

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

RIZIKA PRÁCE SESTRY

Bakalářská práce

Vedoucí bakalářské práce:

Phdr. Hana Sloupová Bürgerová R.N.

Autor:

Gabriela Gengelová

2010

Abstract

The work of nurses in health care is often physically and psychologically demanding. Some inpatient departments have specific labor conditions and from them come risks. Nurses are continuously exposed to the risk of injury, infection, but also stress caused by their work. These labor-related risks can cause disorders on health or cause labor-related diseases. Therefore, it is necessary to reduce workload, stress, psycho-social risks and pay special attention to preventive measures and keep sanitary-epidemiological behavior.

This Bachelor thesis called “Risks of Nurse’s Labor” is divided into two parts. The theoretical part strives to summarize the risks of a nurse’s work focusing on preventive measures related to particular risks.

Results of this survey are processed in the research part of this thesis. During the survey I used a quantitative method of data collection – by using a questionnaire. The research file was created by nurses working in Internal and Neurological departments and a Residential facility for chronically ill patients in the Hospital České Budějovice, a.s. and in the University Hospital in Plzeň.

In the Bachelor’s thesis 2 objectives and 3 related hypotheses have been set. The objectives were fulfilled and hypotheses were either verified or rejected. The author was trying to find out what nurses regard as the highest risks in clinically focused workplaces and what preventive measures are applied with respect to perceived risks. From the results come out that nurses regard being stung by an infected needle as the highest risk in the workplace. Preventive measures are applied in a limited scope.

At the end of this thesis the most important information related to the research is described.

Prohlášení:

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona 111/1998 Sb. V platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

Datum

Podpis studenta

Poděkování:

Děkuji tímto paní Phdr. Haně Sloupové-Bürgerové R.N., za odborné vedení, trvalý zájem a cenné rady při psaní bakalářské práce. Zvláštní poděkování za podporu a trpělivost patří také mé rodině.

Obsah

Úvod.....	3
1 Současný stav problematiky	5
1.1 Rizikové faktory na pracovišti sester.....	5
1.1.1 Fyzikální faktory.....	5
1.1.2 Chemické faktory.....	7
1.1.3 Biologické činitele	8
1.1.3.1 Infekční nemoci	9
1.2 Fyzická zátěž.....	19
1.3 Pracovní úrazy	20
1.4 Psychická zátěž.....	21
1.4.1 Agresivita pacienta	23
1.4.2 Stres	24
1.4.3 Směnný provoz	26
1.4.4 Syndrom vyhoření.....	26
1.5 Opatření proti rizikovým faktorům.....	27
2 Cíle práce a hypotézy.....	31
2.1 Cíle práce	31
2.2 Hypotézy	31
3 Metodika	32
3.1 Metodika práce	32
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	32
4 Výsledky	33
4.1 Souhrnné výsledky.....	33
5 Diskuze	62
6 Závěr	69
7 Seznam použitých zdrojů.....	71
8 Klíčová slova	76
9 Přílohy.....	77
9.1 Seznam příloh	77

Úvod

Práce sester ve zdravotnictví je často fyzicky i psychicky náročná, navíc představuje určité ohrožení zdraví řadou fyzikálních, chemických i biologických faktorů. Některá lůžková oddělení mají specifické pracovní podmínky a z toho vyplývající i pracovní rizika. Pracovní prostředí ve zdravotnictví je tvořeno různými faktory, které vytváří příznivé i nepříznivé podmínky při práci. V pracovním prostředí sester se vyskytuje řada škodlivin, které negativně ovlivňují jejich zdraví. Tato pracovní rizika mohou svou povahou zapříčinit poruchy zdraví nebo vyvolat nemoc z povolání.

