

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**  
**LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ

ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

**Profesionální zátěž**  
**sálových sester – instrumentářek**  
**na operačních sálech**

Bakalářská práce

Autor práce: Jana Klicperová

Vedoucí práce: Prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.

Hradec Králové 2009

**CHARLES UNIVERSITY OF PRAGUE**  
**MEDICAL FACULTY OF HRADEC KRÁLOVÉ**

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE

DEPARTMENT OF NURSING

**Professional Stress of Operating Room Nurses**

Bachelor's thesis

Autor: Jana Klicperová

Supervisor: Prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.

Hradec Králové 2009

## **ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma " Profesionální zátěž sálových sester – instrumentárek na operačních sálech“ vypracovala samostatně a veškerou literaturu, kterou jsem použila, jsem uvedla v seznamu literatury.

V Hradci Králové dne .....

.....

podpis

## **PODĚKOVÁNÍ**

Touto cestou bych ráda poděkovala za cenné rady a připomínky při vedení mé závěrečné práce Prof. PhDr. Jiřímu Marešovi, CSc. a panu Mjr. Mgr. Zdeňku Hrstkovi z Fakulty vojenského zdravotnictví University Obrany. Dále chci poděkovat sálovým sestřám z Fakultní nemocnice Hradec Králové za pomoc při sběru údajů.

Dále děkuji své rodině za pochopení a podporu po celou dobu mého studia.

# OBSAH

## Obecná část

Úvod.....	8
Cíle teoretické části.....	9

## Teoretická část

1. <b>Stres</b> .....	10
1.1 <b>Definice</b> .....	10
1.2 <b>Stres jako reakce organismu</b> .....	11
1.3 <b>Stres jako vnější podnět, stimul</b> .....	13
1.4 <b>Stres jako transakce</b> .....	16
1.5 <b>Pojem zdraví</b> .....	19
1.6 <b>Intensita stresu</b> .....	20
1.7 <b>Stresory</b> .....	20
1.8 <b>Příznaky stresu</b> .....	21
1.9 <b>Jak častým jevem jsou stresy</b> .....	23
1.10 <b>Životní události</b> .....	23
1.11 <b>Typ osobnosti a temperament</b> .....	24
2. <b>Pracovní stresory a pracovní spokojenost</b> .....	25
2.1 <b>Vztah charakteristik zaměstnání stresu</b> .....	26
2.1.1 <b>Přetížení množství práce</b> .....	27
2.1.2 <b>Časový stres</b> .....	27
2.1.3 <b>Neúměrně velká odpovědnost</b> .....	27
2.1.4 <b>Nevyjasnění pravomocí</b> .....	28
2.1.5 <b>Vysilující snaha o kariéru</b> .....	28
2.1.6 <b>Kontakt s lidmi</b> .....	28
2.1.7 <b>Spánek</b> .....	28
2.1.8 <b>Hluk</b> .....	29
2.2 <b>Příčiny psychického zatížení vyplývající z vlastní práce sestry</b> .....	29
2.2.1 <b>Soustředěnost a kontrola</b> .....	29
2.2.2 <b>Pozornost</b> .....	29
2.2.3 <b>Paměť</b> .....	30

2.2.4	<b>Zrak</b> .....	30
2.2.5	<b>Hygienicko-epidemiologické podmínky</b> .....	30
2.2.6	<b>Znalosti</b> .....	30
2.2.7	<b>Vzdělávání</b> .....	31
2.2.8	<b>Izolace</b> .....	31
2.2.9	<b>Sociální uspořádání ve skupině, týmu</b> .....	31
2.2.10	<b>Nevhodné chování</b> .....	32
2.2.11	<b>Vnitřní řád a hierarchie</b> .....	32
2.2.12	<b>Spřízněnost</b> .....	32
2.2.13	<b>Komunikace</b> .....	32
2.2.14	<b>Citové prožitky</b> .....	33
2.2.15	<b>Vlastnosti</b> .....	33
2.2.16	<b>Provoz</b> .....	33
2.2.17	<b>Strava</b> .....	33
2.2.18	<b>Pracovní poloha</b> .....	34
2.2.19	<b>Teplota</b> .....	34
2.3	<b>Příčiny, které mají původ ze strany sestry</b> .....	34
2.3.1	<b>Osobní starosti sestry</b> .....	34
2.3.2	<b>Zdravotní problémy</b> .....	35
2.3.3	<b>Vztahy</b> .....	35
2.3.4	<b>Vlastní výkonnost</b> .....	35
2.4	<b>Dosavadní výzkum sester na operačním sále</b> .....	36
2.4.1	<b>Jak ovlivňují pracovní podmínky stres sester</b> .....	36
2.4.2	<b>Životaspráva sester na operačních sálech</b> .....	37
3.	<b>Zvládání stresu</b> .....	38
3.1	<b>Strategie boje se stresem</b> .....	38
3.2	<b>Možnosti řešení stresové situace</b> .....	40
3.3	<b>Základní rozhodnutí v boji se stresem</b> .....	41
3.4	<b>Strategie zvládání stresu</b> .....	42
4.	<b>Navržená duševní hygiena sester v akutní fázi stresu</b> .....	45
4.1	<b>Protistresové dýchání</b> .....	45
4.2	<b>Chvilková tělesná relaxace</b> .....	46
4.3	<b>Koncentrace na “kredenc“</b> .....	47
4.4	<b>Odejít a zůstat sám</b> .....	47

4.5	<b>Změna činnosti</b> .....	47
4.6	<b>Poslech relaxační hudby</b> .....	48
4.7	<b>Rozhovor s někým třetím</b> .....	48
4.8	<b>Počítání</b> .....	49
4.9	<b>Tělesné cvičení</b> .....	49

### **Empirická část**

4.	<b>Cíl výzkumu</b> .....	50
5.	<b>Vybrané osoby</b> .....	51
6.	<b>Metodika výzkumu</b> .....	52
7.	<b>Výsledky výzkumu</b> .....	53
7.1	<b>Základní údaje o respondentkách</b> .....	53
7.2	<b>Nejčastějších 15 zátěžových situací vyskytujících se na operačních sálech</b> ..	59
7.3	<b>Vybrané tři nejzávažnější situace dle závažnosti, zátěžovosti pro sálové sestry osobně, z patnácti možných situací</b> .....	78
7.5	<b>Kompetentnost sálových sester</b> .....	86
8.	<b>Diskuze</b> .....	99
9.	<b>Závěr</b> .....	108
	<b>Anotace</b> .....	110
	<b>Seznam literatury</b> .....	112
	<b>Přílohy</b> .....	114

## Úvod

*Motto:*

*„Instrumentování se lze naučit, je k tomu třeba dobrých znalostí, zkušeností i zručnosti. Ale dobrou instrumentářkou se může stát jen sestra, která má ve své anonymitě ušlechtilý zájem o osud nemocného a prožívá a naplňuje smysl svého povolání nejen dovedností a kulturou ducha, ale i kulturou svého srdce“.*

*Prof. MUDr. Bohuslav Niederle, DrSc.*

*„Operační sál je místem, v jehož magické prostředí jsou instrumentářky nepostradatelnými, tichými a spolehlivými průvodkyněmi nemocných a chirurgů.“ (Duda a spolupracovníci, 2000, s. 19)*

Sálová sestra – instrumentářka pracuje v prostředí operačních sálů a jejím úkolem je být „pomocnou rukou“ operátora a jeho asistentů. Tato sestra je potřebná pro podávání nástrojů z instrumentačního stolku. Veškeré nástroje a sterilní pomůcky, které jsou potřebné k chirurgickému výkonu, má nastavené dle zvyklostí daného pracoviště, které jsou podmíněné potřebami operátorů. Podmínkou instrumentování – podávání nástrojů a práce sestry na operačních sálech jsou znalosti ve standardech perioperační péče, operačních postupů pro jednotlivé výkony, zásady vztahující se k aseptickým technikám a ovládání přístrojů a zařízení. Technická všudypřítomnost a modernizace v medicíně, která je i na operačních sálech, nevyhnutelně posouvá vývoj sálových sester dopředu.

Mezi další znalosti instrumentářek patří schopnost mluvit a rozumět odbornému jazyku, který je charakteristický pro toto prostředí. Instrumentářka se musí orientovat v tomto odborném jazyku, v hovorových zkratkách, názvosloví a nářečí, což může být pro sestru náročné.

To vše je pro sestru obtížné v případě, že sestra nemá tuto celkovou orientaci dosud osvojenou a objevují se potíže při plnění úloh vyplývajících z její funkce na operačním sále. Tyto potíže mohou brzdit její rozvoj pružnosti, dochází k ovlivnění odolnosti vůči stresovým podnětům.



## **Cíle teoretické části**

Teoretická část práce si klade tyto cíle:

1. zasadit klinickou praxi sester-instrumentářek pracujících na operačních sálech do psychosociálního kontextu
2. na základě odborné literatury přiblížit tři rozdílná pojetí stresu
3. ukázat na vztah mezi stresem a zdravím člověka
4. popsat typický průběh stresu a jeho vnější projevy
5. charakterizovat pojem pracovní stres
6. charakterizovat pracovní stres sester na operačních sálech
7. podat přehled hlavních stresogenních faktorů, které působí na sestry pracující na operačních sálech
8. s oporou o odbornou literaturu shrnout praktické postupy, které usnadňují zvládnání akutního stresu.

# 1. Stres

Slovo stres pochází z anglického termínu „stress“ (lat. „stringo, stringere - utahovati, stahovati, zadržovati – jako smyčku kolem krku odsouzence, kterého věší na šibenici). Svým významem je stres blízko „presu – lisu“, což znamená působit tlakem na daný předmět ze všech stran najednou. V přeneseném smyslu slova můžeme výroku „býti ve stresu“ rozumět jako „býti vystaven nejrůznějším tlakům“ a proto „být v tísní“ (Křivohlavý, 1994).

## 1.1 Definice

*“Stres je výsledkem interakce (vzájemné činnosti) mezi určitou silou působící na člověka a schopností organismu odolat tomuto tlaku.“* (H. Selye in Křivohlavý, 1994, s.10)

*“Stres je extrémní a neobvyklá situace, jejíž hrozba vyvolává významnou změnu chování.“* (R. G. Miller in Křivohlavý, 1994, s.10)

*“Stres vyjadřuje situaci člověka v napětí (tenzi) při řešení problému, když se do cesty řešení tohoto problému postaví nepřekonatelná překážka“.* (A. Howard a R. A. Scott in Křivohlavý, 1994, s.10)

*“Stresem označujeme extrémně vyostřenou situaci, kdy je osobnost vážně ohrožena dlouhodobou frustrací (neuspokojením základních potřeb)“.* (M. H. Appley Křivohlavý, 1994, s.10)

*“Stresem je nejen přímé, bezprostřední ohrožení člověka, ale i předjímání (anticipace) takového ohrožení a s tím spojený strach, bolest, nejistota, úzkost apod.“* (M. H. Appley a R. Trumbull in Křivohlavý, 1994, s.10)

“Stresem označujeme takovou změnu v organismu, která v určitém stavu ohrožení (například před těžkou operací) může vyvolat vysoký stupeň napětí, rozvrátit zaběhaná schémata každodenního způsobu jednání, která oslabuje mentální výkonnost a vyvolává

subjektivně nepříjemné stavy afektivního vyčerpání.“ (I. L. Janis in Křivohlavý, Křivohlavý, 1994, s.10)

Stres je reakce organismu na nadměrnou zátěž, která přetěžuje fyziologickou kapacitu organismu. Ta vede k vnitřnímu napětí a zároveň dochází ke kritické změně narušení rovnováhy (homeostázy) organismu. Nadměrnou zátěž způsobí jeden „velký“ stresor či více stresorů, které mohou být pro jedince nadlimitní. Mezi tyto stresory patří běžné každodenní starosti. Podle soudobých psychologických studií stresu se často objevuje hypotéza, která říká, že se běžné každodenní starosti podílejí na větším množství stresu, než tzv. individuální velký stres (Křivohlavý, 2003).

V ošetrovatelské literatuře se termín stres objevil v roce 1956, avšak běžným se stal teprve koncem 70. a v 80. letech. V dnešní době je tento název často používán pro označení různých lidských zážitků, které člověk pociťuje negativně (Lyon, 2000).

Stres se stal předmětem zájmu ošetrovatelství díky údajům od pacientů a díky empirickým zkušenostem badatelů. Zkušenosti ukázaly, že stres a zdraví jsou vzájemně neoddelitelné. Rovněž i jiné obory se začaly zabývat zdravím lidí a docházelo k přispívání k této problematice jak v teoretické rovině, tak i v rovině experimentální. Několik různých oborů zabývajících se zdravím lidí (psychologie zdraví, sociální psychologie, medicína atd.) došlo k závěru, že stres a jeho zvládnutí patří mezi důležité faktory ovlivňující zdraví. Stres se totiž vyskytoval v souvislosti se začátkem určitých onemocnění, jako např. kardiovaskulárního, rakoviny, chřipky, exacerbace symptomů astmatu, syndromu dráždivého střeva, svalovou bolestí, nespavostí atd. Stres lze rozdělit do tří teoretických okruhů: stres jako reakce organismu, stres jako podnět pro organismus a stres jako transakce mezi organismem a prostředím (Lyon, 2000).

## **1.2 Stres jako reakce organismu**

Za jednoho z nejvýznamnějších otců a průkopníků teorie stresu je považován doktor Hans Selye, který se narodil roku 1907 ve Vídni. Svě mládí prožil v Komárně a studoval na německé univerzitě v Praze, kde v roce 1929 získal doktorát medicíny. Dva roky zde pracoval na úseku experimentální patologie. Poté získal v Paříži doktorát

filozofie. Posléze většinu života prožil v Kanadě, kde se převážně věnoval endokrinologii. Podle Selyeho definice z roku 1971 je stres nespecifickou reakcí organismu na jakýkoliv požadavek prostředí, například na jeho změnu. Je to stereotypní stará funkční reakce, původně připravující organismus na fyzickou aktivitu, například na boj nebo únik. V roce 1936 popsal obecný adaptační syndrom (GAS<sup>1</sup>), kterým popisoval biologickou reakci organismu na stres (Hrstka, Vosečková, 2008).

S tímto pohledem na stres, jako reakce na organismus, přišel H. Selye a publikoval v práci *Životní stres* v roce 1956 (Lyon, 2000).

### **Základní Selyeho teorie jsou:**

- a) stresová reakce (GAS) je typ **obrané reakce**, která nezávisí na povaze stresoru
- b) GAS jako obranná reakce probíhá ve třech stádiích (**poplachová reakce, odolnost, vyčerpání**)
- c) pokud GAS trvá velmi dlouho a je závažný, **může vyústit ve stav nemoci** (Lyon, 2000).

**V prvním stádiu** obranné reakce tzn. **poplachové reakce** je charakteristická stimulace sympatiku. Ta je způsobená škodlivým stimulem, který začal působit.

**Ve druhém stádiu** obranné reakce dochází k **mobilizaci fyziologických sil** k obraně organismu proti škodlivinám, které naň působí. V tomto stádiu dochází k adaptaci, ke zlepšení či vymizení symptomů. Tímto mechanismem proces již dál nepokračuje do **třetího stádia – stádia vyčerpání**.

**Vyčerpání** se objevuje v tom případě, pokud stresor působí dlouho či dostatečně silně, takže vyčerpává veškerou adaptační energii organismu. H. Selye považuje adaptační schopnost za limitovanou a individuálně-geneticky podmíněnou vlastnostmi jedince. To znamená, že každý jedinec má určitou zásobu adaptační energie, kterou si může vybírat, ale nemůže ji zpět znovu ukládat. Jakmile je jeho adaptační energie vybraná, vyčerpaná, následuje smrt. V roce 1983 Hans Selye rozšířil tuto teorii stresu o tzv. **distres** a **eustres**.

**Distres** je vyjadřován situacemi subjektivně prožívaného ohrožení dané osoby. Jedinec se projevuje výrazně negativními emocionálními příznaky. Při distresu je danou osobou subjektivně vnímáno a výrazně negativně hodnoceno její osobní ohrožení

---

<sup>1</sup> *Angl.:* General Adaptation Syndrome, GAS

v poměru k možnostem zvládnání situace. K tomuto stavu dochází, pokud se jedinec domnívá, že není schopen tuto situaci zvládnout, nemá dostatek sil a emocionálně mu není dobře. Distres je negativně působící stres a je používán pro nejnepříznivější stresové situace (Křivohlavý, 2003).

**Eustres** je popisován jako emocionální zážitek, který není negativní. Příkladem můžeme uvést např. situace, kdy se jedinec snaží zvládnout něco, co mu přináší radost, avšak to vyžaduje jeho určitou námahu. Je to kladně působící stres – příkladem může být svatba, narození dítěte, sportovní aktivity, či různé oslavy (Křivohlavý, 2003).

Lyon a Werner (1987) ve svém kritickém přehledu ošetrovatelských výzkumů stresu konstatovali, že v letech 1974 až 1984 asi 24% uskutečněných výzkumů zkoumalo **stres jako reakci organismu**. Stres byl v těchto ošetrovatelských výzkumech prováděn psychologickými i fyziologickými metodami. K fyziologickým metodám patřily vitální příznaky, poměr Na:K v moči a 17-ketosteroidy v moči, či kardiovaskulární potíže. Většina výzkumů zahrnutých do přehledové studie Lyona a Wenera pracovala nezávisle s proměnnými jako je relaxace nebo informovanost, které byly používány jako mediátory, které vstupují mezi stresor (např. hrozící výkon, hospitalizace, přeložení na jiné oddělení) a stresovou reakci.

Jiné výzkumy, které také pracovaly s pojetím stresu, jakožto reakce organismu ukazují, že **stres je spíše stimul**, než reakce. Dále, že je stres situačně specifický a reakce jedince na něj je individuální. Na jedné straně neexistují empirické výzkumy, které by podporovaly tuto teorii, na straně druhé existuje spousta důkazů, že vnímání konkrétní události určitým člověkem a jeho zvládnání zátěžové situace se z fyziologického hlediska velice různí (Lyon, 2000).

### 1.3 Stres jako stimul, jako podnět

V šedesátých letech psychologové aplikovali pojem stres na psychologické zážitky lidí. Masuda s Holmesem (1967) a Holmes s Rahem (1967) se zajímali o to, co se stane, když jedinec začne prožívat „změnu“ svých životních okolností. Dospěli k teorii, že stres není jako reakce organismu, nýbrž jako stimul. Na základě této teorie byl proveden

výzkum, jehož součástí byl dotazník SRRS<sup>2</sup> a inventář SRE<sup>3</sup> (Holmes Rahe in Lyon 2000). Hlavním předpokladem modelu chápajícího stres jako stimul je, že příliš mnoho životních změn zvyšuje zranitelnost jedince a jeho náchylnost k onemocnění. Dotazník SRRS obsahuje 42 možných životních událostí (např. svatba, těhotenství, rozvod, přestěhování), jimž byla přidělená určitá váha, jakou ta událost vyžaduje. Autoři ve svém raném výzkumu nováčků v námořnictvu prokázali nevelký, ale statisticky významný rozdíl mezi adaptačním skórem a nemocností v následujícím roce (Lyon, 2000).

Základní teoretická teze je založena na předpokladu, že:

- a) Životní změny mají standardní povahu a každá z nich klade stejné adaptační požadavky na všechny lidi.
- b) Každá změna je stresem bez ohledu na to, zda si ji daný člověk přeje či ne.
- c) Existuje obecný pro všechny stejný strop pro adaptaci nebo readjustaci, po jehož překročení člověk onemocní.
- d) V 70. letech se objevily stovky prací, které se pokoušely vytvářet systémy skórování závažnosti životních událostí zažívaných člověkem. Souhrnně lze však říci, že tyto práce byly schopné vysvětlit jen 4-6% incidencí nemocí s nízkou kolerací 0,20 – 0,30 mezi životními událostmi a nemocí (Johnson, Sarason in Lyon, 2000). Jako hlavní vysvětlení je, že zkoumané soubory byly velmi rozsáhlé.

Sarason, Johnson a Seigl (1979) vytvořili svůj dotazník nazvaný LES<sup>4</sup>. Dotazník bere v úvahu názor daného jedince, zda šlo o životní události, které si přál či ne, a zároveň zjišťuje intenzitu dopadu těchto událostí na jeho život. Dotazník s 52 položkami se stal používaným nástrojem k hodnocení životního stresu. I když je korelace mezi údaji získanými dotazníkem LES a subjektivně vnímaným stavem zdraví vyšší než bylo dosaženo u dotazníku SRRS, je stále poměrně nízká. Badatelé opomíjeli zjišťovat faktory, jakými jsou například sociální opora jedince, nezdolnost a jeho kontrola nad událostmi (Lyon, 2000).

---

<sup>2</sup> Social Readjustment Rating Scale

<sup>3</sup> Schedule of Recent Experiences

<sup>4</sup> Life Experiences Survey

Důležitý výzkum, který zpochybňuje stres jako stimul, uskutečnila psycholožka S. Kobasová v roce 1979. Zavedla pojem **nezdolnost**<sup>5</sup>. Nezdolnost byla popisována jako:

- a) oddanost určitému přesvědčení
- b) představa o ovladatelnosti toho, co se děje
- c) pocit smysluplnosti toho co činím
- d) chápání úkolů, jako výzvy.

Ve svém výzkumu, který zahrnul 837 středních škol a vyšších řídicích kádřů, prokázala, že lidé s vyšší nezdolností trpěli méně nemocností, i když jejich skóre závažných životních událostí (pomocí dotazníku SRRS) bylo vyšší. Vedoucí pracovníci s vyšším skóre SRRS a nižší nezdolností vykazovali statisticky vyšší nemocnost. Tím Kobasová prokázala, že nezdolnost je silnou proměnnou mezi měřeným stresem a nemocností.

Jiným konstruktem, ale silnějším mediátorem mezi stresem a zdravotním stresem, je tzv. **soudržnost**<sup>6</sup> (Antonovský in Lyon, 2000). Soudržnost osobnosti je charakterizovaná:

- a) srozumitelností, stupněm předvídatelnosti a chápání situací, které se dějí a chápání sebe sama v těchto situacích
- b) zvládnutelnost – dostatečnou schopnost jedince reagovat na stresové situace
- c) smysluplností – stupněm, v jakém stojí za to investovat svoji energii a svůj čas do plnění různých požadavků, co život přináší.

Osoby s vysokým SOC mají tendence chápat život jako uspořádaný, předvídatelný a zvládnutelný (Lyon, 2000).

Pojetí stresu jako stimulu, tedy pojetí zkoumající vztah mezi stresujícími životními událostmi a nemocí, dominovalo v 70. a 80. letech, ale účinnost této teorie nebyla výzkumně potvrzena.

Lyon a Werner (1987) tvrdili, že asi 30% výzkumů v ošetrovatelství, které se od roku 1978 až do 1984 zabývaly stresem, vycházelo z pojetí stresu jako stimulu. V roce 1985 Volicer a Bohannon vytvořili nový dotazník HSRS<sup>7</sup>, který pocházel z původního dotazníku SRRS. Skóre mezi HSRS a somatickými či psychickými poruchami bylo nízké.

---

<sup>5</sup> *Angl.*: hardiness

<sup>6</sup> *Anl.*: sense of coherence, dále SOC

<sup>7</sup> *Angl.*: Hospital Stress Rating Scale

Koncem osmdesátých let přestalo v ošetrovatelském výzkumu dominovat pojetí, jež vycházelo s chápání stresu jako stimulu (Lyon, 2000).

## 1.4 Stres jako transakce

Sociální psycholog R. Lazarus se začal zajímat o to, jak vysvětlit průběh některých negativních zážitků. Vytvořil a empiricky ověřil transakční model stresu (Lazarus, 1966; Lazarus, Folkmanová, 1984 in Lyon, 2000), kde předpokládal, že pojem stres má heuristickou hodnotu. Předpokládal, že stres sám o sobě není měřitelný a jeho hodnota není jednoduchá proměnná. V jeho závěru o pojetí stresu tvrdí, že stres není „událostí“, ale spíše výsledkem vzájemného působení<sup>8</sup>, které se děje mezi jedincem a jeho prostředím. V tomto pojetí je stres souborem kognitivních, afektivních a ovládacích proměnných.

Lazarusův model stresu měl své předchůdce. Mezi tyto předchůdce patřily modely navržené např. Basowitzem, Perskym, Mechanicem, Janicem atd. Po těchto modelech se objevily i psychosomatické modely stresu. Tyto modely chápaly individuální vnímání stresu jako determinantu organických procesů, které při stresu probíhají (Alexandr, Dunbar, Grinker, Wolf, Friedman, Hober, Manson in Lyon, 2000). Díky těmto pracím se stal stres v šedesátých letech oblíbeným konstruktem a byl hojně zkoumán v rámci psychologie a psychosomatiky. Lazarus v roce 1966 představuje knihu *Psychologický stres a zvládací procesy*. Tato kniha představuje elegantní teoretické scelení veškerých výzkumů stresu a souvislostí mezi ním a zdravím do počátku 60. let. Lazarova teorie složitého fenoménu stresu se tak stala významným impulsem pro rozvoj kognitivní psychologie. Tato teorie zdůrazňovala, jak důležité jsou reakce jedince, pocity, jak jedinec celou situaci vnímá a hodnotí (Lyon, 2000).

Lazarus (1968), Lazarus a Folkmanová (1984) identifikovali tři typy hodnocení:

- primární
- sekundární
- znovuhodnocení, přehodnocení (Lyon, 2000).

**Primární hodnocení** je posouzením toho, co daná situace pro člověka přináší, co může v budoucnosti skrývat. Jedinec posuzuje, jaké dopady situace může mít a jaké

---

<sup>8</sup> Lazarus říká transakce



následky může mít pro jeho životní pohodu. Jestliže požadavky převyšují jeho možnosti a dojde k závěru, že daná situace představuje:

- a) potencionální hrozbu poškození nebo ztráty
- b) stav kdy dochází k poškození či
- c) může přinášet určité výhody či zisk (představuje určitou výzvu).

Je důležité připomenout, že pokud je tato poslední situace vnímána jako šance či výzva a současně chybí pocit možného ohrožení, není to hodnoceno jako stres (Lyon, 2000).

**Sekundární hodnocení** je vnímáno jedincem jako spouštěč ohrožení. Zde se jedinec znovu rozhoduje, zda má takové možnosti chování, aby hrozbu zvládnul. Primární a sekundární hodnocení probíhá současně a vzájemně se ovlivňují (Lyon, 2000).

**Znovuhodnocení, přehodnocení** je procesem průběžného hodnocení, mění se z primárního či sekundárního hodnocení, záleží, jak se situace vyvíjí. Co bývalo primárně hodnoceno jako hrozba, může časem ztratit svoji závažnost (Lyon, 2000).

Existuje řada existenčních faktorů, které ovlivňuje jedincovo hodnocení závažnosti. Mezi tyto faktory patří hodnocení daného člověka, jeho odpovědnost, tendence dostát závazkům, jeho životní cíle, dostupnost zdrojů, novost situace, sebeúcta, sociální opora, stupeň nejistoty atd. (Lazarus, Lazarus a Folkmanová in Lyon, 2000). Mezi Lazarusovi další důležité pojmy patří **zvládání** a **stresové emoce** (Lyon, 2000).

**Zvládání** je neustálá změna kognitivního a behaviorálního úsilí vyrovnat se se specifickými vnějšími či vnitřními požadavky, které jsou hodnoceny jako požadavky, které zatěžují či přesahují zdroje daného jedince. Zvládání v sobě zahrnuje i „ovládání“ stresující situace, „zasahování“ do ní, i když to samozřejmě nemusí vždy znamenat, že nad ní jedinec má „kontrolu“ či nad ní „zvítězí“. Při zasahování má jedinec tendence snížit nebezpečnost dané situace, vyhnout se takovéto situaci, snášet ji či naopak ji změnit (Lyon, 2000).

V roce 1984 Lazarus a Folkmanová identifikovali dva způsoby zvládání. **Zvládání zaměřené na problém** a **zvládání zaměřené na emoce** (Lyon, 2000).

**Zvládání zaměřené na problém** je podobné taktickému řešení problémů. V této taktice je tendence definovat problém, navrhnout alternativy řešení, zvážit přínos a

investice, pokusit se vše změnit a naučit se novým dovednostem. Dále může docházet ke změně směřované vně člověka – ke změně jeho prostředí či ke změně směřované dovnitř, dochází ke změně sebe sama, svého „já“. V tomto případě se tu objevuje znovuhodnocení, přehodnocení. Jedinec opakovaně přehodnotí význam situace či v sobě zjistí nečekané zdroje, nové kvality (Lyon, 2000).

**Zvládání zaměřené na emoce** snaží snížit emoční distres. V tomto případě se jedinec snaží distancovat od něčeho, vyhnout se něčemu, selektovat svoji pozornost, obviňovat někoho, stavět na zbožných přáních, odreagovat se, sportovat, meditovat atd. I zde se objevuje přehodnocení, ale pokud nedochází ke změně situace. Na rozdíl zvládání zaměřené na problém, nemění emočně zaměřené zvládání smysl, význam dané situace přímo. Například usilovné cvičení nebo duchovní meditace mohou subjektivně pomoci zvládnout situaci, aniž by se změnil význam dané situace přímo. Zvládání zaměřené na emoce je nejběžnější formou zvládání zátěže, kdy se situace nedá ovlivnit (Lazarus, Folkmanová in Lyon, 2000).

Lazarus (1966), Lazarus a Folkmanová (1984) shromáždili rozsáhlé empirické důkazy. Výsledky výzkumů ukazují, že všichni lidé používají obě strategie zvládání, aby se vyrovnali se stresujícími vlivy nebo s vnitřními či vnějšími nároky (Lyon, 2000).

