

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ

ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

SUBJEKTIVNÍ POCITY ÚNAVY SESTER

Bakalářská práce

Autor práce: **Renáta Hejná**

Vedoucí práce: **PhDr. RNDr. Jirkovský Daniel Ph.D., MBA**

2011

CHARLES UNIVERSITY OF PRAGUE
MEDICAL FACULTY OF HRADEC KRÁLOVÉ

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING

NURSES SUBJECTIVE PERCEPTION OF FATIGUE

Bachelor thesis

Autor: **Renáta Hejná**

Academic advisor: **PhDr. RNDr. Jirkovský Daniel Ph.D., MBA**

2011

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové 29. 4. 2011

.....

(podpis)

Děkuji PhDr. RNDr. Danielu Jirkovskému Ph.D., MBA za cenné rady a připomínky, kterými přispěl k vypracování této bakalářské práce a za čas, který mi věnoval. Zároveň děkuji FN Motol za možnost provedení dotazníkového šetření a respondentům, kteří se na výzkumu podíleli.

OBSAH

ÚVOD.....	8
1 TEORETICKÁ ČÁST BAKALÁŘSKÉ PRÁCE.....	11
1.1 CHARAKTERISTIKA ANESTEZIOLOGICKO-RESUSCITAČNÍHO ODDĚLENÍ.....	11
1.1.1 Pracovní činnosti sester v resuscitační péči.....	12
1.1.2 Specializační vzdělávání sester	12
1.2 ÚNAVA.....	14
1.2.1 Definice	14
1.2.2 Druhy únavy	14
1.2.3 Fyziologická únava.....	16
1.2.4 Patologická únava.....	16
1.2.5 Únava a zaměstnání	17
1.3 PRACOVNÍ ZÁTĚŽ A STRES.....	19
1.3.1 Druhy zátěže	20
1.3.2 Stres	21
1.3.2.1 Definice stresu.....	21
1.3.2.2 Reakce na stres	22
1.3.2.3 Fáze stresu	23
1.3.2.4 Teorie stresu a distresu.....	23
1.3.2.5 Vliv stresu na zdraví.....	24
1.3.2.6 Dovednosti zvládání stresu	25
1.3.2.7 Techniky zvládání stresu.....	26
1.3.3 Zaměstnání a stres	26
1.3.4 Fyzická a psychická zátěž všeobecných sester.....	29
1.3.5 Vztahy na pracovišti	30
1.4 SYNDROM VYHOŘENÍ.....	32
1.4.1 Definice	32
1.4.2 Příčiny.....	32
1.4.3 Příznaky	33
1.4.4 Diagnostika.....	34
1.4.5 Fáze.....	34

1.4.6	Prevence	35
1.4.7	Zvládání pocitu vyhoření.....	37
2	EMPIRICKÁ ČÁST BAKALÁŘSKÉ PRÁCE	38
2.1	CÍLE EMPIRICKÉ ČÁSTI A PRACOVNÍ HYPOTÉZY	38
2.2	METODIKA	40
2.2.1	Hodnocení za skupinu pracovníků	41
2.2.2	Individuální diagnostika	43
2.3	ORGANIZACE ŠETŘENÍ.....	44
2.4	CHARAKTERISTIKA SOUBORU	45
2.5	PŘEHLED VÝSLEDKŮ VLASTNÍHO ŠETŘENÍ	46
2.5.1	Denní směna	46
2.5.1.1	Únava CNS.....	46
2.5.1.2	Úbytek motivace	47
2.5.1.3	Somatické příznaky únavy	48
2.5.1.4	Souhrn sledovaných oblastí za denní směnu.....	50
2.5.2	Noční směna	52
2.5.2.1	Únava CNS.....	52
2.5.2.2	Úbytek motivace	53
2.5.2.3	Somatické příznaky únavy	55
2.5.2.4	Souhrn sledovaných oblastí za noční směnu.....	56
2.5.3	Individuální diagnostika	58
2.5.3.1	Individuální diagnostika za denní směnu	58
2.5.3.2	Individuální diagnostika za noční směnu	60
2.6	DISKUSE	62
	ZÁVĚR	65
	ANOTACE	68
	LITERATURA A PRAMENY	70
	SEZNAM ZKRATEK	72

SEZNAM GRAFŮ	73
SEZNAM TABULEK.....	74
SEZNAM PŘÍLOH.....	75
PŘÍLOHY	76

ÚVOD

Profese všeobecných sester se vždy řadila mezi náročná povolání. Nejedná se však pouze o fyzické nároky, sestry jsou vystaveny také duševnímu a mnohdy duchovnímu stresu.

Každé zdravotnické pracoviště nabízí odlišnou úroveň obtížnosti. Na základě vlastní zkušenosti mohu potvrdit, že práce na oddělení ARO je pro sestry na tomto oddělení nejenom velmi obohacující, ale zároveň těžká a mnohdy unavující.

Vzhledem ke zvyšujícím se požadavkům na vědomosti, profesní kompetence a technické zdatnosti sester je velmi pravděpodobné, že sestry budou stále častěji vnímat pocity únavy z pracovního stresu.

Na Klinice anesteziologie a resuscitace UK 2. LF a FN Motol se počet sester pohybuje okolo osmdesáti, tudíž jsem během své mnohaleté praxe měla široké možnosti pozorovat různou úroveň vyčerpání nejenom u mých kolegyně, ale i sama na sobě.

Z tohoto důvodu jsem se rozhodla této problematice věnovat i v mé bakalářské práci a pokusit se detailně analyzovat míru subjektivních pocitů únavy u sester pracujících na tomto oddělení.

V teoretické části bakalářské práce se věnuji základním poznatkům, které souvisejí s řešenou problematikou subjektivně vnímaných pocitů únavy. Zabývám se zde také charakteristikou pracovní činnosti na anesteziologicko–resuscitačních odděleních. Dále se zmiňuji v této části práce o základních pojmech řešené problematiky – únavou, pracovní zátěží, pracovním stresem a syndromem vyhoření.

K vlastnímu šetření jsem si zvolila standardizovaný dotazník Subjektivních pocitů únavy, který byl vyvinut v japonské asociaci průmyslového zdraví. Tento dotazník je zaměřen na zjištění míry subjektivně vnímaných pocitů únavy respondentů ve třech základních oblastech: oblasti únavy centrálního nervového systému (dále CNS); oblasti úbytku motivace a oblasti somatických příznaků únavy.

CÍLE PRÁCE

Hlavním záměrem předkládané práce je objektivizovat míru pocitů pracovní únavy všeobecných sester zařazených na lůžkových resuscitačních odděleních Kliniky anesteziologie a resuscitace UK 2. LF a FN Motol. V souvislosti s tím byly stanoveny následující cíle bakalářské práce:

- 1) přinést základní přehled poznatků souvisejících s řešenou problematikou;
- 2) všeobecným sestřám zařazeným na lůžkových resuscitačních odděleních Kliniky anesteziologie a resuscitace UK 2. LF a FN Motol zadat standardizovaný Dotazník subjektivních pocitů únavy a zároveň provést základní primární a statistickou analýzu získaných dat;
- 3) v rámci skupinové diagnostiky provést faktorovou analýzu zaměřenou na subjektivní pocity únavy CNS, úbytek motivace, somatické příznaky únavy a hrubý skór;
- 4) provést individuální diagnostiku (klasifikaci) únavy na začátku a na konci pracovní směny s cílem zjistit kolik sester nastupuje na pracovní směnu s výraznými pocity únavy (s rekuperačním mankem);
- 5) zjistit zda a případně u jak velké skupiny sester dochází v průběhu pracovní směny ke strmému nárůstu subjektivních pocitů únavy.

PRACOVNÍ HYPOTÉZY

V návaznosti na stanovené cíle bakalářské práce byly stanoveny následující pracovní hypotézy:

- 1) předpokládáme, že porovnáním výsledků vlastního šetření s referenčními hodnotami uvedenými v platné metodice dojde k výraznému překročení kritických hodnot únavy CNS a somatických příznaků únavy před koncem denní i noční pracovní směny;
- 2) předpokládáme, že porovnáním výsledků vlastního šetření s referenčními hodnotami uvedenými v platné metodice nedojde k překročení kritických hodnot motivace respondentek k práci před koncem denní i noční pracovní směny;
- 3) u většiny respondentek předpokládáme, že dojde k překročení kritických hodnot hrubého skóru na konci denní i noční dvanáctihodinové pracovní směny;
- 4) ve výsledcích zjištěných v rámci skupinové diagnostiky očekáváme, že na začátku a před koncem denní dvanáctihodinové pracovní směny bude u respondentek zjištěna

vyšší intenzita únavy CNS než na začátku a před koncem noční dvanáctihodinové pracovní směny;

- 5) předpokládáme, že na noční dvanáctihodinovou pracovní směnu nastupuje se subjektivními pocity únavy více sester než na denní dvanáctihodinovou pracovní směnu.

1 TEORETICKÁ ČÁST BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Teoretická část bakalářské práce má tradiční strukturu. V úvodu se zmíníme o charakteru práce na oddělení anesteziologie a resuscitace. V dalších částech se budeme zabývat problematikou únavy, pracovní zátěže, pracovního stresu a v závěru teoretické části se zmíníme o problematice syndromu vyhoření.

1.1 Charakteristika anesteziologicko-resuscitačního oddělení

Anesteziologicko–resuscitační oddělení se zabývá problematikou diagnostiky, léčby a prevence u pacientů, u kterých došlo k selhání základních životních funkcí. Jednotky intenzivní péče dělíme na několik stupňů v závislosti na úrovni poskytované péče.

- *Intenzivní péče I. stupně* – je poskytována v okresních nemocnicích, zajišťují monitoraci a na tomto typu oddělení je též možná krátkodobá ventilace pacienta.
- *Intenzivní péče II. stupně* – na tomto typu oddělení je možná dlouhodobá ventilace pacienta. Na těchto odděleních je možná invazivní monitorace (bez použití některých speciálních metod, např. měření intrakraniálního tlaku, katetrizace plicnice)
- *Intenzivní péče III. stupně* – zde je pacientům poskytována komplexní péče včetně zajištění speciálních diagnostických, terapeutických a monitorovacích postupů. (Ševčík, Černý, Vítovec, 2003)

Mezi nejčastější důvody přijetí na tento typ oddělení patří polytraumatizovaní pacienti, pacienti s náhlým zhoršením stavu během hospitalizace ve zdravotnickém zařízení a v neposlední řadě také pacienti po rozsáhlých operačních výkonech, kteří vyžadují intenzivní ošetrovatelskou péči.

1.1.1 Pracovní činnosti sester v resuscitační péči

Na anesteziologicko–resuscitačním oddělení jsou hospitalizováni pacienti, kteří jsou v bezprostředním ohrožení života.

Mezi hlavní činnosti všeobecných sester na tomto typu oddělení patří:

- **Ošetrovatelská péče** – do této oblasti patří nepřetržitá monitorace, kontrola a vyhodnocování fyziologických funkcí pacientů. Hlavním aspektem práce sestry je ošetrovatelský proces. Na základě ošetrovatelské anamnézy sestra průběžně plánuje, vykonává a hodnotí ošetrovatelskou péči v rámci svých kompetencí. Provádí odběr biologického materiálu neinvazivní cestou. Pečuje o kůži a dbá na prevenci vzniku dekubitů. Ošetřuje invazivní vstupy klientů. Pečuje o dýchací cesty – odsává sekrety z horních dýchacích cest při umělé plicní ventilaci, pečuje o endotracheální a tracheostomickou kanylu. Spolupracuje s rehabilitačním terapeutem při mobilizaci pacienta. Dbá na o nutriční potřeby pacienta spolu s nutričním terapeutem. Provádí edukační činnost v oblasti ošetrovatelské péče pacientů.
- **Na základě ordinace lékaře** – může sestra podávat léčivé přípravky a nitrožilní injekce a infúze s výjimkou dětí do 3 let. Dále aplikuje kyslíkovou terapii, ošetřuje operační rány a drény. Dle ordinace zavádí sondy a pečuje o ně, aplikuje do nich výživu a léčiva podle ordinace lékaře.

1.1.2 Specializační vzdělávání sester

Vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků probíhá v souladu s požadavky Evropské unie. Systém vzdělávání zdravotnických pracovníků probíhá ve třech základních úrovních:

- **Primární úroveň** – základní devítiletá škola
- **Sekundární vzdělávání** – probíhá na středních školách a je ukončeno maturitní zkouškou. Střední zdravotnické vzdělání je možné v oboru zdravotnický asistent, ale tito absolventi mohou pracovat ve zdravotnickém zařízení pouze pod odborným dohledem.
- **Terciální sféra** – zahrnuje vzdělání na vyšších odborných školách nebo vysokých školách v bakalářském studijním programu ošetrovatelství. Po ukončení tohoto typu studia je všeobecná sestra způsobilá k výkonu povolání bez odborného dohledu. (Kapounová, 2007)

Registrace sester

Podmínkou pro výkon povolání bez odborného dohledu je získání odborné způsobilosti a registrace nelékařských zdravotnických pracovníků. Cílem registrace nelékařských zdravotnických pracovníků je účast na programu celoživotního vzdělávání, zvyšování a prohlubování vědomostí a dovedností. Registrační období se vydává na dobu šesti let a během tohoto období je nutné, aby tito registrovaní pracovníci získali 40 kreditních bodů v programu celoživotního vzdělávání, aby jim mohla být registrace prodloužena na dalších šest let. Kreditní body pracovníci získávají za pasivní nebo aktivní účast na školicích akcích, kongresech, absolvováním certifikovaných kurzů nebo dalším studiem na vysoké škole.

Hlavní význam registrace nelékařských zdravotnických pracovníků je záruka poskytování kvalitní úrovně péče pacientům.

1.2 Únava

Vznik únavy je spojen s každou činností našeho těla, ať už se jedná o únavu fyzickou nebo únavu duševní. Podstatou únavy se zabývala řada autorů, např. Scherrer, Hrnčič, Jančík, Závodná a Novotná. Únava byla dobře prozkoumána z fyziologické stránky, především u fyzické zátěže organismu a s ní související svalovou prací. Psychická zátěž byla prozkoumána v menší míře, protože studium tohoto typu únavy je podstatně náročnější.

1.2.1 Definice

Únavou nazýváme jak subjektivní pocity vnímaného jedince, tak i objektivní změny organismu, které se objevují při zátěži, která může mít charakter fyzický (tělesná zátěž), psychosenzorický nebo mentální. (Scherrer, 1995)

Hrnčič (2007) uvádí definici únavy jako „celkový stav organismu následkem tělesného nebo psychického zatížení“. (Hrnčič, 2007, s. 57)

Scherrer (1995) definuje obecně fyzickou únavu jako „pokles výkonnosti a neschopnost pokračovat v pohybové aktivitě“. (Scherrer, 1995, s. 9)

1.2.2 Druhy únavy

Základní dělení únavy je na únavu fyziologickou (běžnou, která odezní po dostatečném odpočinku) a únavu patologickou, která je z pohledu fyziologie závažnější a vzniká po nedostatečném odpočinku při fyziologické únavě nebo při vyčerpání organismu a selhání kompenzačních mechanismů.

Další dělení únavy je možné z hlediska jejího zdroje, a to na únavu fyzickou a psychickou.

Z hlediska rychlosti nástupu únavy můžeme únavu dělit na dva stupně – pomalu nastupující únavu a rychle nastupující únavu.

- *Pomalou nastupující únava* – je charakterizovaná dostatečnou dodávkou kyslíku (za aerobních podmínek) organismu a je omezena zásobou glykogenu organismu.
- *Rychle nastupující únava* – pro tento druh únavy je typická zvýšená produkce laktátu a rozvoj metabolické acidózy. Za podmínky nárůstu aerobní zátěže organismus

nemusí být schopen zajistit potřebnou dodávku kyslíku svalové tkáni – v organismu dojde k nadprodukci laktátu, který je způsoben anaerobním metabolismem. Dochází k úbytku zásob glykogenu organismu a následuje hypoglykemie.

(Jančík, Závodná, Novotná, 2006)

Graf 1: Únava



(Jančík, Závodná, Novotná, 2006)

1.2.3 Fyziologická únava

Paulík (2010) v Psychologii lidské odolnosti uvádí, že fyziologickou únavu můžeme chápat jako „přirozenou reakci na vynaložené úsilí, energii či námahu“, kterou „lze v podstatě odstranit přirozeným odpočinkem“. (Paulík, 2010, s. 70)

Za vznikem fyziologické únavy jsou přímo zodpovědné změny vnitřního prostředí organismu, především nahromadění laktátu jako metabolitu práce svalů. Tyto změny se projevují jako příznaky místní nebo celkové. (Hrnčář, 2007)

- **Místní** – únava malých skupin svalů
- **Celkové** – postihuje větší skupiny svalů, vyskytuje se častěji než místní únava (Jančík, Závodná, Novotná, 2006)

Z nejčastějších příznaků fyziologické únavy můžeme vyjmenovat následující: zrychlení tepové frekvence, zrychlené dýchání, pocení, pokles výkonnosti organismu, lehké poruchy neuromuskulárního svalstva, koordinace mimických svalů a svalů ruky. (Hrnčář, 2007)

1.2.4 Patologická únava

„Patologická únava je závažnější, souvisí s vyčerpáním běžných energetických zdrojů v důsledku intenzivní, neúměrně dlouho trvající námahy, případně se na jejím vzniku podílí i snížená výkonnost organismu.“ (Paulík, 2010, s. 70–71)

Patologická únava vzniká při překonání prahu fyziologické zátěže organismu nebo při intenzivní svalové práci. Tento druh únavy ale může vzniknout též při nedostatečném odpočinku a rekonvalescenci svalů. (Hrnčář, 2007)

Patologickou únavu dělíme na akutní a chronickou:

1) **Akutní** – akutní patologickou únavu můžeme dále rozdělit na dva stupně:

- **Přetížení** – je lehčím stupněm akutní patologické únavy, dochází k prohlubování fyziologických příznaků únavy. Z příznaků můžeme v této oblasti vyjmenovat např. křeče, nauzea, bledost, pocení, mělký tep. (Jančík, Závodná, Novotná, 2006)

- *Schvácení* – je projevem těžkého stupně akutní patologické únavy, který může skončit smrtí jedince. (Jančík, Závodná, Novotná, 2006)
- 2) **Chronická** – je výsledkem déletrvajících přetěžování. Můžeme ji nazvat též přepracováním nebo přetrénováním. Projevuje se trvalou přítomností pocitu únavy, vyčerpáním a nedostatkem energie. (Paulík, 2010)

1.2.5 Únava a zaměstnání

V zaměstnání můžeme rozlišit dvě hlavní oblasti únavy - únavu psychosenzorickou (únava smyslů) a mentální únavu (pozornost).

