
- stres a syndrom vyhoření

Výzkum byl proveden ve třech nemocničních zařízeních v Praze, z toho ve dvou fakultního a v jednom soukromého typu. Dotazníkovému šetření předcházela pilotáž, kdy jsme ověřili, zda sestry otázkám v dotazníku rozumějí. Výzkumné šetření probíhalo v měsíci leden a únor 2010. Celkový počet všech rozdaných dotazníků byl 200. Vyplněno bylo 180 dotazníků, z nich byly 2 pro neúplnost vyřazeny. K analýze dat jsme využili 178 dotazníků, což znamená návratnost 89 %.

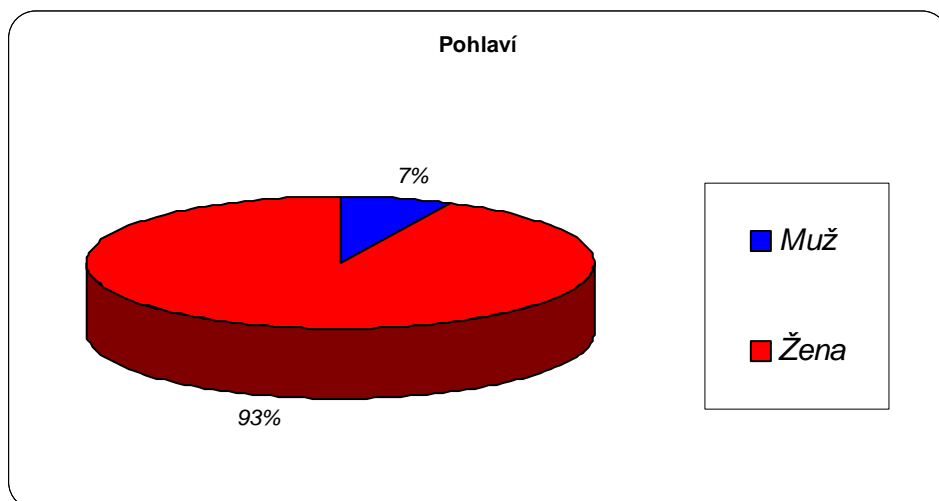
Data jsou zpracována pomocí grafů a tabulek, které byly zpracované v programu Microsoft Excel. Podle typu položených otázek jsou výsledky zobrazeny v procentech nebo v absolutních číslech.

### **3.2 Charakteristika souboru**

Výzkumný soubor tvořily sestry pracující na anesteziologicko-resuscitačních odděleních a jednotkách intenzivní péče v oboru chirurgie, neurochirurgie, kardiochirurgie, urologie, kardiologie a klinice popáleninové medicíny v nemocničních zařízeních v Praze. Výzkumný soubor tvořilo 7 % mužů a 93 % žen. Průměrná doba výkonu profese u respondentů v intenzivní péči je 7,8 let. Vzdělání respondentů je 46 % středoškolské s maturitou, 34 % vysokoškolské a 20 % vyšší odborné vzdělání. Ze souboru 72 % respondentů nemá specializaci v oboru a 28 % respondentů má specializaci v oboru.

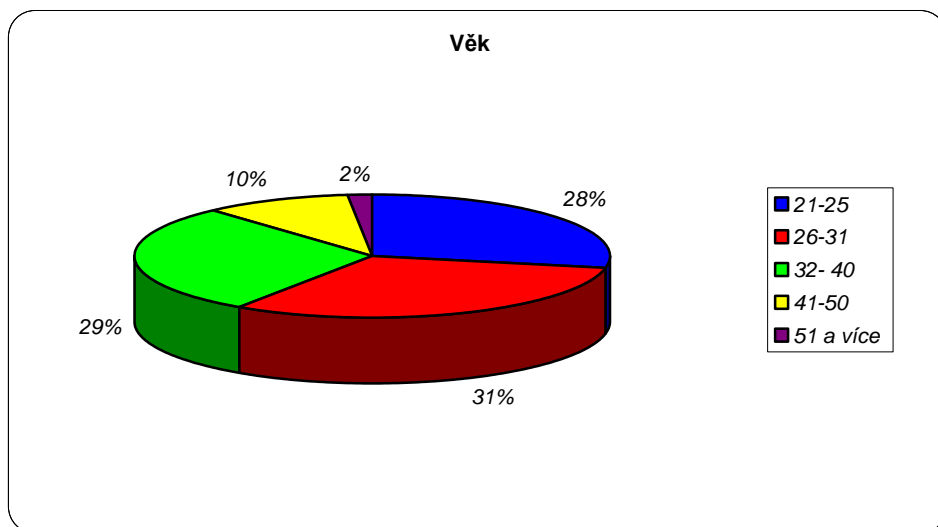
#### 4. VÝSLEDKY

Graf 1



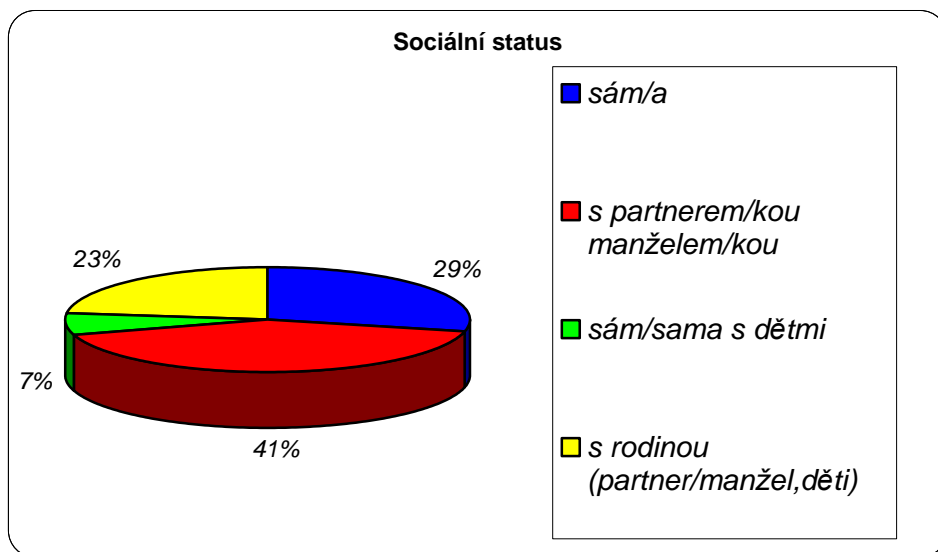
Graf 1 znázorňuje rozdělení respondentů podle pohlaví. Výzkumný soubor tvořilo celkem 178 respondentů (100 %), z toho se účastnilo 165 žen (93 %) a 13 mužů (7 %).

Graf 2



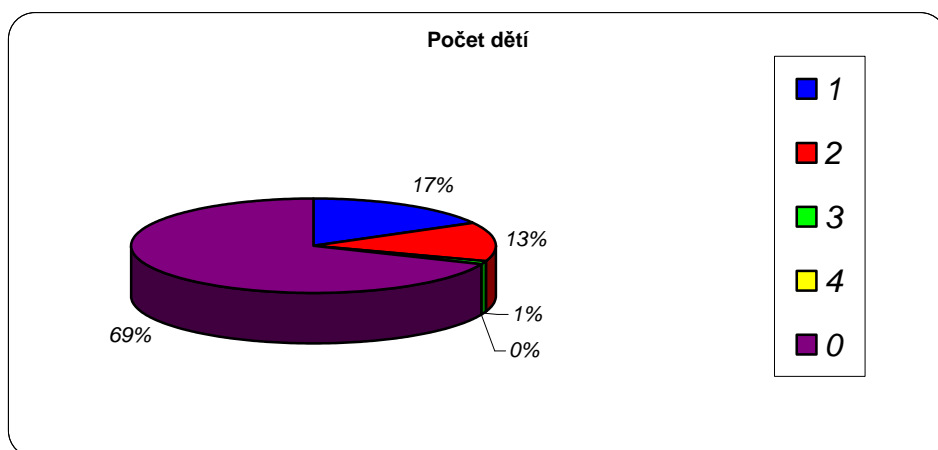
Graf 2 ukazuje rozdělení respondentů podle věku. Z celkového počtu 178 respondentů (100 %) byla nejvíce zastoupena věková kategorie mezi 26 - 31 roky a to 56 respondenty (31 %), v kategorii mezi 32 – 40 roky bylo 51 respondentů (29 %), v rozmezí 21 – 25 roků označilo svůj věk 50 respondentů (28 %), věk 41 – 50 roků zastupovalo 18 respondentů (10 %) a nejméně zastoupena byla věková kategorie starší 51 a více roků, kterou zastupovali 3 respondenti (2 %).

Graf 3



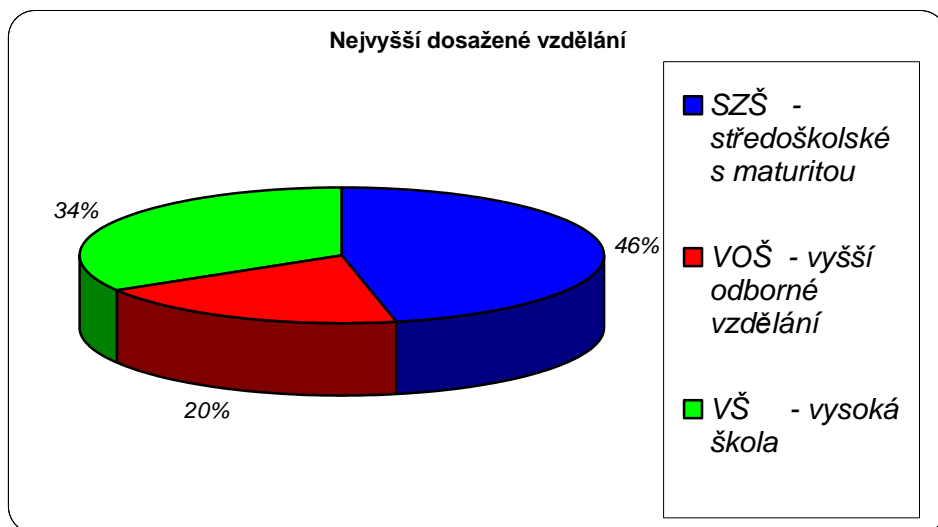
Graf 3 ukazuje rodinné zázemí respondentů. Z celkového počtu 178 respondentů (100 %) žije v partnerském či manželském vztahu 74 respondentů (41 %), 51 respondentů (29 %) žije samo, 41 respondentů (23 %) s rodinou a 12 respondentů (7 %) žije samo s dětmi.

Graf 4



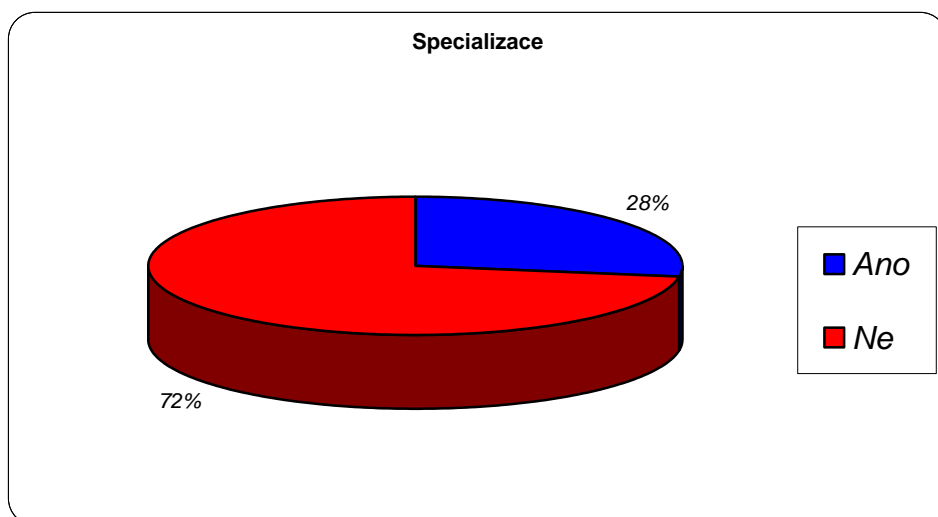
Z grafu 4 vyplývá, že 122 respondentů (69 %) nemá žádné děti, 30 respondentů (17 %) má jedno dítě, 24 respondentů (13 %) má dvě děti, 2 respondenti uvedli, že mají 3 děti a žádný respondent (0 %) nevedl 4 a více dětí.

Graf 5



Graf 5 znázorňuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Z celkového počtu 178 respondentů (100 %) má 83 respondentů (46 %) vzdělání středoškolské s maturitou, 60 respondentů (34 %) vysokoškolské a 35 respondentů (20 %) vyšší odborné vzdělání.

Graf 6



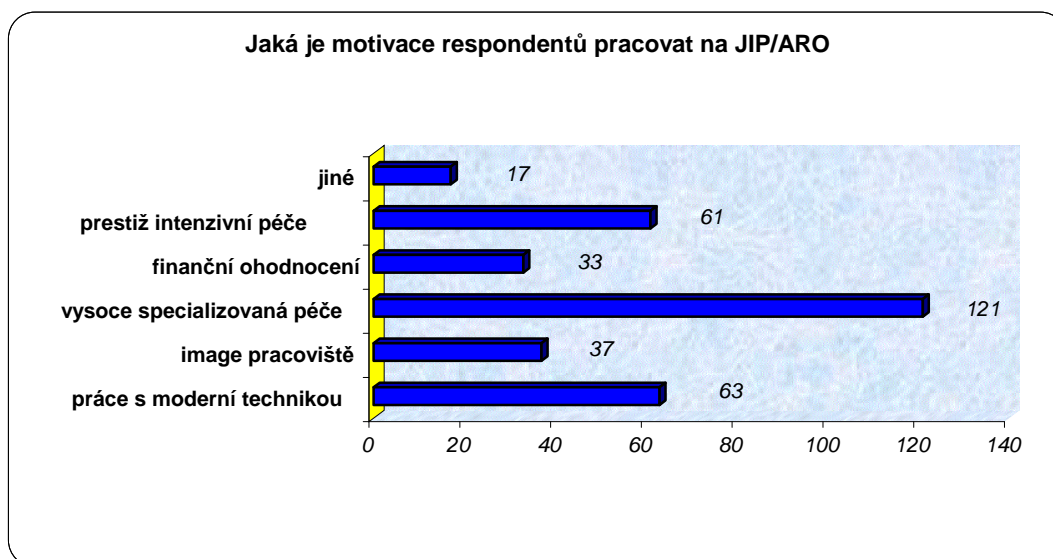
Graf 6 znázorňuje rozdělení respondentů, zda mají specializaci v oboru. Z grafu 6 vyplývá, že 129 respondentů (72 %) nemá žádnou specializaci a 49 respondentů (28 %) uvedlo, že má specializaci v oboru.

