

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství N5341

**Bc. Monika Formánková**

Studijní obor: Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech (5341T014)

**ÚSKALÍ PRÁCE VŠEOBECNÝCH SESTER NA  
URGENTNÍCH A VYSOKOPRAHOVÝCH PŘÍJMECH**

**Diplomová práce**

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Jiří Frei, Ph.D.

PLZEŇ 2015



## Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 30. 3. 2015

.....

vlastnoruční podpis

## Poděkování

Děkuji PhDr. Mgr. Jiřímu Freiovi, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce, poskytování cenných odborných rad, podnětů a materiálních podkladů. Dále děkuji všem respondentům za vyplnění dotazníků.

## **Anotace**

Příjmení a jméno: Bc. Formánková Monika

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Úskalí práce všeobecných sester na urgentních a vysokoprahových příjmech

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Jiří Frei, Ph.D.

Počet stran – číslované: 80      nečíslované: 32

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 82

Klíčová slova: fyzická zátěž – psychická zátěž – rizika práce – urgentní příjem – všeobecná sestra

Souhrn:

Diplomová práce je zaměřena na problematiku a zhodnocení náročnosti práce všeobecných sester na urgentním a vysokoprahovém příjmu. Teoretická část začíná stručnou charakteristikou urgentní medicíny. Druhá kapitola se zabývá urgentním příjmem, zmiňuje historii, vývoj a jeho strukturu. Součástí této kapitoly je i materiálně technické zabezpečení, které je nezbytné pro poskytování kvalitní specializované péče a nástin stavů, které jsou indikovány k příjmu na urgentní vysokoprahový příjem. Kapitola Profese všeobecné sestry se věnuje osobnosti sestry, konkrétním rolím, které všeobecná sestra zaujímá, ale také všeobecné i specifické náplni práce všeobecné sestry na urgentním příjmu. V teoretické části jsou popsány rizikové a ochranné faktory profese všeobecné sestry a faktory, vyvolávající fyzickou a psychickou zátěž. Věnujeme se také důležitosti správného životního stylu a vhodností realizace supervize na urgentním a vysokoprahovém příjmu.

Praktická část práce mapuje úskalí, která přináší práce všeobecné sestry na urgentním a vysokoprahovém příjmu. Hodnotí materiálně technické zabezpečení urgentních a vysokoprahových příjmů, identifikuje faktory ovlivňující fyzickou a psychickou pohodu práce všeobecných sester pracujících na urgentním a vysokoprahovém příjmu a analyzuje jejich zkušenosti se supervizí. Pro účely práce byl zvolen kvantitativní výzkum pomocí anonymních dotazníků.

## **Annotation**

Surname and name: Bc. Formánková Monika

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: The pitfalls of work of general nurses on emergency department and emergency room

Consultant: PhDr. Mgr. Jiří Frei, Ph.D.

Number of pages – numbered: 80 unnumbered: 32

Number of appendices: 5

Number of literature items used: 82

Keywords: physical stress – psychological stress – risk work – emergency department – general nurse

Summary:

This thesis provides an evaluation of nurses working in the emergency department and emergency rooms. The theoretical part begins with a brief description of emergency medicine. The second chapter deals with the emergency department, its history, evolution and structure. Part of this chapter also focuses on material and technical equipment that is essential for providing quality specialized care. There are a few examples of situations and patients' conditions deemed serious enough for them to be admitted to an emergency room. The chapter 'nurse's profession' is dedicated to a nurse's personality, specific roles and also jobs description in the emergency department. The theoretical part describes the risk and protective factors of the nursing profession and factors causing physical and mental stress. Focus is also placed on the importance of healthy lifestyle choices and the appropriateness of supervision in the emergency department and emergency rooms.

The practical part of the research maps the pitfalls associated with the nursing work in the emergency department and emergency rooms. It evaluates material and technical support within emergency department and emergency rooms, identifies the factors affecting the physical and mental well-being of nurses working in the emergency department and emergency rooms and analyzes their experiences with supervision. The survey for the thesis was conducted by a quantitative research method using anonymous questionnaires.

# OBSAH

ÚVOD.....	10
1 URGENTNÍ MEDICÍNA .....	11
2 URGENTNÍ PŘÍJEM.....	13
2.1 Historie urgentních příjmů v České republice .....	13
2.2 Náplň činností urgentních příjmů .....	14
2.3 Personální zabezpečení urgentních příjmů .....	14
2.4 Struktura urgentních příjmů.....	15
2.4.1 Informační úsek .....	15
2.4.2 Vysokoprahový příjem - Emergency room (ER) .....	16
2.4.3 Nízkoprahový příjem - specializovaná ambulance.....	16
2.4.4 Bezprahový příjem - všeobecná ambulance .....	17
2.4.5 Lůžková část - expektační lůžka.....	17
2.5 Materiálně technické zabezpečení urgentních příjmů.....	17
2.6 Stavby vyžadující péči na urgentních příjmech .....	18
2.7 Systém TISS - 28 .....	19
3 PROFESE VŠEOBECNÉ SESTRY .....	21
3.1 Osobnost všeobecné sestry .....	21
3.2 Role všeobecné sestry .....	22
3.3 Náplň práce všeobecné sestry .....	23
3.4 Všeobecná sestra na urgentním příjmu .....	23
4 RIZIKOVÉ FAKTORY PROFESE VŠEOBECNÉ SESTRY.....	25
4.1 Chemické škodliviny .....	25
4.2 Nákaza infekcí .....	26
4.3 Agresivní pacient .....	27
5 OCHRANNÉ FAKTORY PROFESE VŠEOBECNÉ SESTRY .....	30
6 FYZICKÁ ZÁTĚŽ.....	31
7 PSYCHICKÁ ZÁTĚŽ.....	32
7.1 Únava .....	32
7.2 Stres .....	32
7.2.1 Fáze stresu .....	33
7.2.2 Projevy stresu .....	33
7.2.3 Následky stresu.....	34
7.2.4 Zvládání stresu.....	34

7.2.5	Stresové situace na urgentním příjmu .....	35
7.3	Frustrace.....	36
7.3.1	Frustrační tolerance .....	36
7.3.2	Reakce na frustraci .....	36
7.3.3	Frustrace v práci všeobecné sestry na urgentním příjmu .....	37
7.4	Deprivace .....	37
7.5	Psychická krize .....	38
7.6	Syndrom vyhoření.....	38
7.6.1	Projevy syndromu vyhoření.....	39
7.6.2	Fáze syndromu vyhoření .....	39
7.6.3	Syndrom vyhoření u všeobecných sester .....	40
8	ŽIVOTNÍ STYL.....	41
8.1	Aspekty směnného provozu.....	41
8.2	Výživa.....	42
8.3	Spánek.....	43
8.4	Relaxace, odpočinek .....	44
8.5	Aspekty fyzické aktivity .....	45
9	SUPERVIZE VE ZDRAVOTNICTVÍ .....	47
9.1	Rozdělení supervize .....	47
9.2	Důležitost supervize na urgentním příjmu.....	48
10	FORMULACE PROBLÉMU- CÍLE VÝZKUMU .....	49
11	METODIKA VÝZKUMU .....	50
12	HYPOTÉZY .....	51
13	VZOREK RESPONDENTŮ .....	53
14	PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ .....	54
14.1	Testování hypotézy č. 1 .....	54
14.1.1	Vyhodnocení hypotézy č. 1 .....	56
14.2	Testování hypotézy č. 2 .....	59
14.2.1	Vyhodnocení hypotézy č. 2 .....	60
14.3	Testování hypotézy č. 3 .....	61
14.3.1	Vyhodnocení hypotézy č. 3 .....	63
14.4	Testování hypotézy č. 4 .....	65
14.4.1	Vyhodnocení hypotézy č. 4 .....	70
14.5	Testování hypotézy č. 5 .....	73



14.5.1	Vyhodnocení hypotézy č. 5 .....	78
14.6	Testování hypotézy č. 6 .....	80
14.6.1	Vyhodnocení hypotézy č. 6 .....	82
15	DISKUSE .....	85
	ZÁVĚR.....	88
	POUŽITÉ INFORMAČNÍ ZDROJE .....	90
	SEZNAM TABULEK .....	97
	SEZNAM GRAFŮ .....	99
	SEZNAM ZKRATEK .....	100
	SEZNAM PŘÍLOH .....	102

## ÚVOD

Tato diplomová práce je zaměřena na problematiku zátěžových faktorů, situací, které negativně působí na všeobecné sestry pracujících na urgentním a vysokoprahovém příjmu. Prostředí urgentního a zejména vysokoprahového příjmu je místo, kde se všeobecné sestry ale i celý zdravotnický tým setkává s kritickými stavy pacientů, poskytuje vysoce specializovanou intenzivní a resuscitační péči. Proto je prvním hlavním cílem zhodnocení psychické a fyzické zátěže všeobecných sester. Urgentní a vysokoprahové příjmy jsou místa, kde jsou zdravotničtí pracovníci pod fyzickým i psychickým tlakem, který na ně klade určité nároky, se kterými se musejí vypořádat tak, aby byly schopni pracovat, pomáhat co nejdéle a nejefektivněji. K tomu je ale potřeba, aby byla všeobecná sestra v psychické i fyzické pohodě a netrpěla pracovním přetížením. Všeobecná sestra tak musí rizikové faktory umět identifikovat a vhodně řešit. Stanovili jsme si proto cíl identifikace faktorů ovlivňující psychickou a fyzickou pohodu práce všeobecných sester. Zajímalo nás také, do jaké míry má pracovní zátěž vliv na osobní stav všeobecných sester.

Pro poskytování kvalitní péče je nezbytné dostatečné materiální a technické vybavení. Urgentní a vysokoprahové příjmy musejí disponovat takovým množstvím materiálu, aby byly schopni ošetřit více pacientů najednou. Samozřejmostí je i kvalita používaného materiálu a stejně tak i technika využívaná na těchto oddělení musí být moderní a v bezvadném stavu. Proto nás zajímalo, jaký názor na materiální a technické vybavení mají samy sestry pracující na urgentním či vysokoprahovém příjmu. Stanovili jsme druhý hlavní cíl a to: zhodnocení materiálně technického zabezpečení urgentních a vysokoprahových příjmů z pohledu všeobecných sester.

Práce na urgentním i vysokoprahovém příjmu je bezpochyby náročná, jak po fyzické tak i po psychické stránce. Zdravotnický tým se dostává do výjimečných, někdy i krizových situací. Je často pod vysokým tlakem. Zdravotníci se ocitají i v situacích, kdy si nemusejí být zcela jisti, jak danou problémovou situaci co nejefektivněji vyřešit. V takovýchto situacích je vhodný jiný úhel pohledu, nebo slyšet jiný názor od někoho, kdo není přímo zúčastněn v krizové situaci. Právě to a mnoho jiné nabízí supervize, kterou by mělo každé zdravotnické zařízení podporovat a využívat. Třetí hlavní cíl se vztahuje právě k supervizi a to zmapovat problematiku supervize na urgentních a vysokoprahových příjmech. Zajímá nás, jaký mají všeobecné sestry postoj k supervizi, jaké mají zkušenosti a jak samotnou supervizi hodnotí.

# 1 URGENTNÍ MEDICÍNA

Vlivem neustálého rozšiřování nároků na neodkladnou péči došlo ke vzniku a rozvoji oboru „ Urgentní medicína“. Jde o samostatný specializovaný obor, který však přesahuje do mnoha dalších oborů medicíny. Jeho základními pilíři jsou anesteziologie a resuscitace, chirurgie, vnitřní lékařství, všeobecné lékařství a pediatrie.

Tento obor se věnuje multidisciplinární diagnostice, prvotnímu ošetření a léčbě náhle vzniklých stavů bezprostředně ohrožujících život, stejně jako léčbě dalších akutních onemocnění včetně polytraumat a to zejména v rámci přednemocniční péče. Zabývá se též problematikou záchranných akcí při mnohočetném výskytu postižených, hromadných neštěstích a haváriích. Úzce souvisí i s tzv. medicínou katastrof.

Urgentní medicína poskytuje rychlou a kvalifikovanou lékařskou první pomoc. Je zajišťována nejčastěji zdravotnickou záchrannou službou. Ta poskytuje přednemocniční neodkladnou péči v terénu a transport pacienta do zdravotnického zařízení. Urgentní péče v těchto zařízeních se zaměřuje především na stabilizaci či obnovu vitálních funkcí. Cílem urgentní medicíny je především snižovat mortalitu a morbiditu způsobené úrazem nebo akutním onemocněním. Usiluje o zvyšování kvality poskytované péče včetně dalšího výzkumu a aplikaci nových poznatků, které by mohly vést k prevenci úrazů a podpoře zdraví.

Urgentní medicína se začala vyvíjet v 60. letech minulého století. V roce 1973 získali lékaři povolení k založení Sekce urgentní medicíny a zahájili podporující vzdělávací programy. V roce 1979 byla uznána jako 23. nástavbová lékařská specializace a následně v roce 1989 byla přijata mezi základní obory medicíny. V České republice byla urgentní medicína přijata jako nástavbový obor 1. 1. 1999. (*Pokorný, 2001; Pokorný, 2004; Pokorný, 2008*)

S urgentní medicínou dochází k rozvoji Medicíny katastrof. Počátky sahají do 70. let minulého století. Tento obor vychází zejména z vojenské medicíny, jelikož války s sebou přinášely mnoho raněných, potřebu jejich organizované záchrany a přizpůsobení se polním podmínkám.

Medicína katastrof je interdisciplinární obor, který uplatňuje především poznatky z urgentní medicíny a ošetrovatelství. Medicína katastrof se zaměřuje na problematiku ošetření velkého počtu raněných při nehodách, hromadných neštěstích, haváriích, či dalších katastrofách, kde je velký časový tlak, nedostatek sil a prostředků.

Zabývá se medicínskými, ale i technickými činnostmi všech druhů katastrof. Cílem je zajistit šanci na přežití pro co největší počet raněných, snížit jejich utrpení a poškození zdraví. Kromě poskytování zdravotnických úkonů se zabývá výukou zdravotníků, krizovým managementem a spoluprací se všemi záchrannými organizacemi a složkami integrovaného záchranného systému (IZS). *(Bulíková 2011; Štětina 2000; Štětina 2014)*

## 2 URGENTNÍ PŘÍJEM

Oddělení urgentního, nebo také centrálního příjmu, je ambulantní část zdravotnického zařízení, která je připravena přijmout, nebo ošetřit pacienta 24 hodin 7 dní v týdnu. Je zde tedy soustředěna neodkladná nemocniční péče. K ošetření na urgentním příjmu (UP) jsou indikováni všichni pacienti, kteří tuto péči potřebují. Mohou to být pacienti buď samostatně příchozí, kteří nejsou ohroženi na životě, nebo pacienti, kteří jsou přivezeni složkami IZS z důvodu bezprostředního ohrožení života.

Ve většině zdravotnických zařízení, které disponují urgentním příjmem, je to již jediné místo, kam vozy záchranné služby přivážejí pacienty ošetřené v terénu. Dochází tak k centralizaci vysoce specializované péče a kontinuálnímu přechodu péče přednemocniční v péči neodkladnou nemocniční. Jak tvrdí doktor Buda „*Na první pohled je zřejmé, že je snadnější pokračovat v neodkladné intenzivní péči tam, kde je jedno příjmové místo, na které se po kvalifikované výzvě dostaví relevantní odborníci, než v nemocnici, kde je 10 a více příjmových míst, jejichž kompetence se často navíc překrývají a mění.*“ (Hubáček, 2005; Buda, 2003)

### 2.1 Historie urgentních příjmů v České republice

Záchranné služby byly původně vybudovány nejčastěji jako detašovaná pracoviště anesteziologicko-resuscitačního oddělení nemocnic. V některých nemocnicích tak byly vybudovány příjmové místnosti v blízkosti příjezdu sanitních vozů, aby se minimalizoval čas případným transportem po nemocnici, nebo čekáním na výtah.

Největší zásluhy patří MUDr. Františkovi Ždichyncovi, tehdejšímu řediteli Záchranné služby Praha. Díky jeho progresivním krokům a myšlenkám byla vybudována Nemocnice Záchranné služby (NEZAS). Cílem měla být plynulá a bezproblémová návaznost péče. Tehdejší centrální příjem byl jeden z prvních v Československu a fungoval jako vysokoprahový příjem pro péči o kriticky nemocné, kterým bylo nutno zajistit specializovanou péči. Se zahájením ústavní pohotovostní služby fungoval již jen jako nízkoprahový. Byli zde ošetřováni a léčeni jak pacienti, kteří by byly směřováni do oborových ambulancí, tak pacienti, kteří byli v těžkém stavu. Vlivem politických změn, odstoupením ředitele Ždichynce i jiným okolnostem byl NEZAS začleněn pod FN Motol a následně v roce 1998 zrušen.

V roce 1999 proběhlo dotazníkové šetření mapující provozování urgentních příjmů. Jeho autorem byl MUDr. Stanislav Jelen, primář urgentního příjmu Fakultní nemocnice

Ostrava. Výzkum prokázal, že v roce 1999 provozovalo urgentní příjmy jen 20 nemocnic po celé ČR. Tyto příjmy však fungovaly pod jinými názvy a lišily se také prahovostí stavů. Z těchto urgentních příjmů mělo mezioborový charakter pouze 11. Skutečnému rozmachu a vývoji urgentních příjmů začalo docházet až v posledních několika letech. (*Pokorný, 2001; Pokorný, 2003*)

## **2.2 Náplň činností urgentních příjmů**

Urgentní příjem plní zejména funkci „filtru akutních stavů“. Jsou zde přijímáni pacienti, kteří jsou kriticky nemocní a jsou ohroženi selháním vitálních funkcí. Na druhou stranu, ale také umožňuje ošetření pacientů v akutním stavu, který však nevyžaduje hospitalizaci a je možné jej zvládnout ambulantně za pomoci observačních lůžek. Tím dochází ke snížení celkového počtu hospitalizací, ale také vyšetření v odborných a specializovaných ambulancích.

Dále poskytuje prostor pro krátkodobé sledování pacienta za diagnostickým, nebo terapeutickým účelem. UP slouží také jako stěžejní centrum při řešení mimořádných událostí s výskytem většího počtu raněných. Funguje též jako výukové pracoviště pro zdravotnické pracovníky (výuka lékařů, všeobecných sester, zdravotnických záchranářů apod.) a podílí se také na výzkumných šetřeních v oblasti urgentní medicíny a medicíny katastrof.

Urgentní příjem tedy zajišťuje příjem nemocného, prvotní péči se stabilizací životních funkcí, diagnostické a terapeutické intervence, první observační období, které nepřesahuje 24 hodin a dále předání do péče konkrétních oborů. Všechny prostředky zajišťuje dostupnost, přiměřenost, hospodárnost a především kontinuitu poskytované péče. (*Hubáček, 2005; Remeš, 2013; Meulemans 2003*)

## **2.3 Personální zabezpečení urgentních příjmů**

Zdravotnický tým na tomto oddělení tvoří zejména odborní lékaři se specializací v anesteziologii a intenzivní péči, nebo v urgentní medicíně. K dispozici „kmenovým“ lékařům je celá řada lékařů konziliářů, a to především z oborů chirurgie, traumatologie, ortopedie, urologie, neurologie/neurochirurgie, kardiologie/kardiochirurgie, ORL, nebo plastické chirurgie, ale i ostatní obory zde najdou uplatnění. Tím je poskytována plně multioborová péče na jednom místě.

Dalšími členy týmu jsou nelékařští zdravotničtí pracovníci (NLZP). Pracují zde jak všeobecné sestry, tak zdravotničtí záchranáři s odbornou či specializovanou způsobilostí k výkonu těchto povolání. Je žádoucí aby NLZP měli vysokoškolské vzdělání a specializaci v daném oboru. Tým dotváří pomocný zdravotnický personál.

Specializační studium, certifikované kurzy apod. poskytuje zejména Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, ale i některá další zdravotnická zařízení. Specializační studium lékařů zajišťuje Katedra Urgentní medicíny a medicíny katastrof. (*Remeš, 2013*)

## **2.4 Struktura urgentních příjmů**

Uspořádání těchto oddělení se odvíjí od vlastních prostorových podmínek a možností jednotlivých zdravotnických zařízení. Některé náležitosti jsou však pevně dány příslušnou legislativou. Urgentní příjem může spadat pod jiné oddělení/kliniku (např. KARIM), nebo fungovat samostatně.

Podle Společnosti urgentní medicíny a medicíny katastrof by měl každý UP disponovat 5 základními úseky a to: informační úsek, vysokoprahový příjem (Emergency room), nízkoprahový příjem (specializovaná ambulance), bezprahový příjem (všeobecná ambulance) a lůžková část (expektační lůžka).

### **2.4.1 Informační úsek**

Mezi informační úsek řadíme recepci a dispečink/operační středisko. Na recepci jsou pacienti všeobecnou sestrou zaregistrováni a prvotně tříděni do jednotlivých ambulancí podle stanovených kritérií a naléhavosti ošetření. Rozlišujeme stavy kritické (okamžité řešení), stavy neodkladné (řešení do 2 hodin) a stavy odložitelné (řešení do 24 hodin při pobytu na UP). Nedílnou součástí je čekárna s diskrétní zónou pro odběr anamnestických údajů, nebo poskytování informací příbuzným. (*Hubáček, 2005*)

Dispečink, nebo též operační středisko je „mozkem“ celého urgentního příjmu. Pracuje v nepřetržitém provozu. Operátorky spolupracují s dispečinkem zdravotnické záchranné služby i ostatních složek IZS. Koordinují vlastní činnost UP, svolávají týmy, konziliáře. Obsluhují také tísňovou a konzultační linku. Monitorují lůžkovou kapacitu jak vlastního zařízení, tak zdravotnických zařízení v okolí (výskyt většího počtu raněných). (*Remeš, 2013*)

### **2.4.2 Vysokoprahový příjem - Emergency room (ER)**

Na tomto úseku je poskytována časná intenzivní a resuscitační péče pacientům v bezprostředním ohrožení života. Pacientům jsou např. kontinuálně monitorovány životní funkce, hodnotí se stav vědomí, zajišťuje se periferní nebo centrální žilní vstup, dýchací cesty, a další diagnostické a terapeutické intervence nezbytné pro stabilizaci celkového stavu. Vzhledem k typu poskytované péče by měl mít komplexní diagnostické zázemí a možnost následné intenzivní péče. Po stanovení diagnózy a komplexním zajištění je pacient obvykle převezen buď na anesteziologicko-resuscitační oddělení, jednotku intenzivní péče, nebo na operační sál. Proto by měla být samozřejmostí bezprostřední blízkost operačních sálů, laboratoře a krevní banky. Nezbytnou součástí je dostatečné materiální a technické vybavení a v neposlední řadě dostatek specializovaného lékařského i nelékařského zdravotnického personálu a konziliářů. (*Hubáček, 2005; Remeš, 2013*)

Vysokoprahový příjem by měly být nejlépe situovány v přízemí zdravotnického zařízení. Vhodný je vlastní dobře označený vchod, bezkontaktní ovládání dveří a dostatečně široký bezbariérový přístup. Pacienti nejsou přivázeni jen zdravotnickou záchrannou službou (ZZS) ale i leteckou záchrannou službou (LZS), proto by měl být vysokoprahový příjem řádně označený a snadno dostupný. Parkovací plocha pro vozy ZZS by měla být uzpůsobena pro větší množství vozů a zároveň pro snadnou manipulaci a přesun pacientů. Důležitá je i dobrá dostupnost heliportu, který musí být opatřený světly pro noční provoz. (*Hubáček, 2005*)

### **2.4.3 Nízkoprahový příjem - specializovaná ambulance**

Nízkoprahový příjem poskytuje péči pacientům, kteří nejsou ohroženi na životě. Jedná se o specializované ambulance například v oboru chirurgie, interního lékařství, urologie, neurologie apod. Pacienti jsou v ambulanci komplexně vyšetřeni a v případě potřeby je zahájena terapie. Pokud je indikována hospitalizace, jsou pacienti převezeni na lůžkové oddělení příslušné kliniky či oddělení. Pokud lze stav zvládnout ambulantní léčbou, využívá se expektačních lůžek. Zde je bezpochyby výhodou vybavení ambulance vlastním ultrasonografickým přístrojem. Součástí takovéto ambulance musí být i chirurgický zákrový sálek. (*Remeš, 2013*)



#### **2.4.4 Bezprahový příjem - všeobecná ambulance**

Tato část urgentního příjmu vznikla především vlivem celoplošného rušení lékařské služby první pomoci (LSPP). Péči zde často zajišťují praktičtí lékaři a největší nápor dosahuje v odpoledních a nočních hodinách. Stav pacientů ošetřených v této ambulanci nevede k ohrožení života a ani nevyžaduje péči specialistů. (Remeš, 2013)

#### **2.4.5 Lůžková část - expektační lůžka**

Tato část urgentního příjmu, slouží pacientům, u kterých není zcela jasné, zda budou hospitalizováni, nebo budou léčeni ambulantně. Na těchto lůžkách pacienti podstupují diferenciální diagnostiku a krátkodobou terapii, po jejímž ukončení lékař definitivně rozhodne o dalším postupu. Pobyt na těchto lůžkách by neměl standardně přesáhnout 24 hodin. (Remeš, 2013)

### **2.5 Materiálně technické zabezpečení urgentních příjmů**

Jak již bylo zmíněno, kvalitní materiální i technické vybavení je nezbytnou součástí urgentního příjmu. I v souvislosti s poskytovanou péčí je důležité, aby urgentní příjem disponoval dostatečným a kvalitním materiálem a moderní technikou v bezvadném stavu. Bohužel se stále můžeme setkat se starší technikou, která je často v havarijním stavu. Pokud zdravotnická zařízení budou dbát na řádném, novém, kvalitním a plně dostačujícím materiálním i technickém vybavení, přispějí tak k dalšímu zkvalitnění specializované lékařské a ošetrovatelské péče.

Samozřejmostí tohoto oddělení je centrální rozvod medicínálních plynů. Mezi základní vybavení patří transportní lůžka. Měly by být snadno polohovatelné a mít možnost rychlého návratu do původní polohy, především kvůli kardiopulmonální resuscitaci. Každé lůžko je opatřeno vlastním monitorem sledujícím základní životní funkce invazivní či neinvazivní cestou. Je tedy nezbytné mít pro každé lůžko potřebné pomůcky (EKG svody, tlakové manžety, saturační čidla atd.).

Pacientům jsou ordinovány různé infuzní roztoky a farmaka, které vyžadují kontinuální aplikaci. K tomu slouží infuzní pumpy a lineární dávkovače. S tím souvisí zajištění přístupu do žilního řečiště pomocí intravenózních kanyl, nebo centrálního žilního katetru a nutnost dostatečného množství potřebných pomůcek. Dále jsou potřeba přístroje pro ohřev krevních derivátů a pro přetlakové podání infuzních roztoků, nebo transfuzí.

V některých případech jsou pacienti napojeni na umělou plicní ventilaci. Plicní ventilátory umožňují jak řízenou, tak zástupovou ventilaci a nabízejí celou řadu ventilačních režimů. K tomu jsou potřebné pomůcky pro orotracheální, nazotracheální nebo endotracheální intubaci. Sem patří i transportní tlakové láhve s kyslíkem.

Pacientům se často zavádí permanentní močový katetr a v indikovaných případech i nazogastrická sonda, provádí se též výplachy žaludku, proto jsou na UP nezbytné pomůcky i pro tyto výkony. Součástí jsou i elektrické pojízdné nebo přenosné odsávačky.

Mezi základní vybavení také patří defibrilátor, resuscitační pojízdný vozík se všemi náležitostmi, elektrokardiograf a sady operačních nástrojů pro případ neodkladného chirurgického zákroku. Samozřejmostí jsou také pomůcky pro odběry krve a jiného biologického materiálu. Ze zobrazovací techniky je zde zastoupen především pojízdný skiagram a echokardiograf a ultrasonograf.

Značnou výhodou je přítomnost náhradních monitorů, ventilátorů, pump, dávkovačů a to i s veškerými pomůckami, pro případ selhání techniky. Všechny přístroje by měly být opatřeny vlastními akumulátory. Z lékového vybavení je zde zastoupena celá řada lékových skupin a antidot. Nesmíme zapomenout ani na dostatečné množství osobních ochranných pracovních pomůcek.

Jelikož urgentní příjem slouží jako jediné příjmové místo při mimořádných událostí a při velkém počtu raněných je opravdu nezbytné aby tato oddělení byla materiálně a technicky vybavena a v žádném případě nedošlo vlivem chybění pomůcek k ohrožení života pacientů. (*Chabrová, 2006*)

## **2.6 Stavy vyžadující péči na urgentních příjmech**

Jak již bylo uvedeno, na urgentní příjem jsou indikováni všichni pacienti, kteří vyžadují neodkladnou lékařskou péči a to bez ohledu na tradiční oborové rozdělení medicíny, z toho je tedy patrné velmi široké spektrum akutních stavů, z nichž zde několik uvedeme. Jedná se např. o:

Šokové stavy různé etiologie (hypovolemický, kardiogenní, anafylaktický, septický atd.) a samozřejmě stavy po kardiopulmonální resuscitaci.

Poranění páteře, míchy a kranIOCerebrální poranění jako fraktury lebky, poranění mozku, nitrolebeční hematomy, nebo mozkový edém, ale i poranění přívodných cév. A zejména závažné poranění s přetrvávající poruchou vědomí a závažnou neurologickou symptomatologií.

Může jít také o bezvědomí neúrazového typu, způsobené například hypoglykemií, nebo naopak hyperglykemií. Příčinami může být i epileptický záchvat, febrilní křeče, ale i intoxikace alkoholem, léky či jinými prostředky.

Trauma hrudníku a bolesti na hrudi. Zde se může jednat o kontuze, komprese, fraktury žeber, poranění plic a mediastina. Mezi tyto stavy zařadíme pneumotorax, hemotorax, plicní embolie, nitrohruční krvácení, akutní koronární syndrom (infarkt myokardu, nestabilní angina pectoris, náhlá srdeční smrt) srdeční tamponáda, poranění aorty (aneurysma, disekce) a jiné.

Časté jsou bolesti břicha v souvislosti s náhlou příhodou břišní, akutní jaterní selhání, časté jsou také střevní neprůchodnosti a akutní záněty. Z močového traktu jde o záněty ledvin, konkrementy s renální kolikou, akutní či chronické selhávání ledvin.

Dále intoxikace z nadměrného užívání alkoholu a drog, eventuálně lékové intoxikace. Může se také jednat o náhodné použití a to zejména domácích čisticích prostředků, otravy kouřem a zplodinami hoření, intoxikace oxidem uhelnatým, oxidem uhličitým i jinými dráždivými plyny při chemických či průmyslových haváriích.

Mezi další stavy patří tonutí, dekompresní nemoc, embolizace, barotrauma, dále jsou to úrazy způsobené elektrickým proudem, nebo bleskem, poranění nízkou či vysokou teplotou (omrzliny, podchlazení), poleptání, poranění rázovou vlnou.