Každá pracovní činnost rozvíjí člověka a má zejména vliv na jeho zdraví. Hlavním úsilím a zásadou všech zdravotníků je zachovat nebo obnovit zdraví svých pacientů, ale mnohdy právě sami zdravotníci mohou přitom své zdraví ztratit, neboť jejich práce má rizikový charakter. Na sestry jsou kladeny stále vyšší nároky. Vyžaduje se po nich, aby se během pracovní směny plně soustředily, uměly se rychle a správně rozhodnout. Také by měly mít nejen odborné teoretické, praktické znalosti a zkušenosti, ale i příjemné vystupování. V dnešní době musí být sestra i technicky zdatná díky používání moderních přístrojů a počítačů. Sestra v každodenní praxi řeší a prožívá problémy související s bolestí, utrpením, nemocí a smrtí pacientů. Všechny tyto nároky kladené na sestru mohou být příčinou zátěže. Je proto důležité, aby sestry uměly efektivně zvládat zátěžové situace v práci i ve svém životě. Dokáží pak lépe zhodnotit závažné situace pacienta a mohou mu i pomoci.

V rámci své bezpečnosti by se sestra měla umět chránit před infekčními nemocemi a dalšími riziky, které se v nemocnici vyskytují všemi dostupnými prostředky. Základní povinností zdravotnických zařízení i zdravotnických pracovníků je poskytovat péči v souladu s dostupnými poznatky lékařské vědy. Mělo by se jednat o ověřené poznatky, jejichž aplikace je pro pacienta bezpečná.

Téma bakalářské práce s názvem „Rizika práce sestry“ jsem si zvolila proto, že mi připadá velmi aktuální a důležité i vzhledem k mému budoucímu povolání. Pokud má sestra kvalitně lidsky a vysoce profesionálně vykonávat ošetrovatelskou péči o pacienty, měla by být ve fyzické i psychické kondici. Je potřebné snižovat pracovní zátěž, stres a psychosociální rizika v ošetrovatelské péči nejen z morálního, ale také z

právního a ekonomického hlediska. V dnešní civilizované společnosti je kladen důraz hlavně na prevenci obecně a dodržování hygienicko-epidemiologického režimu. Během své praxe jsem již prošla řadou oddělení a každé z nich nese svá specifická rizika.

Ve své práci jsem se zaměřila na nejčastější rizika, s kterými se sestra denně setkává a jaká preventivní opatření v souvislosti s vnímanými riziky uplatňuje.

1. Současný stav problematiky

1.1 Rizikové faktory na pracovišti sester

Problematiku rizikových faktorů práce u zdravotnických pracovníků sleduje pracovní lékařství. Pracovní lékařství je medicínský obor, který se zabývá vlivem práce, pracovního prostředí a pracovních podmínek na zdraví pracovníků, spolu s prevencí, diagnostikou a léčbou. Dále posuzuje aspekty nemocí způsobených nebo zhoršených prací a dohlíží na dodržování vhodných pracovních podmínek. Cílem pracovního lékařství je předcházet poškození zdraví pracovníků vlivem práce, zlepšovat jejich zdravotní stav, udržovat zdravotní způsobilost k práci a jejich pracovní schopnosti.

Rizikovými faktory se rozumí zejména faktory fyzikální (například hluk, vibrace, ionizující záření), chemické (karcinogeny) a biologické činitele (bakterie, viry, plísně). Rizikovost lze chápat jako jejich vlastnost, která může mít za určitých podmínek negativní vliv na zdraví. Zdravotníci představují specifickou skupinu pracovníků, kteří jsou vystavováni infekčním činitelům, alergenům, anestetikům, cytostatikům, ionizujícímu nebo neionizujícímu záření, vibracím, hluku, tepelné a neuropsychické zátěži (28).

1.1.1 Fyzikální faktory

Na zdravotnických pracovištích se z fyzikálních faktorů nejčastěji vyskytuje hluk, ionizující nebo neionizující záření a vibrace.