Tabulka 1

	<i>Délka odborné praxe</i>	<i>Délka praxe JIP</i>
<b>Max</b>	<b>46</b>	<b>30</b>
<b>Průměr</b>	<b>10,1</b>	<b>7,8</b>
<b>Medián</b>	<b>8,25</b>	<b>6</b>
<b>Min</b>	<b>0,25</b>	<b>0,25</b>

Tabulka 1 mapuje délku odborné praxe respondentů. Z tabulky 1 vyplývá, že maximální délka odborné praxe u respondentů je 46 let. Z toho praxe v intenzivní péči je maximálně 30 let. Průměrná doba odborné praxe respondentů je 10,1 let a z toho průměrná doba výkonu profese v intenzivní péči je 7,8 let. Minimální doba odborné praxe u respondentů je 0,25 let a stejně tak minimální délka praxe v intenzivní péči.

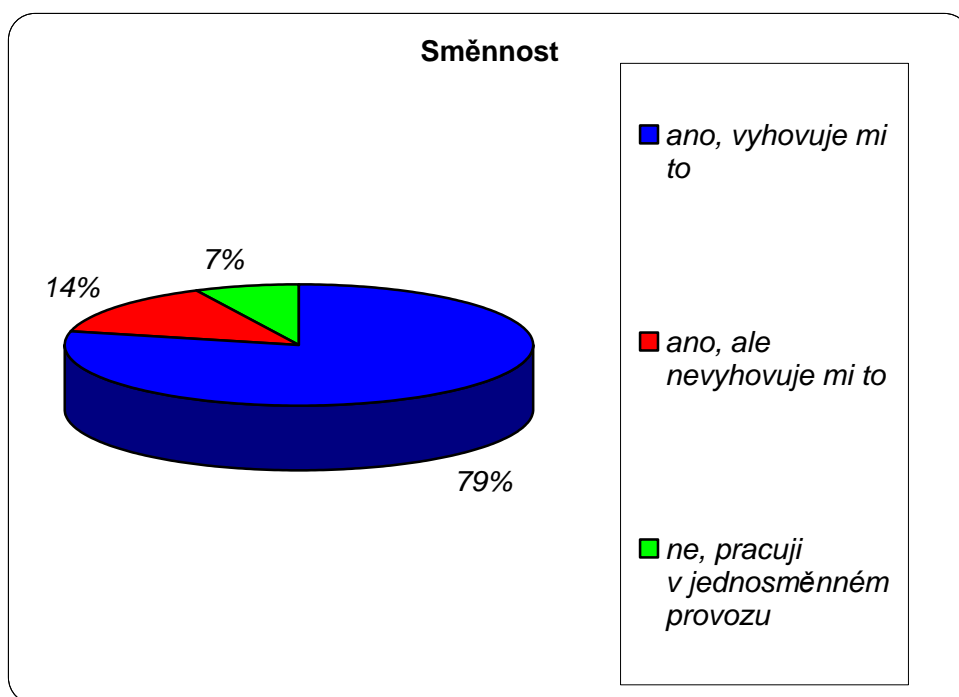
Graf 7



Graf 7 ukazuje, co respondentů motivuje pracovat na oddělení JIP/ARO. V této otázce měli respondenti možnost volit více odpovědí. 121 respondentů uvedlo, že je nejvíce motivuje vysoce specializovaná péče, 63 respondentů motivuje práce s moderní

technikou, 61 respondentů prestiž intenzivní péče, 37 respondentů motivuje image pracoviště, pro 33 respondentů je motivací finanční ohodnocení a 17 respondentů uvedlo jiné, kdy například respondenti uváděli přátelský kolektiv, méně pacientů na jednu sestru či lepší přehlednost práce.

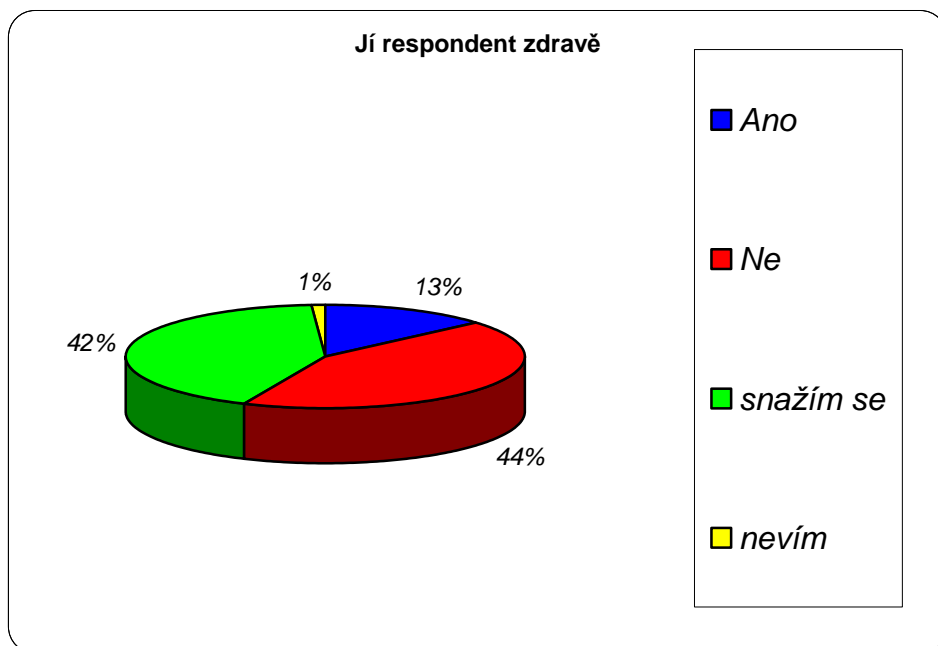
Graf 8



Graf 8 uvádí, zda respondenti pracují ve směnném provozu a zda jim to vyhovuje. Z celkového počtu 178 respondentů (100 %) jich 140 (79 %) uvedlo, že pracují ve směnném provozu, který jim vyhovuje. 25 respondentů (14 %) pracuje ve směnném provozu, ale nevyhovuje jim to a 13 respondentů (7 %) pracují v jednosměnném provozu.

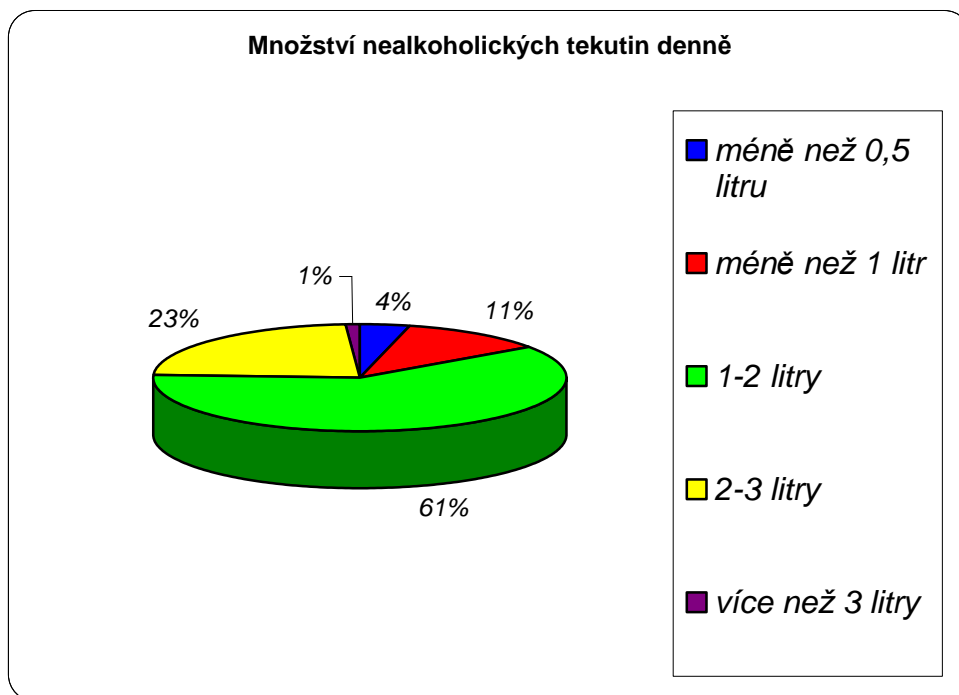


Graf 9



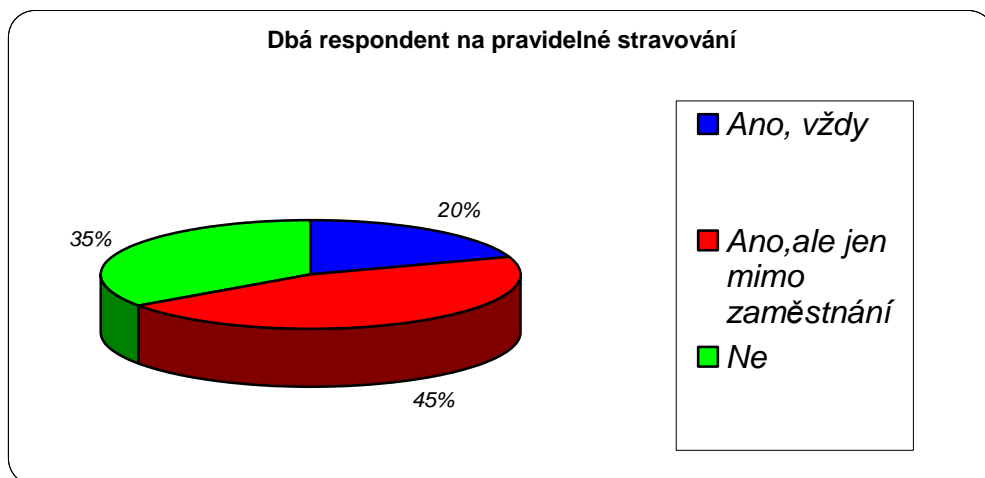
Graf 9 znázorňuje, zda si respondenti myslí, že se stravují zdravě. Z celkového počtu 178 respondentů (100 %) si 77 respondentů (44 %) myslí, že se zdravě nestravují, 75 respondentů (42 %) se snaží jíst zdravě, 24 respondentů (13 %) si myslí, že se stravují zdravě a 2 respondenti (1 %) neví, zda-li se stravují zdravě.

Graf 10



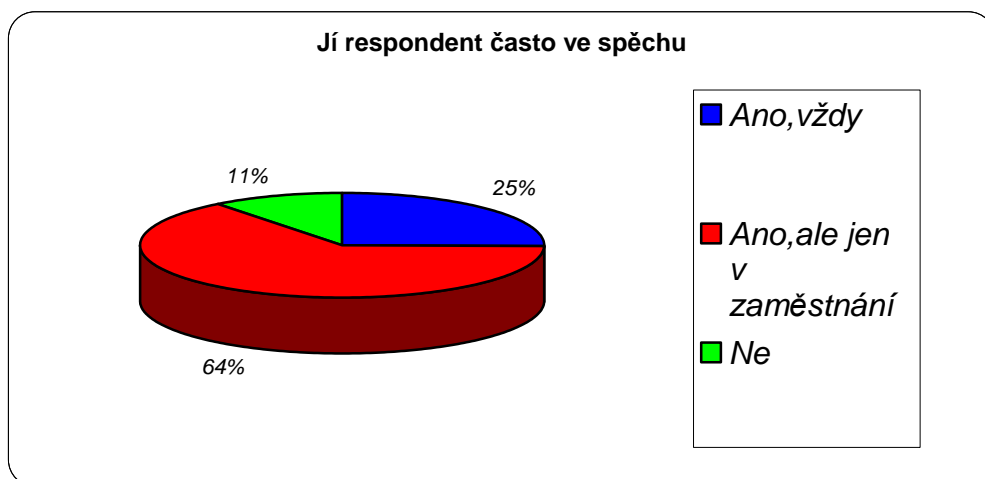
Z grafu 10 vyplývá, jaké množství nealkoholických tekutin respondent denně vypije. Z celkového počtu 178 respondentů (100 %) vypije v množství 1 – 2 litry 108 respondentů (61 %), 41 respondentů (23 %) udává množství 2 – 3 litry vypitých nealkoholických tekutin, 20 respondentů (11 %) vypije méně než 1 litr, 7 respondentů (4 %) méně než půl litru tekutin a 2 respondenti (1 %) uvedli množství nealkoholických tekutin více než 3 litry za den.

Graf 11



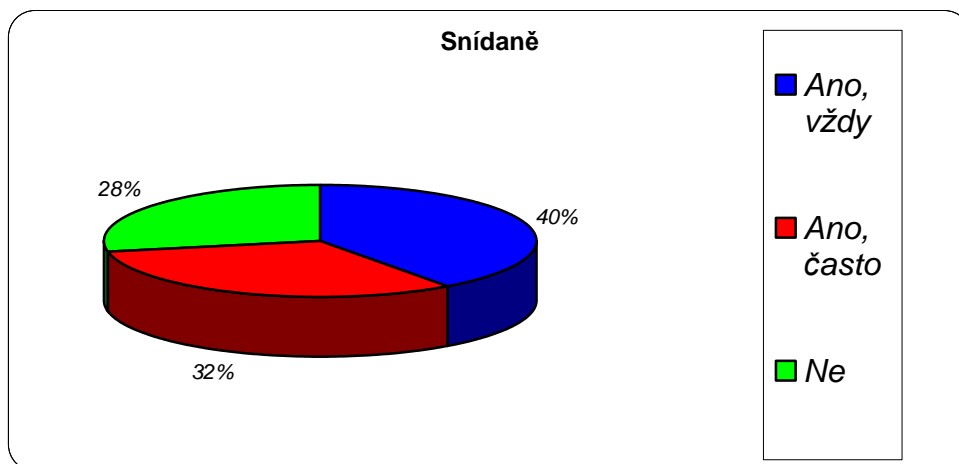
Graf 11 ukazuje, zda respondenti dbají na pravidelné stravování. Z celkového počtu 178 respondentů (100 %) odpovědělo 81 respondentů (45 %), že na pravidelné stravování sice dbají, ale jen mimo zaměstnání, 62 respondentů (35 %) na pravidelné stravování nedbají a 35 respondentů (20 %) uvedlo, že na pravidelné stravování dbají vždy.