Indikací pro přijetí na UP jsou také střelná, bodná a střepinová poranění, která jsou spojena s masivním vnějším krvácením, nebo vnitřním krvácením, ale i těžká interní či chirurgická onemocnění nebo poruchy v průchodnosti dýchacích cest a těžké stavy dušnosti, plicní embolie, či astma. Mohou zde být také ošetřovány polytraumata, traumata, různé typy zlomenin. (*Dobiáš, 2007; Sestra a urgentní stavy, 2008*)

## **2.7 Systém TISS - 28**

V návaznosti na předchozí kapitolu je jasné, že je nezbytné pacientům věnovat intenzivní péči již na urgentním příjmu. To vyžaduje mnoho času v bezprostřední péči o pacienta s celou řadou výkonů. Náročnost těchto výkonů, jak do počtu, tak do celkového času stráveného u pacienta můžeme optimálně hodnotit pomocí TISS-28 (Therapeutic and Intervention Scoring System). TISS-28 byl původně navržen pro všeobecné sestry na jednotkách intenzivní péče. Umožňuje stanovit a srovnávat pracovní vytížení, plánovat počet všeobecných sester úměrně počtu a náročnosti pacientů a kontrolovat jejich výkonnost.

Odborným intervencím, ordinacím a ošetrovatelským úkolům jsou adekvátně přiřazeny body, podle kterých TISS-28 kvantifikuje pracovní intenzitu. Drábková (2010) uvádí, že: *„TISS-28 je systém kvantifikovaných a kvalifikovaných aktivit specializované intenzivní ošetrovatelské péče, která tvoří integrální součást resuscitačně intenzivní péče o daného pacienta. Jeho výsledné skóre, které se získá načítáním jednotlivých reprezentativních položek, svědčí o zátěži sestry/sester, o jejich potřebě, vzdělání i směnném využití. Koreluje těsně s časem, který musí sestra v průběhu 8hodinové směny pacientovi věnovat. Mezinárodně - světově uznávaný parametr je 46 TISS-28 bodů, přičemž v propočtu 1 TISS-28 bodů znamená 10,4 minuty pro sestru v 8hodinové směně.“*

Studie probíhající v St. James Hospital v Dublinu prokázala, že u jednoho pacienta v kritickém stavu strávila všeobecná sestra průměrně 40 % směny, což je průměrně 200 minut specializované ošetrovatelské péče. Délka pobytů pacientů na expektačních lůžkách je velmi rozdílná, proto je nutné TISS-28 dopracovat, zpřesnit a přizpůsobit požadavkům urgentních příjmů. (Drábková, 2010)

### 3 PROFESE VŠEOBECNÉ SESTRY

Kdo je všeobecná sestra? „Dle zákona č. 96/2004 Sb. o podmínkách uznání a získávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a podle vyhlášky č. 424/2004 Sb. ministerstva zdravotnictví, kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, je sestra osoba, která byla přijata ke studiu ošetrovatelství v oboru všeobecná sestra a toto studium úspěšně ukončila. Dalším předpokladem je získání registrace a povolení vykonávat tuto profesi.“ (Kovářová, 2010)

Ve skutečnosti je obtížné jednoznačně charakterizovat všeobecnou sestru. Je to široký pojem a každý z nás si vybaví svou vlastní „definici“ o tom, kdo všeobecná sestra je. Jedním z hlavních důvodů, je také to, že každý má rozdílné zkušenosti, představy a nároky. Pro každého všeobecná sestra znamená něco jiného. Tato profese je bezpochyby velmi fyzicky i psychicky náročná. Do popředí práce všeobecné sestry se dostávají pacienti, jejich problémy, jejich trápení. Pokud to člověk nedokáže akceptovat, nedokáže se s tím vyrovnat, nemůže tuto profesí vykonávat. (Bužgová, 2011)

#### 3.1 Osobnost všeobecné sestry

Od všeobecné sestry se očekává určité forma jednání a to jak ve vztahu k pacientům, tak kolegům. Předpokladem je zvládnutí velmi odborných či specializovaných činností, které zahrnují i manipulaci s nejrůznější přístrojovou technikou, mnoho administrativní práce, ale také pozitivní ovlivnění pacientů a v neposlední řadě schopnost se vypořádat s pracovní zátěží. K výkonu tohoto povolání jsou nutné určité osobnostní, senzomotorické, intelektové a komunikační, sociální a autoregulační předpoklady.

Kladené nároky jsou náročné a mají negativní dopad na osobnost člověka, zdravotní stav, životní styl, duševní stabilitu i osobní a společenský život. Některé osobnostní a povahové charakteristiky člověka přispívají k pracovnímu vyčerpání a mohou se tak stát hlavní příčinou syndromu vyhoření. Má-li všeobecná sestra práci vykonávat dobře, pak je zapotřebí, aby ona sama byla po fyzické či psychické stránce v dobrém stavu. Proto by si každá všeobecná sestra měla umět udělat čas jen sama na sebe, porozumět svým pocitům a pečovat o své zdraví. Měla by vědět jak se odpoutat od problémů, jak relaxovat, co jí pomůže, když je toho na ni příliš a hlavně jak si udržet svou vnitřní stabilitu a pohodu. (Bužgová, 2011; Zacharová, 2007)

### 3.2 Role všeobecné sestry

Role všeobecné sestry se neustále mění především díky rozvoji medicíny a ošetrovatelství, ale také s rozvojem společenských věd. Všeobecná sestra se tím stává rovnocennou partnerkou lékaři a je součástí zdravotnického týmu. Je schopna pracovat zcela samostatně, proto se její kompetence stále rozvíjí a mění se také náplň její práce.

Hlavním posláním všeobecné sestry je uspokojovat pacientovy potřeby, které sám uspokojit nedovede, a to jak tělesné, psychické, ale i sociální. Jejich saturace směřuje ke zlepšování zdravotního stavu, zvyšování efektivity zdravotní péče a úrovně osobní a pracovní spokojenosti. Všechny role se prolínají a slouží k objasnění různých povinností všeobecné sestry.

V první řadě je všeobecná sestra poskytovatelka ošetrovatelské péče, která je zaměřena výhradně na potřeby pacienta - klienta. Všeobecná sestra ji nejen poskytuje, ale také řídí, musí být uzpůsobena individuálním potřebám klientů. Péče o každého pacienta je jiná, každý vyžaduje jiný přístup a proto všeobecná sestra musí být schopna se přizpůsobit těmto požadavkům.

Všeobecná sestra dále plní roly edukátorky, učí pacienty jak o sebe pečovat, jak si udržet zdraví, učí je prevenci i nácviku praktických dovedností (správná aplikace léku, převaz ran). Všeobecná sestra je také mentorka a podílí se na praktické výuce studentů. Proto je nezbytné, aby všeobecná sestra byla vzdělaná, měla kvalitní teoretické i praktické dovednosti a uměla je předávat dále.

Vzhledem k dennodennímu a bezprostřednímu kontaktu s pacientem funguje všeobecná sestra jako poradkyně, vyslechne ho a pomáhá mu vyrovnat se s psychickými i fyzickými problémy, poskytuje citovou oporu, rozvíjí mezilidské vztahy. Všeobecná sestra by proto měla být empatická, trpělivá, ochotná, komunikativní a spolehlivá.

Významnou rolí je také manažerka, vědkyně a nositelka změn, neboť řídí a plánuje ošetrovatelskou péči, pověřuje ostatní personál konkrétními činnostmi, organizuje denní plán, ekonomické hospodaření aj. Jako vědkyně se podílí na výzkumných šetřeních v oblasti ošetrovatelství, čímž dochází k rozvoji ošetrovatelské praxe, získání nových informací, nápadů a postupů, bez kterých by se ošetrovatelství stalo stagnující profesí.

V ošetrovatelské praxi je nezbytná účinná komunikace na všech úrovních, všeobecné sestry musí vhodně komunikovat s pacienty, jejich rodinami, ale především s lékaři a všeobecnými sestrami navzájem. Nevhodná komunikace, nejasné nebo nesrozumitelné informace mohou vést k řadě chyb a omylů, které mohou ohrozit jak

pacienta, tak personál. Všeobecná sestra tak plní roli komunikátorky. Dále zastává role pomocnice, koordinátorky, vedoucí, zprostředkovatele a mnoho dalších. (Farkašová, 2006)

### **3.3 Náplň práce všeobecné sestry**

Konkrétní náplň činností všeobecných sester definuje legislativa ČR. Kompetence všeobecné sestry se vždy řídí aktuální vyhláškou č. 55/2011 Sb. Všeobecná sestra vykonává činnosti bez odborného dohledu a bez indikace lékaře (sleduje a hodnotí fyziologické funkce, hodnotí a ošetřuje poruchy celistvosti kůže aj.), pod odborným dohledem všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí, bez odborného dohledu, ale na základě indikace lékaře (podává léčivé přípravky, ošetření akutních a operačních ran aj.), nebo pod odborným dohledem lékaře (aplikuje nitrožilně krevní deriváty, spolupracuje při aplikaci transfuzních přípravků) apod. (MZČR, 2011)

Sesterské činnosti můžeme ale také rozdělit podle jejich formy a obsahu. Všeobecná sestra vykonává základní ošetrovatelskou péči, tedy činnosti zaměřené na uspokojování základních potřeb člověka (zvyšování soběstačnosti, zajištění výživy, vyprazdňování). Provádí též diagnosticko-terapeutické činnosti, jako příprava na vyšetření, odběr biologického materiálu, péči o rány aj. Všeobecná sestra poskytuje psychosociální péči, která je nezbytná pro spolupráci s pacientem a zajištění jeho celkové pohody. Všeobecná sestra naslouchá, motivuje a podporuje.

Její náplní je i administrativa. Vede ošetrovatelskou dokumentaci, odebírá a vyplňuje ošetrovatelskou anamnézu, hodnotí a zaznamenává celkový stav pacienta, vede záznam ošetrovatelského plánu, zajišťuje administrativu spojenou s překladem, či propuštěním pacienta a dle individuálních problémů používá i další složky ošetrovatelské dokumentace. Samozřejmě provádí i přípravné a dokončovací práce, především příprava a následná péče o pomůcky, včetně jejich dekontaminace, doplňování materiálu, léku atd. (Staňková, 2002)

### **3.4 Všeobecná sestra na urgentním příjmu**

Nároky kladené na všeobecnou sestru jsou vysoké, má celou řadu specifických povinností a zodpovědností. Bezpochyby jsou zde vystaveny většímu psychickému i fyzickému tlaku. Může docházet k negativnímu ovlivnění emocionality, osobnosti všeobecné sestry.

Díky pestré škále pacientů by se měla všeobecná sestra dokonale orientovat ve svém oboru, ale také by neměla postrádat znalosti z jiných medicínských ale i ošetrovatelských disciplín, významné jsou i praktické dovednosti na vysoké úrovni. Nezbytností pro práci všeobecné sestry na urgentním příjmu je specializace v intenzivní péči. Povinností všeobecné sestry je také neustále se vzdělávat. V dnešní době je široké spektrum certifikovaných kurzů, jsou pořádány nejrůznější konference, semináře, či školení, které mimo pasivní účasti umožňují prezentování vlastních znalostí, myšlenek, návrhů aj.

Práce na urgentním příjmu znamená neustálou kontrolu a dohled nad celkovým stavem pacienta po fyzické i psychické stránce. Všeobecná sestra hodnotí a uspokojuje jeho aktuální potřeby, kontroluje a hodnotí fyziologické funkce, zajišťuje, či kontroluje funkčnost invazivních vstupů, zahajuje oxygenoterapii aj. To vše vyžaduje stálou pozornost, rychlé vyhodnocování stavu, rozhodnost, výborný úsudek a zručnost.

Péče o pacienty zahrnuje též práci s přístrojovou technikou, jako jsou například monitory na měření fyziologických funkcí, přístroje pro umělou plicní ventilaci, ale také lineární dávkovače, či infuzní pumpy. Tuto techniku musí všeobecné sestry bezpodmínečně znát a dokonale umět používat - musí být zručné, obratné při manipulaci a neztrácet čas.

Pacientův stav je většinou kritický, proto je nutná jistá míra flexibility a schopnosti přizpůsobit se případným náhlým změnám, popř. zhoršení pacientova stavu. Je nutné, aby všeobecná sestra byla samostatná, pohotová a bez prodlení v případě nutnosti zahájila resuscitaci. V takových situacích by měla být schopna předvídat následující lékařův postup, připravit vhodné pomůcky, léky apod. Je nezbytné, aby všeobecná sestra byla klidná a rozvážná, nepanikařila, zachovala „chladnou hlavu“ a logicky přemýšlela.

Pro udržení psychického zdraví je důležité, aby byla všeobecná sestra schopna udržet profesionální odstup, byla empatická, měla soucit, ale neměla by být přecitlivělá. Zdravotnický tým se ocitá v náročných situacích, je často pod vysokým tlakem a je možné, že se při vypjatých situacích objeví konflikty, proto je nutné si nebrat nic osobně a na tuto situaci pohlížet s určitým nadhledem. (Drábková, 2010; Farkašová, 2006)



## 4 RIZIKOVÉ FAKTORY PROFESY VŠEOBECNÉ SESTRY

Nedílnou součástí práce na urgentním příjmu jsou i mimořádné události (hromadné neštěstí, katastrofy aj), které jsou charakteristické velkým počtem či jinými specifiky raněných. Právě urgentní příjem hraje hlavní roli při příjmu a primárním ošetření všech závažných a život ohrožujících stavů. Jsou zde hromadně přijímáni lidé s nejtěžšími poraněními až po lehce raněné, včetně osob v různých emočních stavech. Personál tak pracuje pod velkým tlakem a jsou na něj kladny mnohem větší nároky než během standardního provozu. Při hromadném příjmu musí zdravotnický personál změnit způsob myšlení. V normálním provozu běžná specializovaná individuální péče se musí změnit na pouze nejnnutnější ošetření co největšího počtu pacientů. *(Neklapilová, 2003)*

Profese všeobecné sestry s sebou přináší mnoho rizikových situací, při kterých se jak pacienti, o které se všeobecné sestry starají, tak všeobecné sestry samotné dostávají do většího, či menšího nebezpečí. Všeobecná sestra může ohrozit život pacienta, stejně tak lehce může ale pacient ohrozit život všeobecné sestry.

Při této práci musí každá všeobecná sestra pamatovat na své zdraví. Každý den je všeobecná sestra vystavena mnoha škodlivým vlivům, které na ni negativně působí a mohou ohrožovat její zdraví. Měla by vyhodnotit, které okolnosti či faktory jsou pro ni nejrizikovější, nepodceňovat je a dodržovat preventivní, bezpečnostní předpisy a závazná pravidla. *(Staňková, 2002)*

### 4.1 Chemické škodliviny

Všeobecné sestry jsou vystaveny velkému množství škodlivých látek, obsažených v lécích, dezinfekčních prostředcích apod. Některé látky mohou vyvolat alergické reakce různé intenzity, jiné mají mutagenní, teratogenní či karcinogenní vlastnosti a při špatné manipulaci ohrožují život. Všeobecné sestry jsou díky každodenní manipulaci s dezinfekčními prostředky, léky (zvláště antibiotika) nejčastěji postiženy dermatitidami různého typu a kontaktními alergickými ekzémy. Mimo přímého kontaktu dochází i k inhalaci těchto látek. Díky dlouhodobé expozici mohou vznikat alergie na plasty, latex, léky, či některá antibakteriální mýdla. Je důležité dezinfekční prostředky střídat (zabrání se mikrobiální rezistenci a sníží se výskyt alergie), nepodceňovat nebezpečí, chránit své zdraví, pečovat o kůži, nemanipulovat s těmito škodlivinami holýma rukama a používat ochranné osobní pracovní prostředky (OOPP). *(Staňková, 2002; Vévoda, 2013)*

V každodenní praxi jsou používány základní ochranné pomůcky, kam spadají především rukavice, ústenka, pracovní oděv apod. Tyto pomůcky se tak stávají nedílnou součástí jakéhokoli výkonu. Při kontaktu s chemickými látkami by každá všeobecná sestra měla používat také respirátory, ochranné brýle a obličejové štíty, které zabezpečují ochranu dýchacích cest a mechanickou ochranu proti potřísnění nebo poleptání chemickými látkami. Všeobecné sestry pracující na urgentním příjmu jsou často v kontaktu s ionizujícím zářením, kdy je nutné využívat zejména rtg zástěry, tuniky, nákrčníky, ochranné brýle a rukavice, které brání průniku rentgenového záření. (Hrončková, 2006)

## 4.2 Nákaza infekcí

Nemocniční prostředí je nejvhodnější místo pro růst mikroorganismů. Jedním ze zdrojů jsou použité lůžkoviny. Nemusí být sice viditelně znečištěné, nicméně i tak jsou možnými zdroji infekce. Všeobecné sestry toto často podceňují a při manipulaci s nimi nepoužívají vhodné ochranné pomůcky. Dalším zdrojem infekce jsou samotní pacienti, jejich biologický materiál, rány apod. (Staňková, 2002)

Riziko nákazy infekčním onemocněním přímo od pacienta se na urgentním příjmu zvyšuje. Personál se dostává do prvního kontaktu s pacientem, který může být vlivem aktuálního zdravotního stavu znečištěn stolicí, močí, či zvratky a kontaminovaný nejrůznějšími bakteriemi. Dalším faktorem může být i skutečnost, že zdravotnický personál má často minimální informace o zdravotním stavu pacienta. (Šeblová, 2013)

Nákazy se mohou přenášet přímým stykem, nepřímým stykem přes kontaminované nástroje, inhalačně či fekálně-orálním přenosem. Nejrizikovější pro všeobecné sestry je kontakt s biologickým materiálem pacienta a přenos kontaminovanými předměty, injekčními stříkačkami, obzvláště pak poranění ostrými předměty - použitou jehlou.

Mezi tyto nákazy řadíme virové hepatitidy (časté u toxikomanů), stafylokokové a streptokokové infekce, enterokoky, salmonelózy, klostridie, infekční mononukleózu, svrab, tuberkulózu, HIV a mnoho dalších.

Někteří původci infekčních nemocí jsou již rezistentní na antibiotika a jejich léčení je tak zkomplikováno. Proto by každá všeobecná sestra měla přísně dodržovat hygienicko-epidemiologický režim, zásady dezinfekce a sterilizace, aplikovat správné pracovní

postupy, používat jednorázové pomůcky, ochranné osobní pracovní pomůcky a dodržovat zásady osobní hygieny. (*Vévoda, 2013; Kapounová, 2007*)

Pokud dojde k poranění o použitou jehlu, nebo jiným ostrým kontaminovaným předmětem je potřeba dodržet následující postup: Ránu nechat volně krváčet, nijak jí nemačkat. Poté ránu důkladně vymývat tekoucí vodou a mýdlem. V místě vpichu aplikovat dezinfekční prostředek s virucidním účinkem (např. Persteril). Dále se poraněnému odebere krev pro ověření stavu imunity. Odběry se provedou i u pacienta, jehož krví byla jehla či předmět kontaminován. Poranění se vždy hlásí zaměstnavateli a provede se záznam o úrazu. Potřeba očkování, či podání specifických protilátek se odvíjí od stavu imunity, míry rizika nákazy apod. V určitých specifických případech se přistupuje i k antiretrovirové profylaxi. Poraněné osoby jsou dále vyšetřovány a jejich zdravotní stav je sledován. Sledují se příslušné specifické markery a to po maximální inkubační dobu jednotlivých infekcí. (*Halířová, 2003; Šrámová, 2004*)

### **4.3 Agresivní pacient**

Slovo agrese pochází z latinského ad-gredior a vyjadřuje zjevné úmyslné chování s cílem uškodit, nebo ublížit. Charakter agrese se pohybuje od pouhých myšlenek, přes verbální útoky až po fyzické jednání různé intenzity. Agrese může být směřována proti předmětům, druhým lidem, ale i proti sobě samému. Agresivita oproti tomu vyjadřuje určitou tendenci k nepřátelskému, či útočnému jednání. (*Látalová, 2013*)

S obecným nárůstem násilí ve společnosti přibývá i agresivních projevů osob ve zdravotnictví. Ohrožení nejsou jen zdravotničtí záchranáři v terénu, ale i všeobecné sestry, lékaři, ošetřovatelky, či sanitáři ve zdravotnickém zařízení a to jak v ambulantní tak lůžkové části. (*Vybihalová, 2010*)

Mezi rizikové skupiny pacientů řadíme především osoby pod vlivem alkoholu, nebo v abstinenčním stavu, drogově závislí, osoby s nižším sociálním a ekonomickým statutem, nepřízpůsobivé jedince. Neklid a agresivita doprovázejí řadu vážných onemocnění a stavů. Jde například o psychotické onemocnění, záněty a poranění mozku, hypoglykémie, epilepsie, demence, mentální retardace, deprese/mánie, schizofrenie, úzkostlivé stavy, nebo sexuální deviace. Pokud obdrží záchraná služba výzvu, ze které je patrné agresivní chování je vhodné zajistit spolupráci s městskou policií, nebo policií ČR, která zůstává, je-li to možné, po celou dobu ošetření a to i v nemocnici. (*Křížová, 2006*)

Nárůst agresivity dokazují i četné výzkumy zabývající se touto problematikou. V letech 2004 - 2006 proběhl výzkum pod záštitou Institutu zdravotní politiky a ekonomiky, Výzkumným ústavem bezpečnosti a ochrany zdraví při práci a Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče. Celkový počet respondentů činil 675. Výsledky ukázaly, že 42 % respondentů se setkala se slovním napadením a fyzické násilí pocítilo 13 % dotázaných zdravotníků. *(Hnilicová, 2007)*

V roce 2008 provedly Jarošová a Szkanderová dotazníkové šetření agresivity ve FN Ostrava a Nemocnici Třinec. Celkový počet tvořilo 202 respondentů. Z tohoto výzkumu vyplynulo, že 90% respondentů z FN Ostrava a 89 % respondentů z Nemocnice Třinec, se setkala minimálně jednou se slovní agresí. Někteří respondenti opakovaně. Fyzické agresí bylo vystaveno 55 % respondentů z FN Ostrava a 57 % respondentů z Nemocnice Třinec. *(Pekara, 2013)*

V srpnu roku 2009 proběhlo ve Středomoravské nemocniční a.s. – odštěpeném závodě Nemocnice Prostějov výzkum s cílem zjistit výskyt agresivního chování ve zdravotnickém zařízení. Celkový počet respondentů byl 103. Výsledky prokázaly, že 51 % všeobecných sester se s agresivním pacientem setká minimálně jednou za měsíc. Podle tohoto výzkumu bylo 59 % všeobecných sester fyzicky napadeno a 17 % všeobecných sester bylo zraněno. *(Vybihalová, 2010)*

Z výše uvedených výzkumů je patrné, že agresivita v nemocničním prostředí je stále aktuální a velmi problémové téma. I kvůli tomu, že neexistují specifická opatření, která by zcela znemožnila fyzické napadení. Existuje celá řada doporučených opatření, jak tomu předcházet. Zajištění dostatečného počtu personálu, bezpečnostní služba, kamerový systém, pořádání kurzů sebeobrany apod. Porozuměním faktorům, které agresí vyvolaly, vhodnou verbální i neverbální komunikací, lze také předejít násilnému napadení. Nicméně nic zdravotníkům nezaručí stoprocentní ochranu. *(Háva, 2004)*

Fyzické napadení je traumatický zážitek, který zanechá své stopy na všech zúčastněných.

Je těžké si představit, co všechno napadení zdravotníci zažívají. Pociťují pochopení, soucit podporu kolegů, ale mohou se objevit i pochybnosti o tom, zda profesionálně neselhali, zda se nezachovali špatně, jestli tomu mohli předejít. Mezi krátkodobé důsledky napadení patří například pocity viny, nejistota v jednání s lidmi, únava, poruchy spánku. Mezi dlouhodobé pak řadíme nepřiměřený strach z možného opakování napadení, zvýšenou ostražitost aj. Nejzávažnějším následkem je posttraumatická stresová porucha.

Jak můžeme zdravotníkovi po napadení pomoci? Nejdůležitější je komunikace. Mluvit o celé situaci i opakovaně vede k postupnému odreagování emocí spojené s tímto negativním zážitkem. Diskuze o celém incidentu může pomoci vytvořit preventivní strategie k omezení dalších rizik. Je vhodné všechny účastníky pochválit za zvládnutí situace, probrat zkušenosti své či jiných. Pokud dojde k rozvoji posttraumatických symptomů, je vhodné vyhledat poradenské, nebo terapeutické služby. V některých případech se mohou reakce na napadení objevit až později. Důležitý je včasný návrat do práce a podpora kolegů. *(Venglářová, 2006)*

V posledních letech se stále častěji objevuje snaha pečovat o psychiku zdravotníků, která je ustanovena i legislativou. Rozvíjí se systém psychosociální intervenční služby (SPIS). Tento systém podpory a péče je zaměřený zejména na oddělení urgentního příjmu a zdravotnické záchranáře. Protože právě zde jsou zdravotníci vystaveni často profesně velmi náročným, výjimečným a zatěžujícím situacím, které negativně ovlivňují psychiku zdravotníků a to nejen v profesionálním ale i v osobním životě. Cílem systému psychosociální intervenční služby je především podpora při zvládnutí psychické zátěže, snížení profesionálního selhání a prevence syndromu vyhoření. SPIS vychází z Critical Incident Stress Management (CISM), což je soubor opatření, který se týká řízení a zvládnutí stresu před, při a po událostech mimořádného charakteru. Critical Incident Stress Management pro snížení působení stresu využívá speciální techniky, které mají stabilizovat kritickou situaci, zmírnit příznaky stresu a mobilizovat vlastní zdroje, aby byl zdravotník schopen co nejdříve normálně pracovat. Psychosociální péče je poskytována SPIS týmy. Tým obvykle tvoří krajský koordinátor, který je zodpovědný za realizaci psychosociální intervenční služby, koordinuje a řídí přípravu a vlastní provedení na území konkrétního kraje, odborný garant (garantuje pravidla, výcvik a dodržování standardů), odborník na duševní zdraví (klinický psycholog, nebo psychiatr) a v neposlední řadě peer, osoba vyškolená pro psychickou pomoc zdravotníkům. Peer bývá nejčastěji zdravotník, který může mít podobné zážitky, zkušenosti a zároveň má potřebné vzdělání absolvováním speciálního certifikovaného výcviku v rámci NCO NZO Brno, nebo kurzu CISM. *(Štancel, Vargová, Majdišová, 2012; FN Brno, 2011)*

## 5 OCHRANNÉ FAKTORY PROFESE VŠEOBECNÉ SESTRY

Pokud se všeobecných sester zeptáme, co jim přináší jejich profese, nebo co si jako první vybaví, zpravidla to bývá negativum. Bolesti zad, hlavy, oteklé nohy, únava, vyčerpanost, nesnesitelný a hrubý pacienti, nároční lékaři, více úkolů na jednou, hodně administrativy, neustále zvonící telefon, málo peněz a mnoho dalších. Navzdory všem rizikovým faktorům, náročným situacím, stresu a problémům, které s sebou tato profese přináší, zde existují i projektivní - ochranné faktory. Představují pozitivní a radostnou stránku práce, měly by vykompenzovat, vše špatné a rozhodně bychom na ně neměli zapomínat. Jsou to různé situace, zážitky, zkušenosti, které dělají z této velmi náročné profese, práci zajímavou, různorodou, smysluplnou, zvyšují zaujetí a motivaci pro práci a přispívají ke spokojenosti všeobecných sester.

Za svou praxi se setkáme s velmi různorodou skupinou lidí, mohou nás pobavit svými vtipnými zážitky, sdělit nám své životní příběhy. Můžeme se dozvědět informace z jiných oborů, povolání, rozšířit si vlastní obzory, něčemu se přiučit. Díky kontaktu s trpícími lidmi, si více vážíme svého života, svého zdraví. Často přehodnocujeme vlastní postoje, hodnoty, priority.

Každému zdravotníkovi udělá velkou radost a k pocitu uspokojení přispěje bezprostřední ocenění jeho práce, prostým úsměvem, podáním a pohlazením ruky nebo poděkováním od pacienta či jeho rodiny. Pocity radosti, uspokojení, hrdosti a určité satisfakce, když vidíme spokojeného pacienta, pokroky v léčení, v jeho uzdravení. V této práci není prostor pro zajetý stereotyp, každý den není stejný, nikdy nevíme, co nás čeká a nemine. Získávají se stále nové zkušenosti, široké dovednosti.

Díky své práci umíme jednat s mnoha typy lidí a poradíme si i v mnoha různých situacích. Zkušenosti, které si z nemocnice odnášíme, jsou k nezaplacení, mohou se využít v osobním, společenském životě, při výchově dětí. Pestrost a proměnlivost této práce nás naučily improvizovat, zorganizovat si práci. Právě každodenní konfrontace se všemi negativy a pozitivy nás nesmírně ovlivňuje, přispívá k dřívější a plně zralosti osobnosti a zvyšuje naši odolnost vůči zátěžovým životním událostem. *(Bartošiková, 2006)*

## 6 FYZICKÁ ZÁTĚŽ

Rizikovým faktorem pro všeobecnou sestru na urgentním a vysokoprahovém příjmu je bezpochyby vysoké fyzické zatížení a větší možnost poškození pohybového aparátu. Mluvíme zejména o statickém zatížení vycházející především ze stání při práci, asistenci u lůžka, při přípravě infúzí, léků, nebo ošetřování pacienta. Neustálý pohyb a popocházení při ošetřování pacientů vede naopak k dynamickému zatížení. Možnou příčinou dynamického zatížení by mohlo být i špatné rozmístění materiálního zabezpečení.

Dochází tak k zatížení páteře, kloubů a svalů zvláště při manipulaci s pacientem, jeho zvedání, přesouvání, přenášení, polohování a mobilizaci. Proto je nepřístupné, aby pacienta polohovala pouze jedna všeobecná sestra. I v rámci péče o zdraví zaměstnanců je nanejvýš vhodné, aby urgentní příjmy disponovali pomůckami pro usnadnění manipulace s pacienty. Základními pomůckami jsou například elektrická lůžka, podložky, pojízdné vozíčky, elektrické zvedáky, pojízdná vana, rolovací pásy či desky (viz příloha č 1).

Vlivem velké fyzické námahy dochází k přetížení dolních i horních končetin, kloubů a páteře a následnému vzniku postižení. Mezi důsledky nadměrné námahy patří nejčastěji vznik varixů, bolesti a otoky dolních končetin, bolesti kloubů a zejména páteře. Přetížení páteře může vést k vyhřeznutí meziobratlové ploténky. Přetížení a vyčerpání organismu je další projev déletrvající zátěže. Častým problémem je podrážděnost, přecitlivělost, únava, různé poruchy spánku, poruchy pozornosti, soustředění. Negativním vlivem nadměrné fyzické zátěže je i zvýšení počtu pracovních úrazů.

Mezi nejčastější příčiny bolestí zad patří ohýbání zad, špatný způsob zvedání břemen, vadné držení těla, dlouhá poloha v předklonu. Je důležité se naučit správné technice, abychom příliš nezátěžovali páteř a využívat nejrůznější moderní pomůcky pro usnadnění manipulace s pacienty.

