

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vliv nočních směn na kvalitu života perioperačních sester

Iva Leber

Vedoucí práce: PhDr. Iva Poláčková Šolcová, PhD.

Praha, 2016

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem vypracovala bakalářskou práci samostatně pod vedením PhDr. Ivy Poláčkové Šolcové, PhD. V práci jsem použila literaturu uvedenou v seznamu a všechny použité prameny i literatura byly řádně citovány. Práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze 6.4. 2016

Iva Leber

Poděkování

Chtěla bych poděkovat především vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Ivě Poláčkové Šolcové, PhD. za cenné rady, návrhy a připomínky i čas, který mi věnovala. Můj dík patří také všem participantkám za ochotu, spolupráci a informace, které mi poskytly během rozhovorů.

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá vlivem nočních směn na kvalitu života perioperačních sester. V teoretické části je vymezen pojem kvalita života, přístupy k jejímu definování, její modely a způsoby měření. Dále směnný provoz a jeho důsledky i možnosti ke zmírnění negativních následků noční práce. Obsahuje také pojem perioperační sestra, popis její práce a průběhu nočních směn na pracovišti Kliniky ústní, obličejové a čelistní chirurgie.

V empirické části práce je popsán průběh a výsledky výzkumu provedeného kvalitativní metodou prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů – pozitivní i negativní vliv a následky nočních směn na kvalitu života participantek a způsoby, jakými se s nimi vyrovnávají.

Klíčová slova

perioperační sestra, ústní, obličejová a čelistní chirurgie, noční měna, kvalita života, kvalitativní výzkum

Abstract

The aim of this thesis is to provide an overview of the quality of life of perioperative nurses. In a first step, the term „quality of life“ will be defined as well as the approach which defines it. Additionally, the quality of life models and the associated indicators will be discussed. Thereby, the effects of work shifts on people’s lives will be outlined. Also, the possibilities of reducing the negative effects of night shifts will be dealt with.

In general, the thesis describes the concept of a perioperative nurse and the related work methods, as well as the process of a night shift in a clinic for oral and maxillofacial surgery.

In the empirical part of the thesis, the method and results of the qualitative research which are subject to this thesis will be addressed. These results show the positive and negative influences or consequences night shifts have on the quality of life of the discussed nurses and furthermore indicate how they deal with these results.

Key words

perioperative nurse, oral and maxillofacial surgery, night shift, quality of life, qualitative research

Obsah

Úvod	8
1) Teoretická část.....	10
1. Kvalita života	10
1.1. Kvalita života a psychologie	11
1.2. Kvalita života a práce	12
1.3. Modely kvality života.....	15
1.4. Měřicí nástroje kvality života.....	16
2. Perioperační sestra	17
3. Směnný provoz	21
3.1. Cirkadiánní rytmicita.....	22
3.2. Následky směnného provozu	23
3.3. Prevence negativních následků směnného provozu	26
4. Noční směna na Oddělení ústní, čelistní a obličejové chirurgie	28
4.1. Pracoviště	28
4.2. Průběh noční směny	30
5. Závěr teoretické části	32
2. Empirická část.....	33
6. Výzkumný problém a výzkumné cíle	33
6.1. Pozice autorky	34
6.2. Metoda.....	34
6.3. Výzkumný soubor a prostředí výzkumu.....	34
6.4. Technika sběru dat.....	35
6.5. Zpracování, analýza a interpretace dat	37
7. Výsledky	38
7.1. Volba povolání s ohledem na kvalitu života v budoucím životě.....	38
7.2. Kariéra perioperační sestry	39

7.3. Kvalita života.....	46
7.4. Noční směny	48
7.5. Nejvýznamnější následky nočních směn	55
7.6. Způsoby vyrovnávání se s následky nočních směn	58
7.7. Profesní plány do budoucna.....	60
8. Diskuse a závěr	61
9. Limity výzkumu.....	64
10. Literatura.....	67
Příloha 1.....	71
Příloha 2.....	73

Úvod

Povolání perioperační sestry je náročné a velmi zajímavé, jehož nedílnou součástí je povinnost pracovat v noci a o víkendech. Na téma noční práce a jejích souvislostí s kvalitou života proběhlo již mnoho výzkumů u nejrůznějších profesí. Podařilo se mi však najít jen velmi málo studií zabývajících se prací perioperačních sester, přestože jsou velmi početnou skupinou zastoupenou ve většině nemocnic. Tato skutečnost přispěla velkým dílem ke konečné volbě tématu mé bakalářské práce, které je mi velmi blízké, protože sama jako perioperační sestra pracuji.

V práci se zabývám vlivem a následky nočních služeb na kvalitu života perioperačních sester. Cílem mého výzkumu bylo především zjistit, jaké konkrétní následky pro ně noční směny mají, jak tyto působí na různé oblasti a kvalitu jejich života a jakým způsobem se pak s nimi vyrovnávají.

V teoretické části vymezuji pojmy, jako je kvalita života, možné přístupy k jejímu definování, uvádím několik modelů kvality života a možnosti a způsoby jejího měření. Vysvětluji formu pracovního procesu, kterou je směnný provoz, jeho náležitosti a faktory, které mají v souvislosti se směnným a nočním provozem velký význam, tedy cirkadiánní rytmicitu a spánek. Poukazuji na četné a různorodé následky nočních směn, které byly předmětem nejrůznějších studií. Prezentuji také některé možnosti a opatření, jak lze negativní následky práce v noci zmírnit. Participantkami mého výzkumu jsou perioperační sestry, tedy úzce specializované pracovnice v poměrně málo známém oboru ústní, obličejové a čelistní chirurgie. Popisují jejich kvalifikaci, způsob práce a činnosti i vlastní průběh nočních směn. O samotném oboru připojuji v krátkosti jeho historii a vývoj Kliniky ústní, obličejové a čelistní chirurgie v rámci Univerzitní nemocnice Innsbruck.

V empirické části práce prezentuji průběh a výsledky výzkumu provedeného kvalitativní metodou za účasti participantek - perioperačních sester. Předkládám získané poznatky o vývoji a důležitých okamžicích jejich pracovní kariéry, subjektivní zkušenosti s nočními směny a jejich pozitiva a negativa v reflexi sester, stejně jako možnosti a způsoby, kterými se s následky noční práce vyrovnávají.

Široká veřejnost je jistě ovlivněna sledováním televizních seriálů domácí i zahraniční produkce odehrávajících se v nemocničním prostředí, kde jsou operace vždy dramatické a nikdy neprobíhají bez komplikací. První ošetření pacientů, které právě přivezla záchranná služba nebo vyložil vrtulník, se neobejde bez zmatku, chaosu a povelů, které vykřikují lékaři

a sestry jeden přes druhého. To však s realitou života a denním provozem v nemocnicích a zvláště na operačních sálech nemá příliš mnoho společného. Proto bych ráda prostřednictvím mé bakalářské práce alespoň nepatrným dílem přispěla k větší informovanosti a načrtla lepší a především realističtější obraz situace.

1) Teoretická část

1. Kvalita života

Obsahem první kapitoly je teoretické zakotvení pojmu kvalita života. Vzhledem k tématu výzkumu a zvolené výzkumné metodě jsem se soustředila především na pojetí a přístupy ke kvalitě života v psychologii a vztah kvality života a práce. Představuji rovněž několik celostních modelů kvality života a v krátkosti i možnosti a nástroje k jejímu měření. Vzhledem k tomu, že je pojem well-being v odborné literatuře chápán i definován různým způsobem, budu ve své práci užívat jeho českého ekvivalentu osobní pohoda, který obsahuje dimenzi jak duševní, tak tělesnou a sociální, a oba výrazy budu používat smíšeně, jak také navrhuje Šolcová et al. (2005, s.12-13).

Pojem kvalita života se poprvé objevil v roce 1920, kdy jej ve své práci o sociálním a zabezpečení a ekonomii použil anglický ekonom A. C. Pigou (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s.7). Předmětem stále širšího a komplexnějšího výzkumu se tento jev stal v 60. letech 20. století a to v souvislosti se dvěma změnami: stále větší materiální bohatství v důsledku ekonomického růstu a rozvoje ve vyspělých zemích umožňovalo sice obyvatelstvu uspokojování základních materiálních potřeb, zároveň však došlo k podstatné změně životního stylu i hodnot.

V současné době se výzkumem kvality života zabývají mnohé vědní obory (psychologie, sociologie, ekonomie, medicína, teologie i technické vědy). Všechny vycházejí z rozdílných základů, směrů a předpokladů a existuje tedy velké množství definic jevu, přičemž žádná z nich nemá všeobecně uznávanou platnost. Přes veškeré výhrady však lze říci, že existuje shoda ve třech faktorech kvality života: fyzické prožívání, psychická pohoda, sociální postavení jedince a jeho vztahy k druhým lidem (Křížová, 2005, In: Payne, 2005, s.351).

Kvalitu života lze zkoumat ze dvou pohledů: objektivního (materiální a sociální podmínky a status) a subjektivního (postavení jedince ve společnosti, spokojenost s prožíváním a naplněním vlastního života), ke kterému se v současnosti přiklánějí všechny obory (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s.16).

1.1. Kvalita života a psychologie

Podle Šolcové a Kebzy (2004, s.21) je v psychologii kvalita života spojována s termínem *well-being* (osobní pohoda), což je „*dlouhodobý emoční stav, ve kterém je reflektována spokojenost jedince s jeho životem*“. *Well-being* obsahuje jak duševní, tak i tělesnou a sociální dimenzi. Subjektivní pocit osobní pohody se skládá ze čtyř částí: psychické osobní pohody (např. štěstí, životní spokojenost, nálada, dosažené i očekávané životní cíle), sebeúcty (*self-esteem*), sebeuplatnění (*self-efficacy*) a osobního zvládnutí (*personal control, mastery*) (Blatný et al., 2005, s.15).

Hošek (2013, s.1) uvádí ještě dvě další složky osobní pohody v souvislosti se sportem: sebezdokonalování (*self-enhancing*), prožívání souladu s vlastní osobou (*self-concordance*). Důležitou složkou osobní pohody je tělesná zdatnost (*wellnes*), která je podle Hoška prostředkem k jejímu navození. V přehledové studii shrnuje Hunt (2003, In: Blatný et al., 2005, s.17) hlavní přínosy tělesné zdatnosti pro celkovou životní spokojenost a osobní pohodu, kterými jsou nezávislost, sebeobslužnost a samostatnost.

Dalšími komponenty osobní pohody jsou např. rodinný stav, věk, sociální opora, vzdělání nebo sociálně ekonomický status.

Stroebe a Stroebe (1991, In: Abele, Becker, 1991, s.157-164) uvádějí, že manželství působí na osobní pohodu i psychické a duševní zdraví pozitivně. Vdané ženy a ženatí muži jsou spokojenější a zdravější než rozvedení, ovdovělí nebo ti, kteří do manželství nikdy nevstoupili. Pozitivní účinek manželství je u mužů větší než u žen, které profitují z manželství ve stejné míře jako muži pouze tehdy, mohou-li současně vykonávat povolání.

Jak udávají Schwarzer a Leppin (1991, In: Abele, Becker, 1991, s. 182), působí dobré sociální kontakty a vědomí, že je v případě nutnosti možno počítat s pomocí druhých, pozitivně na duševní rozpoložení. To je označováno jako „hlavní efekt“ v protikladu k „názarovému efektu“, který nastupuje pouze v případě krize, kdy poskytnutá podpora škodlivé následky tlumí nebo přímo odstraňuje.

Becker (1991, s.13-14) rozeznává dvě základní komponenty osobní pohody: aktuální pohodu, která charakterizuje momentální rozpoložení (pozitivní pocity, nálady a tělesný stav); a habituální pohodu jako relativně stabilní vlastnost, jejímž základem jsou údaje (agregovaných emočních zkušeností) o osobní pohodě, která je typická pro určitou osobu. V kombinaci s dvěma dalšími komponenty pak tvoří strukturu osobní pohody: psychická osobní pohoda aktuální (pozitivní pocity, nálady a aktuální zdravotní stav bez potíží) a habituální (málo časté negativní pocity a nálady a často pociťované pozitivní pocity a nálady); fyzická osobní pohoda aktuální (aktuální pozitivní tělesné vjemy a stav bez potíží)

a habituální (habituální pozitivní tělesné vjemy a stav bez potíží). Výsledkem habituální spokojenosti s psychickým a fyzickým stavem je obecná i specifická spokojenost se životem.

Podle Ryff a Keyes (1995, In: Šolcová, Kebza, 2004, s.25-26) má struktura osobní pohody šest základních dimenzí: sebezpřijetí (pozitivní postoj k sobě); pozitivní vztahy s druhými (vřelé uspokojující vztahy s druhými a zájem o jejich blaho); autonomie (nezávislost a sebeurčení); zvládání životního prostředí (pocit kompetence při zvládání každodenních nároků); smysl života (pocit, že minulý i přítomný život má smysl); osobní rozvoj (pocit trvalého vývoje, otevřenost novému).

Balcar (2005, In: Payne, 2005, s.71) definuje tři základní dimenze kvality lidského života - jejich motivační vodítka a hodnotové zacílení ve vztahu člověka k sobě samému a ke světu, jimiž jsou: tělesné zdraví (soulad a výkonnost tělesných funkcí); duševní štěstí (radost ze života a úspěšnost v něm); duchovní smysl (účinné uplatňování vůle a svědomí).

Babinčák (2004, In: Džuka, 2004, s.162-166) se ve své studii zabýval hledáním indikátorů kvality života. Účastníci studie byli vyzváni, aby na list papíru napsali svůj názor (bez omezení nebo podsouvání předpokládané podoby a struktury toho, co se za indikátory považuje) na téma „Co považujete za šťastný život?“. Šťastný život pro ně znamenal především: mít rodinu, děti, práci a milujícího partnera/ku, dostatek blízkých lidí a přátel. Až poté následovaly takové indikátory, jako dostatečné finanční zabezpečení a dobrá životní úroveň, volný čas sám pro sebe, zájmy a přátele, zdraví, spokojenost, vzdělání, úspěch, ... Šťastný život je také definován absencí, nepřítomností nějakého stavu: nemít trápení, bolest, obavy, problémy, nebýt sám, ... Pro šťastný život jsou tedy důležité uspokojivé vztahy s jinými osobami, existence ve společenství jiných osob, dobré rodinné zázemí a vzájemná důvěra.

Vad'urová a Mühlpachr (2005, s.29) uvádějí, že psychologický přístup se soustředí na „*prožívání, myšlení a hodnocení člověka, jeho potřeby a přání, sebehodnocení, seberealizace, sebeaktualizace a negativní indikátory, jako například životní trauma, krize, deprese, poruchy nálad*“.

1.2. Kvalita života a práce

Jednu z důležitých komponent subjektivní kvality života představuje spokojenost s prací, kterou Locke (1976, In: Zapf, 1991, s.231) definuje jako emoční stav člověka vycházející z hodnocení vlastní práce a pracovních zkušeností. Podle Dienera (1984, In: Zapf, 1991,

s.232) koreluje pracovní spokojenost se všeobecnou životní spokojeností a může být proto považována za speciální komponentu kvality života.

Zapf (1991, In: Abele, Becker, 1991, s.227-228) popisuje několik způsobů, jak může práce souviset s osobní pohodou:

- pracovní podmínky ovlivňují osobní pohodu (pracovní a životní spokojenost, vývoj a rozšiřování kompetencí, sebeuplatnění a sebevědomí);
- osobní pohoda naopak může ovlivnit pracovní podmínky (jestliže je pracovník velmi nespokojený, pak jeho pracovní motivace pravděpodobně není příliš vysoká a může docházet i k absentismu nebo záměrně nízkému pracovnímu výkonu);
- různé jiné faktory (např. rodinná a školní socializace) mohou ovlivňovat jak osobní pohodu, tak pracovní podmínky.

Zapf dále uvádí (1991, In: Abele, Becker, 1991, s, 234), že osobní pohoda se zlepšuje, jestliže byly pracovní nároky úspěšně splněny.

V této souvislosti se Edwards a Rothbard (2000, In: Sonnentag, Fritz, s.671) zabývali efektem Spillover, který se vztahuje se na procesy a vzájemné působení práce a oblastí života mimo ni (rodina, volný čas) a probíhá v obou směrech. Williams a Allinger (1994, In: Sonnentag, Fritz, s.672) ve studii provedené se 41 pracovníky zjistili, že zatímco pracovní stres a únava se do domácího prostředí přenášejí, pozitivní nálada na pracovišti s pozitivní náladou v domácím prostředí nijak nesouvisí. Stres, únava a pozitivní nálada se však z domácího prostředí do pracovního přenášely.

Vlivem pracovního stresu na životní spokojenost se zabýval Hnilica (2005, s.484). Ve studii se opíral o Karaskův model pracovního stresu a pracovní spokojenosti (1979, In: Hnilica, 2005, s.474-476), ve kterém vychází Karasek ze dvou navzájem nezávislých teoretických konstruktů. Prvním konstruktem jsou pracovní nároky (*job demands*), kterými jsou zejména rychlé pracovní tempo, málo času, mnoho úkolů, duševně náročná práce a vylučující se požadavky z mnoha stran. Druhým je kontrola (*job control*), která má dva aspekty: pracovní autonomii – možnost pracovníka rozhodovat o tempu, postupu a pořadí práce; a dovednosti a schopnosti (*skill discretion*), které pracovník ve své práci uplatní – kvalifikace, možnost učit se nové věci a uplatnit kreativitu. Povolání, která se vyznačují vysokou psychickou náročností a nízkou mírou kontroly, představují pro pracovníka vysokou míru zátěže a tedy i vysokou míru stresu, zatímco povolání s vysokou psychickou náročností a vysokou mírou kontroly jsou spíše příležitostí k růstu než zdrojem stresu s negativními následky. Karasek je považuje za aktivní povolání s pozitivními důsledky (vyšší pracovní motivace i spokojenost). Lze tedy očekávat, že spokojenost s prací by měla míra kontroly

ovlivňovat pozitivně a psychická náročnost naopak negativně. Celkově by pak měla spokojenost s prací ovlivňovat spokojenost se životem. Hnilica si zároveň kladl otázku, zda jsou psychická náročnost a kontrola nezávislými dimenzemi a jaký je jejich vliv na spokojenost s prací. Došel k závěru, že obě dimenze významně ovlivňují spokojenost se životem, jsou však v rozporu s Karaskovou hypotézou korelované a jejich vzájemné působení nemá na pracovní spokojenost podstatný vliv. Dále zjistil, že pracovní spokojenost nemá přímý vliv na spokojenost se životem. Přímý vliv má kontrola (*job kontrol*), tedy pracovní autonomie, která je s pracovní spokojeností spojována.

O dimenzi sociální opory, které se zaměstnancům dostává na pracovišti, rozšířili Karaskův model Johnson a Hall (1989, In: Záliš, 2015, s.144). Kobasa a Puccetti (1983, In: Schwarzer, Leppin, s.179) uvádějí, že zhoršení psychického a fyzického stavu pracovníka v důsledku pracovního stresu lze pozitivně ovlivnit prostřednictvím podpory (informací a pomoci zaměřené přímo na konkrétní problémy) ze strany nadřízených nebo kolegů. Také Cutrona a Russel (1990, In: Schwarzer, Leppin, s.180) dokázali, že pracovníci s vysokým stupněm pracovního stresu (např. zdravotní sestry) vykazují méně symptomů syndromu vyhoření, jestliže se jim dostane velké podpory při zvyšování sebevědomí, a to především ze strany nadřízených.

V modelu „*Job-Characteristics*“ definují Hackman a Oldham (1976, 1980, In: Zapf, 1991, s.232) faktory vedoucí k vysoké pracovní motivaci a spokojenosti, kterými jsou pracovní variabilita, identifikace s pracovní činností a její důležitost, autonomie a odezva na výsledky práce. K podobným závěrům došel Herzberg (1966, In: Zapf, 1991, s.233), který dělí pracovní faktory do dvou skupin. V první jsou faktory spokojenosti (*satisfiers*): podání výkonu, zajímavá pracovní činnost, odpovědnost, uznání, jejichž přítomnost ke spokojenosti s prací přispívá, jejich nepřítomnost však k nespokojenosti s prací vést nemusí. Druhá skupina obsahuje faktory nespokojenosti (*dissatisfiers*): vedení podniku, vztah s nadřízenými, kolegy a kolegyněmi, plat, pracovní podmínky, tlak na pracovní tempo. Přítomnost těchto faktorů vede k nespokojenosti, nepřítomnost však nevede nutně ke spokojenosti s prací. Jak uvádí Hnilica (2005, s.399), implikují faktory první skupiny svobodu, samostatnost, růst a zodpovědnost k sobě samému, zatímco faktory druhé skupiny narušují zdroje vnitřní motivace, protože přesouvají kontrolu a hodnocení vlastní práce vně pracovníka. Z Herzbergovy teorie vychází Hnilica ve studii (2005, s.409-413), ve které se věnoval těm atributům práce, u kterých lze předpokládat, že mají vliv na spokojenost a psychické a fyzické problémy pracovníků (autonomie, indiference, rutina, vedení, termíny). Zjistil, že nezávisle na kategorii povolání jsou nejspokojenější a mají vždy relativně nejméně

fyzických problémů pracovníci, jejichž práce je autonomní a nerutinní. Nejvíce fyzických problémů a nejméně spokojení jsou naopak ti, kteří pracují v časovém stresu, s velkou mírou rutiny a jejich práce je výrazně neautonomní.