Graf 12



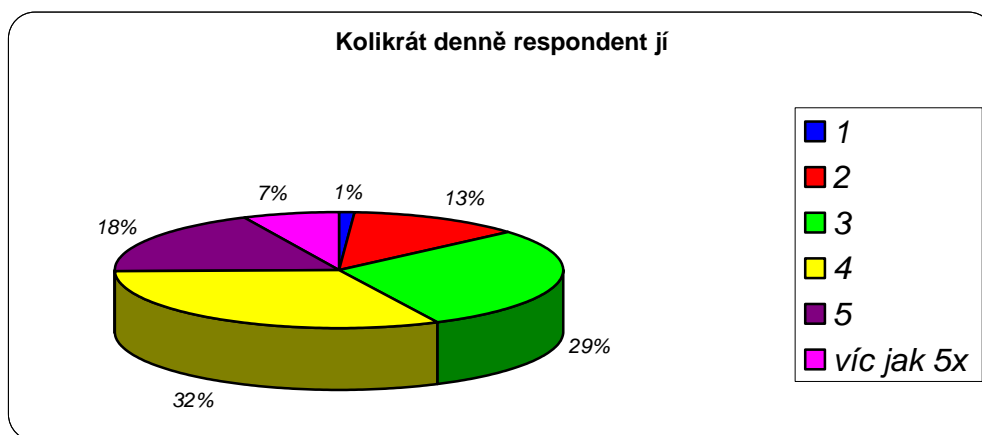
Graf 12 znázorňuje, zda se respondenti často stravují ve spěchu. Z celkového počtu 178 respondentů (100 %) se 114 respondentů (64 %) stravuje ve spěchu pouze v zaměstnání, 45 respondentů (25 %) uvedlo, že se stravuje ve spěchu vždy, tedy i mimo své zaměstnání a zbylých 19 respondentů (11 %) se ve spěchu nestravují.

Graf 13



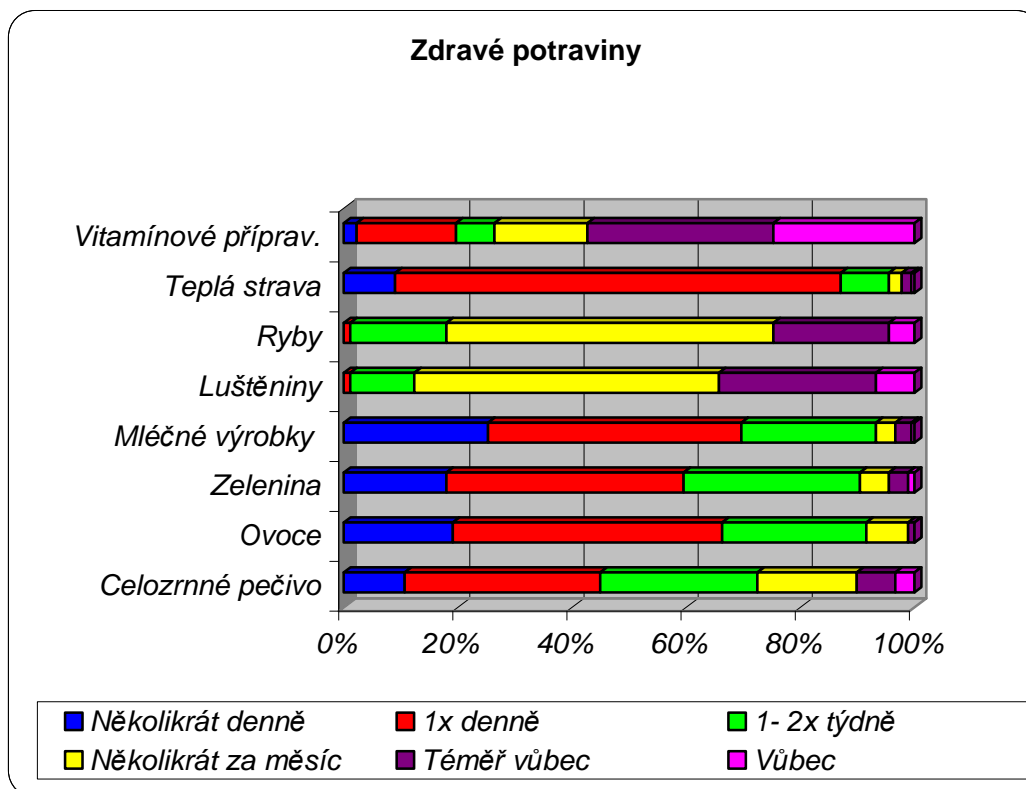
Graf 13 ukazuje, zda respondenti snídají. Z celkového počtu 178 dotazovaných (100 %) se nasnídá vždy 71 respondentů (40 %), 57 respondentů (32 %) si snídání dopřávají ne vždy, ale často a 50 respondentů (28%) nesnídá vůbec.

Graf 14



Z grafu 14 vyplývá, kolikrát denně se respondenti stravují. Z celkového počtu 178 respondentů (100 %) jich 56 (32 %) jí 4x denně, 51 respondentů (29 %) jí 3x denně, 32 respondentů (18 %) uvedlo, že se stravují 5x denně, 22 respondentů (13 %) 2x denně, 12 respondentů (7 %) se stravuje více jak 5x za den a 2 respondenti (1%) uvedli, že se stravují pouze 1x denně.

Graf 15

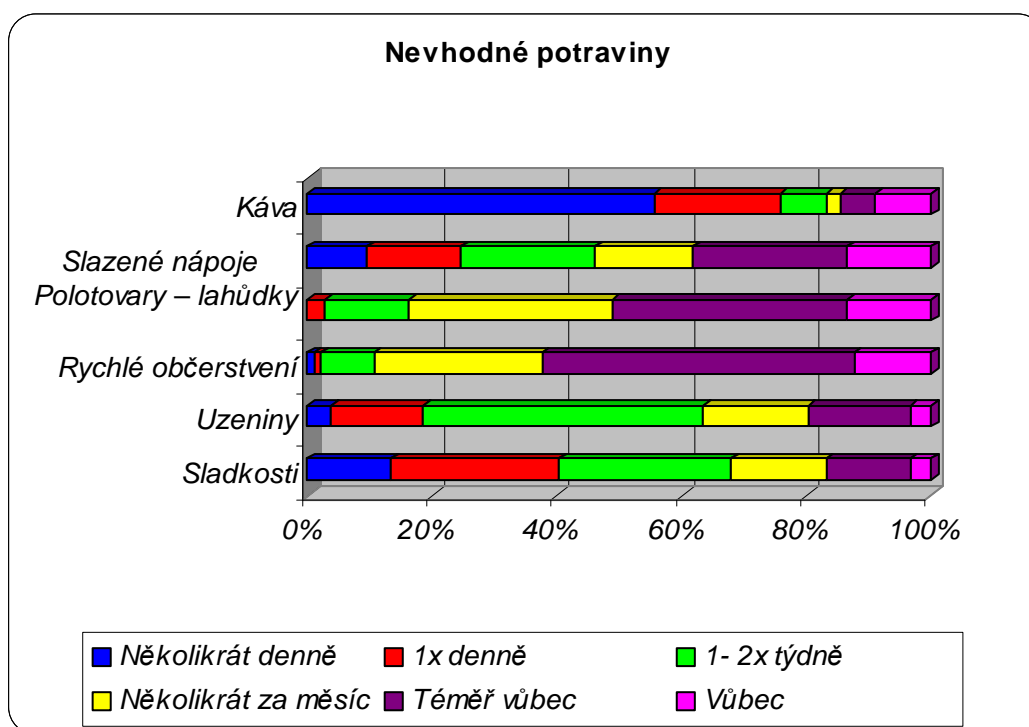


Graf 15 znázorňuje zastoupení zdravých potravin v jídelníčku respondenta. Celkový počet oslovených respondentů byl 178 (100 %).

Celozrnné pečivo preferuje 61 respondentů 1x denně, 1 – 2x týdně jej konzumuje 49 respondentů, 31 dotazovaných uvedlo několikrát za měsíc, 12 respondentů téměř vůbec a 6 dotazovaných jej nepreferuje vůbec. Ovoce konzumuje 84 respondentů 1x denně, 1 – 2x týdně jej preferuje 45 respondentů, několikrát za měsíc uvedlo 13 respondentů, téměř vůbec 2 a vůbec neuvedl žádný z dotazovaných. Zeleninu preferuje 74 respondentů 1x denně, 1 – 2x týdně uvedlo 55 respondentů, několikrát za měsíc 9 respondentů, 6 dotazovaných zeleninu nepreferují téměř vůbec a 2 zcela vůbec. Mléčné výrobky konzumuje 79 dotazovaných, 42 jich uvedlo 1 – 2x týdně, 6 několikrát za měsíc, 5 respondentů nepreferuje mléčné výrobky téměř vůbec a 1 zcela vůbec.

Luštěniny konzumuje 95 respondentů několikrát za měsíc, 49 jich konzumaci luštěnin téměř vůbec nepreferují, 20 uvedlo 1 – 2x týdně, 12 respondentů nekonzumují luštěniny vůbec a 2 uvedli 1x denně. Ryby preferuje několikrát za měsíc 102 dotazovaných, 36 nekonzumuje ryby téměř vůbec, naopak 30 jich uvedlo konzumaci ryb 1 – 2x týdně, 8 respondentů nekonzumuje ryby vůbec a 2 uvedli 1x denně. Teplou stravu preferuje 139 respondentů 1x denně, 15 respondentů několikrát za den, 4 uvedli pouze několikrát za měsíc, 3 respondenti teplou stravu nepreferují téměř vůbec a 1 respondent zcela vůbec. Vitamínové přípravky nepreferuje téměř vůbec 58 a zcela vůbec 44 dotazovaných, 29 respondentů užívá vitamínové přípravky několikrát za měsíc, 31 uvedlo 1x denně, 12 respondentů 1 – 2x týdně a 4 respondenti užívají vitamínové přípravky i několikrát denně.

Graf 16



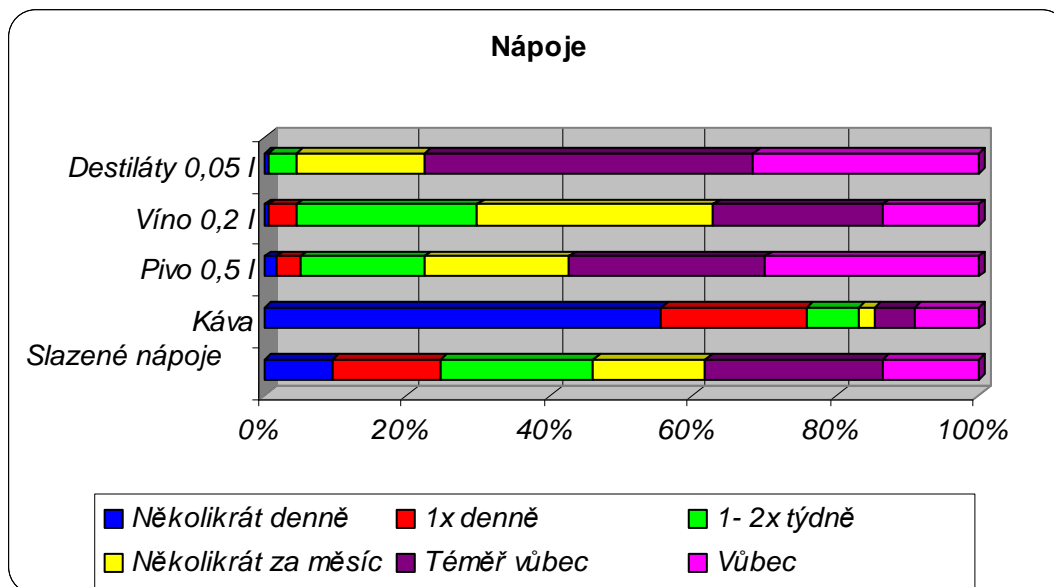
Graf 16 znázorňuje zastoupení nevhodných potravin v jídelníčku respondenta. Celkový počet oslovených respondentů byl 178 (100 %).

Sladkosti konzumuje 49 respondentů 1 - 2x týdně, 48 jich uvedlo 1x denně, 27 respondentů několikrát za měsíc, 24 respondentů sladkosti nepreferují téměř vůbec, naopak 24 dotazovaných uvedlo konzumaci sladkostí i několikrát za den a 6 respondentů nekonzumuje sladkosti vůbec. Uzeniny preferuje 80 respondentů 1 – 2x týdně, 30 jich uvedlo několikrát za měsíc, 29 dotazovaných nekonzumuje uzeniny téměř vůbec, 26 naopak 1x denně, 7 respondentů uvedlo konzumaci uzenin i několikrát denně a 6 respondentů nekonzumuje uzeniny vůbec. Rychlé občerstvení nepreferuje téměř vůbec 89 dotazovaných, 48 respondentů jej konzumují několikrát za měsíc, 22 respondentů zcela vůbec, naopak 15 respondentů uvedlo konzumaci 1 – 2x týdně, 2 respondenti 1x denně a stejný počet, tedy 2, uvedli konzumaci několikrát za den.

Polotovary – lahůdky nepreferuje téměř vůbec 67 respondentů, 58 dotazovaných si je dopřávají několikrát za měsíc, 24 respondentů nekonzumují polotovary – lahůdky vůbec a stejný počet, tedy 24 respondentů, si je dopřávají 1 – 2x týdně, 5 respondentů uvedlo 1x denně a žádný z dotazovaných neuvedl několikrát denně. Slazené nápoje téměř vůbec nekonzumuje 44 respondentů, 38 dotazovaných konzumují slazené nápoje 1 – 2x týdně, 28 jich uvedlo konzumaci několikrát za měsíc, 27 pijí slazené nápoje 1x denně, 24 respondentů nepreferují konzumaci vůbec a naopak 17 uvedlo konzumaci několikrát za den. Kávu preferuje 99 respondentů několikrát denně, 36 respondentů 1x denně, 16 dotazovaných nepijí kávu vůbec, 13 uvedlo konzumaci kávy 1 – 2x týdně, 10 respondentů nepreferují pití kávy téměř vůbec a 4 respondenti si dopřávají kávu jen několikrát za měsíc.



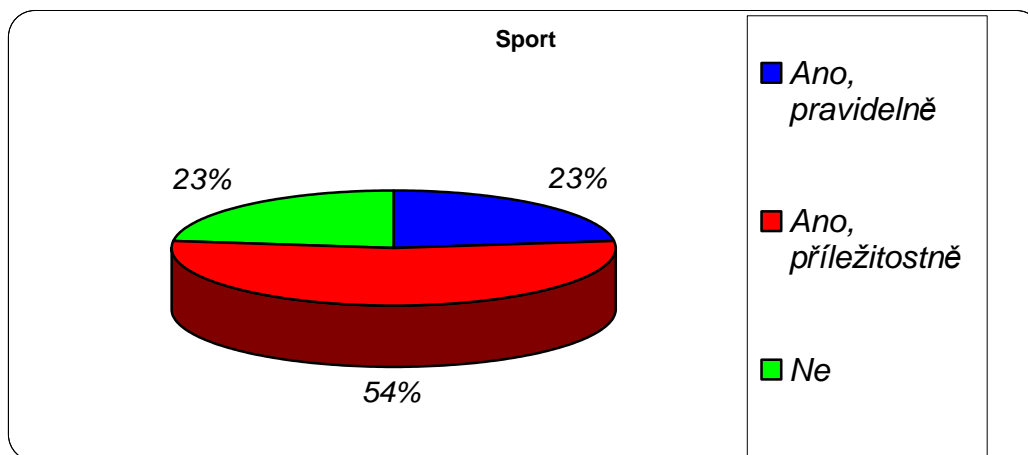
Graf 17



Graf 17 znázorňuje preferenci jednotlivých nápojů respondentem. Celkový počet oslovených respondentů byl 178 (100 %).