Folkmanová (1977) zkoumala osoby, jež pečovaly o nemocné s diagnózou AIDS. S každou osobou byl uskutečněn dvakrát rozhovor. Přestože osoby pečující o pacienty s AIDS podle očekávání uváděly vysokou úroveň negativních psychických stavů, současně uváděly též vysokou úroveň pozitivních emocí. Ukázalo se, že strategie zvládání, které souvisely s pozitivními psychickými stavy měly jedno společné téma – **hledání a nacházení pozitivního smyslu**. Folkmanová potvrzuje dalšími výzkumy její závěr, že nacházení pozitivního smyslu zažívané stresové situace je spojeno s pocitem pohody (Lyon, 2000).

Lazarus (1966) a Lazarus a Folkmanová (1984) hledali vztah mezi proměnnými (emoce jako např.: úzkost, strach, hněv, pocity viny), které souvisí se stresem a jejich dopady na zdravotní stav. Zjistilo se, že ovlivňují adaptaci. Lazarus a Folkmanová postulují tři typy výsledků adaptace:

- a) fungování jedince v práci a ve společenském životě

- b) morální uspokojení a spokojenost se životem
- c) somatické zdraví (Lyon, 2000).

## 1.5 Pojem zdraví

„Zdraví“ (health) je těžko uchopitelný pojem, pochází ze staroanglického slova *hoelth*, znamenající chráněnost, nepoškozenost, stálost a celistvost těla (Dolfman in Lyon, 2000). Zdraví bývá popisováno různě: jako posuzování určité hodnoty, objektivní stav, subjektivně pociťovaný stav, kontinuum sahající od nemoci, výbornou kondici, či jako ideální dosažitelný stav.

Každá z těchto teorií pojetí stresu obsahuje předpokládané vztahy mezi stresem a zdravím. První dvě teorie – **stres jako reakce organismu, stres jako stimul, podnět** jsou založeny na **biomedicínkém pojetí zdraví**. Zdraví je tedy chápáno jako nepřítomnost nemoci<sup>9</sup>. Antonovský (1979) si povšiml, že podle biomedicinského modelu by se osoba trpící nějakou chronickou chorobou nemohla cítit zdravá a nemůže být za zdravou považována. Žádná osoba nemůže být zdravá, pokud je u ni přítomna nějaká choroba.

**V transakčním modelu stresu** je zdraví považováno za subjektivní fenomén, který zahrnuje somatické uvědomování vlastního já a jeho funkčních schopností (Lyon, 2000).

**Ošetrovatelský pohled na zdraví** se staví kriticky vůči úzkému vymezení zdraví, které je důsledkem aplikace biomedicinského modelu. Mnohé sestry v praxi, ale i učitelé ošetrovatelství se přesto s biomedicínkým pojetím zdraví ztotožňují a volně zaměňují pojmy *prožívaný chorobný stav* (subjektivní pocit somatického diskomfortu se ztrátou funkčních schopností<sup>10</sup>, Lyon (1990)) a *objektivně doloženou nemoc* (disease). Podobně směšují pojem zdraví (health) a dobrou kondici (somatická pohoda, funkční schopnost – wellness, Lyon (1990)). V současné době panuje malá shoda v definování zdraví jako klíčového pojmu oboru ošetrovatelství. O definování toho pojmu se pokusilo spousta teoretiček ošetrovatelství. Mezi tyto teoretičky patřila například F. Nightingaleová (1860/1969), Oremová (1995), Hendesronová (1966), Kingová (1981), Parseová (1992) Newmanová (1986) aj., ale jejich definování je rozdílné.

Ošetrovatelsky orientovaná definice zdraví vychází teze z Lyonové (1999). Zdraví je subjektivní fenomén, který lze operacionalizovat. Zdraví je subjektivní reprezentace

---

<sup>9</sup> *Angl.*: disease

<sup>10</sup> *Angl.*: illness

souborného hodnocení dvou aspektů: somatického uvědomování si sebe sama a vlastních funkčních schopností, jedná se o sebehodnocení.

Musíme pochopit, že subjektivní pocit choroby (illness) a pocit dobré kondice (wellness) se mohou objevovat, když je člověk nemocný, i když objektivně nemocný není. Sestře, která se chopí této myšlenky, se tak otevírá možnost vidět, že pacienti mohou zažívat pocit dobré kondice, i když mají chronickou nemoc nebo život ohrožující nemoc anebo obě nemoci najednou.

Je nezbytné, aby obor ošetrovatelství přejal či samostatně vyvinul postupy pro měření zdravotního stavu lidí a postupy, jimiž by bylo možné zjišťovat efektivitu ošetrovatelských intervencí při stresu a jeho zvládání (Lyon, 2000).

## 1.6 Intenzita stresu

V pojednávání o stresu se lze setkávat s odlišnými termíny. Tyto termíny se vztahují k malé či velké intenzitě stresové reakce. Jedním z termínů je tzv. **hypostres** a **hyperstres**.

**Hypostres** je takový stres, který nedosahuje obvyklé tolerance stresu, jako je tomu u ministresorů, plíživých negativních vlivů monotónnosti, nudy, senzorické deprivace, frustrace. Pro ještě nižší úroveň se v češtině používá termín „zátěž“.

**Hyperstresem** pojednáváme tehdy, jestliže stres překračuje hranice adaptability jedince, schopnosti jedince se vyrovnat se stresem (Křivohlavý, 1994).

## 1.7 Stresory

Pojmem „stresor“ myslíme obecné i těžké vnitřní situace, které na jedince doléhají ve stresové situaci. Faktory vyvolávající stresové situace se nazývají stresory. Jsou to běžné nebo mimořádné situace a události našeho života, které náš organismus vyvádějí z rovnováhy.

Stresor je možno chápat jako negativně působící vliv na člověka. Mezi příklady lze uvést materiální faktor (nedostatek potravy, tekutiny), sociální faktor (působení jednoho člověka na druhého, například působení protivných, agresivních, netaktních, hrubých, neurvalých lidí). Stresorem může být též i nedostatek času, situace osamění, nedostatek

místa apod. Působení stresorů závisí v první řadě na tom, jak je tento stresor danou osobou chápán. Stresor je pro člověka tím těžší, čím více ohrožuje jeho vlastní já, tj. samo jádro jeho osobnosti. Stresory dělíme na fyzikální a emocionální stresory. Mezi fyzikální patří například jedy a tzv. skoro-jedy (alkohol, nikotin, kofein a jiné drogy), patří sem i radiace, nedostatek kyslíku, znečištění vzduchu, vibrace, otřesy, změny ročních období, záplavy, zemětřesení, nehody, úrazy, ale i těhotenství, nechtěný sexuální styk apod. Pod emocionální stresory patří úzkostnost (anxiozita), zármutek, obavy, strach, nenávisť, nepřátelství, zloba, nevyspalost, nedostatek pro povzbuzení smyslové činnosti, očekávání (anticipaci), že něco špatného nastane, přílišnou ustaranost, obavy s přestoupení společenského zákazu, tabu apod. (Křivohlavý, 1994)

Podobně jako u stresu, můžeme se i u stresorů setkat se speciálními termíny pro velké a malé stresory:

**Ministresory** – vyjadřují poměrně mírné až velmi mírné okolnosti či podmínky vyvolávající stres. Příkladem může být dlouhodobě pociťovaný nedostatek lásky, který se kumuluje, až dosáhne hranice stresu.

**Makrostresory** – jsou děsivě působící, deptající, až vše ničící vlivy (Křivohlavý, 1994).

## **1.8 Příznaky stresu**

Příznaky stresu můžeme rozdělit do třech kategorií – fyziologické, emocionální, behaviorální. Zde uvádíme vybrané základní příznaky.

### **Fyziologické:**

1. palpitace, vnímání zrychlené, nepravidelné a silnější činnosti srdce
2. bolest a sevření za hrudní kostí
3. nechutenství a plynatost v břišní (abdominální) oblasti
4. křečovitě, svírající bolesti v dolní části břicha a průjem
5. časté nucení k močení
6. sexuální impotence a (nebo) nedostatek sexuální touhy

7. změny v menstruačním cyklu
8. bodavé, řezavé a palčivé pocity v rukou a nohou
9. svalové napjetí v krční oblasti a v dolní části páteře, často spojené s bolestmi
10. úporné bolesti hlavy, často začínající v krční oblasti a rozšiřující se vpřed směrem od temene hlavy k čelu
11. migréna, záchvatová bolest jedné poloviny hlavy
12. exantém, vyrážka v obličeji
13. nepříjemné pocity v krku (jako bychom měli v krku knedlík)
14. dvojité vidění a obtížné soustředění pohledu očí na jeden bod (tvz. fokusace).

(Hrstka, Vosečková, 2008)

### **Emocionální:**

1. prudké a výrazně rychlé změny nálady (od radosti k smutku a naopak)
2. nadměrné trápení se s věcmi, které zdaleka nejsou tak důležité
3. neschopnost projevit emocionální náklonnost, sympatizování s druhými lidmi
4. nadměrné starosti o vlastní zdravotní stav a fyzický vzhled
5. nadměrné snění a stažení se ze sociálního styku, omezení kontaktu s druhými lidmi
6. nadměrné pocity únavy a obtíže při soustředění pozornosti
7. zvýšená podrážděnost, popudlivost (iritabilita) a úzkostnost (anxiozita).

(Hrstka, Vosečková, 2008)

### **Behaviorální:**

1. nerozhodnost a do značné míry i nerozumné nářky
2. zvýšená absence, nemocnost, pomalé uzdravování po nemoci
3. sklon ke zvýšené osobní nehodovosti a nepozornému řízení auta
4. zhoršená kvalita práce, snaha vyhnout se úkolům, výmluvy, vyhýbání se odpovědnosti i časté podvádění
5. zvýšené množství vykouřených cigaret za den
6. zvýšená konzumace alkoholických nápojů
7. větší závislost na drogách, zvýšené množství tablet a léků na spaní
8. ztráta chuti k jídlu nebo naopak přejídání

9. změněný denní životní rytmus, problémy s usínáním, dlouhé noční bdění a potom pozdní vstávání s pocitem velké únavy
10. snížené množství vykonané práce a zvýšená nekvalitnost práce.

(Hrstka, Vosečková, 2008)

## 1.9 Jak častým jevem jsou stresy

*“Stres je typickým jevem v těžkých životních událostech. Je tedy na místě ptát se, jak často je možno se s ním setkat.“* (P.C. Kendall in Křivohlavý, 1994, s. 13)

*“Ukázalo se, že 77% všech dotazovaných osob (poměrně velkého vzorku populace) žije v podmínkách určitého nezanedbatelného stupně chronického stresu. 51% dotazovaných osob uvádělo existenci dvou a více stresogenních situací. Při tom se ukázalo, že ukazatele přítomnosti stresu mají úzký vztah ke zdravotnímu stavu dotazovaných osob a že tento vztah není náhodný.“* (May, Sprague in Křivohlavý 1994, s. 13)

Tito autoři vyšli ze zkoumání tzv. těžkých životních událostí a na základě negativního vlivu těžkých situací vytvořili ukazatel ohrožení stresu SPI<sup>11</sup>. Jím se vyjadřuje potenciální stupeň ohrožení duševního zdraví lidí. Jedná se o objektivně zjiřitelné události (např. změna zaměstnání, svatba, úmrtí apod.). Tato metoda má 19 ukazatelů.

*“Konflikty, stres, frustrace, ale i psychotraumatizace jsou součástí našeho života. Vyvolávají určité reakce a určitým způsobem ovlivňují chování. Mají vliv na myšlení a též na činnost fantazie. Některé z těchto projevů mohou mít neadaptabilní ráz, mohou vést k poruchám přizpůsobení člověka požadavkům prostředí.“* (O. Kondáš in Křivohlavý 1994, s. 13)

## 1.10 Životní události

Životní události představují takové situace či okolnosti v osobním životě člověka, které znamenají určitou více či méně zásadní změnu v každodenní rutině. Životní situace mění život jedince, vstupují do jeho sociálních vztahů a ovlivňují psychický stav. Jsou vnímány velmi intenzivně a doprovázeny složitými psychickými procesy popsanými

---

<sup>11</sup> *Angl.*: Stress Potencial Indicator

v literatuře jako zvládání<sup>12</sup>, reakce na stres, reakce na závažné onemocnění či ztrátu, posttraumatický syndrom nebo životní situace. Koncept „životních událostí“ se poprvé objevil v 50. letech spolu s konceptem sociální ekologie. V roce 1967 byla publikována práce Holmese a Raheho. Ti se pokusili kvantifikovat množství stresové zátěže obsažené v konkrétních náročných životních situacích. Testovali celkově 43 negativních a pozitivních životních událostí. Výsledkem byla známá hodnotící škála sociálního přizpůsobení. Podle této škály k nejzávažnějším životním událostem patří smrt životního partnera, rozvod či odloučení manželů, uvěznění, smrt blízkého člověka, osobní zranění či nemoc, svatba, výpověď ze zaměstnání, odchod do důchodu (Payne a kol., 2005).

### **1.11 Typ osobnosti a temperament**

Řada vědeckých studií ukázala, že jedinec vystavený psychickému stresu prožije slabší stresovou reakci v případě, že bude mít možnost dávat své frustraci volný průchod, vycítí-li vládu nad situací a bude-li schopen díky patřičným informacím situaci předvídat. Každý jedinec reaguje na konkrétní situace jinak. Každý člověk tlumí stresovou reakci jinými psychickými rysy. Psychické vlastnosti, které se do reakce zapojí, určují naši osobnost, jejíž součástí je povaha člověka. Důležité je také sebehodnocení sebe sama. Pojednává se tím o vnitřních faktorech pro zvládání životních událostí (Joshi, 2007).

Zranitelnost osobnosti zvyšuje absence intimního vztahu a nedostatek sebevědomí, které při setkání se s životní událostí vyvolávají pocit beznaděje a přispívají ke vzniku deprese. Pokud hovoříme o vnějších faktorech, je to především příslušnost k sociální třídě a s ní související sociální kapitál, který má jedinec k dispozici, formální i neformální instituce. Sem patří například sociální opora, systém vztahů a vazeb, v nich se člověk pohybuje a které mu pomáhají zvládat náročné situace. V řadě jiných výzkumných studií je dokumentováno, že k nejvýznamnějším faktorům, které ovlivňují výskyt i zvládání nejrůznějších životních událostí, patří i příslušnost k sociální vrstvě. Čím má člověk vyšší postavení v sociální sféře, tím méně je vystaven negativním událostem a tím více má sociálních, psychologických a ekonomických zdrojů k tomu, aby takové události zvládl (Payne a kol., 2005).

---

<sup>12</sup> *Angl.*: coping, upřesnění viz dále.



## 2. Pracovní stresory a pracovní spokojenost

K měření psychické náročnosti práce a míry kontroly se používá tzv. Karaskův dotazník. Tento americký sociolog uvažuje o vztahu dvou dimenzí pracovního stresu a pracovní spokojenosti (model náročnosti-kontroly). Jeho model byl široce testován a zpracován v rámci jeho disertační práce koncem 70 let. Výsledkem šetření mělo být zjištění, jak vylepšit pracovní pohodu. Holandský zákoník práce je přímo inspirován tímto modelem.

V první dimenzi jsou pracovní nároky, k nimž samozřejmě patří pracovní tempo, málo času, mnoho úkolů, povinností, duševně náročná práce s vylučující se požadavky z různých stran. Čím více se tyto nároky objevují v určitém povolání, tím více je náročnější po psychické stránce. Druhou dimenzí je kontrola, která obsahuje dva aspekty:

- a) možnost jedince se rozhodovat o svém tempu a postupech práce, jejich prioritách.
- b) dovednosti a schopnosti, které jedinec ve své práci uplatní. Zejména sem patří požadovaná kvalifikace, možnost se učit novým věcem a uplatnit svoji kreativitu.

(Payne a kol., 2005, s. 474)

Karasek (Payne a kol., 2005 s poukazem na Karasek, 1979) spojuje tyto dvě teze se dvěma následujícími hypotézami. Podle první představují povolání, která jsou charakterizována kombinací „vysoká psychická náročnost a nízká míra kontroly“, pro jedince vysokou míru zátěže. Tato povolání budou spojena s vysokou mírou stresu. Vysoké psychické nároky zde u jedince vedou ke zvýšené hladině fyziologického vybuzení, které je provázeno vyloučením vyšší míry adrenalinu a zrychlením srdečního rytmu. Jestliže jedinec nemůže – v důsledku malé možnosti kontrolovat malé zdroje stresu – tuto fyziologickou reakci vhodným způsobem kanalizovat do adaptabilní, účelné reakce, přetrvává u něj fyziologické vybuzení po delší dobu. Karasek hovoří o dimenzi neodreagovaného stresu (Payne a kol., 2005, s. 475).

Podle druhé hypotézy jsou povolání, která jsou charakterizována kombinací „vysoká psychická náročnost a vysoká míra kontroly“, pro jedince spíše výzvami či příležitostmi k růstu než stresory, které by měly negativní následky. Karasek je označuje jako aktivní povolání. Člověk se v nich může do jisté míry rozvíjet, rozvíjet své zájmy, uplatnit svoji kvalifikaci, řešit problémy, které jej osobně zajímají. Tato povolání mají za

následek nižší míru stresu a některé pozitivní následky (motivace k práci, větší spokojenost, zdravou regeneraci sil). V celé řadě studií byly demonstrovány vztahy mezi těmito dvěma dimenzemi práce a kardiovaskulárními a jinými somatickými problémy, depresemi, spotřebou léků atd. Pozornost je od samého počátku věnována rovněž souvislostem těchto dvou dimenzí s pracovní a životní spokojeností. Karasekův model je rovněž často kritizován, ať již z empirických nebo logických důvodů. Ukazuje se, že tyto dvě dimenze nejsou vždy nezávislé, navíc Karasek hovoří o interakci náročnosti a kontroly, netestuje ji však adekvátně.

Lze tedy očekávat, že by měla být spokojenost s prací ovlivněna kladně mírou kontroly, jíž jedinec disponuje a záporně psychickou náročností práce. Spokojenost s prací by pak měla zvyšovat signifikantně celkovou spokojenost se životem. Současně není ale jasné, zda lze očekávat spíše aditivní nebo interaktivní vztahy mezi dimenzemi kontroly a náročnosti, ani to, zda jsou tyto dvě dimenze nezávislé, nebo zda spolu korelují. Toto shrnutí jsou formulovány do tří hypotéz a dvou otázek.

Hypotézy:

1. spokojenost s prací bude záporně ovlivněna psychickou náročností práce
2. spokojenost s prací bude kladně ovlivněna mírou kontroly
3. spokojenost s prací bude významně přispívat ke spokojenosti se životem (Payne a kol., 2005, s. 476).

Otevřené otázky:

1. Jsou dimenze psychické náročnosti a kontroly nezávislé?
2. Je vliv těchto dimenzí na spokojenost s prací interaktivní nebo aditivní? (Payne a kol., 2005, s. 476)

## **2.1 Vztah charakteristik zaměstnání a stresu**

Řada psychologických studií, zaměřila svoji pozornost na pracovní zátěž. Z toho empirické studie ukázaly, že nejvíce pracovním stresem trpí střední společenské vrstvy (mistři, dílovedoucí) než pracovníci s vyšším postavením. Na střední společenskou třídu

jsou více kladeny požadavky, ale jejich možnosti řízení jsou menší, což vede ke stresu. Tyto požadavky jsou kladeny od nadřízených, ale i od podřízených pracovníků.

Tato zjištění vedla k upřesnění teze o stresovém faktoru a pracovním prostředí: „*Je to právě vysoká míra požadavků kladených na člověka, kombinovaná s malou mírou možností řídit běh dění, které vede v práci ke stresu.*“ (Křivohlavý, 2003, s. 174)

Což bylo zjištěno u pracovníků, na které byly kladeny vysoké nároky, ale nebyla jim dána dostatečná možnost řídit pracovní proces. Tato situace vedla k vyšší míře výskytu srdečních onemocnění, hypertenze (Repetti in Křivohlavý, 2003, s. 174). Další faktor ovlivňující stres jsou vzájemné vztahy mezi lidmi na pracovišti. V pozitivním smyslu se jedná o dobré vzájemné vztahy a sociální oporu, kdežto konflikty a nedostatek sociální opory jsou v negativu.

V následujícím textu taxativně vyjmenovávám nejčastěji stresogenní faktory v zaměstnání.

### **2.1.1 Přetížení množstvím práce**

Přetížením práce se myslí takové množství práce, které není schopen zaměstnanec stihnout za poskytnutý časový úsek. Je však třeba brát v úvahu individuální charakter pracovního přetížení na jedince. To co může být pro jednoho pracovníka přetěžující, nemusí být pro druhého (Křivohlavý, 2003).

### **2.1.2 Časový stres**

K vykonání určité práce je vhodné mít k dispozici odpovídající čas. Může se však stát, že je ho poněkud nedostatek. Zaměstnanec tak má více uložené práce, než je potřebný čas, což může vést k distresu (Křivohlavý, 2003).

### **2.1.3 Neúměrně velká odpovědnost**

Nejen samotné množství práce, ale i nadměra odpovědnosti, kterou pracovník má, může být stresogenním faktorem. Ukazuje se, že tuto zodpovědnost mají pracovníci, kteří mají odpovědnost za svěřené lidské životy (Křivohlavý, 2003).

### **2.1.4 Nevyjasnění pravomocí**

U některého zaměstnání je jasně stanoveno, co se má dělat, ne vždy tomu tak je. Často se setkáváme s problémem, kdy není jasně stanoven úkol, hranice, co má pracovník dělat. Dále je u některých prací zpětná vazba. Pracovník se pravidelně dozvídá, jak je jeho práce hodnocena. Jsou však situace, kdy tomu tak není a pracovník často jeví známky distresu (Křivohlavý, 2003).

### **2.1.5 Vysilující snaha o kariéru**

Lidé, kteří vstupují do pracovního procesu, jsou často plni očekávání, mají ambice. Očekávají, že v zaměstnání mohou prokázat svoje schopnosti, budou dobře finančně ohodnoceny a jejich kariéra poroste směrem k vedoucímu postavení. Tam, kde se tato očekávání nenaplnují, se objevuje stres a distres (Křivohlavý, 2003).

### **2.1.6 Kontakt s lidmi**

Jsou povolání, pro která je charakteristický kontakt a práce s lidmi (např. prodavačky, úředníci atd.). Existují však zaměstnání, kde je zaměstnanec izolován od druhých lidí. Ukazuje se, že oba typy zaměstnání mohou být pro různé lidi stresogenní. Stresogenní jsou i nepřátelské vztahy, které vládou na pracovišti, ať se už jedná o nepřátelské vztahy mezi spoluzaměstnanci nebo s nadřízenými (Křivohlavý, 2003).

### **2.1.7 Spánek**

Spánek může být též negativně ovlivňován např. směnností práce. Soustavně se studuje negativní vliv nedostatku spánku na činnost imunitního systému (Křivohlavý, 2003, s. 177 s poukazem na Irwin et al., 1994). Tato zjištění naznačují, že existuje určitý vztah mezi nedostatkem spánku a nemocí. To znamená, že nedostatek spánku může být příčinou stres a také obráceně, stres může způsobit nedostatek spánku (Křivohlavý, 2003).

### **2.1.8 Hluk**

*„Za hluk je třeba považovat ten zvuk, který daná osoba nechce poslouchat.“*  
(Branon, Feist in Křivohlavý, 2003, s. 177)

Hluk patří k negativním pracovním faktorům jak na pracovišti, tak i mimo něj. Jsou známé studie, které zjistily negativní důsledky pobytu lidí v hlučném prostředí – např. bolesti hlavy, nespavost, zvracení, změny nálad apod.

## **2.2 Příčiny psychického zatížení vyplývající z vlastní práce sestry**

Mezi příčiny psychického zatížení sestry patří nepřetržitě vysoké nároky na psychické stavy a na psychické procesy.

Níže uvádím nejčastější stresogenní faktory, které se mohou objevit na operačních sálech a tak negativně působit či ovlivnit sestru-instrumentářku v jejím vnímání pohody v pracovním procesu i mimo něj.

### **2.2.1 Soustředěnost a kontrola**

Sestra se často potřebuje soustředit na činnosti vyžadující naprostou přesnost. Mezi tyto činnosti patří například správné podávání nástrojů tzv. instrumentační techniky. Je velice důležité mít nástroje správně uložené na instrumentačním stole dle zvyklostí operačních sálů. Sestra-instrumentářka automaticky ví, kam má pro ně sáhnout a nemusí jej zdlouhavě hledat. Zároveň operátor a jeho asistenti jsou zvyklí na určitý řád instrumentačního stolku sestry. Před operačním výkonem, v průběhu a po skončení výkonu kontroluje počet nástrojů v sítěch, jejich úplnost, funkčnost a celistvost. Tato kontrola se týká i zdravotnického materiálu, který byl použit, zejména břišních roušek a longet.

### **2.2.2 Pozornost**

Přenášení pozornosti z jedné činnosti na druhou, přičemž každou z těchto činností je nutno dělat bez chyb. Často se stává, že operátor a jeho asistenti současně dožadují svůj nástroj a zároveň na sestru hovoří sanitář či jiný člen operačního týmu. O to více musí jednat rychle, pokud dojde během operace ke komplikacím.

### **2.2.3 Paměť**

Instrumentářka neustále potřebuje používat různé druhy paměti, kdy si během činnosti musí pamatovat vysoký počet procedurálních úkonů. Plnit pokyny operátora, co bude potřebovat v nejbližší chvíli, co v průběhu a ke konci operačního výkonu.

### **2.2.4 Zrak**

Na operačních sálech je umělé osvětlení – zářivky, operační lampy, které jsou nutností. Při výkonech se používají i drobné předměty, které nemusejí mít vhodný kontrast, což zpětně působí na zrakovou pohodu sestry-instrumentářky. Často tak sestry využívají kompenzačních pomůcek typů brýlí, které by jinak užívaly pro nezbytně nutné činnosti (např. četba, řízení auta apod.).

### **2.2.5 Hygienicko-epidemiologické podmínky**

Nedílnou součástí znalostí sestry je znát hygienickou a epidemiologickou problematiku, především z hlediska vlastní ochrany a ochrany pracovního prostředí na operačních sálech. K tomu patří i znalosti prevence nozokomiálních nákaz a základy ochrany a bezpečnosti práce. Sestra pracuje s biologickým materiálem, používají se různé typy dezinfekčních mýdel a dezinfekcí, dle zvyklostí sálů.

### **2.2.6 Znalosti**

Mezi další a nejdůležitější schopnosti sestry je znalost operačního postupu chirurgického výkonu. Sestra při tomto výkonu se musí orientovat v anatomii člověka a tím zároveň dopředu předvídat, který nástroj je vhodný použít a který nikoliv. Toto se týká i vhodného šicího materiálu a ostatního zdravotnického materiálu. Také pokud dobře vidí do operační rány, sama již dopředu může operátorovi nabídnout nástroj a nemusí tak čekat na vyzvání operátora či asistenta operátora. Důležitou součástí je dodržování sterility. Neustále sleduje, aby nedošlo k znesterilnění nástrojů, pomůcek, zdravotnického materiálu, ale i operačních plášťů a operačních rukavic, ve kterých je operační tým oblečen. Další důležitou součástí je znalost a práce s PC. Sestra vede elektronicky operační protokoly, žádanky na sterilizaci.

### **2.2.7 Vzdělávání**

Neustále se zvyšující požadavky na vzdělávání sester, modernizace přístrojů, znalosti nových operačních postupů, to vše by sestra měla ovládat pokud možno za krátký časový úsek. Je to dáno jednak požadavky pro její kvalifikaci a jednak požadavky operačních sálů, potažmo požadavky chirurgů. Sestry jsou nuceny zaměstnavatelem, ale i zákonem 96/2004 Sb., O podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče se účastnit různých vzdělávacích akcí (kongresy, konference, semináře) a sbírat kredity. Ovšem při třísměnném provozu, který může být zkomplikován zvýšenou nemocností jiných sester na pracovišti, jsou tyto vzdělávací akce sestřím pozastaveny pro udržení chodu operačních sálů.

### **2.2.8 Izolace**

Velice důležitou vlastností sestry k výkonu profese je, se zadaptovat, přizpůsobit na izolovanost, která je pro operační sály tak typická, je to jedno z nejvíce nepřístupných míst v nemocnici. Prostory jsou rozděleny do prostor s neomezeným přístupem, částečně omezený přístupem a s přístupem omezeným. Jsou jasně odděleny prostřednictvím aktivit prováděných v těchto prostorách s předepsaným oblečením.

### **2.2.9 Sociální uspořádání ve skupině, týmu**

Sestra čelí opakujícímu se rozdílnému vnímání profesních rolí, sestra versus lékař. Rozdíly v moci a stavu mezi zdravotními sestrami a lékaři a jejich vliv na sociální vztahy byly studovány v mnoha různých klinických souvislostech (Gjergerg&Kjosrod, 2001; Porter, 1991; Snegrove&Hughes, 2000 in Gillespi 2008, s. 43). Velké množství studií zkoumalo odlišné perspektivy hierarchie mezi kategoriemi zdravotnického personálu. Zjistili, že existují odlišné postoje mezi těmito skupinami a ukázalo se, že lékaři byli nejvíce naklonění typu hierarchie, v níž si podřízený personál netroufal namítat cokoliv vůči staršímu personálu (Gillespi 2008, s. 43).