Hluk představuje pro člověka rušivý, nepříjemný nebo škodlivý zvuk. Je nejběžnějším rizikovým faktorem na pracovištích. Frekvenční rozsah normálního lidského sluchu je od 20 Hz do 20 kHz. Hluk působící na lidský sluch ovlivňuje osoby fyzicky i psychicky. Mezi specifické sluchové účinky patří akutní akustické trauma a poruchy sluchu z hluku. U systémových účinků je prokázáno, že vystavení hluku vyvolává zvýšení tepové frekvence a krevního tlaku. Z funkčních poruch se pak mohou objevit vegetativní, hormonální, biochemické reakce a poruchy spánku. Hluk bývá u zdravotníků nejčastějším obtěžujícím faktorem na stomatologických pracovištích při práci s vysokoobrátkovými vrtačkami. Pro sestry může být hluk obtěžující při stavebních úpravách na odděleních nebo při rekonstrukci budovy. K ochraně zdraví před nepříznivým působením hluku se provádí opatření ke snížení hlučnosti. Mezi tato

opatření se řadí pravidelné lékařské prohlídky zaměstnanců vystavených hluku. Prohlídky spočívají v celkovém lékařském vyšetření, vyšetření uší a sluchu šepotem, hlasitou řečí, ladičkou.

Ionizující záření se vyskytuje ve zdravotnictví především na radiodiagnostických a radioterapeutických pracovištích. Mnozí pracovníci v nemocnicích jsou proto v potenciálním riziku. V současnosti se riziko působení ionizujícího záření vyskytuje především při příležitostných vyšetřeních (např. operační sály, pediatrické oddělení). Nejrizikovější je pro tyto pracovníky použití ionizujícího záření na diagnosticko - léčebné cíle (fraktury, hledání cizích těles, zavádění katetrů). Mezi ionizující záření se řadí částicové záření alfa, beta, gama, neutronové záření a rentgenové záření. Ozáření zvyšuje pravděpodobnost vzniku některých nádorů. Následek ozáření vždy závisí na jeho dávce. Z hlediska vzniku nebezpečí rakoviny patří mezi nejcitlivější orgány a tkáně mléčná žláza, kostní dřeň, štítná žláza a plíce. V rámci ochrany zdraví před nepříznivými účinky ionizujícího záření se používá technické vybavení, zabraňující nehodě při práci s otevřeným zářičem a zařízení s produkcí nízkých hodnot ionizujícího záření. Velmi důležité je řádné větrání prostor, používání protiradiačních clon a bariér. V ochraně před zářením je důležité, aby se sestra stavila co nejdále od zdroje, na co nejkratší dobu a pokud možno za bariéru z olova či betonu.

Neionizující záření může ve zdravotnictví taktéž představovat určité riziko. Patří sem následující typy neionizujícího záření – ultrafialové světlo, laserové paprsky, infračervené záření, radiovlny, mikrovlny a elektromagnetické pole. Sestry mohou být vystaveny neionizujícímu záření zejména při práci s germicidními lampami, inkubátory, při léčebných postupech v dermatologii nebo ve stomatologii při používání vytvrzovacích lamp. Nepříznivým vlivem vysokofrekvenčních elektromagnetických polí je ohřívání tkáně a může vést k těžkým poraněním a popáleninám, zvláště citlivé jsou oči. V rámci prevence je důležité používat vodivé obleky, izolační rukavice k omezení dotykových proudů a vhodné ochranné brýle. Sestra má být poučena o možných rizicích i o tom, jak se chovat v urgentních situacích.

Vibrace představují mechanické kmitání a chvění pevných těles. Člověk vnímá vibrace pomocí soustavy, která ovlivňuje celkovou psychosomatickou citlivost.

Působení vibrací je nepříjemné, při vyšších intenzitách může být i nebezpečné. Přináší pocit nepohody a způsobuje celkovou únavu organismu. To vede ke snížení pozornosti, zpomalenému a zhoršenému vnímání a ke snížení pracovní výkonnosti. Při dlouhodobém vystavení vibracím bývají postiženy nervy, cévy, kosti, šlachy, klouby a svaly horních končetin. S vibracemi se lze setkat u zubních laborantů při leštění, broušení, opracování chromkobaltového materiálu. Sestry pracující na klinicky zaměřených odděleních do styku s vibracemi téměř nepřijdou. K omezení účinku vibrací má význam používání ochranných pracovních prostředků, výběr vhodného typu náradí a zařízení, náhrada pracovních technologií (44, 29, 16, 20).