Zlepšení osobní pohody na pracovišti lze podle Richtera (2000, s.10) docílit prostřednictvím individuálních a organizačních opatření. Změny v organizaci práce vedou např. k lepšímu a komplexnějšímu přehledu pracovníků o provozu podniku a zvýšení jejich sebevědomí, pracovní spokojenosti a flexibility. Mezi individuální opatření patří především rozvoj odborného vzdělání pracovníků, zlepšování schopnosti zvládnání konfliktů a problémů, rozšiřování sociálních a komunikačních kompetencí.

1.3. Modely kvality života

Existuje celá řada teoretických modelů, které se snaží postihnout kvalitu života jako celek na základě nejrůznějších kritérií a komponent jak objektivní, tak subjektivní složky kvality života.

Zřejmě nejznámější je vícedimenzionální model subjektivní kvality života, který vytvořilo Centrum pro podporu zdraví při Univerzitě v Torontu (The Quality of Life Model, Univerzity of Toronto, 2006, In: Heřmanová, 2012, s.413). Skládá se ze tří základních a devíti dílčích domén:

- být (*being*) - osobní charakteristiky člověka – fyzické (zdraví, hygiena, výživa), psychologické (vnímání, cítění, sebeúcta) a spirituální bytí (osobní hodnoty, víra);
- patřit někam (*belonging*) - spojení s konkrétním prostředím – fyzické (domov, škola, sousedé), sociální (rodina, přátelé) a komunitní napojení (pracovní příležitosti, zdravotní a sociální služby, společenské aktivity);
- realizovat se (*becoming*) - dosahování osobních cílů; naděje a aspirace – praktická (domácí aktivity, placená práce, sociální začleňování), volnočasová (relaxační aktivity) a růstová realizace (aktivity podporující zachování a rozvoj znalostí a dovedností).

Kvalita života je tedy podle tohoto modelu výsledkem souhry významu, které uvedené oblasti pro jedince mají a toho, nakolik se mu jejich naplnění daří a jak on sám toto naplnění hodnotí.

Komplexní model kvality života vytvořil Kováč (2004, s.39-41). Skládá se ze tří úrovní, z nichž každá zahrnuje šest dalších složek:

- bazální úroveň (všelidská) - dobrý fyzický stav, normální psychický stav, vyrůstání ve funkční rodině, odpovídající materiálně sociální zabezpečení, život chránící životní prostředí, získání schopností a návyků pro přežití;
- individuální specifická úroveň (civilizační) - pevné zdraví, prožívání životní spokojenosti, uspokojivé sociální prostředí, úroveň společenského vývoje, přátelské prostředí, úroveň znalostí, dovedností a kompetencí;
- elitní úroveň (kulturně duchovní) - bezproblémové stárnutí, úroveň kultivace osobnosti, společenské uznání, podporu závislým, podporu života, univerzální altruismus.

Celý model je navíc podle autora zastřešen smyslem života, který není jen pouhou komponentou kvality života. Je jejím univerzálním principem a vrcholovým regulátorem jednotlivých složek a současně i nejúčinnějším pramenem spokojenosti člověka s jeho životem.

Z poněkud jiného pohledu nahlíží na kvalitu života Veenhoven v modelu čtyř kvalit života (2000, In: Heřmanová, 2012, s.416). Autor (1997, In: Džuka, 2004, s.46) navrhuje rozlišovat dva druhy kvality života: předpokládanou (*presumed*) a skutečnou (*apparent*). Jeho model zahrnuje:

- vnější kvality, což jsou charakteristiky prostředí včetně společnosti – z hlediska předpokladů (vhodnost prostředí - životní prostředí, sociální kapitál, prosperita) a výsledků (užitečnost života - vnější užitečnost člověka pro jeho okolí, společnost a lidstvo a jeho vnitřní cenu v termínech morálního vývoje);
- vnitřní kvality, což jsou charakteristiky individua – opět z hlediska předpokladů (životaschopnost jedince - jeho psychologický kapitál, zdraví, způsobilost) a výsledků (vlastní hodnocení života - subjektivní pohoda, spokojenost, štěstí, pocit smysluplnosti).

Uvedené modely jsou příkladem toho, že na kvalitu života lze nahlížet z mnoha stran a úhlů. Obecně lze říci, že autoři vždy vycházejí ze dvou základních rovin – objektivní a subjektivní – které dále dělí, rozvíjejí a akcentují. V konečném výsledku je pak kvalita života souhrnem všech uvedených komponent a jejich významu, který pro jednotlivce mají.

1.4. Měřicí nástroje kvality života

Měřicími nástroji při zkoumání kvality života jsou např. dotazníky, testy, hodnotící stupnice, pozorování a další metody, které se používají při měření a hodnocení charakteristik nebo atributů osob, objektů nebo událostí.

Podle Křivohlavého (2001, In: Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s.53) lze metody měření kvality života rozdělit do tří skupin:

- objektivní (kvalitu života hodnotí jiná osoba);
- subjektivní (kvalitu života hodnotí sama daná osoba);
- smíšené (kombinace metod prvního a druhého typu).

Mayring (1991, s.63) upozorňuje na čtyři důležité skutečnosti, kterým je třeba při výzkumu osobní pohody věnovat pozornost:

- multidimenzionální evidence – osobní pohoda je příliš komplexní, a proto ji nelze zkoumat pomocí jediné dimenze nebo faktoru;
- měřicí nástroj musí vycházet a navazovat na konkrétní teorie;
- otevřenost – subjektivní definice osobní pohody jsou velmi rozmanité a individuální, autor proto považuje za nejvhodnější metodu otevřený nebo polostrukturovaný rozhovor, při němž lze subjektivní pojetí osobní pohody formulovat nejlépe;
- komplexita – kombinace rozdílných metodických přístupů (např. rozhovoru a grafických metod), které vedou k preciznějším výsledkům.

Metodou měření v mém výzkumu byla metoda subjektivní, neboť kvalitu života a její faktory hodnotily samy participantky. Zvolenými měřicími nástroji byly deníkové záznamy participantek během nočních směn, z nichž jsem čerpala inspiraci pro vytváření okruhů pro druhý měřicí nástroj, jímž byl polostrukturovaný rozhovor.

2. Perioperační sestra

Obsahem druhé kapitoly je teoretické zakotvení pojmu perioperační sestra. Popisuji zde způsob jejího vzdělání, nutné osobní a charakterové předpoklady i činnosti a úkoly, které na pracovišti vykonává. Zabývám se rovněž vztahem mezi kvalitou života a povoláním a životním stylem perioperačních sester.

Ve třech nejčastějších označeních této profese jsou obsaženy speciální požadavky na výkon práce: sálová sestra – pracuje v prostředí operačního sálu, což sebou nese mnohá osobní omezení; instrumentářka – k práci jsou nutné nástroje, instrumenty, za které zodpovídá a musí zvládnout jejich obsluhu; a perioperační sestra – pojem „*peri*“ pocházející z řečtiny znamená „*něco co drží věci pohromadě*“, sestra je tedy osobou zajišťující chod operačního týmu (Žídková, 2010, s.1).

V Rakousku je podmínkou pro výkon povolání perioperační sestry v první řadě absolvování tříleté Všeobecné zdravotní školy úspěšně zakončené závěrečnou diplomovou zkouškou. Se studiem na této škole lze začít nejdříve v 17 letech po absolvování nejméně 10 školních tříd. O přijetí ke studiu rozhoduje přijímací komise na základě přijímací zkoušky, která má dvě části: písemný test a praktickou část, ve které musí uchazeči prokázat praktickou způsobilost a sociální kompetenci (Gu Kg, § 54, 2016). Diplomovaná zdravotní sestra poté začne pracovat na operačním sále, kde jí bude časem umožněno (nejpozději však do pěti let) absolvování dvousemestrálního speciálního vzdělávacího kurzu „*Akademický expert v operační péči*“. (Gu Kg, § 17, 2016).

Perioperační sestra vykonává činnosti při péči o pacienty před, v průběhu a bezprostředně po operačním výkonu. Připravuje instrumentárium (a provádí jeho dezinfekci i sterilizaci) a veškeré potřebné prostředky a materiál k operačnímu výkonu, provádí dezinfekci operačního pole u pacienta a jeho zarouškování a instrumentuje při operačních výkonech. Zajišťuje a obsluhuje základní i speciální přístrojové vybavení operačního sálu. V její kompetenci je také zajišťování bezpečného prostředí pro management efektivní péče o pacienta, prosazování bezpečnosti a ochrany zdraví na pracovišti a dodržování zásad boje proti infekcím. Usiluje o dobré interpersonální vztahy a komunikaci, aby mohlo být prostřednictvím efektivní týmové práce dosaženo co nejlepších výsledků v perioperační péči o pacienta.

Perioperační sestra by měla mít tyto charakterové předpoklady: pečlivost, spolehlivost, emoční stabilitu, trpělivost, kreativitu, schopnost týmové práce, ochotu učit se nové věci, schopnost improvizovat. Dalšími nezbytnými předpoklady pro výkon povolání jsou fyzická zdatnost, výdrž a zručnost (Wichsová et al., 2013, s.48-50).

V práci perioperačních sester se podle Žídkové (2010, s.1-2) kombinují tzv. nespecifické faktory, které se podílejí na vzniku psychosomatických chorob a negativně působí na pracovní pohodu. Jsou to:

- fyzická zátěž – statická pracovní poloha, kdy sestra většinu pracovní doby stojí u operačního stolu. To způsobuje změny v držení těla, otoky nohou, bolesti zad a vznik varixů;
- sociální stres – kromě zvládnutí odborné stránky práce je sestra zajišťovacím a podpůrným článkem celého operačního týmu. Musí mít dobré komunikační schopnosti a vysokou psychickou a stresovou odolnost, aby dovedla odvést stres operátora v náročných situacích;

- pracovní prostředí – teplota a mikroklima, špatná tolerance povinného typu oblečení, hluk, pachy, osvětlení (operační sály staršího typu jsou bez oken a tedy bez denního světla);
- životospráva – nepravidelné stravování a nedodržování přestávky na jídlo, nedostatečný pitný režim (neboť od právě probíhající operace si nelze „odskočit“), nedostatek relaxačního a zotavujícího pohybu ve volném čase, špatný spánek a desynchronizace vrozených biorytmů.

Výzkumem životosprávy sester na operačních sálech se v bakalářské práci zabývala Šanderová (2004, In: Sestra, 2005, s.61-63). Prostřednictvím dotazníku, který vyplnilo 75 sester z různých operačních sálů jihlavského kraje, zjišťovala a posuzovala jejich životní styl. Hodnotila kvalitu pracovního prostředí, interpersonální vztahy, výživu, spánek, odpočinek, stres na pracovišti a jeho zvládání. Ve sledovaném souboru byla čtvrtina sester do věku do 30 let, dvě třetiny ve věkovém rozmezí 30-49 let a 4 sestry starší 55 let. Výborný zdravotní stav udávalo 53% z nich, dobrý 30,7%, přiměřeně věku se cítilo 62,7% a velké zdravotní potíže pociťovalo 1,3% sálových sester. Šanderová došla k těmto závěrům: více než tři čtvrtiny sester uvádělo nepravidelné stravování, nedodržování pauzy na oběd, stravování ve spěchu a časté přerušování jídla. Čtvrtina sester zanedbávala kvalitu stravy. Téměř dvě třetiny sester nedodržovaly dostatečný pitný režim (vypily pouze 0,5 až 1,5 l tekutin za den). Jedna třetina sester spala denně méně než 7 hodin, což lze považovat za nedostatečný spánek a až tři čtvrtiny sester udávaly potíže se spánkem související s typem směnného režimu. Časté prožívání stresu na pracovišti udávaly až dvě třetiny sester. Možnosti zvládání stresu využívaly sestry velice málo, pouze desetina udávala zvládání stresu prostřednictvím sociální podpory od druhých, pětina prostřednictvím fyzické aktivity a využití relaxačních aktivit udávaly pouze jednotlivkyně. Pravidelné kuřáctví však udávalo 37% sester.

Výsledky studie tedy potvrdily, že povolání perioperační sestry patří mezi exponované profese z hlediska zátěžových pracovních faktorů, nesprávné životosprávy a prevence stresu na pracovišti i ve volném čase.

Výsledky výzkumu pracovních podmínek a stresu, který provedly Roubalová a Žídková, (2004, In: Sestra, 2005, s. 56) se od výsledků výše uvedené studie Šanderové příliš neliší. Sledováno bylo 89 sálových sester deseti operačních sálů brněnských nemocnic. Třetina sester byla věku do 30 let, třetina do věku 40 let, čtvrtina do věku 50 let a jen malé procento sester bylo starší 50 let. Dobrý zdravotní stav udávala třetina sester, stav přiměřený věku dvě třetiny a pouze jedna sestra udávala velké zdravotní potíže. Směnný režim neměl podle autorek vliv ani na spokojenost s pracovními podmínkami, ani na subjektivně pociťovaný

stres nebo interpersonální vztahy. Ze studie vyplynuly tyto závěry: při vnímání stresu nehrály významnou roli ani věk, ani délka praxe, avšak nadměrný stres v souvislosti s výkonem povolání pociťovala téměř polovina sester. Dvě třetiny sester považovaly pracovní stres za příčinu narušování jejich duševní pohody, polovině sester narušoval fyzické zdraví, třetině pracovní výkonnost a rodinný život. Odnášení problémů z práce sebou domů udávala pětina sester, které proto pociťovaly zvýšené fyzické potíže, intenzivní problémy v práci a narušený rodinný život. Většina sester nevyužívala techniky ke zvládnutí stresu, pohyb jako prostředek k relaxaci využívaly jen velmi málo, oblíbenější byla pasivní relaxace a sociální kontakty. Desetina sester uvedla, že zná jen práci a nevyužívá žádné relaxační techniky.

Výzkumem zátěžových faktorů a jejich vlivu na zdravotní stav personálu operačních sálů se v rámci závěrečné práce pro vzdělávací kurs „*Akademický expert v operační péči*“ zabýval Krakolinig (2009). Studie se zúčastnilo celkem 18 zaměstnanců (13 perioperačních sester a asistentů, 5 operačních asistentů a asistentek) operačních sálů nemocnice v Klagenfurtu. Personál operačního sálu je v době od 15:00 do 07:00 zodpovědný za provoz jak operačních sálů, tak i akutní příjmové ambulance. Většina respondentů (60%) udávala dobrý a 40% průměrný zdravotní stav. V souvislosti s výkonem povolání považovalo 90% respondentů následující faktory za rizikové a zdraví ohrožující: nevyhovující fyzická pozice při práci, špatná kvalita vzduchu v prostředí operačních sálů, kontakt s infekčním materiálem, nedostatek spánku, elektrosmog, rentgen a laserové záření, pocity nedostatečného uspokojení i radosti z práce a neschopnost úspěšného řešení konfliktů na pracovišti. Za faktory přispívajícími ke zlepšení a udržení zdraví byly označeny: sport, sociální a rodinné kontakty, aktivní trávení volného času, odpočinek a relaxace, kvalitní spánek, psychohygienu. Podle Krakoliniga respondenti tedy velmi dobře věděli, co je zdraví prospěšné, jaké faktory jsou naopak zdraví ohrožující a co je nutno udělat pro zlepšení vlastního zdravotního stavu. Velká část respondentů udávala, že svět a vlastní práci považuje za zajímavou a smysluplnou a proto vyvinuli a používají techniky ke zvládnutí negativních vlivů, které na ně v běžném životě působí (Krakolinig, 2009, s.47-58)

K výkonu povolání perioperační sestry jsou tedy nutné jak určité charakterové vlastnosti, tak fyzické předpoklady. V důsledku působení nesespecifických faktorů, které negativně ovlivňují pracovní pohodu, se zvyšuje riziko vzniku psychosomatických chorob, jak také potvrdily uvedené studie. Další zátěž vyplývá z nutnosti práce ve směnném provozu a nočních směnách, čemuž se věnuji v následující kapitole.

3. Směnný provoz

Na Oddělení ústní, čelistní a obličejové chirurgie v Innsbrucku probíhá plně kontinuální provoz, jehož nedělitelnou součástí jsou noční směny. V této kapitole se proto zabývám směnným provozem a jeho formami, fyziologickými rytmy a oblastmi života, na které působí, a možnostmi prevence těchto důsledků.

Směnný provoz je taková forma pracovní činnosti, při níž se během jednoho pracovního dne na určitém pracovišti střídají skupiny pracovníků. V takovém případě musí být sestaven rozpis směn na jeden měsíc, který musí vycházet z normální týdenní pracovní doby, tedy 50 hodin a pro denní směnu až 10, 10,5 nebo 12 hodin (Arbeitsinspektion, Schichtarbeit, 2016).

Směnný provoz (Szymanski, Binder, 2012) má tyto formy:

- dvousměnný provoz: v noci a v neděli volno (např. ranní směna 06:00 - 14:00, odpolední směna 14:00 - 22:00)
- kontinuální provoz: plně kontinuální, v pracovní den i o víkendu (např. 06:00 - 14:00; 14:00 - 22:00; 22:00 - 06:00)

částečně kontinuální – nepřetržitý během pracovních dnů

(o víkendu odpadají alespoň první dvě směny mezi 06:00 - 22:00)

Podle Knautha a Hornberger (1997, s.58) lze prostřednictvím vhodně sestaveného rozpisu směn některé negativní následky práce ve směnném provozu zmírnit (např. poruchy spánku a zdravotní důsledky) a dosáhnout zlepšení v oblasti rodinných i sociálních vztahů a pracovní výkonnosti. Nejdůležitějšími zásadami při sestavování rozpisu směn, které Knauth a Hornberger doporučují (1997, s.59-60) jsou tyto:

- ne více než tři po sobě jdoucí noční směny - kratší periody nočních směn jsou vhodnější, neboť nepůsobí takovou deformaci biologického rytmu jako např. sedm po sobě jdoucích nočních směn, jejichž výsledkem je zvýšený spánkový deficit;
- rychlá rotace ranních a odpoledních směn;
- ne více než tři po sobě jdoucí ranní směny, pozdější začátek ranní směny – za účelem předcházení spánkovému deficitu;
- ne více než tři po sobě jdoucí odpolední směny, které nekončí příliš pozdě (tzn. 22.00 je lepší než 23.00, atd.);
- střídání směn směrem vpřed (ranní-odpolední-noční), což více odpovídá přirozenému rytmu tělesných funkcí než střídání směn směrem dozadu, např. z odpolední na ranní, kdy je doba odpočinku kratší. Střídání směrem vpřed je také příznivější pro udržování sociálních kontaktů.;

- nejméně dva volné dny po poslední noční směně;
- minimalizace nepříznivých cyklů směn, jako je jeden volný den mezi dvěma směnami, např. ranní-volno-ranní, odpolední-volno-ranní;
- maximálně pět až sedm pracovních dnů po sobě.

3.1. Cirkadiánní rytmicita

Cirkadiánní rytmus, jehož studiem se zabývá chronobiologie, je biologický rytmus, který je řízen párovými suprachiasmatickými jádry v mozku. Tyto tzv. biologické hodiny řídí spánek a bdění stejně jako mnoho jiných biologických a psychických funkcí organismu v průběhu přibližně 24 hodin a jsou geneticky podmíněné. Jedinec se tedy nemůže v tomto ohledu změnit, pouze do jisté míry přizpůsobit situaci a okolí. Na endogenní rytmicitu působí exogenní vlivy, tzv. vnější synchronizátory, z nichž nejvýznamnějším je rytmus světla a tmy a dále také sociální vlivy, např. práce, volný čas, pravidelné stravování, tělesná aktivita.

Rozeznáváme tři chronotypy: ranní, večerní a neutrální typ. Ranní typ se brzy probouzí, je aktivní po celý den přibližně ve stejné míře, zatímco večer se jeho únava rychle stupňuje. Večerní typ se probouzí později a jeho aktivita se zvyšuje postupně, nejvýkonnější je v odpoledních a večerních hodinách. Většina lidí však patří k neutrálnímu typu a nevykazuje tendence ani k typu rannímu ani k večernímu (Schmal, 2015, s.52-53). Lidé s největší výkonností v ranních a dopoledních hodinách snášejí noční směny hůře než ti, kteří jsou maximálně výkonní odpoledne a večer. Schopnost přizpůsobit se nočním směnám se s věkem zhoršuje, přičemž hranicí adaptability je věk kolem 50 let (Borzová, 2009, s.84).

Hlavní příčinou zátěže pracovníků ve směnném provozu je skutečnost, že jsou jejich aktivní a odpočinkové fáze zcela v rozporu s endogenní cirkadiánní rytmicitou. Pracovníci v nočních směnách tedy pracují a spí proti jejich přirozenému rytmu světla a tmy v rozmezí 24 hodin. To může dlouhodobě vést k desynchronizaci cirkadiánního rytmu organismu a exogenních vlivů a následně k poruchám spánkového rytmu, tedy poruchám usínání a kontinuity spánku provázené zvýšenou ospalostí během dne (Angerer, Petru, 2010 s.88-89).

Czeisler a kol. (1990, In: Kassin, 2012, s.134) zjistil, že přerážení cirkadiánního rytmu je možno uspíšit, jestliže se zaměstnanci na pracovišti vystaví jasnému světlu a doma během dne osmihodinové úplné tmě. Tímto způsobem lze během týdne nastavit biologické hodiny a snížit zdravotní rizika noční práce. Thessing a kol. (1994, In: Kassin, 2012, s.134) uvádí, že čtyři hodiny jasného světla v průběhu jedné noční směny stačí k tomu, aby v příští noční směně došlo ke značnému zlepšení.