Psychosenzorická únava zahrnuje především únavu zraku a sluchu. Únava zraku se projevuje především nepříjemnými pocity v okohybných svalech nebo svalech zornice či čočky. Vysoká frekvence kontrakcí těchto svalů oka je odpovědná za vznik únavy. Za náročnou činnost pro oko můžeme považovat rychlé změny akomodace čočky nebo častější změny intenzity světla. Únava sluchu se objevuje především jako důsledek delšího pobytu v hlučném prostředí. Za velice nepříjemné považujeme zvuky pro naše ucho, vnímané jako ostré či hlasité a které náš sluchový systém zastihne nepřipravené, tj. že je nečekáme, nejsme na tento náhlý hluk připraveni. (Scherrer, 1995)

Psychická zátěž a mentální únava jsou též velice častým zdrojem únavy v zaměstnání. S přibývajícím časem pobytu v zaměstnání můžeme u pracovníků pozorovat úbytek pozornosti a pokles mentální výkonnosti, což bylo dokázáno řadou testů.

Podle druhu práce můžeme rozlišit únavu:

- Při práci s převahou síly – do této oblasti zahrnujeme povolání převážně manuálního charakteru.
- Posturální únavu – tento druh únavy je podmíněn nepřírozenou pracovní pozicí pracovníka.
- Únavu při psychosenzorických zátěžích – zde se objevuje spolu s psychickou zátěží pracovníka i fyzická náročnost profese. (Scherrer, 1995)

Na vzniku pracovní únavy se podílí celá řada faktorů jak vnějších, tak vnitřních. Z vnějších faktorů ovlivňuje naši pracovní činnost především okolní teplota a práce ve vysoké nadmořské výšce, kdy dochází ke snížení dodávky kyslíku tkáním. Z vnitřních faktorů má vliv na vznik únavy u pracovníků především nedostatečný odpočinek pracovníků a narušení cirkadiálních rytmů při práci ve směnném provozu. Ve směnném provozu mají pracovníci v nočních hodinách tendenci podávat nižší výkon a práce v noci je celkově hodnocena jako více namáhavá. Proto by měli ve směnném provozu pracovat pouze osoby, které tyto změny v cirkadiálních rytmech tolerují. Rychlost nástupu únavy organismu ovlivňuje také věk a stupeň schopnosti adaptovat se na zátěž. (Scherrer, 1995)

1.3 Pracovní zátěž a stres

V zaměstnání trávíme podstatnou část svého života, proto je velice důležitá schopnost člověka se adaptovat v pracovním procesu. V každé profesi můžeme nalézt různé zdroje stresových situací, které vyplývají z charakteru vykonávané práce. Problematikou pracovní zátěže a pracovního stresu se zabývali např. Hladký, Židková a Křivohlavý.

Autorka Židková ve svém článku uvádí: „pojem pracovní podmínky je každému znám, málokdo má však jasnou představu, co vše představuje. Výčet obvykle zahrnuje prostorové řešení pracoviště, fyzikální, chemické a biologické faktory“, dále zde také uvádí, že „do pracovních podmínek patří také fyzická a psychická zátěž, která na člověka v práci působí.“(Židková, 2004, s. 10)

Paulík ve svém díle tvrdí, že „schopnost adaptovat se efektivně na pracovní zátěž je jednou z nutných podmínek profesionálního uplatnění člověka“ (Paulík, 2010, s. 135). V každé profesi jsou různé úkoly a situace, které za určitých podmínek mohou vyvolat stresovou reakci. Pracovní zátěž tvoří podstatnou část celkové životní zátěže. V oblasti pracovní zátěže lze též použít stupnici životních událostí T. H. Holmes a R. N. Raheho (1967, uvedené v příloze C), kde nalezneme i položky z oblasti pracovní zátěže (např. propuštění ze zaměstnání, odchod pracovníka do důchodu apod.). (Paulík, 2010)

Paulík dále uvádí v souvislosti s pracovní zátěží pojem pracovní kapacita, který definuje jako „souhrnný údaj o aktuálním stavu vnitřních faktorů pracovní adaptace organismu zajišťujících přípravu na zvládnutí pracovních nároků“ (Paulík, 2010, s. 136). Dále také uvádí, že podle „H. Luczaka (1971) je pracovní kapacita rozhodující pro míru námahy ve stresové (pracovní) situaci a spolu s individuální vytrvalostí ovlivňuje velikost únavy organismu. G. C. D. Burger (1964) teoreticky stanovil maximální pracovní kapacitu jedince jako nejvyšší snesitelnou zátěž. Maximální pracovní kapacita je pak měřítkem k určení zátěže konkrétní pracovní činnosti, která se vyjadřuje v procentech maximální kapacity.“ (Paulík, 2010, s. 136)

1.3.1 Druhy zátěže

Pracovní zátěží se zabývali např. autoři Hladký, Židková, kteří uvádějí: „Definice zátěže je obecná, týká se jakéhokoli druhu vlivů, které na člověka jako na bio-psycho-sociální systém působí. Podle charakteru působících podnětů a primárních reakcí lze odlišit tři druhy zátěže.

1. Biologická zátěž (stres): činitelé mají fyzikální, chemickou či biologickou povahu, organismus odpovídá primárně biologicky, psychické reakce jsou následné a druhotné.
2. Fyzická zátěž (stres): požadavky se týkají primárně svalové činnosti, organismus funguje jako zdroj energie. Pracovní fyziologie odlišuje práci dynamickou (kritériem je energetický výdej, stah a uvolnění svalu se střídá v trvání méně než 3 sekund), práci statickou (kritériem je podíl maximální síly kontrakce svalu, ke střídání stahu a uvolnění svalu dochází v době delší než 3 sekund) a práci vykonávanou v nevhodné poloze těla. Svalová činnost se odráží v psychickém prožívání (percepce zátěže).
3. Psychická zátěž (stres): proces primárně psychického zpracovávání a vyrovnávání se s požadavky životních a pracovních situací. Tělesné reakce jsou druhotné, vyvolávané psychickým procesem. V této oblasti lze odlišit tři druhy:
 - Senzorická zátěž vyplývá z požadavků na činnost periferních smyslových orgánů a jim odpovídajících struktur centrálního nervového systému.
 - Mentální zátěž vyplývá z požadavků na zpracování informací, kladoucích nároky na pozornost, paměť, představivost, myšlení a rozhodování.
 - Emoční zátěž vyplývá ze situací a požadavků, které vyvolávají afektivní (citovou) odezvu.“ (Hladký, Židková, 1999, s. 8)

Výše jmenovaní autoři dále uvádějí, že: „Pracovní zátěž resp. pracovní stres představuje určitou vyčleněnou kategorii celkové životní zátěže či stresu, spojenou s pracovními podmínkami v širokém smyslu. Jde vždy o nerozlučné spojení komponent tělesných a duševních s tím, že při některých pracovních činnostech dominuje více práce svalů, spojená s výdejem tělesné energie, kdežto v jiných více činnost duševní, spojená s příjmem a zpracováváním informací. Za přiměřenou pracovní zátěž pokládáme takovou

úroveň požadavků a podmínek, kterou lze zvládnout v rámci adaptačních možností člověka. Nepřiměřená zátěž může být nedostatečná (podtížení, jednostranná zátěž) nebo nadměrná (přetížení). Přetížení může být kvalitativní (množství úkolů, činnosti, podnětů, informací) nebo kvantitativní (vysoká náročnost či obtížnost pracovního úkolu).“ (Hladký, Židková, 1999, s. 9)

1.3.2 Stres

V našem životě se neustále setkáváme s určitým množstvím podnětů, které zpracováváme a na které reagujeme. Nedostatek těchto podnětů vede k nudě a v mezním případě může vést i k deprivaci, která je také silným stresorem. Stres a stresové mechanismy jsou pro život velice důležité, protože v menších dávkách organismus stimuluje a při ohrožení i zachraňuje. (Večeřová-Procházková, Honzák, 2008)

1.3.2.1 Definice stresu

V současné době existuje mnoho možností a způsobů jak definovat stres z různých úhlů pohledu. Vzhledem k řešené problematice a zaměření mé bakalářské práce jsem se rozhodla vybrat tyto následující definice:

H. Selyem (1950) je definován stres z fyziologického pohledu jako „charakteristická fyziologická odpověď na poškození nebo ohrožení organismu, které se projevuje prostřednictvím adaptačního syndromu; ten přímo ovlivňuje zdraví tím, že vyvolává nadměrnou a trvalou aktivaci nervového sympatického systému nebo systému adrenokortikálního, posléze poškození systému imunitního“. (Hartl, Hartlová, 2004, s. 568)

Další definici stresu z fyziologického hlediska uvádí Trojan (2003): „Stres je nespecifická (stereotypně nastávající) reakce organismu na zátěžové vlivy (stresory), které mohou být mentální (strach, vztek), fyzikální (zima, horko), traumatické, ale působí tu i silná námaha, hypoglykemie, hypoxie a podobné změny, které ohrožují organismus.“ (Trojan, 2003, s. 504)

Křivohlavý (2009) v Psychologii zdraví uvádí, že: „Pro definici stresové situace je podstatný poměr mezi mírou (intenzitou, velikostí, tlakem apod.) stresogenní situace (stresoru či stresorů) a „silou“ (schopnostmi a možnostmi apod.) danou situací zvládnout. O stresové situaci (o stresu) hovoříme jen v tom případě, že míra intenzity stresogenní situace

je vyšší než je schopnost či možnost daného člověka tuto situaci zvládnout. Obecně jde o tzv. nadlimitní – nadhraniční zátěž. Ta vede k vnitřnímu napětí (strain) a ke kritickému narušení rovnováhy (homeostázy) organismu.“ (Křivohlavý, 2009, s. 170-171)

1.3.2.2 Reakce na stres

Atkinson (2003) ve svém díle rozděluje stresové reakce na dvě velké skupiny:

1. *Psychické*

- *Úzkost* – je nejčastější reakcí na stresor, úzkost je nepříjemná emoce, která bývá charakterizována jako „starost, napětí, strach“.
- *Vztek a agrese* – je druhou nejčastější reakcí, vztek ve svém důsledku může vést k agresi. Pokud osobě, která usiluje o nějaký cíl klademe do cesty překážky, dojde u této osoby k vyvolání agresivního pudu.
- *Apatie a deprese* – jedinec se začne uzavírat do sebe, pokud stresory trvají delší časové období a nejsou danou osobou zvládnuty, může apatie přerůst v depresi.
- *Oslabení kognitivních funkcí* – kognitivní funkce bývají oslabeny ze dvou příčin, které mohou narušovat. První příčina je dána vysokou hladinou emoční aktivity a druhou příčinou jsou rušivé elementy.

2. *Fyziologické*

- *Reakce útok nebo útek* – naše tělo se připravuje na zvládnutí stresové situace bez ohledu na druh stresoru. Dojde ke zvýšení metabolismu a organismus je v pohotovosti.
- *Stres a odolnost* – občasný stres má na organismus pozitivní vliv, protože posiluje jeho odolnost a později vede ke stresové toleranci.
- *Vliv stresu na zdraví* – „Pokusy přizpůsobit se trvalé přítomnosti stresu mohou člověka natolik tělesně vyčerpat, že se stane méně odolným vůči nemoci.“ (Atkinson, 2003, s. 499) U těchto osob se objevují poruchy imunitního systému a organismus se stává méně odolným vůči bakteriím a virům, dále se objevují nejčastěji poruchy kardiovaskulárního systému. (Atkinson, 2003)

1.3.2.3 Fáze stresu

Nejznámějším dělením stresových reakcí z fyziologického pohledu je Selyeho obecný adaptační syndrom (General Adaptation Syndrom, dále jen GAS), který rozlišuje stresovou reakci do tří fází:

- **První fáze GAS** – je tzv. poplachová reakce, je to první reakce organismu na stresor. Paulík zde uvádí, že „tato fáze je vytvářena složitými biochemickými změnami, které jsou spojeny s vylučováním adrenalinu, glukózy a jiných látek do krve a umožňují pohotovému uvolnění energie.“ (Paulík, 2010, s. 46)
- **Druhá fáze GAS** – fáze rezistence, je charakterizovaná relativním zklidněním, dochází k mobilizaci energie. V této fázi může dojít k zastavení stresové reakce, pokud již nebezpečí pominulo nebo naopak organismus zůstává i nadále trvale v pohotovosti, protože působení stresorů na organismus trvá, přísun energie není pro daný organismus dostačující a adaptace není účinná.
- **Třetí fáze GAS** – je stádiem vyčerpanosti. Nastává, pokud je působení stresoru příliš dlouhé a dojde k vyčerpání adaptačních možností a schopností organismu. Pokud působí stresory i nadále, mohou být pro organismus fatální. (Paulík, 2010)

1.3.2.4 Teorie stresu a distresu

Křivohlavý (2009) dělí tyto teorie do následujících oblastí:

- **Kognitivní teorie stresu** – tato teorie vychází z předpokladu omezené kapacity našich kognitivních schopností.
- **Emocionální teorie stresu** – tato teorie klade důraz na emoce a ukazuje, že „stres vede k pocitům neuspokojení potřeb (frustraci) a frustrace se projevuje sníženou motivací, popřípadě agresí.“ (Křivohlavý, 2009, s. 173)
- **Teorie bezmoci a naučené bezmocnosti** – tzv. naučená bezmocnost se objevuje v případech, kdy jedinec neúspěšně bojuje s tím, co ho ohrožuje. Tento jedinec dojde časem k přesvědčení, že je daná situace neřešitelná a postupně dojde k vyčerpání energetických a kognitivních zásob organismu a u této osoby se objeví se stres.
- **Fyziologické teorie stresu** – stres vede ke zvýšení pozornosti oka na určitou věc nebo oblast a v důsledku toho se projeví zhoršení pozornosti na okrajích zorného pole. (Křivohlavý, 2009)

1.3.2.5 Vliv stresu na zdraví

V minulosti byla prokázána souvislost mezi stresem a jeho vlivem na zdravotní stav jedince. Nejčastěji způsobuje stres zdravotní obtíže kardiovaskulárního systému. Křivohlavý (2009) ve své Psychologii zdraví uvádí vliv stresu na organismus člověka u několika nejčastějších onemocnění:

- **Stres a infekční nemoci** – empirické studie (např. Stone et al., 1987, Stone 1992) dokazují, že existuje určitý vztah mezi stresem a vznikem infekčního onemocnění. U lidí, kteří jsou trvale vystaveni stresu, se častěji objevuje chřipkové onemocnění. Stone (1992) záměrně infikoval skupinu pokusných studentů a zjistil, že ze 17 infikovaných studentů jich onemocnělo 12, a dále u těchto 12 studentů pak byla zjištěna vyšší míra negativních zážitků v poslední době.
- **Stres a kardiovaskulární onemocnění** – mezi vlivem stresu a vznikem kardiovaskulárních onemocnění existuje poměrně úzký vztah. Byl prokázán i vliv na kardiovaskulární systém při silném negativním stresu – distresu (studie Rosengrena 1991).
- **Stres a hypertenze** – vzhledem k prokázanému vztahu mezi stresem a zadržováním soli v ledvinách bylo dokázáno, že tyto dva faktory jsou odpovědné za vznik hypertenze.
- **Stres a bolesti hlavy** – vzhledem k tomu, že známe více než 100 druhů bolestí hlavy, soustředil se výzkum pouze na některé druhy této bolesti: napětěová tenzní bolest a některé smíšené druhy bolesti hlavy. Při sledování výskytu běžných denních starostí byl prokázán vliv na oba tyto druhy bolesti hlavy více než při jednorázovém silném negativním zážitku. Tento vztah se však nepodařilo dokázat u migrén.
- **Astma** – u astmatu byla prokázána souvislost mezi astmatickým záchvatem a stresem, který může být často spouštěcím momentem (triggerem). Stresorem v těchto případech může být jak přímý fyzický moment, tak i očekávání něčeho negativního.
- **Diabetes mellitus** – u diabetiků byla zjištěna vyšší míra stresových zážitků než u osob, které touto chorobou netrpí. Řada studií je zaměřena též na chování diabetiků a to např. na dodržování pokynů lékaře.
- **Revmatická artritida** – revmatická artritida se řadí mezi onemocnění imunitního systému. Existují studie, které prokazují vliv zvýšeného množství negativních životních situací a vznikem revmatické artritidy.

- **Deprese** – stres je častou příčinou vzniku deprese. Studie naznačují vyšší výskyt deprese u osob s kardiovaskulárním onemocněním nebo u pacientů trpících nádorovým onemocněním. Vyšší míra deprese byla též prokázána i u osob pečujících o tyto pacienty.
- **Úzkost** – vliv stresu byl prokázán u posttraumatické stresové poruchy, kdy osoby, které prožily nějakou výrazně stresující situaci, se dostali do trvalého abnormálního psychického stavu. (Křivohlavý, 2009)

1.3.2.6 Dovednosti zvládání stresu

Dovednosti ve zvládání stresu můžeme definovat podle Atkinsona (2003) jako „proces, kterým se člověk snaží vyrovnat se stresovými situacemi“.(Atkinson, 2003, s. 509–510)

Tento autor dále uvádí dva různé způsoby zvládání zátěže:

- **Zvládání zaměřené na problém** – člověk se zaměří na určitý problém a hledá způsoby jak se mu v budoucnosti vyhnout.
- **Zvládání zaměřené na emoce** – kdy se daná osoba může zaměřit na zvládání emocí, které s danou stresovou situací souvisí. (Atkinson, 2003)

Atkinson (2003) také zmiňuje obranné mechanismy zvládání zátěže a tyto mechanismy dělí na několik fází:

- **„Vytěsnění** – vyloučení příliš ohrožujících nebo bolestných impulzů či vzpomínek z vědomí
- **Racionalizace** – přisouzení logických nebo sociálně žádoucích motivů našim aktivitám, abychom působili racionálním dojmem
- **Reaktivní formace** – neakceptovatelné sklony jsou potlačeny a nahrazeny opačnými sklony
- **Projekce** – připisování vlastních nežádoucích vlastností druhým v přehnané formě
- **Intelektualizace** – pokus oddělit se od stresující situace používáním abstraktních, intelektuálních výrazů
- **Popření** – popírání existence nepříjemné události

- *Přesunutí* – motivy, jež nelze uspokojit v určité formě, jsou přesměrovány na náhradní cíl.“ (Atkinson, 2003, s. 513)

1.3.2.7 Techniky zvládnání stresu

- *Psychické techniky zvládnání stresu* – do této oblasti patří *meditace*, neboli „cvičení koncentrace s cílem zastavit permanentně probíhající tok myšlenek a navodit vnitřní prázdnotu“ (Huber, Bankhofer, Hewson, 2009, s. 83); *autogenní trénink* – tato technika byla vyvinuta z hypnózy a vše probíhá na podkladě autosugesce; *autosugesce* je technika založená na zakotvení pozitivních přesvědčení v nevědomí; *pozitivní sebezohovory* – tato metoda bývá nazývána tzv. malým uměním sebeovlivňování; a *Bensonova relaxační odpověď* – u této metody se snažíme o přerušení proudu každodenních myšlenek, k čemuž člověk využívá nějaký předmět (fokus), na který se soustředí.
- *Cvičení proti stresu* – nejznámějším protistresovým cvičením je *jóga* – jedna z nejoblíbenějších metod, při které tělesná a duchovní cvičení vedou k sebepoznání a osvobození člověka; *progresivní svalová relaxace* – cvičení založené na principu střídání napětí a uvolnění různých svalových skupin; a *kneipování* – zahrnuje pět složek: vodoléčbu, pohybovou terapii, užívání bylin, správnou výživu a životosprávu. (Huber, Bankhofer, Hewson, 2009)

1.3.3 Zaměstnání a stres

Všeobecné sestry se do stresových situací dostávají denně. Mezi nejčastější zdroje stresových situací v práci všeobecné sestry patří: práce s nevyléčitelně nemocnými, práce s nemocnými v přímém ohrožení života, dále na toto místo můžeme zařadit i zvyšující se nároky na vzdělání sester dle zákona 96/2004 Sb., stoupající nároky na vědomosti a dovednosti sester a manipulace s přístrojovou technikou. V neposlední řadě můžeme do této kategorie zařadit i komunikaci mezi pracovníky multidisciplinárního týmu a komunikaci s rodinou klienta.