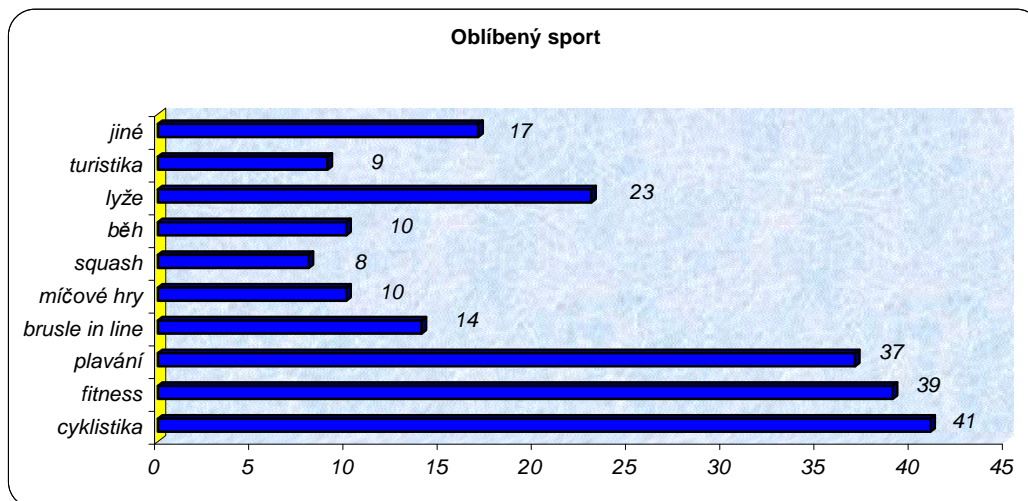
Slazené nápoje téměř vůbec nekonzumuje 44 respondentů, 38 dotazovaných konzumují slazené nápoje 1 – 2x týdně, 28 jich uvedlo konzumaci několikrát za měsíc, 27 pijí slazené nápoje 1x denně, 24 respondentů nepreferují konzumaci vůbec a naopak 17 uvedlo konzumaci několikrát za den. Kávu preferuje 99 respondentů několikrát denně, 36 respondentů 1x denně, 16 dotazovaných nepijí kávu vůbec, 13 uvedlo konzumaci kávy 1 – 2x týdně, 10 respondentů nepreferují pití kávy téměř vůbec a 4 respondenti si dopřávají kávu jen několikrát za měsíc. Pivo nekonzumuje vůbec 53 respondentů, 49 téměř vůbec, 36 respondentů uvedlo konzumaci několikrát za měsíc, 31 respondentů si dopřávají pivo 1 – 2x týdně, 6 respondentů 1x denně a 3 respondenti uvedli konzumaci piva několikrát za den. Víno konzumuje 59 respondentů několikrát za měsíc, 45 respondentů 1 – 2x týdně, jen o něco méně, v počtu 42 respondentů naopak nepijí víno téměř vůbec, 24 vůbec, 7 respondentů uvedlo konzumaci vína 1x denně a 1 respondent několikrát denně. Destiláty nekonzumuje téměř vůbec 82 respondentů, 56 respondentů nepijí destiláty vůbec, 32 respondentů uvedlo konzumaci několikrát za měsíc, 7 respondentů 1 – 2x týdně, užití destilátů několikrát za den uvedl 1 respondent a 1x denně neuvedl žádný tedy 0 respondentů.

Graf 18



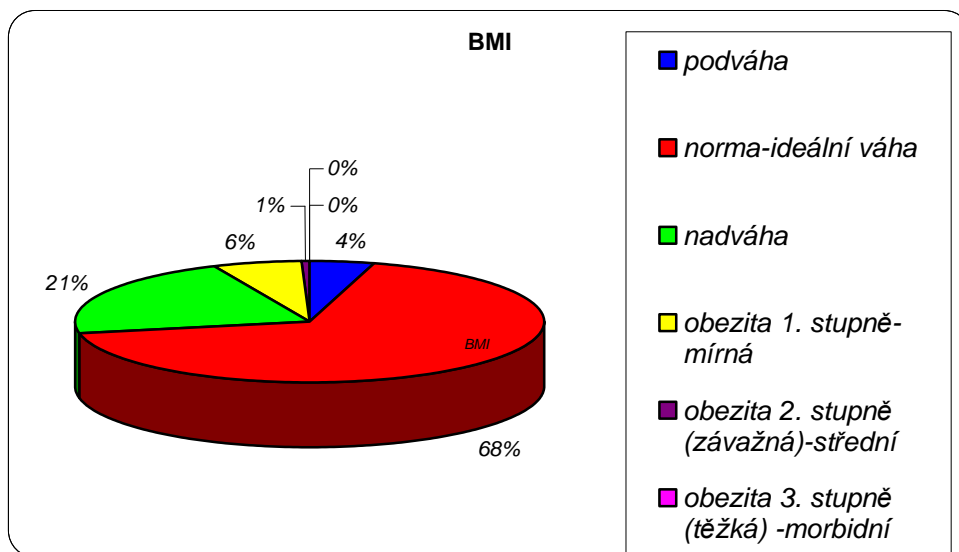
Z grafu 18 vyplývá, zda respondenti sportují. Z celkového počtu 178 respondentů (100 %) pravidelně sportuje 41 respondentů (23 %), naopak 41 respondentů (23 %) nesportují vůbec a v počtu 96 respondentů (54 %) sportují jen příležitostně.

Graf 19



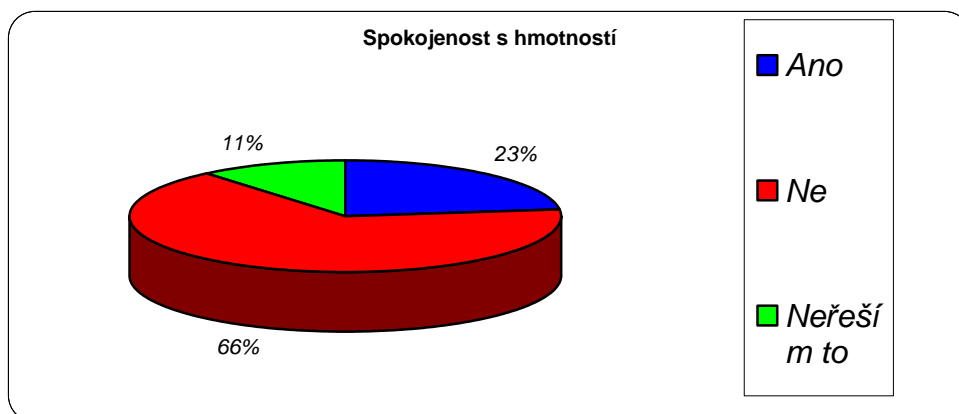
Graf 19 znázorňuje, jakému sportu se respondenti nejraději věnují. Na tuto otázku odpovědělo celkem 137 respondentů (77 %). Nejvíce respondentů se věnuje cyklistice (41), fitnessu (39) a plavání (37), dále lyže (23), brusle in line (14), ve stejném počtu pak běh (10) a míčové hry (10), turistika (9), squash (8). A 17 respondentů uvedlo jiné, například jízda na koni, horolezectví.

Graf 20



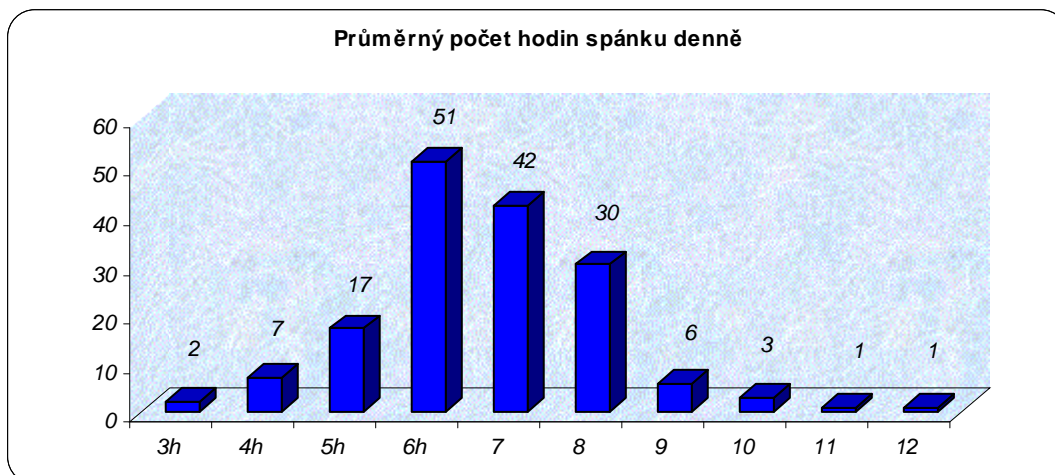
Graf 20 vyjadřuje hodnocení BMI respondentů. Z celkového počtu 178 respondentů (100 %) má 120 (68 %) BMI v normálním rozmezí, 38 respondentů (21 %) nadváhu, 11 (6 %) mírnou obezitu 1. stupně, 8 respondentů (4 %) trpí naopak podváhou a 1 respondent (1 %) udává střední obezitu 2. stupně.

Graf 21



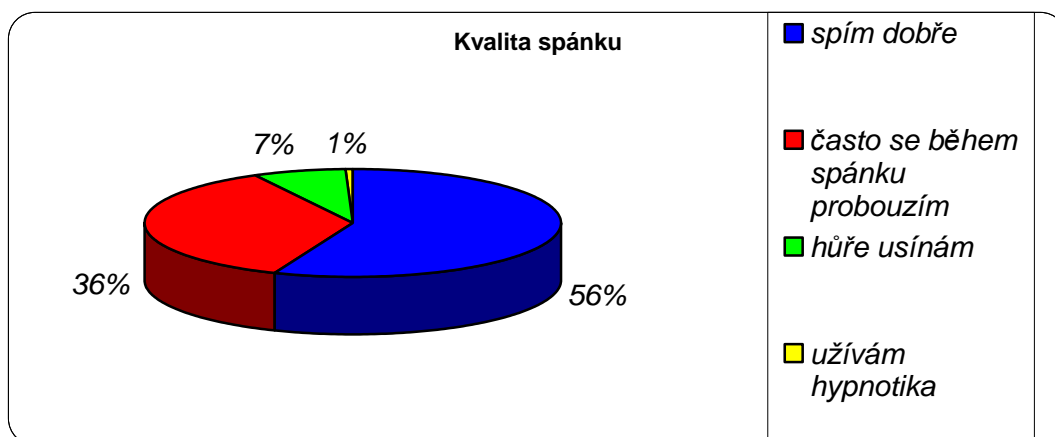
Graf 21 ukazuje spokojenost respondentů se svojí hmotností. Z celkového počtu 178 respondentů (100 %) je jich 117 (66 %) nespokojeno, 41 respondentů (23 %) je se svojí hmotností spokojeno a 20 respondentů (11 %) svojí hmotnost neřeší.

Graf 22



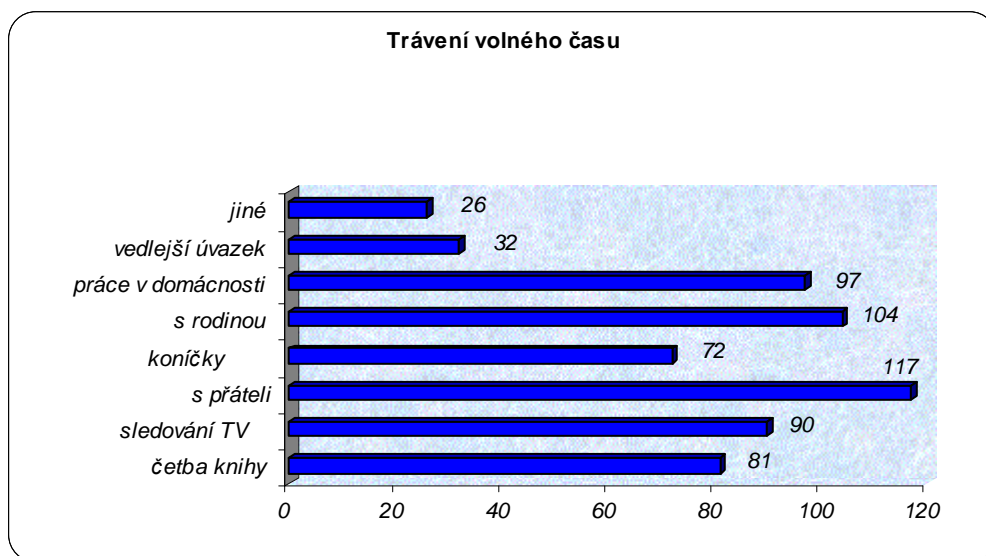
Graf 22 znázorňuje, kolik hodin respondent průměrně denně spí. Z celkového počtu 178 respondentů (100 %) spí průměrně 6 hodin denně 53 respondentů, 7 hodin 51 respondentů, 8 hodin spánku uvedlo 33 respondentů, 19 dotazovaných spí průměrně 5 hodin spánku, 8 respondentů spí 4 hodiny denně, 6 uvedlo 9 hodin, 4 respondenti spí 10 hodin denně, 2 uvedli jen 3 hodiny spánku za den, 1 respondent spí 11 hodin denně a 1 respondent uvedl průměrný denní spánek 12 hodin.

Graf 23



Graf 23 ukazuje, jaká je kvalita spánku respondentů. Celkový počet dotazovaných byl 178 (100 %), z nichž 100 respondentů (56 %) uvedlo, že spí dobře, 64 respondentů (36 %) se často během spánku probouzí, 13 (7 %) jich trpí horším usínáním a 1 respondent (1 %) užívá hypnotika.