Kvalita denního spánku a míra odpočinku je podstatně nižší než kvalita spánku nočního. Spánek během dne je totiž ovlivňován biologickými rytmy a je proto kratší, vykazuje méně hlubokého spánku a vede k nižší míře odpočinku. Po definitivním ukončení práce na směny si 70-90 % pracovníků i nadále stěžuje na přetrvávající poruchy spánku, přestože nyní pracují v normálním denním provozu. Doporučuje se rozdělení denního spánku po noční směně na dvě části: ráno hned po práci a odpoledne před začátkem směny (Zulley, 2009, s.176-178). Pokud to situace na pracovišti umožňuje, lze prostřednictvím odpočinku a krátkodobého spánku snížit míru ospalosti, přičemž jedna delší spánková epizoda (120 minut) je efektivnější než kratší spánkové epizody (Kubo et al., 2007, In: Zulley, 2009, s.178). K opětovnému dosažení plné pracovní schopnosti je však nutné naplánování přechodové fáze trvající 10-15 minut (Zulley, 2009, s.178).

Důležitou součástí a nezbytnou funkcí lidského života je spánek, což je stav klidu s minimální pohybovou aktivitou, s omezením vnímání okolního prostředí a mentální činnosti mozku zcela odlišnou od bdělého stavu, přicházející v závislosti na cirkadiánním rytmu (Lukáš, 2015, s.553). Existují dva druhy vysvětlení, proč tomu tak je. První uvádí, že během spánku dochází k obnovení a doplnění zásob energie, kterou člověk potřebuje pro jeho pro denní výkon. Proto se lidé cítí na konci dne unavení a po nočním spánku naopak plní sil. Druhé vysvětlení vychází z cirkadiánní teorie, která zdůrazňuje evoluční důležitost spánku.

Potřeba spánku je individuální a geneticky daná, mění se s věkem a působením vnějších i vnitřních změn. Dlouhodobý nedostatek spánku způsobuje změny podobné stárnutí a urychluje průběh takových onemocnění, jako jsou diabetes mellitus, obezita, vysoký krevní tlak či poruchy paměti. Přispívá ke zvýšení rizika dopravních nehod a pracovních úrazů (Borzová, 2009, s.12-16).

3.2. Následky směnného provozu

Následky směnného provozu se projevují ve třech oblastech:

Chronobiologické následky – únava, ospalost, poruchy soustředění, snížená výkonnost (Borzová, 2009, s.84). Právě v důsledku snížené výkonnosti může docházet k ohrožování bezpečnosti nejen samotného pracovníka, ale i jeho okolí a zvyšuje se riziko pracovních úrazů a dopravních nehod. Zvláště během dvanáctihodinových nočních směn se pracovní výkon snižuje a počet chyb a chybných rozhodnutí roste, protože po deseti hodinách práce reagují pracovníci (v porovnání se schopností reakce na začátku směny) všeobecně pomaleji a určité informace již nevnímají. Studie Dr. Diane R. Gold, které se v Bringham and

Women's Hospital Harvard Medical School zúčastnilo 635 zdravotních sester v Massachussets ukázala, že zdravotní sestry ve směnném a nočním provozu chybují během práce častěji než jejich kolegyně v denních směnách. Pravděpodobnost omylu při podávání medikamentů byla u nich o 83% vyšší než u zdravotních sester v denní směně. Kromě toho se během noční směny může projevit také tzv. „*paralýza noční směny*“, která se podle popisu postižených nočních sester projevuje náhlou a naprostou neschopností pohybu i reakce trvající několik minut. Zdravotní sestry ve směnném a nočním provozu také udávaly možnost opětovného usínání za volantem během jízdy domů až čtyřikrát častěji než sestry v denní směně (Coren, 1999, s.334-335).

Müller (2004, s.101) ve své studii, které se zúčastnilo 30 zdravotních sester, zjišťovala, jak působí noční práce na jejich schopnost řízení dopravních prostředků v silničním provozu. Výsledky testů prokázaly, že schopnost koncentrace, rychlé reakce a dostatečné orientace v silničním provozu byla u 12 probandek po noční směně tak silně narušena, že již nebyly schopny dostatečného výkonu. Müller předpokládá, že tyto výsledky lze vysvětlit např. tím, že schopnost rychlé reakce nezbytně nutné v průběhu noční směny se po jejím skončení v důsledku únavy a vyčerpání zřetelně snižuje.

Somatické následky - zažívací potíže, vředy, zvýšené riziko kardiovaskulárních onemocnění, úrazy, závislost na alkoholu a hypnotikách (Borzová, 2009, s.84). Právě gastrointestinálními potížemi trpí pracovníci v nočních směnách daleko častěji než pracovníci v denním provozu (Knutsson, 2003, In: Angerer, Petru, 2010, s.91). Typickými obtížemi jsou bolesti a poruchy trávicího traktu, zvláště obstipace a diarrhoea. Špatná kvalita a poruchy spánku by podle Drakeho (2004, In: Angerer, Petru, 2010, s.92) mohla souviset s funkčními onemocněními gastrointestinálního traktu, protože v porovnání s pracovníky v denním provozu bylo riziko onemocnění vředovými chorobami u pracovníků ve směnném provozu tři- až čtyřikrát větší. Směnný provoz také negativně ovlivňuje metabolismus organismu, což má za následek nadváhu a zvýšené riziko onemocnění cukrovkou 2. typu (Buxton, 2012, Knutsson, Kempe, 2014, In: Schmal, 2015, s.34). V posledních letech se stále více diskutuje o souvislostech mezi směnným provozem a zvýšeným rizikem onemocnění karcinomem. V dlouhodobé studii Nurses Health Study, které se zúčastnilo více než 78 500 žen po dobu deseti let, se v 2441 případech objevilo onemocnění karcinomem prsu, přičemž se riziko tohoto onemocnění zvyšovalo v souvislosti s délkou práce ve směnném provozu – po 30 letech se zvýšilo o 36% (Schernhammer, 2001, 2003, In: Angerer, Petru, 2010, s.92).

Jedním z centrálních výsledků studie, která proběhla na Univerzitní klinice interní medicíny v Innsbrucku a zúčastnili se jí lékaři ve 24hodinových službách, je poznatek, že se

tělo během celé noční směny neustále nachází ve stavu pohotovosti. Dochází ke zvýšení krevního tlaku a poruchám srdečního rytmu, zvýšené jsou rovněž rizikové faktory pro srdeční infarkt (tj. zánětlivé parametry, stresové hormony a kyselina močová). Nebezpečí onemocnění se přitom zvyšuje v závislosti na počtu let, během nichž je práce v nočních směnách vykonávána. Duševní rozpoložení se v průběhu noční směny jednoznačně zhoršuje, únava, neochota, nezájem a všeobecná nechť k práci roste (Ernst, 2006, s.68-77).

Společenské následky – omezení společenských aktivit, narušení rodinného či partnerského života (Borzová, 2009, s.84). Na rozdíl od pracovníků v denním provozu, kteří mohou volné večery a víkendy trávit s rodinou a přáteli a účastnit se společenského i politického života, pracovníci v nočních směnách, jež navíc zahrnují i víkendy, tuto možnost nemají. Nedaří se jim proto udržovat pravidelné sociální kontakty a mnozí udávají, že se okruh jejich přátel v průběhu pracovního života značně zmenšil a sestává se nyní pouze z pracovních kolegů ve stejných směnách (Knauth, Hornberger, 1997, s.38).

Reiter (2005, s.81-90) zjistila, že největší rozdíly mezi pracovníky v plně kontinuálním směnném provozu (tzn. s nočními směnami) a pracovníky v denním provozu jsou:

- v oblastech životní spokojenosti – pracovníci ve směnném provozu udávají menší míru spokojenosti v oblasti volného času v souvislosti s kratší dobou, kterou mohou strávit s partnerem a dětmi, s těžkostmi a časovou náročností při hledání vhodných zařízení zajišťujících péči o děti (školky, školy, apod.). Spokojenost v oblasti volného času naopak stoupá v souvislosti s větší mírou tolerance a pochopení partnera pro práci ve směnném provozu a podporou ze strany přátel, což umožňuje lepší organizaci a využití společného volného času. Tím se zvyšuje i soudržnost rodiny a snižuje míra společných problémů a v důsledku i zátěž pracovníka ve všech směrech, což vede k jeho lepšímu psychosomatickému zdraví.
- ve spokojenosti s prací – zde hraje nezanedbatelnou roli věk pracovníků. S vyšším věkem klesá spokojenost s prací, dochází ke ztrátě nadšení pro povolání, tělesný stav se zhoršuje, stejně jako emocionální odolnost a spánkové deficity po nočních směnách. Právě možnost odpočinku po noční směně je rozhodujícím faktorem. Čím lepší odpočinek, tím větší je spokojenost s partnerským, pracovním i osobním životem.
- v oblasti organizace a slučitelnosti rodiny a práce – pracovníci ve směnném provozu udávají větší problémy v souvislosti s organizací rodinného života. Rozdílná pracovní doba partnerů vyžaduje jejich vysokou flexibilitu i nutnost využívání různých sociálních zařízení obzvláště v případě zajištění a péče o děti. Zde se opět objevují rozdíly v souvislosti s věkem. Starší pracovníci, kteří mají více dětí a ve směnném provozu

pracují již více let, jsou organizovanější, pravděpodobně v důsledku zkušeností. Organizovanost je také tím lepší, čím větší je sociální podpora ze strany rodiny a klesá v závislosti na zvyšujícím se počtu pracovních hodin v týdnu, neboť to opět vyžaduje dlouhodobé a předvídatelné plánování.

- v oblasti sociální podpory – pracovníci ve směnném provozu pocítují menší podporu na pracovišti, jak od nadřízených tak od kolegů. V případě nadřízených jsou příčinou zřejmě větší organizační nároky, které zajištění směn nebo výměna směny mezi pracovníky navzájem vyžaduje. Menší podpora ze strany kolegů je pravděpodobně výsledkem ztráty volného času v důsledku nutnosti „zaskočit“ za někoho a tím buď o pracovní hodiny přijít nebo (opět) muset dělat přesčasy (jednotlivé směny nemají vždy stejný počet pracovních hodin).
- v oblasti somatoformních poruch – pracovníci v nočních směnách vykazují větší somatoformní poruchy pramenící z výše jmenovaných příčin. Čím starší jejich děti jsou, tím vyšší je pravděpodobnost výskytu somatoformních poruch a pracovní zátěž je pocíťována více, ať již proto, že pracují více nebo proto, že jim s rostoucím věkem ubývá fyzických i psychických sil.

3.3. Prevence negativních následků směnného provozu

Výkonnost pracovníků podstatně ovlivňují podmínky na pracovišti, které by mělo být v každém případě dostatečně jasně osvětleno, protože světlo v noci snižuje míru silné ospalosti a zlepšuje následný spánek. Teplota pracovních prostor by neměla být nastavena na příliš vysoké hodnoty (Zulley, 2009, s.178).

Noční směny často přinášejí problémy v souvislosti se stravováním, protože aktivita trávicího traktu je v noci snížena. Pracovníci by se proto měli vyvarovat konzumace těžko stravitelných mastných jídel. Lehká strava obsahující dostatek bílkovin a vitamínů (mléčné výrobky, ovoce) může přispívat ke zlepšení schopnosti koncentrace ve druhé polovině noční směny (Knauth, Hornberger, 1997, s.53).

Pracovníci ve směnném provozu by měli podnikat cílená opatření proti možné sociální izolaci, ve které by se mohli ocitnout v důsledku odlišného pracovního rytmu. Čas s rodinou a přáteli by měli využívat plánovaně a cílevědomě a doporučuje se také trávení času a navazování kontaktů s kolegy ze směnného provozu, kteří mají podobnou pracovní dobu a rozmezí volného času. Zde mohou svým dílem přispět i zaměstnavatelé a rozšířit případnou nabídku volnočasových aktivit podnikových zájmových a sportovních klubů o kurzy, které

se budou konat nejen večer, ale i v dopoledních a odpoledních hodinách (Knauth, Hornberger, 1997, s.54).

Zaměstnavatelé mají i další možnosti, jak přispět ke zlepšení pracovních i životních podmínek pracovníků ve směnném provozu, jakými je např. poskytování bezplatných nebo dotovaných pokrmů a nápojů během noční směny, zvláštních parkovacích míst v blízkosti podniku, víkendových seminářů k dalšímu vzdělávání pracovníků či zprostředkování psychologického poradenství (Knauth, Hornberger, 1997, s.58).

Důležitou součástí péče o pracovníky jsou preventivní prohlídky a vyšetření před začátkem i v průběhu práce ve směnném provozu, včetně poskytování poradenství v souvislosti s riziky noční práce, zásadami zdravého životního stylu i spánkové hygieny a významu sportu a dostatečné fyzické aktivity (Knauth, Hornberger, 1997, s.55).

Zvláštní důraz by měl být kladen na spánkové podmínky pracovníka ve směnném provozu. Místnost, ve které po práci spí, by měla být klidná a tmavá, rovněž společenské okolí by mělo brát ohled na nutnost a potřebu spánku pracovníka během dne. Osvojení relaxačních technik může pozitivně přispět k lepšímu a rychlejšímu usínání (Zulley, 2009, s.178-180).

Samostatnou kapitolou je pro zdravotní sestry zacházení s agresivními pacienty a osobami pod vlivem alkoholu. Zacharová (2009, s.471) navrhuje dodržování určitých pravidel a zásad, které souhrnně nazýváme profesionální chování. Agrese je podle autorky popisována jako „útočné jednání s cílem záměrně nebo nezáměrně ublížit“. Nejčastějšími projevy emočního neklidu jsou: nervozita, rozrušení, nápadná gestikulace, kopání do předmětů, upřený až provokující pohled do očí, semknuté rty nebo úšklebky, sevřené pěsti, celkové napětí směřující k výbuchu, agrese v řeči, spojená s vulgarismy a urážkami. V takovém případě lze využít dva osvědčené přístupy k agresivnímu pacientovi:

- pomocí rychlých otázek zjistit, co bylo příčinou a spouštěcím momentem agresivního chování, čímž sestra získá čas na rozmyšlenou, jak se chovat dál;
- nebo nereagovat na pacientovo neadekvátní chování, vyslechnout jeho stížnosti a následně se omluvit a ujistit pacienta o nápravě situace.

Závěrem lze říci, že práce ve směnném provozu a nočních směnách je již dlouho předmětem vědeckého zkoumání, jehož výsledky poukázaly jak na její zdravotní rizika, tak fyzické a psychické následky a možnosti jejich prevence. Přesto je tato forma pracovní činnosti předpokladem k zabezpečení provozu v mnohých průmyslových a společenských oblastech, a zvláště pak ve zdravotnictví, kde je nutno zajistit nepřetržitou péči o lidský život a rychlou pomoc v akutních, život ohrožujících situacích.

4. Noční směna na Oddělení ústní, čelistní a obličejové chirurgie

Ve čtvrté kapitole popisují konkrétní formu nočních směn na jmenovaném oddělení, obě pracoviště, za které sestra zodpovídá a činnosti i způsob její práce. Protože je obor ústní, obličejové a čelistní chirurgie velmi specializovaný a široké veřejnosti poměrně neznámý, zařadila jsem do příloh jeho historii a krátký popis oblastí, kterými se zabývá (viz příloha 1).

Na Oddělení ústní, čelistní a obličejové chirurgie byla (pro akutní příjmovou ambulanci a operační sály) prostřednictvím podnikové smlouvy dohodnuta ústavní pohotovostní služba. Zaměstnanec je povinen zdržovat se v prostoru zařízení, kde bude kdykoliv k dispozici, přestože během této doby nevykonává žádnou pracovní činnost. Pohotovostní služba se počítá jako plná pracovní doba, jestliže je ve 3/8 pohotovostních hodin (tedy hodin, které se nepočítají jako plná pracovní doba), vykonávána pracovní činnost. Např. během dvanáctihodinové pohotovostní služby se počítají čtyři hodiny jako plná pracovní doba (od 19.00 do 22.00 a následně mezi 06.00 a 07.00). Pokud zaměstnanec ve zbývajících osmi hodinách (mezi 22.00 a 06.00) pracuje déle než tři hodiny, pak se celá pohotovostní služba počítá jako plná pracovní doba. (Übereinkommen zwischen der Tilak GmbH und dem Zentralbetriebsrat, 2012, § 5, s.3)

4.1. Pracoviště

Perioperační sestra je během noční směny zodpovědná za provoz dvou pracovišť: akutní příjmové ambulance a operačního sálu.

V denní směně pracují na ambulanci zubní asistentky, absolventky tříletého učebního oboru, v jehož rámci získaly speciální vědomosti v oboru zubního lékařství (např. asistence zubnímu lékaři při ošetření pacienta, příprava výplňových materiálů - zubních výplní a materiálů pro zubní otisky, provádění rentgenových snímků chrupu, apod.). Takové znalosti a dovednosti však perioperační sestry nemají, neboť nejsou součástí učebních plánů zdravotních škol. Než začnou pracovat v nočních směnách, absolvují jednu denní víkendovou směnu společně se zkušenější kolegyní (perioperační sestrou), která jim to nejnutnější vysvětlí, ukáže a zaučí je. Ostatní se prostě musí naučit „za pochodu“, což znamená, že úroveň a rozsah takto získaných znalostí nikdy nemůže být stejně dobrá, jako vědomosti kvalifikovaných zubních asistentek. Tato skutečnost bývá během noční směny velmi často zdrojem kritiky a diskuzí, protože ji lékaři nechápou a vyžadují stejný „servis“

na jaký jsou zvyklí z denního provozu. Navíc pacienti s bolestmi zubů na ambulanci ústní, obličejové a čelistní chirurgie nepatří, jejich ošetření je v kompetenci zubní ambulance.

Během noční směny přicházejí na ambulanci pacienti s úrazy (zlomeniny obličejového skeletu i poranění měkkých částí obličeje), záněty a abscesy, potížemi s čelistními klouby (např. luxace dolní čelisti) a zuby moudrosti (retence třetí molární stoličky) nebo komplikacemi při nádorových onemocněních.

Sestra vykonává na ambulanci nejrůznější činnosti: vede ambulanci i příjmovou elektronickou dokumentaci, připravuje nástroje a pomůcky k ošetření pacienta a asistuje při něm lékaři, organizuje transport pacienta na jiné pracoviště nebo převoz sanitkou, zajišťuje dezinfekci nástrojů i úklid ambulance.

Po příchodu pacienta na ambulanci sestra nejprve zhodnotí jeho stav a dosavadní diagnózu. Poté provede elektronickou dokumentaci a telefonicky uvědomí lékaře, který může být kdekoli na území kliniky (na konziliu na jednotce intenzivní péče nebo jiných odděleních). Lékař pak pacienta vyšetří, potvrdí nebo změní původní diagnózu a ve spolupráci se sestrou ho ošetří. Po ošetření je pacient buď propuštěn do domácího ošetřování nebo přijat na lůžkové oddělení. V určitých případech (např. jestliže se extrakce zubu u zubního lékaře nepodařila a část zubu nebo jeho kořenů zůstala v čelisti) je nutno přejít z ambulance na tzv. malý sál, kde se ve sterilních podmínkách musí zbytky zubu odstranit. Sestra zde opět připravuje všechny nástroje, vede elektronickou dokumentaci a zajišťuje veškerou pomoc týmu lékařů.

Jestliže stav pacienta vyžaduje okamžitý operační zásah, musí sestra ambulanci uzavřít (viz níže) a odejít na operační sál.

Operační skupina pracuje v tomto složení:

- Operatér
- Chirurg - asistent¹
- Perioperační sestra
- Operační asistent²
- Anesteziolog

¹ Pro lepší přehlednost používám název chirurg-asistent

² V Česku je složení operační skupiny jiné – operatér, asistent, perioperační sestra, obíhající sestra, sanitář, anesteziolog, anesteziologická sestra (Wichsová, Příkryl, Pokorná, Bittnerová, 2013, s.56). V Rakousku existují různé modely složení operačních skupin. V rámci Univerzitní nemocnice Innsbruck byl na všech operačních sálech zaveden výše uvedený model, kdy operační asistent provádí jak činnosti obíhající sestry (polohování pacienta, dodávání nástrojů a pomůcek, kontrola sterility, označování biologického materiálu, zařizování perioperačních vyšetření), tak sanitáře (přivážení i odvážení pacienta, asistence při jeho polohování, manipulace s operačním stolem i lampou, obsluha nesterilních přístrojů, transport biologického materiálu).

- Anesteziologická sestra

Na rozdíl od denní směny, kdy se operační personál řídí operačním programem vypsáním již předchozí den, je v noci hlavním organizátorem chirurg (operatér) ve spolupráci s anesteziologem. Tito po domluvě určí v první řadě čas operace, druh anestezie (celková anestezie, anglosedace, lokální umrtvení) a uvědomí ostatní personál (kromě sestry také operačního asistenta a anesteziologickou sestru).