Pro kombinaci vysokých pracovních nároků nedostatkem odpočinku se užívá termín: „karoši (z japonštiny) – úmrtí na základě pracovního přetížení, přepracování. Porucha, pro niž je příznačné extrémní zaujetí pracovními úkoly, které se stávají dominantou zájmu a aktivit jedince, se označuje jako workoholismus.“ (Paulík, 2010, s. 137)

Dle Hrachovinové a Šolcové je pracovní stres představován několika kategoriemi faktorů:

- *Fyzické stresory* (tato oblast zahrnuje např. teplo, chlad, hluk, monotónní zvuk, chemické látky, nebezpečí infekce, prostorové uspořádání pracoviště, bezpečnost práce.)
- *Organizace práce* (potíže s komunikací, nejasné vymezení kompetencí a odpovědností.)
- *Obsah práce* (pracovní zatížení, směnný provoz, odpovědnost aj.)
- *Profesní perspektiva* (nejasný karierní postup, nevyužití kvalifikace, překážky v dalším vzdělávání.)
- *Problémy s rolemi*, které jedinec zastává (konflikt rolí).
- *Sociální prostředí* (mezilidské vztahy). (Hrachovinová, Šolcová, 2000)

Křivohlavý (2009) naopak rozděluje pracovní stres do několika základních oblastí:

Přetížení množstvím práce

Termín přetížení je situace, kdy množství práce, kterou má daný člověk vykonat, je vyšší, než je daný člověk schopen vykonat za čas, který k tomu má k dispozici. Musíme brát ohled na individuální charakter pracovního přetížení, protože to, co je pro jednoho člověka vnímáno jako nadměrná zátěž, je pro druhého v mezích normálu. „To, co je pro daného člověka nadměrné dnes, může být v jiném časovém úseku či v jiné situaci normální apod.“ (Křivohlavý, 2009, s.175)

Časový stres

Čas, který je potřebný pro vykonání určité práce může být přiměřený, ale může ho být také nedostatek. Vykonávání práce za nedostatku potřebného času může vést k distresu.

Neúměrně velká odpovědnost

„Nejen množství práce, kterou je potřeba vykonat, ale i nadměrná míra odpovědnosti, kterou na sebe pracovník bere, může být stresogenním faktorem“ (Křivohlavý, 2009, s. 175). Odpovědnost za svěřené lidské životy klade na člověka mimořádnou míru tlaku. Pokud bychom porovnali dvě skupiny pracovníků, kde první skupina měla odpovědnost za lidské

životy a druhá nikoliv, dojdeme k výsledku vyššího výskytu hypertenze, žaludečních vředů atd. v první skupině.

Nevyjasnění pravomocí

U některých povolání jsou přesně definovány kompetence jednotlivých pracovníků. V některých případech se však může stát, že je pracovní úkol stanoven nejasně nebo nejsou stanoveny hranice – co má a co může daný zaměstnanec v rámci svých kompetencí konat. U řady profesí je přítomnost jasné a zřetelné zpětné vazby na kvalitu práce zaměstnance. Existují však situace, kdy tomu tak není a zaměstnanec pak žije v nejistotě. V těchto situacích se setkáváme častěji s projevy distresu, které se projevují souborem psychologických a fyziologických projevů.

Vysilující snaha o kariéru

Lidé vstupující do pracovního procesu mají určitá očekávání a ambice. Počítají s tím, že jim bude umožněno prokázat jejich schopnosti a dovednosti, že budou úměrně ke svému výkonu odměňováni, že se jejich plat bude s ohledem na nabyté zkušenosti postupně zvyšovat a že budou budovat svoji profesní kariéru. Tam, kde nejsou tato očekávání naplněna, se objevuje stres a distres. U lidí nespokojených se svojí kariérou se objevuje vyšší nemocnost, vyšší míra kardiovaskulárních onemocnění apod.

Kontakt s lidmi

Existují však povolání, kde je mezilidský kontakt nutností, a naopak se vyskytují profese, kde je pracovník izolován od druhých lidí a vykonává svou profesi samostatně. Pro některé lidi je stresogenní první a pro jiné druhý druh práce. Stresogenní faktory mohou být též nepřátelské, či ne zrovna přátelské vzájemné vztahy mezi spolupracovníky nebo vztahy s nadřízenými.

Nezaměstnanost

Ztráta zaměstnání a nemožnost opětovného uplatnění na pracovním trhu je spojena s ekonomickými důsledky k zajištění rodiny a jednoznačně patří ke stresogenním faktorům. U nezaměstnaných osob se objevuje častější výskyt depresí a úzkostí, zvýšená nemocnost, ale i zvyšování konzumace návykových látek, jako je alkohol nebo drogy.

Hluk

Hluk patří k nejčastějším a nejsilnějším stresorům, „za hluk je potřeba považovat ten zvuk, který daná osoba nechce poslouchat.“(in Brannon, Feist, 1997, s.58) (Křivohlavý, 2009, s. 177) Za nepříjemný hluk považujeme ten, který nemůžeme zastavit. Hluk, který vytváří jiná osoba, je pro nás více nepříjemný než ten, který vytváříme my sami.

Spánek

Úzký vztah mezi stresem a poruchami spánku je všeobecně známý. Nedostatek spánku ovlivňuje naši pozornost, vede ke zhoršení koncentrace, nadměrnému pocitu únavy a k obtížím při rozhodování.

Vztahy mezi lidmi

Vztahy mezi lidmi jsou častým zdrojem konfliktů v zaměstnání i v rodině. Můžeme sledovat interakce konfliktů mezi požadavky v zaměstnání a rodinou. (Křivohlavý, 2009)

1.3.4 Fyzická a psychická zátěž všeobecných sester

Není pochyb o tom, že na pracovníky ve zdravotnictví je kladena velká fyzická a psychická zátěž. Tato kapitola popisuje nejčastější zdroje fyzické a psychické zátěže v profesi všeobecné sestry.

Fyzická zátěž všeobecných sester

Příčin fyzické zátěže všeobecné sestry je celá řada, z těch nejčastějších můžeme jmenovat zatížení dolních končetin (statické i dynamické), a dále zátěž, která vyplývá z vlastní péče o pacienta – zatížení páteře při stlání lůžka nebo při manipulaci s nemohoucími pacienty, zátěž svalového a kloubního systému atd. Výsledkem nadměrné námahy se u pečujícího personálu objevuje únava, bolesti kloubního a svalového aparátu, bolesti páteře, bolesti křečových žil na dolních končetinách. (Čechová, Mellanová, Rozsypalová, 2003)

Psychická zátěž všeobecných sester

Bártlová uvádí, že: „psychická zátěž vyplývá jak ze samotné podstaty ošetrovatelské profese, tak ze sociálních interakcí a komunikačních i jiných problémů, k nimž v každodenní ošetrovatelské praxi dochází.“ (Bártlová, 2006, s.31)

Zdroje psychické zátěže v práci všeobecných sester jsou rozděleny autorkami Čechovou, Mellanovou a Rozsypalovou (2003) na dvě velké skupiny:

- 1) *Příčiny z vlastní práce všeobecné sestry* – všeobecná sestra musí neustále sledovat zdravotní stav pacientů a jejich možné odchylky, dále všeobecná sestra vykonává činnosti, které vyžadují maximální míru soustředění (např. ředění léků) a samozřejmě musí přesně plnit pokyny lékaře. V práci všeobecné sestry je neustále využívána názorná paměť (zraková, sluchová, čichová a logická). Ve své profesi se můžeme setkat s pacienty, u kterých dojde vlivem nemoci ke zvýraznění některých charakterových rysů kladných, ale i záporných. Často se též setkáváme s utrpením a smrtí člověka.
- 2) *Příčiny v osobním životě všeobecné sestry* – někdy se nám nedaří se v zaměstnání úplně odpoutat od osobních starostí a problémů doma s partnerem nebo potomky. Všechny tyto faktory stupňují naše psychické vyčerpání. (Čechová, Mellanová, Rozsypalová, 2003)

1.3.5 Vztahy na pracovišti

Problematika vztahů na pracovišti patří k velmi diskutovaným tématům. Vztahy na pracovišti mohou nepřímo ovlivňovat pracovní výkon zaměstnanců.

„Chování zdravotníků ovlivňuje zpětně celkovou atmosféru na pracovišti, a tím i pacienty. Na odděleních, kde vládne spolupráce, vzájemný respekt či dokonce přátelské vztahy, se cítí dobře i pacienti. Oddělení, na nichž je rivalita v kolektivu, zasahují rozeprě i mezi pacienty.“ (Zachová, Škořochová, 2007, s. 570)

Vztah sestra – lékař

Bártlová (2006) uvádí, že: „Stres na pracovišti má za následek řadu závažných důsledků – ovlivňuje pracovní výkonnost, kvalitu, fluktuaci a loajalitu sester ke zdravotnickému zařízení. Všeobecná sestra, která není spokojena se svým pracovním

prostředím, nebude motivována k tomu, aby se angažovala v oblasti kvalitní ošetrovatelské péče.“ (Bártlová, 2006, s. 31)

Vztahy mezi lékaři a sestrami jsou velice důležité, mají přímý vliv na spokojenost sester v zaměstnání a na celkovou atmosféru na pracovišti. Vliv na vztah lékař – sestra má také genderový přístup (80 % zaměstnanců tvoří ženy), kdy mohou být sestry znevýhodněny.

Jedna z nejznámějších studií je Steinova studie (1967) popisující vztah mezi sestrou a lékařem jako „komunikační hru“. Sestra lékaře informuje a radí mu, ale přitom neohrožuje jeho sociální statut. (Bártlová, 2006)

„Hughes (1988) upozorňuje na to, že vzájemný sociální vztah mezi lékařem a sestrou je zřejmě variací v závislosti na jednotlivých různých okolnostech.“ (in Bártlová, 2006, s. 32)

Sřety s lékaři vnímají sestry jako velice devalvující, pokud se odehrávají před pacienty nebo před ostatními spolupracovníky. Často se problémy objevují např. při delegování práce lékaře na sestru nebo vyžadování asistence sestry při výkonu, který není akutní, když sestra vykonává jinou činnost. (Zachová, Škořochová, 2007)

Vztah sestra – pacient

Náročné situace prožívají všeobecné sestry též ve vztahu s pacientem a jeho rodinou. Sestry mohou být vystavovány verbálním útokům ze strany klienta, různým narážkám, někdy se ale setkáme i se zapíráním péče a nabízením úplatků. Někteří pacienti těmito způsoby projevují své obavy z prognózy onemocnění a strach ze smrti. Velmi náročnou skupinou na ošetrovatelskou péči jsou klienti dezorientovaní a klienti v delirantních stavech, kteří mohou fyzicky napadat ošetřující personál.

Sestry mohou vstupovat do konfliktů v neposlední řadě také s rodinou klienta, která se nabízením úplatků mnohdy snaží vyžadovat ze strany zdravotníků lepší péči a někdy i vyžadují aktivity, které by mohly nemocného poškodit.

K velice náročným situacím v práci sestry patří také předávání pozůstalosti příbuzným klienta. Sestra může být nařčena rodinou klienta s nespokojeností péče, hledáním viníka apod. (Zachová, Škořochová, 2007)

1.4 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření je souhrn příznaků, které se projevují zpravidla u pomáhajících profesí ztrátou elánu, radosti ze života a nadšení při výkonu povolání. Postupně dochází ke stagnaci až rezignaci jedince. Člověk se cítí frustrován, reaguje přehnaným podrážděním, nedůvěrou, apaticky až celkovým vyčerpáním. Někteří autoři rozlišují syndrom vyhoření a vyčerpání. Oba tyto jevy jsou si podobné, rozdíl však spočívá v jejich příčinách. (Jankovský, 2003)

Tento autor dále uvádí, že „příčinou vyčerpání může být jakákoliv dlouhotrvající, resp. vleklá zátěž (fyzická, emocionální, psychická), což ovšem neznamená, že by nemohlo dojít k naprostému vyčerpání člověka i na základě nějaké náhlé změny v jeho životě.“ (Jankovský, 2003, s. 158). U takto vyčerpaného člověka převažují trvale negativní aspekty nad aspekty pozitivními a daná osoba se cítí být v životě zbytečná a nedoceněná. (Jankovský, 2003)

1.4.1 Definice

Autorky Černá a Kožíková (2004) uvádějí: „Syndrom vyhoření je výsledkem procesu, v němž se lidé tak intenzivně zabývají nějakým úkolem, až ztrácejí své nadšení z toho, co dělají, při čemž dochází k fyzickému i psychickému vyčerpání, doprovázenému až celkovou apatií ke svému okolí.“ (Černá, Kožíková, 2004, s. 265)

Syndrom vyhoření je „definován a subjektivně prožíván jako stav tělesného, emocionálního a duševního vyčerpání, způsobený pobýváním v situacích, které jsou emocionálně mimořádně náročné.“ (Mlýnková, 2009, s. 34)

1.4.2 Příčiny

Na vzniku syndromu vyhoření se podílí více faktorů. Bártlová a Jobánková (2001) uvádějí, že: „Příčiny vzniku syndromu vyhoření lze hledat jak v individuálních faktorech (jako jsou zvyšující se nároky na sebe, neschopnost požádat druhého o pomoc, souhrnná zátěž i v soukromí, stres, konfliktní napětí atd.), tak především v pracovních a organizačních faktorech (jako je nátlak sociální role, nedostatek autonomie, absence sociální opory, monotónní rutina apod.).“ (Bártlová, Jobánková, 2001, s. 78)

Dimunová (2009) o syndromu vyhoření uvádí, že ze všech faktorů, vedoucích k syndromu vyhoření jsou nejčastější:

- „negativní vztahy ve zdravotnickém týmu,
- nedostatek pozitivní zpětné vazby od vedoucích pracovníků,
- nedostatek vzájemné důvěry, absence úcty k člověku,
- neuspokojení potřeby uznání společnosti,
- emocionální zátěž ve vztahu sestry – pacient.“

(Dimunová, 2009, s.32)

1.4.3 Příznaky

Syndrom vyhoření se projevuje především fyzickým, emocionálním a mentálním vyčerpáním, vše je v zásadě důsledkem chronické zátěže spojené s dlouhodobým nasazením pro jiné lidi. Se syndromem vyhoření se setkáváme především u tzv. pomáhajících profesí (všeobecné sestry, učitelé, policisté, hasiči apod.). (Jankovský, 2003)

Příznaky syndromu vyhoření můžeme rozdělit do několika základních oblastí:

- *Psychické příznaky* – ztráta nadšení, zodpovědnosti, nechuť, lhostejnost k práci, negativní postoj k sobě, práci, společnosti, únik do fantazie, potíže se soustředěním, zapomínáním
- *Emocionální příznaky* – sklíčenost, pocity bezmoci, agresivita, nespokojenost, nervozita, únava, vyčerpání
- *Tělesné příznaky* – poruchy chuti, spánku, náchylnost k nemocem, vegetativní potíže, unavitelnost, vysoký krevní tlak
- *Sociální příznaky* – ubývání snahy pomáhat problémovým pacientům, omezení kontaktu s kolegy a pacienty, přibývající konflikty v oblasti soukromé i pracovní, pokles výkonnosti a sebedůvěry (Černá, Kožíková, 2004)

Křivohlavý (2009) rozdělil příznaky syndromu vyhoření na dvě velké skupiny:

- *Subjektivní* – zde se u jedince objevuje především velká únava, snížené sebehodnocení, špatná koncentrace pozornosti, podrážděnost, negativismus, i sebemenší činnost vyžaduje nadlidské úsilí.

- *Objektivní* – do této oblasti patří i několik měsíců trvající sníženou výkonnost jedince, které si nejdříve povšimnou rodinní příslušníci, spolupracovníci a pacienti jako příjemci služeb. (Křivohlavý, 2009)

1.4.4 Diagnostika

K diagnostice syndromu vyhoření můžeme využít několika různých metod. Nejběžnější diagnostickou metodou jsou dotazníky, jak je uvádí Křivohlavý (2009) a které se zaměřují především na:

- „celou šíři problematiky syndromu vyhoření
- tři nejvýraznější charakteristiky – fyzické, emocionální a psychické (duševní) vyčerpání
- tři relativně samostatné faktory – emocionální vyčerpání, depersonalizaci a snížený pracovní výkon“ (Křivohlavý, 2009, s. 117)

1.4.5 Fáze

Bartlová a Jobánková (2001) uvádějí, že syndrom vyhoření je proces, který trvá řadu let a má své typické fáze:

1. *„Nadšení*. Sestra přichází do práce s určitými ideály, jak bude pomáhat nemocným v uzdravování, často s plným nasazením a přesvědčením, že bude poskytovat pacientům kvalitní péči. Je ochotna pracovat nad rámec svých pracovních povinností.
2. *Stagnace*. Počáteční očekávané nadšení a motivace časem otupí, sestra začíná slevovat ze svých ideálů, požadavky pacientů ji začínají pozvolna unavovat a někdy i obtěžovat. Vyhýbá se kontaktům s pacienty, přesouvá na ně vinu za problémy.
3. *FRUSTRACE*. Sestra začíná prožívat velkou deziluzi a zklamání ze svého povolání.
4. *Apatie*. Sestra se snaží dělat jen nejnnutnější práci, vyhýbá se komunikaci s pacientem, ostatními zdravotnickými pracovníky, vyhýbá se dalšímu vzdělávání.
5. *Vlastní syndrom vyhoření*. Je dosaženo stavu plné neangažovanosti a vyhýbání se profesním požadavkům.“ (Bartlová, Jobánková, 2001, s. 78)

1.4.6 Prevence

Základní možnosti prevence vzniku syndromu vyhoření by měla znát každá sestra a řídit se jimi. V obecné rovině do prevence vzniku syndromu vyhoření můžeme zařadit různé volnočasové aktivity, jako je například sport, procházka v přírodě nebo setkání s přáteli.