### **2.2.10 Nevhodné chování**

Na operačních sálech sestry často čelí urážlivému chování, sexuálnímu obtěžování. To může být způsobeno izolovaností, která je tak typická pro toto prostředí, na rozdíl od jiných odloučených pracovišť, kde to tak časté není. Nejčastěji nevhodné chování bývá vyprovokováno ze stran mužů, zejména chirurgů. Ovšem je potřeba zmínit, že toto jejich chování je mimo jiné ovlivněno určitým “složením“ operačního týmu.

### **2.2.11 Vnitřní hierarchie a řád**

Z důvodu koordinace péče musí být sestry součástí týmové práce. Nové sestry jsou vedeny pod odborným dohledem sestry-školitelky či jiné pověřené sestry. Tento odborný dohled je zasvěcuje jak odborným dovednostem sestry-instrumenářky, tak i určitým zvyklostem (vnitřnímu řádu a hierarchii), které jsou nastaveny na operačních sálech. Pokud se sestry pomalu podřizují či si hůře osvojují dovednosti, schopnosti, které musí získat pro samostatnost k výkonu svého povolání, může se objevit určitý nátlak z okolí.

### **2.2.12 Vstřícnost**

Chovat se vstřícně vůči ostatním členům týmu operačních sálů a vzájemně si vycházet vstříc. V opačném případě může být sestry posuzována negativně, nekolegiálně či nevnímána jako opora týmu. Můžeme zde uvést negativní vnímání instrumentárek, pokud je kolegyně včas nevystřídá za instrumentačním stolkem. Jestliže je náročný výkon, který se zkomplikoval a obíhající sestry<sup>13</sup> nestihá vykonávat svoji práci, je negativně hodnoceno, pokud jiná kolegyně (volná) ji nepřijde pomoci.

### **2.2.13 Komunikace**

Komunikovat se všemi členy operačních sálů a poskytovat informace zavčas. Veškeré změny na operačních sálech týkající se změn v operačním programu (např. další přidání operačního výkonu či časová tíseň mezi výkony) jsou vnímány negativně. Je zajímavé, že pokud se zruší operační výkon z nějakého důvodu (např. pacient se nedostaví

---

<sup>13</sup> Instrumentářka, která např. podává potřebný sterilní zdravotnický materiál operačnímu týmu, umývá určité chirurgické nástroje či pomůcky, skládá některá síta s nástroji, vede dokumentaci apod.



k hospitalizaci či jeho stav mu nedovoluje podstoupit operaci) nebo jsou více jak hodinové časové prodlevy mezi jednotlivými operacemi, sestry tyto změny vnímají pozitivně.

### **2.2.14 Citové prožitky**

Sestry čelí také opakujícím se silným citovým prožitkům, kdy se neubrání tomu, aby se s bolestmi a s utrpením pacienta neztotožnily. Velmi silným citovým prožitkem je i umírání a smrt člověka na operačním sále. Z toho nejvíce působí negativně na sestru utrpení, smrt dítěte a mladého člověka. Konkrétně se jedná o stavy, které vznikají při autonehodách či zhoubném onemocnění.

### **2.2.15 Vlastnosti**

Na sestru jsou kladeny požadavky vlastností, které zlepší zvládnání její profesní funkce. Optimismus, svědomitost, pravdomluvnost, pracovitost, trpělivost, ochota a citová vyzrálost jsou nutným základem. Je ovšem nutné zmínit, že je poměrně náročné vždy a za každých okolností se těmito požadavky řídit.

### **2.2.16 Provoz**

Setry slouží v třisměnném provozu. Často je na operační sál v noční směně přijímán k chirurgickému výkonu pacient s akutním stavem, kterým je ohrožován na životě. Sloužící sestra musí vykonávat svoji práci, dokud není pacient odoperován v její směně. To může trvat až do ranních hodin, sestra je bez odpočinku. V komplikovaných případech čeká na vystřídání svojí kolegyní z jiné směny.

### **2.2.17 Strava**

Sestry se vždy snaží dodržovat 30-ti minutovou pauzu na oběd, ale stává se, že pokud dojde ke změně v operačním programu a je výkon vícehodinový, sestry z časových důvodů chirurgického výkonu oběd nestíhají. Dotýkají se tím problematiky nepravidelného stavování a nezdravé výživy.

## **2.2.18 Pracovní poloha**

Při operačním výkonu je sestra ve vynucené poloze, zejména se jedná o polohu ve stoje. Tato poloha se hůře snáší, pokud výkon je několikahodinový. Sestra při tomto výkonu nemá možnost sednout si či jinak změnit polohu. Toto je typické i pro výkony u kterých je nutná pohotovost a obratnost, být neustále ve spolupráci s chirurgy. Sestry mohou používat speciální schůdky, které jim napomáhají k přímému sledování operační rány, pokud to není možné sledovat standardně.

## **2.2.19 Teplota**

Na některých specializovaných sálech, je sestra vystavena nižším teplotám. Tyto teploty jsou zejména vhodné pro určitý typ operací pro jejich lepší průběh a lepší snášenlivost organismu pacienta. Můžeme zde uvést pro příklad kardiologické sály. Sestry se snaží tento stresogenní faktor řešit přikládáním nesterilních malých roušek (sterilní se používají k zarouškování operačního pole) kolem krku, obíhající sestry se oblékají do nesterilních pláštů či se zahřívají ohřívanými vaky obsahující fyziologický roztok – infuse.

## **2.3 Příčiny, které mají původ ze strany sestry**

Těmito příčinami myslíme původ, který není způsoben stresogenními faktory, objevující se v prostředí operačních sálů. Původ se týká problémů, které se objevují v osobním životě sestry.

### **2.3.1 Osobní starosti sestry**

Mezi tyto příčiny patří zvláště osobní starosti sestry. Někdy se po příchodu do práce sestře nepodaří odpoutat se od vlastních starostí a problémů, které jsou v jejím soukromém životě. Nedokáže se tím plně soustředit a plnit si svoji práci. Pokud se zmíní o svých potížích kolegyni v zaměstnání, stává se později zajímavým tématem v diskuzích ostatních kolegyň.

### **2.3.2 Zdravotní problémy**

Další příčinou jsou často zdravotní problémy a to vlastního rázu či zdravotní problémy nejbližších. Sestry často přechází vlastní onemocnění, chodí do práce na třísměnný provoz. To samozřejmě zhoršuje jejich zdravotní stav a může to mít vliv na jejich pracovní výkon.

Sestry si stěžují na bolesti zad, dolních končetin, což bývá spojováno s vlastní prací sestry. Také dlouhodobá léčba vlastního onemocnění, zdravotní problémy způsobené kouřením, pitím alkoholu a užívání jiných návykových látek, to vše může negativně ovlivnit výkonnost sestry a působit na ni negativně.

### **2.3.3 Vztahy**

Můžeme zde i zmínit např. problematiku partnerských vztahů, problémů v rodině. Vztahové krize, rozvodovost, úmrtí v rodině. Problematika s tím související, jako je vyzvednutí dětí ze školky, ze školy či z kroužků. Onemocnění dětí a řešení, kdo je bude hlídat. Pocity nedostatku času pro rodinu, věnování se partnerovi a společným koníčkům.

### **2.3.4 Vlastní výkonnost**

Vlivem pracovního procesu se může zhoršit pracovní výkonnost sestry. Tento problém se může vyskytnout, pokud je sestra delší dobu vystavena stresogenním faktorům. Tím se zhoršuje její sebedůvěra, sebehodnocení, objevuje se laxnost, únava, syndrom vyhoření atd.

## **2.4 Dosavadní výzkumy sálových sester na operačním sále**

Z dosavadních výzkumů jsem vybrala tyto dvě práce, které se obsahově zabývají stresem na operačních sálech. Při celkovém počtu instrumentárek v České republice je ovšem důležité zmínit, že s poukazem na závažnost tématu je počet prací zabývajících se touto problematikou stále nedostatečný.

### **2.4.1 Jak ovlivňují pracovní podmínky stres sester**

Šetření bylo součástí pilotní studie zabývající se stresovou odezvou na pracovní podmínky. Tato studie sloužila jako jeden z podkladů pro grant podaný na MZČR pro roky 1995 - 1997, které se zabývaly komplexními opatřeními ke zlepšení ergonomie i psychosociálního prostředí operačních sálů (Roubalová, 2005).

Roubalová se ve své práci zaměřila na způsob, jakým ovlivňují pracovní podmínky stres sester. Ve svém výzkumu sledovala stresující pracovní i mimopracovní faktory vzhledem k subjektivním pocitům pohody sálových sester za pomoci dotazníkové formy. Ve výzkumu bylo dotazováno 89 sester z 10 operačních sálů brněnských nemocnic. Třetina z nich byla ve věku do 30 let, třetina do věku 40 let, čtvrtina do věku 50 let a jen malé procento mělo více než 50 let. Praxe na operačním sále u sester činila v průměru 11 let, pouze 8% mělo praxi kratší než rok a 13% více než 20 let. Třetina sester měla dobrý zdravotní stav, dvě třetiny stav přiměřený věku, pouze jedna sestra udávala velké zdravotní potíže. Šlo tedy o relativně reprezentativní soubor sester již adaptovaných ve svém oboru. Jednalo se o sestry, které pracovaly v jednosměnném, dvousměnném a třisměnném provozu.

Z pracovního prostředí vytyčila čtyři stresogenní faktory: hluk, teplota, větrání, osobní prostor. Další částí byla celková spokojenost sester s pracovními podmínkami, sociální atmosféra na pracovišti (nadřízený-sestra, sestra-sestra, sestra-ostatní), vliv stresu na pohodu sester (duševní pohoda, tělesné zdraví, pracovní výkonnost, rodinný život) a zvládání stresu (sociální podpora, fyzické aktivity, relaxace, speciální způsoby).

Ve své práci došla k závěrům, že věk ani praxe nehrály příliš významnou roli ve vnímání stresu. Mezilidské vztahy sestry hodnotily poměrně příznivě a nebyly zjištěny významné rozdíly mezi jednotlivými obory. Byly vytipovány pracoviště, kde sestry vnímají pracovní podmínky jako nevyhovující. Téměř polovina sester pociťuje nadměrný

stres v souvislosti s jejich povoláním. Pětina sester si odnáší problémy z práce domů a většina sester nevyužívá technik k zvládnání stresu (Roubalová, 2005).

## **2.4.2 Životospráva sester na operačních sálech**

V práci J. Šanderové s názvem Životospráva sester na operačních sálech (Šanderová, 2004) bylo ve výzkumu dotazovaných 75 sester z různých operačních sálů jihlavského kraje. Ve sledovaném souboru byla čtvrtina sester mladších než 30 let, dvě třetiny sester ve věkovém rozmezí 30 - 49 let a ve věku 55 let pouze 4 sestry. Dvě třetiny sester bylo vdaných, rozvedených a svobodných bylo přibližně stejně. Naprostá většina sester měla děti. Více než polovina sester měla praxi na operačním sále do 10 let a 5 sester s praxí více než 30 (nejdéle 34 let). Zdravotní stav jako výborný zhodnotilo 5,3%, jako dobrý 30,7%, přiměřeně věku se cítí 62,7% a s velkými zdravotními potížemi se potýká 1,3% sálových sester.

Ve svém výzkumu se zabývala hodnocením kvality pracovního prostředí, časem ovlivňující pracovní pohodu, interpersonálními vztahy, výživou (vitamíny, vláknina, ovoce, zelenina, mléčné produkty, sladká jídla, tučná jídla), příjmem tekutin, stravovat se nezdravou stravou, spánkem, odpočinkem (četba, televize, počítač, ruční práce, umění, péče o zvířata, cvičení, jízda na kole, turistika, duchovní, náboženské a jiné aktivity), stresem na pracovišti, zvládnáním stresu.

Ve své práci došla k závěru, že více než tři čtvrtiny sálových sester uvádějí nepravidelné stravování, nedodržování půlhodinové pauzy na oběd a stravování se ve spěchu nebo časté přerušování jídla a čtvrtina sester zanedbává kvalitu své stravy. Velká část sester nespí doporučovanou dobu, časté jsou u nich stesky na porušený spánkový rytmus a potíže se spánkem v souvislosti se směnným režimem. Sestry také z velké části udávají, že stres v práci narušuje jejich psychickou i fyzickou kondici, stres jako ukazatel celkové osobní nepohody pociťuje sedmina sester nadměrně a více než polovina ve značné míře. Sestry málo využívají široké škály možností zvládnání stresu, které se nabízejí. Pravidelné kuřáctví udává 37% sester. Výsledky studie dále potvrzují, že sestry pracující na operačním sále patří mezi exponované profese nejen z hlediska zátěžových pracovních faktorů, ale i z hlediska nesprávné životosprávy a prevence stresu na pracovišti i v mimopracovním čase (Šendorová, 2004).

### 3. Zvládání stresu

Při působení nové zátěže se člověk nejdříve chová náhodným způsobem. Po zprvu náhodném chování jedinec záhy pozná, že při určitém způsobu chování je subjektivně negativní dopad zátěžové situace menší. Na základě principu podmiňování potom jeví tendenci chovat se v obdobných situacích ne už náhodným způsobem, ale způsobem osvědčeným – naučeným. Tak se jedinec naučí zvládat určité typy zátěží tím, že si osvojí oblíbené techniky chování pro určité situace a ty potom poměrně stereotypně uplatňuje v náročných životních situacích. Tyto techniky se stávají osobnostní výbavou jedince. Za základní techniky zvládání stresu považujeme adaptaci a coping (Hrstka, Vosečková, 2008).

**Adaptace** znamená přizpůsobování se a přizpůsobování si. Je latinského původu a odvozuje se od Ad-Aptare, což lze vysvětlit jako upravit, připravit, vyzbrojit se k boji. Hlubší význam slova adaptovaný je tedy „být dobře připraven k tomu, co mě čeká“. Adaptací se rozumí vyrovnávání se zátěži, která je v relativně normálních mezích, v obvyklé, běžné, pro člověka poměrně dobře zvládnutelné toleranci (Křivohlavý 1994).

**Coping** znamená zvládání těžkostí. V České republice se snažil J. Křivohlavý zavést počestnělý termín *koupink*, avšak tento fonetický přepis z angličtiny se neujal. Běžné se užívá spojení *coping with stress* - zvládání stresu.

R.S. Lazarus a S. Folkmanová (1984) zvládání vymezují jako stálé se měnící kognitivní a behaviorální úsilí jedince zvládnout, popř. tolerovat anebo redukovat požadavky, jež zatěžují či dokonce převyšují jeho psychické zdroje. Donedávna se předpokládalo, že nejde o jakoukoli zátěž, ale o zátěž, která se stává pro jedince až nadlimitní (Lazarus, Folkman, 1984, s. 141).

Doslova se *copingem* rozumí přímý úder, prát se, bojovat, snažit se ho přemoci a podrobit vlastní vůli – v tom smyslu i zvládnout životní krizi, konfliktní napjetí a spor nepřátelských sil. Pokud se jedná o mimořádně těžkou situaci u jedince, pak již nehovoříme o stresu, ale o distresu. Tak jako distres vyjadřuje vyšší míru zatížení organismu (nad únosnou hranici), tak coping vyjadřuje v určitém smyslu vyšší stupeň adaptace – obrazně bojování s drakem. Kladem copingu je, že nutí jedince brát v úvahu jak požadavky kladené na něj, tak i zdroje jeho sil, možností (Křivohlavý 1994).

## **Odlišnosti adaptace od copingu**

Tyto oba termíny se vztahují k aktivitě jedince v těžké situaci. Zatímco adaptací rozumíme vyrovnávání se zátěží, která je relativně v mezích normy, termínem coping se rozumí boj člověka s nepřiměřenou zátěží, nadlimitní zátěží. Nadlimitní zátěž je taková, která je svojí charakteristikou mimořádně silná. V tomto případě se již nejedná o stres, ale o distres. Coping ve své podstatě je vyšší stupeň adaptace. Při copingu se řeší těžké krizové situace, o kterých nemáme žádné znalosti či zkušenosti. Ti, co je chtějí dobře zvládnout, musí hledat, zkoušet a prověřovat způsoby zvládnání. Pokud se daří situaci zvládnout, setkáváme se s mírnějším termínem “ovládání” (control). Pokud se daří přímo „zkrotit“ situaci můžeme hovořit o termínu “řízení” (management). Výsledek těchto dějů je „adjustace“ (přizpůsobení), případně “kompenzace“ (vyrovnání). V opačném případě hovoříme o “dekompenzaci“ (rozkolísání, rozpad rovnováhy), případně “maladaptaci“ (selhání snah o zvládnutí či přizpůsobení si podmínky, s níž jsme se vyrovnávali). Termín “malcoping“ či “miscoping“ vyjadřuje nezvládnutí situace. Copingem se myslí i odstranit či snížit škodlivý vliv nadlimitní zátěže.

Dalším termínem je “předjímání“ (anticipace) toho, co se bude dít. Než se člověk dostane do těžké životní situace, probíhá “anticipatory coping“. Tyto probíhající procesy, jsou před tím, než se člověk dostane do těžké životní situace. Jedná se o přípravu myšlenkovou, emocionální, přípravu vhodných strategií, budování zdrojů sil, vyhýbání se rušivým činitelům, které zátěž zhoršují, cvičení v určitých postupech, které zvyšují odolnost a naději na zvládnutí (Křivohlavý 1994).

### **3.1 Zvládnání zátěže**

Pro zvládnutí zátěže je vhodné vypracovat plán, postup či program k dosažení daného cíle. Lazarus (jak poukázal Křivohlavý, 1994, s. 44) například uvedl čtyři strategie zvládnání stresu:

**1. Strategie netečnosti (apatie)** – ten, kdo se dostává do těžké stresové situace, nedbá na to, co se děje, chová se ke všemu zcela apaticky a upadá do pocitů bezmoci, deprese a beznaděje.

**2. Strategie vyhnutí se působení noxy (škodliviny)** – jde o období vyhnutí se rozzuřenému býku, který se na nás řítí, tím způsobem, že uskočím stranou, aby mne nezasáhl. V emocionální sféře se to projeví pocity obav, bázně a strachu.

**3. Strategie napadení útočníka (noxy)** – obrazně řečeno, jde o snahu zabít komára, který nás chce píchnout.

**4. Strategie posilování vlastních zdrojů síly** – obrazně jde o výcvik dovedností, o jakési cvičení pro zdraví, které zvyšuje tělesnou zdatnost, o výcvik sebekontroly a sebevědomí.

Strategii zvládnutí můžeme také dělit na dva druhy: strategie obrany a strategie útoku. Útočné strategie jsou primární a sekundární. V primární strategii jedinec vede útok z vlastní iniciativy. V sekundární strategii jedinec reaguje na předcházející útok útokem z druhé strany (Křivohlavý 1994).

### **3.2 Možnosti řešení stresové situace**

K znovunastolení porušené rovnováhy lze použít dva druhy zásahů, a to do možnosti změny na straně zátěže a možnosti změny na straně zdrojů sil a možností obrany. Možnost změny na straně zátěže se dá rozdělit do objektivitu a subjektivitu chápání jedincem. V objektivním chápání jde o to, jak se věci mají. V subjektivním chápání jak se na to dívá jedinec, jak to chápe a vnímá (Hrstka, Vosečková, 2008).

Možnosti, jak změnit objektivní stav:

1. ubrat zátěž (např. něco neudělat)
2. něco zkrátit (přijít později, odejít dříve, mluvit krátce, stručněji)
3. delegovat (doslova přeložit něco na druhého)
4. kooperovat (spolupracovat, nedělat vše sám, ale s dalšími lidmi)

Možnosti, jak změnit subjektivní stav:

1. Brát věci klidně, bez dramatického zveličování s tím, že se mohou stát i horší věci.

2. Strategie zavírání očí – je to extrém v pohledu na stresovou situaci. Jde o prosté „zavírání očí, abych nic neviděl“. Tím že nic nevidím, se mi uleví, ale obvykle jen na chvíli. V lidovém podání jde o strategii pštrosa, který schová hlavu do písku, když se



blíží nebezpečí.

3. Posilovat zdroje umožňující stresovou situaci zvládnout. Zde jsou některé možnosti, jak nerovnovážený stav vrátit do normální polohy nebo tomu aspoň pomoci:

- a) zbavit se nesprávných (falešných) a iluzorních (vyfantazírovaných) představ
- b) zlepšit informovanost, dozvědět se co nejvíce spolehlivých a úplnějších dat o tom, co nás ohrožuje a jaká je pravděpodobnost úspěšné obrany našeho organismu (kapacita sil bránit se stresové situaci)
- c) udělat prověrku všech strategií, které v dané situaci přicházejí v úvahu, prověřit účinnost a po úvaze zvolit tu nejnadějnější strategii (sem patří konzultace s odborníky, kteří pomohou lépe situaci porozumět a orientovat se v ní)
- d) posilovat obranu změnou životního stylu, úpravou diety, upevňování mezilidských vztahů, prohlubování postojů.

(Hrstka, Vosečková, 2008)

### **3.3 Základní rozhodnutí v boji se stresem**

Při rozhodování v nejtěžších životních situacích se jedinec dostává do nelehké situace. Rozhoduje se, zda je tato situace řešitelná, je-li naděje na její vyřešení či zlepšení v tom, co se děje. Základní rozhodnutí v boji se stresem vyžaduje, aby ji jedinec, před nímž stojí, zařadil do jedné ze dvou tříd (Křivohlavý, 1994):

1. Situace je nezměnitelná
2. Situace je změnitelná

Rozhodování jedince pak bude mít jednu z následujících dvou forem:

1. Přijmout – akceptovat to, co se událo, co se děje
2. Bojovat s nepříznivou situací, snažit se zvládnout obtíže vhodnou strategií (obranou či útokem)

		<b>Situace je</b>	
		nadějná bojovat I.	beznadějná II.
<b>Rozhoduji se</b>	IV.	III.	
	neakceptovat naději	přijmout nezměnitelné	

Nyní jedinec ví, že rozhodnutí musí udělat hned dvě – nejprve, zda se dá či nedá něco změnit, a poté, zda situaci přijme nebo bude bojovat.

**Z výše uvedené matice vyplývá, že existují 2 správná rozhodnutí:**

III – přijmout to, co je nezměnitelné

I – bojovat s tím, co se změnit dá.

**Existují však také 2 nesprávná rozhodnutí:**

II – bojovat, když je situace beznadějná

IV – přijmout a pokorně akceptovat situaci, kde vzdor všemu existuje naděje na změnu k lepšímu (Křivohlavý 1994).

### 3.4 Konkrétní zvládací strategie

Volba zvládnání stresu je složitý myšlenkový proces. Velice důležitou roli v tom hraje osobnost člověka, jeho individuální vnímání situace a vhodnost použití účinných postupů tzv. systémy přesvědčení<sup>14</sup>. Procesy odehrávající se v první fázi formuloval Janis do tzv. Balance-Sheet-model<sup>15</sup>. Ten zvažuje v těchto momentech:

1. Jaká je užitná hodnota strategie.
2. Do jaké míry užití zvolené strategie souhlasí s mým osobním žebříčkem hodnot.

<sup>14</sup> Angl.: belief systems

<sup>15</sup> Formulář, nastiňující zvažování strategií zvládnání stresu

3. Do jaké míry užití zvolené strategie souhlasí s žebříčkem sociálních hodnot.
4. Co vše hovoří pro použití zvolené strategie.
5. Co vše hovoří proti použití zvolené strategie (Křivohlavý 1994).

Při volbě strategie nesmíme opomenout tři oblasti: myšlenkovou, emocionální a volní, které se projevují chováním jedince, který se pro danou strategii rozhodl.

V myšlenkové sféře se jedná o řešení stresové situace, či jakým způsobem je možno se se situací vyrovnat. V myšlenkových pochodech člověk řeší, co by se stalo, pokud by jednal tím či oním způsobem. Dívá se dopředu do budoucnosti a na závěry s tím spojené. Jedinec zvažuje výhody, které by se mohly naskytnout, a pak teprve podnikne určité kroky.

V emocionální sféře se berou v úvahu veškeré city zúčastněných osob. Negativní emoce, které jsou doprovázeny stresem, se jedinec snaží odstranit či alespoň snížit, což má svoji hodnotu.

Třetí oblast chování, začíná myšlenkovým procesem jedince, který bojuje se stresem (Křivohlavý 1994).

Nyní uvádím soubor strategií, které se objevily v práci Cohena a Lazaruse:

1. zvyšování informovanosti o tom, co se se mnou děje, co se děje mimo mne, jak se to týká mne a co mohu udělat, abych odvrátil či snížil negativní chod událostí
2. přímá činnost – jakákoliv činnost, kterou z vlastní vůle nebo vyprovokováním stresoru se dávám do boje
3. utlumení určité činnosti, která by mne mohla ohrozit či zhoršit danou situaci
4. intrapsychické procesy, kde hovořím sama se sebou, přehodnocuji si situaci, měním žebříček hodnot, hledám další cestu řešení
4. obracení se na druhé lidi se žádostí o pomoc – radu odborníka, útěchu, uklidnění, sociální oporu atd. (Křivohlavý 1994)

Bojuje-li jedinec se stresem a daná situace se mění, jedinec situaci opět přehodnocuje. Při tomto hodnocení je potřeba rozlišit dvě hlediska:

1. Hledisko momentální efektivity.
2. Hledisko dlouhodobé perspektivní účinnosti.

Je řada strategií, které se mohou zprvu jevit jako účinné, avšak při využívání z dlouhodobého hlediska těchto strategií se ukazuje, že mohou být neúčinné, dokonce až škodlivé. To platí i v obráceném slova smyslu, že strategie zpočátku neúčinná se časem mění ve strategii účinnou a vhodnou (Křivohlavý 1994).

## **4. Navržená duševní hygiena sester v akutní fázi stresu**

V předchozích kapitolách jsem se zmínila o problematice teorie stresu a stresogenních faktorech, které se nachází na operačních sálech. V této kapitole vytyčuji vybrané techniky zvládnání stresu v jeho akutní fázi tzv. devatero první pomoci, které by mohlo napomoci aktivně zvýšit vlastní odolnost sestry vůči stresu. Některé metody lze využít přímo na pracovišti operačních sálů.

Mezi toto devatero první pomoci patří:

1. protistresové dýchání
2. chvilková tělesná relaxace
3. koncentrace na “kredenc”
4. odejít a zůstat chvíli sám
5. změna činnosti
6. poslech relaxační hudby
7. rozhovor s někým třetím
8. počítání
9. cvičení

(Hrstka, Vosečková, 2008)

### **4.1 Protistresové dýchání**

Obecně známou skutečností je, že v situaci akutního stresu se mohou objevit nepravidelnosti v dýchání. Může jít jak o “změlčení” dechu, tak i o nepřiměřené zvýšení či naopak snížení frekvence dechové aktivity. Stres člověka nepříznivě ovlivňuje často natolik, že doslova zapomíná dýchat. Dech je zvláštním spojovacím prvkem mezi psychikou a tělem. Jeho působení se odehrává na principu zpětné vazby: nejen psychika působí na dech, ale také dech působí na naše tělo a na naši psychiku. A právě proto je možné i vhodné využít dechu jako “cesty” k ovlivnění, tj. snížení jak svalového, tak psychického napětí. Regulovanému dýchání je přitom vhodné naučit se dříve, než se

dostaneme do situace akutního stresu. K tomu je možné využít následujících několik doporučení:

1. Cvičte sami, bez přítomnosti druhých osob, které by vás mohly rušit už jen svou pouhou přítomností.
2. Pohodlně, uvolněně se posaďte, ruce položte volně do klína, zavřete oči a soustřeďte se pouze na dýchání.
3. Nechte své tělo pomalu a rytmicky dýchat (“dýchá to samo”), nejlépe nosem, s lehce zavřenými ústy.
4. Posléze zkuste ještě trochu prodloužit nádech i výdech a takto rytmicky dýchat několik minut.
5. Povšimněte si, že prodloužení výdechu vám přineslo zklidnění a relaxaci, že koncentrace na dech má uklidňující, regenerační a vitalizující účinek.

(Hrstka, Vosečková, 2008 s poukazem na Gregor 1988)

## 4.2 Chvilková tělesná relaxace

Při stresu bývá zvýšené napětí svalstva, zvláště pak svalstvo mimické. Dokážeme-li příznivě ovlivnit, tj. snížit tento stresový svalový tonus, ovlivníme tím blahodárně i svoji psychiku. Jedná se o:

1. uvolnění sevření čelisti
2. uvolnění úst a ústních koutků
3. navlhčení rtů jazykem
4. jazyk leží volně v ústech
5. uvolnění veškerého dalšího obličejového svalstva.

Toto “cvičení”, podobně jako i cvičení další, má důležité fyziologické aspekty a souvislosti. Při stresu je zvýšená tělesná aktivita, která je vyvolávána a regulována především tzv. sympatickým vegetativním nervstvem. Následná relaxace naopak aktivuje tzv. parasympatikus, který vyvolává a reguluje celkové zklidnění: zpomaluje látkovou přeměnu (metabolismus), uklidňuje srdeční tep i dech, zklidňuje mozkovou aktivitu -

celkově tedy odbourává stres a jeho negativní psychosomatické účinky (Hrstka, Vosečková, 2008).