Graf 24



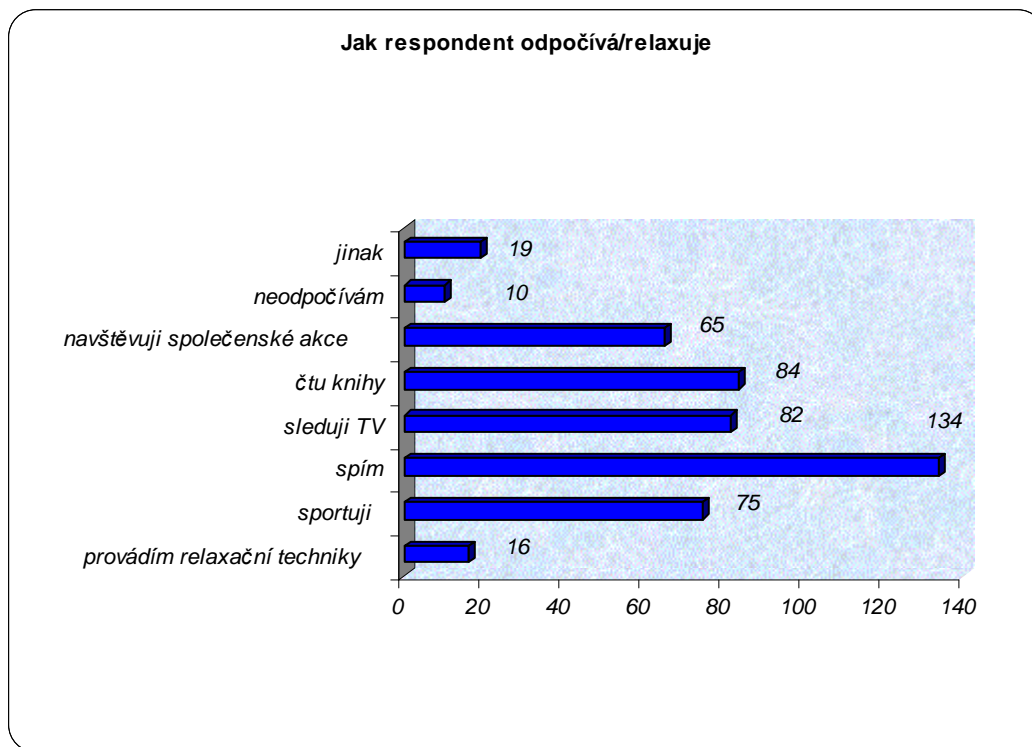
Graf 24 znázorňuje, jak respondenti tráví svůj volný čas. Na otázku odpovědělo celkem 178 dotazovaných (100 %). V této otázce měli respondenti možnost volit více odpovědí. Nejvíce, v počtu 117 respondentů, uvedlo volný čas strávený s přáteli, dále pak s rodinou uvedlo 104 respondentů, 97 dotazovaných tráví volný čas prací v domácnosti, 90 respondentů ve volném čase sledují televizi, 81 jich tráví svůj volný čas četbou knih, 72 vlastními koníčky, 32 respondentů ve volném čase pracují na vedlejší úvazek a 26 respondentů uvedlo jiné, například studium, kulturu, procházky, spánek.

Graf 25



Graf 25 ukazuje, zda respondenti znají způsob, jak uvolnit a zregenerovat svůj organismus. Z celkového počtu 178 respondentů (100 %) jich 136 (76 %) zná způsob, jak se uvolnit a zregenerovat a zbylých 42 respondentů (24 %) žádný způsob uvolnění a regeneraci svého organismu neznají.

Graf 26



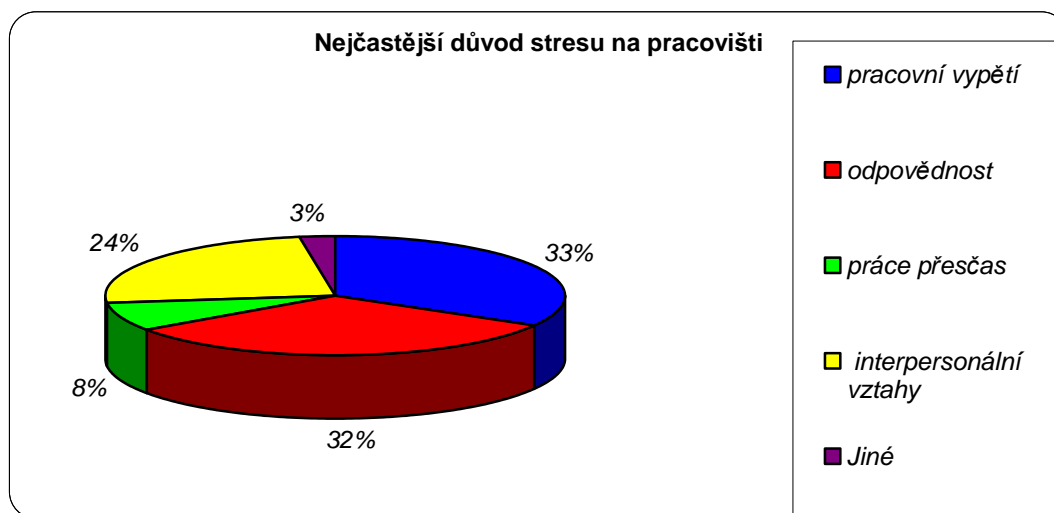
Graf 26 znázorňuje, jak respondenti odpočívají či relaxují. Na otázku odpovědělo celkem 178 dotazovaných (100 %). V této otázce měli respondenti možnost volit více odpovědí. 134 respondentů si užívají odpočinku spánkem, 82 respondentů relaxují četbou knih a 82 sledováním televize, 75 respondentů relaxují sportem, 65 jich navštěvuje společenské akce, 16 respondentů využívá k odpočinku relaxačních technik, 10 dotazovaných nijak neodpočívá a 19 jich uvedlo jinak, kde například uvedli procházky, ruční práce, zahrádkářství, studium či alkohol.

Graf 27



Z grafu 27 vyplývá, zda je pro respondenty jejich pracovní prostředí nějakým způsobem stresující. Z celkového počtu 178 dotazovaných (100 %) uvedlo 98 respondentů (56 %) ano, občas, pro 63 dotazovaných (35 %) je jejich pracovní prostředí velmi stresující, 15 respondentů uvedlo, že spíše není a 2 respondenti (1 %) nepociťuje na svém pracovišti žádný stres.

Graf 28

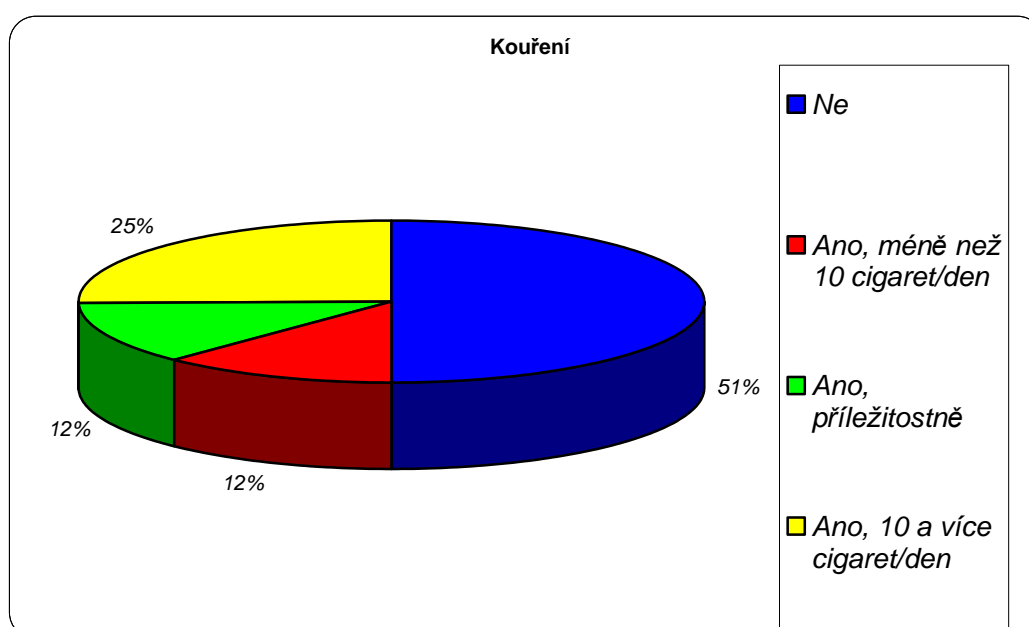


Graf 28 vyjadřuje, co si respondenti myslí, že přispívá ke stresujícímu prostředí na jejich pracovišti. Na otázku odpovědělo celkem 161 respondentů (91 %).



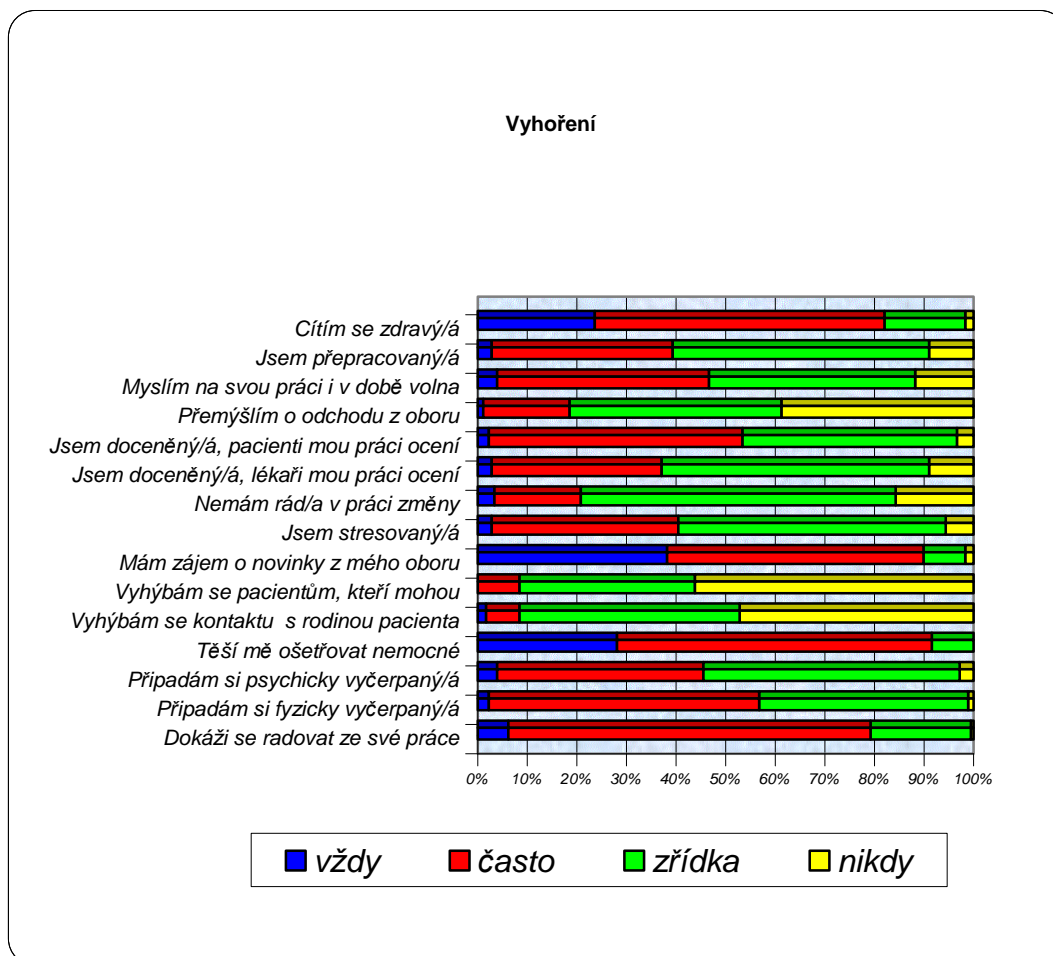
V této otázce měli respondenti možnost volit více odpovědí. 106 respondentů uvedlo pracovní vypětí, 101 uvedlo důvod odpovědnost, 77 respondentů uvedlo interpersonální vztahy, 25 práce přesčas a 8 respondentů uvedlo jiné (náročnost práce, technické nedostatky, časová tíseň, nedostatek personálu, neatraktivnost profese).

Graf 29



Graf 29 ukazuje, kolik respondentů je kuřáků. Z celkového počtu 178 respondentů (100 %) je 89 respondentů (51 %) nekuřáků, 45 respondentů (25 %) kouří 10 a více cigaret denně, 22 (12 %) kouří méně než 10 cigaret za den a 22 respondentů (12 %) kouří jen příležitostně.

Graf 30



Graf 30 znřzornřuje, zda respondenty ve svř profesi neohrořuje syndrom vyhořnř. Celkovř počet respondentř byl 178 (100 %). Na otřzku dokřři se radovat ze svř přřace odpovřdřlo 130 respondentř řasto, 36 zřřdka, 11 respondentř odpovřdřlo vřdy a pouze 1 respondent nikdy. Fyzicky vyřerpanřvřř si přřpadř 97 respondentř řasto, 75 jen zřřdka, 4 respondenti vřdy a 2 nikdy. Psychicky vyřerpanřvřř si přřpadř 92 respondentř zřřdka, 74 řasto, 7 vřdy a 5 respondentř nikdy. Ořetřřovat nemocnř těřř řasto 113 respondentř, vřdy 50, 15 respondentř uvedlo zřřdka a řřdnř respondent (0) neuvedl nikdy. Kontaktu s rodinou pacienta se nikdy nevyhřbř 84 dotazovanřch, 79 uvedlo zřřdka, 12 respondentř řasto a 3 vřdy. Kontaktu s komunikujřcřm pacientem se 100 respondentř nikdy nevyhřbř, 63 zřřdka, 15 řasto a 0 respondentř vřdy.

Zájem o novinky ze svého oboru má 92 respondentů často, 68 vždy, 15 respondentů zřídka a 3 uvedli nikdy. Na otázku, zda jsou respondenti stresovaní odpovědělo 96 zřídka, 67 často, 10 nikdy a 5 respondentů vždy. Změny v práci nemá rádo 113 respondentů zřídka, 31 často, 28 uvedlo nikdy a 6 respondentů vždy. Ocenění od lékaře pociťuje 96 respondentů zřídka, 61 často, 16 nikdy a 5 respondentů vždy. Ocenění od pacientů pociťuje 91 respondentů často, 77 uvedlo naopak zřídka, 6 nikdy a 4 respondenti vždy. O odchodu z oboru přemýšlí 76 respondentů zřídka, 69 nikdy, 31 často a 2 respondenti uvedli, že vždy. Na svou práci i v době volna myslí 76 respondentů často, 74 zřídka, 21 respondentů nikdy a 7 naopak vždy. Na otázku, zda jsou respondenti přepracovaní odpovědělo 92 zřídka, 65 respondentů naopak často, 16 nikdy a 5 respondentů vždy. Zdravě se cítí často 104 respondentů, 42 vždy, 29 jen zřídka a 3 respondenti uvedli, že se nikdy necítí zdravě.