1.1.2 Chemické faktory

Většina zdravotnického personálu je vystavena chemickým látkám, počínaje pomocným personálem, zdravotními sestrami a konče lékaři. Jedná se o množství látek, které lze řadit mezi fixativa, rozpouštědla, reagentia, kovy a jejich sloučeniny používané v laboratořích, anestetika, léky a dezinficiencia používaná na odděleních. Sestry přicházejí do kontaktu s různými chemikáliemi. Jde o látky a přípravky výbušné, dále pak látky oxidující, jež při styku s jinými látkami, zejména hořlavými, vyvolávají vysoce exotermní reakci. Hořlavé látky mají bod vzplanutí v rozmezí od 21°C do 55°C. Toxické látky mohou po vdechnutí nebo proniknutí kůží způsobit akutní nebo chronické poškození zdraví až smrt. Žíravé látky ničí živou tkáň. Látky dráždivé nemají vlastnosti žíraviny, ale při dlouhodobém nebo opakovaném styku s kůží nebo sliznicemi mohou vyvolat zánět. V neposlední řadě karcinogenní látky po vdechnutí nebo proniknutí kůží vyvolají nebo zvýší četnost výskytu rakoviny. Chemické látky mohou mít nepříznivý účinek na zdraví pracovníků. Na operačních sálech jsou sestry vystaveny inhalačním anestetikům, jejichž stopy lze zachytit i několik hodin po proběhlé operaci. Vysoké koncentrace anestetických plynů se mohou u pracovníků projevit únavou, bolestí hlavy, depresí, předrážděností, poruchou koordinace. Proto se musí ovzdušit sálů monitorovat a zajistit výměnu vzduchu, aby nebylo ohroženo zdraví operačního týmu. Sestry jsou také vystaveny možnému riziku kontaktu s chemickými preparáty, z nichž jsou nejzávažnější látky s cytotoxickým a teratogenním účinkem. Spotřeba cytostatik se zvyšuje. Vzrůstá i počet pracovišť, kde jsou aplikována k léčbě pacientů s nádorovými onemocněními.

Sestry jsou ohroženy zejména při přípravě roztoků cytostatik pro injekční aplikaci a během aplikace. Dále je možnou cestou expozice kontaminace močí léčených pacientů a další manipulace s kontaminovaným materiálem. Dýchací trakt a kůže představují cestu vstupu do organismu. Riziko práce s cytostatiky lze ovlivnit důsledným dodržováním pokynů pro práci s cytostatiky. Ty byly vydány hygienickou službou. Technické a prostorové vybavení pracovišť má vytvořit podmínky pro dodržování režimových opatření. Používání ochranných pomůcek zajistí co nejmenší expozici pracovníků. Příprava roztoků se zásadně provádí v digestoři. Pro lepší ochranu sester jsou vhodnější boxy s laminárním prouděním opatřené filtry, čímž se také snižuje kontaminace ovzduší. Cytostatika se aplikují pacientům v místnostech k tomu určených. Nedílnou součástí ochrany zdraví pracovníků je jejich informovanost o závažnosti rizika a kontrola plnění režimových opatření, stanovených pracovními pokyny pro pracoviště. Také chemická desinfekce a sterilizace představuje pro sestry určité riziko. Mezi látky používané k desinfekci v kapalném stavu nebo rozpuštěné v roztoku patří kyseliny, louhy, sloučeniny na bázi chloru, jódu a bromu. Při jejich aplikaci může dojít k přímému kontaktu s kůží, sliznicemi nebo k jejich inhalaci. Mohou působit i jako alergeny. Při práci s desinfekčními prostředky se mají používat rukavice, ochranné brýle, roušky nebo masky s filtrem proti kyselým organickým parám. Vhodné je také desinfekční prostředky střídat, čímž se zabrání jak mikrobiální rezistenci, tak i zvýšenému výskytu alergických projevů (44, 20).