### **4.3 Koncentrace na “kredenc”**

„Kredenc” v této formě protistresové první pomoci vlastně symbolizuje jakýkoli emočně neutrální, člověku zcela lhostejný předmět. Efekt koncentrace na “kredenc” je podmíněn tím, že člověk není obvykle schopen mít v centru pozornosti jakýkoli emočně indiferentní předmět stresoru. Tím snížíme své psychické napětí. Doporučuje se tedy zaměřit se na místo (místnost), kde se právě nacházíme, prohlédnout si ji, probrat jeden předmět po druhém, pomalu, nespěchat a doprovázet tuto prohlídku vnitřní řečí. Např.: “Jsou tu dvě velká okna, která se otevírají vyklápěním, na oknech jsou bílé záclony, na stropě jsou dvě stropnice, na zdi visí jeden obraz, na obraze jsou jedna, dvě, tři, plachetnice vytažené na břeh, v dálce na moři pak další dvě plachetnice, na stole je tlačítkový telefon, skleněná váza, ...”. (Hrstka, Vosečková, 2008).

### **4.4 Odejít a zůstat chvíli sám**

Nejčastější příčinou našeho stresu bývají druzí lidé. Ať už formou či obsahem svého chování nebo jednání, či svými názory, postoji, představami, někdy třeba jen svým oblečením či celkovou (ne) upraveností. Nám všem je totiž do určité míry vlastní sklon spíše přijímat to, na co jsme zvyklí, co očekáváme, co si přejeme, a spíše odmítat, na co zvyklí nejsme, co nečekáme, co si nepřejeme.

Je-li stresorem druhý člověk nebo jeho chování, bývá vhodné - pokud je to ze společenského hlediska jen trochu možné - odejít z místnosti někam, kde můžeme být chvíli sami (např. na chodbu, na toaletu, do sklepa či na půdu apod.) Tam se popřípadě soustředit na “kredenc” (Hrstka, Vosečková, 2008).

### **4.5 Změna činnosti**

Vlastní efekt této techniky spočívá ve dvou skutečnostech:

První z nich je - podobně jako u koncentrace na “kredenc” - nenásilné, přirozené odvedení pozornosti od zdroje aktuální zátěže na novou činnost. Nejlepší je v takovém

případě začít něco dělat, něco, co je spojeno s fyzickým pohybem a co není zcela zautomatizováno.

Druhou významnou skutečností je již samotný pohyb, tělesná aktivita. Jde vlastně o přirozenou formu odbourávání bojových hormonů - adrenalinu a noradrenalinu, které se začaly do organismu z nadledvinek vylučovat již od počátku stresu a které by jinak mohly vyvolat agresivní či únikové reakce jedince (Hrstka, Vosečková, 2008).

Platí zásada: Jste ve stresu? Tedy vstaňte a začněte něco dělat!

#### **4.6 Poslech relaxační hudby**

V dnešní době existuje hudba přímo označována jako relaxační, komponována již předem se záměrem zklidňujícího působení na naši psychiku. Je rovněž snadno dostupná i na našem trhu.

Zaposlouchání se do hudby, nejlépe do hudby relaxační, do hudby, která se člověku líbí, která je mu příjemná a která na něj působí právě tímto zklidňujícím účinkem, přináší kromě zklidnění i příjemné osvěžení. V situace stresu nebo jakékoli duševní nepohody se proto zkuste odpoutat od všeho a soustředit se pouze a výhradně na poslech relaxace. Dostaví se - jaksi mimochodem a automaticky - stav relaxace. Navíc v tomto případě spojený s příjemným kulturním prožitkem (Hrstka, Vosečková, 2008).

#### **4.7 Rozhovor s někým třetím**

Tím máme na mysli rozhovor s osobou, která s vaším stresem nemá nic společného, a to ani jako jeho původce či spouštěč, ani jako jeho (byť jen pasivní) účastník či svědek.

Jednou ze základních lidských potřeb je potřeba sociálních kontaktů. K nim patří zvláště pozitivní lidské kontakty na bázi dobrých mezilidských vztahů.

*“Když člověka nikdo nehladí, začne mu vysychat mícha”.* (Berne in Hrstka, Vosečková, 2008, s. 24)

Pokud máte dobrého přítele či kamaráda a jste ve stresu, běžte ho navštívit, zatelefonujte mu a popovídejte si.



*“Dobrá komunikace vytváří pozitivní emoce (radost, nadšení, lásku atd.) a kladné životní postoje (humor, smích, veselost a legrace)”*. (Gregor Hrstka, Vosečková, 2008, s. 24)

## **4.8 Počítání**

Podstata této techniky spočívá v převedení pozornosti k sice jednoduché, ale zato zcela racionální činnosti, v níž nemají místo emoce. Můžete například spočítat, kolik dní ještě schází do konce 21. století, nebo kolik dní (minut, sekund) jste již na světě apod. Můžete k tomu využít veškerou momentálně dostupnou techniku - počítač, kalkulačku apod. (Hrstka, Vosečková, 2008)

## **4.9 Tělesné cvičení**

Fyzické cvičení ve stresové situaci působí blahodárně hned několika způsoby. Může být prostředníkem k odvedení pozornosti od zátěžového podnětu. Protože jde o tělesnou aktivitu, vede také k odbourávání nežádoucích látek z organismu nahromaděných vlivem stresu. Podporuje tvorbu endorfinů, hormonů, které mají euforizační efekt a člověku může způsobovat radost i samo o sobě, například tím, že si uvědomí, jak dělá něco pozitivního pro své tělo. Podmínkou ovšem je, že ke cvičení nebude přistupovat s nechutí, či dokonce s odporem, jinak by se mohlo snadno stát dalším zdrojem stresogenních podnětů (Hrstka, Vosečková, 2008).

Tyto všechny doporučení fungují, avšak nebudou stejně vhodné pro každou sestru a nebudou také obecně využitelné bez ohledu na situaci. Je důležité zmínit, že by se s těmito technikami mělo začít dříve, než v situaci akutní zátěže. I protistresové dýchání je vhodné “nacvičit” předem, v situaci klidu a psychické pohody. Sestra by si měla vyzkoušet a vybrat to, co jí v dané chvíli pomůže, co jí osobně nejvíce vyhovuje.

## 4. Cíl výzkumu

Empirická část práce si klade tyto cíle:

1. zjistit, jak často na sestry-instrumentářky působí zátěžové situace vyskytující se na operačních sálech pomocí pětistupňové škály intensity
2. zjistit, které zátěžové situace jsou pro sestry osobně nejzávažnější
3. jaké jsou nejčastější způsoby vyrovnávání s těmito situacemi po pracovní době
4. jaká je kompetentnost sálových sester na operačních sálech
5. porovnat jednotlivé kliniky, kde byl výzkum proveden.

## 5. Vybrané osoby

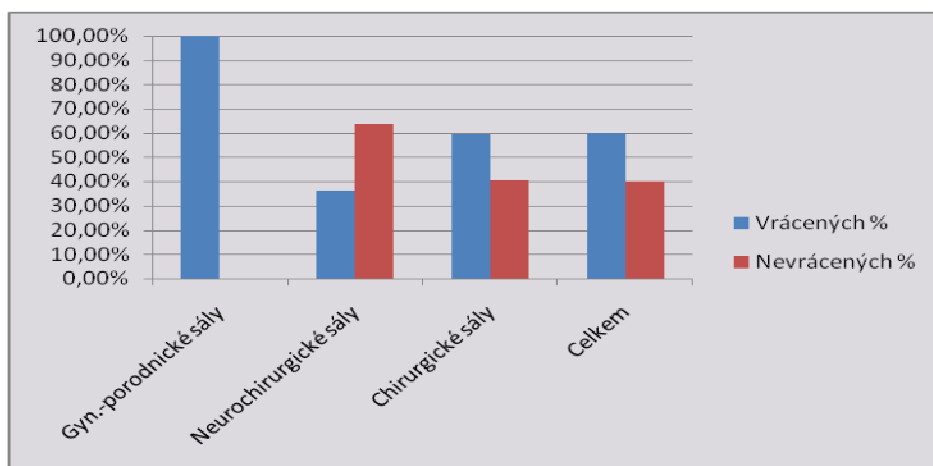
Výzkum byl proveden u sálových sester-instrumentárek pracujících na operačních sálech ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové. Konkrétně výzkum probíhal na operačních sálech Gynekologicko-porodnické kliniky, Neurochirurgické a Chirurgické kliniky.

Rozdání a shromáždění dotazníků probíhalo v období od prosince 2008 do ledna 2009. Dotazníky byly anonymní a dotazované sestry byly srozumitelně seznámeny, jakým způsobem mají vyplňovat dotazníky. Celkem bylo rozdáno 50 dotazníků, z toho 7 dotazníků sálovým sestřám pracujícím na Gynekologicko-porodnické klinice, 11 dotazníků na Neurochirurgické klinice a 32 dotazníků na Chirurgické klinice. Celkem se vrátilo 30 dotazníků, z toho 7 dotazníků od sálových sester z Gynekologicko-porodnické kliniky (100%), 4 dotazníky z Neurochirurgické kliniky (36%) a 19 dotazníků z Chirurgické kliniky (59%). V tabulce jsou uvedeny celkové počty rozdaných a vrácených dotazníků z jednotlivých operačních sálů klinik.

**Tabulka 1. Přehled sálových sester na operačních sálech a návratnost dotazníků**

Typ operačních sálů	Rozdáno dotazníků		Vráceno dotazníků		Nevráceno dotazníků	
	Počet		počet	%	počet	%
Gyn.-porodnické sály	7		7	100,00%	0	0,00%
Neurochirurgické sály	11		4	36,40%	7	63,60%
Chirurgické sály	32		19	59,40%	13	40,60%
<b>Celkem</b>	<b>50</b>		<b>30</b>	<b>60,00%</b>	<b>20</b>	<b>40,00%</b>

**Graf 1. k tabulce 1. – vyjádřeno v procentech**



## 6. Metodika výzkumu

Empirická část byla založena na anonymně získaných informacích od sálových sester jednotlivých klinik. Použila se exkluzivní dotazníková metoda, jejíž poslední část vychází z práce Brigid Mary Gillespie<sup>16</sup> tematicky zaměřené na podobnou problematiku.

Dotazník se skládal z pěti částí a odpovídalo se na něj trojím způsobem. Do čtverečků se dělal křížek, číselné odpovědi se zakroužkovali a v jednom případě se vypisovalo číslo vybrané alternativy.

V úvodu dotazník poskytl základní údaje o respondentce, které se týkaly věku, rodinného stavu, počtu dětí, doby praxe na operačních sálech v letech, kouření a jakéhokoliv typu dálkového studia.

V druhé části bylo 15 otázek formulovaných do zátěžových situací objevující se na operačních sálech. V této části se hodnotila častost působení zátěžové situace na sestry pomocí pětistupňové škály.

Ve třetí části dotazníku z těchto 15 zátěžových situací bylo potřeba vybrat a seřadit tři situace dle závažnosti, zátěžovosti pro sestry osobně.

Čtvrtá část se skládala ze 16 možných způsobů vyrovnávání se se zátěžovými situacemi uvedenými sestrou z předchozí části dotazníku. Z těchto 16 způsobů se mohly zaškrtnout nejvýše 3 způsoby, které se osobně sestře osvědčily.

Pátá část dotazníku se týkala kompetentnosti sálových sester. Tato část obsahovala 12 otázek, na které se odpovídalo jednou z pěti možných alternativ odpovědí.

---

<sup>16</sup> Brigid Mary Gillespie, *The Predictors of Resilience in Operating Room Nurses*, Griffith University: 2007

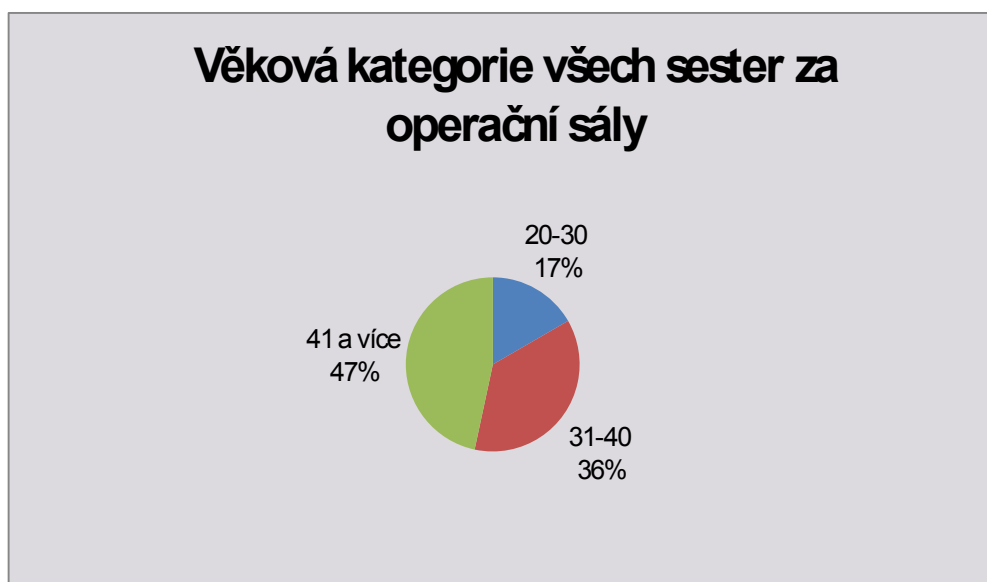
## 7. Výsledky výzkumu

### 7.1 Základní údaje o respondentkách

Tabulka 2. Věkové kategorie všech sálových sester-instrumentářek

Věková kategorie všech sálových sester	20-30	31-40	41 a více
	5	11	14

Graf 2. k tabulce 2. – vyjádřeno v procentech



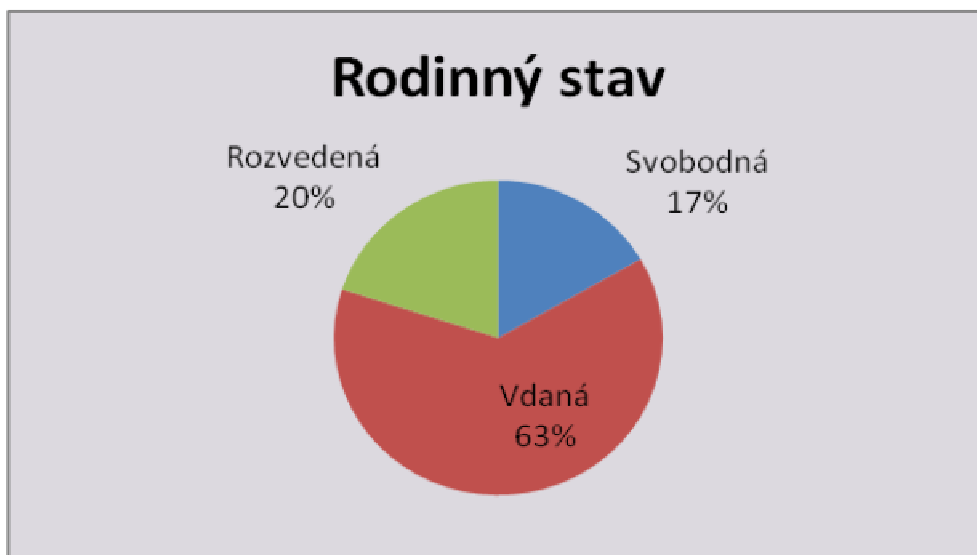
Nejvyšší počet sálových sester věkové kategorie je 41 a více let, což tvoří 47% procent. Není to ovšem, velký rozdíl od druhé nejpočetnější skupiny sester ve věku 31-40 let, která je zastoupena 36%.

Může to být ovlivněno z důvodu dlouhodobé praxe na operačních sálech a početnější skupinou sálových sester z chirurgických sálů.

**Tabulka 3. Rodinný stav všech sálových sester-instrumentárek**

Rodinný stav	Svobodná	Vdaná	Rozvedená
	5	19	6

**Graf 3. k tabulce 3. – vyjádřeno v procentech**



Rodinný stav dle výsledů vypovídá o tom, že nejvíce je vdaných sálových sester. Vdané sestry tvoří celkově 63%. Nejmenší skupinu tvoří svobodné sálové sestry, což činí 17%. Rozdíl rozvedených sester 20% a svobodných sester 17% není velký.

**Tabulka 4. Počet dětí všech sálových sester-instrumentářek**

Počet dětí	Žádné	Jedno	Dvě	Tři
	6	9	12	3

**Graf 4. k tabulce 4. – vyjádřeno v procentech**

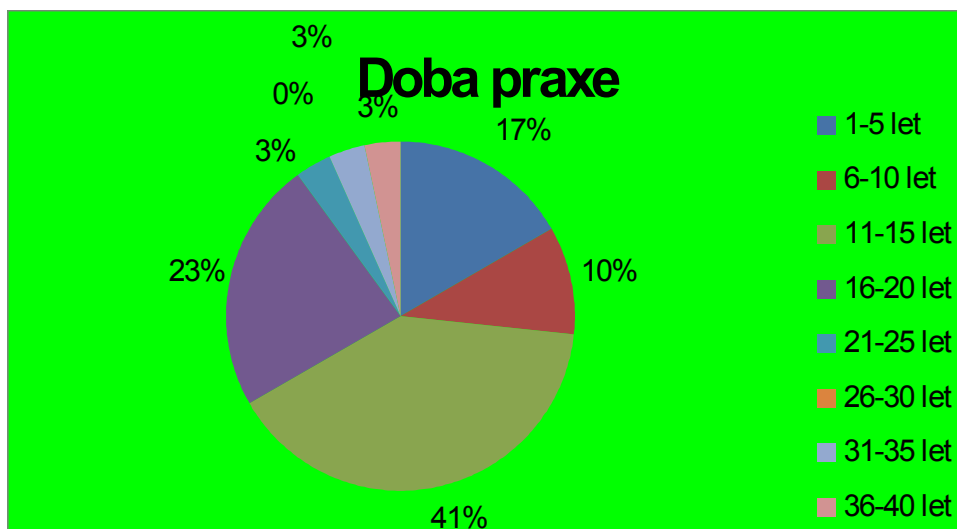


Nejpočetnější skupinu tvoří sálové sestry mající dvě děti, to činí 40% a druhou skupinu tvoří sestry mající jedno dítě, to je 30%. Nejméně je sálových sester, které mají tři děti, což je tvořeno 10%.

**Tabulka 5. Doba praxe na operačních sálech všech sálových sester-instrumentářek**

Doba praxe	1-5 let	6-10 let	11-15 let	16-20 let	21-25 let	26-30 let	31-35 let	36-40 let
	5	3	12	7	1	0	1	1

**Graf 5. k tabulce 5. – vyjádřeno v procentech**



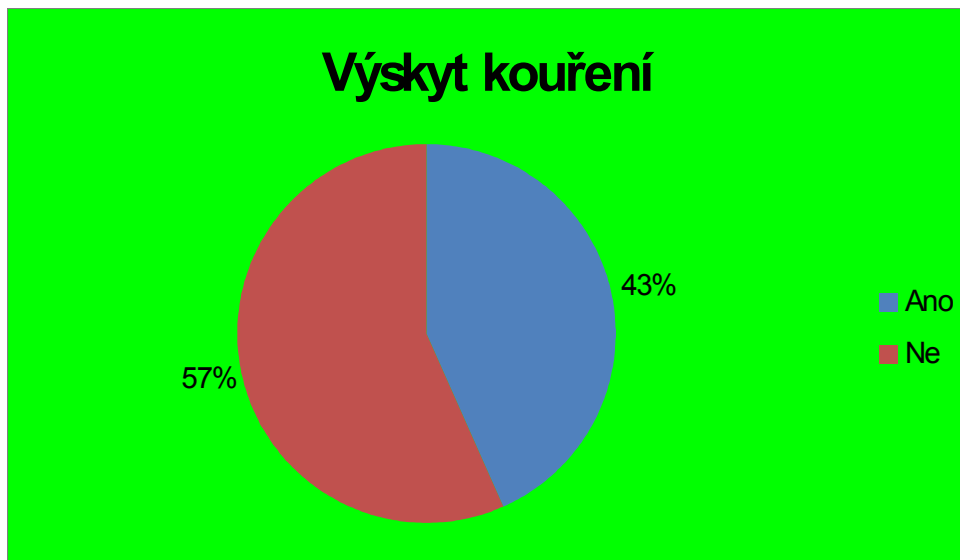
41% tvoří sestry, které mají dobu praxe na operačních sálech 11-15 let. Za tuto dobu by měly svoji funkci, dovednosti, znalosti zvládat velice dobře, ale zároveň je tu vysoké riziko vzniku syndromu vyhoření a to nejen u této nejpočetnější skupiny sester. Nejmenší skupinu tvoří sestry, které mají dobu praxe na operačním sále 36-40 let a 31-35 let po 3%.



**Tabulka 6. Výskyt kouření všech sálových sester-instrumentářek**

Výskyt kouření	Ano	Ne
	13	17

**Graf 6. k tabulce 6. – vyjádřeno v procentech**

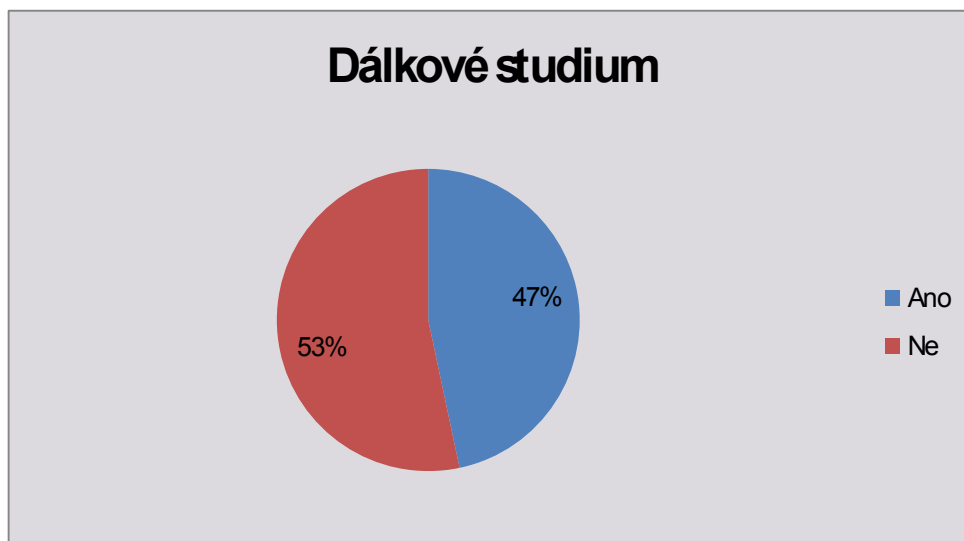


Poměr mezi sestrami, které kouří a které ne, není až tak rozdílný. Avšak více je sálových sester, které kouří 57%.

**Tabulka 7. Jakýkoliv typ dálkového studia všech sálových sester-instrumentářek**

Dálkové studium	Ano	Ne
	14	16

**Graf 7. k tabulce 7. – vyjádřeno v procentech**



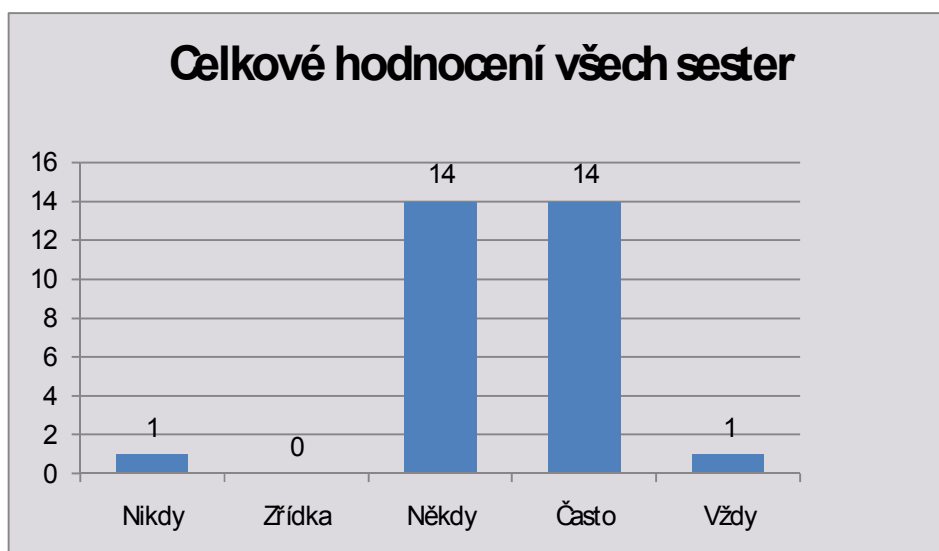
Poměr mezi sestrami, co studují jakýkoliv typ dálkového studia a sestry co nestudují, je bez většího rozdílu. Nestudujících sester je 53%, to je však více sester studujících.

## 7.2 Nejčastějších 15 zátěžových situací vyskytující se na operačních sálech

Tabulka 8. 1. Cítíte se velmi unavena ze směnného provozu?

Jednotlivé kliniky	Nikdy	Zřídka	Někdy	Často	Vždy
Gynekologicko-porodnické sály	0	0	5	2	0
Neurochirurgické sály	1	0	3	0	0
Chirurgické sály	0	0	6	12	1

Graf 8. k tabulce 8.



Sestry bývají unavené dle výsledů *někdy* či *často*. Tyto výsledky dle tabulky vykazují stejný počet sester po 14.

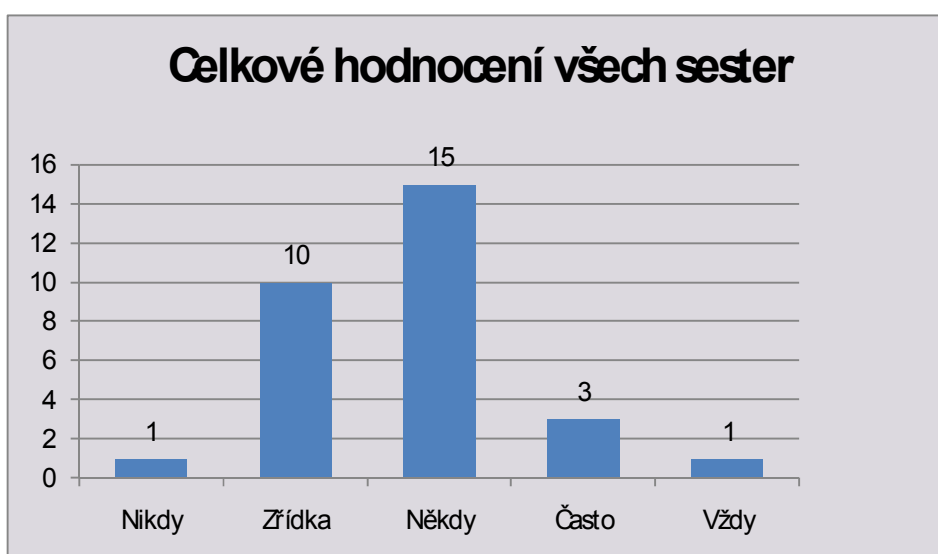
Dle jednotlivých klinik sálové sestry z gynekologicko-porodnických sálů činí 5 sester, které nejčastěji odpovědělo *někdy*. Z neurochirurgických sálů bývají 3 sestry *někdy* unavené ze směnného provozu, kdežto 12 sester z chirurgických sálů bývají *často* unavené.

Tyto výsledky může zkreslovat množství sester na jednotlivých klinikách a množství operačních výkonů na sálech.

**Tabulka 8. 2. Vadí vám na sále přítomnost studentů či jiných osob, které nepatří do operačního týmu?**

Jednotlivé kliniky	Nikdy	Zřídka	Někdy	Často	Vždy
Gynekologicko-porodnické sály	1	3	2	1	0
Neurochirurgické sály	0	2	2	0	0
Chirurgické sály	0	5	11	2	1

**Graf 9. k tabulce 9.**



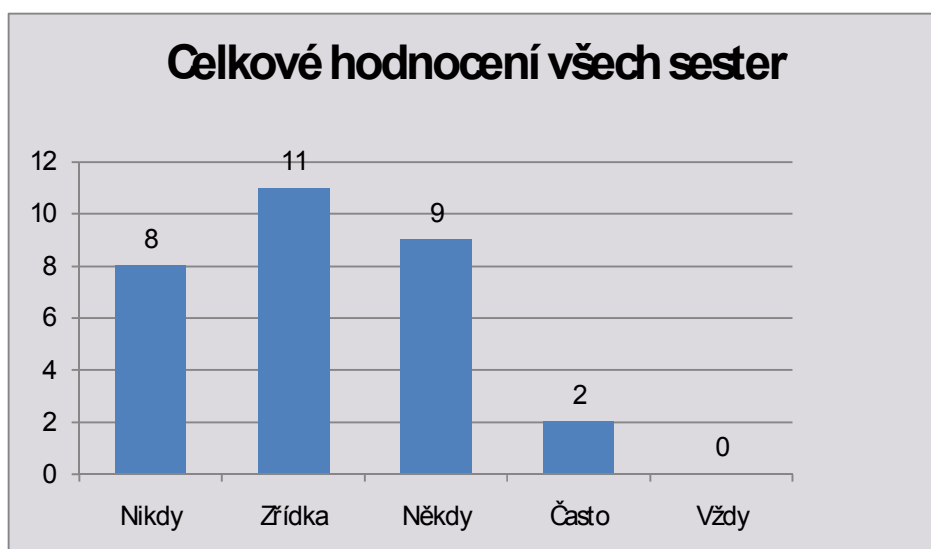
Dle výsledků sestrám přítomnost studentů či jiných osob, vadí *někdy* ač jako druhý typ odpovědi bylo *zřídka*. Počet 15 sester však převyšuje a sestrám tak přítomnost studentů či jiných osob, které nepatří do operačního týmu vadí *někdy*.

Dle jednotlivých klinik, 3 sálovým sestrám z gynekologicko-porodnických sálů tato přítomnost vadí spíše *zřídka*. U sester z neurochirurgické kliniky je výsledek stejný, ale 2 sestrám vadí *někdy*. Sestrám z chirurgických sálů vadí tato přítomnost osob *někdy*, v počtu 11 sester.