V prevenci syndromu vyhoření je „nejdůležitější uvědomit si, co pečující stresuje, co jim vadí, „ubírá energii“, co je „vysává“ a dále je též důležité „uvědomit si stresor neboli podnět vyvolávající stres. V pomáhajících profesích se uplatňuje poměrně velký počet stresorů. Mnohdy nelze určit konkrétní faktor, jenž pečovatele v zaměstnání stresuje.“ (Mlýnková, 2009, s. 35)

V posledních letech se též hodně hovoří o aktivním životním stylu. Jaké obecné zásady aktivního životního stylu bychom měli dodržovat?

- „Ve stresových situacích nebýt pasivní, ale aktivně hledat způsoby a kroky, jak životní situaci čelit.
- V životě se stresujícími situacemi nevyhneme. Nicméně, nenecháme stresory působit tak dlouho, až se z toho zhroutíme.
- Izolovat stres od ostatních aktivit, např. nechat své pracovní starosti na pracovišti a nenosit si je domů.“
- Důležité dále jsou i „dobré vztahy s přáteli. Dobré sociální zázemí a pevné zakotvení ve vztazích s druhými lidmi nám pomáhá při zvládnutí stresu.
- Věnujme se svým koníčkům a příjemným aktivitám.
- Osvojme si zdravý životní styl“ a správnou životosprávu. (Mlýnková, 2009, s. 35-36)

Obecné zásady prevence syndromu vyhoření tak, jak je uvádí Honzák (1997):

- 1) „Buď k sobě mírná, vlídná, laskavá.
- 2) Uvědom si, že tvým úkolem je jen pomáhat změnám, ale ne změnit jiné lidi. Můžeš změnit svůj vztah k nim, nikoliv však je.
- 3) Najdi si své „útočiště“ – místo, kam by ses mohla uchýlit do klidu a samoty v případě potřeby.

- 4) Druhým lidem – svým spolupracovnícím a spolupracovníkům i vedení buď oporou, povzbuzením a neboj se je pochválit, když si to jen trochu zaslouhují. Stejně se to nauč přijímat od nich.
- 5) Uvědom si, že tváří v tvář utrpení, jehož jsme denně svědky, je zcela přirozené se někdy cítit bezbrannou a bezmocnou. Připusť si tuto myšlenku. Být potřebným nablízku a pečovat o ně je někdy důležitější než všechno ostatní.
- 6) Snaž se změnit způsoby, jak to či ono děláš. Zkus to, co děláš dělat jinak, zkus obměňovat a vylepšovat své pracovní postupy.
- 7) Nauč se rozpoznat, jaký je rozdíl mezi dvěma druhy naříkání: mezi tím, které zhoršuje beztak již těžkou situaci, a tím, které bolest a utrpení tiší a zmírňuje.
- 8) Když jdeš z práce domů, soustřeď se na něco pěkného, něco dobrého, co se ti podařilo v práci udělat.
- 9) Snaž se sama sebe povzbuzovat a posilovat například tím, že nebudeš vykonávat jen ryze technické věci, ale i sama z vlastní iniciativy se projevíš tvořivě, že si budeš vymýšlet nové věci, jako to dělá umělec.
- 10) Využívej pravidelně povzbuzujícího účinku dobrých přátelských vztahů v pracovním kolektivu i v jeho vedení, jako zdroje sociální opory, jistoty a nadějného směřování.
- 11) Ve chvílích přestávek a volna, když přijdeš do styku s kolegy a kolegyněmi, se nauč „vypnout“, vyhni se hovoru o služebních věcech a problémech v zaměstnání.
- 12) Naplánuj si předem chvíle „úniků“ během týdne a nedovol, aby ti tento čas něco narušilo a tvůj potřebný čas oddechu to překazilo.
- 13) Nauč se říkat raději „rozhodla jsem se“, nežli „musím, mám povinnost, měla bych“. Podobně říkej raději „nechci“ než „nemohu“.
- 14) Nauč se říkat nejen „ano“, ale také „ne“. Když neřekneš nikdy „ne“, jakou hodnotu pak má tvoje „ano“? (Honzák, 1997, s. 11–12)

1.4.7 Zvládání pocitu vyhoření

V počátečním stádiu lze syndrom vyhoření zvrátit různými režimovými opatřeními. Do těchto opatření můžeme zahrnout např. kratší přestávky v zaměstnání nebo kratší dovolenou aby si zaměstnanec odpočinul. Čím je syndrom vyhoření pokročilejší, tím je potřebná doba k zotavení delší. V některých případech se také doporučuje změna oddělení, kde sestra pracuje. Za vhodný se považuje i přechod do jednosměnného provozu, kde je jiný charakter práce nebo zkrácení pracovní doby zaměstnance. Důležité je také vědět, že osoby se syndromem vyhoření potřebují pomoc druhého člověka, za vhodné se též považuje kontaktovat psychologa. (Bartlová, Jobánková, 2001)

2 EMPIRICKÁ ČÁST BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Také empirická část pracuje s tradiční strukturou. V úvodu jsou připomenuty cíle empirické části bakalářské práce a pracovní hypotézy. Dále je popsána metodika provedeného šetření a organizace provedeného výzkumu. V další části uvedeme jednotlivé výsledky provedeného šetření ve skupinové a individuální diagnostice respondentů. V závěru empirické části je zařazena diskuse, kde se věnujeme zjištěným výsledkům a jejich porovnání s pracovními hypotézami, které jsme si stanovili v úvodu bakalářské práce.

2.1 Cíle empirické části a pracovní hypotézy

Záměrem empirické části bakalářské práce je zjistit subjektivní pocity únavy všeobecných sester, pracujících na lůžkové části Kliniky anesteziologie a resuscitace UK 2. LF a FN Motol. Pro empirickou část bakalářské práce byly stanoveny následující cíle a pracovní hypotézy.

Cíle práce:

- 1) všeobecným sestřám zařazeným na lůžkových resuscitačních odděleních Kliniky anesteziologie a resuscitace UK 2. LF a FN Motol zadat standardizovaný Dotazník subjektivních pocitů únavy a zároveň provést primární a statistickou analýzu získaných dat;
- 2) v rámci skupinové diagnostiky provést faktorovou analýzu zaměřenou na subjektivní pocity únavy CNS, úbytek motivace, somatické příznaky únavy a hrubý skór;
- 3) provést individuální diagnostiku (klasifikaci) únavy na začátku a na konci pracovní směny s cílem zjistit kolik sester nastupuje na pracovní směnu s výraznými pocity únavy (s rekuperačním mankem);
- 4) zjistit zda a případně u jak velké skupiny sester dochází v průběhu pracovní směny ke strmému nárůstu subjektivních pocitů únavy.

Pracovní hypotézy:

- 1) předpokládáme, že porovnáním výsledků vlastního šetření s referenčními hodnotami uvedenými v platné metodice, dojde k výraznému překročení kritických hodnot únavy CNS a somatických příznaků únavy před koncem denní i noční pracovní směny;
- 2) předpokládáme, že porovnáním výsledků vlastního šetření s referenčními hodnotami uvedenými v platné metodice, nedojde k překročení kritických hodnot motivace respondentek k práci před koncem denní i noční pracovní směny;
- 3) u většiny respondentek předpokládáme, že dojde k překročení kritických hodnot hrubého skóru na konci denní i noční dvanáctihodinové pracovní směny;
- 4) ve výsledcích zjištěných v rámci skupinové diagnostiky očekáváme, že na začátku a před koncem denní dvanáctihodinové pracovní směny bude u respondentek zjištěna vyšší intenzita únavy CNS než na začátku a před koncem noční dvanáctihodinové pracovní směny;
- 5) předpokládáme, že na noční dvanáctihodinovou pracovní směnu nastupuje více sester se subjektivními pocity únavy, než na denní dvanáctihodinovou pracovní směnu;

2.2 Metodika

Pro vlastní šetření byla použita metoda dotazníku. Byl zvolen standardizovaný dotazník Subjektivních pocitů únavy, který byl vyvinut v Japonské asociaci průmyslového zdraví. Jeho autor Yoshitake rozdělil strukturu dotazníku na tři oblasti a lži skór:

- 1) Únava CNS (otázka 1 – 10)
- 2) Úbytek motivace (otázka 11-20)
- 3) Somatické příznaky únavy (otázka 31 – 32)
- 4) Lži skór (otázka 31 – 32) (Hladký, Židková, 1999)

Tyto dotazníky se zadávají na začátku a před koncem pracovní směny, kdy je sledovaná osoba pracovně stabilizovaná. Úkolem respondentů bylo vyznačit u 32 příznaků únavy míru jejich intenzity, přičemž 0 = žádný pocit, 1 = mírný pocit, 2 = silný pocit. Výsledky šetření subjektivních pocitů únavy je platné pouze pro zkoumanou skupinu, a výsledky nelze porovnávat s jiným výzkumným šetřením nebo pracovištěm, neboť se jedná o jiný charakter práce. Tato metodika byla převzata od autorů Hladkého a Židkové. (Hladký, Židková, 1999)

Jednotlivé položky dotazníku:

1. Mám pocit těžké hlavy
2. Cítím únavu v celém těle
3. Mám pocit těžkých nohou
4. Chce se mi zívát
5. Mám pocit otupělosti
6. Cítím ospalost
7. Bolí mě oči
8. Zdá se mi, že mé pohyby jsou ztuhlejší a neohrabanější
9. Když si stoupnu, mám pocit, že se motám
10. Nejraději bych se trochu natáhla na pohovku
11. Nemohu soustředit myšlenky
12. Není mi do řeči
13. Mám pocit nervozity
14. Obtížně soustřeďuji pozornost
15. Nic mě nebaví

16. Jsem náchylnější k zapomínání
17. Dělán více chyb
18. Cítím neklid a ustaranost
19. Ztrácím sebejistotu a sebedůvěru
20. Ztrácím trpělivost
21. Bolí mne hlava
22. Mám pocit tíhy (ztuhlost v ramenou)
23. Bolí mě v kříži
24. Těžko se mi dýchá
25. Mám pocit sucha v ústech
26. Mám pocit ochraptělosti
27. Točí se mi hlava
28. Škubne mi v horním víčku
29. Cítím třes v rukou či nohou, rozechvělost
30. Necítím se dobře
31. Píchá mě v boku
32. Zdá se mi, že více kýchám

2.2.1 Hodnocení za skupinu pracovníků

Při hodnocení za skupinu pracovníků vycházíme ze součtu hodnot udělených bodů v jednotlivých oblastech – I - únavy CNS (položka dotazníku 1 – 10), II - úbytku motivace (položka dotazníku 11 – 20) a III - somatických příznaků únavy (položka dotazníku 21 – 30), kde maximální počet dosažených bodů je 20 (hrubý skór) v každé oblasti I – únavy CNS, II – úbytku motivace, III – somatických příznaků únavy (dále jen I – III), v oblasti lži skóre jsou to maximálně 4 body.

Dále vypočítáme aritmetický průměr dosažených bodů v jednotlivých oblastech (I – III), vypočítáme směrodatnou odchylku a výsledky budeme interpretovat na základě porovnání s tabulkou A, kde jsou uvedené průměrné hodnoty faktorů pro daný typ směny za skupinu pracovníků.

Tab. 1: Průměrné hodnoty faktorů

	D 12		N 12	
ZAČÁTEK SMĚNY faktor:	x	s.d.	x	s.d.
CNS	1,4	1,8	2,6	3,9
MOT	1,2	2,1	2,7	3,3
SOM	1,2	1,8	2,8	3,1
HS	3,9	4,9	8,1	8,7
KONEC SMĚNY faktor:	x	s.d.	x.	s.d.
CNS	2,9	3,1	12,6	5,1
MOT	1,7	2,6	8,1	5,2
SOM	2,1	2,1	7,5	4,6
HS	6,8	6,9	8,2	13,6
ROZDÍL Z/K faktor:	x	s.d	x	s.d
CNS	1,6	3,1	10,1	4,9
MOT	0,5	2,2	5,3	5,5
SOM	0,9	1,4	4,7	3,9
HS	3,1	5,7	20,1	13,3

Vysvětlivky: x – aritmetický průměr
s.d. – směrodatná odchylka
D 12 – denní dvanáctihodinová směna
N 12 – noční dvanáctihodinová směna
CNS – únava centrálního nervového systému
MOT – úbytek motivace
SOM – somatické příznaky únavy
HS – hrubý skór

(Hladký, Židková, 1999, s. 71)

2.2.2 Individuální diagnostika

Podle platné metodiky výsledků dotazníku budeme zjišťovat, kolik pracovníků ze sledovaného souboru nastupuje na pracovní směnu již s pocitem únavy (rekuperačním mankem) a jaký je další vývoj příznaků únavy u těchto zaměstnanců v čase.

Při interpretaci výsledků vycházíme z hrubého skóre tj. součtu bodů v jednotlivých oblastech I – III a jejich porovnání s tabulkou B, kde jsou uvedeny hraniční hodnoty hrubého skóre v jednotlivých oblastech únavy.

Tab. 2: Hraniční skóry jednotlivých faktorů

	D 12	N 12
ZAČÁTEK SMĚNY:		
CNS	3	6
MOT	3	6
SOM	3	4
HS	8	17
KONEC SMĚNY:		
CNS	6	18
MOT	4	13
SOM	4	12
HS	13	22
ROZDÍL Z/K:		
CNS	4	15
MOT	3	10
SOM	2	8
HS	8	33

(Hladký, Židková, 1999, s.72)

2.3 Organizace šetření

Vlastní šetření proběhlo na lůžkové části Kliniky anesteziologie a resuscitace UK 2. LF a FN v Motole ve dnech 28. 2. – 4. 3. 2011. Dotazníky byly anonymní a respondenti vložili vyplněné dotazníky do přiložené obálky. Dotazníky byly distribuovány všeobecným sestrám prostřednictvím staničních sester příslušných oddělení. Na konci pracovních směn respondenti odevzdali vyplněné dotazníky směnové nebo staniční sestře.

Celkem byly vydány dotazníky 80 respondentům (všem zaměstnancům lůžkové části kliniky), vráceno bylo 66 dotazníků (82,5 %), 6 dotazníků (7,5 %) bylo vyřazeno z důvodu neúplného vyplnění. Z celkově vyplněných 60 dotazníků (75 %), bylo celkem 38 dotazníků (47,5 %) vyplněno zároveň za denní směnu a noční směnu. K vlastnímu šetření byla použita pouze data z těchto 38 dotazníků, které byly vyplněny jedním zaměstnancem za oba typy směn. Kopie odsouhlasené žádosti o provedení dotazníkového šetření na Klinice anesteziologie a resuscitace UK 2. LF a FN Motol jsou v příloze A.

K vyhodnocení dotazníků byl použit program od společnosti Microsoft Office Excel 2007. V tomto programu byla sestavena tabulka četností a z ní postupně vypočítány hodnoty – aritmetický průměr, směrodatná odchylka a hrubý skóre v jednotlivých oblastech I – III pro skupinovou diagnostiku a dále byly tyto hodnoty vyhodnoceny také pro každého respondenta zvlášť pro individuální diagnostiku.

2.4 Charakteristika souboru

Respondenty tvořili pouze všeobecné sestry, pracující v době vlastního šetření na lůžkové části Kliniky anesteziologie a resuscitace Fakultní nemocnice v Motole. Zkoumané osoby jsou zaměstnány v nepřetržitém směnném provozu, pracují v denních a nočních dvanáctihodinových směnách.

2.5 Přehled výsledků vlastního šetření

2.5.1 Denní směna

Pro interpretaci výsledků šetření za denní směnu byla použita data z celkem 38 dotazníků, což představuje 47,5 % z celkového počtu vyhodnocených dotazníků.

Ve výsledcích šetření pro denní směnu budeme postupně hodnotit jednotlivé oblasti subjektivních pocitů únavy zaměstnanců (I – III) a v závěru provedeme jejich souhrnné hodnocení.

2.5.1.1 Únava CNS

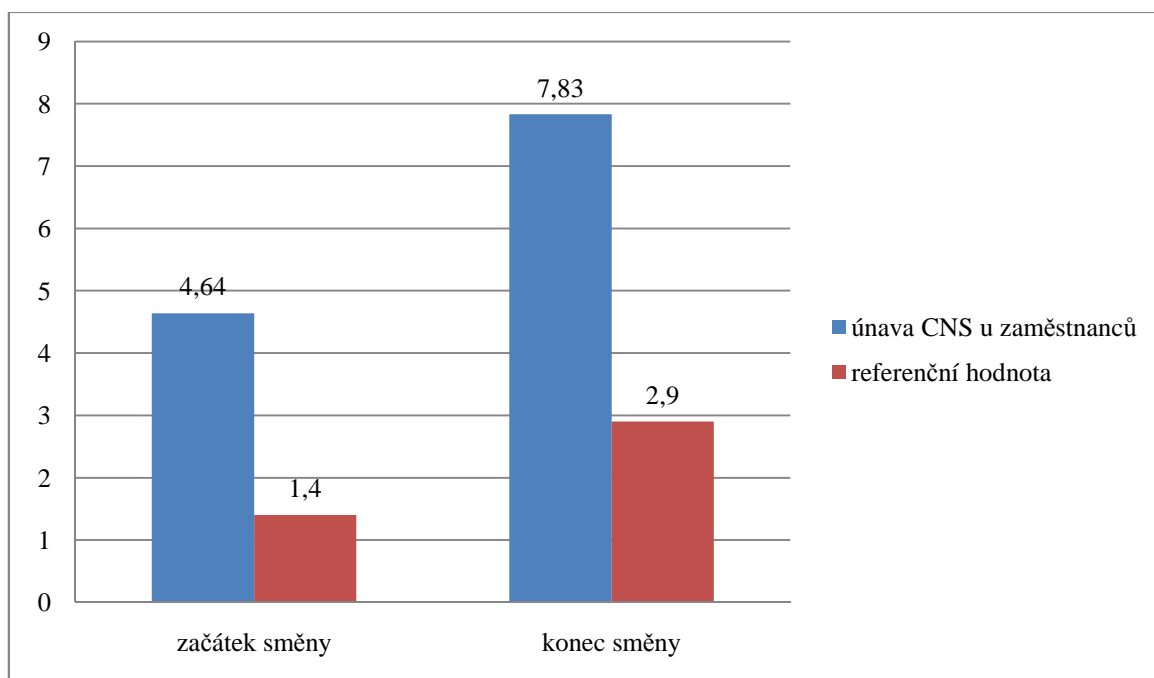
Z tabulky 3 je zřejmé, že zaměstnanci již nastupují na denní dvanáctihodinovou směnu s výraznými pocity únavy v porovnání s referenčními hodnotami. V průběhu pracovní směny dále dochází k strmému nárůstu únavy CNS.