Podle druhu operace pak sestra společně s operačním asistentem připravuje potřebné sterilní instrumentárium a pomůcky. Přijímá pacienta na předsáli, kde se mu představí, kontroluje jeho totožnost a datum narození a ujistí se, že byl pacient o plánované operaci řádně poučen, že tedy ví „co a jak se bude operovat“. Poté ho předává operačnímu asistentovi, který pacienta odváží na operační sál a pomáhá mu při přesunu na operační stůl. Sestra zatím provádí chirurgickou dezinfekci rukou, obléká se do sterilního pláště a rukavic a připravuje sterilní stolky s nástroji a materiálem. Dohlíží na operačního asistenta, který ukládá pacienta na operačním stole do správné polohy. Poté provádí dezinfekci a rouškování operačního pole, obléká operátora i chirurga-asistenta, instrumentuje, podle potřeby i asistuje operátorovi (někdy je operační pole tak nepřehledné a komplikované, že jeden asistující pár rukou nestačí) během celé operace. Bezprostředně před koncem operace kontroluje počet a neporušenost nástrojů a roušek. Po operaci zajišťuje odvoz použitých nástrojů, jejich dezinfekci a sterilizaci. Podílí se na přípravě pacienta k transportu na pooperační místnost nebo oddělení intenzivní péče a kontroluje a doplňuje zdravotnickou dokumentaci perioperační péče.

4.2. Průběh noční směny

Noční směna začíná v 19.00 a končí v 07.30. Sestra se po příchodu nejprve informuje o situaci na operačním sále a na ambulanci. Jestliže provoz na operačním sále ještě neskončil nebo již byla nahlášena akutní operace, odchází vystřídat na operační sál kolegyni v odpolední směně. Ambulance se prozatím zavírá, o čemž je třeba informovat vrátného (během noci je vchod do budovy uzavřen, pacienti musí zvonit a vrátný je po domluvě odesílat na příslušná pracoviště), úrazovou ambulanci (odkud přicházejí pacienti po prvním vyšetření a zhodnocení stavu po úrazech) a také zubní ambulanci (kam někdy přicházejí pacienti, kteří byli nasměrováni nesprávně). Pro pacienty, kteří se dostali k ambulanci jiným způsobem (neboť není možné informovat všechna pracoviště) vyvěsí sestra na dveře ambulance informační tabuli. Pacienti nemají jinou možnost než čekat, až operace skončí (což může

trvat několik hodin) a sestra se na ambulanci vrátí. Tato situace se může opakovat kdykoliv během noci. Po návratu na ambulanci se musí sestra opět ohlásit na výše jmenovaných pracovištích, která pak okamžitě posílají případné čekající pacienty. V případě, že již na ošetření nikdo nečeká, může se sestra uchýlit do služební místnosti a uložit se ke spánku. Další pacienti se pak ohlašují zvoněním na zvonek, který je propojen s jejím služebním telefonem. Kdykoli během noční směny může být sestra rovněž povolána na operační sál jiného pracoviště, především na neurochirurgii a gynekologii. To se děje tehdy, je-li zapotřebí provést dva operační výkony paralelně (v noční směně je zde také pouze jedna perioperační sestra a jeden operační asistent), např. dvě akutní operace lebky nebo dva císařské řezy. To znamená, že sestra musí mít takové znalosti a vědomosti i z těchto oborů, aby byla schopna tuto situaci zvládnout.

Ráno od 06.00 do 07.00 odchází sestra do přípravný nástrojů, kde skládá nástroje do tzv. „sít“ a sterilizuje je. Poté předává službu, referuje rannímu týmu o průběhu noci a všech ošetřených pacientech.

Nutnost zvládnout a zabezpečit provoz na dvou pracovištích současně klade na sestry velké nároky. V důsledku této dvojrole se často dostávají do nejrůznějších konfliktů, které je třeba neodkladně vyřešit a požadavky všech zúčastněných stran (lékařů, personálu lůžkového oddělení, anesteziologie, jiných ambulancí a oddělení) sladit tak, aby mohlo ošetření pacientů probíhat bez větších komplikací. Sestry musí být schopny posoudit závažnost situace, stav pacienta a rozhodnout, co je v daném momentě nejdůležitější. To vyžaduje porozumění a spolupráci ostatních, především lékařů jmenovaného oddělení. Ti však pracují ve 24 hodinových směnách a úměrně s rostoucí únavou klesá jejich pohotovost a trpělivost (srv. Ernst, 2006, s.68-77).

V důsledku neslučitelných nároků v rámci jedné role kladených na pracovníka jinými osobami (např. nedostatku informací nebo jejich protichůdnosti) vzniká konflikt rolí, kterým se zabýval Kahn et al. (1964, In: Frieling, Sonntag, s.197). K přetížení v roli dochází, jestliže jsou na pracovníka kladeny přílišné kvalitativní nebo kvantitativní pracovní nároky. Kahn (1978, In: Frieling, Sonntag, s.197) zjistil, že pracovníci s vysokým indexem konfliktu zažívají během práce podstatně větší napětí, s prací jsou méně spokojeni a mají menší důvěru k zaměstnavateli.

V této kapitole jsem se tedy pokusila přiblížit jak způsob a rozsah pracovní činnosti, kterou musí perioperační sestry během noční služby na obou pracovištích zvládnout, tak nároky a problémy, které tato práce přináší.

5. Závěr teoretické části

V této části bakalářské práce jsem se na podkladě odborné literatury a empirických studií věnovala vymezení pojmů a stanovení teoretické základny pro její druhou část. Problematika kvality života je, jak jsem zmínila již v úvodu, předmětem zkoumání mnohých vědních oborů. V důsledku této skutečnosti existuje celá řada nejrůznějších definic pojmu, přičemž žádná z nich není všeobecně platná. V souvislosti s mým výzkumem jsem se proto v první kapitole zabývala pojetím a přístupy ke kvalitě života v psychologii a souvislostí kvality života a práce. Snažila jsem se ukázat, kolik nejrůznějších faktorů a dimenzí lze do subjektivní osobní pohody zahrnout a jaké důsledky z toho vyplývají pro možnosti a způsoby jejího výzkumu a pro výběr měřících nástrojů.

Ve druhé kapitole jsem popsala obsah, způsob práce a povinnosti perioperačních sester a faktory ovlivňující výkon jejich povolání a pracovní pohodu. Uvedla jsem několik výzkumů zabývajících se uvedenou tematikou, jejichž výsledky dokazují, jak náročná tato práce je a s kolika zátěžovými faktory a situacemi se musí sestry denně vyrovnávat.

V následující kapitole jsem pak představila formy směnného provozu, jeho následky na kvalitu života pracovníků a možnosti v oblasti prevence zmíněných následků.

Poslední kapitola teoretické části obsahuje popis pracoviště Oddělení ústní, obličejové a čelistní chirurgie a průběhu nočních směn. Tato kapitola je podle mého názoru důležitá především proto, aby si čtenář mé práce mohl udělat alespoň základní představu o situaci a podmínkách práce v nočních směnách na konkrétním oddělení a také o případných rozdílech a odlišnostech rakouského a českého nemocničního prostředí.

V následující empirické části práce předkládám průběh a výsledky výzkumu provedeného kvalitativní metodou, ve kterém jsem se snažila zodpovědět stanovené výzkumné otázky. Zajímal mě především subjektivní pohled, názory a zkušenosti participantek – perioperačních sester na noční práci a její vliv a následky na kvalitu života a rovněž to, jakým způsobem se participantky s těmito následky vyrovnávají.

2. Empirická část

6. Výzkumný problém a výzkumné cíle

Jako téma výzkumu jsem si zvolila subjektivní vliv nočních směn na kvalitu života perioperačních sester. Ve výzkumu jsem se soustředila na vysoce specializovanou skupinu perioperačních sester, které během nočních směn (kromě práce na operačním sále, jež je jejich primárním úkolem) zajišťují také provoz akutní příjmové ambulance. Tento druh noční směny je v rámci Univerzitní nemocnice ojedinělý, na žádném jiném pracovišti se nevyskytuje – všechny operační sály a ambulance mají v noci vlastní samostatně pracující personál. Na mé dotazy po příčinách tohoto neobvyklého uspořádání mi bylo řečeno³, že v minulosti⁴ se během noci (v oboru ústní, obličejové a čelistní chirurgie) operovalo velice ojediněle a proto, ve snaze o maximální vytížení nočního personálu, došlo ke spojení obou pracovišť, avšak pouze pro noční směnu. Organizační, komunikační i pracovní nároky, které z toho pro sestry vyplývají jsou, jak bylo uvedeno výše, enormní.

Cílem výzkumu bylo zjistit, jak participantky pohlíží na práci perioperační sestry i vývoj vlastní kariéry, jak hodnotí noční služby a jejich pozitiva i negativa, jak noční směny ovlivňují kvalitu jejich života a jakým způsobem se s těmito následky vyrovnávají, co pro ně pojem kvalita života vůbec znamená a které oblasti vlastního života považují za podstatné a důležité. K tématu výzkumu mě přivedla především dlouholetá vlastní zkušenost s nočními směny na jmenovaném oddělení, kde pracuji od roku 2004, a zájem o osobní zkušenosti a pocity mých kolegyň.

Stanovila jsem si následující výzkumné otázky:

1. Jak participantky reflektují práci perioperační sestry a průběh vlastní kariéry?
2. Jaká pozitiva a negativa mají pro participantky noční směny?
3. Jak noční směny subjektivně ovlivňují kvalitu jejich života?
4. Jak noční práce ovlivňuje jejich fyzické a psychické zdraví, rodinný život, sociální vztahy, osobní a profesní rozvoj?
5. Jak se staví k následkům nočních směn a jak se s nimi vyrovnávají?

³ Ptala jsem se staniční (Silvia Ladstätter) a vrchní sestry (Hedy Tiefenbrunner)

⁴ Jedná se o dobu do roku 1990, kdy došlo ke zmíněnému osamostatnění oddělení, které se přestěhovalo do jiné budovy, kde jsou operační sály ve třetím patře, zatímco ambulance a malý sál se nacházejí v prvním patře. V předchozích prostorách byla všechna pracoviště včetně zubní ambulance pohromadě na jednom patře.

6.1. Pozice autorky

Jak jsem uvedla výše, pracuji od roku 2004 jako perioperační sestra na Oddělení ústní, čelistní a obličejové chirurgie. Výhodou pro můj výzkum tedy byla skutečnost, že jsem se již vlastně nacházela přímo v terénu, na místě výzkumu a ve známém prostředí, kde jsem mohla dlouhodobě sbírat informace, které napomohly k objasnění výzkumných otázek. To však zároveň bylo i nevýhodou, neboť tím na mě byly (v roli výzkumnice) kladeny velké nároky v souvislosti se zachováním nestrannosti, odstupu a nadhledu, které jsem se snažila po celou dobu plnit co nejlépe. Obávala jsem se, zda skutečnost, že jsou participanky v běžném životě mými kolegyněmi a spolupracovnicemi, pro ně nebude problémem. Opakovaně jsem je proto ujišťovala o anonymitě a důvěrnosti informací, které mi svěří a také o tom, že je v každém případě seznámím se zprávou, kterou musím po skončení výzkumu vyhotovit pro zaměstnavatele.

6.2. Metoda

K lepšímu porozumění osobní motivaci, pocitům, názorům a zkušenostem participantek jsem pro svůj výzkum zvolila kvalitativní přístup. Použila jsem polostrukturované rozhovory podle předem připraveného scénáře a také deníkové záznamy o průběhu nočních směn. Vzhledem k výjimečnému charakteru nočních směn a malému počtu účastníků studie se jedná především o hloubkovou sondu, případovou studii perioperačních sester nemocnice v Innsbrucku.

Na základě získaných dat jsem se opakovaně rozhodovala, na jaké jevy či situace je třeba se více zaměřit. Po celou dobu výzkumu jsem veškeré závěry a domněnky neustále přezkoumávala, aby nedošlo k porušení kritérií validity a nakonec jsem se pokusila nalézt podobnosti a témata, které jsem shrnula ve výsledkové části práce. Rovněž byla sestavena závěrečná zpráva, se kterou jsem seznámila všechny participantky, aby se k ní případně mohly vyjádřit. Studie byla vykonána se souhlasem zaměstnavatele.

6.3. Výzkumný soubor a prostředí výzkumu

Vzhledem k tématu výzkumu a výzkumným otázkám jsem zvolila účelový výběr vzorku. V ryze ženském týmu dvanácti perioperačních sester jmenovaného oddělení jich v nočních směnách pracuje pouze devět. Oslovila jsem ty, které noční práci vykonávají již nejméně pět let (tuto dobu považuji za dostačující k získání potřebných zkušeností), čímž se počet

případných participantek snížil na sedm. Ty také již absolvovaly výše zmíněný speciální vzdělávací kurz „*Akademický expert v operační péči*“. Z pěti sester, které mi původně spolupráci přislíbily, se později jedna rozhodla od studie bez udání důvodu odstoupit, což jsem plně respektovala. V zájmu zachování anonymity jsem u všech participantek provedla změnu jména (s ohledem na jejich individuální přání).

Nejmladší z participantek je Alexa, které je 26 let, je svobodná, bezdětná a žije se svým přítelem ve společné domácnosti. Na nynějším pracovišti pracuje 6 let na plný úvazek. Další je Luisa, které je 37 let, je vdaná, má dvě děti ve školním věku a na oddělení pracuje 13 let, po narození dětí na poloviční úvazek. Třetí participantkou je Brigitte, které je 47 let, je svobodná, žije sama a na oddělení pracuje 11 let na plný úvazek. Poslední je pak Christine, které je 49 let, je vdaná, má dvě děti v dospělém věku a na oddělení pracuje již 24 let na plný úvazek.

Protože jsem chtěla výzkum provádět v prostředí mého pracoviště, musela jsem nejprve požádat o jeho povolení zaměstnavatelem. Pro tyto případy byla na klinice ustanovena zvláštní komise (Befragungskommission Tirol Kliniken) skládající se ze zástupců personálního managementu, managementu výzkumu, odborové rady a zástupce pro ochranu údajů. Tato komise všechny zamýšlené studie podrobně zkoumá a povoluje či zamítá. Byla jsem požádána o sepsání krátkého exposé obsahujícího údaje o tématu výzkumu, výzkumných otázkách, strategii a případných výsledcích a z nich eventuálně vyplývajících návrhů na zlepšení pracovních podmínek zaměstnanců. V další fázi šetření jsem pak musela ještě jednou písemně zodpovědět další dotazy a upřesnit některé podrobnosti. Celý proces trval téměř jeden měsíc (od 16.09. do 14.10.2015) a ve výsledku mi bylo povolení ke studii uděleno, ovšem pod podmínkou, že podám o výsledcích své práce závěrečnou zprávu zaměstnavateli. O této skutečnosti jsem opakovaně informovala všechny participantky, jak před samotným začátkem, tak v průběhu studie, např. před každým rozhovorem.

Také na samotném pracovišti jsem požádala o souhlas, nejprve staniční sestru Silvii Ladstätter, která, stejně jako primář oddělení Prof. DDr. Michael Rasse, neměla proti mému úmyslu žádné námitky.

6.4. Technika sběru dat

Časové rozpětí výzkumu jsem stanovila na čtyři měsíce, od října 20015 do ledna 2016. Protože jsem věděla, že se výzkum bude odehrávat ve známém prostředí a všechny participantky mě znají, zvolila jsem sběr dat prostřednictvím deníkových záznamů a

polostrukturovaného rozhovoru. Kombinací těchto dvou metod jsem především chtěla zvýšit míru věrohodnosti výsledků.

Původně jsem chtěla participantkám předat deníky pouze s jednoduchým požadavkem, aby si je prostě během nočních služeb vedly. Mým úmyslem bylo co nejméně je ovlivnit, dopřát jim svobodu a samostatnost při rozhodování o tom, co zaznamenat. Ukázalo se však, že si, takto ponechány samy sobě, neví příliš rady, a chodily se mě ptát, jak přesně to mají udělat. Proto jsem posléze deníky nočních služeb vybavila zvláštním listem s několika doporučeními a návrhy, jak by měly deník vést a co zapisovat. Při předávání deníku jsem s nimi tyto informace podrobně probrala a zdůraznila, že všechny záznamy a skutečnosti zůstanou důvěrné, budu je číst pouze já a vyhodnocení bude zcela anonymní. V průběhu měsíce listopadu absolvovaly participantky obvyklý blok čtyř po sobě jdoucích nočních směn. Během tohoto bloku vedly všechny deník velmi pečlivě a podrobně, včetně časových údajů, a poté mi ho odevzdaly. Za velmi zajímavé považuji např. to, že deníky naznačovaly rozdíl v deníkových zápisech v souvislosti s věkem a zkušenostmi participantek. Zatímco „mladší“ (do 40 let) sestry se soustředily na problémy spíše technického a organizačního rázu, „starší“ se kromě těchto skutečností daleko více zmiňovaly o subjektivních pocitech a vlastním zdravotním stavu.

V následující fázi výzkumu jsem s participantkami vedla polostrukturované rozhovory (viz příloha 2). Předem jsem si rozvrhla okruhy a témata otázek, které jsem rozdělila do tří částí: v první části rozhovoru jsem se zaměřila na samotnou profesi perioperační sestry, na způsob její práce, změny, zvraty a zkušenosti v kariéře. Druhou část tvořily otázky o kvalitě života v souvislosti s prací obecně a nočními směnami zvláště. V poslední části rozhovoru jsem se ptala na subjektivně pociťované následky nočních směn a způsob, jakým se s nimi participantky vyrovnávají a také na to, jak participantky vidí svou profesní budoucnost s ohledem na noční směny, jež jsou její nezbytnou součástí. Takto vedený rozhovor mi umožnil držet se požadovaného směru, v případě potřeby jsem však mohla klást doplňující a rozšiřující otázky. Participantky tak mohly odpovídat spontánně a volně, což činily s velkou upřímností a snahou o přesnost a celistvost odpovědí. Všechny mi rovněž přislíbily další spolupráci pro případ dalších doplňujících otázek z mé strany. Dbala jsem na to, aby se cca hodinové rozhovory odehrávaly v klidném a nerušeném prostředí a před jejich začátkem jsem vždy znovu vysvětlovala cíl a smysl výzkumu, objasňovala výzkumné otázky a zdůrazňovala anonymitu a důvěrnost všech odpovědí i následné analýzy a interpretace výsledků. Jak jsem již uvedla, sama na operačním sále jmenovaného oddělení pracuji, a proto jsem po celou dobu usilovala o nestrannost, o to, abych nějakým způsobem neovlivňovala výpovědi

participantek a nepodsouvala jim vlastní mínění a zkušenosti. Nechci však zastírat, že to pro mě, nezkušenou výzkumnici, byl často těžký úkol, neboť se ukázalo, že je velice snadné sklouznout od výzkumné techniky sběru dat k neformálnímu přátelskému dialogu.

6.5. Zpracování, analýza a interpretace dat

Všechny rozhovory jsem se souhlasem participantek zaznamenala na diktafon. Každý rozhovor jsem se snažila co nejdříve po jeho ukončení převést do psané podoby. K tomuto účelu jsem zvolila metodu doslovné transkripce, kdy jsem z textu vypustila pouze několik poznámek o samotném průběhu operací, které považuji za příliš odborné (Hendl, 2005, s.208). Každý rozhovor jsem si poslechla několikrát, dokud jsem nebyla přesvědčena o tom, že je transkripce včetně komentáře správná a nic důležitého mi neuniklo. Současně jsem všechna získaná data analyzovala, abych mohla hned provést případné nutné změny ve formulaci nebo rozsahu otázek.

Cílem tematické a interpretativní analýzy (2007, Čermák et al., s.53-66) v kvalitativním výzkumu je odhalit témata, pravidelnosti a vztahy a porozumět lépe zkušenosti participantek a jejich prožívání s ohledem na teorie, které máme k dispozici. Za tímto účelem jsem prováděla segmentaci, kódování a poznámkování textu současně. Celý text jsem vždy nejprve rozdělila na segmenty, kterými byly jednotlivé věty odpovědí participantek. Tyto segmenty jsem pak kódovala systémem otevřeného kódování, které jsem si vytvořila v průběhu analýzy, abych tak označila úseky, kde bylo možno najít společné jevy a znaky. Kódování jsem doplňovala poznámkováním, tedy zapisováním všech nápadů, postřehů a myšlenek, které jsem považovala za důležité ve vztahu k tématu výzkumu (přípravné poznámky, poznámky o průběhu a vývoji rozhovorů jsem si psala již od samotného začátku výzkumu). Tímto způsobem jsem došla k vytvoření kategorií, nejprve konkrétních a později, podle zjištěných podobností a shod, i obecnějších.

Poté jsem vyhotovila překlad citací z německého jazyka do českého, a protože všechny participantky hovořily dialektem a nikoliv spisovnou němčinou, překládala jsem do hovorové češtiny. Snažila jsem se o velmi přesný překlad, který by v žádném případě nezměnil smysl výpovědi.

Při analýze deníků, které si sestry vedly během nočních směn, jsem každý deník pečlivě přečetla a provedla segmentaci textu, jeho kódování a poznámkování, stejně jako při analýze rozhovorů. Vzniklé kategorie mi pak byly inspirací při vytváření okruhů otázek pro

rozhovory. Abych zajistila archivaci materiálu, deníky jsem oskenovala a uložila do zvláštní složky v počítači.

7. Výsledky

Následky nočních směn na kvalitu života v reflexi perioperačních sester

V této kapitole předkládám výsledky analýzy deníků a rozhovorů s participantkami, jejich názory, zkušenosti a pocity v souvislosti s vlastní kariérou a způsobem práce, subjektivní hodnocení nočních směn a jejich následků na kvalitu života a způsob, jakým se s nimi participantky vyrovnávají. Jednotlivé kapitoly byly řazeny chronologicky (na základě časové linky) a s ohledem na souvislosti mezi prací v nočních směnách a kvalitou života v reflexi participantek.