**Tabulka 10. 3. Jste v rozpacích, pokud musíte nutně manipulovat s přístrojovou technikou?**

Jednotlivé kliniky	Nikdy	Zřídka	Někdy	Často	Vždy
Gynekologicko-porodnické sály	4	3	0	0	0
Neurochirurgické sály	1	2	1	0	0
Chirurgické sály	3	6	8	2	0

**Graf 10. k tabulce 10.**



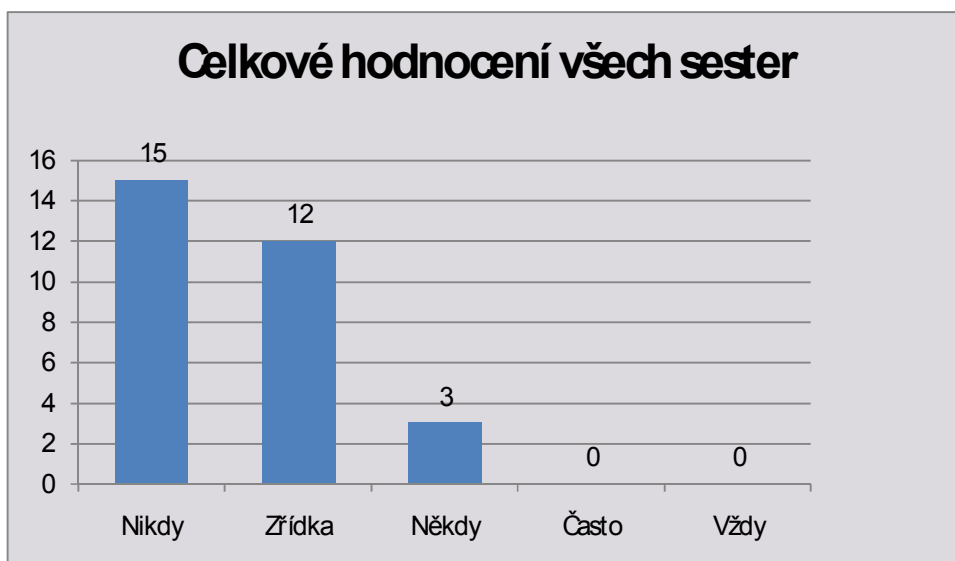
S přístrojovou technikou celkově 11 sester v rozpacích *zřídka*. Ovšem dle výsledku je 9 sester *někdy* v rozpacích s přístrojovou technikou a 8 sester není *nikdy* v rozpacích, to je poměrně velice malý rozdíl.

Dle jednotlivých klinik jsou sestry z chirurgických sálů v rozpacích nejvíce v odpovědích *někdy*, což činí 8 sester. Sestry z gynekologicko-porodnických sálů je v počtu 4 v odpovědích *nikdy* a 2 sálové sestry z neurochirurgických sálů jsou *zřídka* v rozpacích z přístrojové techniky.

**Tabulka 11. 4. Je pro Vás práce s PC na operačním sále velmi náročná (žádanky na sterilizaci, protokoly)?**

Jednotlivé kliniky	Nikdy	Zřídka	Někdy	Často	Vždy
Gynekologicko-porodnické sály	3	3	1	0	0
Neurochirurgické sály	1	2	1	0	0
Chirurgické sály	11	7	1	0	0

**Graf 11. k tabulce 11.**



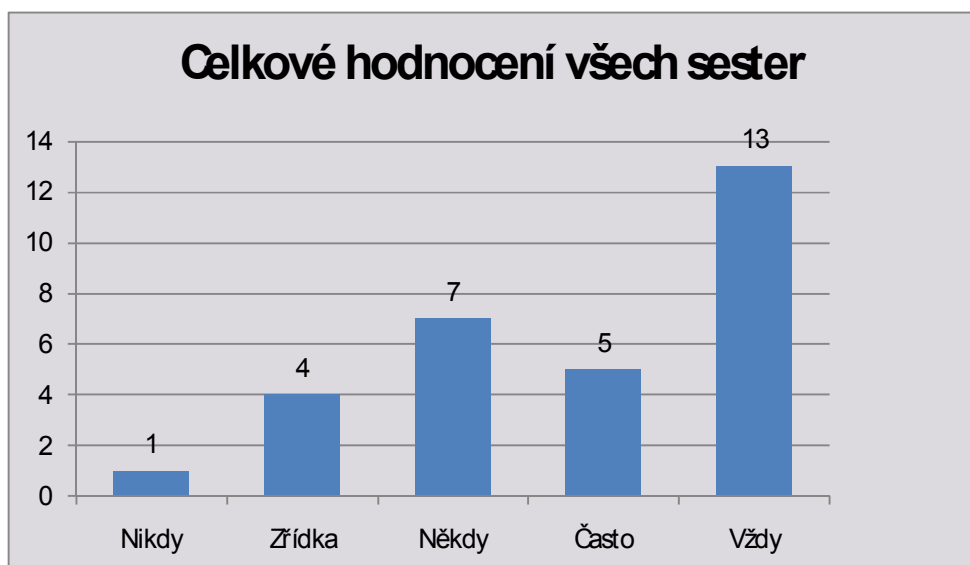
Práci s počítačem většina sester vnímá jako nenáročnou. Tedy *nikdy* v počtu 15 sálových sester. Výsledky ukazují, že nejčastější odpověď je *nikdy* či *zřídka*. Hodnocení *zřídka* je zastoupeno v počtu 12 sester.

To platí i za jednotlivé kliniky, kromě sester ze sálů chirurgických, kde 11 sester odpovědělo *nikdy*.

**Tabulka 12. 5. Obáváte se nákazy od pacienta s MRSA, hepatitídy typu B, TBC?**

Jednotlivé kliniky	Nikdy	Zřídka	Někdy	Často	Vždy
Gynekologicko-porodnické sály	0	1	2	1	3
Neurochirurgické sály	1	1	0	0	2
Chirurgické sály	0	2	5	4	8

**Graf 12. k tabulce 12.**



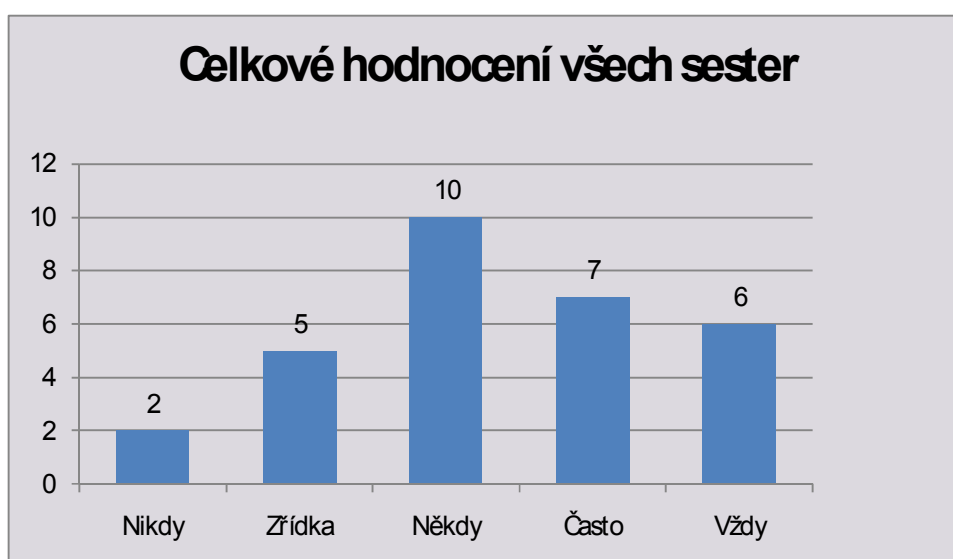
Dle výsledku se sestry *vždy* obávají nákazy od pacienta. Na to odpovědělo 13 sester z celkového počtu.

To platí i za jednotlivé kliniky. Jako druhá nejčastější odpověď je *někdy*. Tuto možnost využilo 5 sester z chirurgických sálů.

**Tabulka 13. 6. Pokud chybí nástroj/e či jiný materiál potřebný k operaci, jste velmi neklidná?**

Jednotlivé kliniky	Nikdy	Zřídka	Někdy	Často	Vždy
Gynekologicko-porodnické sály	1	3	1	1	1
Neurochirurgické sály	0	2	1	1	0
Chirurgické sály	1	0	8	5	5

**Graf 13. k tabulce 13.**



Dle výsledku jsou sestry velmi neklidné *někdy*, tento typ odpovědi využilo celkově 10 sester z celkového počtu. Ovšem jako druhá odpověď je *často* a *vždy* v počtu 7 a 6 sester.

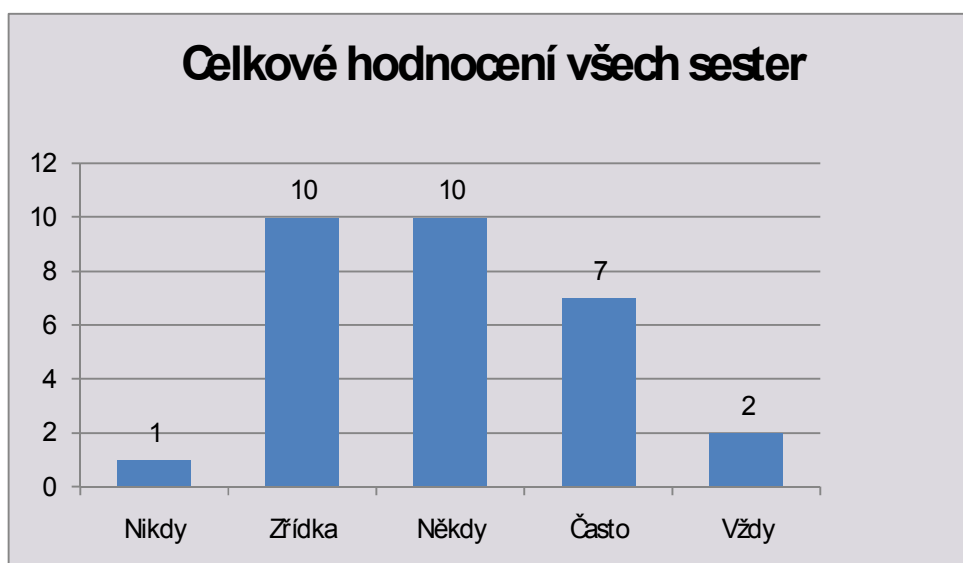
Sestry z gynekologicko-porodnické kliniky a sestry z neurochirurgické kliniky využilo odpovědi *zřídka* v počtu 3 a 2 sester. Sálové sestry z chirurgické kliniky bývají *někdy* velmi neklidné. Jejich počet v těchto odpovědích činí 8 sester.



**Tabulka 14. 7. Jste velmi rozrušená, pokud se k Vám někdo z operač. týmu nevhodně chová? (slovní konflikt,...)**

Jednotlivé kliniky	Nikdy	Zřídka	Někdy	Často	Vždy
Gynekologicko-porodnické sály	1	1	3	2	0
Neurochirurgické sály	0	2	1	1	0
Chirurgické sály	0	7	6	4	2

**Graf 14. k tabulce 14.**



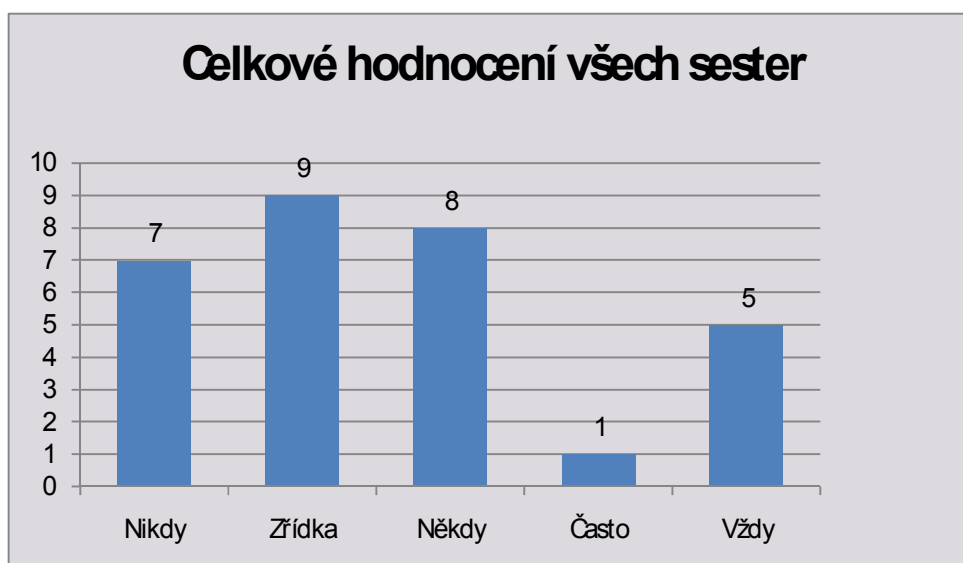
Nejvíce častá odpověď je *zřídka* a *někdy* z celkového počtu 30 sester, využilo tyto dva typy odpovědí po 10 sestřích. Jako třetí odpověď je *často*, tu činí 7 sester.

Mezi jednotlivými klinikami není velký rozdíl v odpovědích, je to vše podmíněné spíše chirurgickými sály. Nicméně 3 sestry využily odpověď *někdy*, ale sestry z neurochirurgické kliniky odpovědělo *zřídka* v počtu 2 sester. Sestry z chirurgických sálů odpovědělo též *zřídka* v počtu 7 sester.

**Tabulka 15. 8. Rozbuší se Vám srdce z akutní operační přípravy pacienta v kritickém stavu?**

Jednotlivé kliniky	Nikdy	Zřídka	Někdy	Často	Vždy
Gynekologicko-porodnické sály	2	3	2	0	0
Neurochirurgické sály	2	1	1	0	0
Chirurgické sály	3	5	5	1	5

**Graf 15. k tabulce 15.**



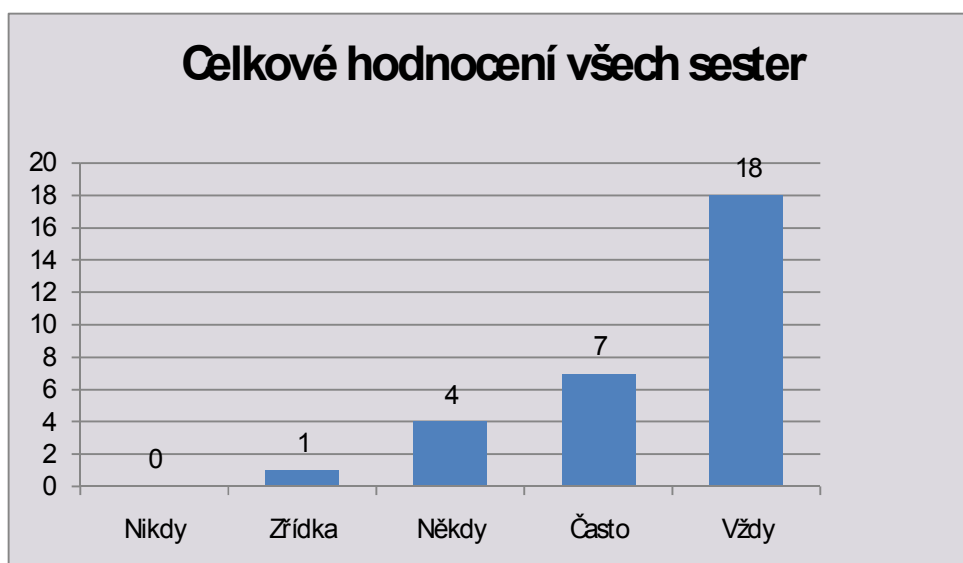
V celkovém počtu 9 sester, se *zřídka* rozbuší srdce z akutní přípravy pacienta v kritickém stavu. Jako druhá nejčastější odpověď je *někdy* a *nikdy* a *vždy*. Mezi těmito hodnoceními ovšem není velký rozdíl.

Na gynekologicko-porodnické klinice se 3 sestrám *zřídka* rozbuší srdce z akutní přípravy pacienta v kritickém stavu. Sestry z neurochirurgické kliniky reagovaly nejvíce v odpovědi *nikdy* a chirurgické sály mají tři hodnoty stejné v ohodnocení po 5 sestrách, viz tabulku.

**Tabulka 16. 9. Zasáhne Vás smrt pacienta na operačním sále?**

Jednotlivé kliniky	Nikdy	Zřídka	Někdy	Často	Vždy
Gynekologicko-porodnické sály	0	0	0	1	6
Neurochirurgické sály	0	0	0	2	2
Chirurgické sály	0	1	4	4	10

**Graf 16. k tabulce 16.**



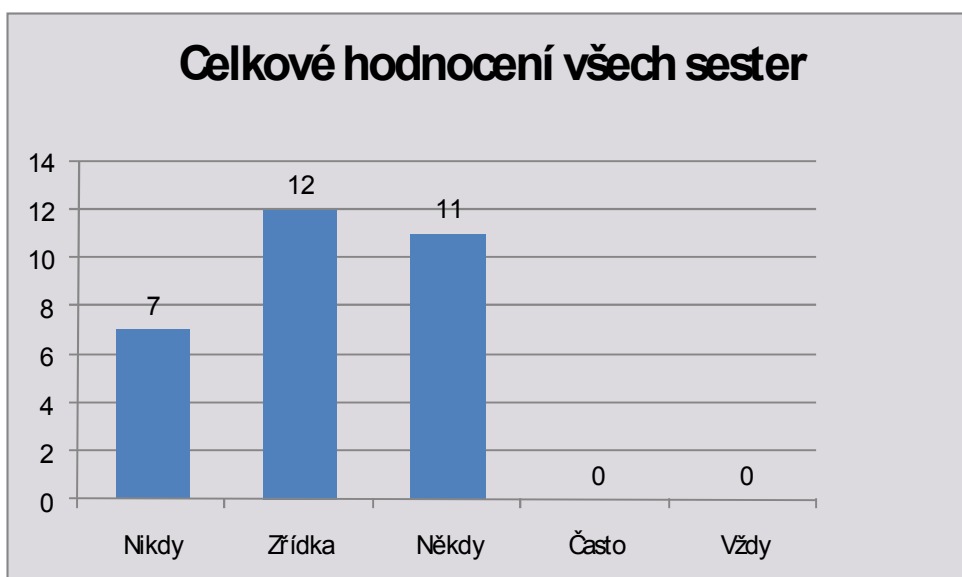
Dle výsledku sestry zasáhne smrt pacienta *vždy* v naprosto převážném množství případů. Tuto odpověď využilo 18 sester z celkového počtu dotazovaných sálových sester.

Na gynekologicko-porodnické klinice se 6 sester vyjádřilo v odpovědi také *vždy*. Sestry z neurochirurgické kliniky reagovaly nejvíce v odpovědi *často a vždy*, což je zastoupeno po 2 sestřích. Chirurgické sály jsou zastoupeny nejvíce 10 sestrami též v odpovědi *vždy*.

**Tabulka 17. 10. Znervózníte, pokud dojde ke konvertování z laparoskopického výkonu?**

Jednotlivé kliniky	Nikdy	Zřídka	Někdy	Často	Vždy
Gynekologicko-porodnické sály	6	0	1	0	6
Neurochirurgické sály	0	3	1	0	2
Chirurgické sály	1	9	9	0	10

**Graf 17. k tabulce 17.**



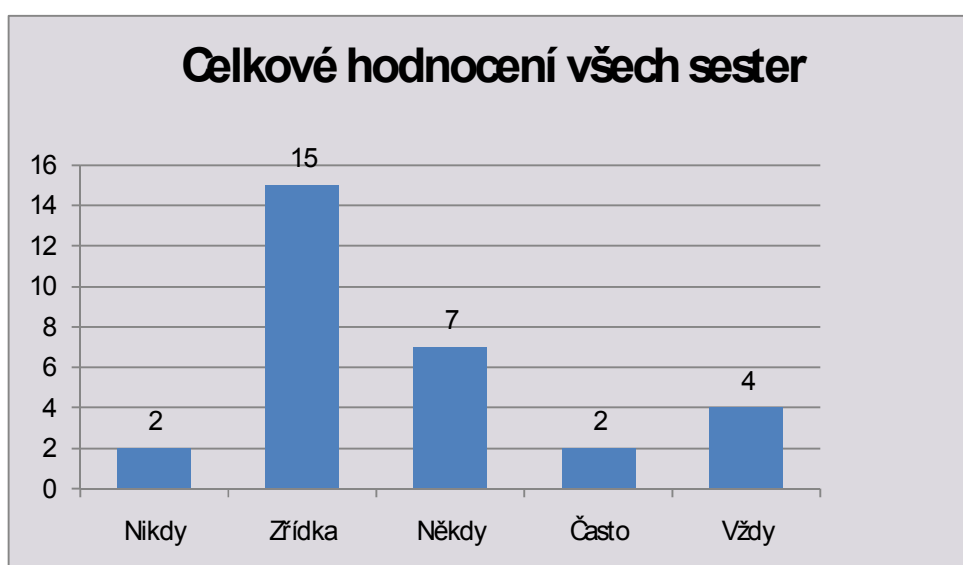
Sestry znervózní *zřídka*, pokud dojde ke konvertování, ale jako druhá nejčastější odpověď je *někdy*. Odpověď *zřídka* je zastoupena 12 sestrami a *někdy* 11 sestrami.

Pro 6 sester z Gynekologicko-porodnických sálů je odpověď *nikdy*. Za neurochirurgické sály využilo odpověď *zřídka* v počtu 3 sester, ale sestry z chirurgických sálů odpovědělo ve dvou hodnoceních stejně. Pokud dojde ke konvertování výkonu, znervózní v počtu 9 sester *zřídka* a 9 sester *někdy*.

**Tabulka 18. 11. Jste nervózní, pokud si nejste jistá, že máte opravdu vše potřebné k operačnímu výkonu?**

Jednotlivé kliniky	Nikdy	Zřídka	Někdy	Často	Vždy
Gynekologicko-porodnické sály	2	3	0	0	2
Neurochirurgické sály	0	3	1	0	0
Chirurgické sály	0	9	6	2	2

**Graf 18. k tabulce 18.**



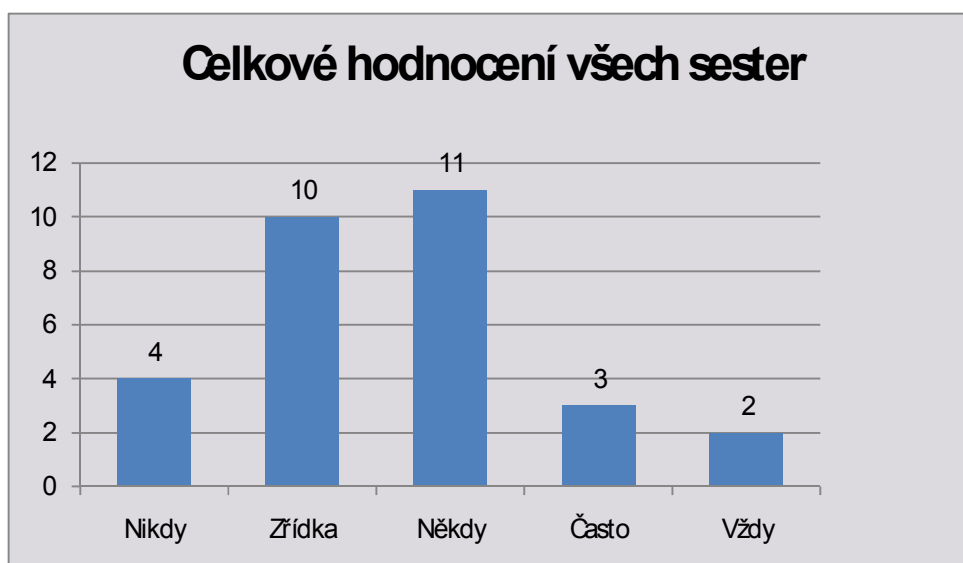
Dle výsledku bývají sálové sestry nervózní z této situace *zřídka* v počtu 15 sester.

Tato nečastější shodná odpověď platí i za jednotlivé kliniky.

**Tabulka 19. 12. Máte obavy, jestliže se provádí výkon, který jste doposud nedělala?**

Jednotlivé kliniky	Nikdy	Zřídka	Někdy	Často	Vždy
Gynekologicko-porodnické sály	2	3	2	0	0
Neurochirurgické sály	2	1	1	0	0
Chirurgické sály	0	6	8	3	2

**Graf 19. k tabulce 19.**



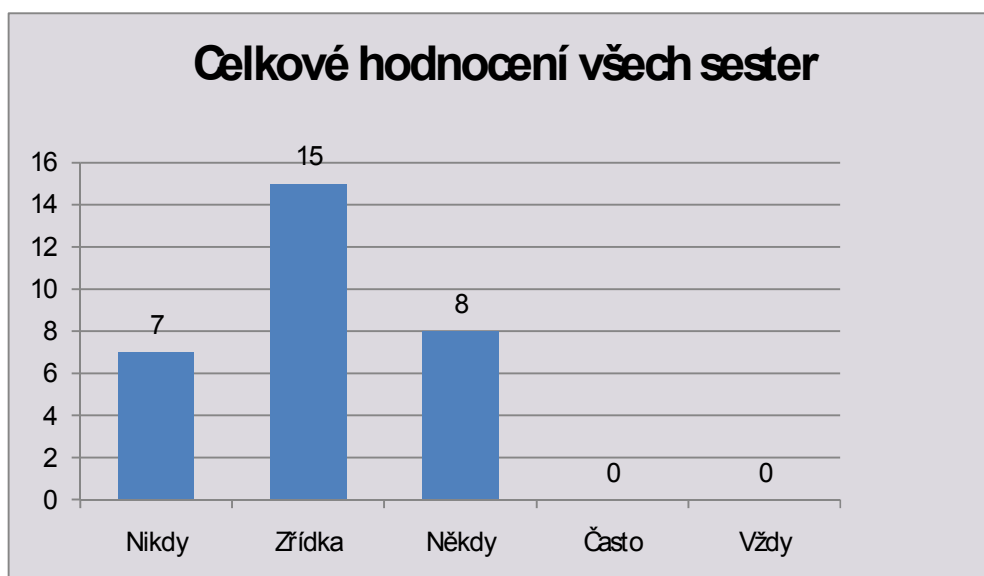
Sestry mají nejčastější odpověď v počtu 11 sester obavu *někdy* z výkonu, které doposud nedělaly. Druhá nejčastější odpověď byla a *zřídka*. Tuto odpověď využilo 10 sester.

Sestry z gynekologicko-porodnických sálů mají *zřídka* tyto obavy. Sestry z neurochirurgických sálů nemají nikdy tyto obavy, avšak chirurgická klinika reagovala v počtu 6 sester v odpovědi *někdy*.

**Tabulka 20. 13. Máte obavy, jestliže se provádí výkon, který jste dlouho nedělala?**

Jednotlivé kliniky	Nikdy	Zřídka	Někdy	Často	Vždy
Gynekologicko-porodnické sály	4	1	2	0	0
Neurochirurgické sály	2	0	2	0	0
Chirurgické sály	1	14	4	0	0

**Graf 20. k tabulce 20.**



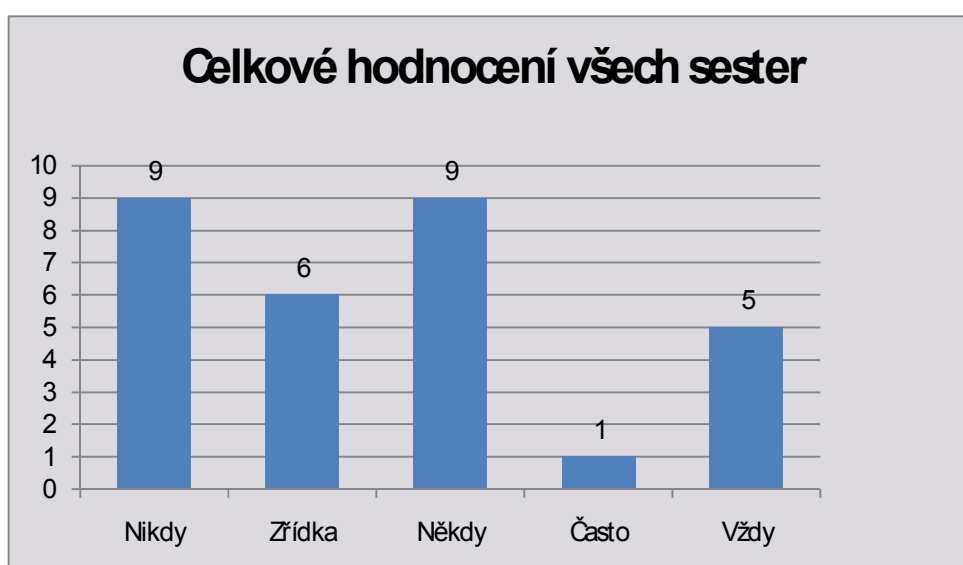
Sestry mívají *zřídka* obavy z výkonu, který dlouho nedělaly. Tento typ odpovědi využilo 15 sester.

Samotné kliniky se liší gynekologicko-porodnickými sály, tam převažuje odpověď *nikdy*, zastoupena 4 sestrami. Za neurochirurgickou kliniku sestry reagovaly, že mají tuto obavu z tohoto výkonu buď *nikdy* či *někdy*. Tento jejich výsledek je stejně hodnocen v typu odpovědi. Chirurgické sály převažují odpovědi *zřídka* a tím ovlivňují i celkový výsledek za sestry.