Na grafu 2, můžeme vidět individuální rozdíly hodnot vlastního šetření a její porovnání s referenčními hodnotami na začátku a na konci pracovní směny.

Tab. 3: únava CNS – denní směna

		Vlastní šetření		Referenční hodnoty		Rozdíl mezi vlastním šetřením a ref. hodnotami	
		X	s.d.	x	s.d.	x	s.d.
Únava CNS	Začátek směny	4,64	4,19	1,4	1,8	3,24	2,39
	Konec směny	7,83	4,62	2,9	3,1	4,93	1,52
	Konec - začátek směny	3,19	0,42	1,6	3,1	1,59	-2,68

Graf 2: Únava CNS - denní směna



2.5.1.2 Úbytek motivace

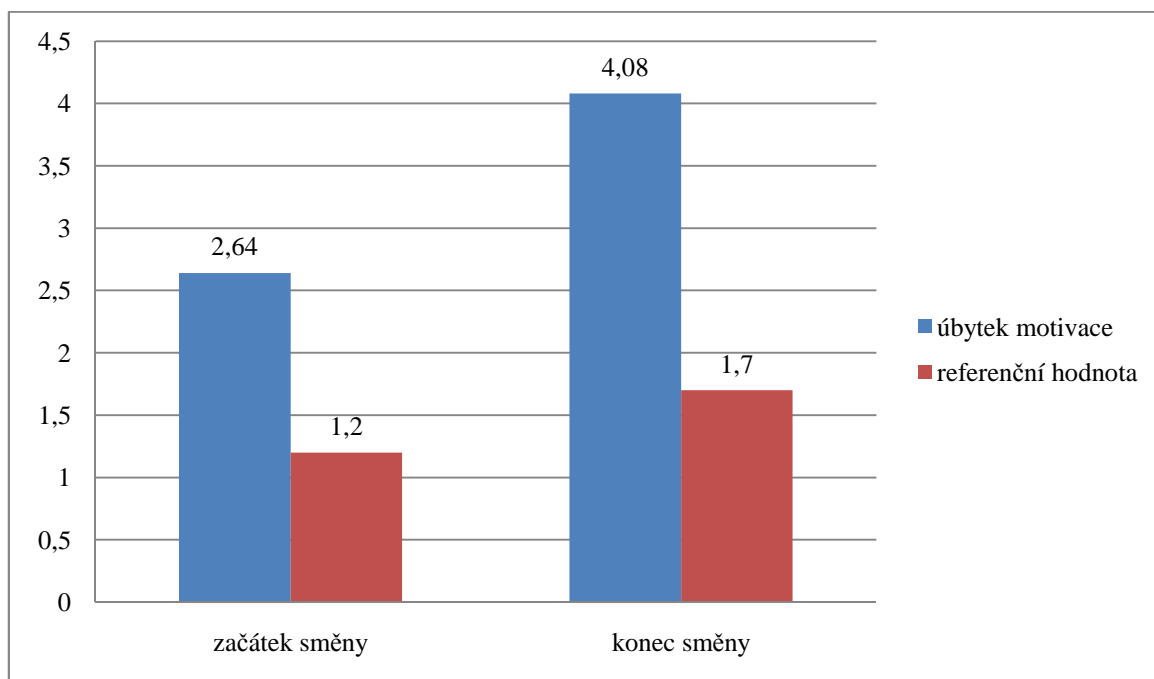
Z tabulky 4 je patrný výrazný úbytek motivace, který je přítomen již v době nástupu na denní směnu. Během dne dále dochází k významnému nárůstu v této sledované oblasti únavy.

V níže uvedeném grafu 3 jsou znázorněny hodnoty úbytku motivace na začátku pracovní směny za skupinu zaměstnanců, na jejím konci a dále jsou zde pro porovnání uvedeny referenční hodnoty pro začátek a konec směny.

Tab. 4: Úbytek motivace – denní směna

		Vlastní šetření		Referenční hodnoty		Rozdíl mezi vlastním šetřením a ref. hodnotami	
		x	s.d.	x	s.d.	x	s.d.
Úbytek motivace	Začátek směny	2,64	3,33	1,2	2,1	1,44	1,23
	Konec směny	4,08	4,37	1,7	2,6	2,38	1,77
	Konec - začátek směny	1,44	1,03	0,5	2,2	0,94	-1,17

Graf 3: Úbytek motivace - denní směna



2.5.1.3 Somatické příznaky únavy

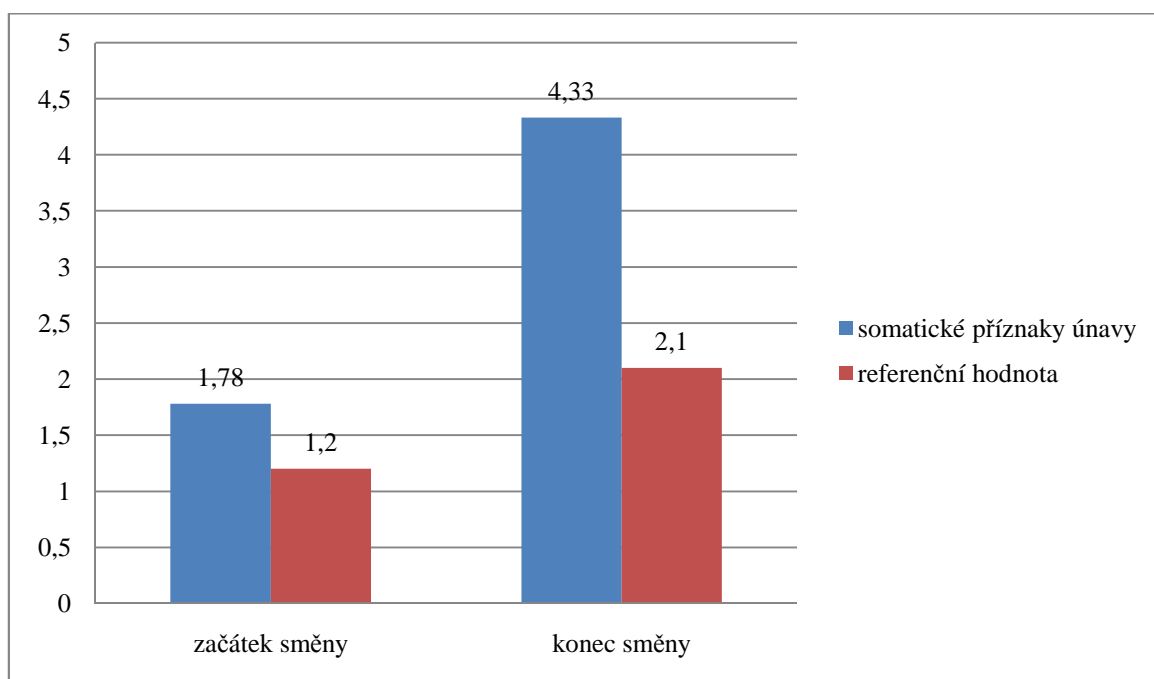
V tabulce 5 jsou přítomny zvýšené somatické příznaky únavy zaměstnanců na začátku denní směny, a dále v průběhu dne dochází k jejímu dalšímu výraznému nárůstu během pracovní směny.

V grafu 4 si můžeme všimnout grafického znázornění somatických příznaků únavy u zaměstnanců při nástupu na denní směnu a na jejím konci. Dále jsou zde znázorněny referenční hodnoty pro porovnání.

Tab. 5: Somatické příznaky únavy – denní směna

		Vlastní šetření		Referenční hodnoty		Rozdíl mezi vlastním šetřením a ref. hodnotami	
		x	s.d.	x	s.d.	x	s.d.
Somatické příznaky únavy	Začátek směny	1,78	2,56	1,2	1,8	0,58	0,76
	Konec směny	4,33	3,43	2,1	2,1	2,23	1,33
	Konec - začátek směny	2,56	0,87	0,9	1,4	1,66	-0,53

Graf 4: Somatické příznaky únavy – denní směna



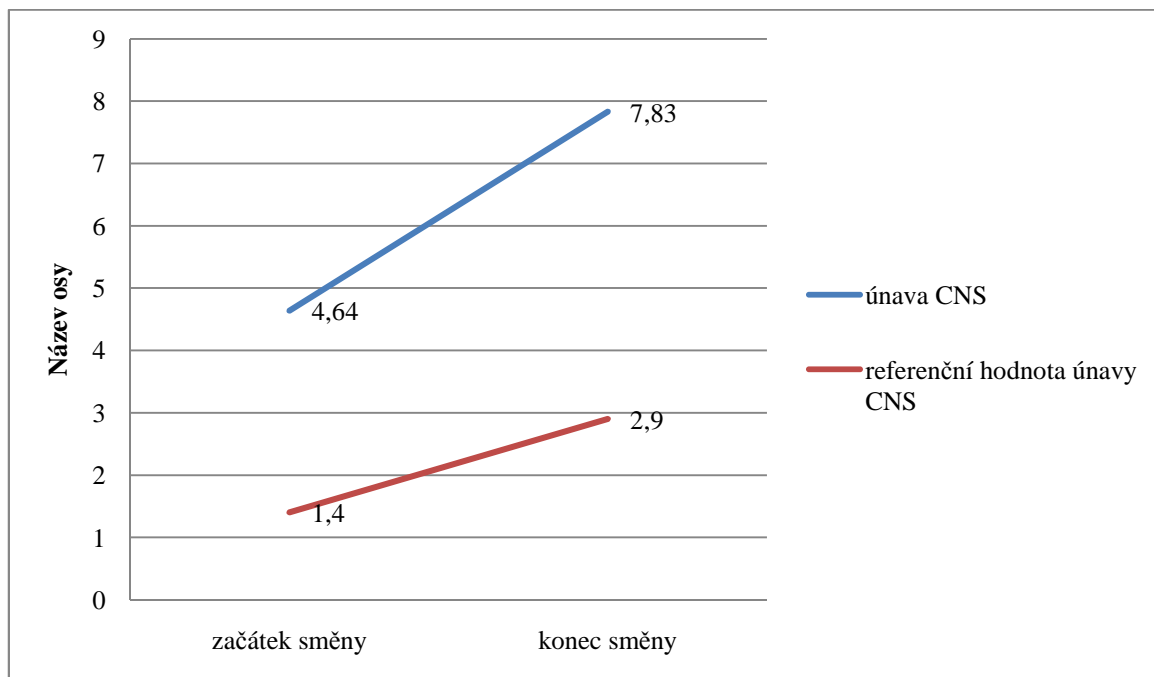
2.5.1.4 Souhrn sledovaných oblastí za denní směnu

V grafech 5, 6 a 7 jsou uvedeny křivky vývoje příznaků únavy za skupinu zaměstnanců ve všech sledovaných oblastech I – III a polygonální křivku jejího vývoje v čase. Dále jsou v těchto grafech zobrazeny zároveň i polygonální křivky referenčních hodnot ve sledovaných oblastech pro porovnání.

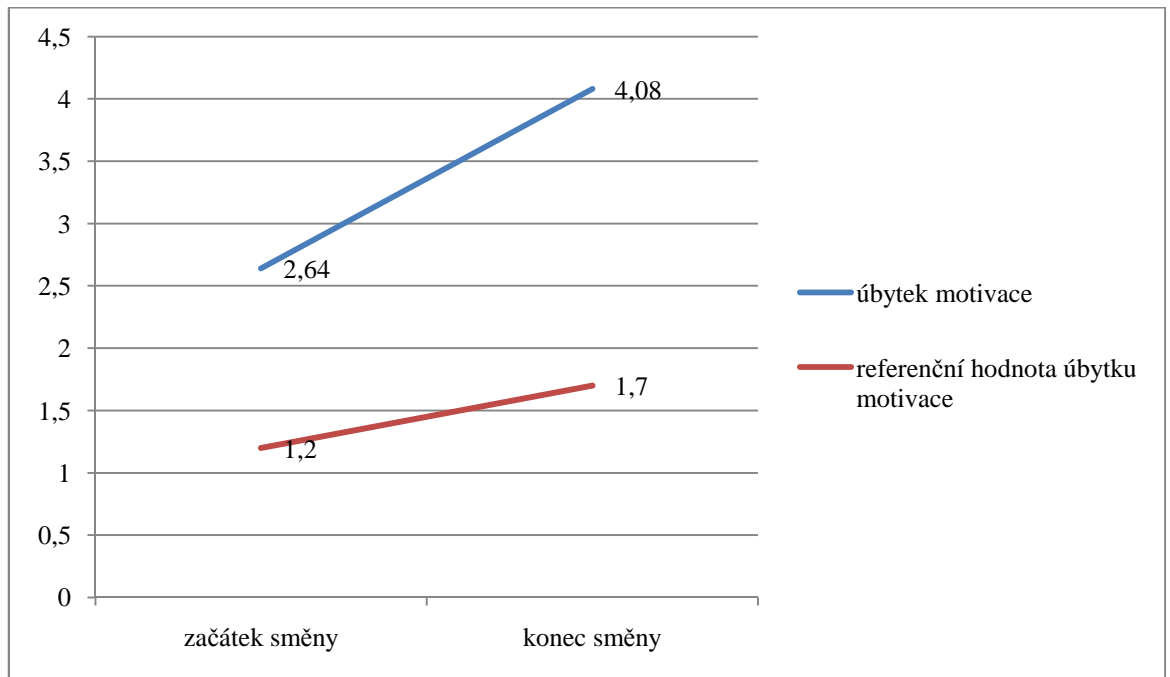
Nejvýraznějších rozdílů si můžeme všimnout v oblasti únavy CNS, uvedené v grafu 4, kde jsou patrné již v době nástupu na pracovní směnu výrazné pocity únavy a dále během pracovní směny tento trend stále významně roste.

Při celkovém zhodnocení denní dvanáctihodinové směny je zřejmé, že zaměstnanci již nastupují do zaměstnání s výraznými pocity únavy ve všech sledovaných oblastech a dále v průběhu dne tyto pocity únavy dále narůstají v porovnání s referenčními hodnotami pro daný typ směny.

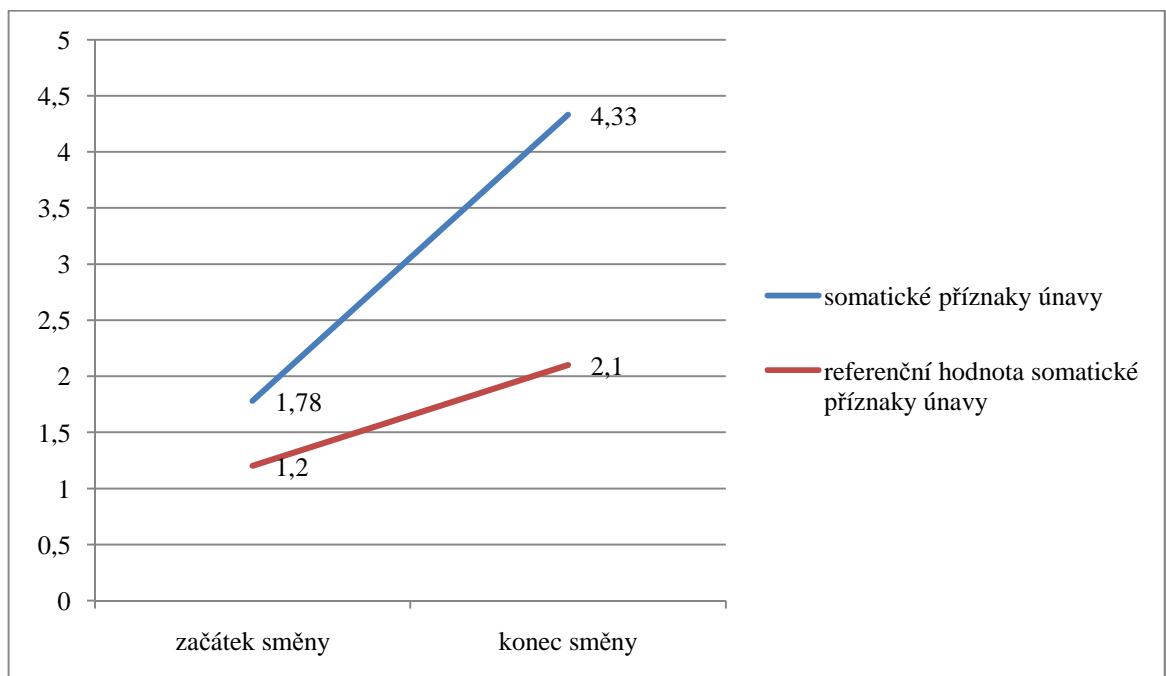
Graf 5: Denní směna souhrn - únava CNS



Graf 6 : Denní směna souhrn – úbytek motivace



Graf 7: Denní směna souhrn – somatické příznaky únavy



2.5.2 Noční směna

Pro interpretaci výsledků budeme vycházet z celkového počtu 38 zpracovaných dotazníků pro tento typ směny. I v této části budou vyhodnocena data ze všech sledovaných oblastí (I – III) pocitů únavy pracovníků a na závěr bude provedeno souhrnné hodnocení za skupinu pracovníků noční směny.