7.1. Volba povolání s ohledem na kvalitu života v budoucím životě

Důvody vedoucí k volbě povolání zdravotní sestry byly ve většině případů velmi podobné. Participantky se buď chtěly stát zdravotní sestrou již od dětství, anebo došly k rozhodnutí v důsledku zkušeností ze stáží v nejrůznějších zařízeních a oborech, kde zjistily, že se jim tato práce líbí a péče o pacienty jim přináší pocity naplnění a radosti z toho, že mohou být nějak užitečné. Skutečnost, že se jedná o povolání s nepravidelnou pracovní dobou, směnným provozem a nutností práce v noci, nehrála žádnou roli. Při rozhodování se participantky těmito skutečnostmi nijak nezabývaly, neboť je to prostě vůbec nenapadlo.

„Už ve školce, tam jsme měli takový razítka a měli jsme najít to s naším nejoblíbenějším povoláním a to byla pro mě vlastně vždycky zdravotní sestra... A pak jsem byla na stáži v nemocnici v Hallu a to se mi dost líbilo, být u lidí, cítila jsem se tam v bezpečí, mohla jsem něco dát a dostala jsem něco zpátky...“

(Brigitte, 47 let, 15 let praxe⁵)

⁵ Údaje o délce praxe se vztahují na celkovou dobu výkonu povolání perioperační sestry, nikoliv pouze na dobu, po kterou participantky pracují na nynějším oddělení Ústní, obličejové a čelistní chirurgie

„Zdravotní sestra, tou jsem se prostě chtěla stát, už od malička.“

(Luisa, 37 let, 18 let praxe)

V případech pozdější specializace na práci perioperační sestry byly ve hře dva faktory: tíhnutí k chirurgickým oborům a náhoda, kterou všechny ze zpětného pohledu hodnotily jako velmi šťastnou.

„Začínala jsem na interně, ale to se mi absolutně nelíbilo a pak bylo volné jen jedno místo na sále a to jsem vzala, aniž jsem věděla, co na mě čeká. Ale tam jsem taky zůstala a do dneška mi to vyhovuje. Vlastně to byla náhoda a štěstí.“

(Luisa, 37 let, 18 let praxe)

„Sálovka (participantky shodně užívaly označení „sálová sestra“, pozn. autorky) jsem spíš náhodou, nikdy jsem si nemyslela, že jí jednou budu. Ale tehdy měli jen jedno volné místo, na sále, a tak jsem tam šla a teď už vůbec nechci pryč.“

(Alexa, 26 let, 6 let praxe)

„Já byla dlouho na oddělení, ale pak se mi to už nelíbilo, ten systém, všechno velký a tak nějak nelidský....Tak jsem se vydala hledat a náhodou jsem zašla na Piererovu kliniku (soukromá klinika v Innsbrucku, pozn. autorky) a ptala se na volný místa. A oni řekli na sále, a že se můžu přijít podívat. To jsem udělala, po tři dny, a hrozně se mi to líbilo. Tak jsem to vzala.“

(Brigitte, 47 let, 15 let praxe)

7.2. Kariéra perioperační sestry

Všechny participantky udůrazňovaly, že jsou v první řadě perioperačními sestrami a práci na ambulanci považují za jakýsi „přídavek“, který je nutnou součástí nočních směn. V rámci svých možností a vědomostí se jí snaží zvládnout co nejlépe, nemají však v tomto směru žádné zvláštní ambice a nadřazení je od nich ani neočekávají.

Jako dobré a schopné perioperační sestry se participantky cítí především tehdy, mají-li zvládnout složité operace, které neběží podle tzv. „Standartu“⁶, při nichž musí prokázat velkou odbornost, flexibilitu, samostatnost a vysokou duševní i tělesnou zdatnost, což považují za výzvu a úkol, který je nutno zvládnout co nejlépe.

V případě nočních směn, kdy pracují i na ambulanci, přibývá dobrý pocit z úspěšného zajištění ambulantního provozu a uspokojení z toho, že jejich práce někomu pomohla, ulehčila od bolesti a utěšila mnohdy vyděšeného a naříkajícího pacienta.

„To má co do činění s operacema, já radši chodím k velkým věcem (operacím, pozn. autorky), to mně víc uspokojuje než ty malý. Tam musím přemýšlet, co všechno potřebuju, jaký je příští krok, to jsou ty zákroky, co neděláme moc často.“

(Alexa, 26 let, 6 let praxe)

„Práce na ambulanci, s pacientem při vědomí (oproti pacientům v narkóze na operačním sále, pozn. autorky),jsou pacienti, který když vidíš, tak si pomyslíš, co je tohle zač...? A pak jsou takoví, kteří jsou rádi, že jim pomůžeme. To dostaneš zpátky i verbálně, např. já jsem dostala největší pochvalu od otce, co u nás byl s dítětem, úraz na lyžích, větší tržná rána, uprostřed noci a dlouho čekali a ten otec pak řekl, že ještě nikdy nezažil tak milý a kompetentní tým jako jsme my. Tyhle věci jsou pro mně vždycky moc pěkný, z toho dlouho žiju.“

(Christine, 49 let, 24 let praxe)

Participantky čerpají další motivaci i kladný postoj k práci z těchto pozitivních zkušeností a také z pocitu dobrých mezilidských vztahů na pracovišti, které v jednom případě dokonce jistým způsobem vyvažují nepřítomnost vlastní rodiny. Jak uvádí Schwarzer a Leppin (1991, s.178), získává jedinec pocit, že není sám, že je jako člen sociálního společenství ostatními respektován a oceňován, v důsledku pozitivních sociálních interakcí, důvěry a „týmového ducha“. Také Ryff a Keyes (1995, In: Šolcová, Kebza, 2004, s.25-26) zahrnují mezi základní složky struktury kvality života pozitivní vztahy s druhými a zájem o jejich blaho.

⁶ Pro všechny operace musí být vypracován písemný „Standart“: typ potřebných nástrojových sít, způsob a rozsah dezinfekce a rouškování operačního pole, průběh operace. Tyto Standarty pak musí být pro všechny zaměstnance přístupné k nahlédnutí ve vnitropodnikovém Intranetu, aby se každý mohl v případě potřeby zorientovat v základní problematice jednotlivých operací.

Důležitým motivačním faktorem je pro participantky ocenění jejich práce, což odpovídá modelu „*Job-Characteristics*“ (Hackman a Oldham, 1976, 1980, In: Zapf, 1991, s.232), podle něhož je právě ocenění výkonu faktorem, který vede ke zvýšení pracovní motivace, výkonu a spokojenosti a zároveň ke snížení absentismu a fluktuace.

Operace trvají mnohdy několik hodin (někdy i celý den až do noci), což znamená, že perioperační sestra celou dobu stojí na jednom místě a spolupracuje se stále stejným operačním týmem 5-6 lidí. Musí se neustále plně soustředit a sledovat průběh zákroku, aby mohla v případě potřeby patřičně rychle reagovat. Je-li situace napjatá a chirurg nervózní a pod velkým tlakem, dochází často k výbušným scénám, které sestra musí zvládnout bez toho, že by se zhroutila a sál s pláčem opustila (to bývá velkým problémem zvláště mladých začínajících sester). Právě proto si sestry pochvaly tolik cení, neboť je jediným oceněním jejich práce na operačním sále, která sama o sobě nenese žádné hmatatelné výsledky. Jak se pacientovi po operaci vede, jak probíhá jeho další život, se ve většině případů dovídají jen málokdy, pokud se na to samy operátéra zeptají.

„Zvládnutí těžký operace mě motivuje, uspokojuje, dodává mi sebevědomí, protože tělesně jde hrozně dolů. Je to pro mě motor, abych vydržela..... když jdu pracovat, má život tak nějak smysl. V práci mám jakousi rodinu.“

(Brigitte, 47 let, 15 let praxe)

„Na začátku jsem samozřejmě přemýšlela o tom, jestli je to pro mě to správný, ale tím, že jsem relativně rychle mohla dělat noční a že mi kolegyně daly tu důvěru, to mě motivovalo.“

(Alexa, 26 let, 6 let praxe)

„.....např. feedback od šéfa, když vím, že to bylo dobrý, jak jsem to udělala, že to oceňuje.“

(Luisa, 37let, 18 let praxe)

Práce na operačním sále má však pro participantky i mnohé stinné stránky. Přináší konfliktní situace a těžkosti jak v souvislosti se vztahy na pracovišti, tak s pocity a zkušenostmi, ze kterých participantky získávají sebevědomí a motivaci k další práci. Jak uvádí Zapf (1991, s.236), závisí sebevědomí jedince mimo jiné také na tom, v jaké míře mu práce nabízí možnost seberealizace a sociálního uznání. Jestliže se participantky jako dobré perioperační sestry cítí především v důsledku zvládnutí nestandardních a náročných operací

(viz výše), pak jim pocit nedostatečné vyčerpání a nenáročnosti práce přináší velkou nespokojenost a touhu po změně a nových výzvách.

Rovněž nesplněná touha po postupu na kariérním žebříčku může znamenat velký životní zlom.

„Když jsem tu pracovala asi rok, tak jsem si myslela, že odejdu. Pořád jen tahat zuby a a sem tam osteotomie, to není nic. Vůbec, když člověk předtím dělal všechno, od kyčlí (totální kloubní endoprotézy, pozn. autorky) přes slepáky až po velký břišní operace, a pak jen takový maličkosti. To mi bylo málo a moc jednoduchý. Ale pak nastoupil šéf a já si pomyslela – ok, teď budou nové věci, jiný, tak já přece jen zůstanu.“

(Luisa, 37 let, 18 let praxe)

Christine pocítuje svůj neúspěch při přijímací zkoušce ke kurzu jako velké selhání, jako porážku, která pro ni měla důsledky jak v osobním, tak v pracovním životě. Vyzdvihuje význam manželovy podpory a domnívá se, že by bez ní situaci vůbec nezvládla.

„Na dně jsem byla před 4 roky, když jsem zkažila ten Assessment⁷, to se bych byla nejradši na všechno vykašlala.....Ta porážka mně opravdu zničila, nemít Thomase, nevěděla bych, co dělat. Já byla tak na dně, cítila jsem se tak bezcenná, trvalo dlouho než jsem se z toho vyhrabala a získala zase sebevědomí, v práci i jako člověk, v životě. Viděla jsem sama sebe jako úplně neschopnou.“

(Christine, 49 let, 24 let praxe)

Negativní zkušenosti neovlivňují a nezpochybnují základní postoj participantek k náplni práce a samotnému povolání perioperační sestry. Odrážejí se však v motivaci k jeho každodennímu výkonu, v angažovanosti i snaze o dosažení nejrůznějších zlepšení na pracovišti. V důsledku neustálého vývoje a zlepšování operačních technik i stále složitějšího přístrojového vybavení operačních sálů se náročnost při výkonu povolání permanentně zvyšuje. To vyžaduje následné změny, jak v organizaci provozu, tak v pracovních postupech. Participantky často zmiňovaly špatné zkušenosti v souvislosti s vlastní iniciativou, kdy se jejich návrhy na řešení nových situací a postupů nesetkaly s pozitivním ohlasem u

⁷ Míněna je přijímací zkouška pro speciální kurs (Basales und mittleres Plegemanagement) probíhající v rámci instituce „Assessment Center“. Tento kurz musí absolvovat všichni, kdo usilují o vedoucí pozici na pracovišti, v tomto případě o pozici staniční sestry.

nadřízených nebo kolegů. Míra kontroly, kterou mohou ve svém povolání uplatnit (kreativita, rozhodování o způsobu a podmínkách práce) je tedy poměrně nízká a psychická náročnost práce a míra stresu jsou vysoké, což potvrzuje Karaskův model pracovního stresu a pracovní spokojenosti (1979, In: Hnilica, 2005, s.474-476). V důsledku špatných zkušeností se participantky rozhodly stáhnout se zpět, distancovat se a soustředit se pouze na vlastní pracovní výkon během operací.

„Už do toho nejdu s celým srdcem, ale s mnohem větším odstupem, prostě jen dělám svou práci. Někdy se teda přistihnu, že se pro něco nadchnu, když je někde třeba víc zabrat, aby to líp běželo, protože to jsem prostě já.“

(Christine, 49 let, 24 let praxe)

„Dřív jsem se jinak angažovala. Ted' mám pocit, že prostě jen chci mít práci za sebou a už do toho nejdu tak emocionálně. Nevidím smysl v tom, navrhnout nějaký zlepšení, protože je to stejně nanič. Vlastní aktivita není žádaná, převáží to, co řekne nadřízený. Člověk musí držet pusu, dívat se jinam, jako ty tři opice. Přepnout na lhostejnost, nejít do toho.“

(Brigitte, 47 let, 15 let praxe)

V průběhu celé pracovní kariéry dochází ke zvrátům a změnám, které vedly participantky k přemýšlení a ohlédnutí za tím, jak se jejich pracovní život vyvíjí, k hodnocení již dosaženého a přezkoumání správnosti pozice, na které se v dané životní fázi nacházejí.

Za takovou významnou situaci považuje Christine konflikt na pracovišti, který ji poznamenal natolik, že se pak změnilo její chování i postoj k okolí. Zatímco dříve byla „člověk se srdcem na dlani“, tedy otevřená, komunikativní a přátelská, nyní se považuje za uzavřenější a v kontaktu s ostatními je spíše rezervovaná. Je to pro ni způsob, jak se chránit a vyvarovat se dalších možných zklamání.

„Byly dva zvraty. Ten první, to byla ta velká hádka s Michaelou, která vznikla kvůli nedorozumění a pak to tak eskalovalo a všichni se postavili na její stranu, to mě moc zranilo. Nakonec řekla, že jestli ji nebudou akceptovat jako dlouholetou a zkušenou sálou sестru, tak odejde, to bylo vydírání a všichni ji uklidňovali, ale já ne, já za ní neběžela, já se vydírat nenechám! Od té doby přistupuju k lidem jinak, nedovolím jim dostat se tak blízko, moje důvěra je pryč, dřív jsem byla člověk se srdcem na dlani a dneska jsem často skoro bez empatie. A druhý zvrat byl ten zkažený Assessment.“

(Christine, 49 let, 24 let praxe)

Brigitte si teprve během rozhovoru uvědomila souvislost svých „propadů“, kdy se cítí zklamaná a nespokojená, a skutečnosti, že se tyto v jejím případě dějí vlastně neustále a ona si již není jistá, zda se v pracovním životě nachází na správném místě.

„Tyhle zvraty souvisí s tím prostředím, jaký u nás je. Když má šéfka svůj den, necítím její podporu a pak stačí i malý konflikt s některou kolegyní a pak už to jde směrem k propadu. Vlastně si to uvědomuju až teď, během rozhovoru, že je to tak vlastně pořád. Už se mi nedaří, vrátit se tam, kde už jsem jednou byla, nahoru na vrchol. A tak se ptám sama sebe – jak dlouho to ještě chceš dělat?“

(Brigitte, 47 let, 15 let praxe)

Zkušenosti nasbírané na jiných pracovištích mohou být zdrojem nově nabytého sebevědomí a schopnosti obhájit si v případě potřeby svoje stanovisko a důvody vlastního jednání, jak uvedla Alexa.

„To bylo během OP- Kurzu⁸, když jsem měla možnost vidět, jak pracují jiné sestry, to mi dodalo jistotu a když je to u stolu hektičtější, reaguju úplně jinak než dřív. A když to není úplně k věci, ale osobní, tak teď taky dokážu reagovat jinak. Získala jsem prostě jistotu a teď můžu říct – takhle to dělám já a za tím si stojím!“

(Alexa, 26 let, 6 let praxe)

Přestože některé participantky pracovaly na operačních sálech jiných oddělení pouze v rámci speciálního vzdělávacího kurzu, všechny se shodly na tom, že zkušenosti získané jinde jsou v pracovním životě jednoznačnou oporou. Značně jim ulehčují každodenní výkon při standartních operacích i zvládnání nečekaných akutních situací, ve kterých jim dodávají jistotu a schopnost jasně formulovat vlastní postoje a požadavky.

„Zkušenosti mi teď hodně pomáhají, dělala jsem hodně oborů a to přináší rutinu, ta je moc důležitá.“

(Brigitte, 47 let, 15 let praxe)

⁸ Míňen je speciální vzdělávací kurz „Akademický expert v operační péči“

„Nedělala jsem nikdy jinde, jen během OP-Kurzu, ale to mi pomohlo ohledně zásad sterility a hygieny na sále, to u nás tehdy nebylo tak dobrý, protože tehdejší šéfka vlastně nebyla pořádná sálová. A o nočních mi to pomáhá v tom smyslu, že když musím vypomáhat na jiném sále, tak jim jasně řeknu, co umím a co ne, a to musí akceptovat a říct mi, co přesně budou potřebovat.“

(Christine, 49 let, 24 let praxe)

Pro participantky je tedy velmi důležitý pocit úspěšného splnění náročných úkolů, ať již na operačním sále nebo v prostředí ambulance, v jehož důsledku roste jejich sebevědomí a sebejistota, zvyšuje se motivace a spokojenost s prací.

Podle mého názoru však existuje právě v souvislosti s autonomií této práce určitý rozpor. Na jedné straně jsou nuceny pracovat velmi samostatně a zodpovědně, na straně druhé musí akceptovat autoritu lékaře, který je během noční služby jejich bezprostředním nadřízeným a při rozhodování o dalších postupech má vždy poslední slovo. Jak uvádí Kathan (1991, s. 98-102), práce zdravotnického personálu je jen velmi málo autonomní, a to také na pracovištích, kde pracovní činnost vyžaduje komplexní vědomosti a technické znalosti. Představy o profesi zdravotní sestry jsou však stále ještě do velké míry ovlivňovány původním obrazem povolání, kdy byly sestry především schopnými a poslušnými pomocnicemi lékařů a nikoliv samostatně pracujícími odbornicemi. Obzvláště nízký stupeň autonomie vykazuje právě práce na ambulanci, kde sestra připravuje a také uklízí vše, co lékař potřebuje, a případně mu při ošetření pacienta asistuje. Musí proto přesně znát postup a způsob práce a odhadnout rychlost, kterou lékař pracuje. Práce na operačním sále naopak vyžaduje vysoký stupeň kvalifikace, manuální zručnost, pohotovost, flexibilitu, rychlost a výdrž a je daleko více autonomní. Jaké rozdíly v chování a jednání z toho jak pro sestry, tak pro lékaře vyplývají, dobře ilustruje následující příklad: během ošetření pacienta na ambulanci sestra asistuje, což znamená přidržování nástrojů a práce s odsávačkou v dutině ústní. Lékař si připravené nástroje ze stolku odebírá sám. Na operačním sále však sestra instrumentuje, tedy podává a zpětně odebírá lékaři potřebné nástroje i materiál. Lékaři mají zapovězeno sahat na instrumentační stolek, který je přísně střeženým „královstvím“ perioperační sestry (nástroje na stolku musí být uspořádány a rozloženy v přesně stanoveném pořadí, které musí být všemi dodržováno, což umožňuje rychlé a nekomplikované střídání sester během operace). Pokud je sestra momentálně zaneprázdněna a lékař ze stolku něco potřebuje, pak ji musí přímo požádat o dovolení.

Musí-li tedy participantky během noční směny zajistit provoz obou pracovišť současně, pak se také musí po celou dobu pohybovat v rozmezí dvou rolí najednou – ambulantní asistentky a perioperační sestry, což jistě není jednoduché.

Také malá možnost dalšího profesního růstu je skutečností, kterou perioperační sestry trpí, a to zvláště ve vyšším věku v důsledku stupňující se fyzické i psychické únavy a následků náročné práce. O jakou změnu nebo postup v kariéře mohou usilovat? Přestup na lůžkové oddělení pro ně většinou není žádnou alternativou, protože náplň a způsob práce jsou zde zcela jiné než na operačním sále. Pravděpodobnější se zdá být přestup na některou z ambulancí, a to pokud možno bez nutnosti práce v nočních směnách. Další možností by mohl být postup na pozici staniční sestry, o čemž obvykle uvažují spíše mladší sestry. Takových pozic však není mnoho a v důsledku racionalizačních opatření zaměstnavatele (spojování operačních sálů jednotlivých oddělení do společné jednotky pod vedením pouze jediné staniční sestry) se jejich počet stále snižuje. Navíc je pak nutno úspěšně projít náročnou přijímací zkouškou a následně absolvovat výše zmíněný speciální kurz.

Tyto skutečnosti podle mého mínění ukazují, jaké problémy a rozpory povolání perioperační sestry přináší, a to jak v souvislosti s konkrétní situací na pracovišti jmenovaného oddělení, tak při obecném pohledu na obsah a způsob práce. Na jedné straně je náročná a zodpovědná práce s vysokou mírou autonomie, kterou participantky vykonávají rády a s velkým nasazením. Na straně druhé fyzické i psychické následky, konflikty a střety kompetencí a nevelké vyhlídky na rozvoj profesní kariéry.

7.3. Kvalita života

S pojmem kvalita života si participantky spojovaly především takové hodnoty, jako je zdraví, funkční partnerský vztah a dobré rodinné vztahy. Uváděly, že si velmi cení času, který mohou s rodinou strávit a věnovat se společným aktivitám a zájmům, výchově a péči o děti. To je také hlavním důvodem k akceptování práce v nočních směnách, přestože má tato mnohá negativa. Součástí kvalitního života je podle jejich mínění i dobré finanční zázemí, vyhovující bytové podmínky a zajímavá práce přinášející naplnění. Pokud jsou všechny tyto faktory v relativní rovnováze, považují život za kvalitní.