1.1.3 Biologické činitele

Mezi nejčastější škodlivé faktory patří biologické, neboť zdravotníci přicházejí při práci do častého kontaktu s pacienty. Ti mohou být infikováni nejrůznějšími chorobami a jejich biologickým materiálem. Proto se u zdravotníků vyskytují některé infekce častěji než u ostatní populace. Riziko infekce hrozí ve všech zdravotnických zařízeních, ale nejvyšší je v nemocnicích. Jedná se o nemoci z povolání podle seznamu nemoci z povolání v Nařízení vlády č. 290/1995 Sb. (20).

1.1.3.1 Infekční nemoci

Infekční nemoci představovaly již v minulosti velmi vážný problém. Zlepšováním životních podmínek, zkvalitňováním stravování a hygieny bydlení, začala hrozba infekčních chorob zvolna ztrácet na intenzitě. V osmdesátých letech došlo k nárůstu rezistence mikroorganismů na antibiotika a chemoterapeutika. Začala se objevovat nová infekční onemocnění. V současnosti vznik a šíření infekčních nákaz výrazně ovlivňuje turistika spolu s leteckou dopravou. Ta umožňuje velmi rychlý přenos infekčních agens mezi kontinenty. Také přírodní katastrofy vážně narušují životní podmínky lidí, zhoršují hygienickou úroveň a mohou být příčinou vzniku nebezpečných epidemií. Velkou hrozbu představují i biologické zbraně.

V patogenezi infekčních nemocí se uplatňuje vzájemné působení makroorganismu a některého z velkého množství patogenních mikroorganismů. Včasná a přesná diagnostika infekčního onemocnění je nezbytným předpokladem úspěšného léčení. Anamnéza zůstává základem diagnostiky, zvláštní důraz se klade na anamnézu epidemiologickou. Je třeba získat informace o výskytu podobného onemocnění v prostředí, v němž se nemocný v poslední době pohyboval. Průběh, rozsah a projevy infekce závisí na vnímavosti resp. odolnosti napadeného hostitele. Dále na stupni nespecifické rezistence napadeného jedince a přítomnosti jeho specifické imunity. Infekční choroba probíhá v několika stádiích. Inkubační stádium představuje období od vniknutí původce infekce do makroorganismu po objevení se prvních příznaků nemoci. Prodromální stádium je charakteristické výskytem klinických příznaků. Manifestační stádium se vyznačuje výskytem klinických příznaků, charakteristických pro dané onemocnění. V závěrečném stádiu dochází k uzdravení nebo ke smrti infikovaného makroorganismu. Léčení postižených infekčními nemocemi probíhá symptomaticky, kdy dochází ke zmenšení subjektivních obtíží nemocného. Léčba všeobecná a podpůrná směřuje k zachování a podpoře základních životních funkcí nemocného. Kauzální léčba má za úkol oslabit, zničit a eliminovat infekční agens, které onemocnění vyvolalo.

Do určité míry jsou infekčním onemocněním vystaveni všichni pracovníci ve zdravotnických zařízeních. Zaměstnanci denně přichází do kontaktu s nemocnými v laboratořích při zpracování biologického materiálu a vědí, jaké biologické činitele se na

pracovišti vyskytují. Zdrojem nákazy jsou pacienti ve všech stádiích infekčního onemocnění. Významnější cestu přenosu představuje kontakt s krví, krevními deriváty nebo jiným biologickým materiálem. Míra rizika se liší ve vztahu k jejich charakteru práce a biologickému materiálu, se kterým pracují. Opatření k ochraně zdraví jsou vedena nejen k personálu, ale i k zamezení úniku biologických činitelů z pracoviště.

Prevence před infekčními nemocemi zahrnuje řádnou manipulaci s prádlem, desinfekci, sterilizaci, striktní dodržování asepse, dokonalý úklid, mytí rukou a bariérový způsob ošetřování. S tím souvisí správné nošení obličejových roušek a ochranného oděvu včetně čepice. Při potřísnění krví pacienta nebo při kontaminaci kůže a sliznic je důležité postižené plochy umýt virucidním roztokem. Menší výkony by se měly dělat přímo na pokoji, pokud tam neleží nemocní s hnisavými procesy. Větší výkony pak provádět na operačním sále. Sestry by měly preventivní opatření dodržovat trvale, systematicky za všech podmínek a bez ohledu na to, či právě hrozí nebezpečí epidemie. Preventivní protiepidemická opatření zahrnují: opatření ke zvýšení specifické odolnosti osob, evidenci bacilonosičů, opatření proti zavlečení infekce do kolektivu a zdravotnickou výchovu (6, 47, 42, 21).