2.5.2.1 Únava CNS

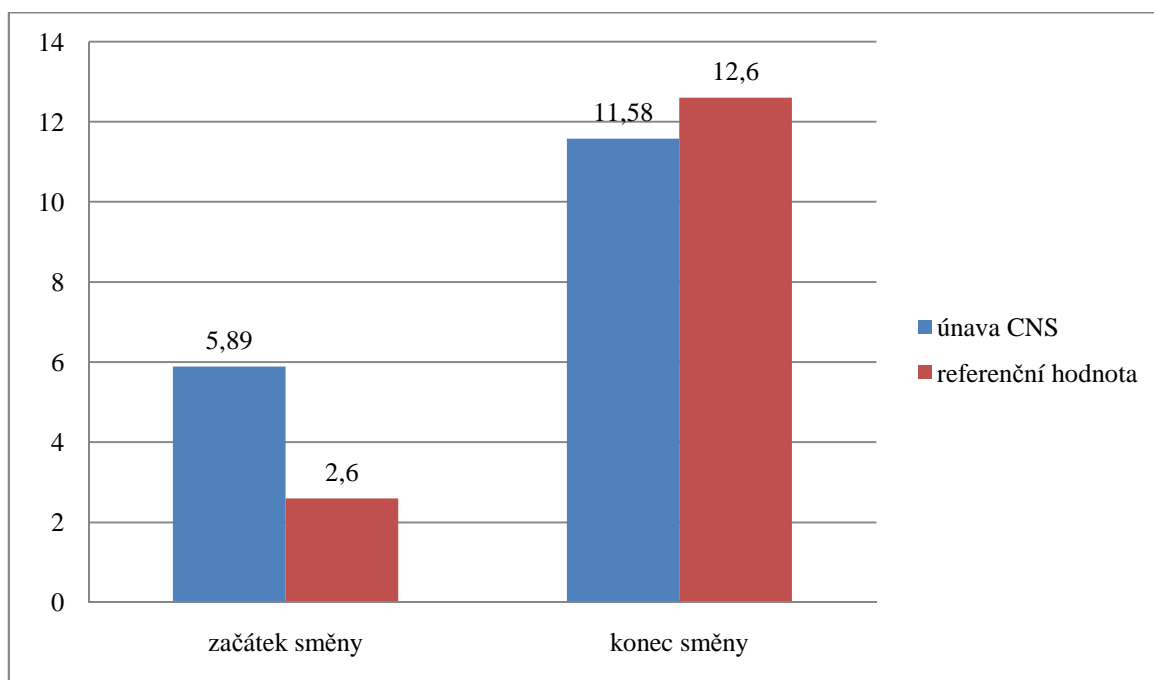
Z hodnot v níže uvedené tabulce 6 vyplývá, že zaměstnanci nastupují na noční směnu s výraznými pocity únavy CNS, přičemž ale v průběhu pracovní doby dále nedochází k tak výraznému nárůstu pocitů únavy CNS. Je zajímavé, že na konci pracovní směny vykazují zaměstnanci menší míru pocitů únavy v porovnání s referenčními hodnotami pro tuto oblast než na začátku směny.

V grafu 8 vidíme grafické znázornění pocitů únavy CNS na začátku a na konci směny a dále jsou zde zobrazeny referenční hodnoty únavy CNS pro daný typ pracovní směny.

Tab. 6: Únava CNS – noční směna

		Vlastní šetření		Referenční hodnoty		Rozdíl mezi vlastním šetřením a ref. hodnotami	
		x	s.d.	x	s.d.	x	s.d.
Únava CNS	Začátek směny	5,89	4,51	2,6	3,9	3,29	0,61
	Konec směny	11,58	4,99	12,6	5,1	-1,02	-0,11
	Konec - začátek směny	5,68	0,48	10,1	4,9	-4,42	-4,42

Graf 8: Únava CNS – noční směna



2.5.2.2 Úbytek motivace

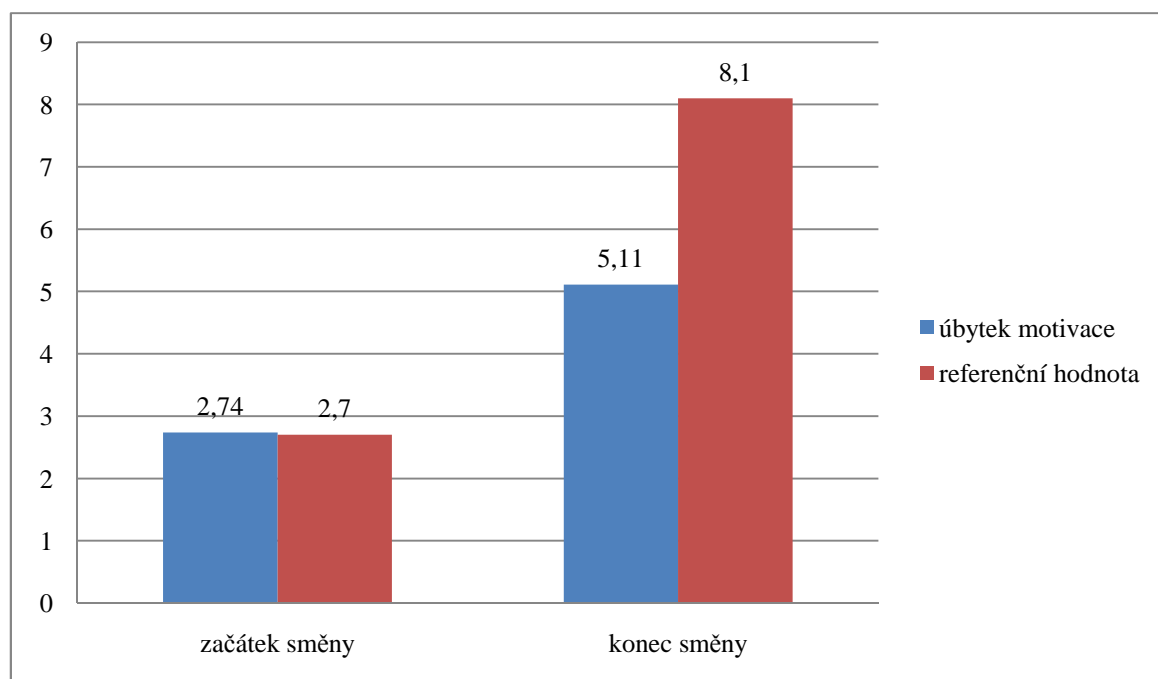
Z níže uvedené tabulky 7 vyplývá, že zaměstnanci nastupují na pracovní směnu s mírnými pocity úbytku motivace a dále v průběhu noční směny již nedochází k tak výraznému nárůstu hodnot. V porovnání s referenčními hodnotami pro tento typ směny dochází na konci pracovní směny naopak k nižším hodnotám pocitů úbytku motivace.

V grafu 9 máme graficky znázorněny hodnoty pocitů úbytku motivace za skupinu zaměstnanců na začátku a na konci pracovní směny a dále jsou zde zobrazeny referenční hodnoty pro porovnání.

Tab. 7: Úbytek motivace – noční směna

		Vlastní šetření		Referenční hodnoty		Rozdíl mezi vlastním šetřením a ref. hodnotami	
		x	s.d.	x	s.d.	x	s.d.
Úbytek motivace	Začátek směny	2,74	3,21	2,7	3,3	0,04	-0,09
	Konec směny	5,11	4,0	8,1	5,2	-2,99	-1,20
	Konec - začátek směny	2,37	0,79	5,3	5,5	-2,93	-4,71

Graf 9: Úbytek motivace – noční směna



2.5.2.3 Somatické příznaky únavy

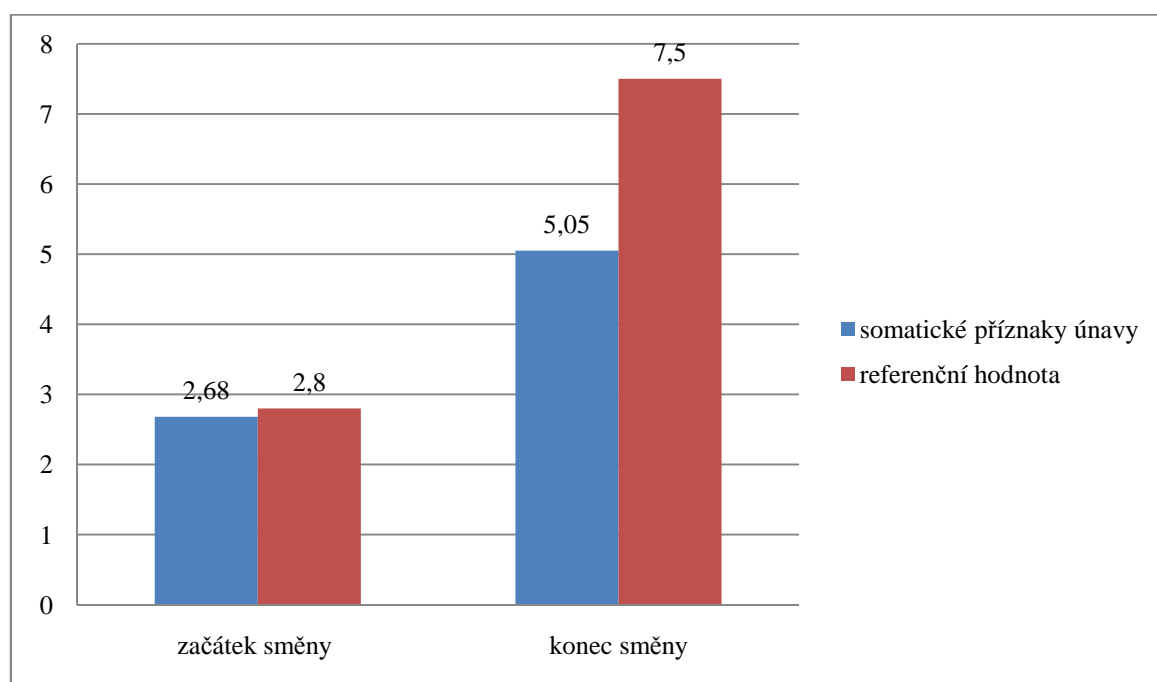
Z níže uvedené tabulky 8 je zřejmé, že v době nástupu na noční směnu nejsou u zaměstnanců přítomny pocity somatických příznaků únavy a dále v dalším průběhu směny nedochází k tak výraznému nárůstu jako u referenčních hodnot.

V grafu 10 jsou znázorněny křivky vlastního šetření u skupiny zaměstnanců a pro porovnání opět i křivky referenčních hodnot.

Tab. 8: Somatické příznaky únavy – noční směna

		Vlastní šetření		Referenční hodnoty		Rozdíl mezi vlastním šetřením a ref. hodnotami	
		x	s.d.	x	s.d.	x	s.d.
Somatické příznaky únavy	Začátek směny	2,68	3,08	2,8	3,1	-0,12	-0,02
	Konec směny	5,05	3,66	7,5	4,6	-2,45	-0,94
	Konec - začátek směny	2,37	0,58	4,7	3,9	-2,33	-3,32

Graf 10: Somatické příznaky únavy – noční směna



2.5.2.4 Souhrn sledovaných oblastí za noční směnu

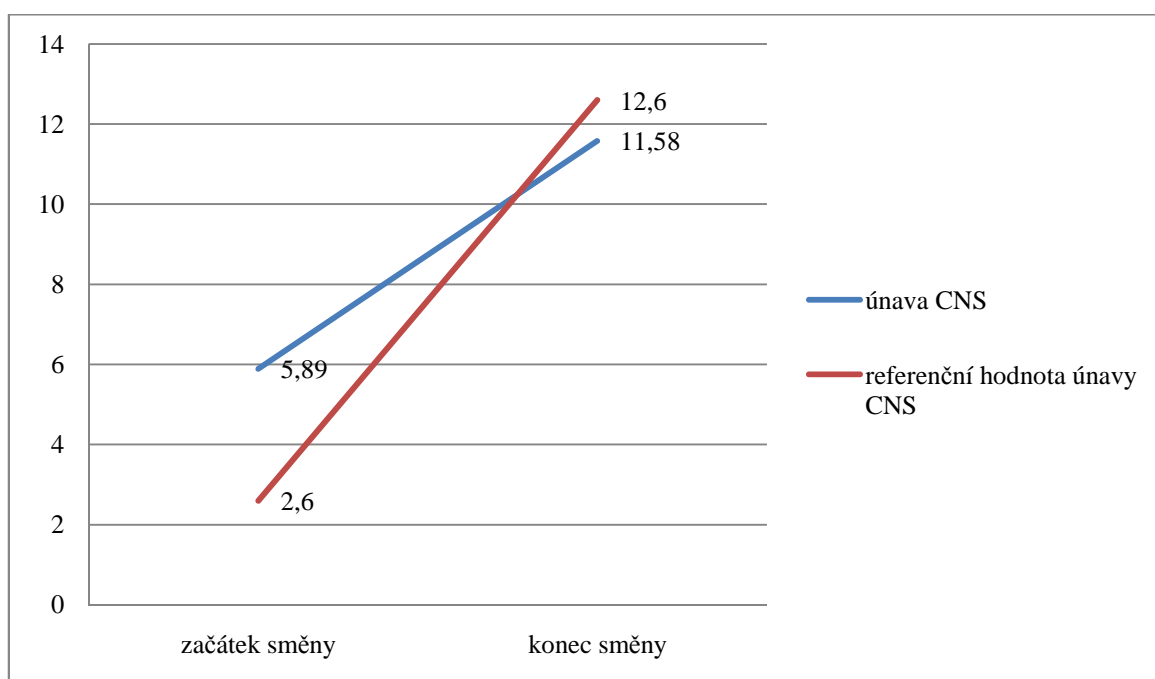
V níže uvedených grafech 11, 12 a 13 jsou uvedené souhrnné hodnoty všech oblastí pocitů únavy (I – III) skupiny zaměstnanců. Dále zde pro porovnání uvádíme v jednotlivých grafech také křivky referenčních hodnot pro dané oblasti provedeného šetření u skupiny zaměstnanců.

Nejvýraznější rozdíly hodnot jsou v oblasti pocitů únavy CNS, uvedené v grafu 11, kde zaměstnanci vykazují již v době nástupu na pracovní směnu výrazné pocity únavy v této oblasti a dále při vývoji v čase dochází kupodivu pouze k mírnému nárůstu v této oblasti a na konci této směny zaměstnanci nevykazují takovou míru pocitů únavy CNS v porovnání s referenčními hodnotami.

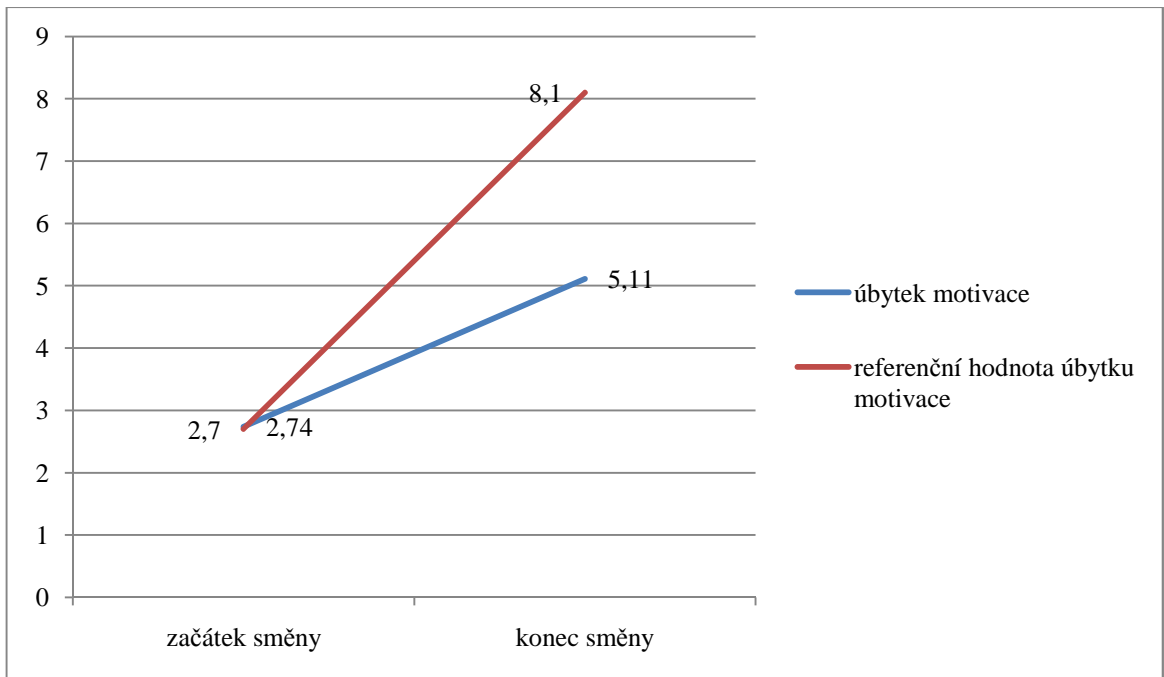
Dále v oblasti somatických příznaků únavy, uvedených v grafu 13, jsou zaměstnanci v době nástupu na pracovní směnu pod referenční hodnotou a dále ani na konci směny referenčních hodnot nedosahují.

Pokud bychom porovnali mezi sebou souhrnné výsledky za denní a noční směnu, dojdeme k závěru, že denní směna bude pro zaměstnance více náročná v porovnání s noční směnou. Tento rozdíl je pravděpodobně dán odlišným charakterem práce v denních a nočních pracovních směnách.

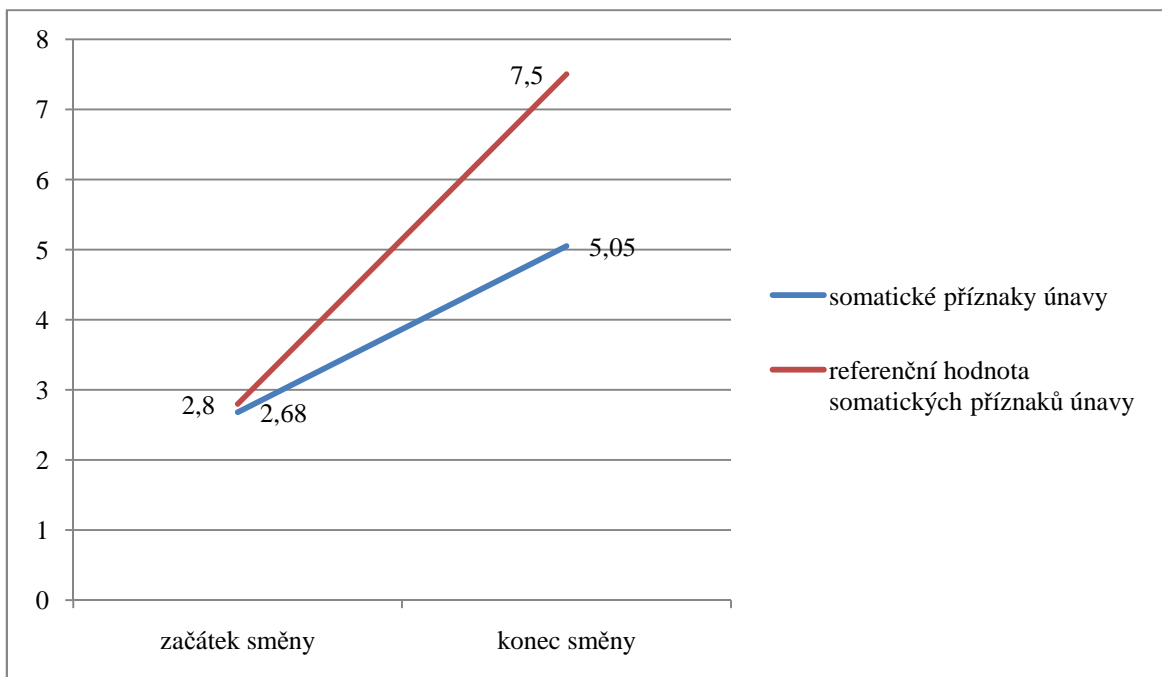
Graf 11: Noční směna souhrn – únava CNS



Graf 12: Noční směna souhrn – úbytek motivace



Graf 13: Noční směna souhrn – somatické příznaky únavy



2.5.3 Individuální diagnostika

V individuální diagnostice se budeme zabývat otázkou, jaké je procentuální zastoupení zaměstnanců, kteří do zaměstnání již nastupují s pocity únavy, a jaký je další vývoj pocitů únavy u těchto zaměstnanců v čase.