**Tabulka 21. 14. Působí na Vás negativně, budete-li instrumentovat u časově náročného výkonu?**

Jednotlivé kliniky	Nikdy	Zřídka	Někdy	Často	Vždy
Gynekologicko-porodnické sály	2	0	0	0	5
Neurochirurgické sály	3	1	0	0	0
Chirurgické sály	4	5	9	1	0

**Graf 21. k tabulce 21.**



Z výsledku je patrný protiklad, dvě stejné hodnoty na otázku týkající se náročnosti na několikahodinový výkon. Sestry odpověděly po 9 na odpověď *nikdy* a 9 sester na odpověď *někdy*.

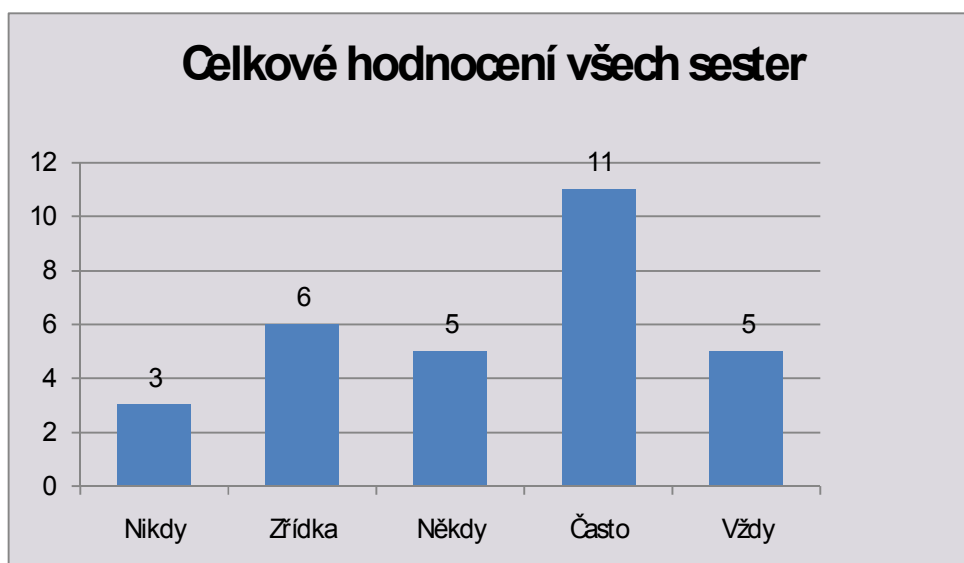
Pro sestry z gynekologicko-porodnických sálů, je to *vždy* náročné. Pro sestry neurochirurgických sálů to není nikdy, v počtu reakcí 2 sester. Sálové sestry odpověděly, že tuto náročnost pocítují *někdy* v počtu 9 sester z celkového počtu dotazovaných za chirurgické sály.



**Tabulka 22. 15. Působila na Vás velmi stresově příprava k akreditaci?**

Jednotlivé kliniky	Nikdy	Zřídka	Někdy	Často	Vždy
Gynekologicko-porodnické sály	0	0	2	3	2
Neurochirurgické sály	0	0	0	2	2
Chirurgické sály	3	6	3	6	1

**Graf 22. k tabulce 22.**



Příprava pro sestry byla *často* velmi stresová. Tuto odpověď využilo 11 sester.

Za jednotlivé kliniky platí tato odpověď sester též *často*, ale v případě chirurgických sálů, stejný počet sester reagoval na dvou typech odpovědí, a to že *zřídka* na ně působila příprava k akreditaci stresově a naopak *často* na ně působila stresově.

### 7.3 Vybrané tři nejzávažnější situace dle závažnosti, zátěžovosti pro sálové sestry osobně, z patnácti možných situací.

**Tabulka 23. Zátěžové situace vyskytující se na operačních sálech a hodnocení všech sálových sester**

Hodnocení třech nejvíce zátěžových situací od A-C všemi sálovými sestrami			
Zátěžové situace	A	B	C
1. směnný provoz	2	2	0
2. přítomnost studentů či jiných osob	0	0	0
3. manipulace s přístrojovou technikou	0	0	1
4. práce s PC	0	0	0
5. nákaza od pacienta s MRSA, hepatitídy typu B, TBC,...	11	6	3
6. chybí nástroj/e či jiný materiál	4	3	6
7. nevhodné chování osoby z operačního týmu	1	6	7
8. operační příprava akutního pacienta v kritickém stavu	3	0	2
9. smrt pacienta	7	7	3
10. konvertování z laparoskopického výkonu	0	0	0
11. nejistota, že máte opravdu vše potřebné k operačnímu výkonu	0	0	0
12. výkon, který jste doposud nedělala	1	1	2
13. výkon, který jste dlouho nedělala	0	0	0
14. instrumentování u časově náročného výkonu	0	0	2
15. příprava k akreditaci	1	5	4

Za předpokladu, že **A** je nejvíce zátěžová situace, sestry nejčastěji volily situaci číslo 5. *nákaza od pacienta s MRSA, hepatitídy typu B, TBC,...* Tuto situaci vybralo 11 sálových sester z celkového počtu zúčastněných.

Druhá nejvíce volená zátěžová situace **B** je situace číslo 9. *smrt pacienta*. Tuto situaci vybralo 7 sester z celkového počtu.

Třetí nejvíce zátěžová situace pro sestry **C** je situace číslo 7. *nevhodné chování osoby z operačního týmu*. K této situaci se ve volbě přiklonilo 7 sester z celkového počtu.

**Tabulka 24. Zátěžové situace vyskytující se na operačních sálech a hodnocení sálových sester z gynekologicko-porodnické kliniky**

Hodnocení třech nejvíce zátěžových situací od A-C sálovými sestrami			
Zátěžové situace	A	B	C
1. směnný provoz	0	0	0
2. přítomnost studentů či jiných osob	0	0	0
3. manipulace s přístrojovou technikou	0	0	0
4. práce s PC	0	0	0
5. nákaza od pacienta s MRSA, hepatitídy typu B, TBC,...	4	2	1
6. chybí nástroj/e či jiný materiál	0	0	0
7. nevhodné chování osoby z operačního týmu	0	0	3
8. operační příprava akutního pacienta v kritickém stavu	0	0	0
9. smrt pacienta	2	3	1
10. konvertování z laparoskopického výkonu	0	0	0
11. nejistota, že máte opravdu vše potřebné k operačnímu výkonu	0	0	0
12. výkon, který jste doposud nedělala	0	0	0
13. výkon, který jste dlouho nedělala	0	0	0
14. instrumentování u časově náročného výkonu	0	0	0
15. příprava k akreditaci	1	2	2

Pro sestry na gynekologicko-porodnické klinice je nejvíce zátěžová situace **A** číslo 5. *nákaza od pacienta s MRSA, hepatitídy typu B, TBC,...*

Počet sester, které takto reagovaly, byl 4. Jako druhá nejvíce zátěžová situace **B** je situace číslo 9. *smrt pacienta*.

Takovýto počet reagujících sester činil počet 3. Třetí vybraná situace za **C** je 7. *nevhodné chování osoby z operačního týmu*. Zde 3 sestry volily tuto situaci.

**Tabulka 24. Zátěžové situace vyskytující se na operačních sálech a hodnocení sálových sester z neurochirurgické kliniky**

Hodnocení třech nejvíce zátěžových situací od A-C sálovými sestrami			
Zátěžové situace	A	B	C
1. směnný provoz	0	0	0
2. přítomnost studentů či jiných osob	0	0	0
3. manipulace s přístrojovou technikou	0	0	1
4. práce s PC	0	0	0
5. nákaza od pacienta s MRSA, hepatitídy typu B, TBC...	2	0	0
6. chybí nástroj/e či jiný materiál	0	0	0
7. nevhodné chování osoby z operačního týmu	0	1	1
8. operační příprava akutního pacienta v kritickém stavu	0	0	0
9. smrt pacienta	2	1	1
10. konvertování z laparoskopického výkonu	0	0	0
11. nejistota, že máte opravdu vše potřebné k operačnímu výkonu	0	0	0
12. výkon, který jste doposud nedělala	0	1	0
13. výkon, který jste dlouho nedělala	0	0	0
14. instrumentování u časově náročného výkonu	0	0	0
15. příprava k akreditaci	0	1	1

Sestry z neurochirurgické kliniky považují za nejvíce zátěžové situace **A** číslo 5. *nákaza od pacienta s MRSA, hepatitídy typu B, TBC,..* a číslo 9. *smrt pacienta*. Takto reagoval stejný počet sálových sester, který činil 2 sestry.

Jako druhá nejvíce **B** je situace 7. *nevhodné chování osoby z operačního týmu*, 9. *smrt pacienta*, 12. *výkon, který jste doposud nedělala* a 15. *příprava k akreditaci*. Zde každá sálová volila rozdílnou situaci.

Ve třetí situaci **C** se jedná o 3. *manipulace s přístrojovou technikou*, 7. *nevhodné chování osoby z operačního týmu*, 9. *smrt pacienta*, 15. *příprava k akreditaci*. Opět každá sestra zvolila rozdílně.

**Tabulka 25. Zátěžové situace vyskytující se na operačních sálech a hodnocení sálových sester z neurochirurgické kliniky**

Hodnocení třech nejvíce zátěžových situací od A-C sálovými sestrami			
Zátěžové situace	A	B	C
1. směnný provoz	2	2	0
2. přítomnost studentů či jiných osob	0	0	0
3. manipulace s přístrojovou technikou	0	0	0
4. práce s PC	0	0	0
5. nákaza od pacienta s MRSA, hepatitídy typu B, TBC,...	5	4	2
6. chybí nástroj/e či jiný materiál	4	3	6
7. nevhodné chování osoby z operačního týmu	1	5	3
8. operační příprava akutního pacienta v kritickém stavu	3	0	2
9. smrt pacienta	3	3	1
10. konvertování z laparoskopického výkonu	0	0	0
11. nejistota, že máte opravdu vše potřebné k operačnímu výkonu	0	0	0
12. výkon, který jste doposud nedělala	1	0	2
13. výkon, který jste dlouho nedělala	0	0	0
14. instrumentování u časově náročného výkonu	0	0	2
15. příprava k akreditaci	0	2	1

Sálové sestry na chirurgické klinice hodnotí jako nejvíce stresovou situaci **A** číslo 5. *nákaza od pacienta s MRSA, hepatitídy typu B, TBC,...*

Celkový počet takto reagujících sester byl počet 5. Jako druhá nejvíce zátěžová situace **B** je volená situace číslo 7. *nevhodné chování osoby z operačního týmu*. Počet sester činil 5 sester.

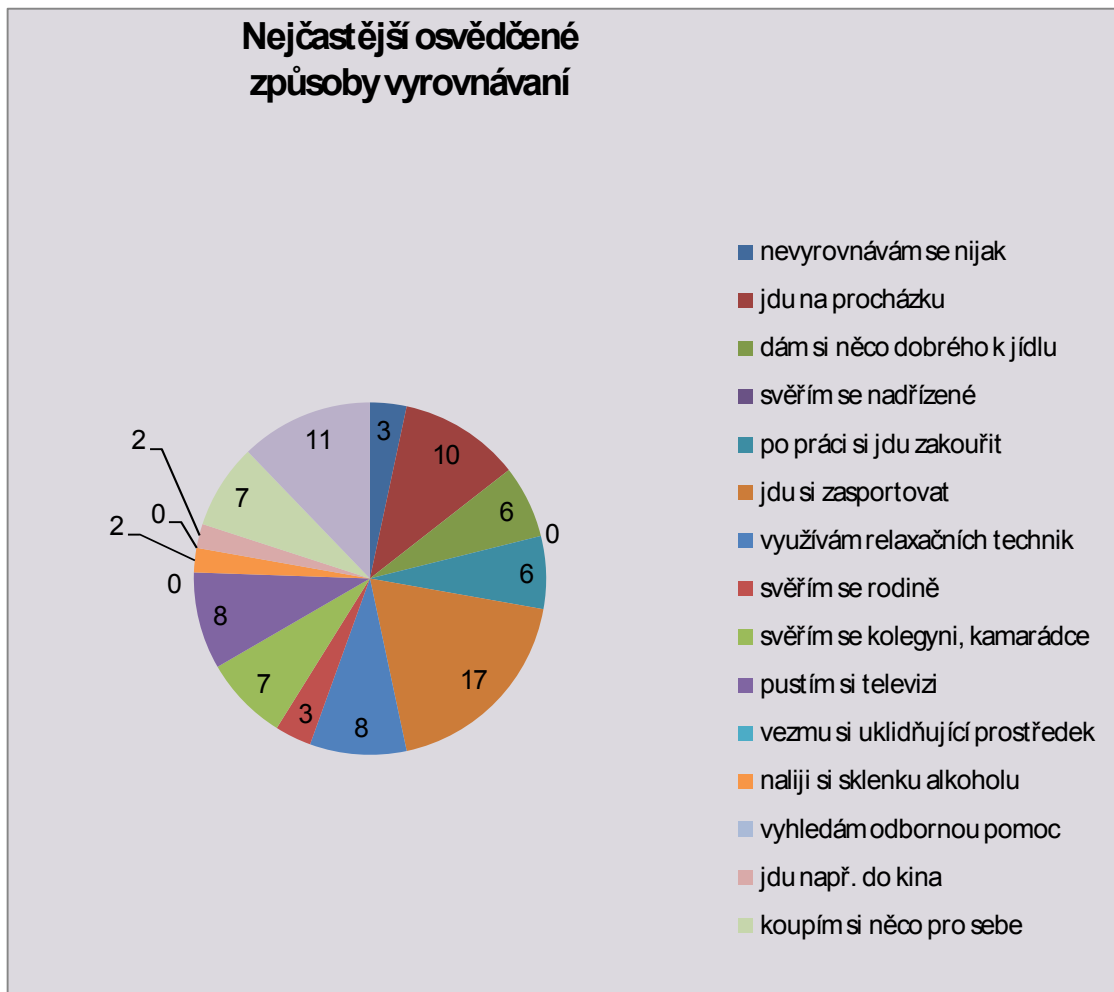
Třetí situace nejvíce volená situace za **C** je číslo 6. *chybí nástroj/e či jiný materiál*. Tuto situaci zvolilo 6 sester z celkového počtu sálových na operačním sále.

## 7.4 Způsoby vyrovnávání sálových sester-instrumentárek se zátěžovými situacemi po pracovní době.

Tabulka 26. Způsoby vyrovnávání a nejčastější osvědčené způsoby vyrovnávání všech sálových sester-instrumentárek

Způsoby vyrovnávání	Nejčastější osvědčené způsoby
nevyrovnávám se nijak	3
jdu na procházku	10
dám si něco dobrého k jídlu	6
svěřím se nadřízené	0
po práci si jdu zakouřit	6
jdu si zasportovat	17
využívám relaxačních technik	8
svěřím se rodině	3
svěřím se kolegyni, kamarádce	7
pustím si televizi	8
vezmu si uklidňující prostředek	0
naliji si sklenku alkoholu	2
vyhledám odbornou pomoc	0
jdu např. do kina	2
koupím si něco pro sebe	7
jdu spát	11

Graf 26. k tabulce 26.



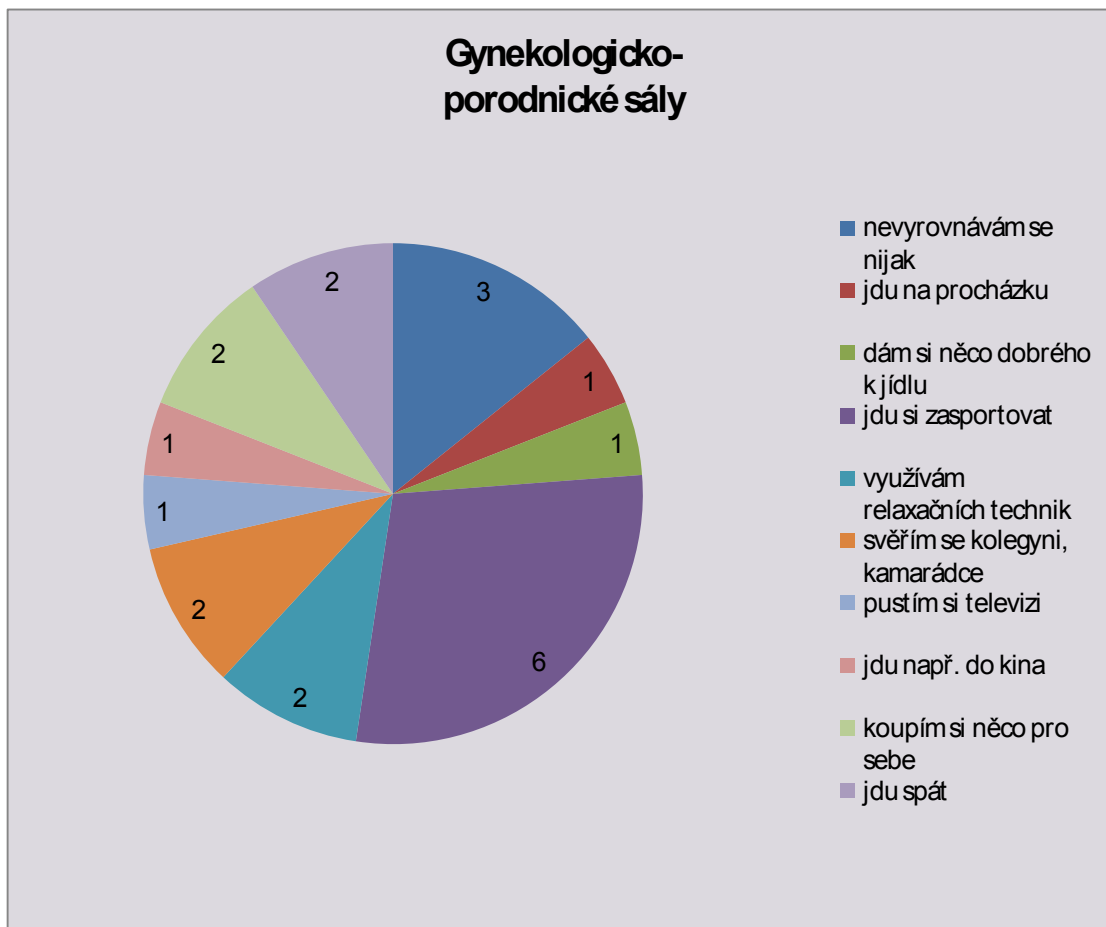
Sestry nejvíce využívají k vyrovnávání zátěžové situací *sportovní aktivity*. Celkový počet sester, které se takto vyrovnávají, byl 17. Jako druhý způsob vyrovnávání byl *spánek* volený 11 sestrami a následně *chození na procházku*. Tuto poslední nejčastější volenou možnost využívá 10 sester.

**Tabulka 27. Způsoby vyrovnávání a nejčastější osvědčené způsoby vyrovnávání sester-instrumentárek na gynekologicko-porodnických sálech**

Způsoby vyrovnávání	Nejčastější osvědčené způsoby
nevyrovnávám se nijak	3
jdu na procházku	1
dám si něco dobrého k jídlu	1
svěřím se nadřízené	0
po práci si jdu zakouřit	0
jdu si zasportovat	6
využívám relaxačních technik	2
svěřím se rodině	0
svěřím se kolegyni, kamarádce	2
pustím si televizi	1
vezmu si uklidňující prostředek	0
naliji si sklenku alkoholu	0
vyhledám odbornou pomoc	0
jdu např. do kina	1
koupím si něco pro sebe	2
jdu spát	2



Graf 27. k tabulce 27.

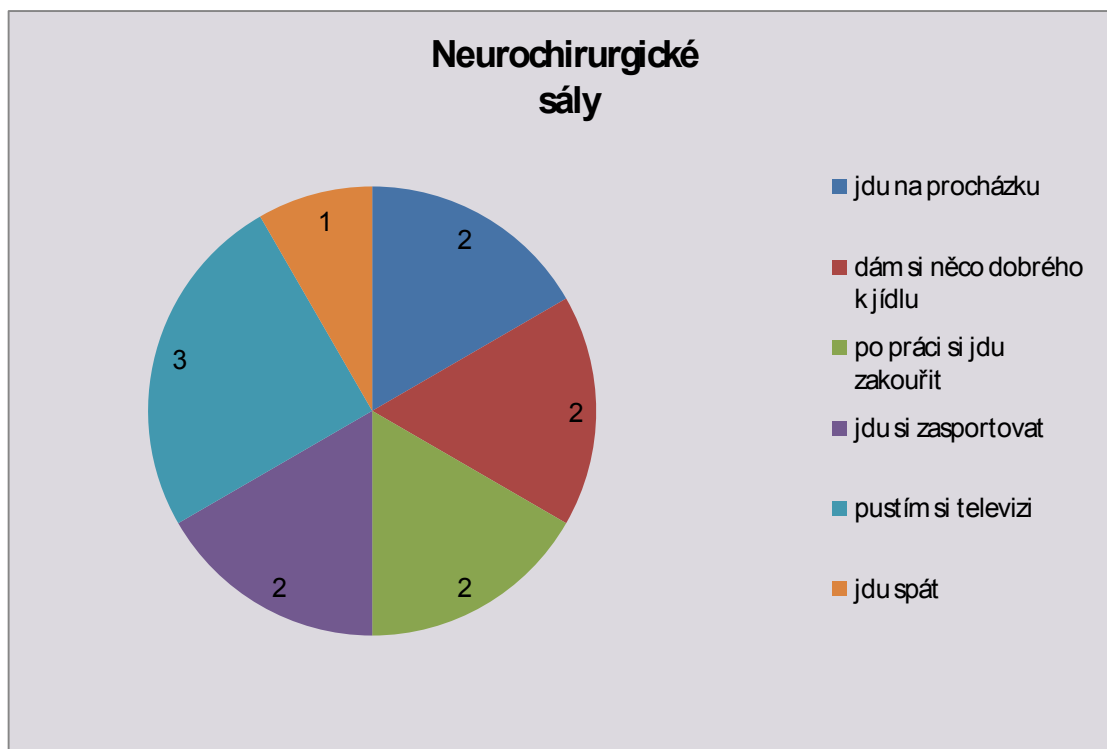


Sestry z gynekologicko-porodnických sálů si nejčastěji jdou zasportovat. Výsledek takto vyrovnávajících se sester byl 6 sester. Druhá nejčastější volba vyrovnávání se, je nevyrovnávám se nijak, 3 sestry se nevyrovnávají se zátěžovou situací. Třetí způsob obsahuje čtyři shodné výsledky. Jedná se o *využívání relaxačních technik, dám si něco dobrého k jídlu, svěřím se kolegyni, kamarádce, pustím se televizi.*

**Tabulka 28. Způsoby vyrovnávání a nejčastější osvědčené způsoby vyrovnávání sester-instrumentářek na neurochirurgických sálech**

Způsoby vyrovnávání	Nejčastější osvědčené způsoby
nevyrovnávám se nijak	0
jdu na procházku	2
dám si něco dobrého k jídlu	2
svěřím se nadřízené	0
po práci si jdu zakouřit	2
jdu si zasportovat	2
využívám relaxačních technik	0
svěřím se rodině	0
svěřím se kolegyni, kamarádce	0
pustím si televizi	3
vezmu si uklidňující prostředek	0
naliji si sklenku alkoholu	0
vyhledám odbornou pomoc	0
jdu např. do kina	0
koupím si něco pro sebe	0
jdu spát	1

**Graf 28. k tabulce 28.**

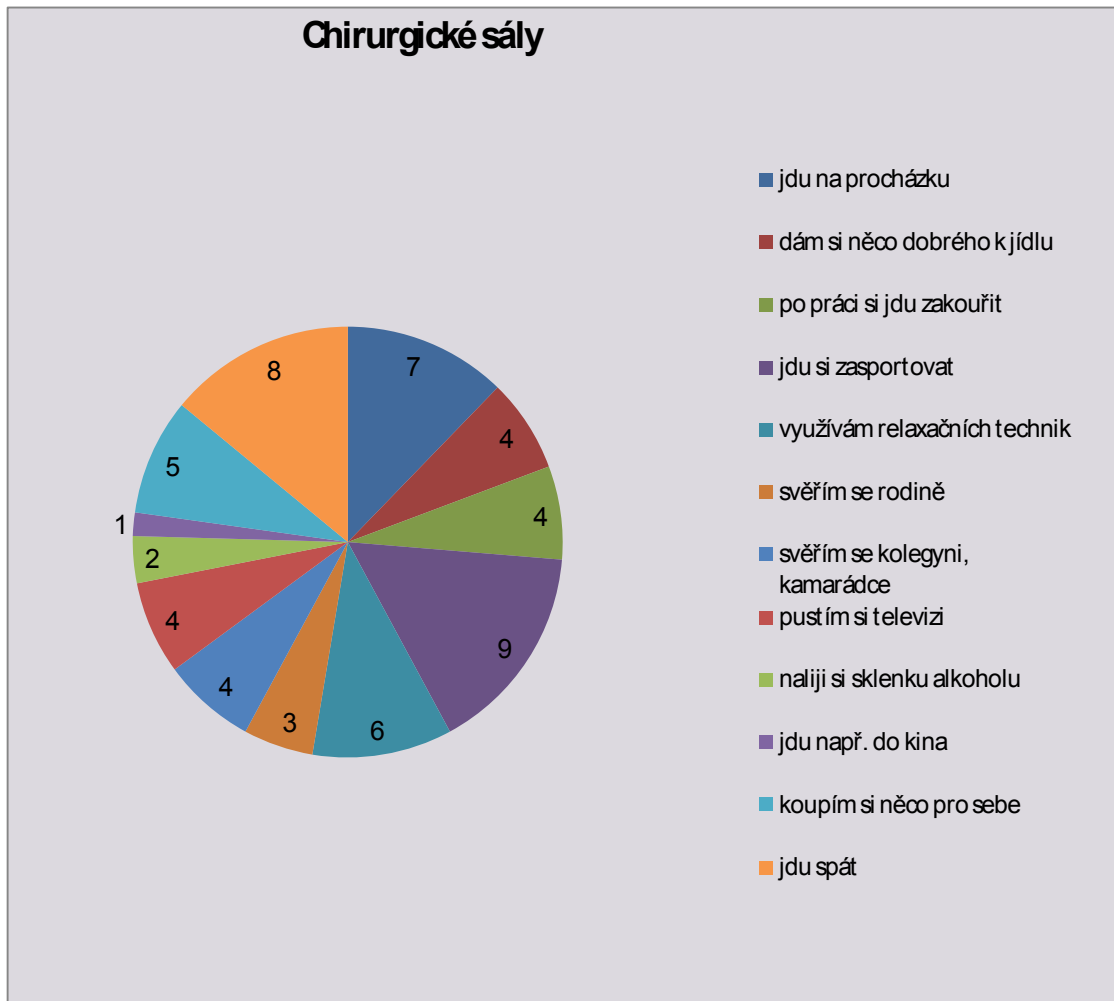


Sestry z neurochirurgických sálů využívají jako formu vyrovnávání se se zátěžovou situací puštěním televize. Tuto možnost využívají 3 sestry. Další způsoby jako *je dám si něco dobrého k jídlu, jdu si zasportovat, po práci si jdu zakouřit, jdu na procházku* využívá stejný počet sester. Počet je vždy 2 sestry.

**Tabulka 29. Způsoby vyrovnávání a nejčastější osvědčené způsoby vyrovnávání sester-instrumentářek na chirurgických sálech**

Způsoby vyrovnávání	Nejčastější osvědčené způsoby
nevyrovnávám se nijak	0
jdu na procházku	7
dám si něco dobrého k jídlu	4
svěřím se nadřízené	0
po práci si jdu zakouřit	4
jdu si zaspportovat	9
využívám relaxačních technik	6
svěřím se rodině	3
svěřím se kolegyni, kamarádce	4
pustím si televizi	4
vezmu si uklidňující prostředek	0
naliji si sklenku alkoholu	2
vyhledám odbornou pomoc	0
jdu např. do kina	1
koupím si něco pro sebe	5
jdu spát	8

Graf 29. k tabulce 29.



Sálové sestry z chirurgických sálů se nejvíce vyrovnávají za účinku *sportu*. Tento výsledek je podmíněn 9 sestrami. Druhou aktivitou sester je *jít spát*. Tuto potřebu využívá 8 sester. Jako třetí nejčastější aktivita k vyrovnávání se se zátěžovou situací je *jít na procházku*. Tuto variantu provozuje 7 sester.

## 7.5 Kompetentnost sálových sester

Na tuto část byla použita dotazníková metoda, jejíž poslední část vychází z práce Brigid Mary Gillespie<sup>17</sup> tematicky zaměřené na podobnou problematiku. Pátá část dotazníku se týkala kompetentnosti sálových sester.

Tato část obsahovala 12 otázek, na které se odpovídalo jednou z pěti možných alternativ odpovědí. Otázky 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12 se týkala okruhu hodnocení se ve znalostech sálových sester. Otázky 8, 9 se týkala problematiky hodnocení se v dovednostech sálových sester.