„Zdraví, rodina, to je pro mě to nejdůležitější. Spokojenost, nemít finanční problémy a aby to všechno okolo, byt, škola, práce, bylo jakž takž v rovnováze.“

(Luisa, 37 let, 18 let praxe)

„Smyslem mého života je intaktní rodina a práce, to je pro mě kvalita života. A že si můžu dovolit určitý věci, kvůli té práci, to šlo dřív jenom proto, že do práce jsem šla já a můj muž zůstal doma s dětma. A že se cítím dobře, ale co to přesně je, to neumím říct, přesně to popsat, prostě že je všechno v pořádku a nejsou žádné rušivé faktory.“

(Christine, 49 let, 24 let praxe)

Chronické zdravotní potíže, z nichž vyplývají značná omezení v každodenním životě i práci, určují do velké míry kvalitu života Brigitte. Na rozdíl od ostatních participantek, které jmenovaly zdraví jako obecnou hodnotu, má Brigitte v tomto směru zcela konkrétní představy a přání. Je si vědoma skutečnosti, že se její zdravotní stav neustále zhoršuje a trápí ji obavy z budoucnosti. Nedokáže odhadnout, jak dlouho ještě bude práci perioperační sestry zvládat a co se stane, až toho jednou schopná nebude.

„Být alespoň trochu zdravá, mít snesitelné bolesti, aby se člověk mohl těšit ze života. A že je práce jen část života, abych měla ještě sílu a motivaci na využití jiných možností.“

(Brigitte, 47 let, 15 let praxe)

„Protože mám permanentně bolesti, je pro mě práce velmi náročná i psychicky, musím se tím probíjet a to mě stojí hodně sil a energie. Psychicky mě to zatěžuje hlavně proto, že nejsem kvůli tělesným potížím a deficitům tak odolná vůči zátěži, jako ti ostatní a snažím se jim nějak vyrovnat. A taky netuším, co bude dál...“

(Brigitte, 47 let, 15 let praxe, deníkový záznam)

Z hlediska práce zvyšují kvalitu života přátelské vztahy, klid a pohoda na pracovišti a pocit dobře odvedené práce, která participantky baví a zajímá a kterou dělají rády. Přináší jim dobrou náladu a pocit uspokojení, z čehož těží i ve volném čase a osobním životě.

„Když všechno dobře šlapalo, to je jako palivo, jako infuze, že máš pak sílu dělat ještě něco doma.“

(Brigitte, 47 let, 15 let praxe)

„Když je hodně práce a já celou dobu stojím (u operací, pozn. autorky), cítím se na konci dne líp, mám lepší náladu a víc energie než když nemáme co dělat nebo když musím celý den sedět a dělat nějaký zvláštní divný úkoly, jako počítat šrouby a dlahy nebo uklízet skříně. To mi den vůbec neutíká a já dostanu špatnou náladu a jsem unavená.“

(Alexa, 26 let, 6 let praxe)

„Příjemný rozhovor s kolegy, dobrý pocit po úspěšné operaci, dobrá konstelace spolupracovníků, že bylo to v klidu a v pohodě.“

(Christine, 49 let, 24 let praxe)

Problémy a konflikty na pracovišti kvalitu života naopak snižují. Participantky si je, jak uváděly, odnášejí sebou domů, kde pak negativně ovlivňují jejich rodinný život. Také velká fyzická zátěž a únava po náročné směně přispívají ke zhoršení kvality života. Operační program a pořadí plánovaných operací se ve dne mnohdy mění, lékaři musí v průběhu dne nezřídka mezi operacemi odbíhat na oddělení nebo ambulanci a čím déle operace trvá, tím větší je únava a podrážděnost celého týmu. S tím vším je nutno se nějak vyrovnat.

„Beru si problémy s sebou domů, ty sociální poměry tam, jsem v práci neustále, pořád v denním shonu, žádný odpočinek....a ty problémy pak přenáším na rodinu, to není dobře, dostanu se tak do negativní spirály, to je to nejtěžší. V zimě málo světla, proto mám teď na čas těch 80%“ (pracovního úvazku, pozn. autorky).

(Christine, 49 let, 24 let praxe)

„Že po práci nemůžu vypnout. A problémy se spánkem“.

(Brigitte, 47 let, 15 let praxe)

7.4. Noční směny

Práce v noci ovlivňuje kvalitu života participantek v mnoha směrech. Nejpozitivnějším důsledkem je pro všechny jednoznačně volný čas, který získávají ve dnech po a mezi nočními směny a využívají ho k mnohým činnostem, ať již v souvislosti s organizací a záležitostmi rodinného života nebo prostě samy pro sebe.

„Ten získaný čas den po noční, když v noci nebylo moc práce, tak jsem ten den v podstatě jakoby vyhrála.“

(Brigitte, 47 let, 15 let praxe)

„Dřív jsem mohla s Thomasem hodně sportovat, třeba jezdit na kole nebo lyžovat a potom jsem trénovala na maraton. Když ještě nedělal na 100 % (pracovního úvazku, pozn. autorky), mohli jsme spolu trávit hodně času jako partneři. A když mám po nočních delší volno, protože mám hodně odpracovaných hodin, tak můžu jet za rodičema a nemusím si na to brát dovolenou.“

(Christine, 49 let, 24 let praxe)

„Volný čas po noční, můžu něco podniknout s přítelem nebo i sama, vyřídit záležitosti, který nestihnu, když mám normálně denní směnu. Nebo že můžu jít sama pro sebe nakupovat, v zimě jezdit na snowboardu, v létě ležet u vody.“

(Alexa, 26 let, 6 let praxe)

Pro ty z participantek, které mají děti, je tento volný čas ještě cennější. Mohou být přes den doma a o děti se starat s veškerou možnou péčí, kterou má podle jejich názoru matka dětem věnovat. Cítí se pak jako „dobré matky“ a pocity viny je tolik netrápí, když musí naopak večer rodinu opustit a odejít pracovat. Z jejich pohledu je tato situace v pořádku, protože to už je doma otec dětí, který se o ně postará.

„Noční jsou pro mě nejlepší, kvůli dětem, protože jsem ve dne doma a tím se i mně daří líp, protože vidím tu pozitivní odezvu. Můžu být s nimi, pomoci jim s úkolama a tak... A když jdu večer pryč, tak sice protestují, ale to mi nevadí, mám pocit, že jim to s tátou neuškodí“.

(Luisa, 37 let, 18 let praxe)

„Za těch 20 let, od té doby, co mám děti, byla jedna věc velmi pozitivní. Měla jsem čas na děti a mohla jsem si je užít. Předtím jsem dělala normálně, na 100 %, a hodně mi toho uniklo, první zub, první slovo, a s nočníma jsem byla přes den doma a užila si to. Už jsem se nemusela cítit jako špatná matka“.

(Christine, 49 let, 24 let praxe)

Volný čas, který má na jedné straně mnoho výhod, má však také stinné stránky. Stupňující se fyzická únava, pocity osamělosti a opuštěnosti v prázdném bytě, kdy se participantky cítí vyřazené z normálního běhu života, v němž ostatní lidé ve dne pracují a v noci spí.

„Když jsem celý den doma sama a čím dýl to je, tím víc to působí na psychiku. Když je venku hezky, tak ani ne tolik, jako když je špatný počasí.“

(Christine, 49 let, 24 let praxe)

„Oběd na balkoně – nemám to vůbec ráda, být celý den doma sama bez možnosti s někým si promluvit. Pustila jsem si rádio, muziku, co se mi líbí a to mi zvedlo náladu.“

(Christine, 49 let, 24 let praxe, deníkový záznam)

„Když byla noční náročná, tak to den potom cítím, jsem unavenější a mám větší bolesti. O nočních mám spíš pocit, že mně ten život mívá. Jsem spíš ‚depressivní‘, přestože jsem vlastně noční typ. Ve dne jsem spíš involvovaná, musím spolupracovat, jsem v jiném sociálním prostředí a v noci jsem sama, jen s doktorem a potom přes den jsem unavená a nemůžu třeba jet někam pryč.“

(Brigitte, 47 let, 15 let praxe)

Participantky pociťují v otázce volného času po noční směně zjevně určitý rozpor. Mají sice volno, ale nemohou ho plně a hodnotně využít, protože jsou po směně často unavené a vysílené a mají špatnou náladu i málo chuti něco podnikat. Složitá je i organizace rodinného života a sociálních kontaktů. Únava a nevyspaní mohou vést i ke skutečně nebezpečným situacím, jestliže musí participantky po noční směně usednout za volant.

„Dřív jsem si o víkendu po noční často něco domluvila, to už teď nedělám, protože jsem někdy tak utahaná, že to ten den poté negativně ovlivní. Je to takový rozpor, na jedné straně mám sice volno, ale na druhý ho nemůžu plně využít, protože jsem unavená a zase musím na noční.“

(Luisa, 37 let, 18 let praxe)

„Celou noční jsme dělali, jak na ambulanci, tak na sále. Spala jsem asi půl hodiny. A pak jed' domů autem! Stáhla jsem si okýnko, pustila rádio na plný pecky a zapálila si, to je jediná možnost, jak zůstat vzhůru. A samozřejmě mě stavěli policajti a podezřívavě na mě hleděli, jestli nejsem opilá! Když jsem jim řekla, že jedu z noční, tak mi drželi přednášku o únavě a nebezpečí při jízdě. A jak to mám asi jinak udělat?“

(Alexa, 26 let, 6 let praxe)

„Organizace rodinného života je vůbec složitá, když dopředu nevím, kdy mám jakou službu (rozpis směn dostávají participantky vždy dvacátého v měsíci na měsíc následující, pozn. autorky)... Když si něco domluví s kamarádkou, tak se na ni těším, jdu si extra před tím lehnout, abych se vyspala, ale stejně neobživnu! Nedokážu se plynule bavit, povídat si, to mně štve a bojím se, že už si se mnou nikdy nic nedomluví!.... Taky už se mi stalo, že jsem po noční při jízdě domů trochu poškodila naše auto, protože jsem nebyla až tak úplně vzhůru.“

(Christine, 49 let, 24 let praxe)

Vážným problémem je pro všechny participantky špatná kvalita spánku, jak během noční směny, tak i po ní. Služební místnost je malá, nevhodně umístěná i nedostatečně vybavená (bez sprchy a toalety). Časté přerušování spánku zvoněním ohlašujícím dalšího pacienta a nutnost být okamžitě plně při vědomí a smysluplně reagovat je pro sestry velkou zátěží. Všechny uvedly, že pociťují neustálé napětí a neklid, který jim nedovolí rychle usnout a dobře spát, takže i když byla směna klidná, necítí se vyspalé. Moment, kdy se rozezní služební telefon a vytrhne je ze spaní, považují za nejhorší.

„Kvalita spánku je hrozně špatná. Kvůli naší místnosti, a pak, ten vnitřní neklid, protože to každou chvíli může vypuknout. To bylo na začátku moc špatný, to jsem usnula nejvýš na deset minut. Ted' je to tak, že sice dokážu spát, ale prostě ne jako doma. Spíš tak dřímám. Obvykle se vyděším, když pak zvoní telefon, a když ho беру, nejsem ještě vůbec vzhůru. Dobře, že nám nejdřív volá vrátný, tak mám dvě minuty čas na probuzení a oblečení.“

(Alexa, 26 let, 6 let praxe)

„Pro mě je ok, když dělám třeba až do dvou v noci a pak můžu spát čtyři hodiny v kuse, to je v pořádku. Nejhorší je tohle neustálý vytrhávání ze spaní, to jsem příští den fakt často agresivní. To je pro mě mučení.“

(Luisa, 37 let, 18 let praxe)

„A v místnosti, tam je hluk, neustále přijíždí sanitka (přesně pod okny služební místnosti zastavují sanitky s pacienty, pozn. autorky), zvonky z vrátnice zvoní dlouho, ráno rachotí nákladáky s prádlem a materiálem, okno nelze nechat otevřený a místnost nemá klimatizaci, v zimě zima, v létě vedro...“

(Luisa, 37 let, 18 let praxe, deníkový záznam)

„Problémy se spánkem, o noční je to úplně jiný spaní, to se nedá srovnávat. Za prvý kvůli tý místnosti a pak máš pořád v hlavě – teď určitě někdo přijde! A jseš pořád ve stand-by. A já chodím vždycky relativně pozdě spát.“

(Brigitte, 47 let, 15 let praxe)

Během nočních služeb je „stejně všechno jinak, a je jedno, co děláš“ (Alexa, 26 let, 6 let praxe). Na ambulanci pracují sestry s jedním, nejvýše dvěma lékaři a často musí vykonávat několik činností současně. Situaci ovlivňují i takové faktory, jako je např. odborná kompetence a profesionální vztahy mezi lékaři nebo technické vybavení a těsné prostory ambulance. Pacienti trpící bolestmi a strachem často vůbec nejsou schopni spolupracovat při ošetření a sestry je musí umět uklidnit a dodat jim odvahy. Také ti pacienti, kteří musí z organizačních důvodů dlouhou dobu na ošetření čekat, jsou mnohdy podráždění a netrpěliví, i s tím si musí sestry nějak poradit. Zdrojem těžkostí je v neposlední řadě i nutnost přebíhat mezi jednotlivými pracovišti, což na sestry klade organizační, koordinační a komunikační nároky. Participantky uváděly, že jsou v důsledku všech těchto skutečností často vystavovány velkému tlaku z mnoha stran a mívají pocit, že přes veškerou vynaloženou snahu jejich práci stejně nikdo neocení.

„Musím říct, že mně práce na ambulanci namáhá, protože musím dělat vícero pracovních úkonů najednou. Např. přijmout nového pacienta a současně asistovat při ošetření toho, který už sedí na ošetřovně, vedle toho vést dokumentaci na počítači, fotit, připravit recepty, potřebný papíry k operaci, odebírat krev do laboratoře, přijmout pacienta na oddělení a zavolat tam a říct jim to, do toho vyřizovat telefony..... A co se pacientů týče, někteří si myslí, že je sestra hromosvod nebo popelnice pro jejich situaci v nemocnici. A přitom, já je chápu, že jim to přeteče, po tom dlouhým čekání, hodiny sedí před ambulancí...“

(Brigitte, 47 let, 15 let praxe)

„Převzala jsem ambulanci s tím, že je třeba ještě udělat na sále incizi (abscesu dolní čelisti v celkové anestezii, pozn. autorky). Zároveň jsem ale měla jednoho už na ambulanci na ošetřovně. Byla jsem naštvaná, protože ta incize měla být ve 20:00 a doktoři nechápou, že já potřebuju čas na předoperační přípravu. Pět minut před osmou jsem musela odejít a nechat je tam samotné i s pacientem a běžet na sál začít chystat na operaci. Tu ale mezitím posunuli, protože na gyndě byl akutní císařský řez, takže se čekalo. Ve 21:10 jsme řízli a

trvalo to do 23:00. A pak uklízíš sál a děláš síta a když přijdeš na ambulanci, tak uklízíš i tam, co jim vypadlo z ruky, to tam nechali ležet.“

(Alexa, 26 let, 6 let praxe)

Zvláštní situace nastává, jestliže je pacient pod vlivem alkoholu, je agresivní nebo není-li možné se s ním dorozumět, protože mluví pouze svou mateřštinou a nikoliv německy nebo anglicky či jinou řečí, kterou sestra nebo lékař ovládají. Participantky otevřeně přiznávaly, že v takových případech mívají strach a trpí pocity ohrožení. Celý ambulanční trakt je sice v noci uzavřen a přístup je možný pouze za použití elektronické karty, tu ovšem vlastní každý zaměstnanec nemocnice. Pacienti musí zvonit na zvonek u dveří ambulance a sestra se s nimi dorozumívá prostřednictvím duplexního telefonu, což jí umožňuje první odhad jejich stavu a celkové situace, na kterou pak může vhodně reagovat. K zvládnutí ožehavých momentů používají participantky různé strategie. Za důležité považují: zachovat klid, chovat se přátelsky a s porozuměním a vyvarovat se konfliktů. V případě fyzického ohrožení mohou přivolat ostrahu objektu nebo se na ambulanci zamknout. K takovým situacím však naštěstí nedochází nijak často a participantky je považují spíše za výjimku než za běžnou součást nočních směn.

„Strach na ambulanci někdy mívám. Já vím, že se tam v podstatě nemůže nikdo dostat, ale jsou to jenom blbý plastový dveře, do těch když jednou někdo pořádně kopne, je uvnitř. No jo, kdyby to bylo dramatický, pořád mám dvoje únikový dveře. A Group 4 (ostraha objektu, pozn. autorky). A ve služební místnosti se vždycky hned zamknu a stáhnou žaluzie..... Když přijdou opilci nebo agresivní pacienti, tak na ně vybalím malou a milou holku (participantka je velmi malé a štíhlé postavy, pozn. autorky), to je většinou hned zkrátí, na malý holky se přece neřve! Blbý je, když je jich víc a jen jeden je zraněnej, to jim pohrozím, že je vyhodím. A když chce pacient odejít bez ošetření, tak ať si klidně jde, já ho rozhodně zdržovat nebudu!“

(Alexa, 26 let, 6 let praxe)

„V momentě, kdy jsem vyšla ze dveří, šel mi pacient už naproti, blábolil a potácel se a lámanou němčinou se mě ptal, kdeže to vlastně jsme. Byl to Polák a nedokázal mi říct, kde bydlí ani jaký má telefonní číslo, takže jsem nemohla založit elektronickou kartu a doktor nemohl dokumentovat. Ošetření pak probíhalo dost ztěžka, doktor byl ve čtyři ráno naštvanej a unavenej a pacient v tom stavu neschopnej spolupracovat, pořád sebou nekontrolovaně

cukal a gestikuloval. A nakonec stál před ambulančním okýnkem, plival krev na všechny strany, německo-polsky řval do telefonu a snažil se zjistit, kde to teda vlastně bydlí! To už mi došla trpělivost a radši jsem ho sama dovedla k taxíku a řekla mu, aby přišel další den na kontrolu, až vystřízliví.“

(Brigitte, 47 let, 15 let praxe, deníkový záznam)

„Už se mi stalo, že jsem se na ambulanci radši zamkla, aby na mě z čekárny nemohl nikdo vzltnout. Snažím se vždycky zachovat klid a nedohadovat se, to stejně nepomůže. A jednou jsem musela volat Group 4. A když je na ambulanci ještě doktor, tak ho nenechám odejít dřív než odejde ten pacient.“

(Christine, 49 let, 24 let praxe)

Christine a Brigitte, které pracují v nočních směnách nejdéle, se zmínily o změnách v souvislosti s věkem a odpracovanými roky. Čím déle v nočních směnách pracují (a také s přibývajícím věkem), tím více pocítují únavu a fyzické i psychické následky noční práce. Nejsou již tak odolné vůči jakékoliv zátěži, mají menší výdrž a větší potřebu odpočinku. Cítí se unavené a opotřebované a mají obavy z budoucnosti, neboť na ně čeká ještě mnoho dalších let práce. Noční směny, které pro jejich mladší kolegyně zatím nepředstavují žádný problém, je vysilují. Na současném pracovišti nemají prakticky žádnou možnost pracovat pouze v denních směnách, to je možné jen ve zvláštních a ojedinělých případech, např. z vážných zdravotních důvodů. V případě Brigitty by to možné bylo, ona sama se tomu však brání. Práce jí odvádí od negativních myšlenek na budoucnost a sociální kontakty na pracovišti určitým způsobem nahrazují rodinu.

„Ty roky člověk cítí! Tělesně toho miň zvládám, protože dřív jsem i po prodělaný noci nemusela jít spát a teď, i když byl klid, tak si před tou další noční musím jít lehnout, jinak to už nezvládám. Taky psychicky nejsem už tak odolná.“

(Brigitte, 47 let, 15 let praxe)

„Já jsem noční typ a s usínáním jsem vždycky měla potíže. Když spím, tak spím, to mi hluk nevadí. Ale dneska si odpočinu, jen když je absolutní klid. Odpočinkové fáze trvají dýl a měly by být ještě delší, po čtyřech nočních tak čtyři až pět dní volno. To tak ale není, máme jen jeden a půl dne a pak zas do práce, to je fakt tuhý. Pracovat musím ještě hodně let. Jsem

prostě ‚groggy‘, utahaná, a je to na mně vidět. Když se na sebe dívám do zrcadla, často si myslím, jestli je to ještě ta Christine, kterou znám, ty oteklý pytle pod očima, oči bez života....“

(Christine, 49 let, 24 let praxe)

Oproti nim nepociťuje Alexa v tomto směru zatím žádné změny a následky a Luisa jen v souvislosti se skutečností, že se s příchodem dětí změnil její osobní a rodinný život, který na ni nyní klade větší nároky.

„Není to pro mě zátěž, psychicky ani fyzicky a je jedno, jaký ty noční jsou.“

(Alexa, 26 let, 6 let praxe)

„Nevšimla jsem si nějakých změn, možná časem, až budu starší, nevím... Ted' je to samozřejmě těžší s dětma, náročnější než před deseti lety, když jsem ještě neměla žádné děti, to je ted' dvojitá zátěž.“

(Luisa, 37 let, 18 let praxe)

7.5. Nejvýznamnější následky nočních směn

Za největší a nejzávažnější problém v souvislosti s nočními směnami označovaly participantky opakovaně časté přerušování spánku, náhlé vytržení ze spaní, které se může dít několikrát za noc. Nazývaly jej „z nuly na stovku“, čímž se snažily vystihnout nutnost schopnosti okamžitě po probuzení reagovat na změnu situace, správně ji odhadnout a začít ihned plnit obvyklé pracovní úkoly.