Účinnou prevencí před fyzickým přetížením je odstranění zdroje nepřiměřené fyzické zátěže, což ve zdravotnictví není často možné. Všeobecná sestra však může omezit nefyziologické pracovní polohy, dodržovat správné techniky při manipulaci s pacienty, materiálem, využívat mechanické, či transportní prostředky, věnovat chvíli času rehabilitaci, např. protažením páteře. Ve volném čase by potřebu rehabilitace opomíjet neměla. (*Staňková, 2002; Gučková, 2007*)

## 7 PSYCHICKÁ ZÁTĚŽ

Povolání všeobecné sestry je bezpochyby velmi psychicky náročné. Vlivem konfliktních a zátěžových situací dochází k částečnému, dočasnému, nebo trvalému narušení psychické rovnováhy, může docházet i ke vzniku či rozvoji nemoci z povolání. Typickými následky dlouhodobého psychického zatížení jsou změny nálad, prožívání a chování. (Staňková, 2002)

### 7.1 Únava

Většina ne-li všechny všeobecné sestry během své směny zápasí s únavou a vyčerpáním. Je to dáno už z podstaty této profese. Práce s různými lidmi, samotná náplň práce, směnný provoz aj. Pro každého únava představuje různé pocity nebo prožívání. U někoho převažují tělesné pocity, u jiného dominují psychické pocity, někdo pociťuje obojí. (Praško, 2006)

Únava je poplašný signál, obranný mechanismus, který upozorňuje, že je potřeba zastavit a odpočinout si a nepřetěžovat organismus. Je charakteristická trvalým pocitem vyčerpání a snížením fyzické i mentální výkonnosti, které přetrvávají i v klidu. Může být vyvolána fyzickou či psychickou námahou, nepohodlím a její síla odpovídá intenzitě činnosti. Označuje se jako fyziologická únava, která po odpočinku, přísunu energie potravou, spánkem odezní. Zvláštním typem je patologická, abnormální únava, která po odpočinku neodezní. Řadíme sem únavu provázející somatická, psychická onemocnění, chronický únavový syndrom a idiopatickou únavu. Při únavě se objevuje slabost, vyčerpání, nedostatek energie, ospalost, napětí, nesoustředěnost, snižuje se koncentrace, pozornost, zhoršuje se motorika, což může vést k pracovním úrazům, omylům, chybám, vzniku mimořádných událostí atd. (Lukáš, 2011)

### 7.2 Stres

Stres, nebo také napětí je funkční stav organismu, který vzniká při nadměrné tělesné či psychické zátěži. Stres můžeme definovat také jako odpověď organismu na dlouhodobou extrémní frustraci, kdy je osobnost vážně ohrožena. Nebo jako výsledek interakce mezi silou, která působí na člověka a schopností jeho organismu odolat této síle. Stres představuje vnitřní stav člověka, který se ocitá v ohrožení, nebo ohrožení očekává, přičemž jeho obrana proti těmto nepříznivým vlivům není dostatečná.



Stres je reakcí na selhání adaptačních mechanismů v přizpůsobení se a aktivním zpracováním problému v situacích, které kladnou neúměrné nároky na duševní kapacitu, na schopnost a pružnost. *(Holeček, 2007; Musil, 2010; Bartošíková, 2006)*

Rozlišujeme pozitivní a negativní stres. Pozitivní eustres mobilizuje naše síly a nutí nás k lepším výkonům, zlepšuje naši odolnost. Distres je negativní, škodlivý stres, ovlivňující psychiku, chování (slabší výkony) i zdravotní stav (tělesné poškození, patologické změny). *(Bartůňková, 2010)*

### **7.2.1 Fáze stresu**

Rozlišujeme tři stádia/fáze stresu. První fází je poplachová reakce, kde se střídá fáze šoku (snížení odolnosti organismu) a fáze po šoková (obnovení obranných mechanismů). Zvyšuje se koncentrace stresových hormonů, mění se životní funkce. Cílem je mobilizovat energetické síly k obraně. Tato reakce je krátkodobá a není příliš efektivní. Dochází ke zvýšení pocení, rozšíření zornic, zvýšení svalového tonu, zlepšení kognitivních i smyslových schopností, zrychlení dechu, zvýšení tepu, utlumení bolesti atd.

Druhou fází je rezistence - adaptace a nastává vlivem opakovaného působení stresorů, dochází při ní k optimalizaci adaptace a lepšímu využití energie. Rozeznáváme tři typy adaptace a to absolutní, částečnou a žádnou adaptaci.

Třetí fáze vyčerpání je provázené zhroucením adaptačních možností se vznikem psychosomatického onemocnění, psychické poruchy, deprese, nebo syndromem vyhoření. Nastává při nadměrné intenzitě stresu, nebo v případě, kdy nedojde k vyřešení stresové situace. *(Bartůňková, 2010)*

### **7.2.2 Projevy stresu**

Vlivem stresových situací dochází k aktivaci organismu s následnými fyziologickými, emocionálními projevy a změnami chování. Mezi fyziologické projevy patří například bušení srdce, bolesti za hrudní kostí, nechutenství, plynatost, průjem, křečovitě bolesti, svalové napětí, nepříjemné pocity v krku aj. Mezi projevy emocionální zařadíme například prudké a výrazné změny nálady, zvýšená podrážděnost, popudlivost, úzkostnost, omezení kontaktu s lidmi apod. behaviorální změny (změny chování a jednání) se projevují nerozhodností, zhoršená kvalita práce, výmluvy, nepozornost, větší konzumace alkoholu, cigaret, léků na spaní, nebo na uklidnění, změny v denním rytmu apod. *(Bártlová, 2008)*

### 7.2.3 Následky stresu

Jak již bylo zmíněno, vlivem stresu může docházet k tělesnému poškození organismu. V rámci kardiovaskulárního systému se jedná o hypertenzi, koronární choroby apod. Stres negativně působí i na gastrointestinální trakt (zvracení, žaludeční vředy, dráždivý tračník). V ohrožení je i imunitní systém - snížená rezistence k nemocem, únavnost, apatie, letargie. Stres způsobuje časté nucení na močení, organistické dysfunkce nebo impotenci. Co se týká svalového systému, jsou zde časté bolesti zad, krční páteře, hlavy. Stres má negativní vliv i na dýchání, kdy způsobuje především astma, hypoventilaci, nebo dechovou nedostatečnost aj. (Křivohlavý, 2010)

### 7.2.4 Zvládání stresu

Existuje mnoho metod, technik a strategií, jak se vyrovnat se stresem. Cíle mohou být různé. Můžeme se snažit snížit intenzitu stresu, tolerovat stres po určitou dobu („určitě se to zlepší“), zachovat si emocionální klid, rovnováhu, zlepšit podmínky pro relaxaci apod. (Křivohlavý, 2010)

Rozlišujeme dva typy copingových strategií. První typ je strategie zaměřená na emoce. Cílem této strategie je zmírnění dopadu stresové situace, redukce negativním zážitků, obrana vlastních emocí a přijatelné emoční ladění. Druhý typ je strategie zaměřená na problém. Jedinec se soustředí na daný problém, nebo situaci a aktivně hledá nejlepší konkrétní řešení pro změnu situace, ať už odstranění, nebo zmírnění problému. (Musil, 2010)

Při zvládání stresu nejde jen o strategie nebo techniky. Důležitý faktor hrají osobnostní charakteristiky a resilience, která vyjadřuje naši odolnost v těžkých situacích. Jedná se v podstatě o individuální schopnost vyrovnání se stresové či distresové situace co nejrychleji a nejúčinněji. (Křivohlavý, 2010)

Projevy stresu nelze vůlí ovládat, není možné je zcela odstranit, ale pouze zmírnit. K tomu slouží tělesné a psychické uvolnění.

Mezi tělesné uvolnění stresu patří antistresové dýchání (pomalý hluboký nádech, krátké zadržetí, prudký výdech), tzv. dechová vlna (břicho, hrud', břicho, hrud'), vhodné je zvolnění tempa všech pohybů a řeči, uvolnění obličeje masáží, promnutím, studeným obkladem. Dále se doporučuje chvilková tělesná relaxace (jednoduché pohyby k uvolnění tenze, protáhnout se, zívnout), tzv. hadrový panák (posadit se, svésit ruce, uvolnit se), nebo naopak zaměstnat tělo pohybem, činností. Mezi často využívané speciální relaxační techniky patří především autorelaxační cvičení (Schultzův autogenní

trénink, jóga, kalenetika aj.) a antistresové masáže zejména trapézu, šíje, břicha a lýtka k uvolnění napětí.

Z psychického uvolnění lze použít jednobodové soustředění, které aktivizuje pravou hemisféru (ve stresu je přetížená levá hemisféra). Můžeme využít i známé „vypnutí mozku“, tedy naprosto odklonit pozornost od stresující záležitosti na něco úplně jiného, co pro nás znamená relaxaci. Prospěšnou metodou uvolnění je také tvořivá činnost, poslech antistresové hudby, vnímání maličností (drobné krásy kolem sebe) vizualizace spokojenosti (představy co má člověk rád, kdy je šťastný), myšlenková relaxace (snění, meditace, imaginace). Jinými účinnými metodami k uvolnění stresu je tzv. ventilace v komunikaci, čili vypovídat se, svěřit se, převést pocity do slov a také metoda autosugesce zvládnutí stresu, která spočívá v představení si dosaženého cíle, vyřešení situace. (Holeček, 2007)

#### **7.2.5 Stresové situace na urgentním příjmu**

Stresové situace a z nich plynoucí zátěž můžeme rozdělit na zátěž z pracovní činnosti, zátěž, která plyne z odlišnosti diagnóz pacientů a na zátěž, která se týká osobnosti zdravotníka. Pracovní stres pak rozdělujeme na stres související s rolemi (konflikty rolí), stres vyplývající z obsahu práce (zatížení, odpovědnost) a organizace práce (komunikace, nejasné kompetence).

Stresorem může být pro každého člověka něco jiného. Existují situace, kdy se jeden člověk zhroutí a pro druhého to může znamenat drobnost. Značným stresorem na urgentním příjmu je stálý rušný provoz, neutichající telefonáty, příjezd záchranné služby s mnoha pacienty, kteří potřebují rozdílnou péči jak do rychlosti, typu a intenzity. S tím je spojená velká zodpovědnost za výsledky práce a za život pacientů, neustálá pozornost, pružné reagování na změny a požadavky. Nutnost rychlých rozhodnutí při nedostatku informací, času, psychické pohodě všeobecné sestry také nepřispívá. Vzniku stresu pomáhá i kontakt s lidmi v těžkých emočních stavech, v bolestech, nebo v podnapilém stavu, péče o agresivní, zmatené, nespolupracující pacienty, špinaví a páchnoucí bezdomovci. Stresující je i péče o pacienty s infaustní prognózou, kontakt s utrpením, se smrtí a vyrovnání se s pocitem bezmoci, beznaděje.

Negativně na všeobecné sestry může mít vliv i konflikt na pracovišti, problémy v komunikaci s ostatním personálem, interpersonální vztahy, profesní úroveň kolegů. Dochází ke střetům různých charakterů, povah, nepříjemným výměnám názorů. Po

organizační stránce negativně působí směnný provoz, noční a denní směny, nepravidelné stravování, odpočinek, trpí i kontakt s rodinou. (Bártlová, 2008; Ptáček, 2013)

### **7.3 Frustrace**

Frustraci řadíme mezi náročnou životní situaci a představuje psychický stav vyvolaný jistou překážkou při dosažení svého vytyčeného cíle, nebo uspokojení důležité potřeby. Překážka (vnější i vnitřní vlivy) nám zcela brání, ohrožuje či oddaluje uspokojení potřeby, motivuje a vytváří nepřiměřené reakce. (Musil 2010)

Frustrace je nepříjemný negativní zážitek, představuje neočekávanou ztrátu naděje, vyvolává pocity zklamání, nejistoty, vnitřní neklid, napětí, hněv, zlost, pocity úzkosti, beznaděje, bezradnosti, strach, projevy rezignace, apatie, deprese aj. Zkušenosti s frustrací jsou velmi časté. Někdy však nemusí vyvolávat nepřiměřené reakce, ba naopak může malá frustrace jedince motivovat ke zvýšení úsilí, hledání jiných řešení, čímž napomáhá k rozvoji schopností. (Vágnerová, 2012; Holeček, 2007)

#### **7.3.1 Frustrační tolerance**

Frustrační tolerance je stupeň odolnosti. Udává, do jaké míry jsme schopni čelit frustraci. Frustrační tolerance je individuální, závisí na vrozených vlastnostech (temperament, charakter) a na vnějších faktorech (výchova, podpora, zkušenosti). (Holeček, 2007)

#### **7.3.2 Reakce na frustraci**

Na frustraci reagujeme nejčastěji útokem, nebo únikem. Útok je charakterizován bojem, snahou překážku porazit, překonat a dosáhnout cíle. Agresivní útok může být i v některých případech nutný a správný způsob řešení. Únik oproti tomu znamená ústup od cíle, čímž se zbaví i překážky. Tato reakce není jen projev bojácnosti, ale i moudrosti či obezřetnosti. Další možnou reakcí je obejetí překážky, kdy radši volíme delší cestu a větší úsilí. To bývá řešení u situací, kdy je nezbytné dosažení cíle. Kompenzace, volba náhradního cíle, je nejracionálnější ochranný mechanismus. Nový, náhradní cíl nebývá příliš žádoucí, ale dosažitelný. Fixace jako ochranný mechanismus znamená ustrnutí na určitém typu chování, které není vyzrálé. Typické je otočení se zády k překážce i cíli. (Holeček, 2007)

### 7.3.3 Frustrace v práci všeobecné sestry na urgentním příjmu

Všeobecné sestry na urgentním příjmu mohou být frustrovány především z časového tlaku, není neobvyklé, že je na všeobecnou sestru kladeno více úkolů na ráz, nejlépe i na více místech najednou. Když už se všeobecná sestra dostane k administrativě, zasedne ke stolu, objeví se další „problém“. Zdrojem frustrace mohou být i pacienti v těžkém stavu, umírající pacienti, jejich trápení, bolest. Všeobecné sestry se zmítají mezi pocity bezmocnosti, beznaděje, úzkosti. Neustále se věnovat pacientům, kteří mají infaustní prognózu, může stát ohromné množství citové a tělesné energie. Musejí zvládat neznámé situace, na něž nejsou emočně připraveny. Příčinou mohou být konfliktní vztahy na pracovišti, potřeba celoživotního vzdělávání, nedostatečné ocenění od pacientů, nadřízených, ale i ocenění po finanční a společenské stránce. (Vattailová, 2012)

## 7.4 Deprivace

Deprivace (strádání) je charakterizována dlouhodobým neuspokojováním základní potřeby. Deprivace vzniká, pokud není potřeba uspokojována v dostatečné míře a po dosti dlouhou dobu. Stav deprivace může také vzniknout vlivem uspokojování potřeby na úrovni existenčního minima. (Musil, 2010; Holeček, 2007)

Deprivace patří mezi nejzávažnější zátěžové vlivy působící na psychiku jedince. Dlouhotrvající deprivace může negativně ovlivňovat aktuální psychický stav, psychický vývoj (nerovnoměrný rozvoj jednotlivých složek) a vyvolávat vznik psychických odchylek. Podle typu potřeby, která není saturována, rozlišujeme několik druhů deprivace. Deprivace biologická (nedostatek jídla, pití, tepla, spánku aj.) ohrožuje tělesné i duševní zdraví. Sociální deprivace vzniká při nedostatku sociálního kontaktu, nebo při dlouhodobých problémech v mezilidských vztazích. Citová deprivace je nejčastější, vzniká neuspokojením citového vztahu, potřeby lásky, jistoty, bezpečí, nedostatku citové odezvy.

Deprivace v rámci profese všeobecné sestry vyplívá především ze zátěžových faktorů. Dalšími typy jsou deprivace sensorické, smyslové (nedostatek smyslových podnětů), kognitivní deprivace (nedostatek informací, zkušeností), konativní deprivace (nedostatek činností), motorická deprivace (nedostatek, nemožnost pohybu) a deprivace existenční (nenaplnění potřeby existenční jistoty). (Holeček, 2007; Vágnerová, 2012)

## 7.5 Psychická krize

V důsledku náhlého vyhocení situace, dlouhodobé kumulace či situačního nárůstu problému, dochází k narušení psychické rovnováhy, selhání adaptačních mechanismů a objevuje se psychická krize. Představuje aktuálně nezvládnutelný problém a dává nám podnět k nutné změně. Častou příčinou psychické krize, je vyhocení konfliktu a zkratovitě, impulzivní jednání nebo afektovaný výbuch. Setkáváme se i s inhibovaným, utlumeným jednáním.

Vznik konfliktu a krize na pracovišti v nemocnici je snadný, rychlý, nečekaný. Přispívá k tomu nedostatek personálu. Všeobecné sestry mají hodně služeb, negativně mohou i vnímat kolegyni která potřebuje pomoc, protože nestíhá, všeobecné sestry jsou nervózní, podrážděné, trpí „ponorkou“, má problém v soukromém životě aj. Stačí nepatrný podnět, „poslední kapka“ a dochází k psychické krizi. Každou krizi doprovází řada negativních pocitů, prožitků, narušení pocitu jistoty a bezpečí, úzkost, beznaděj, bezmoc, zoufalství, pocity ochromení, bezradnosti, neschopnosti situaci zvládnout. Ke zvládnutí krize je potřeba situaci přehodnotit a najít účinnější způsob řešení. (Vágnerová, 2012)

Právě v případě psychických krizí je vhodné uskutečnit supervizi zaměřenou na tým, na zaměstnance, jejich vztahy, postoje. Supervize týmu se snaží o udržení motivace, naplnění potřeb všech zaměstnanců, ale především pomáhá společně řešit obtížné situace, komunikační problémy, nebo změny, které se dotýkají celého týmu. Supervize poskytuje možnosti ventilace osobních těžkostí, sdílení pracovních problémů, společné hledání nejlepších možností řešení což je pro tým velmi prospěšné. (Hawkins, Shohet, 2004)

## 7.6 Syndrom vyhoření

V moderní literatuře existuje mnoho definic syndromu vyhoření, které vyjadřují mnoho pohledů na tento pojem. Janáčková (2008, s. 77) uvádí, že: *Termín „burnout“ - syndrom vyhoření, vyprahlosti, vypálení popisuje profesionální selhávání na základě vyčerpání vyvolaného zvyšujícími se požadavky od okolí nebo od samotného jedince. Zahrnuje ztrátu zájmu a potěšení, ztrátu ideálů, energie i smyslu, negativní sebeocení a negativní postoje k povolání.* Musil (2010, s. 34) tvrdí, že *„burnout syndrom znamená vyprahlost, vyhoření, vypálení, selhávání v důsledku vyčerpání což znamená: ztrátu zájmu, radosti, potěšení, ztrátu prožitku štěstí, ztrátu ideálů, úbytek energie, vytrácení*

*smyslu života, sebepodceňování až negativní oceňování sebe, ztrátu zájmu o povolání, negativní postoje k povolání, profesionální selhání.“*

### **7.6.1 Projevy syndromu vyhoření**

Syndrom vyhoření se projevuje zejména v psychice člověka. Tělesné příznaky se objevují až mnohem později. Charakteristikou syndromu vyhoření je obvykle ztráta nadšení, profesionálního zájmu, osobního zaujetí. Jde o stav dlouhodobého vyčerpání v důsledku chronického stresu a nadměrné fyzické či psychické zátěže. Mezi hlavní příznaky patří vyčerpání, odcizení a pokles výkonnosti.

Syndrom vyhoření se projevuje se ve všech rovinách. Po fyzické stránce se člověk cítí velmi unavený, vysílený, dostavuje se apatie, ochablost, nedostatek energie. Častým problémem je bolest hlavy, poruchy spánku, nevy spalost, ale i zvýšená potřeba spánku, přetrvávající celková tenze. Mohou se objevit i vegetativní poruchy. V psychické rovině převládá výrazný pocit celkového, duševního vyčerpání, problémy v koncentraci, pozornosti, přemýšlení. Snižuje se motivace, kreativita, iniciativa. Převažují negativní postoje k sobě i k jiným, negativní emoce jako smutek, frustrace, deprese, beznaděť, bezmoc. Zhoršuje se komunikace, zvyšuje se cynismus, negativismus, pesimismus a hostilita vůči lidem. Dochází k poklesu zájmu, naděje, pocitu smysluplnosti práce a k redukci činnosti na rutinní postupy. Na úrovni sociálních vztahů dochází k útlumu sociálního cítění, omezení kontaktů s klienty, kolegy. Snižuje se empatie, stupňuje se nechuť k práci a postupně narůstají konflikty. *(Ptáček, 2013)*

### **7.6.2 Fáze syndromu vyhoření**

Vývoj syndromu vyhoření probíhá v několika fázích, nicméně je možné do určité míry nějakou fází přeskočit. První fází je idealistické nadšení. Jedinec zprvu pracuje s nadprůměrným nasazením, má velké ideály, mnoho energie, žije svou prací. Zaměstnanec na sebe klade nereálné pracovní nároky, dochází k neefektivnímu vynaložení energie. Ve druhé fázi stagnace jedinec začne vnímat realitu a přehodnocovat své ideály. Jeho práce už není přitažlivá či vzrušující. Osobní život dostává první trhliny, konflikty. Ve třetí fázi frustrace jedinec začíná pochybovat o smyslu snažení, zažívá pocity bezmocnosti, zpochybňuje svoji práci a její výsledky, vzrůstá jeho zklamání. Poslední fáze - apatie nastupuje jako obranná reakce. Pokud jedinec nemá žádné vyhlídky na zlepšení situace, nastupuje vnitřní rezignace a jeho pracovní činnosti a výkonnost se omezují na minimum (nezbytně nutné), vyhýbá se novým či náročným úkolům a kontaktům s okolím. *(Stock, 2010; Venglářová, 2011)*

### 7.6.3 Syndrom vyhoření u všeobecných sester

Vývoj syndromu vyhoření trvá několik měsíců až let. Pokud není včas rozeznán, může vést k profesionální deformaci. Povolání všeobecné sestry je velmi rizikové povolání vzhledem ke vzniku syndromu vyhoření díky opakovaným, ne-li každodenním stresovým situacím. Největší vliv na vznik syndromu vyhoření mají faktory, které všeobecné sestry nemohou ovlivnit.

Podle výsledků výzkumu z roku 2013 ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze představuje největší zátěž kontakt se zmatenými a agresivními pacienty. Z výzkumu vyplynulo, že 40 % všeobecných sester uvažovalo o odchodu ze zaměstnání. Na vysoké zátěži se také podílí nedostatek personálu, časté úmrtí a narůstající administrativa. Jako střední zátěž všeobecné sestry vnímali vztahy na pracovišti, směnný provoz a komunikaci s příbuznými. Mírnou zátěž představuje komunikace s pacienty a práce s technikou. Jednou z otázek se autoři ptali, zda všeobecné sestry pociťují nechuť k práci, nebo mají náhlé výkyvy nálad. Podle počtu odpovědí byla polovina všeobecných sester ohrožena vznikem syndromu vyhoření. Velkou zátěží je také směnný provoz přičemž má 80 % všeobecných sester obtíže při noční směně a následně problémy se spánkem. *(Ptáček, 2013)*

K prevenci syndromu vyhoření by měli zodpovědně přistupovat jak sami všeobecné sestry, tak i jejich zaměstnavatelé. Všeobecné sestry by neměly větší riziko vzniku podceňovat a měly by o své zdraví dbát. Zdravý životní styl, vyvážená strava, aktivní přístup k životu, pravidelný odpočinek, relaxace, dostatek pohybu, pěstování koníčků může být účinnou prevencí. Každá začínající všeobecná sestra by měla projít adaptační praxí - procesem, která by měla poskytnout zaměstnanci pomoc a podporu. Někdy je vhodné uvažovat o změně oddělení pro výkon svého povolání. Zaměstnavatel by měl podporovat profesní růst a vzdělávání všeobecných sester. Měl by vytvářet vhodné prostředí pro efektivní týmovou spolupráci, poskytovat odpovídající finanční, ale i morální ohodnocení. Měl by rovněž poskytnout prostor pro vyjádření problémů zaměstnanců, jejich nápadů apod., například pomocí supervize. *(Novotná, 2006)*



## 8 ŽIVOTNÍ STYL

Životní styl všeobecných sester je již do značné míry ovlivňován samotným charakterem jejich povolání. Všeobecné sestry jistě znají zásady zdravého životního stylu, rizika i dopady nevhodných návyků, nicméně je jen na nich, jak ke svému stylu přistupují a jak pečují o své zdraví.

Zdravým životním stylem můžeme pojmenovat stav, nebo styl života, ve kterém se cítíme v pohodě jak po fyzické tak duševní stránce a zároveň nás v tomto stavu dlouho udržuje. Zdravý životní styl zahrnuje různé aktivity, vztahy a zvyklosti, které dlouhodobě mění stav organismu k lepšímu, zpomaluje stárnutí a umožňuje od něj získat maximum. *(Astl, 2009)*

Životní styl svědčí o našem způsobu života, o našich preferencích výživy, pohybu, postoji k návykovým látkám, způsobu odpočinku, osobních zájmových aktivitách a sociálním styku. Rozlišujeme pozitivní a negativní přístup k životnímu stylu, a tudíž i ke zdraví. Mezi pozitivní přístup můžeme zařadit pravidelnou tělesnou aktivitu, pestrou a vyváženou stravu, pěstování koníčků, sociálních kontaktů, dobré mezilidské vztahy, duševní hygienu, protistresové aktivity aj. Mezi ty negativní zařadíme kouření, abúzus alkoholu, drog, obezitu, nedostatečnou výživu, stranění se sociálních kontaktů aj. *(Fazik, 2006)*

### 8.1 Aspekty směnného provozu

Nepřetržitý provoz v podobě střídání denních a nočních směn představuje pro všeobecnou sestru závažný fyziologický, psychologický i společenský problém. Na všeobecné sestry je kladen vysoký nárok na adaptaci související se změnami v životním stylu. Směnný provoz ovlivňuje cirkadiální rytmus a tím může vyvolat různé zdravotní problémy, pocity únavy vyčerpání, potřeba odpočinku, spánkové deprivace aj. *(Vévoda, 2013)*

Každý se na změnu - narušení spánkového režimu, adaptuje různě. Tzv. „noční sovy“ snášejí noční směny lépe než „ranní ptáčata“. Na adaptaci ve směnném provozu má vliv i potřeba spánku. Lépe se budou adaptovat ti, kterým stačí méně spánku (6 - 7 hodin), než ti, kteří potřebují více spánku (8-9 i více hodin). Dalším faktorem je i věk, kdy se s přibývajícím věkem snižuje schopnost adaptace. Není vhodné, aby na nočních směnách pracovaly všeobecné sestry trpící poruchami spánku, nebo všeobecné sestry náchylnější na psychosomatická onemocnění. *(Pavlíková, 2008)*

## 8.2 Výživa

Otázka výživy všeobecných sester na urgentním příjmu je důležitá zejména kvůli směnnému provozu ale také kvůli nárazovosti práce, díky čemuž mají všeobecné sestry nepravidelné, krátké přestávky pro stravování, což může v některých případech vést i ke zvýšení hmotnosti, nebo k zažívacím problémům. V některých situacích nemají bohužel všeobecné sestry žádný prostor pro stravování, protože je urgentní příjem někdy místem „mírného chaosu“, nebo je přivezeno více pacientů najednou a v tom případě mají všeobecné sestry možnost se najíst pouze podle aktuálního programu své práce. Jak uvádí Vattaiová ve svém článku je bohužel také častým zvykem jíst cokoli, kdekoli, za chůze nebo ve stoje, jen aby všeobecné sestry něco „zakously“ a mohly se dál věnovat své práci. (Vattaiová, 2012)

Nutriční terapeutky Radvanová a Bauerová (2006, s. 21) ve svém článku uvádějí režim jídla při konkrétních směnách takto: „*Ranní směna - 6.00 hodin snídaně 9.00 hodin přesnídávka 12.00 hodin oběd v práci (vybírat si z nabídky závodního nebo restauračního stravování, možnost nákupu vhodných potravin v kantýnách, obchodech, automatech, případně si nechat pokrm dovést rozvázkovou službou nebo sníst oběd přinesený z domu) 15.00 hodin odpolední svačina 18.00 hodin večeře (teplá nebo studená) 20.00 hodin 2. večeře (občas podle chuti a porcí sněžených přes den).*

*Odpolední směna - do 8.00 hodin snídaně 10.00-10.30 hodin přesnídávka 12.00-12.30 hodin oběd doma, v práci, když přijdete dříve, v restauraci... 15.00-15.30 hodin svačina 18.00 hodin večeře studená (obdoba snídaně) 21.00 hodin 2. večeře po návratu ze zaměstnání kolem 22.00 již nejíst.*

*Před noční směnou do 8.00 hodin snídaně 10.00-10.30 hodin přesnídávka 12.00-13.00 hodin oběd 15.00-15.30 hodin svačina 18.00 hodin večeře ještě před odchodem do práce.*

*V době noční směny 22.00 hodin něco malého (jogurt, celozrnný rohlík namazaný nízkotučným sýrem a zeleninou apod.) 2.00 hodin porce ovoce 5.00-6.00 hodin snídaně.“*

Vše co pijeme a jíme, nám dodává potřebné látky pro fungování organismu. Dle výživových poradců je důležité si vybírat potraviny bez obsahu chemických látek, což je bohužel v dnešní době dosti obtížné, proto bychom měli dbát alespoň na dostatečný příjem ovoce a zeleniny a čerstvých potravin. To znamená vyhýbat se konzumaci již hotových pokrmů, pečivu vyrobenému ze zmrzlých polotovarů, nebo pečivu balenému v ochranné atmosféře. Nevhodné jsou také výrobky získané rozmrazením zmražených ryb, nebo

masné výrobky s prodlouženou trvanlivostí, které jsou vyrobené netradičními konzervačními postupy.

Je třeba zajistit rozmanitost stravy a jíst spíše malé, ale pravidelné porce, abychom nezatěžovali trávicí ústrojí a dostávali živiny pravidelně po celý den (viz příloha 2). Velkou roli hraje i tempo stravování. Při rychlém tempu dochází k poruše trávení a vstřebávání živin. Z tohoto důvodu je vhodné jíst pomalu a pečlivě žvýkat. Je důležité dodržovat správné stravovací návyky. Nevynechávat snídani a jíst pravidelně 4 - 6 menších porcí. Vhodné je sníst pět čerstvých kusů zeleniny a tři kusy ovoce denně. Měli bychom se také vyhýbat potravinám s obsahem cukru, mouky, soli a živočišných tuků a naopak upřednostňovat celozrnné potraviny s vysokým obsahem vlákniny, nízkotučné výrobky. V jídelníčku by neměly chybět ryby, v literatuře se můžeme setkat s různým doporučeným množstvím. Podle Astla (2009) bychom měly sníst 3 - 4 porce mořských ryb. V neposlední řadě bychom neměli zapomínat na adekvátní příjem tekutin. Doporučené množství se pohybuje okolo 2 - 3 litrů tekutin denně. Nedostatečný příjem tekutin způsobuje jejich omezený výdej a tím neefektivní odstraňování škodlivých látek z těla. Vhodné jsou také minerální a stolní neslazené vody, různé druhy čajů, ředěné ovocné šťávy, ale zejména prostá voda. Je také důležité popíjet vodu pravidelně během celého dne a nikoli nárazově. (Astl, 2009)

### **8.3 Spánek**

Spánek je základní biologická potřeba nezbytná pro zachování zdraví organismu. Důležitost spánku pro organismus spočívá především ve funkci zotavovací, syntetické, kdy se v REM fázi spánku regenerují psychické funkce a v Non-REM fázi spánku funkce fyzické. Další významnou funkcí spánku je funkce behaviorální, tj. vliv spánku na chování a jednání člověka. (Trachtová, 2013)

Potřeba spánku je individuální a působí na ni mnoho faktorů. V průběhu života se doba spánku mění. Obecně se doporučuje osmi hodinový spánek. Kromě délky spánku je důležitá i kvalita spánku. Většina lidí trpí poruchami spánku. Jde o problémy s usínáním, časně probuzení, nebo přerušovaný spánek. Dlouhodobý nedostatek spánku či dlouhodobý nekvalitní spánek navozuje změny podobné stárnutí, urychluje onemocnění, pocity chronické únavy, častější výskyt psychických poruch. Spánkový deficit ovlivňuje chování, psychické funkce a jeho vlivem může docházet ke zvýšenému počtu nehod, úrazů aj. (Borzová, 2009)

Při práci na urgentním příjmu se všeobecné sestry setkávají s náročnými situacemi, které se více či méně mohou projevit na jejich psychice a ovlivnit tak kvalitu spánku. Setkávají se kritickými stavy svých pacientů, mohou být pod časovým stresem. Negativně také působí pracovní problémy, konflikty na pracovišti. Na kvalitu spánku všeobecných sester má také velký vliv směnný provoz a zejména noční směna. Noční směny s sebou přinášejí nepravidelný spánek, který člověka negativně ovlivňuje. Dochází k restrikci spánku. Spánek po noční směně je méně kvalitní (méně hluboký), zhruba o jednu až tři hodiny kratší a narušený mnoha okolními vjemy, které se v noci nevyskytují. Denní spánek proto nebývá tak kvalitní jako ten noční. Je tedy nevhodné, aby na noční směně byla všeobecná sestra trpící poruchami spánku, nebo všeobecná sestra náchylnější ke vzniku psychosomatických poruch. (Pavlíková, 2008)

#### **8.4 Relaxace, odpočinek**

V oblasti relaxace a odpočinku u všeobecných sester je také důležitý krok ze stran zaměstnavatele. Během pracovní doby je nutné pro zachování rovnováhy, udržení pozornosti pauza, odpočinek. Na každém urgentním příjmu by měli mít sestry vlastní prostor- denní odpočinkovou místnost, kde by si mohly alespoň chvilku oddechnout, uvolnit se, relaxovat. Samozřejmostí je vhodné vybavení této místnosti. Zaměstnavatelé mohou nabízet i různé rekondiční programy, návky rehabilitace, poukázky do fitness centra nebo plaveckého bazénu, apod.