## 5. DISKUZE

Cílem diplomové práce bylo zmapovat životní styl sester pracujících v intenzivní péči. Naším záměrem bylo zjistit, jak výkon profese ovlivňuje životosprávu sester. Informace, které jsme získali se týkaly především stravování, pohybové aktivity, relaxace a psychické zátěže v pracovním prostředí sester. Výzkumný soubor tvořily sestry pracující na anesteziologicko-resuscitačních oddělení a jednotkách intenzivní péče.

V grafu 1 je znázorněno zastoupení žen a mužů pracujících na ARO/JIP. Z celkového počtu respondentů je 93 % žen a jen 7 % mužů. Profese všeobecné sestry je jedním z nejvíce feminizovaných povolání, počet mužů v tomto oboru roste, přesto jejich počet je stále nízký. Výkon profese na odděleních intenzivní péče je fyzicky i psychicky velmi náročný, nezanedbatelným faktorem je zde práce s vysoce sofistikovanou technikou. Právě technická náročnost tohoto oboru může mít vliv na vyšší zastoupení mužské populace na ARO/JIP oddělení. Přesto, že bychom si tento počet přáli zvýšit, ženy i nadále v ošetrovatelské péči dominují.

Věkový průměr (viz graf 2) sester na ARO/JIP se pohybuje nejčastěji v rozmezí 21 – 31 lety (59 %). Z hlediska fyzické a psychické náročnosti je práce na intenzivní péči mladším kolektivem lépe snášena. Celkem 70 % sester z výzkumného souboru je svobodných a bezdětných. Nejsou tedy vázané odpovědností k rodině a dětem, a nemusejí skloubit výkon profese s rolí matky a manželky.

Sestry pracující v intenzivní péči mají specifické kompetence, které vyžadují u sester vyšší vzdělání (69, zákon č. 424/2004 §49). Přesto téměř 50 % dotazovaných sester má pouze středoškolské vzdělání (viz graf 5). Překvapující zjištění dokládá graf 6, že 72 % respondentů, byť pracují nějakou dobu na ARO/JIP, nemají specializaci v oboru. Z právních předpisů vyplývá, že je sestra povinna udržovat si své odborné znalosti a dále se sebevzdělávat a to po celou dobu, kdy vykonává své povolání. Domníváme se, že mnoho sester by mělo zájem rozšířit si své vzdělání v tomto oboru, jak ostatně ukazuje graf 30, že více jak 90 % sester má zájem o novinky z oboru. K práci na ARO/JIP respondenty nejvíce motivuje vysoce specializovaná péče a práce

s moderní technikou (viz graf 7). Je tedy patrné, že sestry volí práci v intenzivní péči z důvodu prestiže tohoto oboru.

Tato práce je zaměřena na zdravý životní styl sester pracujících na ARO/JIP. Dufková (10) ve své publikaci představuje životní styl jako velmi složitý, mnohodimenzionální pojem, který tvoří celou řadu komponent, prvků, složek, aspektů a ovlivňuje jej celá řada faktorů. Do zdravého životního stylu patří zdravá životospráva. Jedním z aspektů zdravé životosprávy je zdravá výživa. Šetření se orientovalo na zdravé potraviny, pravidelnost stravování a pitný režim.

Pravidelnost v jídle je považována za nesmírně důležitou podmínku správného stravování. Z grafu 11 vyplývá, že 65 % respondentů se snaží dbát na pravidelné stravování, bohužel pouze 20 % respondentů dodržuje pravidelný režim i v zaměstnání. 45 % se stravuje pravidelně pouze mimo zaměstnání, je tedy patrné, že jim výkon profese znemožňuje pravidelně se stravovat. Toto tvrzení doplňuje graf 12, který znázorňuje, že 64 % respondentů jí často ve spěchu a to pouze v zaměstnání. Alarmující je zjištění, že 89 % respondentů jí ve spěchu. Ráno je vhodné dodat tělu energii, pokud se první jídlo dne vynechá, je tělo celé dopoledne bez přísunu energie, čímž organismus trpí (Kunová, 32). Pozitivní zjištění je, že 40 % respondentů snídá vždy a 32 % snídá často (viz graf 13). Přesto, že 65 % respondentů jí pravidelně či se o to snaží, graf 14 vypovídá, že 74 % respondentů jí pouze 2krát až 4krát denně. Nepravidelnost a vynechávání jídel je častou příčinou zdravotních potíží a často je i prostředníkem vzniku nadváhy až obezity. Přesto, že se respondenti stravují nevhodně, z grafu 20 vyplývá, že 68 % dotazovaných mají tělesnou hmotnost v normě a pouze 21 % má nadváhu.

Do zdravé výživy patří pestrá a vyvážená strava. Podle Starnovské (61) je pestrost stravy nezbytnou součástí dobrého stravování. Spolu s pravidelností dokáže pestrý jídelníček tělu zabezpečit přesně to, co potřebuje a žádá – sacharidy, tuky, bílkoviny, vitamíny, minerální látky, ale i vodu. V této části jsme se zaměřili na složení stravy respondentů. Vybrali jsme některé vhodné a méně vhodné potraviny a zjišťovali jsme jejich zastoupení v jídelníčku respondentů. Mezi zdravé potraviny jsme zařadili – celozrnné pečivo, ovoce a zeleninu, mléčné výrobky, luštěniny a ryby (viz graf 15).

Polovina respondentů konzumuje celozrnné pečivo denně či vícekrát za den. Jen 10 % respondentů nekonzumuje celozrnné potraviny vůbec. Konzumace ovoce a zeleniny má mnoho příznivých účinků na organismus, neboť obsahuje celý komplex vitamínů, minerálních látek a vlákniny. Je tak přírodním zdrojem ochranných látek, které denně potřebujeme pro své zdraví (Kunová, 32). Pozitivním zjištěním je, že dvě třetiny respondentů konzumují ovoce a zeleninu denně či několikrát za den a pouze 3 % dotázaných nekonzumuje čerstvou zeleninu a ovoce vůbec. Rovněž denní konzumaci mléčných výrobků preferuje 70 % respondentů. Přesto, že luštěniny patří do zdravé výživy, protože dodávají tělu velké množství minerálních látek, ale i vlákniny, většina respondentů (66 %) konzumuje luštěniny pouze několikrát za měsíc. Rybí maso pro svůj obsah plnohodnotných bílkovin, omega 3 mastných kyselin, vitamínů a minerálů, zejména jódu, je doporučováno konzumovat alespoň 2krát týdně. Ve výzkumném souboru toto doporučení respektuje pouze 15 % respondentů. Většina dotazovaných konzumuje ryby několikrát za měsíc. Bohužel čtvrtina ryby nekonzumuje vůbec. Jedna třetina dotazovaných doplňuje jídelníček vitamínovými doplňky, autoři přesto doporučují konzumovat vitamíny v přirozeném stavu. V rámci zdravé výživy je vhodné konzumovat denně teplé pokrmy. Teplou stravu zařazuje do svého jídelníčku denně 80 % dotazovaných sester.

Další část jsme zaměřili na nevhodné potraviny. Z výzkumného šetření je patrné, že sladkosti konzumuje 42 % respondentů denně. Uzeniny zařazuje do svého jídelníčku 45 % respondentů několikrát týdně a 18 % uvedlo dokonce denní konzumaci uzenin. Zde bylo prokázáno, že respondenti konzumují častěji uzeniny než ryby. Kladné je, jak bylo z analýzy zjištěno, že jen 10 % respondentů navštěvuje řetězce rychlého občerstvení, které není vhodné z hlediska výživových hodnot a přílišného množství soli. Je také pozitivní zjištění, že 63 % respondentů nekonzumuje polotovary (viz graf 16).

Do zdravého životního stylu patří i dostatečný příjem tekutin. Odborníci doporučují denně vypít 2-3 litry tekutin. Bohužel pouze 23 % respondentů toto doporučení respektuje. 61 % respondentů uvedla, že vypije 1 až 2 litry tekutin denně. A dokonce 15 % sester pracujících na intenzivní péči vypije za den méně než litr tekutin, což je z hlediska pitného režimu nedostatečné (viz graf 10). Dle Kolínové (25) nezáleží

pouze na množství, ale i na kvalitě konzumovaných nápojů, neboť například slazené nápoje jsou díky vysokému množství energie nevhodné a mohou tak mít zásadní vliv na rozvoj nadváhy. Z grafu 17 vyplývá, že slazené nápoje si dopřává denně 22 % respondentů na rozdíl od 40 % respondentů, kteří slazené nápoje nekonzumují téměř vůbec. Naopak nápoje s obsahem kofeinu, což je návyková látka s povzbuzujícím účinkem na centrální nervovou soustavu (Vágnerová, 68), jako je například káva, většina respondentů konzumuje denně (76 %) a z toho dokonce 55 % dotazovaných i několikrát za den. Kávu nekonzumuje pouze 7 % respondentů. Domníváme se, že sestry pracující ve směnném provozu jsou často ve stresu a unavené a proto konzumují kávu právě pro její povzbuzující účinek. Navíc kofein je látka působící diureticky (Kolínová, 25) a při současném nedostatečném příjmu tekutin může vést k dehydrataci, což má za následek podrážděnost a pokles fyzického výkonu. Tento fakt nám také potvrzuje graf 30, kde fyzickou a psychickou únavou trpí více jak 50 % respondentů.

V této části jsme hodnotili, zda respondenti dodržují doporučení zdravého stravování. Výzkumné šetření prokázalo, že sestry pracující v intenzivní péči se stravují nepravidelně a to převážně v zaměstnání což nám dokazuje, že výkon profese má vliv na stravování. Toto doplňuje fakt, že sestry často jí v zaměstnání ve spěchu. Při hodnocení skladby jídelníčku jsme zjistili, že sestry vhodně konzumují ovoce, zeleninu a mléčné výrobky. Bohužel dotazníkové šetření ukázalo, že sestry méně konzumují ryby než uzeniny. Někteří dotazovaní doplňují nedostatky ve stravování vitamínovými preparáty. V hodnocení pitného režimu jsme prokázali, že sestry pijí více jak jeden litr nealkoholických tekutin. Negativním zjištěním je vysoká konzumace kávy. Výzkum prokázal, že sestry nedodržují zásady zdravého stravování a toto tvrzení si sestry uvědomují, protože 44 % respondentů uvedlo, že si myslí, že se zdravě nestravují. Pozitivním zjištěním je, že 42 % se o zdravé stravování alespoň snaží (viz graf 9).

### **Hypotéza 1 „ Sestry v intenzivní péči dodržují zdravé stravování“ se nepotvrdila.**

Pohybová aktivita je přirozenou součástí života. V sesterské profesi je fyzického pohybu dostatek. Je však nutné oddělit relaxační pohyb od pracovní zátěže. Gučková (11) uvádí, že zvýšené fyzické zátěži u sester je vystaven především pohybový aparát

dolních končetin, protože většinu pracovní doby sestry chodí nebo stojí. Dále je zatížena páteř a horní končetiny, zejména při manipulaci s imobilními klienty. Důsledkem opakovaných zátěží je únava, přepracovanost a vyčerpání organismu. Jak nám ukazuje graf 30, více jak 50 % respondentů trpí fyzickou a psychickou únavou a 40 % dotazovaných sester trpí přepracovaností. Dle Křivohlavého (30) má tělesný pohyb řadu protektivních účinků na zdraví člověka. Kdy nejenže ovlivňuje fyzickou stránku člověka, ale dobrá tělesná kondice také přispívá k odolnosti vůči životním stresorům. Pohyb tímto způsobem pomáhá k prevenci psychologických a psychosomatických důsledků stresu. Nás tedy zajímalo, zda sestry pracující na ARO/JIP sportují, zda-li se pravidelně udržují v tělesné kondici a jaký sport nejvíce upřednostňují. Z grafu 18 vyplývá, že 77 % respondentů se věnuje sportu, z toho ale jen 23 % pravidelně. 54 % dotazovaných sportují jen příležitostně a 23 % respondentů sport neprovozuje vůbec. Po směně bývá sestra unavena, některé navíc čeká práce v domácnosti a plnění dalších životních úkolů. Je tedy zřejmé, že na aktivní a pravidelný sport jim už nezůstává tolik času. Zajímalo nás také, jaký sport sestry nejvíce upřednostňují. Jak znázorňuje graf 19, sestry pracující v intenzivní péči se věnují nejvíce cyklistice, cvičení ve fitness a plavání.

Přestože pravidelně sportuje jen 23 % respondentů, většina sester (dle grafu 20) si udržuje BMI v normálním rozmezí. Avšak na otázku, zda jsou sestry se svou tělesnou hmotností spokojeny, vyšlo dle grafu 21 najevo, že 66 % respondentů se svou hmotností spokojeno není. Tomuto zjištění přikládáme fakt, že ve výzkumném souboru byla převaha žen (viz graf 1), které se přirozeně více soustředí na svoji hmotnost.

Ke zdravé životosprávě neodmyslitelně patří dostatek spánku, relaxace a trávení volného času. Šimek (63) uvádí, že spánek je základní lidskou potřebou, neboť napomáhá obnově psychických a fyzických sil. Přesto spánek je to první v životosprávě, co zdravotníci bez výčitek svědomí ošidí. Jeho nedostatek se pak projevuje horší výkonností, koncentrací a zhoršenou adaptací na nové situace. Dle Praška (51) může dlouhodobý nedostatek spánku působit jako neurotizující faktor nebo jako spouštěč deprese. Ve výzkumném šetření z grafu 22 vyplývá, že jen necelá polovina respondentů spí 7 až 8 hodin denně a 50 % respondentů spí pouze v rozmezí 4 až 6 hodin denně. Ve



zdravotnické profesi se s nedostatkem spánku setkáváme velmi často. Důvodem je zejména směnný provoz, protože spánek po noční směně není zcela plnohodnotný a často bývá z mnoha důvodů kratší. Přesto, že častým důvodem spánkového dluhu je práce na směny, z grafu 8 vyplývá, že 79 % sester pracuje ve směnném provozu, který jim vyhovuje a jen 14% respondentů práce na směny nevyhovuje. Domníváme se, že důvodem spokojenosti většiny respondentů se směnným provozem je ten, že převážná většina sester pracujících na ARO/JIP je mladší věkové kategorie a bezdětných (viz graf 3, graf 4). Podle Trojana (67) nezáleží jen na délce spánku, ale také na jeho hloubce a kvalitě. Za zdravý a plnohodnotný se považuje takový spánek, po kterém se člověk probudí dostatečně svěží, bez pocitu únavy a ospalosti. Jak nám dokazuje graf 23, 44 % respondentů má problémy s kvalitou spánku. Přesto, že většina respondentů spí méně než 8 hodin denně (viz graf 22), 56 % dotazovaných si na nekvalitní spánek nestěžují a spí dobře. Důvodem může být to, že spánek je individuální záležitostí každého jedince a některým jedincům ke spánku stačí i méně hodin (Trojan, 67).