Nadměrné pocity únavy diagnostikujeme při překročení hraničního skóre pro daný typ dvanáctihodinové směny.

2.5.3.1 Individuální diagnostika za denní směnu

V této části se budeme zabývat tím, kolik zaměstnanců nastupuje na denní dvanáctihodinovou směnu se subjektivními pocity únavy ve všech sledovaných oblastech. V této části práce bylo hodnoceno celkem 38 dotazníků. Postupně budeme hodnotit jednotlivé oblasti dotazníku SPÚ, sledovat počet a procentuelní zastoupení zaměstnanců s pocity únavy na začátku, na konci pracovní směny a vývoj pocitů únavy v čase.

Tab. 9: Shrnutí proměnných za denní směnu

	Začátek směny		Konec směny		Vývoj v čase
	Zaměstnanci s pocity únavy	% zastoupení	Zaměstnanci s pocity únavy	% zastoupení	
Únava CNS	17	44,7%	21	55,2%	+10,5%
Úbytek motivace	11	28,9%	13	34,2%	+5,3%
Somatické příznaky únavy	7	18,4%	17	44,7%	+26,3%

Únava CNS – bylo zjištěno, že z 38 zaměstnanců, nastupujících na denní směnu vykazovalo 17 pracovníků (44,7 %) pocity únavy. V průběhu dne docházelo k dalšímu nárůstu únavy a na konci směny byly výrazné pocity únavy přítomny již u 21 pracovníků (55,2 %).

Úbytek motivace – na začátku směny vykazovalo úbytek motivace 11 zaměstnanců (28,9 %). Na konci směny byl zaznamenán úbytek motivace u 13 zaměstnanců nad referenční hodnotou (34,2 %).

Somatické příznaky únavy – somatické příznaky únavy byly přítomny u 7 zaměstnanců (18,4 %) při nástupu do zaměstnání, v průběhu dne však dochází k výraznému nárůstu pocitů únavy a na konci pracovní směny jsou přítomny již u 17 zaměstnanců (44,7 %).

Jak je patrné z tabulky 9, dochází během dne k nejméně výraznějšímu nárůstu únavy v oblasti somatických příznaků únavy, a to z 18,4 % na 44,7 %.

Tab. 10: Hrubý skór šetřených oblastí únavy – denní směna

	Začátek směny		Konec směny		Vývoj v čase
	Počet zaměstnanců	% zastoupení	Počet zaměstnanců	% zastoupení	
Hrubý skór	13	34,2%	21	55,2%	+21%

Z výše uvedené tabulky 10 je patrný výrazný nárůst únavy ve všech hodnocených oblastech během denní směny. Při nástupu do zaměstnání vykazovalo 13 zaměstnanců (tj. 34,2 %) pocity únavy nad danou referenční hodnotou hrubého skóru pro tento typ směny. V průběhu dne však došlo k dalšímu výraznému nárůstu únavy u zaměstnanců o 21 %. Z toho vyplývá, že na konci denní směny vykazovalo pocity únavy již 21 pracovníků z celkově 38 dotazovaných.

2.5.3.2 Individuální diagnostika za noční směnu

Za noční dvanáctihodinovou směnu bylo vyhodnoceno celkem 38 dotazníků. Také v této části se budeme zabývat individuální diagnostikou, abychom zjistili procentuální zastoupení pracovníků, nastupujících do zaměstnání s pocity únavy v jednotlivých oblastech šetření a jejich další vývoj v čase.

Tab. 11: Shrnutí proměnných za noční směnu

	Začátek směny		Konec směny		Vývoj v čase
	Zaměstnanci s pocity únavy	% zastoupení	Zaměstnanci s pocity únavy	% zastoupení	
Únava CNS	12	31,6%	2	5,3%	-26,3%
Úbytek motivace	8	21%	2	5,3%	-15,7%
Somatické příznaky únavy	8	21%	2	5,3%	-15,7%

Únava CNS – z tabulky 11 bylo zjištěno, že na noční směnu nastupuje s pocity únavy 12 pracovníků (31,6 %) z celkového počtu 38 dotazovaných zaměstnanců. Je zajímavé, že v průběhu noční směny dochází k výraznému poklesu únavy CNS o 26,3 % a na konci pracovní směny vykazuje pocity únavy CNS pouze dva pracovníci (5,3 %) ze sledovaného souboru.

Úbytek motivace – bylo zjištěno, že v době nástupu na pracovní směnu byl úbytek motivace přítomen u 8 zaměstnanců (21 %) a dále během noční směny je pozorován klesající trend u této položky v dotazovaném souboru zaměstnanců tak, že na konci noční směny je úbytek pozorován pouze u dvou pracovníků (5,3 %). Na konci pracovní směny vykazoval úbytek motivace klesající trend o 15,7 % ve srovnání s referenčními hodnotami.

Somatické příznaky únavy – na začátku pracovní směny vykazovalo somatické příznaky únavy 8 zaměstnanců (21 %). Během pracovní směny byl opět prokázán klesající trend únavy u zaměstnanců tak, že na konci směny vykazovali somatické pocity únavy jen dva zaměstnanci (5,3 %). V průběhu noční směny došlo k úbytku somatických příznaků únavy o 15,7 %.

Z tabulky 11 je zřejmé, že v průběhu noční směny nedochází k tak prudkému nárůstu pocitu únavy ve srovnání s referenčními hodnotami, jako je tomu u denní směny.

Tab. 12: Hrubý skór šetřených oblastí únavy – noční směna

	Začátek směny		Konec směny		Rozdíl
	Počet zaměstnanců	% zastoupení	Počet zaměstnanců	% zastoupení	
Hrubý skór	10	26,3%	24	63,1%	+36,82%

Ve výše uvedené tabulce 12 jsou znázorněny souhrnné počty všech proměnných (hrubý skór) za noční dvanáctihodinovou směnu. Při nástupu na pracovní směnu vykazovalo zvýšenou hodnotu hrubého skóru 10 zaměstnanců (26,3 %). V průběhu směny došlo k dalšímu nárůstu a celkový počet pracovníků stoupl na 24 zaměstnanců (63,1 %) nad referenční hodnotou pro noční směnu.

2.6 Diskuse

V této části budeme porovnávat zjištěné výsledky vlastního šetření s pracovními hypotézami, které byly stanoveny v úvodu empirické části bakalářské práce.

Výsledky provedeného výzkumu nelze porovnávat s jiným výzkumným šetřením, které bylo provedeno na stejném nebo obdobném typu pracoviště, neboť se jedná o rozdílný charakter práce.

Pracovní hypotézy

Hypotéza č. 1: Předpokládali jsme, že porovnáním výsledků vlastního šetření s referenčními hodnotami v platné metodice dojde k výraznému překročení kritických hodnot únavy CNS a somatických příznaků únavy před koncem denní i noční pracovní směny.

Ve zkoumaném souboru 38 respondentů za denní i noční dvanáctihodinovou směnu bylo porovnáním výsledků vlastního šetření s referenčními hodnotami zjištěno, že došlo k výraznému překročení kritických hodnot pro denní směnu v oblasti únavy CNS, kde byl rozdíl v porovnání mezi vlastním šetřením a referenčními hodnotami 3,24 pro začátek směny a hodnota 4,93 pro konec pracovní směny. Rozdíl mezi koncem a začátkem pracovní směny vykazoval růst v oblasti CNS o 1,59. V oblasti somatických příznaků únavy pro denní dvanáctihodinovou směnu byly hodnoty rozdílu vlastního šetření v porovnání s referenčními hodnotami pro začátek pracovní směny 0,58 pro konec směny 2,23 a celkový rozdíl mezi koncem a začátkem pracovní směny vykazoval růst o 1,66.

V oblasti noční směny dosahovaly rozdíly hodnot únavy CNS vlastního šetření v porovnání s referenčními hodnotami 3,29 pro začátek směny a -1,02 pro konec pracovní směny. Celkový rozdíl hodnot konce – začátku pracovní směny byl sledován pokles na hodnotu -4,42. V oblasti somatických příznaků únavy byl rozdíl mezi vlastním šetřením a referenčními hodnotami -0,12 na začátku pracovní směny a -2,45 na konci pracovní směny. Celkový rozdíl mezi koncem a začátkem pracovní směny vykazoval pokles o -2,33.

Hypotézu č. 1 můžeme přijmout částečně, neboť za denní směny došlo k překročení kritických hodnot v oblasti únavy CNS a somatických příznaků únavy na začátku i na konci pracovní směny. U noční směny naopak vykazovali respondenti překročení kritických hodnot u únavy CNS při nástupu na pracovní směnu a dále na konci pracovní směny byl pozorován

pokles únavy v této oblasti pod kritickou hodnotu. V oblasti somatických příznaků únavy zaměstnanci nedosahují kritických hodnot na začátku ani na konci pracovní směny.

Hypotéza č. 2: Předpokládali jsme, že porovnáním výsledků vlastního šetření s referenčními hodnotami uvedenými v platné metodice nedojde k překročení kritických hodnot motivace respondentek k práci před koncem denní i noční pracovní směny.

V oblasti denní směny vykazovali zaměstnanci výrazných hodnot úbytku motivace na začátku denní směny, kdy byl rozdíl mezi vlastním šetřením a referenčními hodnotami 1,44 a na konci denní směny byl tento rozdíl 2,38. Při posouzení rozdílu hodnot úbytku motivace na konci – začátku pracovní směny je vykazován růst na hodnotu 0,94.

U noční směny bylo u zaměstnanců pozorováno mírné překročení referenčních hodnot úbytku motivace 0,04 na začátku směny a na konci pracovní směny je hodnota úbytku motivace u zaměstnanců -2,99, tedy výrazně pod referenční hodnotou. Rozdíl mezi koncem – začátkem pracovní směny je -4,71.

Hypotézu č. 2 můžeme přijmout pro denní směnu, pro noční směnu tato hypotéza nemůže být přijata.

Hypotéza č. 3: Předpokládali jsme, že u většiny respondentek dojde k překročení kritických hodnot hrubého skóru na konci denní i noční dvanáctihodinové pracovní směny.

Na konci denní dvanáctihodinové pracovní směny došlo k překročení kritických hodnot hrubého skóru u 21 zaměstnanců, což představuje 55,2 % zaměstnanců z celkového počtu 38.

Na konci noční dvanáctihodinové směny vykazovalo překročení kritických hodnot hrubého skóru 24 zaměstnanců, což je 63,2 % zaměstnanců.

Hypotézu č. 3 můžeme přijmout, neboť bylo zjištěno, že u většiny zaměstnanců došlo k překročení kritických hodnot hrubého skóru za denní i noční dvanáctihodinovou směnu.

Hypotéza č. 4: Ve výsledcích zjištěných v rámci skupinové diagnostiky jsme očekávali, že na začátku a před koncem denní dvanáctihodinové pracovní směny bude

u respondentek zjištěna vyšší intenzita únavy CNS, než u na začátku a před koncem noční dvanáctihodinové pracovní směny.

Vyšší intenzita v oblasti únavy CNS byla u denní směny přítomna u 17 zaměstnanců 44,7 % na začátku směny a u 21 zaměstnanců 55,2 % na konci směny z celkového počtu 38 respondentů.

U noční směny byly pocity únavy CNS nad referenční hodnotou přítomny u 12 zaměstnanců (31,2 %) na začátku pracovní směny, na konci pracovní směny byly pocity únavy CNS přítomny u dvou pracovníků (5,3 %).

Hypotézu č. 4 můžeme přijmout, protože bylo vlastním šetřením potvrzeno, že únava CNS je přítomna ve vyšší míře u zaměstnanců na denní dvanáctihodinové směně, než na dvanáctihodinové noční směně.

Hypotéza č. 5: Předpokládali jsme, že na noční dvanáctihodinovou pracovní směnu nastupuje více sester se subjektivními pocity únavy v oblasti hrubého skóru, než na denní dvanáctihodinovou pracovní směnu.

Z vlastního šetření vyplynulo, že na denní směnu nastupuje 13 zaměstnanců, tj. 34,2 % respondentů, s pocity únavy nad kritickou hodnotou.

Na noční směnu nastoupilo 10 zaměstnanců, tj. 26,3 % respondentů, s pocity únavy nad danou referenční hodnotou.

Hypotézu č. 5 nemůžeme přijmout, protože souhrnným hodnocením nebylo zjištěno, že by na noční směnu nastupovali zaměstnanci s menšími pocity únavy než na denní směnu.

ZÁVĚR

Předkládaná bakalářská práce se věnovala problematice subjektivních pocitů únavy u všeobecných sester, zaměstnaných v době vlastního šetření na lůžkové části Kliniky anesteziologie a resuscitace UK a 2. LF a FN Motol.

Teoretická část práce se věnovala základním pojmům, souvisejících s řešenou problematikou. Zdrojem informací pro tuto práci byla literární rešerše, která nám poskytla přehled o publikovaných literárních a časopiseckých zdrojů, zabývajících se touto problematikou.

V empirické části jsem se zabývala mírou subjektivních pocitů únavy u všeobecných sester. Míru pocitů únavy jsem zjišťovala pomocí standardizovaného dotazníku Subjektivních pocitů únavy. Tento dotazník byl vyvinut v japonské asociaci průmyslového zdraví a zjišťuje míru pocitů únavy ve třech základních oblastech – v oblasti CNS, úbytku motivace a somatických příznaků únavy. Získaná data byla zpracována dle platné metodiky Hladkého a Židkové (1999) a porovnána s referenčními hodnotami pro daný typ pracovní směny.

Všeobecným sestřám lůžkové části Kliniky anesteziologie a resuscitace UK 2. LF a FN Motol bylo vydáno celkem 80 dotazníků. Vlastní šetření probíhalo v termínu 28.2. – 4.3.2011, celkem bylo vráceno 66 dotazníků. K vlastnímu šetření jsem použila data z 38 dotazníků, které byly vyplněny jedním zaměstnancem za oba typy pracovních směn (zároveň za denní a noční dvanáctihodinovou směnu).

V oblasti skupinové diagnostiky jsem dospěla k závěru, že na denní směnu již nastupují zaměstnanci ve všech sledovaných oblastech s výraznými pocity únavy a dále v průběhu pracovní směny pocity únavy nadále strmě rostou. U skupinové diagnostiky zaměstnanců v noční dvanáctihodinové směně bylo zjištěno, že zaměstnanci nastupují na noční směnu s výraznými subjektivními pocity únavy CNS v porovnání s referenční hodnotou a dále v průběhu této pracovní směny nedochází v této oblasti k významnému nárůstu, naopak, zaměstnanci na konci této pracovní směny vykazují nižší míru pocitů únavy CNS v porovnání s referenčními hodnotami. V oblasti úbytku motivace byla v době nástupu na pracovní směnu mírně překročena referenční hodnota pro tento typ směny. Dále v průběhu pracovní směny u zaměstnanců nedošlo k dramatickému růstu pocitů únavy, naopak na konci pracovní směny zaměstnanci vykazovali hodnot míry pocitů únavy výrazně pod referenční hodnotou. V další šetřené oblasti – oblasti somatických příznaků únavy zaměstnanci

vykazovali v době nástupu na noční dvanáctihodinovou směnu míru únavy pod referenční hodnotou a dále během pracovní směny dále nedocházelo k dramatickému nárůstu únavy. Na konci pracovní směny vykazovali zaměstnanci hodnoty únavy v této oblasti výrazně pod referenční hodnotou tohoto typu pracovní směny.

Individuální diagnostikou jsem zjistila, že na denní směnu nastupuje nejvíce zaměstnanců s pocity únavy v oblasti CNS a to 44,7 %, úbytek motivace je přítomen u 28,9 % zaměstnanců a somatické příznaky únavy u 18,4 % zaměstnanců. Dále v průběhu pracovní směny dochází k nárůstu počtu zaměstnanců s pocity únavy CNS o 10,5 %, u úbytku motivace tvoří nárůst 5,3 %. Nejvyšší nárůst pocitů únavy je v oblasti somatických příznaků únavy a to o 26,3 %. U noční směny jsem provedeným šetřením zjistila, že na pracovní směnu nastupuje 31,6 % zaměstnanců s pocity únavy CNS, v oblasti úbytku motivace nastupovalo s pocity únavy 21 % zaměstnanců a se somatickými příznaky únavy 21 % pracovníků. Na konci noční pracovní směny byl zjištěn výrazný úbytek počtu pracovníků s pocity únavy. V oblasti únavy CNS byl pozorován pokles pocitů únavy o 26,3 %, u úbytku motivace byl pokles procentuelního zastoupení pracovníků o 15,7 % a v oblasti somatických příznaků únavy byl pozorován pokles počtu pracovníků o 15,7 %.

Dále jsem se zabývala otázkou, u jak velké skupiny sester dochází v průběhu pracovní směny ke strmým nárůstům pocitů únavy. V oblasti hrubého skóru byla překročena hodnota ve všech sledovaných oblastech únavy u 34,2 % zaměstnanců na začátku směny a na konci směny zvýšené hodnoty vykazovalo 55,2 % zaměstnanců, což představuje nárůst počtu pracovníků s pocity únavy o 21 %. U noční směny byly hodnoty překročeny ve sledovaných oblastech u 26,3 % pracovníků a na konci pracovní směny byl počet zaměstnanců s pocity únavy 63,1 %, což představuje nárůst o 36,82%.

Prezentace výše uvedených výsledků naplňuje uvedené cíle práce, které byly stanoveny v úvodu bakalářské práce:

Cílem č. 1 bylo přinést základní přehled poznatků souvisejících s řešenou problematikou.

Cílem č. 2 bylo zadat všeobecným sestřám zařazeným na lůžkových resuscitačních odděleních Kliniky anesteziologie a resuscitace UK 2. LF a FN Motol standardizovaný

Dotazník subjektivních pocitů únavy a zároveň provést primární a statistickou analýzu získaných dat.

Cílem č. 3 bylo provést faktorovou analýzu zaměřenou na subjektivní pocity únavy CNS v rámci skupinové diagnostiky, úbytek motivace, somatické příznaky únavy a hrubý skór.