Odpočinek představuje především klid, relaxaci a uvolnění napětí odstranění stresu, úzkosti. Potřeba a forma odpočinku je individuální, pro někoho znamená nečinnost, pro jiného aktivitu, které ho uklidňují. To vše ovlivňuje prožívání člověka a navozuje pozitivní emoce. Předpokladem pro kvalitní odpočinek je pocit, že máme vše pod kontrolou, pochopení svého okolí, klid, pohoda a spokojenost. (Trachtová, 2013)

Při odpočinku a spánku dochází ke spontánní, samovolné relaxaci. Nejvýznamnější je odpočinek před spaním. Při odpočinku se snižuje tenze pod určitou hranici a organismus může usnout. Pokud není člověk dostatečně odpočatý, nastávají při spánku různé samovolné pohyby končetin, trhání, záškuby, převalování apod. Stejně jako trpí tělo, trpí i duše v podobě nepříjemných snů. Oproti tomu diferenciovaná relaxace je vůli navozená a může k ní dojít kdykoli během dne.

Při relaxaci jde o střídavé napínání a uvolňování svalů. Je to nejjednodušší typ relaxace, kterou můžeme provádět i v práci a jde o stažení a uvolnění určité skupiny svalů.

Na ruce můžeme zatínat pěsti, protáčet zápěstí a lokte. Totéž můžeme použít i na dolních končetinách. K neúčinnějším formám relaxace patří uvolňování krční páteře a obličejových svalů (viz příloha 3). Tu můžeme dělat přiložením obou rukou na obličej a sevřením celého obličeje. Efekt se zvýší, pokud v sevřených rukách budeme mít studenou vodu a poté si obličej otřeme hrubším ručníkem. *(Kraska-Lüdecke, 2007)*

Mezi relaxaci můžeme také zařadit ventilaci emocí. Je důležité to co nás trápí dostat ven, vypovědět se partnerovi, rodičům, kamarádce, nebo vyhledat odborníka - psychologa, kterému můžeme říct i to, co nikdo jiný nesmí slyšet, nebo to co bychom nechtěli, aby se dostalo na veřejnost. Další možností je ventilace emocí na papír. Můžeme si dlouhodobě psát si deníček, ale také můžeme psát na tzv. volný list papíru. Při této metodě si zapisujeme to, co zrovna prožíváme, jaké máme pocity, otázky, co vše se nám honí hlavou. Tato technika snižuje negativní emocionální pocity, vnitřní napětí a umožňuje se lépe vypořádat s těžkostmi, které život přináší.

Klasická relaxační cvičení patří mezi hlubší podporu relaxace. Mezi nejvíce využívané klasické relaxační techniky patří Schultzův autogenní trénink založený na kombinaci relaxace a koncentrace, Jacobsonova progresivní svalová relaxace a meditace, tedy rozjímání, pohled do vlastního nitra, při které můžeme pro lepší efektivnost použít relaxační, meditační hudbu. *(Holeček, Miňhová, Prunner, 2009)*

## **8.5 Aspekty fyzické aktivity**

Fyzická aktivita významně ovlivňuje zdraví člověka a představuje nejpřirozenější předpoklad pro jeho zachování. Stimuluje cirkulaci krve, zlepšuje prokrvení a vede k prevenci aterosklerózy. Tělesná aktivita zvyšuje tělesnou zdatnost, pomáhá proti bolestem a snižuje cholesterol. Sport ale také představuje výbornou ochranu před stresem a jeho následným vlivům – únavě a špatné náladě, protože se při tělesné aktivitě „vyčistí hlava“. Životnímu stylu více pomáhá pravidelná byť kratší aktivita, nežli nárazové, dlouhé zatížení. *(Plevová, 2011)*

Fyzickou aktivitou se nemyslí pouze kondiční cvičení. Vhodná je například jóga, která mimo relaxaci zlepšuje držení těla a předchází problémům se zády, nebo pilates, při kterém jeden pohyb plně přechází do dalšího pohybu. Fyzická aktivita je účinná při budování svalové síly, výkonnosti, pružnosti, procvičují se všechny svalové skupiny. *(Davies, 2008)*

Je zřejmé, že jsou všeobecné sestry ve své práci velmi fyzicky aktivní a po skončení směny už často nemají energii se věnovat vysilujícímu cvičení. Křivohlavý ve své knize uvádí, že i obyčejná procházka či vycházka se psem v parku, nebo v lese je pro organismus velmi prospěšná, proto by si na ní měl každý najít čas. Je důležité být na čerstvém vzduchu daleko od ruchu města. Procházka spojená s upraveným dýcháním je i výborná forma relaxace. Je třeba se odpoutat od všech starostí, trápení a konflikty a zaměřit se krásy okolí. (Křivohlavý, 2010)

Při sportu se také zvyšuje produkce hormonů štěstí (endorfin, serotonin). Ke zvýšení produkce těchto hormonů dochází i při smíchu. Smích se označuje za tzv. lehkou vibraci, která má pozitivní vliv na tzv. těžší vibrace jako je strach, deprese aj. Smích je tedy nejjednodušší ochrana proti všem negativním vlivům. Má velké relaxační účinky a vytváří vnitřní sílu pro boj s překážkami. Smích tak napomáhá vyrovnat se s náročnějšími situacemi, uvolňuje tendence k vážnosti a zlepšuje život. Při smíchu se uvolňují endorfíny, které pozitivně ovlivňují náladu. Při smíchu se prohlubuje dýchání, zlepšuje se prokrvení, krevní oběh, zapojí se zhruba tři sta svalů, uvolňují se více imunoglobulinu A, čímž se posiluje obranyschopnost těla a pozitivně působí na centrum bolesti v mozku. Je bez debaty jasné, že smích léčí, jak tělo, tak duši. (Kraska- Lüdecke, 2007; Alvarez, 2013)

## 9 SUPERVIZE VE ZDRAVOTNICTVÍ

Psychická i fyzická pohoda všeobecných sester by měla být i v zájmu jejich zaměstnavatele. Proto by se i zaměstnavatel měl podílet na péči o psychickou pohodu svých zaměstnanců. Jednou takovou metodou je právě supervize. V současné době neexistuje jedna ustálená definice. Matuška (2005, s. 38) uvádí, že: „*Supervize je strukturované uvažování nad konkrétními problémovými situacemi, které vznikly v interakci jednotlivého pracovníka s klienty, případně s příbuznými klienta nebo i s dalšími spolupracovníky, přičemž těžiště procesu spočívá ve vzdělávání (rozvoji kompetence) pracovníka, zatímco prvek kontroly je méně výrazný.*“

Supervize může být definována také jako organizovaná příležitost k sebereflexi, forma podpory profesionálního růstu s cílem plánovat další postup práce a zvyšovat tak svoji profesionální kompetenci. Supervize je nejčastěji vnímána jako profesionální pracovní poradenství. Může se týkat jednotlivce, týmu, nebo skupiny. Může být vnímána jako prostor k ventilaci emocí, obtížných problémů s pacienty a kolegy, nalezení nových souvislostí, nápadů, jiných řešení, možností jak jinak rozumět či jednat. Nabízí podporu při profesní nejistotě, možnosti pro zlepšení pracovní situace, atmosféry na pracovišti, s cílem spokojenosti, motivace pracovníků, zvyšování odolnosti proti stresu a také s cílem podpory jejich pracovních růstů. (Bartošíková, 2006)

### 9.1 Rozdělení supervize

Nejvyužívanější supervizí je týmová supervize. Zaměřuje se na konkrétní tým pracovníků. Radíme sem supervizi týmu, která se věnuje neformálním rolím, úkolům, vzájemným vztahům mezi členy týmu, postojům k jednotlivým členům týmu a jejich práci. Věnuje se také převládající atmosféře v týmu, problémům v komunikaci, úrovni spolupráce či sebeprosazování se v týmu aj. Druhým typem týmové supervize je supervize v týmu, jejímž obsahem může být například společný rozbor konkrétního případu, rozbor vzniku zátěžové či krizové situace s pacienty aj. (Havrdová, Hajný, 2008)

Skupinová supervize znamená setkání pracovníků, jejichž cílem je v rámci zdravotnického provozu diskuze o práci a pacientech. Tento typ supervize se věnuje zejména profesionálnímu rozvoji a získání nových poznatků a dovedností. Skupinu by neměl tvořit tým, ale pracovníci z různých pracovišť se stejným zájmem a typem práce. Může se jednat například o skupiny všeobecných sester v adaptačním procesu, skupiny

staničních sester aj. Nikdy by v této skupině neměli být podřízení a nadřízení společně. (Venglářová, 2013)

Posledním typem supervize je individuální supervize, která probíhá formou rozhovoru mezi supervizorem a jedním pracovníkem. Je zaměřena pouze na pracovní problematiku a často využívaná je u lékařů a psychologů. U všeobecných sester se s tímto druhem supervize setkáme hlavně po mimořádné těžké situaci, se kterou se všeobecná sestra těžko vyrovnává (např. napadení pacientem). (Venglářová, 2011)

## **9.2 Důležitost supervize na urgentním příjmu**

Všeobecné sestry na urgentním příjmu musí být velmi flexibilní a musí být připraveny na komplexní a velmi náročné klinické situace. Cílem supervize je změřit efektivnost práce a spokojenost pracovníků. Účinky klinické supervize na kvalitu péče jsou klíčovým prvkem při zlepšování kvality a byly definované jako cílové oblasti Světové zdravotnické organizace. Je nepopiratelné, že všeobecné sestry potřebují podporu ve své odborné praxi, protože jejich praxe je mnohem složitější a nepředvídatelná. Všechny těžkosti spojené s prací na urgentním příjmu se promítají do více oblastí, je ohroženo psychické ale i fyzické zdraví všeobecné sestry, její osobní, rodinný život. Jsou ohroženy vztahy na pracovišti, vzájemná spolupráce, komunikace, což přispívá k pracovním chybám, omylům, ohrožení zdraví pacienta. Na základě klinické supervize lze optimalizovat chod oddělení, snížit stres na pracovišti, navíc mohou všeobecné sestry rozvíjet odborné znalosti a provádět odborné dovednosti, zlepšit a rozvíjet kvalitu péče, kterou poskytují svým pacientům. (Gruz, 2011; Cruz, Carvalho, Sousa, 2014)



## 10 FORMULACE PROBLÉMU- CÍLE VÝZKUMU

Profese všeobecné sestry je všeobecně vnímána jako poslání. Tím více právě na urgentním či vysokoprahovém příjmu, kde se všeobecné sestry přímo podílejí na záchraně životů pacientů v akutním ohrožení života. Jaká ale je skutečnost, jaká úskalí přináší práce všeobecných sester na urgentních či vysokoprahových příjmech? S jakými nástrahami se musí dennodenně všeobecné sestry potýkat a podporuje je jejich zaměstnavatel v péči o svoji pohodu a řešení náročných situací? To je předmětem této diplomové práce.

Cílem této diplomové práce je zmapovat profesi všeobecných sester na urgentních a vysokoprahových příjmech z pohledu samotných všeobecných sester, které na těchto odděleních pracují. Pro tyto účely byly stanoveny tyto cíle:

1. Zhodnocení materiálně technického zabezpečení urgentních a vysokoprahových příjmů z pohledu všeobecných sester
2. Zhodnocení psychické a fyzické zátěže všeobecných sester pracujících na urgentních a vysokoprahových příjmech
  - a) Porovnání míry fyzické a psychické náročnosti práce všeobecných sester na urgentních a vysokoprahových příjmech
  - b) Identifikace faktorů ovlivňujících psychickou a fyzickou pohodu práce všeobecných sester na urgentních a vysokoprahových příjmech
  - c) Určení míry vlivu pracovní zátěže na osobní stav všeobecných sester, pracujících na urgentních a vysokoprahových příjmech
3. Zmapovat problematiku supervize na urgentních a vysokoprahových příjmech
  - a) Analýza zkušeností sester pracujících na urgentních a vysokoprahových příjmech se supervizí
  - b) Zhodnocení supervize z pohledu všeobecných sester pracujících na urgentních a vysokoprahových příjmech

## 11 METODIKA VÝZKUMU

Pro výzkumné šetření byla použita kvantitativní dotazníková metoda. Výzkum probíhal od listopadu 2014 do února 2015 na oddělení urgentních a vysoprahových příjmů v těchto nemocnicích: Nemocnice Jindřichův Hradec a.s., FN Motol, ÚVN Praha, FN Olomouc, FN Hradec Králové, Nemocnice Břeclav, p. o., Nemocnice Jihlava, p. o., Oblastní nemocnice Kladno, a. s. a Nemocnice Blansko. Výzkum probíhal vždy se souhlasu náměstkyně pro ošetrovatelskou péči na základě podané žádosti (viz příloha 2). Dotazníky byly určené všeobecným sestřám a byly zcela dobrovolné a anonymní. Dotazník obsahuje 28 otázek, z toho 18 uzavřených s jednou možnou odpovědí, 9 polootevřených, kde mohli respondenti kromě nabízených odpovědí doplnit jinou odpověď dle svého uvážení a 1 otevřenou, kde byl prostor pro vyjádření ve formě volné odpovědi. U 24 otázek byla možná jen jedna odpověď, u 4 otázek bylo možné označit více odpovědí.

K testování níže uvedených hypotéz byly použity následující statistické metody:

1. Kontingenční tabulka. V rámci vyhodnocování získaných dat byly nejčastěji použity kontingenční tabulky. Dvourozměrnou kontingenční tabulku četností, z jejichž hodnot často můžeme usoudit na závislost či nezávislost mezi dvěma kategoriálními proměnnými, použijeme v případě, kdy nestačí zjistit základní četnosti pro jednotlivé proměnné, ale zajímají nás odlišnosti a závislosti mezi jednotlivými skupinami proměnných. Kontingenční tabulky tak představují základ pro testování závislosti a pro výpočet měř intenzity závislosti.
2. Chí-kvadrát test. Chí-kvadrát test je metoda, zjišťující, zda mezi dvěma znaky existuje prokazatelný výrazný vztah. Základní myšlenka tohoto testu spočívá v porovnání pozorovaných a očekávaných četností. Pozorované četnosti zjistíme z kontingenční tabulky. Očekávané četnosti je nutné vypočítat. Při výpočtu vycházíme z předpokladu, že platí nulová hypotéza, která předpokládá, že mezi dvěma kvalitativními veličinami není žádná závislost. Velikost rozdílu mezi pozorovanými a očekávanými četnostmi posuzujeme pomocí testové statistiky chí-kvadrát. Na základě pravděpodobnostního rozložení chí-kvadrát se vypočítá pravděpodobnost výskytu takového nebo ještě extrémnější hodnoty. Tato pravděpodobnost se nazývá dosažená hladina významnosti statistického testu (p-hodnota). V Excelu ji vypočteme pomocí funkce CHITEST. Pokud je menší než 0,05, nulovou hypotézu zamítáme. Znamená to, že pravděpodobnost, že by pozorované rozdíly či závislosti vznikly pouze náhodou, je menší než 5 %.

## 12 HYPOTÉZY

V rámci této diplomové práce bylo stanoveno celkem 6 hypotéz, které budou pro potvrzení či vyvrácení dále statisticky testovány. Nulovou hypotézou ( $H_0$ ) nazýváme předpoklad, který vyslovíme a chceme ověřit. Ověřování platnosti  $H_0$  se pak nazývá testování nulové hypotézy. Pro případ, že  $H_0$  neplatí, je zapotřebí pak ještě uvést, s jakou jinou alternativou počítáme, kdy tato možnost je nazývána alternativní hypotézou a značí se  $H_1$ , přičemž obecně  $H_1$  nemusí být negací  $H_0$ .

Hladina významnosti  $\alpha$  představuje pravděpodobnost (hodnotu rizika), že zamítneme nulovou hypotézu, i když je správná. V praxi se volí zpravidla  $\alpha = 0,05$  nebo  $\alpha = 0,01$ . V této práci byla použita hladina významnosti  $\alpha = 0,05$ , kdy výsledek testu přijímáme s 95 % pravděpodobností.

### Hypotéza č. 1

1H: Většina všeobecných sester pozitivně hodnotí materiálně technické zabezpečení urgentních a vysokoprahových příjmů

Kritérium: více než 60% respondentů kladně ohodnotí materiálně technické zabezpečení urgentních a vysokoprahových příjmů

### Hypotéza č. 2

2 $H_0$ : Hodnocení úrovně složitosti přístrojové techniky na pracovišti nemá vliv na hodnocení samotné náročnosti práce s přístrojovou technikou.

2 $H_1$ : Hodnocení úrovně složitosti přístrojové techniky na pracovišti má vliv na hodnocení samotné náročnosti práce s přístrojovou technikou.

### Hypotéza č. 3

3 $H_0$ : Neexistuje vztah mezi hodnocením míry fyzické a psychické náročnosti práce sestry

3 $H_1$ : Existuje vztah mezi hodnocením míry fyzické a psychické náročnosti práce sestry

#### **Hypotéza č. 4**

4H<sub>0</sub>: Hodnocení psychické náročnosti práce sestry nemá vliv na hodnocení vlivu práce na psychický stav sestry.

4H<sub>1</sub>: Hodnocení psychické náročnosti práce sestry má vliv na hodnocení vlivu práce na psychický stav sestry.

#### **Hypotéza č. 5**

5H<sub>0</sub>: Hodnocení fyzické náročnosti práce sestry nemá vliv na hodnocení vlivu práce na fyzický stav sestry.

5H<sub>1</sub>: Hodnocení fyzické náročnosti práce sestry má vliv na hodnocení vlivu práce na fyzický stav sestry

#### **Hypotéza č. 6**

6H<sub>0</sub>: Neexistuje rozdíl v hodnocení supervize na pracovišti v případě, že je povinná nebo dobrovolná.

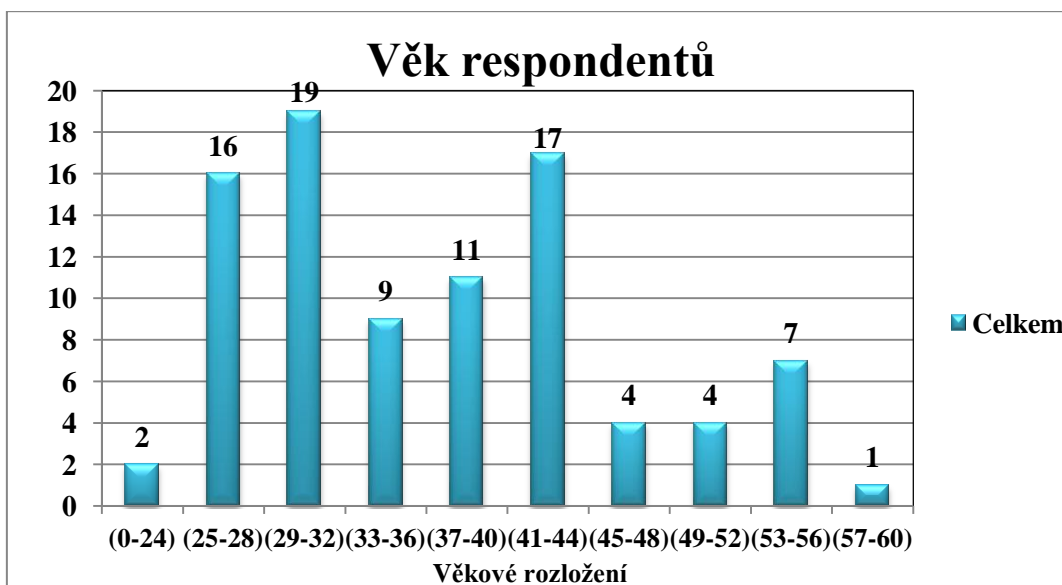
6H<sub>1</sub>: Existuje rozdíl v hodnocení supervize na pracovišti v případě, že je povinná nebo dobrovolná.

## 13 VZOREK RESPONDENTŮ

Dotazník byl rozdán všeobecným sestřám na urgentním a vysokoprahovém příjmu v těchto nemocnicích: Nemocnice Jindřichův Hradec a.s., FN Motol, ÚVN Praha, FN Olomouc, FN Hradec Králové, Nemocnice Břeclav, p. o., Nemocnice Jihlava, p. o., Oblastní nemocnice Kladno, a.s. a Nemocnice Blansko. Vzhledem k tomu, že urgentní či vysokoprahový příjem není součástí každého zdravotnického zařízení, jedná se tak o specifickou kategorii s menším počtem zaměstnanců a proto i respondentů. Ovlivňujícím faktorem menšího vzorku respondentů je i fakt, že se jedná o poměrně choulostivé téma, kdy některá zdravotnická zařízení nechtěla dotazníkové šetření na toto téma schválit.

V rámci dotazníkového šetření bylo rozdáno 120 dotazníků. Vráceno bylo 100 dotazníků. Návratnost byla 83 %. Následně bylo z vrácených dotazníků 10 vyřazeno pro neúplnost nebo nesprávné vyplnění. Celkový počet dotazníků je tedy 90, což odpovídá celkové návratnosti 75 %.

**Graf 1 Věkové rozložení respondentů**



Zdroj: vlastní

**Tabulka 1 Délka praxe respondentů**

Délka praxe na urgentním příjmu		
Délka praxe	Absolutní četnost	Relativní četnost
Do 5- ti let	47	52 %
5 až 10 let	21	23 %
10 až 15 let	16	18 %
15 až 20 let	5	6 %
Nad 20 let	1	1 %
<b>Celkem</b>	<b>90</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní

## 14 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

### 14.1 Testování hypotézy č. 1

1H: Většina všeobecných sester pozitivně hodnotí materiálně technické zabezpečení urgentních a vysokoprahových příjmů

Cílem je zhodnotit materiální a technické zabezpečení urgentních a vysokoprahových příjmů, co do množství, ale i jejich kvality. Pro tuto hypotézu byly klíčovými položky otázka č. 5 „Jste spokojen/a s dostatkem kvalitních pracovních pomůcek?“, otázka č. 6 „Jak hodnotíte stav přístrojové techniky?“ a otázka č. 11 „Jste spokojen/a s dostatečným množstvím přístrojové techniky?“. Otázky jsou znázorněny pomocí tabulek obsahujících absolutní a relativní četnost.

**Tabulka 2 Spokojenost respondentů s pomůckami**

<b>Spokojenost s dostatkem kvalitních pracovních pomůcek</b>		
<b>Odpovědi</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Máme dostatek kvalitních pracovních pomůcek	53	59 %
Občas pomůcky chybí a musíme si půjčovat z jiných pracovišť	32	36 %
Výrazný deficit v množství kvalitních pomůcek	0	0 %
Nemáme dostatek kvalitních pomůcek	4	4 %
Jiné:	1	1 %
Chybí pomůcky usnadňující manipulaci s pacienty-zvedáky apod.		
<b>Celkem</b>	<b>90</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 90 respondentů (100 %) odpovědělo 53 respondentů (59 %), že mají dostatek kvalitních pracovních pomůcek. 32 respondentů (36 %) uvedlo, že pomůcky občas chybí a musejí si půjčovat z jiných pracovišť. Žádný respondent (0 %) nepocítuje výrazný deficit v množství kvalitních pomůcek. 1 respondent (1 %) uvedl, že na oddělení chybí pomůcky pro usnadnění manipulace s pacienty.

**Tabulka 3 Spokojenost respondentů s přístrojovou technikou**

<b>Spokojenost s dostatečným množstvím přístrojové techniky</b>		
<b>Odpovědi</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Máme dostatek přístrojové techniky, i náhradní	36	40 %
Máme dostatek přístrojové techniky	47	52 %
Nemáme dostatek přístrojové techniky	5	6 %
Jiné:	2	2 %
Chybí kvalitní SONO		
<b>Celkem</b>	<b>90</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 90 respondentů (100 %) má dostatek přístrojové techniky i té náhradní 36 respondentů (40 %). 47 respondentů (52 %) uvedlo, že mají dostatek přístrojové techniky. 5 respondentů (6 %) přiznalo, že mají nedostatek přístrojové techniky. 2 respondenti (2 %) uvedlo, že na oddělení chybí kvalitní SONO.

**Tabulka 4 Stav přístrojové techniky**

<b>Stav přístrojové techniky</b>		
<b>Odpovědi</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Máme moderní techniku v bezvadném stavu	61	68 %
Máme omezené možnosti, hodně přístrojů je nefunkčních	12	13 %
Máme starou techniku	4	4 %
Jiné	13	14 %
<b>Celkem</b>	<b>90</b>	<b>100%</b>

Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 90 respondentů (100 %) uvedlo 61 respondentů (68 %), že mají moderní techniku v bezvadném stavu. 12 respondentů (13 %) zvolilo možnost: máme omezené možnosti, hodně přístrojů je nefunkčních. 4 respondenti (4 %) uvedlo, že mají pouze starou techniku a 13 respondentů (14 %) zvolilo možnost jiné.

**Tabulka 5 Odpovědi možnosti jiné**

<b>Možnosti jiné</b>		
<b>Odpovědi</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Většina techniky je stará	3	23 %
Standardní úroveň techniky	1	8 %
Nová i stará techniky	6	46 %
Moderní technika v opotřebeném stavu	3	23 %
<b>Celkem</b>	<b>13</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 13 respondentů (100 %) uvedli 3 respondenti (23 %), že disponují většinou starou technikou. 1 respondent (8 %) uvedl, že mají přístrojovou techniku na standardní úrovni. 6 respondentů (46 %) uvedlo, že mají na oddělení k dispozici novou i starou techniku a 3 respondenti (23 %) uvedlo, že mají moderní techniku v opotřebeném stavu.

#### **14.1.1 Vyhodnocení hypotézy č. 1**

1H: Většina všeobecných sester pozitivně hodnotí materiálně technické zabezpečení urgentních a vysokoprahových příjmů

Kritérium: Více než 60 % respondentů kladně ohodnotí materiálně technické zabezpečení urgentních a vysokoprahových příjmů

#### **Hypotéza byla na základně zjištěných výsledků z dotazníkového šetření potvrzena**

Všeobecné sestry pozitivně hodnotí materiálně technické zabezpečení. Při hodnocení množství pracovních pomůcek či přístrojové techniky je znatelný rozdíl mezi kladným a negativním hodnocením. 95 % všeobecných sester kladně ohodnotilo množství kvalitních pracovních pomůcek (graf 2), stejně tak bylo kladné i hodnocení množství přístrojové techniky 92 % respondenty (graf 3).

Při hodnocení stavu přístrojové techniky byly odpovědi více rozložené. 61 respondentů (68 %) stav přístrojové techniky hodnotilo kladně a uvedlo, že mají moderní techniku v bezvadném stavu, oproti tomu 31 % všeobecných sester hodnotilo stav negativně (graf 4). 12 všeobecných sester (13 %) přiznalo, že mají omezené možnosti,



protože je hodně přístrojů nefunkčních. 13 všeobecných sester (14 %) využilo možnosti jiné, kde nejčastěji odpověděly, že mají jak moderní tak starou techniku., či moderní techniku, ale v opotřebeném stavu.

Na základě výsledků z tabulky č 3 Spokojenost s pomůckami jsme vytvořili graf 2 Hodnocení množství pomůcek, ze kterého je patrné převažující pozitivní hodnocení o 90 %.

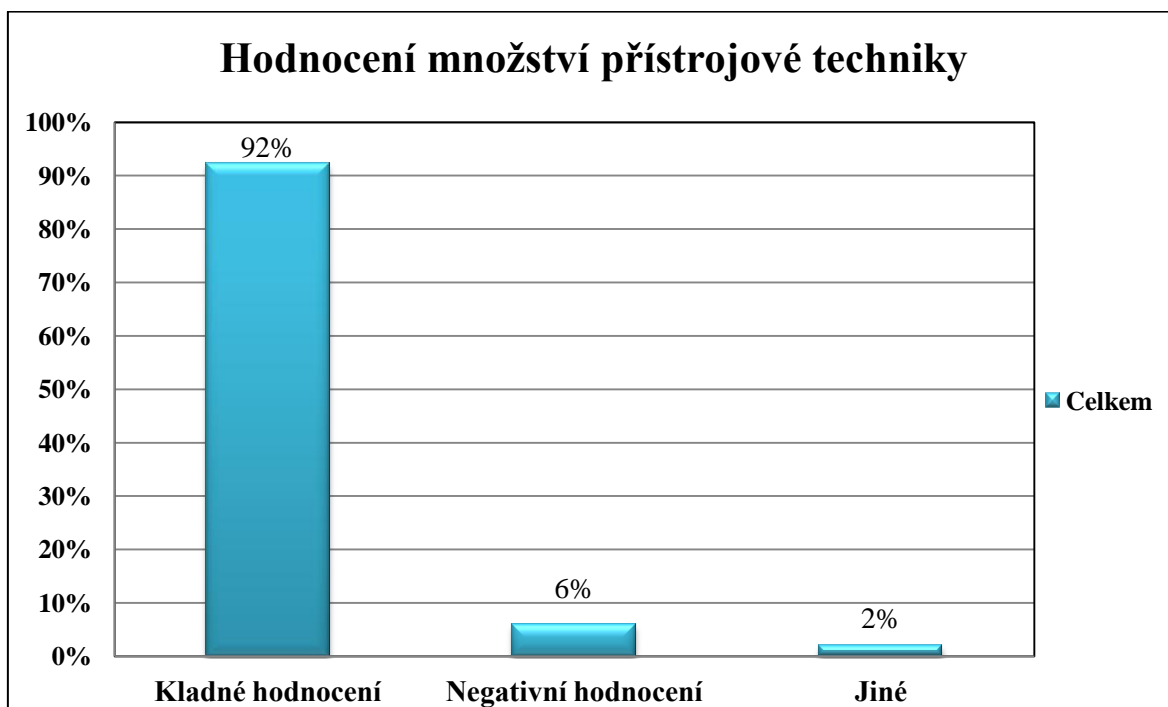
**Graf 2 Hodnocení množství pomůcek**



Zdroj: vlastní

Na základě výsledků z tabulky č 4 Spokojenost s přístrojovou technikou jsme vytvořili graf 3 Hodnocení množství přístrojové techniky, ze kterého je patrné převažující pozitivní hodnocení o 84 %.