Virové hepatitidy

Virové hepatitidy jsou difuzní, zánětlivá onemocnění jaterního parenchymu, vyskytující se celosvětově. V současné době představují velmi závažný zdravotnický a ekonomický problém. Ekonomické ztráty jsou spojené s pracovní neschopností, léčbou i možnou invalidizací. Jde o akutní nebo chronická onemocnění, která jsou příčinou významné morbiditity a mortality u nás i ve světě. Akutní virové hepatitidy jsou nejčastějšími jaterními onemocněními, u některých typů je možný i chronický průběh. Ten se projevuje jako chronická hepatitida, jaterní cirhóza či hepatocelulární karcinom. V současnosti je potvrzeno šest virových agens označených za původce hepatitid, které nejsou vzájemně příbuzné a liší se svými vlastnostmi, klasifikačním zařazením, způsobem přenosu, inkubační dobou i některými klinickými projevy. Mezi klinické projevy virových hepatitid patří: subfebrilie, únava, nechutenství, bolesti kloubů, někdy i s otoky a zarudnutím, gastrointestinální obtíže. Vzácně se může objevit kožní exantém

charakteru kopřivky, výjimečně i purpury. Závažnost klinického průběhu může být různorodá od zcela asymptomatického, přes závažnější průběh s ikterem až po fulminantní hepatitidu přecházející v hepatodystrofii s postižením funkce ledvin a vysokou mortalitou. Nastupující jaterní selhání se projeví ascitem, hepatálním fétorem, spavostí, letargií, až jaterním kómem. Tomu obvykle předchází změna osobnosti, dezorientace, neklid až agresivita. Diagnostika se opírá o vyšetření specifických protilátek a serologické vyšetření. Z pohledu vyšetření krve dochází k poruchám hemokoagulace, trombocytopenii, zvýšení hladiny bilirubinu, aminotransferáz, poruchy acidobazické a elektrolytové rovnováhy až k úplnému rozvratu vnitřního prostředí. Léčba je z větší části podpůrná, zaměřená na jaterní dietu s omezením až eliminací tuků, u závažnějších stavů i bílkovin. Dále pak fyzický a psychický klid, dodání vitamínu skupiny C a B, hepatoprotektiv. V indikovaných případech se podávají kortikoidy a protivirová chemoterapeutika. Nemocné i podezřelé osoby z této nákazy se izolují na infekčním oddělení. Akutní i chronické hepatitidy podléhají hlášení (40, 8, 17, 24).

Ve zdravotnictví může dojít k přenosu infekce viru hepatitidy B (HBV) a C (HCV) z pacienta na zdravotníka, ale je pravděpodobná i opačná situace, kdy zdravotník nakazí pacienta. V minulosti ve zdravotnických zařízeních docházelo poměrně často k přenosu infekce HBV z pacienta na zdravotníka, především před zavedením plošné vakcinace zdravotníků. Mnohem nižší nebezpečí představuje přenos infekce virové hepatitidy C (HCV) z pacienta na zdravotníka, neboť je mnohem méně kantagióznější než virová hepatitida B (HBV). Při poranění o injekční jehlu kontaminovanou krví osoby chronicky infikované virem, je pravděpodobnost infekce virové hepatitidy B (HBV) asi 30 %, virové hepatitidy C (HCV) 3 % a HIV 0,3 %. U zdravotníků, pracujících v riziku onemocnění virovými hepatitidami, se neprovádějí v rámci preventivních opatření vyšetření na průkaz protilátek anti-HCV. Proto většina profesionálních infekcí není odhalena. Mezi pacienty je i řada zdravotníků, lékařů i zdravotních sester infikovaných virovou hepatitidou B (HBV). Velká část z nich pracuje v chirurgických oborech, kde je nebezpečí infikování od pacientů největší. Někteří své onemocnění tají před zaměstnavatelem i spolupracovníky, z obavy před možnými pracovními následky a straněním kolegů.