„Vytržení ze spánku, že mě můžou nevypočitatelně každou chvíli vzbudit, psychicky se cítím pořád v pohotovosti a když vstanu, buší mi srdce a mám puls na dvou stovkách a myslím si – ted' se zhroutím!“

(Luisa, 37 let, 18 let praxe)

„Že nevím, co přijde a proto se nemůžu na nic připravit. A neustálé vytrhávání ze spaní, že musím okamžitě fungovat.“

(Brigitte, 47 let, 15 let praxe)

„To se člověk naučí v mládí, už to není on sám, je lidský stroj, reaguje mechanicky, bez velkého přemýšlení a to může být nebezpečný v tomhle povolání.“

(Christine, 49 let, 24 let praxe)

Velký význam rovněž připisovaly problémům se spánkem, které jednoznačně považují za následek přerušovaného a nekvalitního spánku během noční směny. Po čtvrté (a tedy poslední) noční směně jsou obvykle velmi unavené, večer se ukládají ke spánku brzo a zmiňovaly také skutečnost, že největší únavu pocítují až den následující. Zvláště Brigitte a Christine udávaly potíže s návratem k normálnímu spánkovému rytmu.

„Já nedokážu udržet rytmus. Dřív jsem se dokázala přemoci a po poslední noční jsem nešla spát, tím jsem se dostala do normálního rytmu, to už dneska nejde.“

(Christine, 49 let, 24 let praxe)

„V den, kdy už nemám noční, chodím obvykle brzo spát. Nejvíc unavená ale nejsem po poslední noční, ale ten další den, je to trochu posunutý.“

(Luisa, 37 let, 18 let praxe)

Dalším závažným problémem je pro participantky skutečnost, že se jim po noční směně nedaří „vypnout“ a problémy a konflikty si berou sebou domů, kde o nich pak přemýšlí a snaží se vzpomenout si, zda splnily všechny své povinnosti a na nic nezapomněly. Mají velký smysl pro zodpovědnost a snaží se zvládnout všechny úkoly co možná nejlépe.

„Těžko vypínám, pořád myslím na to, jestli jsem všechno udělala, vyřídila, zapsala, doplnila. Neumím si povolit pocit, že je jedno, když jsem něco nestihla, to prostě nedokážu.“

(Christine, 49 let, 24 let praxe)

Případné konflikty s pacienty nebo lékaři zaměstnávají participantky i ve volném čase, což opět ovlivňuje jejich rodinný i osobní život. Pokud mají participantky pocit, že ošetření pacienta nebylo dostatečné jak po odborné, tak po lidské stránce, pocítují na jedné straně touhu nějak zasáhnout, současně si ale uvědomují, že by jim intervence ve prospěch pacienta následně mohla způsobit problémy a často i otevřený konflikt s ošetřujícím lékařem.

„Mezilidské vztahy, jak reagují doktoři na pacienty. Já jsem mezi frontami a vlastně na straně pacienta a doktor se chová úplně hrozně, nejen lidsky, ale i odborně a já nesmím nic říct!“

(Brigitte, 47 let, 15 let praxe)

Za pozitivní důsledek nočních směn považovaly všechny participantky bez výjimky již zmíněný získaný volný čas ve dnech mezi směnami. Dalším pozitivem nočních směn je kontakt s pacienty na ambulanci, se kterými je na rozdíl od pacientů na operačním sále možno běžně komunikovat. Participantky považují za důležité zachovat si schopnost empatie, soucitu a porozumění pro pacienty.

„Zvýšení citlivosti pro pacienta jako člověka vlivem práce na ambulanci, to na sále nemáme.“

(Christine, 49 let, 24 let praxe)

„Na sále jsou pacienti buď už ospalí po premedikaci nebo v narkóze, takže tam prakticky není žádná možnost komunikace. Na ambulanci je to jinak, když vidím, jak jsou vděční za pomoc, mám z toho dobrý pocit.“

(Brigitte, 47 let, 15 let praxe)

Noční směny tedy mají mnohé subjektivně pociťované negativní následky. Přesto je však participantky považují za lepší než směny denní, během nichž je větší shon, hluk a neklid.

„Já mám prostě noční radši. Málo lidí v práci, nikdo ti do toho nemluví, co si uděláš, to máš. Líbí se mi ten pocit, že to všechno zvládnou, že jsem tak schopná.“

(Brigitte, 47 let, 15 let praxe)

Během noční směny se participantky cítí samostatnější, mohou uplatnit větší míru rozhodování a komunikace probíhá v rámci menšího pracovního týmu. Jejich sebevědomí se zvyšuje v důsledku vědomí, že provoz a organizaci obou pracovišť dobře zvládají, což je v souladu s tím, co uvádí Zapf (1991, s. 236), tedy že sebevědomí jedince závisí mimo jiné také na tom, v jaké míře mu práce nabízí možnost seberealizace a sociálního uznání. Také Hnilica (2005, s.409-413) došel k závěru, že největší spokojenost pociťují ti pracovníci, jejichž práce je autonomní a nerutinní.

Speciální atmosféru noční směny velmi dobře nastínila Luisa.

„V noci všichni táhnou za jeden provaz. Sice se o něj dost často pohádají, ale nakonec se domluví a pak si plácají po ramenou, jak se to zase jednou dobře zvládlo!“

(Luisa, 37 let, 18 let praxe)

Pokud to momentální situace dovolí, setkává se často celý tým ve služební místnosti při společném jídle, což přispívá k rozvíjení a zlepšování mezilidských vztahů a komunikace na pracovišti:

„A když je zrovna klid, tak se objedná něco k jídlu a jíme všichni společně a povídáme o všem možným, i o privátních věcech, ne jen o pacientech a práci. V noci je to podle mě tak nějak klidnější a přátelštější, i když je často stres a zmatek.“

(Alexa, 26 let, 6 let praxe)

7.6. Způsoby vyrovnávání se s následky nočních směn

S uvedenými následky nočních směn se participantky vyrovnávají různými způsoby. Nejčastěji uváděly rozhovory s kolegyněmi, rodinnými příslušníky nebo přáteli, které jim pomáhají zážitky zpracovat, zařadit, získat od nich odstup a uklidnit se. Zvláště možnost „vypovídat se“ během ranního předávání služby považují za velmi dobrou příležitost k opětovnému obnovení rovnováhy a uzavření pracovní oblasti.

„Řeknu všechno ráno při předávání služby, ale musím to ještě jednou vypustit doma, protože oni to vidí jinak. Nebo zavolám kamarádkám, který pracují na jiných odděleních a ty se na to taky dívají z jiného úhlu, takže mám tři rozdílné pohledy. A tím je to vyřízený a uzavřený.“

(Alexa, 26 let, 6 let praxe)

„Když o tom mluvím ráno s kolegyněmi u předávání, to mi pomáhá ty záležitosti líp zpracovat. Už jen to, že o tom můžu mluvit a že mi naslouchají.“

(Brigitte, 47 let, 15 let praxe)

Funkční partnerský vztah, podpora rodiny a dobré sociální kontakty jsou pro participantky velmi důležité. Pomáhají jim takové aktivity, jako je sport, výlety do hor, sauna, plavání nebo ruční práce. Zvláště fyzická aktivita, která je na jedné straně stojí mnoho sil a energie, jim současně pomáhá načerpat energii novou, v jiném prostředí a vlastním světě, který nemá s nemocnicí a profesí naprosto nic společného. Aktivní odpočinek nebo pohybová rekreace jsou podle Hoška (2013, s.1) možnými způsoby, kterými se člověk může dostat do osobní pohody. Opět se zde ukazuje význam získaného volného času ve dnech mezi směnami, který lze v rámci možností takto využít. Participantky mají často přátele a známé, kteří také pracují ve směnném provozu, takže organizace společně stráveného času je o to jednodušší.

„Najdu si něco, co mě uklidní, jdu plavat nebo do sauny, to mi totálně pomáhá. Nebo hledám tichá a klidná místa, potřebuju samotu. A moc mi pomáhá kontakt s dětmi, jejich způsob, jak se dívají na věci, že nejsou negativně ovlivněny. Děti mám prostě ráda.“

(Brigitte, 47 let, 15 let praxe)

„Odpočinek po práci a dobití baterií – prostřednictvím kreativní práce, např. šití, pletení nebo vyrábění něčeho, pak hudba, zpívání ve sboru.“

(Brigitte, 47 let, 15 let praxe, deníkový záznam)

„Práce na zahradě – sekat trávník, plít záhony, hrabat listí – to všechno je námaha, ale mě to uklidňuje.“

(Christine, 49 let, 24 let praxe, deníkový záznam)

„Sportuju, běhám nebo jdu do hor. Mám hodně kamarádek, který jsou taky zdravotní sestry, takže se můžem podle služeb domlout a chodit spolu.“

(Luisa, 37 let, 18 let praxe)

Možnost využití profesionální pomoci uvedla jako jediná Christine, která se rovněž zabývá meditačními technikami.

„Šla jsem na MCB⁹ a tam mi pomohli naučit se, že nemusím zvládnout úplně všechno. A meditace doma, mám k tomu dvě CD, když vidím, že jsem fakt mimo, už jen podrážděná a

⁹ MCB – Coaching a poradenská služba pro zaměstnance kliniky jak pro pracovní, tak pro osobní záležitosti

vysílená, tak si je pustím. To mě uklidňuje. Opravdu mi pomáhá, když je ve vztahu všechno v pořádku. Mám stabilního partnera, ten si všimne, když se mi nevede dobře a pak spolu spontánně něco podnikneme a mně je hned líp.“

(Christine, 49 let, 24 let praxe)

7.7. Profesionální plány do budoucna

Participantky plánují a přemýšlí o své profesní budoucnosti v závislosti na věku, vlastním zdravotním stavu a životní fázi, ve které se právě nacházejí.

Luisa je se svou momentální situací velmi spokojená a doufá, že vše zůstane stejné alespoň do doby než budou děti starší a samostatnější.

„Líbí se mi to zrovna tak, jak to teď je. Až budou děti větší, tak 14 až 15 let, tak asi budu dělat na víc než na půl úvazku, jinak by to byla totální nuda.“

(Luisa, 37 let, 18 let praxe)

Alexa je s prací na oddělení rovněž spokojená, současně má však pocit, že nadešla chvíle, kdy je třeba učinit zásadní rozhodnutí o tom, jakým směrem se bude ubírat její budoucnost.

„Zrovna trochu bojuju. Ráda bych se nějak pohnula dál ve své profesi, třeba převzít oddělení (ve funkci staniční sestry, pozn. autorky). Na druhou stranu chci taky rodinu a podle toho, jak se to vyvine, bych se ale na prvním místě rozhodla pro rodinu, pro děti. Ale na oddělení jsem šťastná.“

(Alexa, 26 let, 6 let praxe)

Christine neplánuje žádnou změnu ohledně pracoviště, doufá naopak, že na nynějším zůstane až do důchodu. Změny obecně nemá příliš ráda a nepovažuje se za typ člověka, který rád zkouší vše nové a neznámé. Ráda by však absolvovala kurzy, které by jí umožnily další rozvoj v rámci povolání perioperační sestry.

„Status quo zůstane. Já jsem hroznej pecivál, myslím, že tu zůstanu až do penze. Všechny tu znám a oni znají mě, znám práci, to je velká výhoda. Kam bych jinam šla? Na lůžkový nikdy! Na jiný sály? Příští rok mi bude padesát, to si teda neudělám, abych musela začínat

zase od začátku! Kdybych musela odejít, tak jedině na ambulanci s denníma směnami.... Zajímalo by mě něco jinýho, ale nevím co, musím se na to teprv podívat. Třeba hygiena, být hygieničkou na sále, dělat nějaký kurzy, abych se trochu víc vzdělala v rámci mého povolání.“

(Christine, 49 let, 24 let praxe)

V souvislosti s vlastním zdravotním stavem a nespokojeností s vývojem zdravotnictví obecně se Brigitte nedomnívá, že bude povolání perioperační sestry vykonávat i nadále, přestože si ho velmi cení. Má již zcela konkrétní představu o tom, co by v budoucnosti chtěla dělat i jak toho dosáhnout. Její plány však ovlivňují mnohé obavy, jak z fyzických problémů, tak z finančních nároků plánované změny.

„Nemyslím si, že to budu dělat až do penze. Podle mého názoru se vývoj a kvalita péče ve zdravotnictví zhoršuje. Chci dělat něco kreativního, kde se budu cítit dobře, kde se nějak vyvinu dál. Chci být arteterapeutkou. Letos začíná nový kurz, po dvou semestrech jsem hotová a po třech letech praxe dostanu další diplom a můžu pak pracovat všude i osamostatnit se. Je to ale hrozně drahý, 3 000 eur za semestr bez knih a musím i chodit k psychologovi, to není jen tak. A nevím, jestli to vedle práce zvládnou, když se mi fyzicky nebude dařit dobře. Ale chci to zkusit.“

(Brigitte, 47 let, 15 let praxe)

8. Diskuse a závěr

V rámci bakalářské práce byly provedeny rozhovory s perioperačními sestrami pracujícími v nočních směnách.

Z rozhovorů vyplývá, že všechny participantky si zvolily svou profesi samy podle vlastního uvážení. Jejich rozhodnutí přitom nijak neovlivnila skutečnost, že se jedná o povolání s nepravidelnou pracovní dobou a směnným provozem včetně nočních směn.

Bylo zjištěno, že největší uspokojení a potvrzení vlastních kvalit získaly participantky v důsledku úspěšného zvládnutí neobvyklých a náročných situací, v nichž musely prokázat flexibilitu, odbornou způsobilost a pevné nervy. Motivaci k další práci čerpaly jednak z dobrých mezilidských vztahů na pracovišti, jednak z uznání a pochvaly za dobře odvedenou

práci jak u operačního stolu, tak na ambulanci při ošetření akutních pacientů během noční směny.

Negativní pocity plynoucí z pocitu nedostatečné vyčerpání, konfliktů na pracovišti a těžkostí a problémů v nočních směnách jejich pracovní motivaci naopak snižovaly. Spokojenost jedince s prací podstatně závisí na tom, do jaké míry se mu podaří do ní vnést vlastní ideje, přičemž jeho představy o dobré práci jsou každodenní pracovní realitě velmi vzdáleny. Tento rozpor je zátěží v několika směrech: pracovník má pocit, že musí odvést práci způsobem, který byl určen vnějšími okolnostmi (tedy nikoliv podle vlastních kritérií, takže vlastně špatně), nemá možnost tento stav nějak změnit a má sklon považovat nedosažení ideálu za vlastní chybu (Kathan, 1991, s.77).

Zklamání v důsledku chybějícího nebo nedostatečného ocenění snahy o zlepšení a urychlení nejrůznějších pracovních postupů vedlo participantky mnohdy k rozhodnutí již raději v budoucnu iniciativu neprojevat, distancovat se a soustředit se pouze na vlastní výkon práce. Podle Kathana (1991, s.71) dochází k této „*vnitřní výpovědi*“, při níž pracovník vykazuje tendenci vykonávat práci bez zvláštního nasazení a se zvyšujícím se nezájmem o pracovní prostředí, v důsledku nepochopení a kritiky ze strany nadřízených.

Za podstatné faktory v souvislosti s kvalitou života označily participantky v první řadě dobré zdraví, funkční partnerský vztah, dobré rodinné vztahy, možnost strávit se členy rodiny dostatek času a práci přinášející naplnění a uspokojení. Dobré finanční zázemí a kvalitu bytových poměrů jmenovaly až na dalších místech jejich individuální stupnice hodnot. Uvedené faktory se v podstatě shodují s indikátory šťastného života, které vyplývají z Babinčákovy studie (2004, In: Džuka, 2004, s. 161-166).

Nejpozitivnějším důsledkem nočních směn byl pro participantky volný čas ve dnech mezi nočními směnami, který mohou využít podle svého uvážení a osobních preferencí a který zejména v souvislosti s výchovou dětí získává ještě větší význam, neboť dovoluje zaměstnaným matkám trávit s dětmi více času a věnovat se jim s náležitou péčí. Tento volný čas ale současně přináší i problémy v důsledku únavy i pocitů osamělosti a vyřazení z běžného rytmu denního života ostatních lidí. Rovněž organizace rodinného života a sociálních kontaktů není jednoduchá. Tuto skutečnost - více volného času, který však není možno plně využít - pociťovaly všechny participantky jako rozpor.

Mezi pozitivní důsledky nočních směn řadily participantky dále možnost kontaktu a komunikace s pacienty na ambulanci (k čemuž na operačním sále nemají příležitost), což jim pomáhá udržet si citlivý přístup k pacientům a zaujetí pro individuální lidské osudy. Byly si vědomy možných problémů a komplikací, které mohou nastat, jestliže jsou pacienti agresivní

nebo pod vlivem alkoholu. Domnívaly se však, že jsou na takové situace připravené a protože k nim nedochází nijak často, nepovažovaly je za obzvláštní riziko.

Nejzávažnějším negativním důsledkem nočních směn byly pro participantky problémy se spánkem, především náhlé a neustálé vytrhování ze spánku a špatná kvalita spánku během noční směny v důsledku pocitu neustálé pohotovosti a připravenosti k okamžitému výkonu. Rovněž návrat k normálnímu spánkovému rytmu po skončení cyklu nočních směn pro ně není jednoduchý a vyžaduje delší časový úsek. Toto zjištění se shoduje s výsledky výzkumu životosprávy perioperačních sester, kdy až tři čtvrtiny sester udávaly potíže se spánkem související s typem směnového režimu (Šanderová, 2004, In: Sestra, 2005, s.61-63).

Rodinný i osobní život ovlivňuje neschopnost participantek po směně „vypnout“, tedy odejít z práce s „čistou hlavou“ a nezabývat se ve volném čase problémy souvisejícími s prací a průběhem noční služby, během níž se musí vypořádat s mnohými organizačními a komunikačními těžkostmi vyplývajícími z nutnosti zvládat provoz dvou jinak samostatných pracovišť najednou. Tato skutečnost koresponduje s jednou z možných forem vztahu mezi prací a osobní pohodou, jak ji uvádí Zapf (1991, In: Abele, Becker, 1991, s.227-228) - pracovní zátěž může mít na osobní pohodu bezprostřední účinky, a také s efektem Spillover (Edwards a Rothbard, 2000, In: Sonnentag, Fritz, s.671), který se vztahuje na procesy a vzájemné působení práce a oblastí života mimo ni (rodina, volný čas).

Somatoformní poruchy, kterými participantky trpí, se stupňují v závislosti na věku a délce odpracovaného času v nočních směnách, což se shoduje se zjištěním, které uvádí Reiter (2005, s.81-90) - tělesný stav se s rostoucím věkem zhoršuje, stejně jako emocionální odolnost a spánkové deficity po nočních směnách. Zatímco participantky do 40 let neudávaly v tomto směru kromě běžné únavy a zvýšených organizačních nároků na rodinný, partnerský a osobní život žádné zvláštní potíže, participantky nad 40 let uváděly především větší únavu a opotřebovanost organismu, které jednoznačně považují za důsledek pracovní zátěže především v nočních směnách. Žádná z participantek však nezmiňovala taková onemocnění, jako např. poruchy trávicího traktu, nadváhu nebo zvýšený krevní tlak (srv. Knutsson, 2003, Drake, 2004, In: Angerer, Petru, 2010, s. 92-93; Buxton, 2012; Knutsson, Kempe, 2014, In: Schmal, 2015, s.34).

S následky nočních směn se participantky vyrovnávaly různým způsobem. Rozhovory s blízkými osobami nebo pracovními kolegy jim pomáhají zpracovat a zařadit zážitky i události z nočních směn, což přispívá k uklidnění a zlepšení jejich nálady, přičemž rozhovory s kolegy slouží především ke snížení momentálního napětí a ujištění se o správnosti vlastního chování v krizové situaci dalšími osobami (Kathan, 1991, s.38). Oproti tomu nepovažují

Schwarzer a Lepin (1991, In: Abele, Becker, s. 180) rozhovory s blízkými osobami a jejich podporu ve formě rozptýlení a pobavení za adekvátní formu pomoci v souvislosti s pracovními problémy.

Dalšími možnostmi, jak potlačit negativní následky noční práce, jsou sport, kreativní aktivity a sociální kontakty. Pouze jedna z participantek zmínila využití profesionální pomoci prostřednictvím poradenské služby nabízené zaměstnavatelem, stejně jako provádění meditace.

V průběhu dosavadní pracovní kariéry nacházely participantky momenty změn a zvrátů, které je přivedly k rekapitulaci a zhodnocení vlastní pozice v současné životní situaci i přemýšlení o budoucnosti a směru, jakým se má ubírat. Tři z participantek jsou se svou momentální pracovní situací spokojeny. Alexa sice uvažuje o případné změně, ovšem pouze s ohledem na osobní plány týkající se založení rodiny. Jediná Brigitte má v úmyslu povolání skutečně změnit, a to v důsledku svého nepřilíš dobrého zdravotního stavu, který jí dělá stále větší problémy, a nespokojenosti s vývojem zdravotnictví obecně.

Noční práci nepovažovala však žádná z participantek za natolik problematickou a vyčerpávající, aby byla důvodem ke změně pracovního místa nebo dokonce povolání.

Lze tedy říci, že práce v nočních směnách má bezesporu mnoho negativních následků na kvalitu života, avšak současně také určité výhody: samostatná práce s vyšší mírou autonomie a rozhodování, která přináší uspokojení a je zdrojem a prostředkem ke zvyšování sebeúcty a sebevědomí, více volného času pro rodinu a přátele i pro sebe, možnost kontaktu a komunikace s pacienty na ambulanci, práce v klidnějším prostředí v rámci malého týmu kolegů a příležitost k rozvíjení mezilidských vztahů na pracovišti. Všechny tyto výhody mají v subjektivním hodnocení jedince natolik silnou pozici, že negativní důsledky vyváží a do jisté míry dokonce převáží.