### Pět možných použitých způsobů odpovědí.

1 – nesouhlasím
2 – spíše nesouhlasím
3 – těžko rozhodnout
4 – spíše souhlasím
5 – souhlasím
N – nelze odpovědět

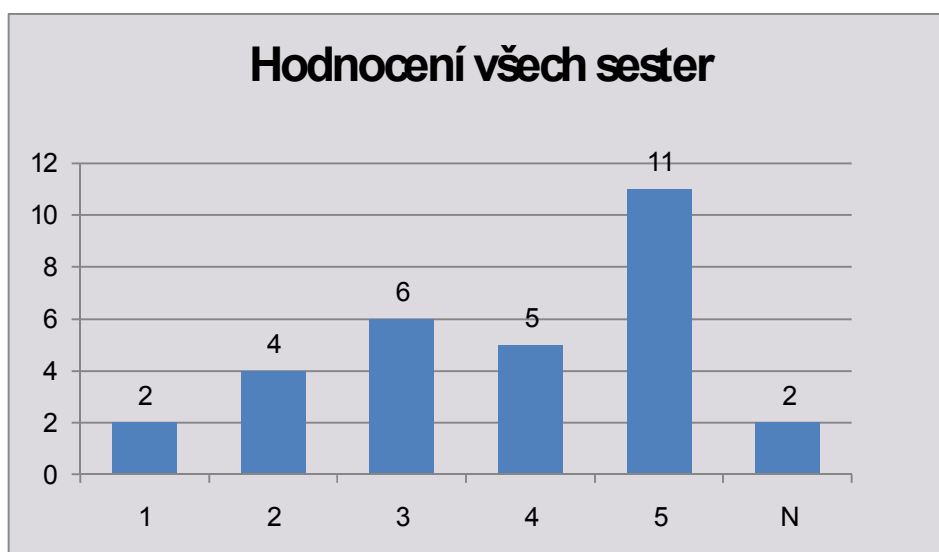
---

<sup>17</sup> Brigid Mary Gillespie, *The Predictors of Resilience in Operating Room Nurses*, Griffith University: 2007

**Tabulka 30. 1. Skutečnost, že pracuji na operačním sále, sama dokládá, že mám dostatek zkušeností.**

Jednotlivé kliniky	1	2	3	4	5	N
Gynekologicko-porodnické sály	0	1	1	3	1	1
Neurochirurgické sály	0	0	2	0	2	0
Chirurgické sály	2	3	3	2	8	1

**Graf 30. k tabulce 30.**



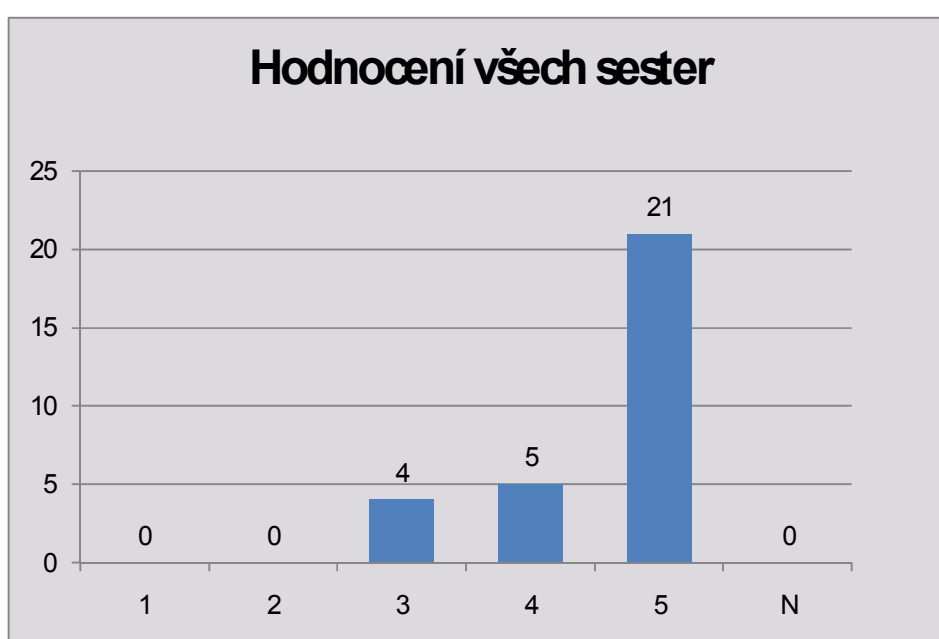
V této otázce sestry nejčastěji odpověděly, že *souhlasí s dostatkem zkušeností na operačních sálech*. Tento druh odpovědi zvolilo 11 sester.

Obzvláště *souhlasí* sestry z chirurgických sálů v počtu 8 sester. Mezi dalšími klinikami se jedná o odpověď *spíše ano* u gynekologicko-porodnických sálů v počtu 4 sestry, neurochirurgické sály mají opět stejné tvrzení ve dvou typech odpovědí; po 2 sestrách. Jedná se o odpověď *těžko říct a souhlasí*.

**Tabulka 31. 2. Mám potřebné schopnosti a dovednosti, abych úspěšně vykonávala povolání sálové sestry.**

Jednotlivé kliniky	1	2	3	4	5	N
Gynekologicko-porodnické sály	0	0	0	0	7	0
Neurochirurgické sály	0	0	1	2	1	0
Chirurgické sály	0	0	3	3	13	0

**Graf 31. k tabulce 31.**



Vysoký počet odpovědí 21 na tu to otázku ukazuje, že se sestry *souhlasí* s tímto tvrzením.

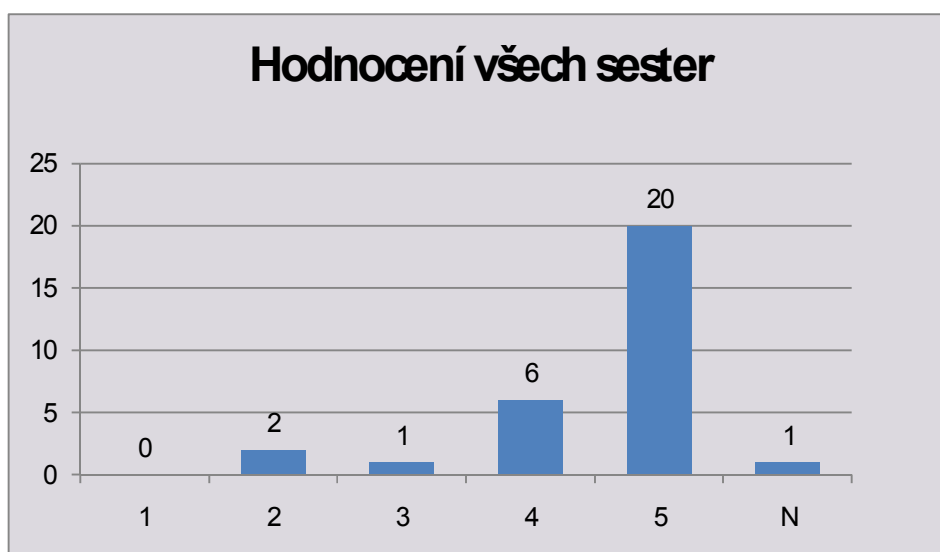
Jednotlivé kliniky se moc neliší od výsledků, jen u neurochirurgických sálů převyšují odpovědi *spíše ano*, kterou zvolily 2 sestry.



**Tabulka 32. 3. Vyznám se v plnění všech povinností, které práce na sále přináší.**

Jednotlivé kliniky	1	2	3	4	5	N
Gynekologicko-porodnické sály	0	0	0	0	7	0
Neurochirurgické sály	0	1	0	1	2	0
Chirurgické sály	0	1	1	5	11	1

**Graf 32. k tabulce 32.**



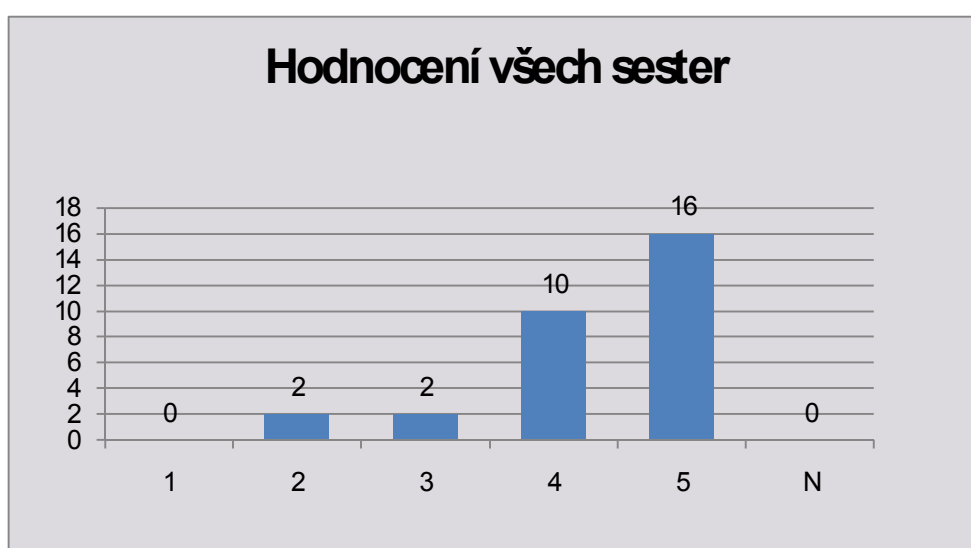
V této otázce se sestry shodují nejvíce s tvrzením *souhlasím* v počtu 20 sester a to platí též i pro jednotlivé kliniky.

Sálové sestry gynekologicko-porodnické kliniky *souhlasí* jednosečně v plném počtu 7 sester. Převažuje i odpověď *souhlasím* u sester z neurochirurgické kliniky v počtu 2 sester. Sálové sestry z chirurgických sálu využilo tento stejný typ odpovědi v počtu 11 sester.

**Tabulka 33. 4. Když mně na sále pověří nějakou činností, v níž si nejsem úplně jistá, dokážu na základě svých zkušeností zvolit to, co by se asi v této situaci hodilo.**

Jednotlivé kliniky	1	2	3	4	5	N
Gynekologicko-porodnické sály	0	0	0	1	6	0
Neurochirurgické sály	0	2	0	2	0	0
Chirurgické sály	0	0	2	7	10	0

**Graf 33. k tabulce 33.**



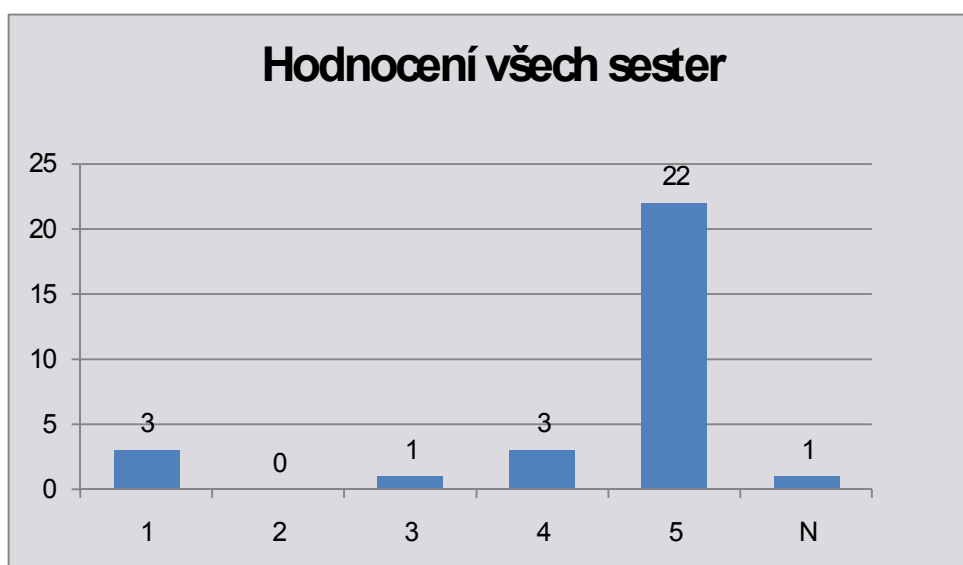
Sestry nejčastěji odpověděly *souhlasím* v počtu 16 sester celkově a jednotlivé kliniky, krom neurochirurgické se shodují nejvíce.

Neurochirurgická klinika odpověděla *spíše souhlasím* a *spíše nesouhlasím* ve stejném počtu sester.

**Tabulka 34. 5. Už jsem se naučila, „ jak to na sále chodí“.**

Jednotlivé kliniky	1	2	3	4	5	N
Gynekologicko-porodnické sály	0	0	0	1	5	1
Neurochirurgické sály	0	0	0	0	4	0
Chirurgické sály	3	0	1	2	13	0

**Graf 34. k tabulce 34.**



Sestry převážně *souhlasí* s tímto tvrzením. Celkově 22 sálových sester.

To samé tvrdí sestry mezi jednotlivými klinikami. Gynekologicko-porodnická klinika *souhlasí* v 5 případech tvrzením sester. Neurochirurgická klinika uvedla *souhlasím* v plném počtu 4 sester. Chirurgická klinika též *souhlasí* díky počtu 11 sálových sester.

**Tabulka 35. 6. Dokážu bravurně zvládnout všechny úkoly, které souvisejí s mojí rolí na sále.**

Jednotlivé kliniky	1	2	3	4	5	N
Gynekologicko-porodnické sály	0	0	0	1	4	2
Neurochirurgické sály	0	0	1	1	1	1
Chirurgické sály	0	2	2	11	2	2

**Graf 36. k tabulce 36.**



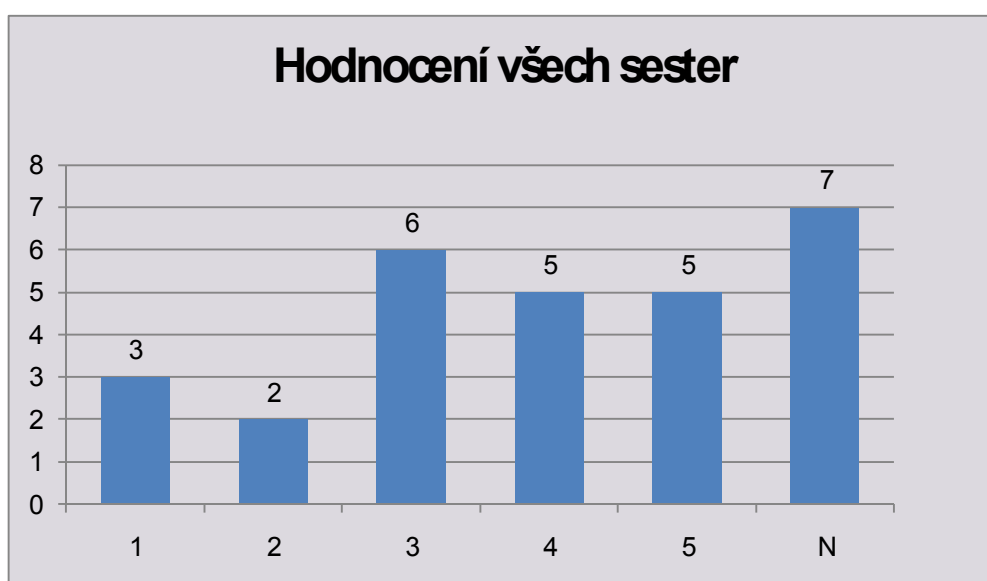
Sestry odpovídají nejčastěji *spíše ano*. Tento výsledek je podmíněn 13 sestrami.

Sálové sestry z gynekologicko-porodnické kliniky *souhlas* v počtu 4 sester. Z neurochirurgické kliniky všechny instrumentárky využily rozdílných opovědí, pouze nevyužily možnost odpovědi v případě *nesouhlasím* a *spíše nesouhlasím*. Sálové sestry z chirurgických sálů počtu 4 sester *spíše souhlasilo*.

**Tabulka 37. 7. Moje role na sále vyžaduje určitý talent a dovednosti, které většina sester nemá.**

Jednotlivé kliniky	1	2	3	4	5	N
Gynekologicko-porodnické sály	0	1	1	0	0	5
Neurochirurgické sály	1	0	1	1	0	1
Chirurgické sály	2	1	4	4	6	2

**Graf 37. k tabulce 37.**



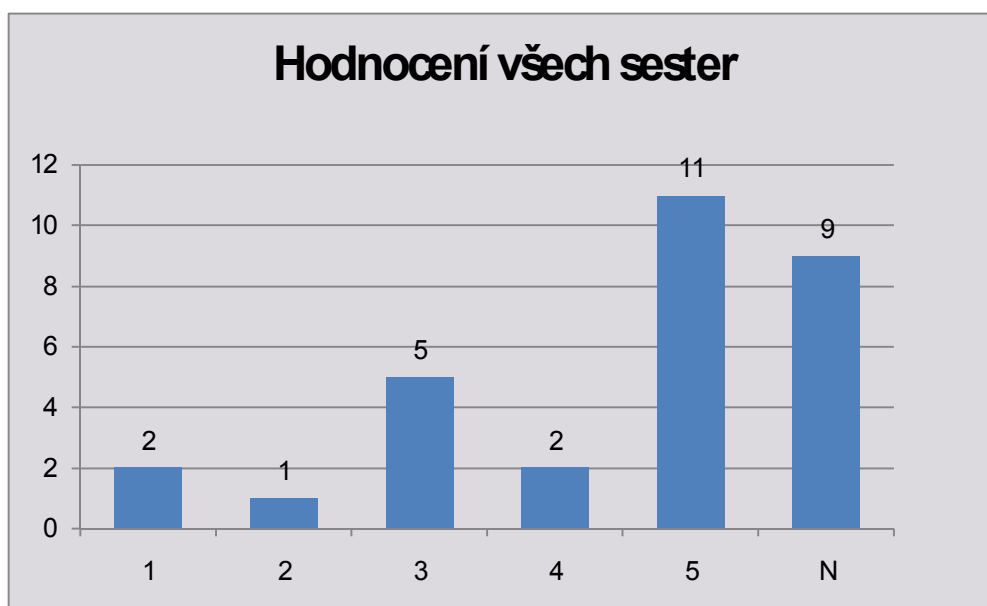
V tomto tvrzení jsou velice podobné výsledky, avšak celkově výsledek činí *nelze odpovědět* v počtu 7 sester.

Za jednotlivé kliniky se sálové sestry z gynekologicko-porodnických sálů vyjádřilo většinou v počtu 5 sester v odpovědi *nelze odpovědět*. Všechny sálové sestry z neurochirurgické kliniky využily různé typy odpovědí, pouze nevyužily odpověď typu *spíše nesouhlasím a souhlasím*. Sestry z chirurgických sálů převážně *souhlasí* s tímto tvrzením v počtu 6 sester.

**Tabulka 38. 8. Ovládám výkony, které jsou i na sále něčím jedinečným.**

Jednotlivé kliniky	1	2	3	4	5	N
Gynekologicko-porodnické sály	0	0	1	0	4	2
Neurochirurgické sály	1	0	1	0	2	0
Chirurgické sály	1	1	3	2	5	7

**Graf 38. k tabulce 38.**



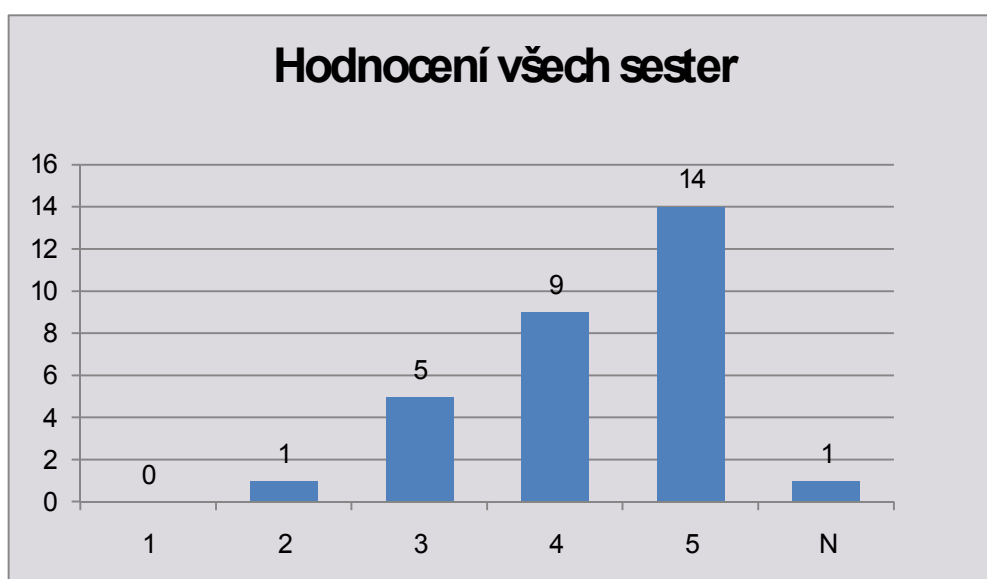
Sestry celkově *souhlasí*, shodlo se na tom celkově 11 sester, zároveň není příliš velký rozdíl od odpovědi *nelze odpovědět*. Zde odpovědělo 9 sester.

Kromě 7 sálových sester z chirurgické kliniky, které nejčastěji měly odpověď *nelze odpovědět*. Za gynekologicko-porodnické sály souhlasily 4 sestry a 2 sestry *souhlasily* za neurochirurgickou kliniku.

**Tabulka 39. 9. Dokážu bez problémů pracovat s přístroji, které máme jako sestry na sále k dispozici.**

Jednotlivé kliniky	1	2	3	4	5	N
Gynekologicko-porodnické sály	0	0	0	0	7	0
Neurochirurgické sály	0	0	0	2	1	1
Chirurgické sály	0	1	5	7	6	0

**Graf 39. k tabulce 39.**



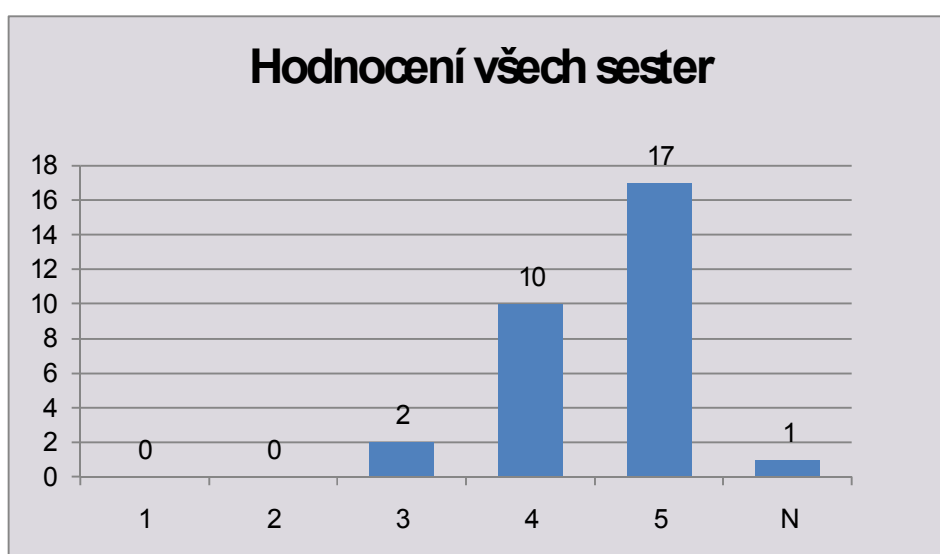
Nejvíce je odpovědí dle grafu, v poli *souhlasím*. Tuto odpověď vybralo 14 sester.

Sálové sestry z gynekologicko-porodnické kliniky *souhlasí* celkovém počtu. Za neurochirurgickou kliniku vybraly převážně 2 sestry odpověď *spíše souhlasím*. Toto tvrzení zvolily i sestry z chirurgické kliniky v počtu převažující 7 sester.

**Tabulka 40. 10. Umím správně používat odborné terminologii, s níž se na sále pracuje.**

Jednotlivé kliniky	1	2	3	4	5	N
Gynekologicko-porodnické sály	0	0	0	0	6	1
Neurochirurgické sály	0	0	0	2	2	0
Chirurgické sály	0	0	2	8	9	0

**Graf 40. k tabulce 40.**



Nejvíce sesterských odpovědí bylo *souhlasím* v počtu 17 odpovědí.

Jednotlivé kliniky se v této odpovědi neliší. Gynekologicko-porodnická klinika souhlasí díky 6 sálovým sestřím. Sálové sestry z neurochirurgických sálů používají dva typy odpovědí se stejným počtem zastoupených sálových sester. Tyto odpovědi jsou spíše *souhlasím* a *souhlasím*. Za chirurgické sály převažuje *souhlas* s tímto tvrzením, díky 9 sestřím.



**Tabulka 41. 11. Dokážu používat odborné poznatky při poskytování předoperační péče pacientům.**

Jednotlivé kliniky	1	2	3	4	5	N
Gynekologicko-porodnické sály	0	0	0	2	3	2
Neurochirurgické sály	0	0	0	3	0	1
Chirurgické sály	1	0	2	4	4	8

**Graf 41. k tabulce 41.**



Odpovědi sester na toto tvrzení je, že *nelze odpovědět*. Tuto skupinu zastupuje 11 sester, avšak druhá o něco menší skupina 9 sester *spíše souhlasí*. Se stejným poměrem o něco menším sestry *souhlasí* v počtu 7 sester.

Sestry z gynekologicko-porodnických sálů převážně *souhlasí* v počtu 3 sester. Za neurochirurgické sály 4 sestry *spíše souhlasí*. Instrumentářky z chirurgických sálů v počtu 8 sester vybralo tvrzení *nelze odpovědět*.

Celkové hodnocení sester je ovlivněno odpovědí z chirurgické kliniky.

**Tabulka 43. 12. Myslím, že mám dostatek odborných znalostí k tomu, abych mohla úspěšně pracovat na operač. sále.**

Jednotlivé kliniky	1	2	3	4	5	N
Gynekologicko-porodnické sály	0	0	0	1	5	1
Neurochirurgické sály	0	0	2	0	2	0
Chirurgické sály	0	0	4	2	13	0

**Graf 43. k tabulce 43.**



Sestry s tímto tvrzením převážně *souhlasí*. Poměrně vysoký počet 20 sester na to poukazuje.

Za gynekologicko-porodnické sály v počtu 5 sester *souhlasí*. Neurochirurgické sály poukazují na dva typy odpovědi u sester. Jedná se o odpověď *těžko rozhodnout a souhlasím*. Sálové sestry v počtu 13 *souhlasí* s tímto tvrzením.

## 8. Diskuze

Během toho výzkumu se účastnilo 30 sálových sester-instrumentářek ze tří rozdílných klinik: Gynekologicko-porodnické, Neurochirurgické a Chirurgické Fakultní nemocnice v Hradci Králové. Při výzkumu bylo rozdáno celkem 50 dotazníků, ale vráceno jich bylo jen 30. Nejlépe spolupracovaly sestry z Gynekologicko-porodnické kliniky. Důvody, proč nebyla vyšší návratnost i po opakované apelaci, je hůře zjištělná. Jednalo by se pouze o domněnky a spekulace typu: nezájmu, přemíry práce a únavy, zapomínání, nedostatečné informovanosti ze stran nadřízených sester či mezi sestrami, eventuelně možné, určité závisti.

V základním sběru informací o respondentkách, činily nejpočetnější skupinu sestry ve věku od 41 let a více. Může to být ovlivněno z důvodu dlouhodobé praxe na operačních sálech a početnější skupinou sálových sester z chirurgických sálů.

Rodinný stav dle výsledů vypovídá o tom, že nejvíce je vdaných sálových sester.

Nejpočetnější skupinu tvoří sálové sestry mající dvě děti, to činí 40% a druhou skupinu tvoří sestry mající jedno dítě, to je 30%. Nejméně je sálových sester, které mají tři děti, což je tvořeno 10%.

41% tvoří sálové sestry, které mají dobu praxe na operačních sálech 11-15 let. Za tuto dobu by měly svoji funkci, dovednosti, znalosti zvládat velice dobře, ale zároveň je tu vysoké riziko vzniku syndromu vyhoření a to nejen u této nejpočetnější skupiny sester.

Je více sálových sester, které kouří 57%.

Nestudujících sester je 53%, to je však více sester studujících. Sestry se mají samy vzdělávat kontinuálně a bohužel u některých se vyskytuje více faktorů, které zabraňují studovat. Může se jednat o nedostatek času, nechuť, podpory ze stran zaměstnavatele či podpory ze svého soukromého života.

V druhé části výzkumu bylo vytyčeno celkem 15 zátěžových situací a jejich hodnocení sálovými sestrami, co do častosti.

### **1. Cítíte se velmi unavena ze směnného provozu?**

Sestry bývají unavené dle výsledků **někdy** či **často**. Sestry jsou z gynekologicko-porodnické kliniky a z neurochirurgických sálů bývají **někdy** unavené ze směnného provozu, kdežto sálové sestry z chirurgických sálů bývají **často** unavené.

Tyto výsledky může zkreslovat množství sester na jednotlivých klinikách a množství operačních výkonů na sálech.

### **2. Vadí vám na sále přítomnost studentů či jiných osob, které nepatří do operačního týmu?**

Dle výsledků sestrám přítomnost studentů či jiných osob, vadí **někdy**. Sálovým sestrám z gynekologicko-porodnických a neurochirurgických sálů tato přítomnost vadí **zřídka** a **někdy**. Sestrám z chirurgických sálů vadí tato přítomnost osob **někdy**.

Přítomnost jiných osob podněcuje sálové sestry k zvýšené ostražitosti, aby nedošlo k znesterilnění míst, které musí být sterilní. Předchází se tím komplikacím v procesu hojení

### **3. Jste v rozpacích, pokud musíte nutně manipulovat s přístrojovou technikou?**

S přístrojovou technikou jsou sálové sestry **zřídka** v rozpacích. Dle jednotlivých klinik jsou sestry z chirurgických sálů v rozpacích **někdy**. Sestry z gynekologicko-porodnických sálů nejsou **nikdy** v rozpacích a sálové sestry z neurochirurgických sálů jsou **zřídka** v rozpacích z přístrojové techniky.

Tato rozdílnost mezi klinikami může být podmíněna vybaveností, která se na operačních sálech vyskytuje. Ať se už jedná o ovládání různé druhy elektrokoagulačních přístrojů, laparoskopických věží, fibrilárních přístrojů, harmonického skalpelu apod.