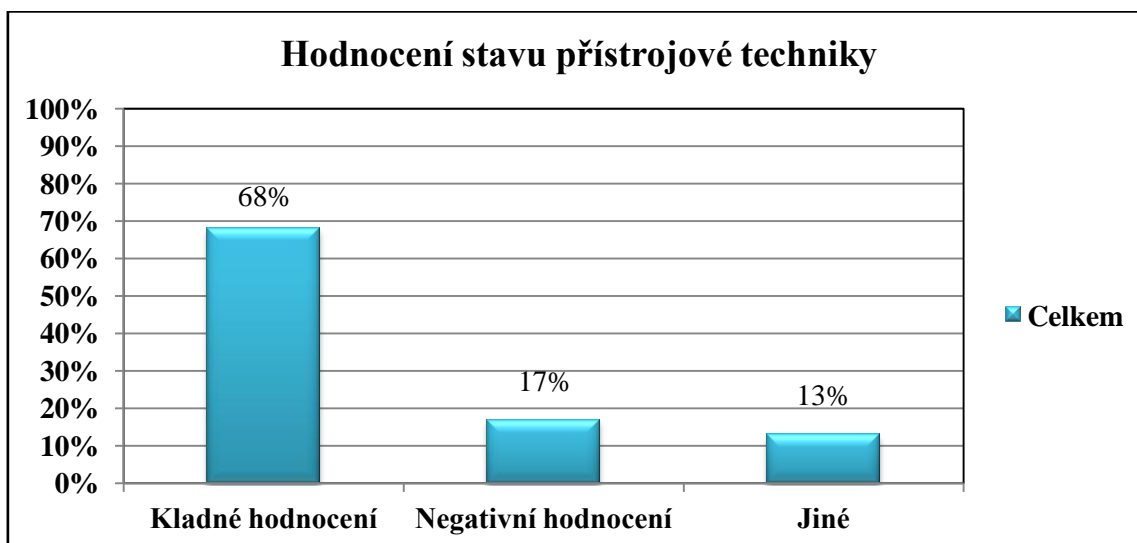
**Graf 3 Hodnocení množství přístrojové techniky**



Zdroj: vlastní

Na základě výsledků z tabulky č 5 Stav přístrojové techniky jsme vytvořili graf 4 Hodnocení stavu přístrojové techniky, ze kterého je patrné převažující pozitivní hodnocení o 31 %.

**Graf 4 Hodnocení stavu přístrojové techniky**



Zdroj: vlastní

## 14.2 Testování hypotézy č. 2

$2H_0$ : Hodnocení úrovně složitosti přístrojové techniky na pracovišti nemá vliv na hodnocení samotné náročnosti práce s přístrojovou technikou.

$2H_1$ : Hodnocení úrovně složitosti přístrojové techniky na pracovišti má vliv na hodnocení samotné náročnosti práce s přístrojovou technikou.

Cílem je zjistit, zda existuje vztah mezi složitostí přístrojové techniky na oddělení a náročností samotné práce s touto technikou. Pro tuto hypotézu byly klíčovými položky otázka č. 15 „Je podle Vás přístrojová technika složitá na ovládání?“ a otázka č. 16 „Je pro Vás osobně práce s technikou náročná?“. Otázky jsou znázorněny pomocí tabulek obsahujících absolutní a relativní četnost.

**Tabulka 6 Ovládání přístrojové techniky**

<b>Složitost ovládání přístrojové techniky</b>		
<b>Odpovědi</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Ano	1	1 %
Ano, částečně	23	26 %
Ne	66	73 %
<b>Celkem</b>	<b>90</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 90 respondentů (100 %) uvedl pouze 1 respondent (1 %), že je přístrojová technika používaná na jeho oddělení složitá na ovládání. 23 respondentů (26 %) uvedlo, že přístrojová technika používaná na jejich oddělení je částečně složitá na ovládání a 66 respondentů (73 %) uvedlo, že přístrojová technika používaná na jejich oddělení není složitá na ovládání.

**Tabulka 7 Náročnost práce s technikou**

<b>Náročnost práce s technikou</b>		
<b>Odpovědi</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Ano	0	0 %
Spíše ano	5	6 %
Ne	59	66 %
Spíše ne	26	29 %
<b>Celkem</b>	<b>90</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní

Zde odpovídali respondenti na otázku: „Je pro Vás osobně práce s technikou náročná?“. Žádný respondent neoznačil možnost ano. 5 respondentů (6 %) se přiklání k možnosti spíše ano. Pro 59 respondentů (66 %) není práce s přístrojovou technikou náročná a možnost spíše ne uvedlo 26 respondentů (29 %).

### 14.2.1 Vyhodnocení hypotézy č. 2

Na základně zpracování výsledků hypotézu zamítáme. Složitost ovládní přístrojové techniky má vliv na náročnost práce s přístrojovou technikou. Po vyhodnocení můžeme dojít k závěru, že pro všeobecné sestry, které nepovažují přístrojovou techniku na pracovišti za složitou, není práce s technikou náročná. Podle vlastních zkušeností z jiných oddělení vím, že jsou v současné době modernější přístroje, které nabízí řadu nových funkcí, které ty starší přístroje neumí. Například lineární dávkovače disponující různými přednastavenými profily apod. Oproti těm starším je potřeba se k samotné aplikaci léku „prokousat“ více tlačítka nebo parametry.

Osobně jsem předpokládala, že alespoň většina všeobecných sester bude považovat techniku za složitou nebo alespoň částečně složitou na ovládní, i přesto, že by pro ně osobně náročná nebyla. A to i vzhledem k 61 odpovědi (68 %) máme moderní techniku v bezvadném stavu. Samozřejmě je nutné podotknout, že i rozhodujícím faktorem pro hodnocení je to, že každý člověk má jiné názory a co pro jednoho je už staré, pro druhého může být stále moderní. K tomu přispívá i skutečnost, že ne každý o nových modernějších přístrojích má povědomí.

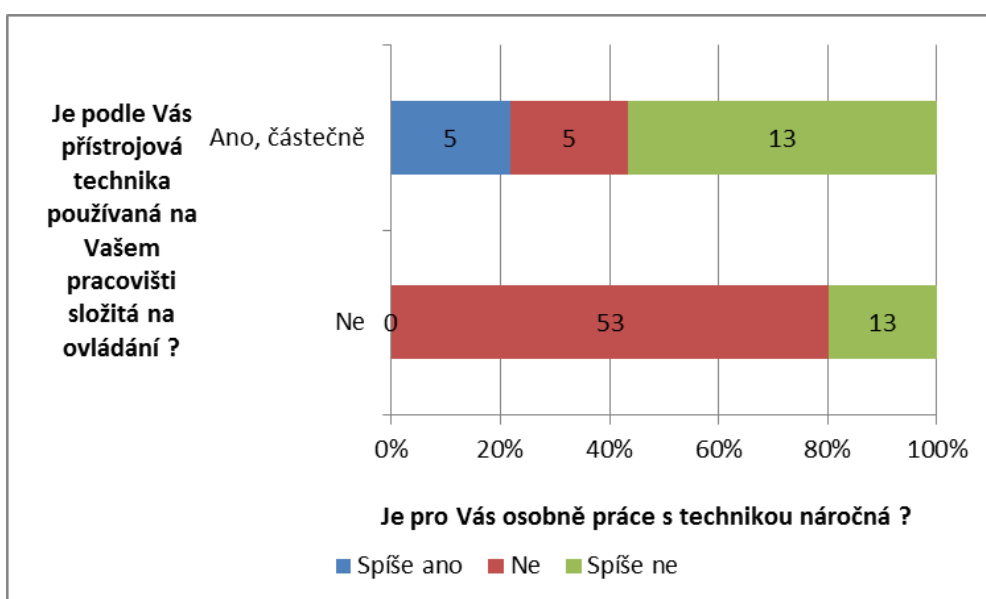
**Tabulka 8 Testování hypotézy č. 2 v tabulkovém procesoru Excel**

Kontingenční tabulka	Otázka č. 16			
Otázka č. 11	2	3	4	Celkový součet
1		1		1
2	5	5	13	23
3		53	13	66
<b>Celkový součet</b>	<b>5</b>	<b>59</b>	<b>26</b>	<b>90</b>
Pozorované četnosti:				
	5	5	13	23
	0	53	13	66
	5	58	26	89
Očekávané četnosti:				
	1.3	15.0	6.7	
	3.7	43.0	19.3	
<b>Signifikance Chí-kvadrát testu:</b>				<b>p = 0.0000</b>

Výsledná p-hodnota = 0,0000, zamítáme nulovou hypotézu. První řádek kontingenční tabulky nebyl brán v potaz (pouze jediná odpověď 1 = ano na otázku č. 11).

**Závěr testování zní: Hodnocení úrovně složitosti přístrojové techniky na pracovišti má vliv na hodnocení samotné náročnosti práce s přístrojovou technikou.**

**Graf 5 Hodnocení složitosti přístrojové techniky a náročnosti práce s technikou**



### 14.3 Testování hypotézy č. 3

3H<sub>0</sub>: Neexistuje vztah mezi hodnocením míry fyzické a psychické náročnosti práce sestry

3H<sub>1</sub>: Existuje vztah mezi hodnocením míry fyzické a psychické náročnosti práce sestry

Cílem je porovnat míru fyzické a psychické náročnosti práce všeobecných sester na urgentních a vysokoprahových příjmech. Pro tuto hypotézu byly klíčovými položky otázka č. 9 „Domníváte se, že míra fyzické náročnosti Vaší práce je?“ a otázka č. 14 „Domníváte se, že míra psychické náročnosti Vaší práce je?“. Doplnujícími položkami byly otázka č. 1 „Vaši práci hodnotíte jako?“, otázka č. 2 „Myslíte si, že jste Vy osobně při své práci přetěžována více?“, Otázky jsou znázorněny pomocí tabulek obsahujících absolutní a relativní četnost.

**Tabulka 9 Zhodnocení náročnosti práce**

<b>Zhodnocení náročnosti práce</b>		
<b>Odpovědi</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Psychicky náročná	15	17 %
Fyzicky náročná	2	2 %
Psychicky i fyzicky náročná	72	80 %
Nenáročná	1	1 %
<b>Celkem</b>	<b>90</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 90 respondentů (100 %) vnímá svoji práci jen jako psychicky náročnou 15 respondentů (17 %). 2 respondenti (2 %) vnímají svoji práci jen jako fyzicky náročnou, 72 respondentů (80 %) svoji práci vnímá jako psychicky i fyzicky náročnou a 1 respondent (1 %) vnímá svoji práci jako nenáročnou.

**Tabulka 10 Typ pracovního přetížení**

<b>Pracovní přetížení</b>		
<b>Odpovědi</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Psychicky	44	49 %
Fyzicky	11	12 %
Psychicky i fyzicky stejně	33	37 %
Jinak	2	2 %
<b>Celkem</b>	<b>90</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 90 respondentů (100 %) uvedlo 44 respondentů (49 %), že je přetěžováno více psychicky, 11 respondentů (12 %) oproti tomu uvedlo, že je přetěžováno více fyzicky. 33 respondentů (37 %) uvedlo, že jsou přetěžováni psychicky i fyzicky na stejné úrovni. 2 respondenti (2 %) zvolili možnost jiné, přičemž 1 respondent odpověděl, že není přetěžován a druhý respondent uvedl, že je přetěžován přiměřeně své profesi a oddělení.

**Tabulka 11 Odpovědi možnosti jiné**

<b>Možnosti jiné</b>		
<b>Odpovědi</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Zatěžována přiměřeně k profesi a oddělení	1	50 %
Nejsem přetěžována	1	50 %
<b>Celkem</b>	<b>2</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní

**Tabulka 12 Subjektivní zhodnocení fyzické náročnosti práce**

<b>Fyzická náročnost práce</b>		
<b>Odpovědi</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Žádná	1	1 %
Mírná	0	0 %
Střední	37	41 %
Vysoká	47	52 %
Velmi vysoká	5	6 %
<b>Celkem</b>	<b>90</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 90 respondentů (100 %) se 1 respondent (1 %) domnívá, že míra fyzické náročnosti jeho práce je žádná. Žádný respondent neuvedl možnost mírné zátěže. 37 respondentů (41 %) uvedlo střední míru fyzické náročnosti, 47 respondentů (52 %) uvedlo vysokou míru fyzické náročnosti a 5 respondentů (6 %) označilo velmi vysokou míru fyzické náročnosti.

**Tabulka 13 Subjektivní zhodnocení psychické náročnosti práce**

<b>Psychická náročnost práce</b>		
<b>Odpovědi</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Žádná	0	0 %
Mírná	0	0 %
Střední	13	14 %
Vysoká	58	64 %
Velmi vysoká	19	21 %
<b>Celkem</b>	<b>90</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 90 respondentů (100 %) žádný respondent neuvedl možnost žádné ani mírné zátěže. 13 respondentů (14 %) uvedlo střední míru fyzické náročnosti, 58 respondentů (64 %) uvedlo vysokou míru fyzické náročnosti a 19 respondentů (21 %) označilo velmi vysokou míru fyzické náročnosti.

### 14.3.1 Vyhodnocení hypotézy č. 3

Získaná data lze interpretovat tak, že všeobecné sestry, které hodnotily fyzickou náročnost své práce jako vysokou o něco častěji hodnotily psychickou náročnost své práce jako velmi vysokou, než všeobecné sestry které hodnotily fyzickou náročnost své práce jako střední. Nicméně tento mírný rozdíl se v rámci testování ukázal jako statisticky

nevýznamný, proto hypotézu potvrzujeme. Neexistuje vztah mezi hodnocením míry fyzické a psychické náročnosti práce sestry.

Pro lepší zhodnocení pracovní náročnosti se vztahují této hypotéze následující doplňující informace. 72 všeobecných sester (80 %) hodnotí svoji práci jako psychicky i fyzicky náročnou, přičemž 44 všeobecných sester (49 %) je přetěžováno více psychicky, 33 všeobecných sester (37 %) je přetěžováno psychicky i fyzicky stejně a jen 11 všeobecných sester (12 %) je přetěžováno více jen fyzicky.

**Tabulka 14 Testování hypotézy č. 3 v tabulkovém procesoru Excel**

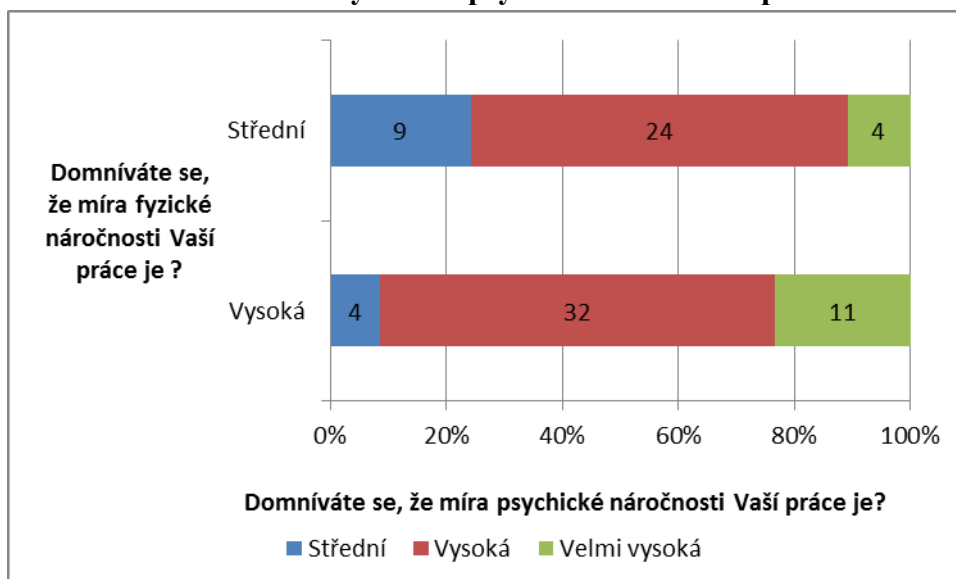
Kontingenční tabulka		Otázka č. 14		
Otázka č. 9	3	4	5	Celkový součet
1		1		1
3	9	24	4	37
4	4	32	11	47
5		1	4	5
<b>Celkový součet</b>	<b>13</b>	<b>58</b>	<b>19</b>	<b>90</b>
Pozorované četnosti:				
	9	24	4	37
	4	32	11	47
	13	56	15	84
Očekávané četnosti:				
	5.7	24.7	6.6	
	7.3	31.3	8.4	
<b>Signifikance Chí-kvadrát testu:</b>			<b>p = 0.0737</b>	

Výsledná p-hodnota = 0,0737, nezamítáme nulovou hypotézu. První a poslední řádek kontingenční tabulky nebyl brán v potaz (nedostatek dat).

**Závěr testování zní: Neexistuje vztah mezi hodnocením míry fyzické a psychické náročnosti práce sestry.**



**Graf 6 Vztah hodnocení fyzické a psychické náročnosti práce všeobecných sester**



#### 14.4 Testování hypotézy č. 4

4H<sub>0</sub>: Hodnocení psychické náročnosti práce sestry nemá vliv na hodnocení vlivu práce na psychický stav sestry.

4H<sub>1</sub>: Hodnocení psychické náročnosti práce sestry má vliv na hodnocení vlivu práce na psychický stav sestry.

Cílem je určit míry vlivu psychické pracovní zátěže na osobní stav všeobecných sester a identifikovat faktory ovlivňující psychickou pohodu práce všeobecných sester na urgentních a vysokoprahových příjmech. Pro tuto hypotézu byly klíčovými položky otázka č. 18 „Myslíte si, že je Vaše práce psychicky náročná?“ a otázka č. 23 „Pracovní zátěž se nejvíce odráží na Vašem osobním:“.

Doplňujícími položkami byly otázka č. 15 „Práce, o které skupiny pacientů či jednotlivce je pro Vás nejvíce psychicky zatěžující?“, otázka č. 19 „U každého tvrzení prosím zakroužkujte Vámi vhodnou odpověď stresující míry/zátěže (jak moc Vás daná situace stresuje)“ a otázka č. 20 „Vyskytují se, nebo se vyskytovali u Vás některé z uvedených příznaků?“. Otázky jsou znázorněny pomocí tabulek obsahujících absolutní a relativní četnost.

**Tabulka 15 Hodnocení psychické náročnosti práce**

<b>Hodnocení psychické náročnosti práce</b>		
<b>Odpovědi</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Vždy	15	17 %
Skoro vždy	43	48 %
Často	31	34 %
Zřídka	1	1 %
Nikdy	0	0 %
<b>Celkem</b>	<b>90</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 90 respondentů (100 %) uvádí 15 respondentů (17 %), že jejich práce je psychicky náročná vždy, 43 respondentů (48 %) uvádí skoro vždy, 31 respondentů (34 %) uvádí, že je jejich práce často psychicky náročná. 1 respondent (1 %) uvádí možnost zřídka a žádný respondent neuvedl možnost nikdy.

**Tabulka 16 Vliv pracovní zátěže**

<b>Vliv pracovní zátěže</b>		
<b>Odpovědi</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Psychický stav	56	62 %
Fyzický stav	19	21 %
Nemá vliv	9	10 %
Jinak	6	7 %
<b>Celkem</b>	<b>90</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 90 respondentů (100 %) se pracovní zátěž se u 56 respondentů (62 %) odráží nejvíce na psychickém stavu. U 19 respondentů (21 %) naopak na fyzickém stavu. 9 respondentů (10 %) uvedlo, že pracovní zátěž na ně nemá vliv. 6 respondentů (7 %) zvolilo možnost jiné.

**Tabulka 17 Odpovědi možnosti jiné**

<b>Možnosti jiné</b>		
<b>Odpovědi</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Agresivita na svoji rodinu	1	17 %
Psychicky i fyzicky	5	83 %
<b>Celkem</b>	<b>6</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 6 respondentů (100 %) odpovědělo 5 respondentů, že pracovní zátěž má vliv jak na psychický, tak i na fyzický stav. 1 respondent odpověděl, že se pracovní zátěž projevuje agresivitou na svoji rodinu.

**Tabulka 18 Hodnocení míry stresujících situací z pohledu všeobecných sester**

Odpovědi	Zátěžové situace											
	Bez zátěže		Mírná z.		Střední z.		Vysoká z.		Velmi vysoká		Celkem	
	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ
Přesná, rychlá práce a neustálé zatížení pozornosti	6	7%	17	19%	30	33%	25	28%	12	13%	90	100%
Samostatné a rychlé rozhodování	8	9%	30	33%	30	33%	15	17%	7	8%	90	100%
Nároky na neustálé učení a vzdělávání se	24	27%	30	33%	26	29%	9	10%	1	1%	90	100%
Konflikty se sestrami	9	10%	20	22%	16	18%	28	31%	17	19%	90	100%
Konflikty s lékaři	8	9%	24	27%	42	47%	9	10%	7	8%	90	100%
Konflikty s pacienty	0	0%	18	20%	21	23%	39	43%	12	13%	90	100%
Špatná organizace práce	8	9%	24	27%	42	47%	9	10%	7	8%	90	100%
Časový stres	13	14%	25	28%	32	36%	18	20%	2	2%	90	100%
Nadmíra administrativní práce	12	13%	29	32%	29	32%	12	13%	8	9%	90	100%
Podíl na kardiopulmonální resuscitaci pacientů	15	17%	27	30%	28	31%	14	16%	6	7%	90	100%
Vážné, kritické stavy pacientů	8	9%	21	23%	25	28%	22	24%	14	16%	90	100%
Infauštní prognóza stavů pacientů	5	6%	21	23%	32	36%	28	31%	4	4%	90	100%
Strach z přenosu infekce	4	4%	19	21%	34	38%	30	33%	3	3%	90	100%
Slovní napadení pacientem, příbuznými	1	1%	11	12%	27	30%	38	42%	13	14%	90	100%
Fyzické napadení pacientem, příbuznými	1	1%	7	8%	25	28%	20	22%	37	41%	90	100%
Nedostatek personálu	2	2%	22	24%	38	42%	14	16%	14	16%	90	100%
Rušný provoz (telefony, požadavky, hodně lidí)	3	3%	22	24%	33	37%	20	22%	12	13%	90	100%
Směnný provoz	16	18%	31	34%	33	37%	5	6%	5	6%	90	100%
Komunikace s pacientem	39	43%	33	37%	15	17%	3	3%	0	0%	90	100%
Nedostatek času na pauzu, jídlo, toaletu	10	11%	21	23%	26	29%	28	31%	5	6%	90	100%

Zdroj: vlastní

Zde měli respondenti u každé situace znázorněné v prvním sloupci, označit podle nich vhodnou odpověď stresující míry/zátěže (jak moc je daná situace stresuje). U každé situace měli tedy zvolit, zda pro ně nepředstavuje žádnou zátěž, nebo představuje mírnou, střední, vysokou, nebo velmi vysokou zátěž. Jednotlivé odpovědi jsou znázorněny v absolutní (AČ) a relativní (RČ) četnosti. Pro přehlednost výsledků uvádíme u každého tvrzení pouze největší zastoupení odpovědi.

U tvrzení přesná, rychlá práce a neustálé zatížení pozornosti byla nejvíce zastoupena střední zátěž, kterou označilo 30 respondentů (33 %). U tvrzení samostatné a rychlé rozhodování byla nejvíce zastoupena mírná a střední zátěž, které označilo shodně 30 respondentů (33 %). Nároky na neustálé učení a vzdělávání se představují nejčastěji mírnou zátěž, kterou označilo 30 respondentů (33 %).

Konflikty se sestrami představují nejčastěji vysokou zátěž, kterou označilo 28 respondentů (31 %). Konflikty s lékaři představují pro většinu respondentů (42; 47 %)

střední zátěž. Konflikty s pacienty představují pro většinu respondentů (39; 43 %) vysokou zátěž.

Špatnou organizaci práce vnímá 42 respondentů (47 %) jako středně zatěžující. Časový stres hodnotí 32 respondentů (36 %) jako střední zátěž. Nadměru administrativní práce vnímají respondenti jako mírnou a střední zátěž, tyto možnosti označilo shodně 29 respondentů (32 %).

Podíl na KPR pacientů představuje pro 28 respondentů (31 %) střední zátěž. Vážné, kritické stavy pacientů vnímají respondenti nejvíce jako střední zátěž (25 respondentů; 28 %). Infaustní prognóza stavů pacientů působí na většinu respondentů (32; 36 %) středně zatěžově.

34 respondentů (38 %) vnímá strach z přenosu infekce jako střední zátěž. Slovní napadení pacientem či příbuznými představuje pro respondenty nejčastěji vysokou zátěž, kterou označilo 38 respondentů (42 %). Fyzické napadení pacientem či příbuznými vnímají respondenti nejčastěji jako velmi vysokou zátěž, tuto možnost označilo 37 respondentů (41 %).

Nedostatek personálu respondenti hodnotili nejvíce jako střední zátěž, tu označilo 38 respondentů (42 %). Rušný provoz oddělení hodnotilo nejvíce respondentů jako střední zátěž, tuto možnost označilo 33 respondentů (37 %). Směnný provoz je respondenty nejčastěji vnímán jako střední zátěž, kterou uvedlo 33 respondentů (37 %).

Komunikace s pacientem pro většinu respondentů nepředstavuje zátěž, tuto možnost označilo 39 respondentů (43 %). Nedostatek času na pauzu, jídlo, toaletu vnímá jako vysoce zatěžující 28 respondentů (31 %).

**Tabulka 19 Psychicky nejvíce zatěžující skupiny jedinců**

<b>Psychicky nejvíce zatěžující skupiny jedinců</b>		
<b>Odpovědi</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Dementní	19	21 %
Nespolupracující	62	69 %
Zmatení	19	21 %
Pod vlivem návykových látek	58	64 %
Agresivní	80	89 %
V těžkém emočním stavu	20	22 %
Velmi zanedbaní pacienti	41	46 %
Jiné	6	7 %
<b>Celkem</b>	<b>305</b>	<b>339 %</b>

Zdroj: vlastní

U otázky, kde jsme se dotazovali o které skupiny pacientů či jednotlivce je pro respondenty práce nejvíce psychicky zatěžující, mohli zvolit více odpovědí dle vlastního výběru. 19 respondentů (21 %) označilo odpověď demenční pacienti. Nespolupracující jedince označilo 62 respondentů (69 %), zmatené jedince označilo 19 respondentů (21 %). Jedince pod vlivem návykových látek označilo 58 respondentů (64 %), agresivní jedince označilo 80 respondentů (89 %). 20 respondentů (22 %) označilo pacienty v těžkém emočním stavu, 41 respondentů (46 %) označilo velmi zanedbané jedince.

6 respondentů (7 %) zvolilo i možnost jiné, kde odpověděli takto: 1 respondenta zatěžují klienti, kteří zneužívají pohotovost a 6 respondentů psychicky zatěžují dětští pacienti.

**Tabulka 20 Odpovědi možnosti jiné**

<b>Možnosti jiné</b>		
<b>Odpovědi</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Klienti, zneužívající pohotovost	1	17 %
Dětští pacienti	5	83 %
<b>Celkem</b>	<b>6</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní

**Tabulka 21 Výskyt vybraných psychosomatických příznaků**

<b>Výskyt vybraných psychosomatických příznaků</b>		
<b>Odpovědi</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Poruchy spánku	51	57 %
Únava, vyčerpanost	76	84 %
Nechutenství, nebo přejídání	22	24 %
Časté změny nálad	28	31 %
Svalové napětí	27	30 %
Vyhledávání samoty	34	38 %
Kožní vyrážky	17	19 %
Pocit bezmoci, beznaděje	20	22 %
Bolesti hlavy, břicha	38	42 %
Napětí, nervozita	45	50 %
Zažívací potíže	12	13 %
Strach, úzkost	14	16 %
Časté nemoci	4	4 %
Hněv, zlost, vztek	36	40 %
Jiné:	1	1 %
Bolesti zad		
<b>Celkem</b>	<b>425</b>	<b>472 %</b>

Zdroj: vlastní

Dotazovali jsme se respondentů, zda se u nich vyskytují, nebo vyskytovali některé z uvedených příznaků. Zde byla opět možnost více odpovědí, dle vlastního výběru. Poruchami spánku trpí 51 respondentů (57 %), únavou či vyčerpáním 76 respondentů (84 %) a nechutenstvím či přejídáním 22 respondentů (24 %). Na zažívací potíže si stěžuje 12 respondentů (13 %). U 28 respondentů (31 %) se vyskytují časté změny nálad a u 27 respondentů (30 %) se vyskytuje svalové napětí. 17 respondentů (19 %) vyhledává samotu. Kožní vyrážky označilo 17 respondentů (19 %). Pocit bezmoci, beznaděje pocítuje 20 respondentů (22 %). 38 respondentů (42 %) trpí na bolesti hlavy, břicha, 45 respondentů (50 %) pocítuje napětí, nervozitu. Strach, úzkost označilo 14 respondentů (16 %), časté nemoci 4 respondenti (4 %) a hněv, zlost, vztek označilo 36 respondentů (40 %). 1 respondent (1 %) zvolil možnost jiné a odpověděl, že trpí a bolesti zad.

#### **14.4.1 Vyhodnocení hypotézy č. 4**

Zjištěné výsledky lze interpretovat tak, že všeobecné sestry s rostoucím hodnocením psychické náročnosti tohoto povolání nehodnotí častěji větší vliv práce na psychický stav všeobecné sestry. Jinými slovy, neexistuje souvislost typu „když je práce více psychicky náročná, bude mít větší vliv na můj psychický stav“.

Všeobecné sestry hodnotí svoji práci jako psychicky náročnou skoro vždy (43 všeobecných sester, 48 %), přičemž u většiny- 56 všeobecných sester (62 %) se pracovní přetížení odráží nejvíce na jejich psychickém stavu.

Pro všeobecné sestry nejvíce psychicky náročná péče, je péče o agresivního pacienta. Tuto možnost označilo 80 všeobecných sester (89 %), druhou nejpočetnější skupinou jsou nespolupracující pacienti, které označilo 62 všeobecných sester (69 %) a třetí nejpočetnější skupinou jsou pacienti pod vlivem návykových látek, které označilo 58 všeobecných sester (64 %). Osobně jsem tyto výsledky předpokládala, všichni výše zmínění pacienti představují pro všeobecné sestry vysokou zátěž, riziko. Komunikace a především spolupráce s nimi je náročná, někdy takřka nemožná a všeobecné sestry se tak musí „obrnit“, zachovat klid a vhodnými metodami situaci zvládnout, aby se „nevyhrotila“ a nedošlo k fyzickému napadení. Tyto skupiny pacientů neohrožují jen sebe, ale i všeobecné sestry a celý zdravotnický tým, který se jim snaží pomoci a ošetřit.

Z tabulky 18 vyplívá, že velmi vysokou psychickou zátěž působí všeobecným sestřám fyzické napadení pacientem či příbuznými. Tuto možnost označilo 37 všeobecných sester (41 %). Slovní napadení pacientem či příbuznými označilo

38 všeobecných sester (42 %) jako vysokou psychickou zátěž. Mezi další vysoce psychicky zatěžující situace všeobecné sestry zařadily konflikty s ostatními všeobecnými sestrami na pracovišti (28 všeobecných sester, 31 %), konflikty s pacienty (39 všeobecných sester, 43 %) a nedostatek času na pauzu, jídlo, toaletu (28 všeobecných sester, 31 %).