Základem ochrany zdravotníků před infekcí jsou důsledná hygienická opatření při kontaktu zdravotníka s pacientem a biologickým materiálem. Vakcinace zdravotnických pracovníků, nejlépe všech, ještě před nástupem do zaměstnání, je nezbytnou součástí prevence. Všechny pacienty, se kterými se zdravotník setká, by měl považovat za potenciálně infekční. Za infekční je také nutné považovat krev, tělesné tekutiny, včetně sekretů a exkretů, vzorky sliznic a kůže. Důležité je používat rukavice tam, kde dochází ke kontaktu s tělními tekutinami. Rukavice by se měly měnit po každém pacientovi a proceduře. Měly by být jednorázové a dobré kvality. Po odstranění rukavic si důkladně umýt ruce vodou, mýdlem a desinfekčním prostředkem. Dále je nezbytné nosit plastové zástěry a masku všude, kde může dojít k postříkání těla tělními tekutinami. Opatrná manipulace a bezpečná likvidace použitých ostrých nástrojů patří mezi základní hygienické přístupy. Sestry by měly hlavně dodržovat vyhlášku MZ č. 195/2005 Sb. o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče (17, 37).

Virus HIV

Problematika AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome) zasáhla nejen do života miliónů postižených lidí na celém světě, ale prakticky do života celé společnosti. Původcem AIDS je virus HIV (Human Immunodeficiency Virus), který patří do čeledi Retroviridae. Infekce se přenáší pohlavně, parenterálně a vertikální cestou z nakažené matky na dítě. Virus se nachází v krvi, spermatu, vaginálním sekretu a mateřském mléce. Infekce HIV má pestrý klinický obraz, obvykle uplyne několik let než se plně rozvine. Za 3 až 6 týdnů po expozici viru se objeví necharakteristické příznaky připomínající chřipku či mononukleózu, provázenou průjmem a zduřením lymfatických uzlin. Virus dále napadá především buňky lymfatického systému, kde se množí. Poté následuje asymptomatické stádium, které může trvat i 15 let. Při výskytu malých oportunních infekcí (dermatitidy, nevysvětlitelné průjmy, kandidové vaginitidy) přechází pacient do časného symptomatického stádia. Pozdní symptomatické stádium je charakterizováno objevením se velkých oportunních infekcí (pneumonie, encefalitida, meningitida). S nástupem kachexie a možným vznikem malignit, přechází pacient do

posledního stádia AIDS onemocnění, které vždy končí smrtí. Infekce HIV se diagnostikuje průkazem specifických HIV protilátek.

Riziko viru HIV je pro sestry značné, zejména na transfuzních oddělení, u záchranné služby, stomatologů, chirurgů nebo laborantů. Zdravotnický personál se může nakazit při ošetřování nemocných nakažených virem HIV. K přenosu infekce může dojít ostrým nástrojem, jehlou nebo přes sliznici či spojivkový vak. Při píchnutí jehlou kontaminovanou krví, je důležité myslet i na toto onemocnění. U pravděpodobného zdroje infekce pak provést testy na HIV. Není-li to možné, měl by se poraněný zdravotník nechat okamžitě a opakovaně testovat v několika týdenních odstupech od příhody. Podle rizika pravděpodobnosti infekce HIV, hloubky poranění, množství krve a dalších okolností se poraněnému doporučuje chemoprofylaxe zidovudinem.