Relaxace a trávení volného času by mělo být v sesterské profesi důležitou součástí zdravého životního stylu. Odpočinek brání nadměrné únavě, napomáhá lepší a efektivnější práci a zvyšuje produktivitu. Při mapování životního stylu sester pracujících v intenzivní péči nás také zajímalo, zda-li sestry pracující na ARO/JIP dostatečně odpočívají. Na otázku, zda respondenti znají způsob jak uvolnit a zregenerovat svůj organismus, je z grafu 25 patrné, že 76 % respondentů zná způsoby relaxace a jen 24 % dotazovaných žádné způsoby regenerace a uvolnění organismu neznají. Jak znázorňuje graf 26, 63 % respondentů relaxuje či odpočívá spíše pasivním způsobem, tedy spánkem, četbou knih či sledováním televize. Pouze 3 % respondentů využívají relaxačních technik. Z grafu 24 je zřejmé, že většina sester nejčastěji tráví svůj volný čas s přáteli a rodinou, 16 % sester věnují svůj volný čas pracím v domácnosti, 5 % respondentů si přivydělává vedlejším úvazkem a 3 % respondentů zaplňuje svůj volný čas studiem.

**Hypotéza 2 „Sestry pracující v intenzivní péči dostatečně relaxují“ se nepotvrdila.**

Životní styl představuje z hlediska ovlivnitelnosti zdraví jeden z nejvýznamnějších faktorů. Existuje i celá řada rizikových faktorů, které se mohou vzájemně ovlivňovat a podílet se na vzniku vážných onemocnění. Dle Nešpora (43) se zdravotničtí pracovníci uchylují k užíváním návykových látek mnohem častěji. Svou roli zde hraje stres a s ním související příklon k závislostem. Proto jsme se v této práci také zaměřili na užívání návykových látek sester pracujících v intenzivní péči. Zajímala nás především konzumace alkoholu a spotřeba tabákových výrobků.

Dotaz na spotřebu alkoholických nápojů byl záměrně zařazen do frekvenčního dotazníku, jelikož přímé dotazy na spotřebu alkoholu mohou vzbuzovat obavu ze zneužití informací a ovlivnit tak výsledky šetření. U spotřeby alkoholu byla zjišťována frekvence jeho konzumace a preference jednotlivých alkoholických nápojů. Z grafu 17 vyplývá, že denně konzumuje alkoholické nápoje pouze 6 % dotazovaných. A naopak 63 % respondentů konzumuje alkoholické nápoje jen několikrát za měsíc nebo téměř vůbec a dokonce 15 % respondentů jsou zcela abstinující. Výzkumné šetření prokázalo, že respondenti častěji volí konzumaci vína (60 %) než tvrdý alkohol, což se z důvodu převážně ženského zastoupení v této profesi dalo předpokládat. Dále pak respondenti preferují pivo, to uvedlo 40 % dotazovaných a nejméně oblíbeným nápojem jsou destiláty, které preferuje jen 20 % respondentů.

Většina studií se shoduje, že riziko konzumace alkoholu nebo jiné návykové látky je u zdravotnických pracovníků vyšší než u běžné populace. Toto zjištění lze odůvodnit náročností profese, dalším důvodem je vyšší počet žen, které se v náročné situaci mohou uchýlit ke konzumaci alkoholu jakožto dočasné opoře. V našem výzkumném šetření bylo naopak pozitivním zjištěním minimální konzumace alkoholických nápojů u sester pracujících na ARO/JIP. Pouze 6 % respondentů konzumují alkohol denně či několikrát za den. Destilované nápoje většina respondentů nekonzumuje. 50 % respondentů konzumují alkohol příležitostně, tedy několikrát do měsíce, což může být částečně i pozitivním zjištěním, neboť dle odborníků (SZÚ, 54), alkohol konzumovaný ve velmi malých dávkách má kardioprotektivní účinky.

V této části jsme hodnotili, zda respondenti ve zvýšené míře konzumují alkohol. Většina studií se shoduje, že riziko konzumace alkoholu je u zdravotnických pracovníků vyšší než u běžné populace. Výzkumné šetření však prokázalo velmi pozitivní výsledky, protože 94 % sester pracujících na ARO/JIP konzumují alkoholické nápoje střídavě.

**Hypotéza 3 „Sestry pracující v intenzivní péči konzumují alkohol“ se neprokázala.**

Další část toho cíle byla zaměřena na kuřáctví a předpoklad zvýšené spotřeby cigaret u sester pracujících v intenzivní péči. Jak znázorňuje graf 29, až 49 % respondentů je kuřáků. Z toho polovina kuřáků (24 %) kouří méně než 10 cigaret denně či kouří jen příležitostně a 25 % vykouří 10 a více cigaret za den. Bohužel toto vysoké procento kuřáctví ve sledovaném souboru nelze jen tak opomenout. Jak uvádí Sovinová (58) kouření tabáku je nejzávažnějším známým a preventabilním rizikovým faktorem, ovlivňujícím vznik, rozvoj a průběh mnoha onemocnění. Podobně jako u jiných typů závislosti je i závislost na nikotinu a kuřáctví způsobena celou řadou příčin a motivů. Kouření cigaret pak může být spojeno např. s pitím kávy nebo se zvládáním stresových situací. Jak vyplývá z grafu 17, až 80 % respondentů konzumuje kávu až několikrát za den. Přitom právě káva svým obsahem kofeinu patří mezi návykové látky (Vágnerová, 68). Cigarety se také často stávají prostředkem ke zvládnutí stresové zátěže, což nám potvrzuje graf 27, kdy 91 % respondentů prožívá na svém pracovišti stres. Některé studie však upozorňují, že by se časem mohl objevit opačný efekt a kouření cigaret by mohlo následně vyvolávat stres. Kouření cigaret tak představuje rizikový faktor, který je často spojen s dalšími návyky či dalšími rizikovými faktory, které mohou zesilovat jeho škodlivé účinky. Domníváme se tedy, že existuje určitá souvislost mezi kouřením cigaret a jinými rizikovými faktory životního stylu, což v případě výkonu profese sester v intenzivní péči, vzhledem k častému výskytu stresu a únavě vyplývajících z této práce, bezpochyby je.

Bohužel negativním zjištěním je zvýšený výskyt kuřáctví u sester pracujících na ARO/JIP. Jak potvrdil graf 29, až polovina sester pracujících v intenzivní péči je kuřáků. Tyto výsledky tak považujeme za velmi alarmující. Neboť kouření cigaret má negativní vliv na lidské zdraví. Podle Horvátha a Ivanové (19) přitom právě

zdravotničtí pracovníci hrají významnou roli jako vzor pro ostatní populaci v chápání hodnoty zdraví a zdravého přístupu k životu. Domníváme se, že existuje určitá souvislost mezi kouřením cigaret a zvýšeným výskytem stresu u sester pracujících v intenzivní péči. Toto tvrzení doplňuje fakt, že 91 % sester označilo, že prožívá na svém pracovišti stres (viz graf 27). Výzkumné šetření prokázalo zvýšený výskyt kuřáků mezi sestrami pracující na ARO/JIP.

**Hypotéza 4: „Sestry pracující v intenzivní péči mají zvýšenou spotřebu tabákových výrobků“ se potvrdila.**

Stresové situace souvisejí se zdravotnickou profesí. Jak uvádí Nešpor (43), rizikový a stresující životní styl se týká lidí, kteří vykonávají rizikové a stresující zaměstnání, zde patří i zdravotníci. Dalším cílem výzkumného šetření bylo zjistit psychické zatížení sester pracujících v intenzivní péči. Dle Šusterové (65) povolání sestry klade vysoké nároky na její osobnost, což vyžaduje velkou psychickou odolnost a vyrovnanost. Zjišťovali jsme, zda je prostředí pro sestry stresující a jaký faktor se na pracovním stresu podílí. Z grafu 27 vyplývá, že pro 91 % sester pracujících na ARO/JIP je jejich pracovní prostředí stresující, z toho 35 % uvedlo, že velmi. Pouhé 1 % respondentů na svém pracovišti žádný stres nikdy nepocítily. Nejčastější příčinou stresu na pracovišti ukazuje graf 28, kde nejvíce respondentů volilo jako důvod pracovní vypětí (33 %) a odpovědnost (32%), také interpersonální vztahy byly respondenty velmi často (24 %) označovány. Na výskytu stresu se zřejmě podílí i nedostatek spánku u sester pracujících na ARO/JIP. Jak dokládá graf 22, sestry mají nedostatek spánku. Podle Hronové (20) jsou sestry pracující na pracovištích intenzivní medicíny velmi přetíženy. Vyčerpanost sester je na těchto pracovištích vysoká a lze zde tedy předpokládat zvýšené riziko vzniku syndromu vyhoření, u mnoha sester se již syndrom vyhoření projevil, či některé sestry již vykazují příznaky. Zjišťovali jsme tedy, zda se u respondentů syndrom vyhoření projevuje. Jak uvádí Novotná (45), syndrom vyhoření se může projevovat ve třech úrovních – psychické, fyzické a sociální. Jak znázorňuje graf 30, přesto, že 45 % respondentů uvedlo, že se cítí psychicky vyčerpaní, přepracovaní a na svou práci myslí i v době volna, jen 18 % respondentů přemýšlí o odchodu z oboru.

Důvodem je zřejmě fakt, že 80 % respondentů se dokáže radovat ze své práce a téměř většina sester uvedla, že je těší ošetřovat nemocné. Toto jistě podporuje zjištění, že více jak polovina sester pociťuje ocenění jejich práce ze strany pacienta. Bohužel jen 36 % sester je oceněno lékařem. Na otázku, zda si respondenti připadají fyzicky vyčerpaní, jich více jak polovina (57 %) uvedla, že ano. Přesto se 80 % respondentů cítí zdravý. Z grafu 30 je též patrné, že symptomy syndromu vyhoření na úrovni sociálních vztahů se u respondentů nijak zvlášť neprojevují, neboť jen 8 % respondentů se vyhýbá kontaktu s pacientem a jeho rodinou. Jeden s příznaků syndromu vyhoření je též celková zjevná nechuť a lhostejnost ke všemu, co se týká profese, avšak graf 30 nám potvrzuje, že 90 % respondentů má zájem o novinky ze svého oboru.

Výsledky výzkumného šetření prokázaly, že výkon profese na ARO/JIP je pro sestry velmi stresující, neboť dle grafu 27 je 91 % sester ve stresu. Přesto, že respondenti udávají jako nejčastější důvod stresu na pracovišti pracovní vypětí a odpovědnost (viz graf 28), je pro mnohé sestry, jak dokládá graf 7, největším motivem práce na ARO/JIP vysoce specializované péče, která však se zvýšenou odpovědností a pracovním vypětím bezpochyby úzce souvisí. Jak uvádí Gulášová a Šurániová (12), na sestru jsou kladené požadavky neustálého soustředění se na práci a schopnost okamžitě reagovat na změnu stavu nemocného. Sestra se častokrát v poměrně krátké době musí rozhodnout o správných prioritách a ty také sama vykonat. Všechny tyto stresové situace se mohou stát velkým předpokladem pro vznik syndromu vyhoření. Naše šetření prokázalo, že sestry pracující v intenzivní péči nejeví známky syndromu vyhoření. Domníváme se, že důvodem nepřítomnosti projevů burnout syndromu může být jednak vyšší zastoupení mladší věkové kategorie respondentů (viz graf 2) a kratší průměrnou délkou praxe na ARO/JIP. Sestry nejsou vázané odpovědností k rodině a dětem, nedochází zde ke střetům pluralit rolí, sestry mají více času na odpočinek. Vysoký výskyt stresu u sester pracujících v intenzivní péči však pokládáme za alarmující. Tento výsledek nám také potvrzuje fakt, že polovina respondentů je kuřáků (viz graf 29) a 80 % respondentů konzumuje zvýšené množství kávy. Působením dlouhodobého stresu dochází ke zhoršení pracovní výkonnosti a poruchám koncentrace. Velice snadno pak

může docházet k chybným rozhodnutím. Tyto aspekty jsou ve výkonu profese v intenzivní péči velice nežádoucí.

**Hypotéza 5: „Výkon profese sestra v intenzivní péči je psychicky náročný“ se potvrdila.**

## 6. ZÁVĚR

Diplomová práce s názvem „Výkon profese v intenzivní péči a její vliv na životní styl sester“ pojednává o problematice životního stylu sester pracujících na ARO/JIP. Povolání sestry nese sebou změny v životním stylu, na které se musí sestra adaptovat. Tělesné i duševní zdraví je v jejich zaměstnání nedělitelné a rovnocenné. Tato profese je pro sestry po fyzické i psychické stránce velice náročným povoláním. Práce na intenzivní péči vyžaduje kritické myšlení, odborné vědomosti na vysoké úrovni, ale také zručnost a praktické dovednosti. Je vykonávána pod časovým tlakem a ve vynuceném tempu. Vše se odráží na prožívání i duševním zdraví sester. A právě fyzickému i psychickému vyčerpání lze předcházet zdravým životním stylem, do kterého patří zdravá životospráva.

Cílem výzkumného šetření bylo zmapovat životní styl sester pracujících na odděleních intenzivní péče, zjistit jak výkon profese ovlivňuje životosprávu sester. Výzkum byl zaměřen na zdravé stravování, vhodnou a dostatečnou relaxaci a zneužívání návykových látek. Dále jsme se zaměřili na psychické zatížení těchto specialistek zda se u sester projevuje syndrom vyhoření.

K naplnění těchto cílů jsme si zvolili kvantitativní výzkum dotazníkovou metodou. Dotazníkové šetření probíhalo ve třech nemocnicích v Praze. Výzkumný soubor tvořily sestry pracující na anesteziologicko-resuscitačních odděleních a jednotkách intenzivní péče. K analýze dat jsme využili 178 dotazníků. Data byly zpracovány v grafech a použity k ověření stanovených hypotéz.

První hypotéza předpokládala, že sestry v intenzivní péči dodržují zdravé stravování. Výzkumné šetření ukázalo, že sestry nedodržují zásady zdravého stravování a tento fakt si sestry uvědomují. Pozitivním zjištěním je, že se o zdravé stravování alespoň snaží. Tato hypotéza tedy nebyla potvrzena. I druhá hypotéza, která předpokládala, že sestry pracující v intenzivní péči dostatečně relaxují, se nepotvrdila. Výzkumné šetření potvrdilo, že sestry pracující v intenzivní péči dostatečně neodpočívají, jsou často unavené a spí méně než 8 hodin denně. Třetí hypotéza se opírala o předpoklad, že sestry pracující v intenzivní péči konzumují alkohol.