Nikterak mě nepřekvapuje, že všeobecné sestry označily konflikty na pracovišti jako vysokou zátěž. Pracovní atmosféra a výborný kolektiv má nepochybně velký vliv na motivaci pracovníků, pracovní spokojenost, efektivnost práce a bezpochyby také na zvládnání těžkostí. Přátelský kolektiv, spolupráce, kompromisy a správná komunikace podle mého názoru patří mezi nejdůležitější faktory, abychom se cítili v práci dobře i přes to, že naše práce je náročná, vyčerpávající. Pokud ovšem vládne kolektivem nepřátelské atmosféra, odráží se to na našem psychickém stavu, oslabuje se tak naše motivace, pracovní spokojenost či výkon.

Překvapujícím zjištěním byl fakt, že tvrzení, jež se týkala stavu pacienta (např. kritický stav, KPR, infaustní prognóza) vnímají všeobecné sestry jako střední psychickou zátěž. Osobně jsem se domnívala, i vzhledem charakteru indikovaných stavů na urgentní a vysokoprahový příjem, že tyto situace budou hodnotit jako vysokou psychickou zátěž. Nicméně je to jistě pozitivní zjištění, neboť to dokazuje vysokou profesionalitu a odolnost všeobecných sester a udržení si potřebného odstupu.

56 všeobecných sester (62 %) uvedlo, že se pracovní zátěž nejvíce odráží na jejich psychickém stavu. S touto souvislostí jsme se všeobecných sester dotazovali, jaké příznaky se u nich vyskytovali, nebo vyskytují. Jak dokládá tabulka 21, mezi nejčastější vyskytující se příznaky patří únava a vyčerpání, kterou trpí 76 všeobecných sester (84 %), poruchy spánku, kterými trpí 51 všeobecných sester (57 %) a napětí s nervozitou, které označilo 45 všeobecných sester (50 %). Zhruba polovina dotazovaných všeobecných sester označila i hněv, zlost, vztek (36 všeobecných sester, 40 %) a vyhledávání samoty (34 všeobecných sester, 38 %).

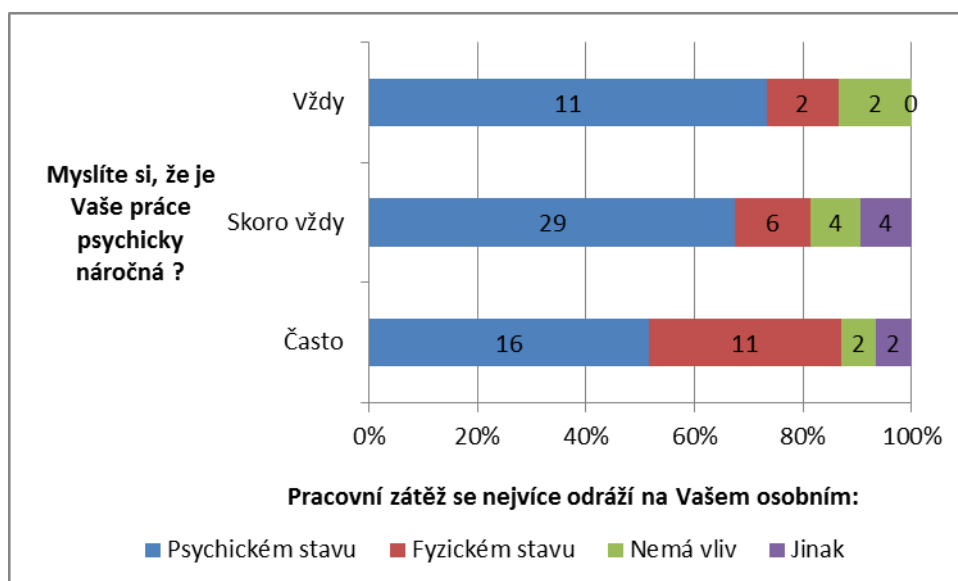
**Tabulka 22 Testování hypotézy č. 4 v tabulkovém procesoru Excel**

Kontingenční tabulka	Otázka č. 23				
Otázka č. 18	1	2	3	4	Celkový součet
1	11	2	2		15
2	29	6	4	4	43
3	16	11	2	2	31
4			1		1
<b>Celkový součet</b>	<b>56</b>	<b>19</b>	<b>9</b>	<b>6</b>	<b>90</b>
Pozorované četnosti:	11	2	2	0	15
	29	6	4	4	43
	16	11	2	2	31
	56	19	8	6	89
Očekávané četnosti:	9.4	3.2	1.3	1.0	
	27.1	9.2	3.9	2.9	
	19.5	6.6	2.8	2.1	
<b>Signifikance Chí-kvadrát testu:</b>					<b>p = 0.2806</b>

Výsledná p-hodnota = 0,2806, nezamítáme nulovou hypotézu. Poslední řádek kontingenční tabulky nebyl brán v potaz (nedostatek dat).

**Závěr testování zní: Hodnocení psychické náročnosti práce sestry nemá vliv na hodnocení vlivu práce na psychický stav sestry.**

**Graf 7 Hodnocení psychické náročnosti práce a jejího dopadu**





## 14.5 Testování hypotézy č. 5

5H<sub>0</sub>: Hodnocení fyzické náročnosti práce sestry nemá vliv na hodnocení vlivu práce na fyzický stav sestry.

5H<sub>1</sub>: Hodnocení fyzické náročnosti práce sestry má vliv na hodnocení vlivu práce na fyzický stav sestry

Cílem je určit míry vlivu fyzické pracovní zátěže na osobní stav všeobecných sester a identifikovat faktory ovlivňující fyzickou pohodu práce všeobecných sester na urgentních a vysokoprahových příjmech. Pro tuto hypotézu byly klíčovými položky otázka č. 17 „Myslíte si, že je Vaše práce fyzicky náročná?“ a otázka č. 23 „Pracovní zátěž se nejvíce odráží na Vašem osobním:“.

Doplňujícími položkami byly otázka č. 4 „Jak byste zhodnotil/a počet nižšího pomocného zdravotnického personálu na Vašem oddělení?“, otázka č. 12 „Jaké možnosti snižující fyzickou zátěž personálu při manipulaci s pacienty na Vašem pracovišti máte?“, otázka č. 13 „Je na Vašem pracovišti trvale přítomen pomocný personál?“, otázka č. 21 „U každého tvrzení prosím zakroužkujte Vámi vhodnou odpověď míry fyzické zátěže (jak je pro Vás daná aktivita fyzicky náročná)“, otázka č. 22 „Vyskytují se, nebo se vyskytovali u Vás některé z uvedených příznaků?“ a otázka č. 24 „Jakým způsobem relaxujete?“. Otázky jsou znázorněny pomocí tabulek obsahujících absolutní a relativní četnost.

**Tabulka 23** Hodnocení fyzické náročnosti práce

Hodnocení fyzické náročnosti práce		
Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vždy	5	6 %
Skoro vždy	33	37 %
Často	47	52 %
Zřídka	5	6 %
Nikdy	0	0 %
<b>Celkem</b>	<b>90</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 90 respondentů (100 %) uvádí 5 respondentů (6 %), že jejich práce je fyzicky náročná vždy, 33 respondentů (37 %) uvádí skoro vždy, 47 respondentů (52 %) uvádí, že je jejich práce často fyzicky náročná. 5 respondentů (6 %) uvádí možnost zřídka a žádný respondent neuváděl možnost nikdy.

K této hypotéze se vztahuje také tabulka 16 Vliv pracovní zátěže a tabulka 17 Odpovědi možnosti jiné. Tyto tabulky jsou znázorněny a popsány již u hypotézy č. 4.

**Tabulka 24 Výskyt vybraných fyzických příznaků**

<b>Výskyt vybraných fyzických příznaků</b>		
<b>Odpovědi</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Poruchy spánku	44	49 %
Bolesti DK	61	68 %
Varixy	11	12 %
Bolest krční páteře	56	62 %
Bolesti bederní páteře	48	53 %
Únava, vyčerpání	61	68 %
Otoky končetin	32	36 %
Žaludeční obtíže	11	12 %
Jiné:	3	3 %
Bolest hlavy		
<b>Celkem</b>	<b>327</b>	<b>363 %</b>

Zdroj: vlastní

Dotazovali jsme se respondentů, zde se u nich vyskytují, nebo vyskytovali některé z uvedených příznaků. Zde byla opět možnost více odpovědí, dle vlastního výběru.

Z celkového počtu 90 respondentů (100 %) odpovídali respondenti takto: Mezi nejčastější vyskytujících se příznaků patří bolesti dolních končetin, tuto možnost označilo 61 respondentů (68 %), dále únava a vyčerpání, kterou označilo taktéž 61 respondentů (68 %), bolesti krční páteře, kterou označilo 56 respondentů (62 %) a bolesti bederní páteře u 48 respondentů (53 %).

Poruchy spánku se vyskytují/ vyskytovali u 44 respondentů (49 %), otoky končetin se vyskytují/ vyskytovali u 32 respondentů (36 %), varixy a žaludeční potíže se shodně vyskytují/ vyskytovali u 11 respondentů (12 %). 3 respondenti (3 %) zvolili možnost jiná a doplnili škálu o bolesti hlavy.

**Tabulka 25 Hodnocení zátěžových situací z pohledu všeobecných sester**

Zátěžové situace												
Odpovědi	Bez zátěže		Mírná z.		Střední z.		Vysoká z.		Velmi vysoká z.		Celkem	
	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ
Zajištění základní ošetrovatelské péče u lůžka, hygiena	9	10%	52	58%	23	26%	5	6%	1	1%	90	100%
Plnění ordinací lékaře (příprava léků, inj, inf...)	24	27%	48	53%	17	19%	0	0%	1	1%	90	100%
Asistence při dg. a terapeutických výkonech	21	23%	44	49%	21	23%	4	4%	0	0%	90	100%
Polohování imobilního pacienta	2	2%	12	13%	32	36%	36	40%	8	9%	90	100%
Zajištění specializované péče u lůžka	11	12%	26	29%	44	49%	7	8%	2	2%	90	100%
Transport pacienta na vyšetření, operační sál	8	9%	20	22%	46	51%	14	16%	2	2%	90	100%
Kardiopulmonální resuscitace	10	11%	22	24%	28	31%	23	26%	7	8%	90	100%
Přemísťování pacienta	3	3%	16	18%	38	42%	28	31%	5	6%	90	100%
Péče o nespolupracujícího pacienta	0	0%	6	7%	22	24%	36	40%	26	29%	90	100%
Péče o agresivního pacienta	0	0%	6	7%	16	18%	24	27%	44	49%	90	100%
Práce s technikou	43	48%	31	34%	15	17%	1	1%	0	0%	90	100%
Manipulace s materiálem	31	34%	49	54%	10	11%	0	0%	0	0%	90	100%
Obézní pacienti	0	0%	3	3%	19	21%	39	43%	29	32%	90	100%
Málo personálu	8	9%	25	28%	26	29%	18	20%	13	14%	90	100%
Nadmíra administrativní práce	18	20%	44	49%	11	12%	10	11%	7	8%	90	100%

Zdroj: vlastní

Zde měli respondenti u každé situace znázorněné v prvním sloupci, označit podle nich vhodnou odpověď míry fyzické zátěže (jak je pro ně daná aktivita fyzicky náročná). U každé situace měli tedy zvolit, zda pro ně nepředstavuje žádnou zátěž, nebo představuje mírnou, střední, vysokou, nebo velmi vysokou zátěž. Jednotlivé odpovědi jsou znázorněny v absolutní (AČ) a relativní (RČ) četnosti. Pro přehlednost výsledků uvádíme u každého tvrzení pouze největší zastoupení odpovědi.

Zajištění základní ošetrovatelské péče hodnotí většina respondentů, a to 52 (58 %) jako mírně zatěžující. Plnění ordinací lékaře vnímá nejvíce respondentů, a to 48 respondentů (53 %) jako mírnou zátěž. Asistence při dg. a terapeutických výkonech na 44 respondenty (49 %) působí mírnou zátěž.

Polohování imobilního pacienta je spojeno nejvíce s vysokou zátěží, kterou označilo 36 respondentů (40 %). U zajištění specializované péče byla nejvíce zastoupena střední zátěž, tu označilo 44 respondentů (49 %). Transport pacienta na vyšetření je spojeno u 46 respondentů (51 %) se střední zátěží.

Podíl na kardiopulmonální resuscitaci vnímají nejvíce respondenti jako střední zátěž, tu označilo 28 respondentů (31 %). Přemístování pacienta působí nejvíce středně zátěžově, to označilo 38 respondentů (42 %).

Péči o nespolupracujícího pacienta vnímají respondenti nejčastěji vysoce zátěžově, to uvedlo 36 respondentů (40 %). Péči o agresivního pacienta vnímají všichni respondenti zátěžově. Nejčastěji ji respondenti vnímají velmi vysoce zátěžově, což označilo 44 respondentů (49 %).

Práce s technikou nepředstavuje pro většinu respondentů žádnou zátěž, tuto možnost označilo 43 respondentů (48 %). Manipulace s materiálem představuje pro většinu respondentů mírnou zátěž, tuto možnost zvolilo 49 respondentů (54 %).

Oběžní pacienti jsou pro většinu, a to 39 respondentů (43 %) spojeni s vysokou fyzickou zátěží. Málo personálu na oddělení hodnotí většina a to 26 respondentů (29 %) jako střední zátěž. U nadměry administrativní práce byla nejvíce zastoupena mírná zátěž, tu označilo 44 respondentů (49 %).

**Tabulka 26 Stálá přítomnost pomocného personálu na oddělení**

<b>Přítomnost pomocného personálu</b>		
<b>Odpovědi</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Ano	55	61 %
Ne	35	39 %
<b>Celkem</b>	<b>90</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 90 respondentů (100 %) uvedlo 55 respondentů (61 %), že je na oddělení trvale přítomný pomocný personál a 35 respondentů (39 %) uvedlo, že pomocný personál není trvale přítomný na oddělení.

**Tabulka 27 Zhodnocení počtu pomocného personálu**

<b>Počet nižšího pomocného zdravotnického personálu na oddělení</b>		
<b>Odpovědi</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Plně dostačující	5	6 %
Dostačující	37	41 %
Nedostačující	48	53 %
<b>Celkem</b>	<b>90</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 90 respondentů (100 %) hodnotí počet nižšího pomocného zdravotnického personálu jako nedostačující 48 respondentů (53 %), 37 respondentů (41 %) hodnotí počet nižšího pomocného zdravotnického personálu jako dostačující a jen 5 respondentů (6 %) hodnotí počet nižšího pomocného zdravotnického personálu jako plně dostačující.

**Tabulka 28** Možnosti snižující fyzickou zátěž personálu

<b>Možnosti snižující fyzickou zátěž personálu</b>		
<b>Odpovědi</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Polohovací pomůcky	28	31 %
Deska k přesunu pacientů	79	88 %
Polohovací lůžka na ovládání	45	50 %
Pomoc ostatního personálu	72	80 %
Jiné	0	0 %
<b>Celkem</b>	<b>224</b>	<b>249 %</b>

Zdroj: vlastní

Na otázku, jaké možnosti snižující fyzickou zátěž personálu při manipulaci s pacienty mají respondenti k dispozici, mohli označit více odpovědí. Nejvíce zastoupenými odpověďmi byly deska k přesunu pacientů, kterou označilo 79 respondentů (88 %) a pomoc ostatního personálu, kterou označilo 72 respondentů (80 %). 45 respondentů (50 %) má k dispozici polohovací lůžka na ovládání. Pouze 28 respondentů (31 %), má k dispozici polohovací pomůcky.

**Tabulka 29** Způsob relaxace

<b>Způsob relaxace</b>		
<b>Odpovědi</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Aktivně (sport, turistika, práce na zahradě, jóga, pilates apod.)	21	23 %
Pasivně (četba, psaní, masáže, apod.)	11	12 %
Aktivně i pasivně	49	54 %
Nijak	7	8 %
Speciální relaxační techniky	2	2 %
<b>Celkem</b>	<b>90</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní

Tabulka 29 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku, jakým způsobem relaxují. Z celkového počtu 90 respondentů (100 %) označila většina respondentů, a to 49 (54 %) aktivní i pasivní způsob relaxace. 21 respondentů (23 %) se přiklání jen k aktivní formě relaxace, 11 respondentů (12 %) pak k pasivní formě relaxace. 7 respondentů (8 %) nerelaxuje a 2 respondenti (2 %) využívají speciální relaxační techniky.

#### **14.5.1 Vyhodnocení hypotézy č. 5**

Na základně zpracování výsledků hypotéz potvrzujeme. Zjištěné výsledky lze interpretovat tak, že všeobecné sestry s rostoucím hodnocením fyzické náročnosti tohoto povolání nehodnotí častěji větší vliv práce na fyzický stav všeobecné sestry. Jinými slovy, neexistuje souvislost typu „když je práce více fyzicky náročná, bude mít větší vliv na můj fyzický stav“.

Všeobecné sestry hodnotí svoji práci jako fyzicky náročnou často (47 všeobecných sester, 52 %) přičemž u většiny- 56 všeobecných sester (62 %) se pracovní přetížení odráží nejvíce na jejich psychickém stavu.

Z tabulky 25 je zřejmé, že pro všeobecné sestry je nejvíce fyzicky náročná péče o agresivního pacienta. Toto tvrzení ohodnotilo 44 všeobecných sester (49 %) jako velmi vysokou fyzickou zátěž. Mezi vysoce zatěžující situace všeobecné sestry zařadily polohování imobilního pacienta (36 všeobecných sester, 40 %), péči o obézního pacienta (39 všeobecných sester, 43 %) a péči o nespolupracujícího pacienta (36 všeobecných sester, 40 %).

Situace týkající se manipulace s pacientem hodnotí všeobecné sestry jako středně fyzicky zatěžující. Na otázku, jaké možnosti snižující fyzickou zátěž personálu při manipulaci s pacienty mají k dispozici, uvedlo 79 všeobecných sester (88 %) desku k přesunu pacientů a 72 všeobecných sester (80 %) pomoc ostatního personálu. V této souvislosti jsme se všeobecných sester dotazovali, jak hodnotí situaci nižšího pomocného zdravotnického personálu. Ačkoli většina všeobecných sester (55, 61%) uvedla, že je u nich pomocný personál přítomen trvale, 48 všeobecných sester (53 %) není s jeho počtem spokojeno a hodnotí ho jako nedostačující. Počet personálu ve zdravotnictví je velký a dlouhodobý problém. V řadě nemocnic je stav personálu nepřiměřený, nedostatečný až kritický, což se samozřejmě může odrážet jak na poskytované péči, tak na zdravotním stavu personálu, protože dochází k jejich přetížení. Tato situace bohužel trvá již řadu let, ale musíme si přiznat, že naděje na zlepšení jsou nejspíš v nedohlednu.

19 všeobecných sester (21 %) uvedlo, že pracovní zátěž nejvíce odráží na jejich fyzickém stavu. S touto souvislostí jsme se všeobecných sester dotazovali, jaké fyzické příznaky se u nich vyskytovaly, nebo vyskytují. Jak dokládá tabulka 25, mezi nejčastější vyskytující se fyzické příznaky patří bolesti dolních končetin a únava, vyčerpání. Těmito příznaky trpí 61 všeobecných sester (68 %). 56 všeobecných sester (62 %) si k tomu stěžují na bolesti krční páteře a 48 všeobecných sester (53 %) na bolesti bederní páteře. 49 všeobecných sester (54 %) využívá jako prevenci přetížení aktivní i pasivní formu relaxace, 21 všeobecných sester (23 %) pak výhradně aktivní formu relaxace.

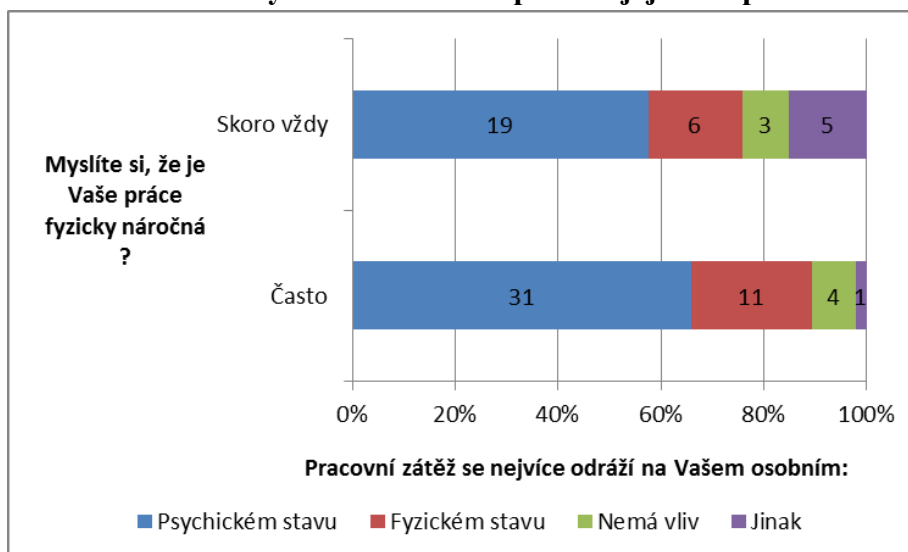
**Tabulka 30 Testování hypotézy č. 5 v tabulkovém procesoru Excel**

Kontingenční tabulka		Otázka č. 23				
Otázka č. 17		1	2	3	4	Celkový součet
1		2	2	1		5
2		19	6	3	5	33
3		31	11	4	1	47
4		4		1		5
<b>Celkový součet</b>		<b>56</b>	<b>19</b>	<b>9</b>	<b>6</b>	<b>90</b>
Pozorované četnosti:		19	6	3	5	33
		31	11	4	1	47
		50	17	7	6	80
Očekávané četnosti:		20.6	7.0	2.9	2.5	
		29.4	10.0	4.1	3.5	
<b>Signifikance Chí-kvadrát testu:</b>						<b>p = 0.1824</b>

Výsledná p-hodnota = 0,1824, nezamítáme nulovou hypotézu. Poslední a poslední řádek kontingenční tabulky nebyl brán v potaz (nedostatek dat).

**Závěr testování zní: Hodnocení fyzické náročnosti práce sestry nemá vliv na hodnocení vlivu práce na fyzický stav sestry.**

**Graf 8 Hodnocení fyzické náročnosti práce a jejího dopadu**



## 14.6 Testování hypotézy č. 6

$6H_0$ : Neexistuje rozdíl v hodnocení supervize na pracovišti v případě, že je povinná nebo dobrovolná.

$6H_1$ : Existuje rozdíl v hodnocení supervize na pracovišti v případě, že je povinná nebo dobrovolná.

Cílem je zhodnocení supervize z pohledu všeobecných sester a analýza jejich osobních zkušeností se supervizí. Pro tuto hypotézu byly klíčovými položky otázka č. 7 „Myslíte si, že supervize má přínos v praxi všeobecných sester?“ a otázka č. 25 „Supervize ve Vašem zařízení je:“.

Doplňujícími položkami byly otázka č. 5 „Máte osobní zkušenosti se supervizí na svém pracovišti?“, otázka č. 6 „Pokud jste odpověděl/a NE, měl/a byste zájem se supervize zúčastnit?“ a otázka č. 26 „Pokud na Vašem pracovišti probíhá supervize, popište prosím stručně jak:“, Otázky jsou znázorněny pomocí tabulek obsahujících absolutní a relativní četnost.

**Tabulka 31 Osobní zkušenost respondentů se supervizí**

Osobní zkušenost		
Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	32	36 %
Ne	58	64 %
<b>Celkem</b>	<b>90</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní



Z tabulky 26 vyplývá, že z celkového počtu 90 respondentů (100 %) má osobní zkušenost na svém pracovišti pouze 32 respondentů (36 %) a 58 respondentů (64 %) takovou zkušenost nemá.

**Tabulka 32 Zájem účasti respondentů při supervizi**

<b>Zájem účasti</b>		
<b>Odpovědi</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Ano	11	19 %
Spíše ano	21	36 %
Ne	11	19 %
Spíše ne	15	26 %
<b>Celkem</b>	<b>58</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní

Na tuto otázku odpovídali pouze ti respondenti, kteří na předchozí otázku odpověděli ne. Celkový počet je tedy 58 respondentů (100 %). Na otázku, zda by měli zájem se účastnit supervize, odpovědělo 21 respondentů (36 %) spíše ano, 11 respondentů (19 %) ano. 15 respondentů (26 %) se přiklání k spíše ne a 11 respondentů (19 %) k ne.

**Tabulka 33 Účast respondentů na supervizi**

<b>Účast na supervizi</b>		
<b>Odpovědi</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Dobrovolná	36	40 %
Povinná	4	4 %
Není	50	56 %
<b>Celkem</b>	<b>90</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 90 respondentů (100 %) uvedlo 50 respondentů (56 %) že na jejich pracovišti supervize není. 36 respondentů (40 %) uvedlo, že supervize na jejich pracovišti je dobrovolná a 4 respondenti (4 %) uvedli, že supervize je povinná.

**Tabulka 34 Hodnocení přínosu supervize**

<b>Přínos supervize pro všeobecné sestry</b>		
<b>Odpovědi</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Ano	36	40 %
Spíše ano	34	38 %
Ne	9	10 %
Spíše ne	11	12 %
<b>Celkem</b>	<b>90</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 90 respondentů (100%) 36 respondentů (40%) tvrdí, že supervize měla a má přínos, 34 respondentů (38%) se přiklání možnosti spíše ano. 9 respondentů (10%) tvrdí, že supervize neměla či nemá přínos a 11 respondentů (12 %) se přiklání k možnosti spíše ne.

**Tabulka 35 Průběh supervize**

<b>Průběh supervize</b>		
<b>Odpovědi</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Diskuze	8	21 %
Ještě jsem se nezúčastnila	8	21 %
Individuální sezení	9	23 %
Skupinové sezení	9	23 %
Semináře, doškolování	5	13 %
<b>Celkem</b>	<b>39</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní

Respondentů jsme se otevřenou otázkou dotazovali, jak u nich na pracovišti probíhá supervize. Jednotlivé odpovědi jsme rozdělili podle podobnosti. 8 respondentů (21 %) uvedlo diskuzi. 8 respondentů (21 %) uvedlo, že ačkoli na jejich pracovišti supervize probíhá, je dobrovolná a oni neměli buď zájem či příležitost se jí zúčastnit. 9 respondentů (23 %) uvedlo, že supervize na jejich pracovišti probíhá formou individuálního sezení se supervizorem, či s vrchní sestrou. 9 respondentů (23 %) uvedlo, že supervize na jejich pracovišti probíhá formou skupinového sezení se supervizorem. 5 respondentů (13 %) uvedlo, že supervize na jejich pracovišti probíhá formou seminářů, doškolování.

#### **14.6.1 Vyhodnocení hypotézy č. 6**

Supervize není už v dnešní době neznámý pojem, nicméně se prakticky ve většině pracovišť neprovádí, podle obecného veřejného mínění asi jen tak provádět nebude. Proto si myslím, že je potěšujícím zjištěním osobní zkušenost se supervizí alespoň u 32 všeobecných sester (36 %). 58 všeobecných sester (64 %) nemá osobní zkušenosti se supervizí na svém pracovišti, nicméně z těchto 58 všeobecných sester uvedlo 32 všeobecných sester (55 %) že by měly zájem se supervize účastnit.

50 všeobecných sester (56 %) uvedlo, že v rámci jejich pracoviště supervize neprobíhá, 36 všeobecných sester (40 %) uvedlo že je supervize dobrovolná a 4 všeobecné sestry uvedly, že je supervize povinná. Celých 70 všeobecných sester (78 %) hodnotilo

přínosnost supervize v praxi přibližně stejně, ať už supervize na jejich pracovišti byla dobrovolná, povinná, nebo nebyla přítomna vůbec.

Posledním zjišťovaným údajem byl průběh supervize. Respondentů jsme se otevřenou otázkou dotazovali, jak u nich na pracovišti probíhá supervize. Jednotlivé odpovědi jsme rozdělili podle podobnosti. 8 respondentů (21 %) uvedlo diskuzi. V tomto případě odpovídali respondenti, že diskutují s odborníkem o různých pracovních situacích, jak daná situace byla pro ně osobně náročná, zda byl zvolen efektivní způsob řešení, návrhy řešení či zlepšení.

8 respondentů (21 %) uvedlo, že ačkoli na jejich pracovišti supervize probíhá, je dobrovolná a oni neměli buď zájem či příležitost se jí zúčastnit.

9 respondentů (23 %) uvedlo, že supervize na jejich pracovišti probíhá formou individuálního sezení se supervizorem, či s vrchní sestrou. Téma individuální supervize se řídí dle konkrétní situace. Respondenti uvedli několik okruhů, které při individuální supervizi řeší, jedná se například běžné sezení, diskuze o spokojenosti, návrzích, námětech na změnu, nebo o sezení po mimořádné události, týkající se jen jedné osoby, v případě problémů na pracovišti apod.

9 respondentů (23 %) uvedlo, že supervize na jejich pracovišti probíhá formou skupinového sezení se supervizorem, kdy nejčastěji diskutují o pracovních situacích, podobně jako u individuální formy. Méně často bylo zmíněno řešení konfliktů na pracovišti.

5 respondentů (13 %) uvedlo, že supervize na jejich pracovišti probíhá formou seminářů, doškolování. Zde mají možnosti nácviků různých situací, se kterými by se mohly na pracovišti setkat, pořádají se kurzy sebeobrany, na seminářích se prezentují seminární práce a pokud je možnost i praktické ukázky.

Osobně si myslím, že supervize má velký význam a přínos pro všechny pracovníky a to nejen pro všeobecné sestry na urgentním, nebo vysokoprahovém příjmu. Supervizi vnímám jako určitý prostor, jistou možnost otevřeně hovořit o své práci, o problémech nebo těžkých situacích, které jsou s prací spojené s odborníkem. Každý člověk, když má v práci problém, obrací se na své nejbližší, jenže ti často nejsou „z oboru“, nerozumí tomu a nedokážou skutečně poradit, nemluvě o tom, že se „problém z práce“ může rychle přeměnit i na „problém doma“. Zaměstnavatelé by měli této problematice věnovat více pozornosti. Pozitivem určitě je i zkvalitnění práce, předcházení pracovní zátěži, upevnění zdraví a kolektivu. Proto si myslím, že by se supervize měla postupně dostávat do všech zdravotnických zařízení a stát se tak součástí každodenní praxe.