Cílem č. 4 bylo provést individuální diagnostiku (klasifikaci) únavy na začátku a na konci pracovní směny s cílem zjistit kolik sester nastupuje na pracovní směnu s výraznými pocity únavy (s rekuperačním mankem).

Cílem č. 5 bylo zjistit zda, a případně u jak velké skupiny sester dochází v průběhu pracovní směny ke strmému nárůstu subjektivních pocitů únavy.

Závěrem této práce bych chtěla poukázat na skutečnost, že výsledky daného šetření nelze porovnávat s žádným dříve provedeným výzkumem na stejném oddělení nebo na jednotkách intenzivní péče obdobného typu, neboť se jedná o jiný charakter práce, který je dán odlišností aktuálních pracovních podmínek zaměstnanců.

Výsledky mého šetření mohou pomoci při zefektivnění práce sester na tomto oddělení a dávají možnost přehodnocení současně nastavených kritérií pro jejich práci a naplněnost jednotlivých denních fází činnosti oddělení. Z provedeného empirického šetření vyplývají i možné impulsy na změny dělení práce oddělení, jeho operativnosti a správného chodu.

Vzhledem k tomu, že doba vlastního šetření byla prováděna v krátkém časovém období, ráda bych v této činnosti pokračovala i v budoucnu. Plánovaný výzkum v této oblasti bych zaměřila na vznik příčiny únavy sledované skupiny sester, výsledky bych využila při svém dalším studiu.

ANOTACE

Autor:	Renáta Hejná
Instituce:	Univerzita Karlova v Praze Lékařská fakulta v Hradci Králové Ústav sociálního lékařství Oddělení ošetřovatelství
Název práce:	Subjektivní pocity únavy
Vedoucí práce:	PhDr. RNDr. Jirkovský Daniel Ph.D., MBA
Počet stran:	80
Počet příloh:	4
Rok obhajoby:	2011
Klíčová slova:	únava, pracovní stres, pracovní podmínky, syndrom vyhoření

Bakalářská práce se zabývá problematikou subjektivního vnímání únavy sester pracujících na oddělení anesteziologie a resuscitace. Teoretická část popisuje charakteristiku práce na oddělení anesteziologie a resuscitace a celoživotní vzdělávání sester. Dále je popsána únava a stres a jejich vliv na pracovní výkon a zdravotní stav jedince. Termíny pracovní zátěž a pracovní podmínky sester jsou rovněž definovány. Výzkumná část analyzuje míru subjektivního vnímání únavy sester v závislosti na typu pracovní směny.

ANOTATION

Author:	Renáta Hejná
Institution:	Charles univerzity of Prague Medical faculty of Hradec Králové Institute of social medicine Department of nursing
Title of the work:	Nurses subjective perception of fatigue
Academic advisor:	PhDr. RNDr. Jirkovský Daniel Ph.D., MBA
Number of pages:	80
Number of supplements:	4
Year of defense:	2011
Key words:	Fatigue, work stress, work conditions, burnout syndrome

This bachelor thesis analyzes an issue of subjective perception of fatigue in nurses working at department of anaesthesiology and resuscitation. In theoretical part nurses job descriptions and life time education are being mentioned. A matter of fatigue and stress and its impact of work performance and health condition are highlighted and defined. It also describes nurses workload and work conditions. The research part deals with nurses subjective perception of fatigue in context with shift schedule.

LITERATURA A PRAMENY

- 1) HLADKÝ, A. – ŽIDKOVÁ, Z. *Metody hodnocení psychosociální pracovní zátěže*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1999. 78 s. ISBN 80-7184-890-5
- 2) KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 3. vyd. Praha: Portál, 2009. 280s. ISBN 978-80-7367-568-4
- 3) HRNČÍŘ, K. *Fyzická zátěž*. 1. vyd. Rožnov pod Radhoštěm: RoVS – Rožnovský vzdělávací servis, 2007. 103s. ISBN: 978-80-254-2476-6
- 4) SCHERRER, J. *Únava*. 1. vyd. Praha: Victoria publishing, 1995. 96s. ISBN: 80-85865-73-4
- 5) TROJAN, S. a kolektiv. *Lékařská fyziologie*. 4. vyd. Praha: Grada, 2003. 772s. ISBN 80-247-0512-5
- 6) ATKINSON, R.L. *Psychologie*. 2.vyd. Praha : Portál, 2003. 752s. ISBN 80-7178-640-3
- 7) HARTL, P. – HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1.vyd. Praha: Portál, 2004. 776s. ISBN: 80-7178-303-X
- 8) PAULÍK, K. *Psychologie lidské odolnosti*. 1.vyd. Praha: Grada, 2010. 240s. ISBN: 978-80-247-2959-6
- 9) BANKHOFER, H., HUBER, J., HEWSON, E. *30 způsobů jak se zbavit stresu*. 1.vyd. Praha: Grada, 2009. 120s. ISBN: 978-80-247-2486-7
- 10) ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M. *Speciální psychologie*. 4.vyd. Brno: NCONZO, 2003. 173s. ISBN: 80-7013-386-4
- 11) JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1.vyd. Praha: Triton, 2003. 224s. ISBN: 80-7254-329-6
- 12) KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 352s. ISBN: 978-80-247-1830-9
- 13) ŠEVČÍK, P., ČERNÝ, V., VÍTOVEC, J. et al. *Intenzivní medicína*. 2.vyd. Praha: Galén, 2003.
- 14) ŽIDKOVÁ, Z. *Práce sester na operačním sále z pohledu psychologa v hygieně*. Sestra – příloha časopisu sestra, 2004, roč.14, č.9, s.10. ISSN: 1210-0404
- 15) BÁRTLOVÁ, S. *Vliv pracovních vztahů mezi lékaři a sestrami na péči o pacienta*. Kontakt, roč.8, č.1, s.31-35. ISSN: 1212-4117

- 16) HONZÁK, R. *Prevence burn out syndromu*. Lékařské listy, 2008, roč.57, č.8, s. 28-31
ISSN: 0044-1996
- 17) KOMAČENKOVÁ, D. *Fyzická a psychická zátěž při poskytování ošetrovatelské péče – prevence, ochrana a podpora zdraví sestry*. Sestra, 2009, roč.19, č.7-8, s.26-28
ISSN: 1210-0404
- 18) ČERNÁ, R., KOŽÍKOVÁ, Z. *Syndrom vyhoření (burn-out syndrom) u zdravotních sester*. Urologie pro praxi, 2004, roč.5, č.6, s. 265 ISSN: 1213-1768
- 19) BÁRTLOVÁ, S., JOBÁNKOVÁ, M. *Syndrom vyhoření na exponovaných pracovištích*. Sestra, 2001, roč.11, č.7/8, s.78. ISSN: 1210-0404
- 20) MLÝNKOVÁ, J. *Stresové situace v práci pečujících, aneb, kam mohou vést neuspokojené potřeby?* Sociální péče, 2009, č. 6, s.34-37. ISSN: 1213-2330
- 21) HONZÁK, R. *Sestry a stres*. Stěžeň, 1997, č.1, s.10-12. ISSN: 1210-0153
- 22) DIMUNOVÁ, L. *Výskyt syndromu vyhoření u sester na Slovensku*. Sestra, 2009, roč.19, č.5, s.32. ISSN: 1210-0404
- 23) HRACHOVINOVÁ, T., ŠOLCOVÁ, I. *Pracovní zatížení a syndrom vyhoření (Sestra v Evropské unii. Mezinárodní seminář. Listopad 2000)*. Zpravodaj České asociace sester, 2000, č.14, s.10-14.
- 24) ZACHOVÁ, V., ŠKOCHOVÁ, D. *Boj s profesionální deformací*. Interní medicína pro praxi, 2007, roč.9, č.12, s.569-570. ISSN: 1803-5256
- 25) ZACHAROVÁ, E. *Psycho-sociální aspekty ovlivňující sestru v akutní medicíně*. Diagnóza v ošetrovatelství, 2009, roč.5, č.5, s.27-29. ISSN: 1801-1349

INTERNETOVÉ ZDROJE:

- 26) VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A., HONZÁK, R. *Stres, eustres, distres*. Online, dostupné na: www.solen.cz/savapdfs/int/2008/04/09.pdf
- 27) JANČÍK, J., ZÁVODNÁ, E., NOVOTNÁ, M. *Fyziologie tělesné zátěže*. Online, dostupné na: <http://is.muni.cz/elportal/estud/fsps/js07/fyziio/texty/ch06.html>
- 28) <http://www.time-management-guide.com/burnout.html>
- 29) http://www.wrongdiagnosis.com/b/burnout_syndrome/intro.htm

SEZNAM ZKRATEK

tzv.	takzvaný
tj.	to je
GAS	General Adaptation Syndrom
apod.	a podobně
kol.	kolektiv
atd.	a tak dál
resp.	respektive
CNS	centrální nervový systém
UK	Univerzita Karlova
LF	Lékařská fakulta
FN Motol	Fakultní nemocnice Motol
č.	číslo
tab.	tabulka

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1:	Únava.....	15
Graf 2:	Únava CNS – denní směna.....	47
Graf 3:	Úbytek motivace – denní směna.....	48
Graf 4:	Somatické příznaky únavy – denní směna.....	49
Graf 5:	Denní směna souhrn – únava CNS.....	50
Graf 6:	Denní směna souhrn – úbytek motivace.....	51
Graf 7:	Denní směna souhrn – somatické příznaky únavy.....	51
Graf 8:	Únava CNS – noční směna.....	53
Graf 9:	Úbytek motivace – noční směna.....	54
Graf 10:	Somatické příznaky únavy – noční směna.....	55
Graf 11:	Noční směna souhrn – únava CNS.....	56
Graf 12:	Noční směna souhrn – úbytek motivace.....	57
Graf 13:	Noční směna souhrn – somatické příznaky únavy.....	57

SEZNAM TABULEK

Tab. 1:	Průměrné hodnoty faktorů.....	42
Tab. 2:	Hraniční skóry jednotlivých faktorů.....	43
Tab. 3:	Únava CNS – denní směna.....	46
Tab. 4:	Úbytek motivace – denní směna.....	48
Tab. 5:	Somatické příznaky únavy – denní směna.....	49
Tab. 6:	Únava CNS – noční směna.....	52
Tab. 7:	Úbytek motivace – noční směna.....	54
Tab. 8:	Somatické příznaky únavy – noční směna.....	55
Tab. 9:	Shrnutí proměnných za denní směnu.....	58
Tab. 10:	Hrubý skór šetřených oblastí únavy.....	59
Tab. 11:	Shrnutí proměnných za noční směnu.....	60
Tab. 12:	Hrubý skór šetřených oblastí únavy – noční směna.....	61

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A: Žádost o provedení dotazníkového šetření ve Fakultní nemocnici v Motole.....	76
Příloha B: Dotazník.....	77
Příloha C: Škála životních událostí (Holmes, Rahe, 1967).....	79
Příloha D: Zákon č. 96/2004 Sb. § 5.....	80

PŘÍLOHY

Příloha A: Žádost o provedení dotazníkového šetření ve Fakultní nemocnici v Motole

Vážená paní
Mgr. Taťána Maňasová
Vrchní sestra Kliniky anesteziologie a resuscitace
FN v Motole
V Úvalu 84
150 06 Praha 5

Věc: žádost o povolení výzkumného šetření na Klinice anesteziologie a resuscitace FN Motol

Vážená paní Mgr. Maňasová,

Dovoluji si Vás touto cestou požádat o povolení provedení výzkumného šetření na Klinice anesteziologie a resuscitace FN Motol, které by mělo být součástí závěrečné práce Renáty Hejné, nar. 19.9.1981, která je v současné době studentkou 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, oboru Všeobecná sestra, kombinované formy na LF UK v Hradci Králové.

Cílem této bakalářské práce bude objektivizovat míru pocitů pracovní únavy všeobecných sester zařazených na lůžkových odděleních Kliniky anesteziologie a resuscitace FN Motol.

Výzkumné šetření bude provedeno formou anonymního dotazníku, který je rovněž přiložen k této žádosti.

Tato bakalářská práce bude zpracována pod odborným vedením PhDr. RNDr. Daniela Jirkovského Ph.D., MBA.

Výsledky provedeného šetření Vám rádi poskytneme.

S pozdravem Hejná Renáta
Ondříčkova 1270/25
130 00 Praha 3

Vyjádření FN Motol:

Souhlasím

Nesouhlasím

Datum: 5. 1. 2011

Podpis:

Mgr. Taťána MAŇASOVÁ
vrchní sestra

ICP	FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE
05	150 06 Praha 5 - Motol, V Úvalu 84
002	Klinika anesteziologie a resuscitace
178	přednosta: prof. MUDr. Karel Svachovec, CSc., MBA
	vrchní sestra: Mgr. Taťána Maňasová
	odbornost: 708 tel.: 22443 5405
	IČ: 00964203 DIČ: CZ00964203

Příloha B: Dotazník

Dotazník subjektivních pocitů únavy			
Nástup na směnuhodin		Konec směny:hodin	
Vpište křížek do políčka podle toho, jak silný je Váš pocit			
Síla pocitu: 0 – žádný 1 – mírný 2 – silný			
 Vyplňte na začátku pracovní směny			
0	1	2	Příznaky únavy
			Mám pocit těžké hlavy
			Cítím únavu v celém těle
			Mám pocit těžkých nohou
			Chce se mi zívát
			Mám pocit otupělosti
			Cítím ospalost
			Bolí mě oči
			Zdá se mi, že mé pohyby jsou ztuhlejší a neohrabanější
			Když si stoupnu, mám pocit, že se motám
			Nejraději bych se trochu natáhla na pohovku
			Nemohu soustředit myšlenky
			Není mi do řeči
			Mám pocit nervozity
			Obtížně soustředuji pozornost
			Nic mě nebaví
			Jsem náchylnější k zapomínání
			Dělám více chyb
			Cítím neklid a ustaranost
			Ztrácím sebejistotu a sebedůvěru
			Ztrácím trpělivost
			Bolí mne hlava
			Mám pocit tíhy (ztuhlost v ramenou)
			Bolí mě v kříži
			Těžko se mi dýchá
			Mám pocit sucha v ústech
			Mám pocit ochraptělosti
			Točí se mi hlava
			Škube mi v horním víčku
			Cítím třes v rukou či nohou, rozechvělost
			Necítím se dobře
			Píchá mě v boku
			Zdá se mi, že více kýčám

 Vyplňte na konci pracovní směny			
0	1	2	Příznaky únavy
			Mám pocit těžké hlavy
			Cítím únavu v celém těle
			Mám pocit těžkých nohou
			Chce se mi zívát
			Mám pocit otupělosti
			Cítím ospalost
			Bolí mě oči
			Zdá se mi, že mé pohyby jsou ztuhlejší a neohrabanější
			Když si stoupnu, mám pocit, že se motám
			Nejraději bych se trochu natáhla na pohovku
			Nemohu soustředit myšlenky
			Není mi do řeči
			Mám pocit nervozity
			Obtížně soustřed'uji pozornost
			Nic mě nebaví
			Jsem náchylnější k zapomínání
			Dělám více chyb
			Cítím neklid a ustaranost
			Ztrácím sebejistotu a sebedůvěru
			Ztrácím trpělivost
			Bolí mne hlava
			Mám pocit tíhy (ztuhlost v ramenou)
			Bolí mě v kříži
			Těžko se mi dýchá
			Mám pocit sucha v ústech
			Mám pocit ochraptělosti
			Točí se mi hlava
			Škube mi v horním víčku
			Cítím třes v rukou či nohou, rozechvělost
			Necítím se dobře
			Píchá mě v boku
			Zdá se mi, že více kýchám

Příloha C: Škála životních událostí (Holmes, Rahe, 1967)

Životní událost	Hodnota
smrt partnera	100
Rozvod	73
rozchod manželů	65
uvěznění, výkon trestu, odnětí svobody	63
smrt blízkého příbuzného	63
vlastní zranění nebo nemoc	53
Sňatek	50
výpověď z práce	47
smíření manželů	45
odchod do penze	45
onemocnění rodinného příslušníka	44
Těhotenství	40
sexuální potíže	39
přírůstek nového člena rodiny	39
změna zaměstnání	39
změna finanční situace	38
smrt blízkého přítele	37
změna pracovního zaměření	36
zabavení zastaveného majetku	30
změna zodpovědnosti v zaměstnání	29
odchod syna nebo dcery z domu	29
problémy s příbuznými za strany partnera	29
vynikající osobní úspěch	28
manželka začala nebo přestala pracovat	26
zahájení nebo ukončení studia	26
změna životních podmínek	25
změna osobních zvyků	24
problémy s nadřízenými	23
změna bydliště	20
změna školy	20
změna rekreace	19
změna náboženských aktivit	19
změna společenských aktivit	18
změna spánkových návyků	16
změna stravovacích návyků	15
Dovolená	13
Vánoce	12
drobné porušení zákona	11

96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních

§ 5

Odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry

(1) Odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry se získává absolvováním nejméně tříletého akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu všeobecných sester,

nejméně tříletého studia v oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšších zdravotnických školách,

vysokoškolského studia ve studijních programech a studijních oborech psychologie - péče o nemocné, pedagogika - ošetřovatelství, pedagogika - péče o nemocné, péče o nemocné nebo učitelství odborných předmětů pro střední zdravotnické školy, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději v akademickém roce 2003/2004,

tříletého studia v oboru diplomovaná dětská sestra nebo diplomovaná sestra pro psychiatrii na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004,

studijního oboru všeobecná sestra na střední zdravotnické škole, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004,

studijního oboru zdravotní sestra, dětská sestra, sestra pro psychiatrii, sestra pro intenzivní péči, ženská sestra nebo porodní asistentka na střední zdravotnické škole, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 1996/1997, nebo

tříletého studia v oboru diplomovaná porodní asistentka na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004.

(2) Všeobecná sestra, která získala odbornou způsobilost podle odstavce 1 písm. e) až g), může vykonávat své povolání bez odborného dohledu až po 3 letech výkonu povolání všeobecné sestry. Do té doby musí vykonávat své povolání pouze pod odborným dohledem. Povinnost podle věty první se nevztahuje na všeobecné sestry, které po získané odborné způsobilosti absolvovaly vysokoškolské studium ošetřovatelského zaměření nebo které získaly specializovanou způsobilost podle § 96 odst. 3.

(3) Za výkon povolání všeobecné sestry se považuje poskytování ošetřovatelské péče. Dále se všeobecná sestra ve spolupráci s lékařem nebo zubním lékařem podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární péči.

(4) Pokud způsobilost k výkonu všeobecné sestry získal muž, je oprávněn používat označení odbornosti všeobecný ošetřovatel.