#### **4. Je pro Vás práce s PC na operačním sále velmi náročná (žádanky na sterilizaci, protokoly)?**

Práci s počítačem většina sester vnímá jako velice nenáročnou, tedy **nikdy**. To platí i za jednotlivé kliniky, kromě sester ze sálů chirurgických.

#### **5. Obáváte se nákazy od pacienta s MRSA, hepatitídy typu B, TBC?**

Dle výsledku se sestry **vždy** obávají nákazy od pacienta. To platí i za jednotlivé kliniky.

Strach z těchto nákaz je pochopitelný, ovšem je potřeba zmínit, že tento strach je podmíněný i určitými opatřeními BOZP, které jsou nutnou samozřejmostí a to samotné je svým způsobem další zátěž pro sestry.

#### **6. Pokud chybí nástroj/e či jiný materiál potřebný k operaci, jste velmi neklidná?**

Dle výsledku jsou sestry velmi neklidné **někdy**. Sestry z gynekologicko-porodnické kliniky a sestry z neurochirurgické kliniky jsou **zřídka** neklidné, pokud chybí nástroj či jiný materiál k operaci. Sálové sestry z chirurgické kliniky bývají **někdy** velmi neklidné.

#### **7. Jste velmi rozrušená, pokud se k Vám někdo z operač. týmu nevhodně chová? (slovní konflikt,...)**

Nejvíce častá odpověď je **zřídka** a **někdy** z celkového počtu 30 sester, využilo tyto dva typy odpovědí po 10 sestřích.

Mezi jednotlivými klinikami není velký rozdíl v odpovědích, je to vše podmíněné spíše chirurgickými sály. Nicméně sálové sestry gynekologicko-porodnické klinik jsou **někdy** velmi rozrušené, pokud se z operačního týmu k nim někdo chová nevhodně. Z neurochirurgické kliniky a z chirurgických sálů jsou sestry **zřídka** velmi rozrušené.

#### **8. Rozbuší se Vám srdce z akutní operační přípravy pacienta v kritickém stavu?**

Instrumentářkám se **zřídka** rozbuší srdce z akutní přípravy pacienta v kritickém stavu.

Na gynekologicko-porodnické klinice se **zřídka** instrumentářkám rozbuší srdce z akutní přípravy pacienta v kritickém stavu. Sestry z neurochirurgické kliniky reagovaly, že se jim

**nikdy** nerozbuší. Chirurgické sály mají tři hodnoty stejné. Jsou tam sálové sestry, kterým se zřídka rozbuší srdce, jiným někdy a další skupině často.

### **9. Zasáhne Vás smrt pacienta na operačním sále?**

Dle výsledku sestry zasáhne smrt pacienta **vždy** v naprosto převážném množství případů.

Na gynekologicko-porodnické klinice se sestry vyjádřilo v odpovědi také **vždy**. Sestry z neurochirurgické kliniky reagovaly nejvíce v odpovědi **často** a **vždy**. Chirurgické sály jsou zastoupeny nejvíce 10 sestrami též v odpovědi **vždy**.

Úmrtnost na sále není častým dějem, ovšem je velice pochopitelné, že je hodně zatěžujícím faktorem pro sestry.

### **10. Znervózníte, pokud dojde ke konvertování z laparoskopického výkonu?**

Sestry znervózní **zřídka**, pokud dojde ke konvertování.

Sálové sestry z gynekologicko-porodnických sálů **nikdy** neznervózní.. Za neurochirurgické sály sálové sestry **zřídka** znervózní, ale sestry z chirurgických sálů odpovědělo ve dvou hodnoceních stejně. Pokud dojde ke konvertování výkonu, znervózní **zřídka** či **někdy**.

Konvertace výkonu je jedna ze situací, objevujících se na operačních sálech, ovšem není nejčastější. Ke konvertaci, se přistoupí v případě, že došlo ke komplikacím, které nelze řešit laparoskopickou cestou, ale akutním otevřením pacienta v operačním poli, kde byla laparoskopie prováděna. K tomu jsou potřeba jiné nástroje, síta a pomůcky, než se používají k různým druhům laparoskopií.

### **11. Jste nervózní, pokud si nejste jistá, že máte opravdu vše potřebné k operačnímu výkonu?**

Dle výsledku bývají sálové sestry nervózní z této situace **zřídka**.

Tato nečastější shodná odpověď platí i za jednotlivé kliniky.

Při velkém a nečekaném spěchu k operačnímu výkonu, sestry si nemusejí být jistý, zda nezapomněly určité specifické nástroje a pomůcky potřebné k operaci. Pokud se to nezjistí hned před zahájením výkonu, řeší se to v průběhu výkonu ať už na základě požadavku ze stran instrumentářky či operátéra. Mohou vzniknout několika minutové prodlevy z důvodu čekání na dodání na určitý nástroj či pomůcky, který se opomněl či byl nečekaně vyžádán.

### **12. Máte obavy, jestliže se provádí výkon, který jste doposud nedělala?**

Sestry mají nejčastější obavu **někdy** z výkonu, které doposud nedělaly.

Sestry z gynekologicko-porodnických sálů mají **zřídka** tyto obavy. Sestry z neurochirurgických sálů nemají nikdy tyto obavy a však sálové sestry z chirurgické kliniky **někdy**.

Tyto obavy nejspíše pramení ze složitých či závažných operačních postupů.

### **13. Máte obavy, jestliže se provádí výkon, který jste dlouho nedělala?**

Sestry mívají **zřídka** obavy z výkonu, který dlouho nedělaly.

Sálové sestry na gynekologicko-porodnické klinice nemají **nikdy** obavy z tohoto výkonu. Sálové sestry z neurochirurgické kliniky nemají obavu **nikdy** či **někdy**. Chirurgické sály převažují v odpovědi **zřídka** a tím ovlivňují i celkový výsledek za sestry.

Tyto výsledky jsou nejspíše podmíněné tím, že sestry již měly zkušenost z minulé doby s tímto výkonem. Znají ho a ví, co takový operační výkon obnáší.

#### 14. Působí na Vás negativně, budete-li instrumentovat u časově náročného výkonu?

Z výsledku je patrný protiklad, dvě stejné hodnoty na otázku týkající se náročnosti na několikahodinový výkon. Na sestry-instrumentářky působí náročný časový výkon buď **nikdy** či **někdy** negativně. Což je v poněkud rozporuplné.

Pro sestry z gynekologicko-porodnický sálů, je to **vždy** náročné. Pro sestry neurochirurgických sálu to není nikdy. Sálové pocitují tu to negativnost **někdy**.

#### 15. Působila na Vás velmi stresově příprava k akreditaci?

Příprava pro sestry byla **často** velmi stresová.

Pro sálové sestry z gynekologicko-porodnické a neurochirurgické kliniky byla akreditace velmi stresová. Pro sálové sestry z chirurgické kliniky byla příprava k akreditaci **zřídka** či naopak **často** velmi stresová, zde je mého názoru opět rozporuplný výsledek.

Přípravy k akreditaci byly pro všechny kliniky velmi stresové.

**Vybrané tři nejzávažnější situace dle závažnosti, zátěžovosti pro sálové sestry osobně, z patnácti možných situací.**

Pro všechny sálové sestry je nejvíce stresová situace, která se týká **nákaz od pacienta**. Druhá nejvíce zátěžová situace je **smrt pacienta**. Třetí nejvíce zátěžová situace pro sálové sestry je **nevhodné chování osoby z operačního týmu**.

Pro sestry na gynekologicko-porodnické klinice je nejvíce zátěžová též situace týkající se **nákaz od pacienta**. Jako druhá nejvíce zátěžová situace je **smrt pacienta**. Třetí vybraná situace je **nevhodné chování osoby z operačního týmu**.

Sestry z neurochirurgické kliniky považují za nejvíce zátěžové situaci též **nákaza od pacienta**, ale i **smrt pacienta**. Jako druhá nejvíce zátěžová situace je **nevhodné chování osoby z operačního týmu, smrt pacienta, výkon, který jste doposud nedělala a příprava k akreditaci**. Zde každá sálová volila rozdílnou situaci. Ve třetí situaci se jedná



**o manipulaci s přístrojovou technikou, nevhodné chování osoby z operačního týmu, smrt pacienta, příprava k akreditaci.** Opět každá sestra zvolila rozdílně.

Sálové sestry na chirurgické klinice hodnotí jako nejvíce stresovou situaci **nákazu od pacienta**. Jako druhá nejvíce zátěžová situace je **nevhodné chování osoby z operačního týmu**. Třetí situace nejvíce volená situace je, **že chybí nástroj/e či jiný materiál**.

V celkovém hodnocení zátěžových situací lze konstatovat, že i jednotlivé kliniky hodnotí podobně a rozdíly jsou opravdu malé. Je však poněkud alarmující fakt, že se k sálovým sestram chovají určité osoby nevhodně.

Zajímavé je, že tato skutečnost tří nejčastějších zátěžových situací koresponduje z předchozí části dotazníku, kdy sálové sestry hodnotily četnost zátěžových situací.

**Způsoby vyrovnávání sálových sester-instrumentářek se zátěžovými situacemi po pracovní době.**

Sestry nejvíce využívají k vyrovnávání zátěžové situaci **sportovní aktivity**. Jako druhý způsob vyrovnávání byl **spánek** a následně chození na **procházku**. Tuto poslední nejčastější volenou možnost využívá 10 sester.

Žádná sálová sestra nevyužívá způsob vyrovnávání **svěření své nadřízené** a žádná **nevyhledává odbornou pomoc**. To může pramenit z nedůvěry a možné určité obavy přiznat se, že je to opravdu náročné. Nejméně volený způsob vyrovnávání se, byl způsob **jdu např. do kina či naliji si sklenku alkoholu**.

Sestry z gynekologicko-porodnických sálů si nejčastěji jdou **zasportovat**. Druhá nejčastější volba vyrovnávání se, je **nevyrovnávám se nijak**. Třetí způsob obsahuje čtyři shodné výsledky ze stran sester. Jedná se o **využívání relaxačních technik, dám si něco dobrého k jídlu, svěřím se kolegyni, kamarádce, pustím se televizi**.

Z těchto možných způsobů vyrovnávání je poměrně alarmující způsob, kdy se sestry **nevyrovnávají nijak**. Z mého pohledu to není vhodné pro jejich duševní psychohygienu a

vnitřní pohodu sestry. Jako další způsob, který mi nepřipadá vhodný pro vyrovnávání se je, **dám si něco dobrého k jídlu.**

Sestry z neurochirurgických sálů využívají jako formu vyrovnávání se se zátěžovou situací **puštěním televize.** Další způsoby jako **je dám si něco dobrého k jídlu, jdu si zasportovat, po práci si jdu zakouřit, jdu na procházku** využívá stejný počet sester.

Z těchto možných způsobů je dle mého názoru nejméně vhodné si jít zakouřit či si dát něco dobrého k jídlu. Sice to může svým způsobem pomoci, ale není to vhodné z hlediska zdraví sester.

Sálové sestry z chirurgických sálů se nejvíce vyrovnávají za účinku **sportu.** Druhou aktivitou sester je **jít spát.** Jako třetí nejčastější aktivita k vyrovnávání se se zátěžovou situací je **jít na procházku.**

Jako méně vhodné mi připadá *naliji si sklenku alkoholu,* kterou zvolily 2 sestry. Samozřejmě záleží na častosti využívání tohoto způsobu vyrovnávání.

Se zátěžovými situacemi se nejlépe vyrovnávají sestry z chirurgických sálů a nejhůře sestry z neurochirurgické kliniky, ale je to samozřejmě ovlivněné počtem vrácených dotazníků, které byly vráceny.

Sálové sestry jako zdravotnický personál, velice dobře ví, jaký je nejvhodnější způsob vyrovnávání se. Kdo jiný by měl být příkladem zdravého způsobu života a prevence onemocnění než sestry, které mají zároveň k pacientovi nejbližší. A však ne všechny sálové sestry se dle výzkumu drží zdravého způsobu života. Zaměstnavatel se může podílet pouze ve finanční podpoře týkající se například zájezdů či finanční podpoře a nabídek kulturních akcí, zajistit odbornou pomoc apod. Využití sálových sester těchto nabídek zajisté napomáhá odbourávat stres z pracovního prostředí operačních sálů. To, jak se sestra vyrovnává se stresogenní situací je však závislé na typu osobnosti a jejich návycích. Pouze sestry, které mají snahu odbourávat a očišťovat se od stresu, mohou mít lepší výsledky, nežli sálové sestry, které nemají chuť či využívají jiných méně vhodných způsobů odbourávání.

## **Kompetentnost sálových sester**

Z celkového hodnocení sálových sester-instrumentárek lze konstatovat, že ve sféře odborných znalostí, sebe samy hodnotí velice dobře. Lze říci, že opravdu mají kompetence v oblasti teorie, kterou by měly využít v praxi a v dovednostech. Tvrzení, které vypovídá o jejich dovednostech, však vypovídá pravdivě jen přibližně z poloviny. Je velice důležité vědět, jak sestry sebe hodnotí, jelikož je i to určité měřítko jejich kvality, jako profesionálních sester-instrumentárek.

V hodnocení jednotlivých klinik vychází na stejné úrovni gynekologicko-porodnická klinika a chirurgická klinika. Odborné znalosti dle výsledku sálové sestry mají, ale dovednosti hodnotí hůře, v určitém tvrzení, které se konkrétně týká *„Ovládám výkony, které jsou i na sále něčím jedinečným.“* a *„Moje role na sále vyžaduje určitý talent a dovednosti, které většina sester nemá.“*. V těchto tvrzeních sálové sestry naprostou souhlasí, ale v druhém zvolily variantu *nelze odpovědět*. V těchto rozdílných odpovědích se obě kliniky odlišují. Neurochirurgická klinika vychází dle výsledků nerozhodně, co se týče odborných znalostí, ale ve většině případů instrumentářky spíše souhlasí s tímto tvrzením. Co se týče dovedností, jsou zde rozdílné odpovědi, to se hlavně týká s tvrzením *„Ovládám výkony, které jsou i na sále něčím jedinečným.“* Neurochirurgická klinika by tedy dopadla s výsledky hůře, co se týče kompetentnosti sálových sester. Je však důležité brát na zřetel, že sálové sestry vrátily nejméně vyplněných dotazníků a tak jejich výsledek může být zkreslen.

## 9. Závěr

V bakalářské práci jsem se pokusila zmapovat problematiku stresu a pokusila se zjistit, jak jsou časté zátěžové situace v pracovním prostředí operačních sálů, které působí negativně na sálové sestry-instrumentářky vykonávající svou odbornou praxi. Dále bylo mojí snahou zmapovat největší zátěžové situace a zjistit jakým způsobem se s nimi sálové sestry vyrovnávají a rovněž, jak hodnotí sebe samy ve vědomostech a dovednostech.

Mým cílem bylo přiblížit náročnost tohoto zaměstnání, které je svou povahou velmi specifické. Specifické zejména pro svou izolovanost, mající důsledek v nedostatečné prezentaci vůči veřejnosti a nedostatku povědomí ohledně důsledků, které tento druh zaměstnání přináší.

Zaměstnání sestry-instrumentářky je do jisté míry stále zahaleno určitým tajemstvím, které provází pacienta od chvíle, kdy je na operační sál k operačnímu výkonu pacient přivezen, až do doby skončení celého výkonu. Po celou tu dobu se pacient nachází v prostředí, ve kterém zcela ztratil svou intimitu, kde jeho obavy a strach je stále stupňující se. Klade si otázky typu, „Jak celý výkon, celá operace dopadne?“ Ač může vidět téměř celý operační tým, je stále pod vlivem premedikace a stále schopný vnímání vnímá, pokud se nejedná o zvláštní případy. Pod vlivem strachu může sledovat práci sálových sester - anonymních osob s čepicí a rouškou na ústech s ustrojením typickým pro operační sály. Osoby, které v tichosti vše připravují k zahájení operace. Sleduje instrumentářku, jak se obléká do operačního pláště, natahuje rukavice a chystá si vše potřebné na instrumentační stoly. Poté jeho vnímání reality pod vlivem anestézie končí a již nadále nemá možnost vidět, co se v průběhu operačního úkonu odehrává, ani tento proces svými projevy na vědomé úrovni jakkoliv ovlivnit.

Nemá možnost vidět souhru rukou mezi instrumentářkou, operátérem a jeho asistenty s nástroji a pomůckami potřebnými k operaci. Nevidí tu nutnou dávku určitého napětí, které vzniká, pokud sestra pracuje pod jistým nátlakem, aby vše bylo tak, jak má být ke spokojenosti operátéra a asistentů. Aby byla komunikace mezi nimi co nejkvalitnější a celý proces co nejproduktivnější pro dobro pacienta. Nemá možnost vidět, co vše sestra musela obsáhnout, získat v teoriích a svých dovednostech, aby byla dobrá v tom, co dělá.

Už vůbec nevidí, jaké stresogenní faktory se objevují na operačních sálech, se kterými se ani mezi jednotlivými operačními výkony nestačí sálové sestry vyrovnat, poněvadž se opět musí připravit k operačnímu výkonu jiného pacienta.

# Anotace

**Autor:** Jana Klicperová

**Instituce:** Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové  
Oddělení ošetrovatelství

**Název práce:** Profesionální zátěž sálových sester – instrumentářek na operačních sálech

**Vedoucí práce:** Prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.

**Počet stran:** 116

**Počet příloh:** 1

**Rok obhajoby:** 2009

## **Souhrn:**

V bakalářské práci jsem se snažila zasadit klinickou praxi sester-instrumentářek pracujících na operačních sálech do psychosociálního kontextu. Na základě odborné literatury přiblížit tři rozdílná pojetí stresu, ukázat na vztah mezi stresem a zdravím člověka. Popsat typický průběh stresu a jeho vnější projevy a charakterizovat pojem pracovní stres. Charakterizovat pracovní stres sester na operačních sálech a podat přehled hlavních stresogenních faktorů, které působí na sestry pracující na operačních sálech. S oporou v odborné literatuře shrnout praktické postupy, které usnadňují zvládnání akutního stresu. V empirické části bylo mojí snahou určit, jak často na sestry-instrumentářky působí zátěžové situace vyskytující se na operačních sálech pomocí a které zátěžové situace jsou pro sestry osobně nejzávažnější. Zjistit jaké jsou nejčastější způsoby vyrovnávání s těmito situacemi po pracovní době. Jaká je kompetentnost sálových sester na operačních sálech, jak samy sebe hodnotí jako sálové sestry-instrumentářky co do znalostí o svém oboru tak i do dovedností, které by měly mít osvojené.

## **Summary :**

In the thesis I tried to put the clinical practice operating room nurses into the psychosocial context. On the basis of scientific literature I tried to bring three different concepts of stress, show the relationship between stress and human health. Describe the typical history

of stress and its external manifestations and characterize the concept of work-related stress. Characterize work-related stress for nurses operating theater and to give an overview of the main stress factors that act on nurses working in operating rooms.

With support in the scientific literature summarized practices that facilitate the management of acute stress. In the empirical part of my effort was to determine how often stress acts in occurring of the operating room using a stress situation which the sisters are exposed the most personally. Find out what are the most common ways to approach these situations after working hours. What are the mainframe skills of nurses in the operating theater, how to rank themselves as operating room nurses in their field of knowledge and skills to which should be adopted.

## Seznam literatury

1. DUDA, M. a spol., *Práce sestry na operačním sále*. 1.vyd. Praha: GRADA Publishing, spol. s.r.o. 2000, 392 s. ISBN 80-7169-642-0
2. GILLESPIE, B. M., *The Predictors of Resilience in Operating Room Nurses*, Griffith University: 281, 2007
3. GJERGERG, E., & KJOLSROD, L. (2001). The doctor – nurse relationship: How easy is it to be a female doktor co-operating with a female nurse? *Sociale Science and Medicine*, 52, 189-202
4. HRSTKA, Z., VOSEČKOVÁ, A., *Kapitoly z psychologie zdraví 2. díl*, Hradec Králové: UNIVERZITA OBRANY 2008, 64 s. ISBN 978-80-7231-332-7
5. JOSHI, V., *Stres a zdraví*. 1.vyd. Praha: PORTÁL s.r.o. 2007, 156 s. ISBN 978-80-7367-211-9
6. KARASEK, R. A., „*Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign*“. In *Administrative Science Quarterly*, 24, 1979, 285-306
7. KŘIVOHLAVÝ, J., *Jak zvládat stres*. Praha: GRADA AVICENTRUM 1994, 192 s. ISBN 80-7169-121-6
8. KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha: PORTÁL s.r.o. 2003, 279 s. ISBN 80-7178-774-4
9. LAZARUS, R. S., FOLKMAN, S. (1984): *Stress, appraisal and coping*. Springer. New York



10. LYON, B.L.: Stress, Coping, and health. In: Rice, V.H. (Ed.) Handbook of stress, Doping, and Health. Complications for nursing research, Theory and Practice. Thousand Oaks, Sage Publications 2000: 3-23. ISBN 0-7619-1821-3
11. MORTON, H., *Dějiny psychologie*, Praha: PORTÁL s.r.o. 2000, 712 s. ISBN 80-7367-175-1
12. PAYNE, J. a kol., *Kvalita života a zdraví*. 1.vyd. Praha: TRITON 2005, 629 s. ISBN 80-7254-657-0
13. PORTER, S. (1991). A participant observation study of power relation between nurses and doctors in a general hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 728-730
14. ROUBALOVÁ, J., „*Jak ovlivňují pracovní podmínky stres sester*“. In: Odborný informační portál – Instrumentářky. 2005 [1.11.2008].  
[http://instrumentarky.cz/si/detail-clanku-jak-ovlivnuji-pracovni-podminky-stres-sester\\_327.html](http://instrumentarky.cz/si/detail-clanku-jak-ovlivnuji-pracovni-podminky-stres-sester_327.html)
15. SELYE, H. (1976): *Stress in Health and Disease*. Buttersworth, Reading, MA.
15. SNELGROVE, S., & HUGHES, D. (2000). Interprofessional relations between doctors and nurses: perspectives from South Wales. *Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 661-667
16. J. ŠANDEROVÁ, J., „*Životaspráva sester na operačních sálech*“. In: Odborný informační portál – Instrumentářky. 2004 [4.11.2008].  
[http://instrumentarky.cz/si/detail-clanku-zivotasprava-sester-na-operacnich-salech\\_279.html](http://instrumentarky.cz/si/detail-clanku-zivotasprava-sester-na-operacnich-salech_279.html)  
[http://instrumentarky.cz/si/detail-clanku-zivotasprava-sester-na-operacnich-salech-dokonceni\\_280.html](http://instrumentarky.cz/si/detail-clanku-zivotasprava-sester-na-operacnich-salech-dokonceni_280.html)

# Přílohy

## Anonymní dotazník pro sestry

Vážené kolegyně,  
jmenuji se Jana Klicperova a jsem studentkou bakalářského studia Ošetřovatelství na Lékařské fakultě University Karlovy v Hradci Králové. Podílím se na výzkumu, který má název „Profesionální zátěž sálových sester-instrumentárek na operačních sálech“. Prosím Vás o pravdivé vyplnění níže uvedeného dotazníku. Odpovídá se trojím způsobem. Do čtverečku se dělá křížek, číselné odpovědi se zakroužkují a v jednom případě se vypisuje číslo vybrané alternativy.

### Základní údaje o respondentce:

**Věková kategorie:**  20-30 let  31-40 let  41 a více let

**Rodinný stav:**  svobodná  vdaná  rozvedená  jiné (družka, vdova)

**Děti:**  ano  ne **Počet dětí:**..... **Doba praxe na operačních sálech v letech:**.....

**Kouření:**  ano  ne

**Jakýkoliv typ dálkového studia:**  ano  ne

**V následujícím dotazníku označte, jak často na Vás působí následující zátěžové situace. Pomocí pětistupňové škály vyjádřete jejich intenzitu.**

1	2	3	4	5
nikdy	zřídka	někdy	často	

vždy

	1	2	3	4	5
1. Cítíte se velmi unavená ze směnného provozu?	1	2	3	4	5
2. Vadí Vám na sále přítomnost studentů či jiných osob, které nepatří do operačního týmu?	1	2	3	4	5
3. Jste v rozpacích, pokud musíte nutně manipulovat s přístrojovou technikou?	1	2	3	4	5
4. Je pro Vás práce s PC na operačním sále velmi náročná (žádanky na sterilizaci, protokoly)?	1	2	3	4	5
5. Obáváte se nákazy od pacienta s MRSA, hepatitidy typu B, TBC?	1	2	3	4	5
6. Pokud chybí nástroj/e či jiný materiál potřebný k operaci, jste velmi neklidná?	1	2	3	4	5
7. Jste velmi rozrušená, pokud se k Vám někdo z operač. týmu nevhodně chová? (slovní konflikt,..)	1	2	3	4	5
8. Rozbuší se Vám srdce z akutní operační přípravy pacienta v kritickém stavu?	1	2	3	4	5
9. Zasáhne Vás smrt pacienta na operačním sále?	1	2	3	4	5
10. Znervózníte, pokud dojde ke konvertování z laparoskopického výkonu?	1	2	3	4	5
11. Jste nervózní pokud si nejste jistá, že máte opravdu vše potřebné k operač. výkonu?	1	2	3	4	5
12. Máte obavy, jestliže se provádí výkon, který jste doposud nedělala?	1	2	3	4	5
13. Máte obavy, jestliže se provádí výkon, který jste dlouho nedělala?	1	2	3	4	5

14. Působí na Vás negativně, budete-li instrumentovat u časově náročného výkonu?	1	2	3	4	5
15. Působila na Vás velmi stresově příprava k akreditaci?	1	2	3	4	5

**Z následující tabulky vyberte a seřadte dle závažnosti, zátěžovosti pro Vás osobně, 3 situace a vypište je číselně na vyznačené místo vedle tabulky.**

1. směnný provoz
2. přítomnost studentů či jiných osob
3. manipulace s přístrojovou technikou
4. práce s PC
5. nákaza od pacienta s MRSA, hepatitidy typu B, TBC,..
6. chybí nástroj/e či jiný materiál
7. nevhodné chování osoby z operačního týmu
8. operační příprava akutního pacienta v kritickém stavu
9. smrt pacienta
10. konvertování z laparoskopického výkonu
11. nejistota, že máte opravdu vše potřebné k operačnímu výkonu
12. výkon, který jste doposud nedělala
13. výkon, který jste dlouho nedělala
14. instrumentování u časově náročného výkonu
15. příprava k akreditaci

**Vaše 3 nejzávažnější situace:**

- a) .....  
b) .....  
c) .....

**Jakým způsobem se vyrovnáváte Vámi uvedenými zátěžovými situacemi po pracovní době? Zaškrtněte nejvýše 3 způsoby, které se Vám osobně osvědčily.**

<input type="checkbox"/> nevyrovnávám se nijak	<input type="checkbox"/> po práci si jdu zakouřit	<input type="checkbox"/> svěřím se kolegyni, kamarádce	<input type="checkbox"/> vyhledám odbornou pomoc
<input type="checkbox"/> jdu na procházku	<input type="checkbox"/> jdu si zasportovat	<input type="checkbox"/> pustím si televizi	<input type="checkbox"/> jdu např. do kina
<input type="checkbox"/> dám si něco dobrého k jídlu	<input type="checkbox"/> využívám relaxačních technik	<input type="checkbox"/> vezmu si uklidňující prostředek	<input type="checkbox"/> koupím si něco pro sebe
<input type="checkbox"/> svěřím se nadřízené	<input type="checkbox"/> svěřím se rodině	<input type="checkbox"/> naliji si sklenku alkoholu	<input type="checkbox"/> jdu spát

**Z následujícího dotazníku o kompetenci sálových sester označte číslici, která označuje jednu z pěti alternativ odpovědí.**

1	2	3	4	5	N
nesouhlasím odpovědět	spíše nesouhlasím	těžko rozhodnout	spíše souhlasím	souhlasím	nelze

1. Skutečnost, že pracuji na operačním sále, sama dokládá, že mám dostatek zkušeností.	1	2	3	4	5	N
2. Mám potřebné schopnosti a dovednosti, abych úspěšně vykonávala povolání sálové sestry.	1	2	3	4	5	N
3. Vyznám se v plnění všech povinností, které práce na sále přináší.	1	2	3	4	5	N
4. Když mně na sále pověří nějakou činností, v níž si nejsem úplně jistá, dokážu na základě svých zkušeností zvolit to, co by se asi v této situaci hodilo.	1	2	3	4	5	N
5. Už jsem se naučila, „jak to na sále chodí“.	1	2	3	4	5	N
6. Dokážu bravurně zvládnout všechny úkoly, které souvisejí s mojí rolí na sále.	1	2	3	4	5	N
7. Moje role na sále vyžaduje určitý talent a dovednosti, které většina sester nemá.	1	2	3	4	5	N
8. Ovládám výkony, které jsou i na sále něčím jedinečným.	1	2	3	4	5	N
9. Dokážu bez problémů pracovat s přístroji, které máme jako sestry na sále k dispozici.	1	2	3	4	5	N
10. Umím správně používat odborné terminologii, s níž se na sále pracuje.	1	2	3	4	5	N

11. Dokážu používat odborné poznatky při poskytování předoperační péče pacientům.	1	2	3	4	5	N
12. Myslím, že mám dostatek odborných znalostí k tomu, abych mohla úspěšně pracovat na operač. sále.	1	2	3	4	5	N

Děkujeme za spolupráci a projděte ještě jednou dotazník, jestli jste někde nevynechaly odpověď.