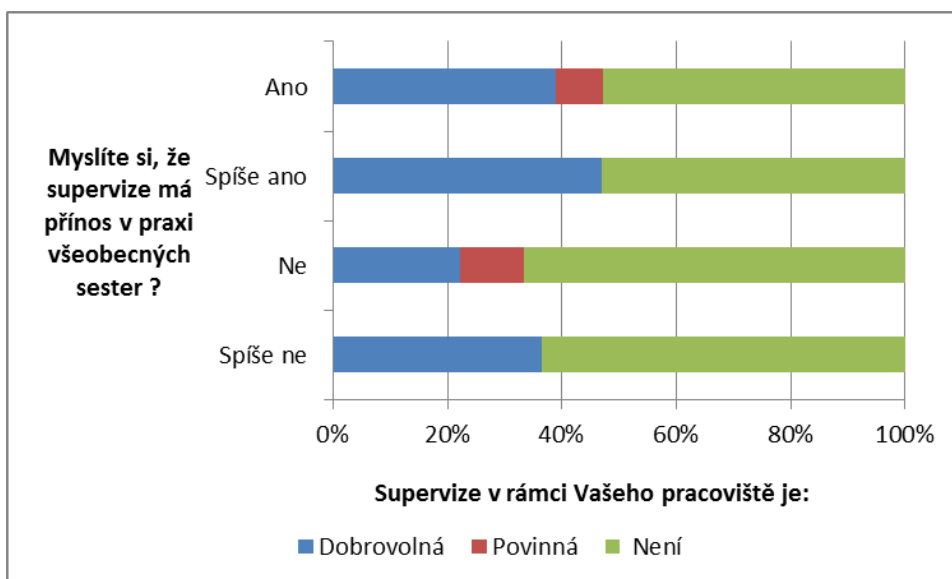
**Tabulka 36 Testování hypotézy č. 6 v tabulkovém procesoru Excel**

Kontingenční tabulka		Otázka č. 25			
Otázka č. 7		1	2	3	Celkový součet
1		14	3	19	36
2		16		18	34
3		2	1	6	9
4		4		7	11
<b>Celkový součet</b>		<b>36</b>	<b>4</b>	<b>50</b>	<b>90</b>
Pozorované četnosti:					
		14	3	19	36
		16	0	18	34
		2	1	6	9
		4	0	7	11
		36	4	50	90
Očekávané četnosti:					
		14.4	1.6	20.0	
		13.6	1.5	18.9	
		3.6	0.4	5	
		4.4	0.5	6.1	
<b>Signifikance Chí-kvadrát testu:</b>		<b>p = 0.4543</b>			

Výsledná p-hodnota = 0,4543, nezamítáme nulovou hypotézu.

**Závěr testování zní: Neexistuje rozdíl v hodnocení supervize na pracovišti v případě, že je povinná nebo dobrovolná.**

**Graf 9 Hodnocení postoje k supervizi u všeobecných sester**



## 15 DISKUSE

Praktická část této diplomové práce je zaměřena na kvantitativní výzkum mapující práci všeobecných sester na urgentních a vysokoprahových příjmech. Za tímto účelem jsme si stanovili tři hlavní cíle. Zhodnocení materiálně technického zabezpečení urgentních a vysokoprahových příjmů z pohledu všeobecných sester, zhodnocení psychické a fyzické zátěže všeobecných sester pracujících na urgentních a vysokoprahových příjmech a zmapovat problematiku supervize na urgentních a vysokoprahových příjmech. Tyto cíle jsme zjišťovali formou anonymních dotazníků, pomocí kterých jsme stanovené cíle splnili. V souladu s cíli práce jsme stanovili 6 hypotéz, které byly výzkumným šetřením přijaty, nebo zamítnuty.

V diskuzi se budeme věnovat porovnání našich výsledků s výzkumy jiných kvalifikačních prací.

Dle našich výsledků většina námi dotazovaných všeobecných sester pozitivně hodnotí materiální i technické vybavení urgentních příjmů. Výzkum Kovalčíkové (2013), který probíhal ve FN Motol, prokázal, že více než polovina dotazovaných všeobecných sester má dostatek kvalitních pomůcek.

Kovalčíková se také dotazovala, zda všeobecné sestry stresuje přístrojová technika, z výzkumu vyplynulo, že polovinu sester tyto přístroje stresují a polovinu ne. Dle našeho výzkumu, nemají námi dotazované všeobecné sestry na urgentním příjmu s přístrojovou technikou problém. Nepovažují ji za složitou, a ani samotnou práci s ní nepovažují za náročnou.

Velda prováděl obdobné kvalitativní šetření na urgentním příjmu mezi zdravotnickými záchranáři a ve své diplomové práci z roku 2014 na straně 79 uvádí: „*Je patrné, že jako nejnáročnější na psychiku jsou vnímány situace týkající se úmrtí, či vážných stavů dětí a mladých lidí.*“ V této otázce se naše výsledky rozcházejí. Z našeho výzkumu vypluly zcela jiné výsledky. Nejvíce psychicky zatěžující bylo pro dotazované všeobecné sestry fyzické napadení, následovalo slovní napadení, konflikty s pacienty, konflikty se sestrami a nedostatek času na pauzu, jídlo, toaletu. Oproti tomu situace týkající se vážných stavů, či úmrtí označily všeobecné sestry jako střední psychickou zátěž.

Podle výsledků Brzicové (2013) se na vysoké psychické zátěži všeobecných sester na standardním oddělení ale i na JIP podílí nedostatek pomocného personálu. V rámci našeho výzkumu na urgentním příjmu je shoda jen částečná. Většina námi dotazovaných všeobecných sester uvedla, že je na jejich oddělení trvale přítomen pomocný personál, jeho

počet označila jako nedostačující, nicméně nedostatek personálu hodnotí většina všeobecných sester po fyzické i psychické stránce jako střední zátěž.

Brzicová dále uvádí, že velkou psychickou zátěž pro většinu všeobecných sester představuje narůstající administrativa. V této otázce se naše výzkumy zcela rozcházejí. Námí dotazované všeobecné sestry označili nadměru administrativní práce jako mírnou a střední psychickou zátěž. Obě možnosti označil stejný počet všeobecných sester. Po fyzické stránce ji označily jako mírnou zátěž. Naše výsledky jsou i v rozporu s výzkumem Kovalčíkové, ze kterého vyplynulo, že téměř 60 % dotazovaných není administrativou stresováno.

Výsledky našeho výzkumu s výzkumem Brzincové se shodují v oblasti střední i mírné zátěže. Jako střední psychickou zátěž na JIP označila většina všeobecných sester vztahy na pracovišti, směnný provoz a komunikaci s příbuznými. V rámci urgentního příjmu, jako střední psychická zátěž, byla vnímána většina nabízených situací, mezi nimiž byl i směnný provoz, konflikty s lékaři.

Dle výzkumu Brzicové z roku 2013 působí zmatení pacienti, pacienti s demencí a agresivní pacienti největší psychickou zátěž pro všeobecné sestry. V této otázce se naše výzkumy shodují pouze v jednom bodě a to agresivní pacient, dalšími zatěžujícími skupinami je pro námí dotazované všeobecné sestry nespolupracující pacienti a pacienti pod vlivem návykových látek. Oproti tomu zmatené a dementní pacienty označilo jen 19 respondentů z celkového počtu 90.

Podle autorek Novotné a Valentové (2011), které prováděli výzkum mapující mimo jiné i fyzickou zátěž, je nejčastěji uváděným zátěžovým faktorem manipulace s imobilními pacienty. V rámci našeho výzkumu na urgentním příjmu je nejvíce zátěžová péče o agresivního pacienta. Mezi další významné faktory patří manipulace s obézními pacienty, péče o nespolupracujícího pacienta a polohování imobilního pacienta.

Co se týká relace, náš výzkum prokázal, že většina námí dotazovaných sester využívá aktivní i pasivní formu relaxace. Tyto výsledky se shodují s výzkumem Novotné a Valentové. Oproti tomu výsledky výzkumu Švecové (2012) prokázaly, že u všeobecných sester pracujících v intenzivní péči převažuje pasivní forma relaxace. Výsledky výzkumu Veldy (2014) ukázaly, že většina respondentů volí aktivní formu relaxace.

Všechny uvedené výzkumy včetně našeho se shodují, že valná většina všeobecných sester hodnotí svoji práci jako fyzicky i psychicky náročnou, přičemž se pracovní zátěž odráží nejvíce na jejich psychickém stavu.

V rámci našeho výzkumu jsme zjistili, že více než polovina námi dotazovaných všeobecných sester nemá osobní zkušenost se supervizí a také více než polovina všeobecných sester uvedla, že supervize v rámci jejich pracoviště neprobíhá.

Podobné výsledky získala i Šellingová (2013), která uvádí, že 65 % všech dotazovaných osobní (přímou) zkušenost se supervizí nemá. Výsledky obou výzkumů jsou v souladu s výsledky, kterým dostala i Zetková (2011). Z jejího výzkumu je patrné, že osobní zkušenost se supervizí má jen 14 všeobecných sester z celkového počtu 35 všeobecných sester.

Podobné výsledky našich výzkumů jsou i v oblasti typu supervize, kdy se všeobecné sestry z našeho vzorku a ze vzorku Zetkové setkávají se skupinovou supervizí. Z výzkumu Šellingové, vyplynulo, že se všeobecné sestry setkávají více s týmovou supervizí.

Dle našich výsledků je supervize v rámci pracoviště ve větší míře dobrovolná, podle výsledků Šellingové jsou výsledky téměř shodné, všeobecné sestry se setkávají, jak s povinnou tak s dobrovolnou supervizí.

Převážná většina námi dotazovaných všeobecných sester považuje supervizi za přínosnou a podle výzkumu Zetkové je to především v oblasti prevence syndromu vyhoření. Podle výzkumu Šellingové má supervize význam také pro kvalitu poskytované péče, pro spolupráci v kolektivu a eliminaci pracovního stresu.

## ZÁVĚR

Jak již bylo zmíněno v úvodu, tato práce se zabývá problematikou zátěžových faktorů a situací, které negativně působí na všeobecné sestry pracujících na urgentním a vysokoprahovém příjmu. Cílem práce je nejen identifikovat tyto faktory a situace, ale také doporučit vhodná opatření, jak jim předcházet a doporučit řešení, která by snížila míru jejich vlivu na všeobecné sestry.

Obsahem této kapitoly jsou konkrétní doporučení pro praxi, které vycházejí z výsledků našeho výzkumného šetření. Rozdělili jsme je na 4 hlavní oblasti a to: Zhodnocení materiálně technického vybavení, fyzická pracovní zátěž, psychická pracovní zátěž a supervize. U každé oblasti jsou uvedeny nejdůležitější problematické oblasti a zároveň naše doporučení pro praxi.

### **Zhodnocení materiálně technického vybavení**

- Výsledky byly do velké míry pozitivní, nicméně v oblasti kvality, modernosti přístrojové techniky jsou nedostatky.
- Doporučení pro praxi: stále dbát na řádné vybavení a to především ze strany přístrojové techniky.

### **Fyzická pracovní zátěž**

- Značný deficit v pomůckách usnadňujících manipulaci s pacienty, stejně tak je nevyhovující i počet pomocného personálu což vede k přetížení všeobecných sester.
- Doporučení pro praxi: Vybavit oddělení manipulačními pomůckami a neustále zvyšovat počet personálu na oddělení i na směnu. V rámci prevence bolestí uspořádat kurzy rehabilitace, relaxačních cvičení (např. Škola zad), aby se všeobecné sestry naučily správné manipulaci a možnostem k předcházení bolestí.

### **Psychická pracovní zátěž**

- Faktory působící nejvíce negativně: Péče o agresivního pacienta, nespolupracující pacienti, pacienti pod vlivem návykových látek, fyzické napadení pacientem či příbuznými, slovní napadení pacientem či příbuznými, konflikty s ostatními všeobecnými sestrami na pracovišti, konflikty s pacienty a nedostatek času na pauzu, jídlo, toaletu.



- Doporučení pro praxi: Navýšení personálu na oddělení a střídání pracovníků na směně, uspořádat častěji kolektivní akce mimo pracovní prostředí, využít teambuilding, pro zlepšení mezilidských vztahů a pro předcházení konfliktům. Vhodná organizace směny, aby vznikly pravidelné přestávky pro odpočinek a regeneraci sil. V souvislosti s fyzickým napadením doporučujeme uspořádat pro všeobecné sestry kurz sebeobrany, v souvislosti se slovním napadením kurzy efektivní komunikace, či asertivního chování. Jako péči o všeobecné sestry po napadení doporučujeme uspořádání supervize. Dalším doporučením je i zvážit, zda by nebylo vhodné zřídit ve zdravotnických zařízeních psychologickou poradnu pro personál.

### **Supervize**

- Výzkum vedl k odhalení velkých nedostatků v oblasti podpory zaměstnanců ze strany organizace.
- Doporučení pro praxi: Zvyšovat informovanost organizací o významu supervize pro všeobecné sestry a postupně zavést supervizi jak do praxe, tak i do legislativy.

# POUŽITÉ INFORMAČNÍ ZDROJE

## Knihy

1. ALVAREZ, Melissa. *365 způsobů jak zlepšit svůj život: jednoduché techniky na každý den*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 225 s. ISBN 978-80-247-4433-9.
2. ASTL, Jaromír, ASTLOVÁ, Eliška a MARKOVÁ, Eva. *Jak jíst a udržet si zdraví, aneb, Vyvážený zdravý životní styl pro každý den: příručka poradce*. Praha: Maxdorf, 2009. 328 s. Lékař radí. ISBN 978-80-7345-175-2.
3. BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 86 s. ISBN 80-7013-439-9.
4. BARTUŇKOVÁ, Staša. *Stres a jeho mechanismy*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2010. 137 s. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 978-80-246-1874-6.
5. BÁRTLOVÁ, Sylva a MARKOVÁ, Marie, ed. *Role sestry specialistky: učební text základního modulu specializačního studia pro sestry a porodní asistentky*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2008. 102 s. ISBN 978-80-7013-488-7.
6. BORZOVÁ, Claudia a kol. *Nespavost a jiné poruchy spánku: pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 141 s. ISBN 978-80-247-2978-7.
7. BULÍKOVÁ, Táňa. *Medicína katastrof*. Martin: Osveta, 2011. 392 s., 16 s. obr. příl. ISBN 978-80-8063-361-5.
8. BUŽGOVÁ, Radka et al. *Ošetřovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 285 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3557-3.
9. DAVIES, Kim. *Zdravá záda*. Vyd. 1. Praha: Slovart, 2008. 96 s. ISBN 978-80-7391-141-6.
10. DOBIÁŠ, Viliam. *Urgentní zdravotní péče*. 1. vyd. Bratislava: Osveta, 2007. 178 s. ISBN 978-80-8063-258-8.
11. FARKAŠOVÁ, Dana a kol. *Ošetřovatelství - teorie*. 1. české vyd. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
12. FAZIK, Alexander, MATĚJŮ, Martin, ed. *Aktuální problémy životního stylu: sborník referátů a příspěvků ze semináře sekce Sociologie integrálního zkoumání člověka a sekce Sociologie kultury a volného času*. Praha: Univerzita Karlova, Filozofická fakulta pro Masarykovu českou sociologickou společnost při AV ČR, 2006. 136 s. ISBN 80-7308-131-8.

13. HAVRDOVÁ, Zuzana et al. *Praktická supervize: průvodce supervizí pro začínající supervizory, manažery a příjemce supervize*. Praha: Galén, 2008. 213s. ISBN 978-80-7262-532-1.
14. HAWKINS, Peter, SHOHET, Robin. *Supervize v pomáhajících profesích*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 202 s. ISBN: 80-7178-715-9.
15. HÁVA, Petr et al. *Násilí na pracovišti v oblasti zdravotnických a sociálních služeb v ČR: vstupní teoretické studie: empirické šetření*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. 136 s. ISBN 80-86625-21-4.
16. HOLEČEK, Václav, MIŇHOVÁ, Jana a PRUNNER, Pavel. *Psychologie pro právníky*. 2., rozš. vyd. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2007. 351 s. Právnické učebnice. ISBN 978-80-7380-065-9.
17. JANÁČKOVÁ, Laura. *Základy zdravotnické psychologie*. Praha: Triton, 2008. 99 s. ISBN 978-80-7387-179-6.
18. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 350 s., [16] s. barev. obr. příl. Sestra. ISBN 978-80-247-1830-9.
19. KRASKA-LÜDECKE, Kerstin. *Nejlepší techniky proti stresu*. vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 114 s. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-1833-0.
20. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 119 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3149-0.
21. LÁTALOVÁ, Klára. *Agresivita v psychiatrii*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013. 235 s. Psyché. ISBN 978-80-247-4454-4.
22. LUKÁŠ, Karel a kol. *Chorobné znaky a příznaky 2*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3728-7.
23. MUSIL, Jiří. *Stres, syndrom vyhoření a mentálně hygienická optima v dynamice lidského sociálního chování*. Vyd. 1. Olomouc: Jiří Musil - Psychologická a výchovná poradna, 2010. 60 s. ISBN 978-80-903449-9-0.
24. PLEVOVÁ, Ilona a kol. *Ošetřovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 223 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3558-0.
25. POKORNÝ, Jiří et al. *Urgentní medicína*. 1. vydání. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-259-5.
26. PTÁČEK, Radek a kol. *Burnout syndrom jako mezioborový jev*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 168 s. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-5114-6.
27. PRAŠKO, Ján et al. *Chronická únava: zvládání chronického únavového syndromu*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 236 s. Rádci pro zdraví. ISBN 80-7367-139-5.

28. REMEŠ, Roman a kol. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 240 s. ISBN 978-80-247-4530-5.
29. *Sestra a urgentní stavy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 549 s. ISBN 978-80-247-2548-2.
30. STAŇKOVÁ, Marta. *Sestra - reprezentant profese*. Vyd. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. 78 s. České ošetřovatelství: praktické příručky pro sestry; 11. ISBN 80-7013-368-6.
31. STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 112 s. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-3553-5.
32. ŠEBLOVÁ, Jana a kol. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 400 s., xvi s. obr. příl. ISBN 978-80-247-4434-6.
33. ŠTĚTINA, Jiří. *Medicína katastrof a hromadných neštěstí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2000. 429 s., [4] s. obr. příl. ISBN 80-7169-688-9.
34. ŠTĚTINA, Jiří a kol. *Zdravotnictví a integrovaný záchranný systém při hromadných neštěstích a katastrofách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. 557 s., [24] s. obr. příl. ISBN 978-80-247-4578-7.
35. TRACHTOVÁ, Eva a kol. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. vyd. 3., Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2.
36. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 5. Praha: Portál, 2012. 870 s. ISBN 978-80-262-0225-7.
37. VENGLÁŘOVÁ, Martina, MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. 144 s. Sestra. ISBN 80-247-1262-8.
38. VENGLÁŘOVÁ, Martina a kol. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 184 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3174-2.
39. VENGLÁŘOVÁ, Martina a kol. *Supervize v ošetřovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 100 s. Sestra. ISBN 978-80-247-4082-9.
40. VÉVODA, Jiří. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013. 159 s. Sestra. ISBN 978-80-247-4732-3.
41. ZACHAROVÁ, Eva, HERMANOVÁ, Miroslava, ŠRÁMKOVÁ Miroslava. *Zdravotnická psychologie: Teorie a praktická cvičení*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007, 192 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

## Časopisy

42. BUDA, Otakar. Emergency department- příjmové oddělení v našich podmínkách. *Urgentní medicína*. 2003. roč. 6, č. 3, s. 22-26. ISSN 1212-1924.
43. CRUZ, Sandra. Clinical Supervision in Nursing: Effective Pathway to Quality. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. Amsterdam: Elsevier, 2011, č. 29, s. 286-291. ISSN 1877-0428.
44. CRUZ, Sandra, CARVALHO, António, SOUSA, Paulino. Clinical supervision: priority strategy to a better health. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. Amsterdam: Elsevier, 2014, č. 112, s. 97-101. ISSN 1877-0428.
45. GUČKOVÁ, Mária. Fyzická zátěž sester. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 6, s. 21. ISSN 1210-0404.
46. HNILICOVÁ, Helena. Násilí na pracovišti ve zdravotnickém zařízení. *Zdravotnictví a medicína*. 2007, roč. 56, č. 46, s. 14-15. ISSN: 1805-2355
47. HRONČEKOVÁ, Jana. Osobní ochranné pracovní prostředky ve zdravotnictví z pohledu hygienické asistentky. *Sestra*. 2006, roč. 16, č. 5, ISSN 1210-0404.
48. HUBÁČEK, Petr. Poslání a činnost oddělení urgentního příjmu – Emergency. *Urgentní medicína*. 2005, roč. 8, č. 3, s. 6-8. ISSN 1212-1924.
49. CHABROVÁ, Světluše. Oddělení urgentního příjmu nemocných- vybavenost pracovišť jako součást kvalitní ošetrovatelské péče. *Sestra*. 2006, č. 5, ISSN 1210-0404.
50. KŘÍŽOVÁ, Valentýna, KŘÍŽ, Petr. Neklidný a agresivní pacient v přednemocniční péči. *Sestra*. Praha: Mladá fronta 2006, roč. 16, číslo 10, s. 43. ISSN 1210-0404.
51. MATUŠKA, František. Pomoc a kontrola v supervizi. *Konfrontace – časopis pro psychoterapii*. 2005, roč. 16, č. 1, s. 36–38. ISSN 0862-8971.
52. MEULEMANS, Agnes. Urgentní medicína a urgentní příjmy - management poptávky versus poskytování akutní péče. *Urgentní medicína*. 2003, roč. 6, č. 3, s. 12-20. ISSN 1212-1924
53. NOVOTNÁ, Helena; HLAVÁČOVÁ, Marie. Syndrom vyhoření bohužel není minulostí. *Sestra*. Praha: 2006, roč. 16, č. 3, s. 23-24. ISSN 1210-0404.
54. NOVOTNÁ, Lenka; VALENTOVÁ, Markéta. Zátěž sester v péči o umírající. *Sestra*. Praha: 2011, roč. 21, č. 1. ISSN 1210-0404.
55. PAVLÍKOVÁ, Olga. Tělo si na noční směny zvyká těžko. *Sestra*. Praha: 2008, roč. 18, č. 1, s. 26. ISSN 1210-0404.

56. POKORNÝ, Jiří. Vývoj a dnešní stav perspektivy oboru urgentní medicína. *Urgentní medicína*. Čtvrtletí, 2003, č. 2, s. 6-7. ISSN 1212-1924.
57. POKORNÝ, Jiří. Historie urgentní medicíny. *Urgentní medicína*. Čtvrtletí, 2008, č. 2, s. 37-38. ISSN 1212-1924.
58. PEKARA, Jaroslav. Násilí a české ošetřovatelství. *Florence*. Praha: Galén. 2013, roč. 9, č. 12, s. 25-27. ISSN 1801-464X .
59. RADVANOVÁ, Alena, BAUEROVÁ, Marie. Stravování v noční směně - při třísměnném provozu. *Sestra*. Praha: 2006, roč. 16, č. 6, s. 21. ISSN 1210-0404.
60. ŠTANCEL, Marek, VARGOVÁ, Anna, MAJDIŠOVÁ, Dana. Psychosociální podpora zdravotníků v krizových situacích. *Sestra*. Praha: 2012, roč. 22, č. 1, s. 46-47. ISSN 1210-0404.
61. VITTAIOVÁ, Monika. Osobní pohoda a životní styl budoucí sestry. *Sestra*. 2012. roč. 22, č. 9, s. 28-30. ISSN 1210-0404.
62. VYBÍHALOVÁ, L. Agresivní pacient-výzkum. *Sestra*. Praha: Mladá Fronta. 2010, roč. 20, č. 12, s. 22-23. ISSN 1210-0404.

### **Internetové zdroje**

63. Fakultní nemocnice Brno. Systém psychosociální intervenční služby. [online]. [Cit. 22.11.2014]. Dostupné z <http://www.spiscr.info/cs/terminologicky-slovník-spis/t1037/>
64. HALÍŘOVÁ, Růžena. *Rizika poranění zdravotníků ostrým předmětem*. [Www.internimediceina.cz](http://www.internimediceina.cz) [online]. 2003 [cit. 18.3.2015]. Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/int/2003/11/08.pdf>
65. NEKLAPILOVÁ, Vlasta. *Organizační opatření v nemocnici pro zvládnutí hromadného příjmu pacientů*. [online]. 2003 [cit. 10.2.2015]. Dostupné z: <http://www.unbr.cz/Data/files/pdf/hromadnyprajem.pdf>
66. POKORNÝ, Jiří. *Urgentní příjem: vliv na ekonomiku nemocnic a vzdělávání lékařů* [online]. 2001 [cit. 2014-8-13]. Dostupné z: [http://www.urgmed.cz/up/07\\_pokorny.pdf](http://www.urgmed.cz/up/07_pokorny.pdf)
67. ŠRÁMOVÁ, Helena. *Rizika a prevence poranění pracovníků ve zdravotnictví*. [Www.urologiepropraxi.cz](http://www.urologiepropraxi.cz) [online]. 2004 [cit. 2014-08-18]. Dostupné z: <http://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2004/01/06.pdf>

## Ostatní zdroje

68. BRZICOVÁ, Věra. Míra stresové zátěže sester na standardních odděleních a jednotkách intenzivní péče. Praha, 2013. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova v Praze. 1. lékařská fakulta.
69. Distrimedshop [online]. [Cit. 25.3.2015]. Dostupné z: <http://www.distrimedshop.cz/Sebeobsluha-a-obsluha-pacientu/222-P%C3%A1s-s-uchyty-a-sponou-k-p%C5%99esunu-imobiln%C3%ADch-osob-M>
70. DRÁBKOVÁ, Jarmila. TISS-28 systém v hodnocení činnosti sester na urgentním příjmu. In. *Referátový výběr z anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny*. 2010, č. 2, s. 93-96. ISSN 1212-3048.
71. Foodnet- zdraví životní styl [online]. [Cit. 25.3.2015]. Dostupné z: <http://zdravi.foodnet.cz/cze/pages/potravinova-pyramida.html>
72. KOVALČÍKOVÁ, Jana. Percepce pracovní zátěže. Brno, 2013. Diplomová práce (Bc.). Masarykova univerzita. Lékařská fakulta.
73. KOVÁŘOVÁ, Petra. Pohled na sestru očima pacientů. Plzeň, 2010. Bakalářská práce (Bc.). Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií
74. MEDICINMAN a Altán v Zahradě [online]. [Cit. 25.3.2015]. Dostupné z: <http://www.medicinman.info/news/tristupnova-masaz-krku-a-hlavy/>
75. Meditrex Marketing Limited [online]. [Cit. 25.3.2015]. Dostupné z: <http://www.meditrex.co.uk/foldingrollboard.htm>
76. Ministerstvo zdravotnictví ČR. Vyhláška č. 55/2011 Sb.: o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In *Sbírka zákonů České republiky*. 2011. částka 20.
77. Parent projekt - Česká republika [online]. [Cit. 25.3.2015]. Dostupné z: [http://www.parentproject.cz/pece/clanky/2009\\_02.htm](http://www.parentproject.cz/pece/clanky/2009_02.htm)
78. ŠELINGOVÁ, Martina. Supervize jako forma podpory duševního zdraví sestry. Plzeň, 2013. Diplomová práce (Mgr.). Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií
79. ŠVECOVÁ, Radka. Výkon profese v intenzivní péči a její vliv na životní styl sester. České Budějovice, 2012. Diplomová práce (Mgr.). Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta.
80. VELDA, Jakub. Zátěžové aspekty práce na urgentním příjmu z pohledu zdravotnického záchranáře. České Budějovice, 2014. diplomová práce (Mgr.). Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta.

81. VOŠ zdravotnická a Střední zdravotnická škola, Hradec Králové. Multimediální trenážer plánování ošetrovatelské péče [online]. [Cit. 25.3.2015]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/media.aspx?id=F8746>
82. ZETKOVÁ, Bohumila. Využití supervize ve zdravotnických zařízeních. České Budějovice, 2011. Diplomová práce (Mgr.). Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta.



## **SEZNAM TABULEK**

- Tabulka 1 Délka praxe respondentů
- Tabulka 2 Spokojenost respondentů s pomůckami
- Tabulka 3 Spokojenost respondentů s přístrojovou technikou
- Tabulka 4 Stav přístrojové techniky
- Tabulka 5 Odpovědi možnosti jiné
- Tabulka 6 Ovládání přístrojové techniky
- Tabulka 7 Náročnost práce s technikou
- Tabulka 8 Testování hypotézy č. 2 v tabulkovém procesoru Excel
- Tabulka 9 Zhodnocení náročnosti práce
- Tabulka 10 Typ pracovního přetížení
- Tabulka 11 Odpovědi možnosti jiné
- Tabulka 12 Subjektivní zhodnocení fyzické náročnosti práce
- Tabulka 13 Subjektivní zhodnocení psychické náročnosti práce
- Tabulka 14 Testování hypotézy č. 3 v tabulkovém procesoru Excel
- Tabulka 15 Hodnocení psychické náročnosti
- Tabulka 16 Vliv pracovní zátěže
- Tabulka 17 Odpovědi možnosti jiné
- Tabulka 18 Hodnocení míry stresujících situací z pohledu všeobecných sester
- Tabulka 19 Psychicky nejvíce zatěžující skupiny jedinců
- Tabulka 20 Odpovědi možnosti jiné
- Tabulka 21 Výskyt vybraných psychosomatických příznaků
- Tabulka 22 Testování hypotézy č. 4 v tabulkovém procesoru Excel
- Tabulka 23 Hodnocení fyzické náročnosti práce
- Tabulka 24 Výskyt vybraných fyzických příznaků
- Tabulka 25 Hodnocení zátěžových situací z pohledu všeobecných sester
- Tabulka 26 Stálá přítomnost pomocného personálu na oddělení
- Tabulka 27 Zhodnocení počtu pomocného personálu
- Tabulka 28 Možnosti snižující fyzickou zátěž personálu
- Tabulka 29 Způsob relaxace
- Tabulka 30 Testování hypotézy č. 5 v tabulkovém procesoru Excel
- Tabulka 31 Osobní zkušenost se supervizí
- Tabulka 32 Zájem účasti při supervizi

Tabulka 33 Účast na supervizi

Tabulka 34 Hodnocení přínosu supervize

Tabulka 35 Průběh supervize

Tabulka 36 Testování hypotézy č. 6 v tabulkovém procesoru Excel

## **SEZNAM GRAFŮ**

Graf 1 Věkové rozložení respondentů

Graf 2 Hodnocení množství pomůcek

Graf 3 Hodnocení množství přístrojové techniky

Graf 4 Hodnocení stavu přístrojové techniky

Graf 5 Hodnocení složitosti přístrojové techniky a náročnosti práce s technikou

Graf 6 Vztah hodnocení fyzické a psychické náročnosti práce všeobecných sester

Graf 7 Hodnocení psychické náročnosti práce a jejího dopadu

Graf 8 Hodnocení fyzické náročnosti práce a jejího dopadu

Graf 9 Hodnocení postoje k supervizi u všeobecných sester

## SEZNAM ZKRATEK

AČ	Absolutní četnost
aj.	a jiné
apod.	a podobně
a.s.	akciová společnost
atd.	a tak dále
CISM	Critical Incident Stress Management
ČR	Česká republika
EKG	Elektrokardiografie
ER	Emergency room
FN	Fakultní nemocnice
IZS	Integrovaný záchranný systém
KARIM	Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny
KPR	Kardiopulmonální resuscitace
LSPP	Lékařská služby první pomoci
LZS	Letecká záchranná služba
MUDr.	Medicinae universae doctor
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
např.	například
NCO NZO	Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických pracovníků
NEZAS	Nemocnice Záchrané služby
NLZP	Nelékařský zdravotnický pracovník
Non-REM	Non rapid eye movement
OOPP	Ochranné osobní pracovní prostředky
ORL	Otorhinolaryngologie
p. o.	příspěvková organizace
REM	Rapid eye movement
RČ	Relativní četnost
RTG	Rentgenové záření
SONO	Sonografie
SPIS	Systém psychosociální intervenční služby
TISS-28	Therapeutic and Intervention Scoring System
tj.	to je

tzv.	tak zvaný
UP	Urgentní příjem
ÚVN	Ústřední vojenská nemocnice
ZZS	Zdravotnická záchranná služba

## **SEZNAM PŘÍLOH**

**Příloha 1 Pomůcky usnadňují manipulaci s pacientem**

**Příloha 2 Potravinová pyramida**

**Příloha 3 Třístupňová masáž krku a hlavy**

**Příloha 4 Dotazník**

**Příloha 5 Schválená žádost o poskytnutí informací v souvislosti s vypracováním  
diplomové práce**

## Příloha 1 Pomůcky usnadňují manipulaci s pacientem

Obrázek 1 Elektrický zvedák



Zdroj:(77)

Obrázek 2 Pás s úchyty a sponou k přesunu imobilních osob



Zdroj: (69)

Obrázek 3 Rollboard- pás k přesunu



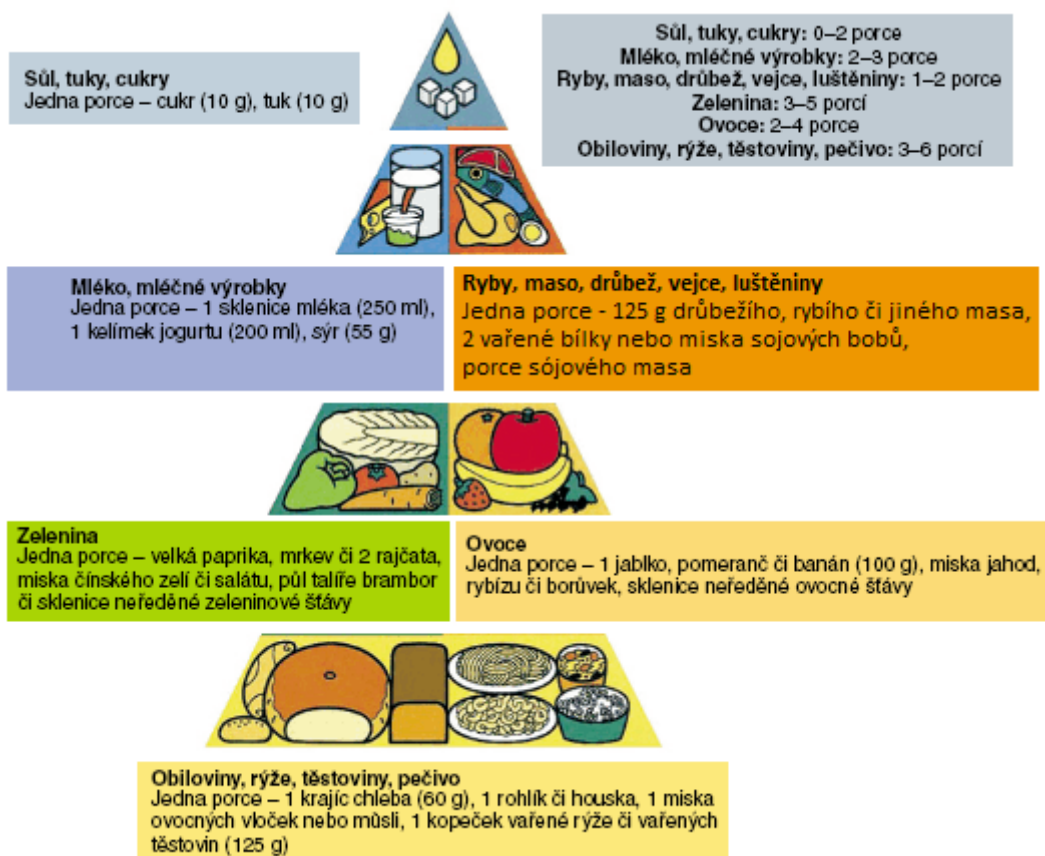
Zdroj: (75)

Obrázek 4 Pojízdňá vana



Zdroj: (80)

## Příloha 2 Potravinová pyramida



Zdroj: (71)



## Reponace krční páteře ve 3 krocích

### 1. krok - uvolnění emočních bloků v povázkách pod lebeční krajinou

Začínáme promačkávat vždy od lebečního výčnělku vzadu pod uchem, směrem k centru páteře, kde se oba palce téměř dotknou. Postupujeme v oblasti, kde cítíme, že již končí lebka a začíná sval. Promačkáváme postupně jedno místo za druhým. Pokud jsou místa příliš bolestivá, můžeme vždy palce zakroužit, počkat, až bolest odezní (je to vlastně jakási křeč), a zakroužit znovu s větším tlakem, až bolest téměř zmizí, pak palce posuneme a ošetříme další bod.