Výzkumné šetření však prokázalo velmi pozitivní výsledek, protože většina sester pracujících na ARO/JIP konzumují alkoholické nápoje velmi střídmě. Výzkum vyvrátil tuto hypotézu. Čtvrtá hypotéza se zaměřila na zvýšenou spotřebu tabákových výrobků u sester pracujících na intenzivní péči. Bohužel negativním zjištěním je zvýšený výskyt kuřáctví u sester pracujících na ARO/JIP. Čtvrtá hypotéza, předpokládající zvýšenou spotřebu tabákových výrobků u sester pracujících v intenzivní péči, se potvrdila. Pátá hypotéza předpokládala, že výkon profese sestry v intenzivní péči je psychicky náročný. Analýza dat prokázala, že pro většinu sester pracujících na oddělení ARO/JIP, je pracovní prostředí velmi stresující. Tyto aspekty jsou ve výkonu profese v intenzivní péči velice nežádoucí. Potěšující je, že sestry mají zájem o novinky ve svém oboru a nepřemýšlí o změně svého zaměstnání.

Z výzkumného šetření je tedy zřejmé, že výkon profese sester pracujících na odděleních intenzivní péče má vliv na životosprávu těchto specialistek. Zdravý životní styl u osob pracujících ve zdravotnictví přitom hraje významnou roli nejen jako důležitý aspekt osobní životní strategie, ale má také význam jako vzor pro ostatní populaci v chápání hodnoty zdraví a zdravého přístupu k životu. A proto by mělo být podstatné, aby zdravotničtí pracovníci byli jejich prvotními představiteli.

Informace získané touto prací budou sloužit k zviditelnění dané problematiky. Výsledky budou poskytnuty zdravotnickým zařízením. Výsledky výzkumného šetření budou též prezentovány prostřednictvím odborného tisku.



## 7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BARTŮNĚK, P. Intenzivní péče na IV. Interní klinice včera, dnes a zítra. *Nemocnice: informační bulletin Všeobecné fakultní nemocnice a 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy*, listopad-prosinec 1999, č. 7, s. 13-16.
2. ČECHOVÁ, V.; MELLANOVÁ, A.; ROZSYPALOVÁ, M. *Speciální psychologie*. 3. vyd. Brno: IDV PZ, 2001, 173 s. ISBN 80-7013-342-2.
3. ČERŇANSKÁ, R. Spánek a sny - poslové noci. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2006, roč. 2, č. 10, s. 389-390. ISSN 1801-1349.
4. ČERŇANSKÁ, R. Jak nevyhořet na operačním sále. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2006, roč. 2, č. 9, s. 364-365, ISSN 1801-1349.
5. *České ošetrovatelství 2: Zajišťování kvality ošetrovatelství, Etický kodex sestry, Charty práv pacientů*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 2001. 47 s. ISBN 80-7013-270-1.
6. Definice kouření a zajímavosti [online] [citace 2009-03-25]. Dostupný z WWW: < <http://kurakovaplice.cz/index.php?strana=definice>>
7. DRÁBKOVÁ, J. Pohled na třicet let anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny. *Časopis lékařů českých*, 2004, roč. 143, č. 4, s. 227-230. ISSN 0008-7335.
8. DRÁBKOVÁ, J. Rozhraní kompetence lékaře/sestry v intenzivní medicíně. *Florence*, 2008, roč. 4, č. 4, s. 164-167. ISSN 1801-464X.
9. DROTÁROVÁ, E.; DROTÁROVÁ, L. *Relaxační metody: malá encyklopedie*. 1. vyd. Praha: Epoque, 2003, 247 s. ISBN 80-86328-12-0.
10. DUFFKOVÁ, J. *Sociologie životního stylu*. 1. vyd. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2008, 237 s. ISBN 978-80-7380-123-6.
11. GUČKOVÁ, M. Fyzická zátěž sester. *Sestra*, 2007, roč. 17, č. 6, s. 21-21. ISSN 1210-0404.
12. GULÁŠOVÁ, I.; ŠURÁNIOVÁ, H. Stresové faktory působící na práci sestry na jednotce intenzivní starostlivosti. *Kontakt*, 2004, roč. 6, č. 1, s. 9-25. ISSN 1212-4117.

13. HAINER, V. a kol. *Základy klinické obezitologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 356 s. ISBN 80-247-0233-9.
14. HAWKINS, P.; SHOHET, R. *Supervize v pomáhajících profesích*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004, 202 s. ISBN 80-7178-715-9.
15. HOFŠTETROVÁ KNOTOVÁ, M a kol. Specializační vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků. *Sestra*, 2010, roč. 20, č. 1, s. 16-18. ISSN 1210-0404.
16. HOFŠTETROVÁ-KNOTOVÁ, M.; HEBRONOVÁ, M.; MULLEROVÁ, N. Vyhláška o kreditním systému. *Sestra*, 2010, roč. 20, č. 2, str. 15-16. ISSN 1210-0404.
17. HOFŠTETROVÁ-KNOTOVÁ, M.; MULLEROVÁ, N. Metodický pokyn k zákonu č. 96/2004 Sb., kterým se stanoví pravidla průběhu studia pro účastníky specializačního vzdělávání. *Sestra*, 9009, roč. 19, č. 9, s.15-16. ISSN 1210-0404.
18. HONZÁK, R. Prevence burnout syndromu. *Lékařské listy*, 2008, roč. 57-I, č. 8, s. 28-31.
19. HORVÁTH, M.; IVANOVÁ, K. Aspekty zdravého životního stylu u budoucích zdravotníků: aplikace teorie plánovaného chování. *Kontakt*, 2007, roč. 9, č. 2, s. 304- 313. ISSN 1212-4117.
20. HRONOVÁ, M. Co se stane, když k vám přijde supervizor. Florence, 2006, roč. II. č. 4, s. 44-45. ISSN 1801-464X.
21. CHAMOUTOVÁ, K.; CHAMOUTOVÁ, H. *Duševní hygiena ; Psychologie zdraví* 1. vyd. Praha: Česká zemědělská univerzita, Provozně ekonomická fakulta, Katedra psychologie, 2006, 209 s. ISBN 80-213-1452-4.
22. JOBÁNKOVÁ, M. a kol. *Vybrané problémy psychologie zdravotnické činnosti*. Brno: IDV PZ, 1996, 215 s. ISBN 80-7013-209-4.
23. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 350 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
24. KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vyd. Praha: Academia, 2005, 263 s. ISBN 80-200-1307-5.

25. KOLÍNOVÁ, D. Základní aspekty pitného režimu. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2005, roč. 1, č. 2, s. 63-64. ISSN 1801-1349.
26. KOZIEROVÁ, B. *Ošetrovatelstvo 1*. 1.vyd. Martin: Osveta, 1995. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.
27. KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat stres*. 1. vyd. Praha: Grada, 1994, 190 s. ISBN 80-7169-121-6.
28. KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*, 1. vyd. Praha: Grada, 1998, 131 s. ISBN 80-7169-551-3.
29. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*, 1. vyd. Praha: Grada, 2002, 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
30. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001, 279 s. ISBN 80-7178-551-2.
31. KŘIVOHLAVÝ, J.; PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 78 s. ISBN 80-247-0784-5.
32. KUNOVÁ, V. *Zdravá výživa*, 1. vyd. Praha: Grada, 2004.136 s. ISBN 80-247-0736-5.
33. LÁLOVÁ, I.; BĚLOHLÁVEK. J. Kompetence sester na jednotkách intenzivní péče, *Cor et Vasa*, Abstrakty XV. výročního sjezdu, 2007, sv. 49, č. 4 - Supplementum, str. 59-60.
34. LÁLOVÁ, I.; JURÁSKOVÁ, D. Kompetence sester na JIP. *Florence*, 2007, roč. 3, č. 12, str. 510-515. ISSN 1801-464X.
35. ANON. *Lemon - učební texty pro sestry a porodní asistentky 1*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997. 184 s. ISBN 80-7013-234-5.
36. MARGARET F. ALEXANDER. *Struktura kompetencí všeobecné sestry podle ICN : zpráva o postupu přípravy ICN struktury kompetencí a konzultací*. 1. vyd. Brno: NCO NZO: ČAS, 2003. 57 s. ISBN 80-7013-392-9.
37. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství I.díl - Systémový přístup*. 1. vyd. Praha: UK Karolinum, 2003. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.

38. MULLEROVÁ, D. *Zdravá výživa a prevence civilizačních nemocí ve schématech*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003, 99 s. ISBN 80-7254-421-7.
39. MYRON D. RUSH. *Syndrom vyhoření*. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 2003, 129 s. ISBN 80-7255-074-8.
40. NAVRÁTILOVÁ, P. Výživa a zdravotní sestry. *Sestra*, 1996, roč. VI. č. 2, s. 33, ISSN1210-0404.
41. NEŠPOR, K. *Jak zlepšit sebeovládání*. 1. vyd. Ústí nad Orlicí: Oftis, 2007, 112 s. ISBN 978-80-86845-67-8.
42. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. 3. vyd. Praha: Portál, 2007, 170 s. ISBN 80-7178-432-X.
43. NEŠPOR, K. Zdravotníky ohrožuje stres a návykové chování. *Zdravotnické noviny*, 2001, roč. 50-I., č. 11, s.15-15. ISSN 1214-7664.
44. NOVÁK, T. *Jak bojovat se stresem*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 139 s. ISBN 80-247- 0695-4.
45. NOVOTNÁ, H. Syndrom vyhoření bohužel není minulostí. *Sestra*, 2004, roč. 14, č. 3, s. 36-37. ISSN 1210-0404.
46. PACHL, J.; ROUBÍK, K. *Základy anesteziologie a resuscitační péče dospělých i dětí*. 1. české vyd. Praha: Karolinum, 2003. 374 s. ISBN 80-246-0479-5.
47. PODHAJSKÁ, B.; TICHÁČKOVÁ, A. Poruchy spánku u sester. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2007, roč. 3, č. 2, s. 71-72. ISSN 1801-1349.
48. POCHYLÁ, K. *Koncepce českého ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 50 s. ISBN 80-7013-420-8.
49. POKOJOVÁ, R.; DVOŘÁČKOVÁ, P. Specializační vzdělávání sester v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči. In *XII. kongres ČSARIM*. Sborník abstrakt, Olomouc: 8.-10. září 2005, Část Sesterská sekce, str.184-184.
50. POKORNÝ, J.; BOHUŠ, O. *Anesteziologie a resuscitace v České a Slovenské republice: na cestě k oborové samostatnosti*. Praha: Pražská vydavatelská společnost, 1996. 184 s. ISBN 80-85369-36-2.
51. PRAŠKO, J. a kol. *Nespavost: zvládání nespavosti*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004, 102 s. ISBN 80-7178-919-4.

52. PRAŠKO, J.; PRAŠKOVÁ, H. *Asertivitou proti stres*. 2. vyd. Praha: Grada, 2007, 277 s. ISBN 978-80-247-1697-8.
53. PAŠKO, J.; PRAŠKOVÁ, H. *Proti stresu krok za krokem*. 1. vyd. Praha: Grada, 2001, 187 s. ISBN 80-247-0068-9.
54. PROVAZNÍK, K. a kol., SZÚ. *Manuál prevence v lékařské praxi VII., Doporučené preventivní postupy v primární péči*. Praha: Fortuna, 1999, 54 s. ISBN 80-7071-135-3.
55. ROZSYPALOVÁ, M.; HALADOVÁ, E. *O sestřích pro sestry*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1981, 126 s. ISBN 08-054-81.
56. SCHREIBER, V. *Lidský stres*. 2. vyd. Praha: Academia, 2000, 106 s. ISBN 80-200-0240-5.
57. Složení tabákového kouře [ online ] [citace 2009-03-24]. Dostupný z WWW:<  
[http://dokurte.cz/?stranka=slozeni\\_tabakoveho\\_koure&typ=sablony](http://dokurte.cz/?stranka=slozeni_tabakoveho_koure&typ=sablony)>
58. SOVINOVÁ, H a kol. *Analýza zdravotně rizikového chování různých skupin populace, jeho vliv na zdraví a možnosti prevence*, Praha: SZÚ, ISBN 80-7071-230-9.
59. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 11: Sestra reprezentant profese*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 2002. 41 s. ISBN 80-7013-368-6.
60. STAŇKOVÁ, M. *Základy teorie ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 1996. 193 s. ISBN 80-7184-243-5.
61. STARNOVSKÁ, T. Vliv výživy na zdravotní stav organismu. *Sestra*, 1996, roč. VI., č. 5, Tématický sešit 7: Výživa, str. 1-3. ISSN 1210-0404.
62. ŠEBLOVÁ, J. Psychologická rizika akutních medicínských oborů, *Supplementum*. Referátový výběr z anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, 2005, Sv. 52, č. 3, s. 1-20.
63. ŠIMEK, J. Odpočinek a spánek. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2006, roč. 2, č. 10, s. 386-386. ISSN 1801-1349.
64. ŠIŠLÁKOVÁ, P. Udržování duševního zdraví. *Sestra*, 2006, roč. 16, č. 7-8, s. 20-20. ISSN 1210-0404.

65. ŠUSTEROVÁ, D. Stres v práci sestry. *Sestra*, 2009, roč. 19, č. 11, s. 24-24. ISSN 1210-0404.
66. TÓTHOVÁ, V. a kol. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Praha: Triton, 2009. 159 s. ISBN 978-80-7387-286-1.
67. TROJAN, S. a kol. *Lékařská fyziologie*. 4. vyd. Praha: Grada, 2003, 771 s. ISBN 80-7169-036-8.
68. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008, 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.
69. Anon. Činnosti zdravotnických pracovníků. Vyhláška ministerstva zdravotnictví ČR č. 424/2004 Sb.  
<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?sn=y&hledany=424%2F2004&refid=0&key=20040916DSG6ZQW7TDqqWGOL&zdroj=sb04424&cd=76&typ=r>
70. Anon. Druhy zdravotnických prostředků se zvýšeným rizikem pro uživatele nebo pro třetí osobu a o sledování těchto prostředků po jejich uvedení na trh. Vyhláška ministerstva zdravotnictví ČR č. 11/2005 Sb.
71. ZACHAROVÁ, E. a kol. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 229 s. ISBN 978-80-247-2068-5.
72. ZÁKON č. 423/2004 Sb., o kreditivem systému pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků.
73. ZÁKON č. 96/ 2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče.  
<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb04096&cd=3&typ=r>
74. ZÁKON č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích.
75. ŽIDKOVÁ, Z. Sestry a spánek. *Sestra*, 2005, roč. 15, č. 10, s. 20-21. ISSN 1210-0404.

## **8. SEZNAM PŘÍLOH**

**Příloha č. 1** – Pyramida zdravé výživy

**Příloha č. 2** – Dotazník