9. Limity výzkumu

V kvalitativním výzkumu je velmi důležité sebraná data po celou dobu výzkumu neustále analyzovat a kontrolovat, stejně jako volbu výzkumné strategie a výzkumných otázek, vymezit si na výzkum dostatek času a dát účastníkům studie možnost vyjádřit se k výsledné teorii.

Při zajišťování validity mého výzkumu jsem zaměřila pozornost především ke třem kategoriím nebezpečí (Lincoln, Guba, 1985, In: Hendl, 2005, s.148), kterými jsou reaktivita,

zkreslení ze strany výzkumníka a zkreslení ze strany účastníka. Přítomnost výzkumníka může proces sběru dat ovlivnit, stejně jako jeho subjektivní pocity, předsudky a názory. Právě skutečnost, že jsem s výzkumným prostředím i participantkami dobře obeznámena, v sobě podle mého názoru skrývá značné nebezpečí zkreslení jak z mé strany, tak i ze strany participantek. Proto jsem se neustále snažila o udržení nadhledu a zachování neutrality. Za další omezení výzkumu považuji také to, že mi provedení studie bylo zaměstnavatelem povoleno pouze pod podmínkou, že mu o ní podám závěrečnou zprávu. V této souvislosti jsem si kladla otázku, zda by uvedení výsledků studie v této zprávě mohlo mít pro mě nebo pro participantky nějaké důsledky? A pokud ano, jaké? Jestliže kupříkladu zaměstnavatel usoudí, že zjištěné následky noční práce jsou příliš závažné, mohl by z toho vyvodit následná opatření, např. v podobě omezení počtu nočních směn v rámci jednoho cyklu nebo celého měsíce. Bylo by to pak participantkám vhod? Před začátkem výzkumu jsem participantky na tyto eventuální následky upozorňovala a velmi si cením skutečnosti, že se přesto čtyři z nich rozhodly studie se zúčastnit.

Jisté riziko sebou nese i skutečnost, že jsem rozhovory sama překládala, proto, jak jsem již uvedla, jsem při překladu postupovala s maximální možnou pečlivostí.

Lincoln a Guba (1985, In: Hendl, 2005, s.338) rovněž stanovili kritéria hodnocení validity: důvěryhodnost, přenositelnost, hodnověrnost a potvrditelnost. Z výše uvedených důvodů jsem se nesetkala s těžkostmi při plnění kritéria důvěryhodnosti, tedy při získávání důvěry participantek nebo s problémy plynoucími z nedostatku času. Přenositelnost znamená, že můj výzkum poskytne taková fakta a závěry, které bude jiný výzkumník moci zobecnit (podle svého uvážení) a využít pro nový podobný případ. Pravděpodobnost splnění tohoto kritéria je však v mém výzkumu vzhledem k charakteru nočních směn a malému počtu participantek velmi nízká. Hodnověrnost a potvrditelnost se v kvalitativním výzkumu zajišťuje prostřednictvím revize výzkumné zprávy, kterou provádí přizvaný expert, v tomto případě vedoucí mé bakalářské práce:

Při provádění výzkumu jsem respektovala a dodržovala veškeré důležité etické zásady výzkumu (Hendl, 2005, s.155-156). Všechny participantky jsem nejprve informovala o tématu a cílech výzkumu, způsobu sbírání a zpracování dat a jejich archivaci, a také o skutečnosti, že mohou svou účast na výzkumu bez udání důvodu kdykoli ukončit. Opakovaně jsem zdůrazňovala zachování anonymity (prostřednictvím změny jmen) a důvěrnosti dat, se kterými budu pracovat pouze já, abych předešla možným obavám participantek, vyvolaných již zmíněným faktem, že jsme součástí stejného pracovního týmu. Informovala jsem je o podmínce zaměstnavatele, kterému musím po skončení výzkumu podat závěrečnou

písemnou zprávu a ujistila je, že je s obsahem této zprávy seznámím, aby se k němu mohly kriticky vyjádřit. Všechny participantky pak podepsaly informovaný souhlas obsahující tyto důležité informace včetně poznámky, že není možno vždy předvídat všechny události. V průběhu celého výzkumu jsem dodržovala princip neublížení, jak psychického tak samozřejmě i fyzického, a s participantkami jsem jednala ohleduplně a s respektem.

10. Literatura

ABELE, A., BECKER, P. (Hrsg.), *Wohlbefinden: Theorie, Empirie, Diagnostik*, Weinheim und München, Juventa, 1991.

ALLGEMEINE GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGE, Gu Kg § 54, dostupné:

https://www.azw.ac.at/page.cfm?vpath=pflegeausbildungen/allgemeine_gesundheits_und_krankenpflege

ANGERER, P., PETRU, R., *Schichtarbeit in der modernen Industriegesellschaft und gesundheitliche Folgen*, Somnologie, München, Springer, 2010.

BABINČÁK, P., *Indikátory kvality života. „Čo považujete za šťastný život?“*, In: DŽUKA, J., *Psychologické dimenzie kvality života*, Prešovská univerzita, Prešov, 2004.

BALCAR, K., *Realita svědomí: psychologická nebo existenciální?*, In: PAYNE, J.a kol., *Kvalita života a zdraví*, Praha, Triton, 2005.

BASALES UND MITTLERES PFLEGEMANAGEMENT, dostupné:

https://www.azw.ac.at/page.cfm?vpath=pflegeausbildungen/weiterbildungen/basales_und_mittleres_pflegemanagement

BECKER, P., *Theoretische Grundlagen*, In: ABELE, A., BECKER, P., *Wohlbefinden: Theorie, Empirie, Diagnostik*, Weinheim und München, Juventa, 1991.

BLAHOVÁ, M., *Vliv noční práce na kvalitu života*, České Budějovice, Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2013, dostupné:

http://theses.cz/id/vkptvy/bakalarska_prace_-_Blahov.pdf

BLATNÝ, M., DOSEDLOVÁ, J., ŠOLCOVÁ, I., KEBZA, V., *Psychosociální souvislosti osobní pohody*, Brno, Masarykova univerzita & Nakladatelství MSD, 2005.

BORZOVÁ, C., *Nespavost a jiné poruchy spánku*, Praha, Grada, 2009.

COREN, S., *Die unausgeschlafene Gesellschaft*, Reinbeck bei Hamburg, Rowolth, 1999.

ČERMÁK, I., HILES, D., CHRZ, V., *Narativně orientovaný výzkum: interpretační perspektivy*, In: ŘEHAN, V., ŠUCHA, M., (Ed.), *Sborník z konference Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku VI*, Psychologica 37, Univerzita Palackého, Olomouc, 2007.

DANN, H. D., *Subjektive Theorien zum Wohlbefinden*, In: ABELE, A., BECKER, P. (Hrsg.), *Wohlbefinden: Theorie, Empirie, Diagnostik*, Weinheim und München, Juventa, 1991.

DŽUKA, J., *Kvalita života a subjektívna pohoda – teórie a modely, podobnosť a rozdiely*, Prešovská univerzita, Prešov, 2004.

DŽUKA, J., *Psychologické dimenzie kvality života*, Prešovská univerzita, Prešov, 2004.

ERNST, F. M., „What happens during the doctor's night-shift?“, Auswirkungen von Nachtdienst bedingten Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus bei Spitalsärzten/innen auf das kardiovaskuläre System, Konzentration und die Befindlichkeit, Wissenschaftliche Arbeit zur Erlangung des Akademischen Grades „Doktor der gesamten Heilkunde“, Medizinische Universität Innsbruck, 2006.

FERJENČÍK, J., Úvod do metodologie psychologického výzkumu, Praha, Portál, 2008.

FRIELING, E., SONNTAG, K., Lehrbuch Arbeitspsychologie, Göttingen, Huber, 1999.

HENDL, J., Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace, Praha, Portál, 2005.

HERDEN, B., Operationen 2013, 2014, 2015, Innsbruck, 2016, interní zdroj Univerzity kliniky Innsbruck.

HEŘMANOVÁ, E., Kvalita života a její modely v současném sociálním výzkumu, Sociológia 44, č. 4, 2012.

HOŠEK, V., Wellness, well-being a pohybová aktivita, Acta Salus Vitae, Vol 1, No 1, 2013, dostupné: <http://actasalusvitae.palestra.cz/index.php/actasalusvitae/article/view/11/9>

HNILICA, K., Vliv pracovního stresu a životních událostí na spokojenost se životem, In: PAYNE, J.a kol., Kvalita života a zdraví, Praha, Triton, 2005.

HNILICA, K., Povolání a kvalita života, In: PAYNE, J.a kol., Kvalita života a zdraví, Praha, Triton, 2005.

KASSIN, S., Psychologie, Brno, CPres, 2012.

KATHAN, B., „Mein sozialer Tic ist geheilt“, Innsbruck, Innsbrucker Institut für Alltagsforschung und Forschungsdesign, 1991.

KLEINBECK, U., SCHMIDT, K. H., (Hrsg), Arbeitspsychologie, Band 1, Göttingen, Hogrefe Verlag, 2010.

KLICPEROVÁ, J., Profesionální zátěž sálových sester – instrumentárek na operačních sálech, Praha, Karlova univerzita, Lékařská fakulta v Hradci Králové, 2009, dostupné: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/71947/>

KOVÁČ, D., Kvalita života – naliehavá výzva pre vedu nového storočia, Československá psychologie, č. 45, 2001.

KOVÁČ, D., Kultivace integrované osobnosti, Psychologie Dnes, č. 2, 2004.

KNAUTH, P., HORNBERGER, S., Schichtarbeit und Nachtarbeit, München, Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit, 1997.

KRAKOLINIG, H., Salutogenese im Op, Sinnvolles Model oder ein nicht umsetzbares Mythos?, Klagenfurt, KABEG Bildungszentrum, Sonderausbildung in der Pflege im Operationsbereich, 2009, dostupné:

http://www.kabeg.at/fileadmin/user_upload/kabegmanagement/Bildungszentrum/Abschlussarbeiten/sonderausbildung_op_2010_krakolinig_harald.pdf

KŘÍŽOVÁ, E., Sociologické podmínky kvality života, In: PAYNE, J. a kol., Kvalita života a zdraví, Praha, Triton, 2005.

KŘÍŽOVÁ, P., Vliv chronotypu na kvalitu spánku a náladu u jedinců pracujících ve směnném provozu, Brno, Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, 2006, dostupné: https://is.muni.cz/th/102733/fss_b/Bakalarska_prace.pdf

LUKÁŠ, K., ŽÁK, A. a kol., Chorobné znaky a příznaky, Diferenciální diagnostika, Praha, Grada, 2015.

MAYRING, P., Die Erfassung subjektiven Wohlbefindens, In: ABELE, A., BECKER, P. (Hrsg.), Wohlbefinden: Theorie, Empirie, Diagnostik, Weinheim und München, Juventa, 1991.

MÜLLER, U., Auswirkungen der Nachtarbeit von Krankenschwestern auf die Fahrtüchtigkeit im Strassenverkehr, Diplomarbeit zur Erlangung des Akademischen Grades „Mag. rer. nat.“ an der Naturwissenschaftlichen Fakultät der Leopold-Franzen-Universität Innsbruck, 2005.

PAYNE, J. a kol., Kvalita života a zdraví, Praha, Triton, 2005.

PFLEGEEXPERTE/IN IN DER OP – PFLEGE, Gu Kg § 17, dostupné:

https://www.fhg-tirol.ac.at/page.cfm?vpath=akademische_lehrgaenge/op-pflege

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011026>

PROCHÁZKA, J., VACULÍK, M., SOUČKOVÁ, M., LEUGNEROVÁ, M. (Eds.), Encyklopedie psychologie práce, Brno, Masarykova univerzita, 2015.

REITER, E. M., Psychologische Analyse familiärer Belastungen von Schichtarbeiter/Innen im Krankenpflegefachdienst, Diplomarbeit zur Erlangung des akademischen Grades der Magistra rer. nat., Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaften der Leopold-Franzens-Universität Innsbruck, 2005.

RICHTER, G., Arbeitswissenschaftliche Erkenntnisse Nr. 116, Psychische Belastung und Beanspruchung, Dortmund, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2000.

ROUBALOVÁ, V., ŽÍDKOVÁ, Z., Pracovní podmínky a stres, Sestra, 5/2005.

SCHICHTARBEIT, Sozialministerium, Arbeitsinspektion, dostupné:

http://www.arbeitsinspektion.gv.at/inspektorat/Arbeitszeit_Arbeitsruhe/Schichtarbeit/

SCHMAL, J., Ausgeschlafen? – Gesund bleiben im Schichtdienst für Gesundheitsberufe, Berlin Heidelberg, Springer-Verlag, 2015.

SCHWENG, Ch., Arbeitszeit: Die europäische Einigung und die Folgen für Österreich, 2008, dostupné: <http://wko.at/sp/SPIKI/12-06-08.htm>

SONNENTAG, S., FRITZ, CH., Arbeit und Privatleben aus der Sicht der Arbeitspsychologie, In: Arbeitspsychologie, Band 1, Göttingen, Hogrefe Verlag 2010.

STROEBE, W., STROEBE, M., Partnerschaft, Familie und Wohlbefinden, In: ABELE, A., BECKER, P. (Hrsg.), Wohlbefinden: Theorie, Empirie, Diagnostik, Weinheim und München, Juventa, 1991.

SZYMANSKI, E. E., BINDER, H., Schichtarbeit – arbeitsrechtliche Grundlagen, Wiener Forum Arbeitsmedizin, 2012, dostupné: <http://www.gamed.at/index.php?id=97>

ŠANDEROVÁ, J., Životospráva sester na operačních sálech, Sestra, 5/2005.

ŠOLCOVÁ, I., KEBZA, V., Kvalita života v psychologii: Osobní pohoda (well-being), její determinanty a prediktory, In: Kvalita života, Sborník příspěvků z konference, konané dne 25. 10. 2004 v Třeboni, IZPE, Kostelec nad Černými lesy, 2004.

ÜBEREINKOMMEN ZWISCHEN DER TILAK GmbH UND DEM ZENTRALBETRIEBSRAT, Innsbruck, 2012, interní zdroj Univerzitní kliniky Innsbruck.

VAŽUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P., Kvalita života: Teoretická a metodologická východiska, Brno, MZK-UK, 2005.

WALDHART, E., Die Geschichte und Entwicklung der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie in Innsbruck, Innsbruck, 2001.

WICHSOVÁ, J., PŘIKRYL, P., POKORNÁ, R., BITTNEROVÁ, Z., Sestra a perioperační péče, Praha, Grada, 2013.

ZACHAROVÁ, E., Agresivní pacient v klinické praxi zdravotníků, Sestra 12/2008.

ZÁLIŠ, L., Strukturální modely pracovního stresu, In: PROCHÁZKA, J., VACULÍK, M., SOUČKOVÁ, M., LEUGNEROVÁ, M. (Eds.), Encyklopedie psychologie práce, Brno, Masarykova univerzita, 2015.

ZAPF, D., Arbeit und Wohlbefinden, In: ABELE, A., BECKER, P. (Hrsg.), Wohlbefinden: Theorie, Empirie, Diagnostik, Weinheim und München, Juventa, 1991.

ZULLEY, J., Schichtarbeit und Schlaf, In: Psychoterapie in Praxis, Stuttgart, Georg Thieme Verlag KG, Vol. 10(02), 2009.

ŽÍDKOVÁ, Z., Životospráva sálových sester, Sestra, 2/2010, dostupné: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/zivotosprava-salovych-sester-449672>

Příloha 1

Historie Ústní, obličejové a čelistní chirurgie v Innsbrucku

Čelistní chirurgie má v Rakousku velkou tradici. Již na začátku 20. století zjistil významný vídeňský chirurg Anton Freiherr von Eiselsberg, že k operativním zákrokům v oblasti obličeje a čelistí jsou důležité znalosti nejen ze všeobecné chirurgie, ale i z oboru zubního lékařství. Čelistní chirurgie byla po dlouhou dobu součástí oboru zubního lékařství a ještě v 70. letech nebylo považováno za nutné její oddělení a osamostatnění.

Prvním primářem Stomatologického institutu v Innsbrucku byl Prof. Dr. Bernhard Mayrhofer, který se zasloužil o velký rozvoj tehdejší Zubní kliniky, jež měla jako vůbec první v Rakousku vlastní lůžkové oddělení. V dobách první světové války mělo toto oddělení dokonce 90 lůžek, takže bylo v roce 1938 nutno zřídit speciální odloučená oddělení v blízkosti Innsbrucku - v Seefeldu a Schwazu. Nejčastějšími pacienty byli vojáci se střelnými a tříštivými zraněními obličeje, prováděly se však i takové zákroky, jako jsou operace nádorů nebo rozštěpů čelisti i patra. Po válce bylo opět zřízeno malé lůžkové oddělení v rámci Zubní kliniky, které však mělo pouhých 6 lůžek a klinika neměla potřebnou infrastrukturu k provádění velkých maxillofaciálních zákroků (tzn. intenzivní oddělení, laboratoř, radiologické oddělení). Protože tato kapacita zdaleka nestačila, leželi pacienti i na jiných odděleních (např. chirurgickém nebo kožním) a byla dokonce uzavřena smlouva s hostincem „Rössl in der Au“, kam byli pacienti po operacích odváženi sanitkou. Rozsáhlá modernizace a rozvoj čelistní chirurgie pak začala v roce 1968 pod vedením DDr. Mehnerta a teprve v roce 1988 se Prof. Dr. Waldhartovi podařilo prosadit její oddělení od Zubní kliniky a přesídlení do nově postavené budovy, kde se nachází dodnes (Waldhart, 2001, s.25-39).

V současnosti má Klinika ústní, čelistní a obličejové chirurgie 31 lůžek pro dospělé a 3 pro děti, dva operační sály, kde ročně proběhne přes 1000¹⁰ operativních zákroků v celkové narkóze, tzv. malý sál pro zákroky v lokální anestezii (se dvěma stomatologickými křesly) a 8 speciálních ambulancí. Ošetřuje pacienty s těžkými infekcemi obličeje a čelistí, úrazy, nádory, čelistními anomáliemi a onemocněními čelistních kloubů. Úzce spolupracuje s čelistní ortopedií a zubní ambulancí, plastickou chirurgií, otorinolaryngologií či neurochirurgií. Speciální oblastí pracoviště jsou pak operativní zákroky řešící obličejové anomálie u syndromálních (např. Morbus Crouzon, Apert-Syndrom, Morbus Franceschetti) i

¹⁰ V roce 2013 – 1122 operací; v roce 2014 – 1221 operací; v roce 2015 – 1124 operací (Herden, 2016)

nesyndromálních kraniosynostóz (předčasného srůstu lebečních švů v prvních měsících po narození).

Pod vedením Prof. DDr. M. Rasseho zde pracuje 10 vrchních lékařů a 11 asistentů.

Příloha 2

Polostrukturovaný rozhovor

1. Výběr povolání

- Kdybys mi měla vyprávět příběh o sobě jako zdravotní sestře, jak by ten příběh začínal? Jak ses pak stala perioperační sestrou, co tě k tomu vedlo?
- Kdy ses cítila na vrcholu jako perioperační sestra? Kdy jsi prožívala příjemné pocity v souvislosti s prací – kdy to bylo? Co se stalo? Kdo u toho byl?
- Změnila tato pozitivní zkušenost to, jaká jsi teď sestra nebo jak se díváš na svou práci?
- Kdybys v tvém příběhu měla najít nějaký propad, kdy jsi se cítila nejhůř v souvislosti s prací, kdy jsi zažívala nepříjemné pocity – kdy to bylo? Co se stalo?
- Změnila tato negativní zkušenost to, jaká jsi teď sestra nebo jak se díváš na svou práci?
- Má tvůj příběh nějaké body obratu? Našla bys nějakou změnu, kdy se věci staly jinými? Co by to mohlo být?

- Jak dlouho již toto povolání vykonáváš?

- Pracovala jsi jako perioperační sestra také někde jinde – kde a jak dlouho?

- Jaký význam mají pro tebe zkušenosti získané na jiných pracovištích?

2. Kvalita života v souvislosti s prací

- Když se řekne kvalita života – co to podle tebe je? Co se ti vybaví jako první? Co ještě?
- Z hlediska práce – co podle tebe přispívá k vyšší a nižší kvalitě života? Co ještě a jak? Uvedla bys nějaký příklad?
- Z hlediska nočních směn – jak působí na kvalitu života?
Jak ovlivňují tvoje fyzické a psychické zdraví, osobnost – pozitivně i negativně?
- Jak je to s rodinným životem – pozitivně a negativně?
- Jak je to se sociálním životem - pozitivně a negativně?
- Pozoruješ nějaké změny v souvislosti s časem? Jaké a v čem – pozitivně i negativně?

3. Noční směny

- Jak hodnotíš noční směny? Jaké problémy jsou podle tvého mínění nejzávažnější?
S čím jsi naopak spokojena?
- Mají pro tebe noční směny nějaké následky – pozitivní i negativní? Jaké jsou pro tebe nejzávažnější?
- Co s tím pak děláš? S tím, co si neseš z noční služby – pracuješ s tím vůbec nějak?
Proč ano a jakým způsobem? Proč ne?

4. Profesionální plány

- Jaké profesionální plány máš do budoucna?