Ošetřujeme cca 3x za sebou, a to alespoň 2x denně, min. 15 min. před jídlem, ne před spaním (naše tělo by nás mohlo z radosti nad obnoveným tokem energie nechat koukat do 3. hodiny ranní na strop).

### 2. krok - přímé uvolnění krční páteře

Pravou ruku položíme na čelo, mírně předkloníme hlavu, aby svaly na krku byly uvolněné. Levou ruku protáhneme, viz obrázek, a ukazovákem a prostředníkem ve směru šipky odtahujeme svalovinu od obratlů (jako když natahujete tětivu luku). Ta by pak měla trochu jakoby přeskočit zpět zpod prstů. Postupujeme shora od lebeční krajiny dolů až k vystouplému obratli (prominens), což je poslední obratel krční páteře. Ruce poté prohodíme.

Opakování a ostatní platí jako u 1. kroku.

### 3. krok - rovnání krčních obratlů

Ukazovákem a prostředníkem (event. i prsteníkem) obou rukou stiskneme (promáčkneme) svalovinu krku tak, abychom co nejvíce znemožnily pohyb obratlů a současně několikrát pootáčíme trochu hlavou na každou stranu. Postupujeme opět shora dolů.

Ostatní viz výše.



**9. Domníváte se, že míra fyzické náročnosti Vaší práce je?**

- Žádná
- Střední
- Velmi vysoká
- Mírná
- Vysoká

**10. Jak hodnotíte stav přístrojové techniky?**

- Máme moderní techniku v bezvadném stavu
- Máme omezené možnosti, hodně přístrojů je nefunkčních
- Máme starou techniku
- Jiné:.....

**11. Je podle Vás přístrojová technika složitá na ovládání?**

- Ano
- Ano, částečně
- Ne

**12. Jaké možnosti snižující fyzickou zátěž personálu při manipulaci s pacienty na Vašem pracovišti máte? (možno více odpovědí)**

- Polohovací pomůcky
- Deska k přesunu pacientů
- Polohovací lůžka na ovládání
- Pomoc ostatního personálu
- Jiné:.....

**13. Je na Vašem pracovišti trvale přítomen pomocný personál?**

- Ano
- Ne

**14. Domníváte se, že míra psychické náročnosti Vaší práce je?**

- Žádná
- Střední
- Velmi vysoká
- Mírná
- Vysoká

**15. Práce, o které skupiny pacientů či jednotlivce je pro Vás nejvíce psychicky zatěžující? (možno více odpovědí)**

- Dementní
- Agresivní
- Nespolupracující
- V těžkém emočním stavu
- Zmatení
- Velmi zanedbaní pacienti
- Pod vlivem návykových látek
- Jiné:.....

**16. Je pro Vás osobně práce s technikou náročná?**

- Ano
- Ne
- Spíše ano
- Spíše ne

**17. Myslíte si, že je Vaše práce fyzicky náročná?**

- Vždy
- Často
- Nikdy
- Skoro vždy
- Zřídka

**18. Myslíte si, že je Vaše práce psychicky náročná?**

- Vždy
- Často
- Nikdy
- Skoro vždy
- Zřídka

**19. U každého tvrzení prosím zakroužkujte Vámi vhodnou odpověď stresující míry/zátěže (jak moc Vás daná situace stresuje)**

1- bez zátěže, 2- mírná zátěž, 3- střední zátěž, 4- vysoká zátěž, 5- velmi vysoká zátěž

Přesná, rychlá práce a neustálé zatížení pozornosti	1	2	3	4	5
Samostatné a rychlé rozhodování	1	2	3	4	5
Nároky na neustálé učení a vzdělávání se	1	2	3	4	5
Konflikty se sestrami	1	2	3	4	5
Konflikty s lékaři	1	2	3	4	5
Konflikty s pacienty	1	2	3	4	5
Špatná organizace práce	1	2	3	4	5
Časový stres	1	2	3	4	5
Nadmíra administrativní práce	1	2	3	4	5
Podíl na kardiopulmonální resuscitaci pacientů	1	2	3	4	5
Vážné, kritické stavy pacientů	1	2	3	4	5
Infaustní prognóza stavů pacientů	1	2	3	4	5
Strach z přenosu infekce	1	2	3	4	5
Slovní napadení pacientem, příbuznými	1	2	3	4	5
Fyzické napadení pacientem, příbuznými	1	2	3	4	5
Nedostatek personálu	1	2	3	4	5
Rušný provoz (telefony, požadavky, hodně lidí)	1	2	3	4	5
Směnný provoz	1	2	3	4	5
Komunikace s pacientem	1	2	3	4	5
Nedostatek času na pauzu, jídlo, toaletu	1	2	3	4	5

**20. Vyskytují se, nebo se vyskytovali u Vás některé z uvedených příznaků? (možno více odpovědí)**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Poruchy spánku               | <input type="checkbox"/> Vyhledávání samoty       | <input type="checkbox"/> Zažívací potíže    |
| <input type="checkbox"/> Únava, vyčerpanost           | <input type="checkbox"/> Kožní vyrážky            | <input type="checkbox"/> Strach, úzkost     |
| <input type="checkbox"/> Nechutenství, nebo přejídání | <input type="checkbox"/> Pocit bezmoci, beznaděje | <input type="checkbox"/> Časté nemoci       |
| <input type="checkbox"/> Časté změny nálad            | <input type="checkbox"/> Bolesti hlavy, břicha    | <input type="checkbox"/> Hněv, zlost, vztek |
| <input type="checkbox"/> Svalové napětí               | <input type="checkbox"/> Napětí, nervozita        | <input type="checkbox"/> Jiné:.....         |
|   |   | .....                                       |
|   |   | .....                                       |

**21. U každého tvrzení prosím zakroužkujte Vámi vhodnou odpověď míry fyzické zátěže (jak je pro Vás daná aktivita fyzicky náročná)**

1- bez zátěže, 2- mírná zátěž, 3- střední zátěž, 4- vysoká zátěž, 5- velmi vysoká zátěž

Zajištění základní ošetrovatelské péče u lůžka, hygiena	1	2	3	4	5
Plnění ordinací lékaře (příprava léků, inj, inf...)	1	2	3	4	5
Asistence při dg. a terapeutických výkonech	1	2	3	4	5
Polohování imobilního pacienta	1	2	3	4	5
Zajištění specializované péče u lůžka	1	2	3	4	5
Transport pacienta na vyšetření, operační sál	1	2	3	4	5
Kardiopulmonální resuscitace	1	2	3	4	5
Přemísťování pacienta	1	2	3	4	5
Péče o nespolupracujícího pacienta	1	2	3	4	5
Péče o agresivního pacienta	1	2	3	4	5
Práce s technikou	1	2	3	4	5
Manipulace s materiálem	1	2	3	4	5
Obézní pacienti	1	2	3	4	5
Málo personálu	1	2	3	4	5
Nadmíra administrativní práce	1	2	3	4	5

**22. Vyskytují se, nebo se vyskytovali u Vás některé z uvedených příznaků? (možno více odpovědí)**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Poruchy spánku      | <input type="checkbox"/> Bolesti bederní  | <input type="checkbox"/> Žaludeční obtíže |
| <input type="checkbox"/> Bolesti DK          | <input type="checkbox"/> páteře           | <input type="checkbox"/> Jiné:            |
| <input type="checkbox"/> Varixy              | <input type="checkbox"/> Únava, vyčerpání | .....                                     |
| <input type="checkbox"/> Bolest krční páteře | <input type="checkbox"/> Otoky končetin   |   |

**23. Pracovní zátěž se nejvíce odráží na Vašem osobním:**

- Psychickém stavu
- Fyzickém stavu
- Nemá vliv
- Jinak:.....

**24. Jakým způsobem relaxujete:**

- Aktivně (sport, turistika, práce na zahradě, jóga, pilates apod.)
- Pasivně (četba, psaní, masáže, apod.)
- aktivně i pasivně
- Nijak
- Speciální relaxační techniky

**25. Supervize ve Vašem zařízení je:**

- Dobrovolná
- Povinná
- Není

**26. Pokud na Vašem pracovišti probíhá supervize, popište prosím stručně jak:**

# Příloha 5 Schválená žádost o poskytnutí informací v souvislosti s vypracováním diplomové práce

## ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ INFORMACÍ V SOUVISLOSTI S VYPRACOVÁNÍM DIPLOMOVÉ PRÁCE

**Jméno a příjmení studenta:** Bc. Monika Formánková  
**Název vysoké školy:** Západočeská univerzita v Plzni  
**Fakulta/katedra:** Fakulta zdravotnických studií, katedra ošetřovatelství a porodní asistence  
**Název diplomové práce:** Úskalí práce všeobecných sester na urgentních a vysokoprahových příjmech

**Vedoucí diplomové práce, kontakt:** PhDr. Mgr. Jiří Frei, Ph.D. frei@fzs.zcu.cz, 377 633 714

**Metodika empirické části:** Pro výzkumné řešení bude použita kvantitativní dotazníková metoda. Dotazníky budou určeny všeobecným sestřím a zdravotnickým záchranářům. Dotazníky přiloženy v příloze

### Cíl práce:

- 1) Zhodnocení materiálně technického zabezpečení urgentních a vysokoprahových příjmů z pohledu všeobecných sester
- 2) Identifikace faktorů ovlivňující psychickou a fyzickou pohodu práce všeobecných sester na urgentních a vysokoprahových příjmech
- 3) Analýza zkušeností sester pracujících na urgentních a vysokoprahových příjmech se supervizí

**Termín sběru informací:** únor 2015

**Děkují za kladné vyřízení mé žádosti.**

V Plzni dne 10.2.2015

Bc. Monika Formánková  
mon.formankova@seznam.cz  
tel. č. 775 021 417

21.2.2015 *Handwritten signature*

Bc. BĚHOUNOVÁ Danuše

## ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ INFORMACÍ V SOUVISLOSTI S VYPRACOVÁNÍM DIPLOMOVÉ PRÁCE

**Jméno a příjmení studenta:** Bc. Monika Formánková

**Název vysoké školy:** Západočeská univerzita v Plzni

**Fakulta/katedra:** Fakulta zdravotnických studií, katedra ošetřovatelství a porodní asistence

**Název diplomové práce:** Úskalí práce všeobecných sester na urgentních a vysokoprahových příjmech

**Vedoucí diplomové práce, kontakt:** PhDr. Mgr. Jiří Frei, Ph.D. frei@fzs.zcu.cz, 377 633 714

**Metodika empirické části:** Pro výzkumné řešení bude použita kvantitativní dotazníková metoda. Dotazníky budou určeny všeobecným sestřím a zdravotnickým záchranářům. Dotazníky přiloženy v příloze

### Cíl práce:

- 1) Zhodnocení materiálně technického zabezpečení urgentních a vysokoprahových příjmů z pohledu všeobecných sester
- 2) Identifikace faktorů ovlivňující psychickou a fyzickou pohodu práce všeobecných sester na urgentních a vysokoprahových příjmech
- 3) Analýza zkušeností sester pracujících na urgentních a vysokoprahových příjmech se supervizí

**Termín sběru informací:** únor 2015

**Děkují za kladné vyřízení mé žádosti.**

V Plzni dne 10.2.2015

Bc. Monika Formánková  
mon.formankova@seznam.cz  
tel. č. 775 021 417

*Handwritten signature*  
Mgr. Lenka Gálová, BcA

## DOHODA O ZABEZPEČENÍ ODBORNÉ PRAXE uzavřená dle § 1746 odst. 2 zák. č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku, v platném znění

**Fakultní nemocnice Hradec Králové**  
se sídlem: Sokolova 581, 500 03 Hradec Králové – Nový Hradec Králové  
zast.: prof. MUDr. Roman Prymula, CSc., Ph.D., ředitelem  
IČ: 00179906 IČ: CZ00179906  
bank. spoj.: ČS a.s., Praha č. účtu: 26115520800  
(dále jen „FN HK“)

a  
**Bc. Monika Formánková**  
(nar. 9. 1. 1991)  
trv. bytem: Malšovského 597, 199 00 Praha 9  
(dále jen „studentka“)

1. FN HK umožní v konkrétních dnech dle individuální domluvy se školitelem v období od 24. 11. do 31. 12. 2014 odbornou praxi Bc. Monice Formánkové, studentce 2. ročníku magisterského studia, oboru Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech, Západočeské univerzity v Plzni. Odbornou praxi bude probíhat za účelem zpracování diplomové práce na téma Úskalí práce všeobecných sester na urgentním a vysokoprahovém příjmu. Odborná praxe se uskuteční na oddělení urgentní medicíny a bude vykonávána za podmínek sjednaných touto dohodou.
2. Organizaci a vedení odborné praxe se pověřuje vedoucí sestry Iveta Ludrová.
3. FN HK umožní studentce vstup na pracoviště, kde bude praxe probíhat, případně do prostor souvisejících s vykonávanou činností. Dále jí umožní odkládat osobních věcí a užívání hygienického zázemí.

### II.

1. Před zahájením odborné praxe bude studentka zaměstnancem FN HK seznámena s právními předpisy v oblasti bezpečnosti práce, požární ochrany, hygienicko-protiepidemiickým řádem a dalšími vnitřními předpisy platnými ve FN HK, jež se vztahují k výkonu praxe. FN HK zajistí studentce bezpečnost a ochranu zdraví během odborné praxe, případně jí vyčlení příslušnými ochrannými pracovními prostředky z výjimečné obvy.
2. Studentka bude veškeré výše uvedené předpisy v průběhu odborné praxe dodržovat.
3. Studentka je vázána mlčenlivostí v záležitostech jí známých, utajovaných a důvěrných informací, se kterými se seznámí během odborné praxe. Studentka je povinna dodržovat pokyny FN HK a předpisy týkající se ochrany skutečnosti a důvěrných informací, kterých se týká povinnost mlčenlivosti, získaných v souvislosti s jejím působením ve FN HK.
4. Studentka nese odpovědnost za porušení povinné mlčenlivosti.
5. Studentka si zajistí očkování v souladu s vyhl. č. 537/2006 Sb., v platném znění. O provedení očkování předloží před zahájením praxe doklad.
6. Studentka je povinna řádně vykonávat veškeré povinnosti, související s absolvováním praxe, tj. v souladu s právními, zdravotnickými, bezpečnostními a dalšími předpisy a podle pokynů a příkazů školitele, popř. dalších odpovědných osob.
7. Případy škody, vzniklé při výkonu odborné praxe nebo v souvislosti s ní, budou posuzovány v souladu s příslušným ustanovením občanského zákoníku. Studentka se zavazuje, že před nástupem na praxi pro tento účel uzavře pověření odpovědnosti za škodu a kopii jejího smlouvy přiloží k této dohodě.

### III.

1. Pracovní oděv a obuv si zajistí studentka samostatně.

### IV.

1. Platnost této dohody / je možné ukončit písemnou dohodou smluvních stran nebo písemnou výpovědí každé ze smluvních stran, a to i bez udání důvodu, příčinně-vypovědní doba je výměna a počíná běžet prvním dnem následujícím po doručení písemné výpovědi druhé smluvní stranou.
2. FN HK může od této dohody písemně odstoupit v případě, že studentka nesplní své závazky z ní vyplývající. Dále může od této dohody písemně odstoupit i studentka zvažujícím epizodně poskytnutí odborné zdravotní péči či vnitřní předpisy platné ve FN HK, vztahující se k výkonu praxe nebo pokyny zaměstnavatele, který odbornou praxi vede.
3. Studentka může od této dohody písemně odstoupit i ze strany FN HK nebudou splněny podmínky v ní uvedené.
4. Odstoupení od této dohody nashledává okamžikem doručení písemného oznámení o odstoupení druhé smluvní stranou.
5. Na nezbytné pracovní dobu je FN HK oprávněna přerušit odbornou praxi z důvodů vzniklé epidemiologické situace nebo jiných závažných preventivních důvodů. Ve všech případech FN HK tyto skutečnosti neprodleně oznámí studentce.
6. V právních vztazích výše uvedených neprovozovaných v této dohodě se budou smluvní strany řídit příslušnými ustanoveními zák. č. 89/2012 Sb. a dalšími příslušnými právními předpisy.

### V.

1. Tato dohoda je sepsána ve 2 vyhotoveních, po jednom pro každou smluvní stranu.
2. Tato dohoda nabývá platnosti a účinnosti dnem jejího podpisu oběma smluvními stranami.
3. Tato dohoda může být doplněna či měněna pouze na základě písemných dodatků, akceptovaných oběma smluvními stranami.
4. Smluvní strany prohlašují, že tato dohoda vyjadřuje jejich svobodnou, pravou, vědomou a úplnou vůli, přistoupení emulou, a že tato dohoda neuzavírají v tísni za nepřítomnosti nezbytných podmínek. Na důkaz shora uvedeného připojují smluvní strany své podpisy.

Za FN HK:  
V Hradci Králové  
dne: 20. 11. 2014

Podpis studentky:  
V Praze  
dne: 20. 11. 2014

*Handwritten signature*  
prof. MUDr. Roman Prymula, CSc., Ph.D.  
ředitel  
Fakultní nemocnice Hradec Králové

*Handwritten signature*  
Bc. Monika Formánková  
studentka

**ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ INFORMACÍ  
V SOUVISLOSTI S VYPRACOVÁNÍM DIPLOMOVÉ  
PRÁCE**

**Jméno a příjmení studenta:** Bc. Monika Formánková  
**Název vysoké školy:** Západočeská univerzita v Plzni  
**Fakulta/ katedra:** Fakulta zdravotnických studií, katedra ošetrovatelství a porodní asistence  
**Název diplomové práce:** Úskalí práce všeobecných sester na urgentních a vysokoprahových příjmech  
**Vedoucí diplomové práce, kontakt:** PhDr. Mgr. Jiří Frei, Ph.D. frei@fzs.zcu.cz, 377 633 714

**Metodika empirické části:** Pro výzkumné šetření bude použita kvantitativní dotazníková metoda. Dotazníky budou určeny všeobecným sestřím a zdravotnickým záchranářům. Dotazníky přiloženy v příloze

**Cíl práce:**

- 1) Zhodnocení materiálně technického zabezpečení urgentních a vysokoprahových příjmů z pohledu všeobecných sester
- 2) Identifikace faktorů ovlivňující psychologickou a fyzickou pohodu práce všeobecných sester na urgentních a vysokoprahových příjmech
- 3) Analýza zkušeností sester pracujících na urgentních a vysokoprahových příjmech se supervízi

**Termín sběru informací:** prosinec 2014 až únor 2015

**Děkuji za kladné vyřízení mé žádosti.**

V Plzni dne 10.2.2015

Bc. Monika Formánková  
moni.formankova@seznam.cz  
tel. č. 775 021 417

SOUHLASÍM

Mgr. Jana Nováková, MDA  
vedoucí oddělení zdravotní péče  
Fakultní nemocnice Plzeň

**ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ INFORMACÍ  
V SOUVISLOSTI S VYPRACOVÁNÍM DIPLOMOVÉ  
PRÁCE**

**Jméno a příjmení studenta:** Bc. Monika Formánková  
**Název vysoké školy:** Západočeská univerzita v Plzni  
**Fakulta/ katedra:** Fakulta zdravotnických studií, katedra ošetrovatelství a porodní asistence  
**Název diplomové práce:** Úskalí práce všeobecných sester na urgentních a vysokoprahových příjmech  
**Vedoucí diplomové práce, kontakt:** PhDr. Mgr. Jiří Frei, Ph.D. frei@fzs.zcu.cz, 377 633 714

**Metodika empirické části:** Pro výzkumné šetření bude použita kvantitativní dotazníková metoda. Dotazníky budou určeny všeobecným sestřím a zdravotnickým záchranářům. Dotazníky přiloženy v příloze

**Cíl práce:**

- 1) Zhodnocení materiálně technického zabezpečení urgentních a vysokoprahových příjmů z pohledu všeobecných sester
- 2) Identifikace faktorů ovlivňující psychologickou a fyzickou pohodu práce všeobecných sester na urgentních a vysokoprahových příjmech
- 3) Analýza zkušeností sester pracujících na urgentních a vysokoprahových příjmech se supervízi

**Termín sběru informací:** prosinec 2014 – leden 2015

**Děkuji za kladné vyřízení mé žádosti.**

V Plzni dne 10.11.2014

Bc. Monika Formánková  
moni.formankova@seznam.cz  
tel. č. 775 021 417

NEMOCNICE PLZEŇ  
Fakulta zdravotnických studií  
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence  
Fakultní nemocnice Plzeň  
Mgr. Jana Nováková, MDA  
vedoucí oddělení zdravotní péče

**ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ INFORMACÍ  
V SOUVISLOSTI S VYPRACOVÁNÍM DIPLOMOVÉ  
PRÁCE**

**Jméno a příjmení studenta:** Bc. Monika Formánková  
**Název vysoké školy:** Západočeská univerzita v Plzni  
**Fakulta/ katedra:** Fakulta zdravotnických studií, katedra ošetrovatelství a porodní asistence  
**Název diplomové práce:** Úskalí práce všeobecných sester na urgentních a vysokoprahových příjmech  
**Vedoucí diplomové práce, kontakt:** PhDr. Mgr. Jiří Frei, Ph.D. frei@fzs.zcu.cz, 377 633 714

**Metodika empirické části:** Pro výzkumné šetření bude použita kvantitativní dotazníková metoda. Dotazníky budou určeny všeobecným sestřím a zdravotnickým záchranářům. Dotazníky přiloženy v příloze

**Cíl práce:**

- 1) Zhodnocení materiálně technického zabezpečení urgentních a vysokoprahových příjmů z pohledu všeobecných sester
- 2) Identifikace faktorů ovlivňující psychologickou a fyzickou pohodu práce všeobecných sester na urgentních a vysokoprahových příjmech
- 3) Analýza zkušeností sester pracujících na urgentních a vysokoprahových příjmech se supervízi

**Termín sběru informací:** prosinec 2014 – leden 2015

**Děkuji za kladné vyřízení mé žádosti.**

V Plzni dne 10.11.2014

Bc. Monika Formánková  
moni.formankova@seznam.cz  
tel. č. 775 021 417

Mgr. Světláková  
Mgr. Světláková  
vedoucí oddělení zdravotní péče  
Fakultní nemocnice Plzeň

**ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ INFORMACÍ  
V SOUVISLOSTI S VYPRACOVÁNÍM DIPLOMOVÉ  
PRÁCE**

**Jméno a příjmení studenta:** Bc. Monika Formánková  
**Název vysoké školy:** Západočeská univerzita v Plzni  
**Fakulta/ katedra:** Fakulta zdravotnických studií, katedra ošetrovatelství a porodní asistence  
**Název diplomové práce:** Úskalí práce všeobecných sester na urgentních a vysokoprahových příjmech  
**Vedoucí diplomové práce, kontakt:** PhDr. Mgr. Jiří Frei, Ph.D. frei@fzs.zcu.cz, 377 633 714

**Metodika empirické části:** Pro výzkumné šetření bude použita kvantitativní dotazníková metoda. Dotazníky budou určeny všeobecným sestřím a zdravotnickým záchranářům. Dotazníky přiloženy v příloze

**Cíl práce:**

- 1) Zhodnocení materiálně technického zabezpečení urgentních a vysokoprahových příjmů z pohledu všeobecných sester
- 2) Identifikace faktorů ovlivňující psychologickou a fyzickou pohodu práce všeobecných sester na urgentních a vysokoprahových příjmech
- 3) Analýza zkušeností sester pracujících na urgentních a vysokoprahových příjmech se supervízi

**Termín sběru informací:** prosinec 2014 až únor 2015

**Děkuji za kladné vyřízení mé žádosti.**

V Plzni dne 10.2.2015

Bc. Monika Formánková  
moni.formankova@seznam.cz  
tel. č. 775 021 417

Šetřením metodou dotazníků souhlasím.

NEMOCNICE PLZEŇ  
Fakulta zdravotnických studií  
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence  
Fakultní nemocnice Plzeň  
Mgr. Jana Nováková, MDA  
vedoucí oddělení zdravotní péče

## ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ INFORMACÍ V SOUVISLOSTI S VYPRACOVÁNÍM DIPLOMOVÉ PRÁCE

**Jméno a příjmení studenta:** Bc. Monika Formánková  
**Název vysoké školy:** Západočeská univerzita v Plzni  
**Fakulta/ katedra:** Fakulta zdravotnických studií, katedra ošetrovatelství a porodní asistence  
**Název diplomové práce:** Úskalí práce všeobecných sester na urgentních a vysokoprahových příjmech  
**Vedoucí diplomové práce, kontakt:** PhDr. Mgr. Jiří Frei, Ph.D. frei@fs.zcu.cz, 577 633 714  
**Metodika empirické části:** Pro výzkumné šetření bude použita kvantitativní dotazníková metoda. Dotazníky budou určeny všeobecným sestřím a zdravotnickým záchranářům. Dotazníky přiloženy v příloze

### Cíl práce:

- 1) Zhodnocení materiálně technického zabezpečení urgentních a vysokoprahových příjmů z pohledu všeobecných sester
- 2) Identifikace faktorů ovlivňující psychickou a fyzickou pohodu práce všeobecných sester na urgentních a vysokoprahových příjmech
- 3) Analýza zkušeností sester pracujících na urgentních a vysokoprahových příjmech se supervízi

**Termín sběru informací:** prosinec 2014 až únor 2015

**Děkuji za kladné vyřízení mé žádosti.**

V Plzni dne 10.2.2015

Bc. Monika Formánková  
moni.formankova@seznam.cz  
tel. č. 775 021 417

*Dotazníky, faktury a provedené dotazování jsou přiloženy*

*Frei*

Mgr. Jana Křísková



## ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ INFORMACÍ V SOUVISLOSTI S VYPRACOVÁNÍM DIPLOMOVÉ PRÁCE

**Jméno a příjmení studenta:** Bc. Monika Formánková  
**Název vysoké školy:** Západočeská univerzita v Plzni  
**Fakulta/ katedra:** Fakulta zdravotnických studií, katedra ošetrovatelství a porodní asistence  
**Název diplomové práce:** Úskalí práce všeobecných sester na urgentních a vysokoprahových příjmech  
**Vedoucí diplomové práce, kontakt:** PhDr. Mgr. Jiří Frei, Ph.D. frei@fs.zcu.cz, 377 633 714  
**Metodika empirické části:** Pro výzkumné šetření bude použita kvantitativní dotazníková metoda. Dotazníky budou určeny všeobecným sestřím a zdravotnickým záchranářům. Dotazníky přiloženy v příloze

### Cíl práce:

- 1) Zhodnocení materiálně technického zabezpečení urgentních a vysokoprahových příjmů z pohledu všeobecných sester
- 2) Identifikace faktorů ovlivňující psychickou a fyzickou pohodu práce všeobecných sester na urgentních a vysokoprahových příjmech
- 3) Analýza zkušeností sester pracujících na urgentních a vysokoprahových příjmech se supervízi

**Termín sběru informací:** prosinec 2014 až únor 2015

**Děkuji za kladné vyřízení mé žádosti.**

V Plzni dne 10.2.2015

Bc. Monika Formánková  
moni.formankova@seznam.cz  
tel. č. 775 021 417

Oblastní nemocnice Klatno, a.s.,  
nemocnice Středočeského kraje  
Foltešáky  
Vančurova 154B, 272 59 Klatno  
Tel.: 312 605 111, Fax: 312 506 888  
IC: 2726537, DIČ: CZ2726537

*Frei*

*Frei*  
Bc. Aneta Holmárová, Di.  
hlavní sestra