Při ošetřování HIV pozitivního pacienta je nutné, aby si sestry oblékaly dvoje rukavice, tím se snižuje pravděpodobnost jejich protržení či propíchnutí. Dále by měly používat gumovou zástěru, brýle nebo štíty při výkonech, kde hrozí potřísnění kontaminovanou krví. Také je zakázáno provádět dýchání z úst do úst. Pokud se sestra při ošetřování infikovaného pacienta poraní, výkon nedokončuje a nechá se vystřídat. Při poranění ostrým nástrojem u HIV pozitivního pacienta by sestra měla okamžitě sejmout rukavice, ihned namočit poraněné místo do roztoku s antiseptikem, snažit se vytlačit krev z rány, ošetřit si zranění a poté si hned nechat odebrat vzorek krve. Dále by měla sepsat hlášení o úrazu a kontaktovat AIDS centrum. Tento postup pak opakovat v případě pacientovi positivity i negativity za tři a čtyři měsíce od expozice (9, 35, 40).

Rotavirová gastroenteritida

Původcem rotavirové gastroenteritidy jsou viry rodu Rotavirus z čeledi Reoviridae. Rotaviry způsobují epidemické i sporadické průjmy a mohou být příčinou nozokomiálních infekcí na dětských odděleních nebo u starých osob v ústavech sociální péče. Zdrojem nákazy je člověk, který vylučuje virus stolicí. Virus se přenáší fekálně-orální cestou, kontaminovanou vodou i kontaminovanými rukama ošetřujícího personálu. Rotaviróza se vyskytuje zejména v zimních měsících na rozdíl od jiných průjmových onemocnění. Inkubační doba je 1-3 dny. Onemocnění se projevuje vysokou

horečkou, zvracením, průjmem, kdy stolice jsou vodnaté, někdy s hlenem a příměsí krve. Průběh může být závažný, provázený dehydratací. Nákaza se často vyskytuje opakovaně zejména u dětí. Diagnóza se stanoví průkazem rotavirového antigenu ve stolici latexovou aglutinací nebo metodou ELISA. V léčbě je důležitá rehydratace, závažnější průběh vyžaduje hospitalizaci.

Riziko této nákazy je pro zdravotnický personál značné. Rotavirové infekce se v nemocničním prostředí velmi snadno šíří. Významným faktorem je jejich dlouhodobé přežívání na různých předmětech i na lidské pokožce. Aby se zabránilo šíření těchto infekcí v lůžkových zařízeních, je nutné dodržovat protiepidemický režim na oddělení. Důležitá jsou opatření zaměřená na přenos nákazy, také izolace zdrojů infekce všude tam, kde je to možné, patří rovněž mezi prověřená opatření. Rozhodující je zejména omezení šíření infekce rukama personálu, kdy je za jedno z nejdůležitějších preventivních opatření oprávněně považováno mytí rukou. Žádoucí je také ochranný filtr mezi jednotlivými místnostmi pracoviště a převlékání empírů na každém pokoji. Mytí rukou je zažité, ale najdou se mezery v následném použití desinfekce, která je pro likvidaci rotavirů rozhodující (33, 40).

Bakteriální infekce

Ve zdravotnických zařízeních se vyskytuje mnoho bakteriálních nákaz. Často dochází u některých bakteriálních kmenů ke vzniku rezistence kvůli přirozené přizpůsobivosti mikroorganismů, chybnému předepisování či nadužívání antibiotik. Tyto bakterie dnes představují velký problém, který se bohužel nedaří zvládat. Sestry jsou ohroženy mnoha bakteriálními nákazami. Může dojít k přenosu a kolonizaci nákazy i v rodinách zdravotníků.

Methicilin rezistentní Staphylococcus aureus

Celosvětovým problémem téměř všech nemocnic a jiných zdravotnických a sociálních zařízení je Methicilin rezistentní *Staphylococcus aureus* (MRSA). Představuje mutaci „zlatého“ stafylokokka, který se přirozeně vyskytuje v dutině nosní a na kůži u větší části lidí, aniž by působil nějaké potíže. Zdrojem infekce může být personál, pacient nebo nosič MRSA. Hostitelem se většinou stávají pacienti s oslabenou

imunitou, děti a staří lidé. Rezistentní stafylokokové bakterie způsobují lehčí kožní infekce, projevující se různými boláky a uhry na kůži, ale také závažné infekce ran, záněty kostí či plic. Sestry jsou ohroženy zejména přímým či nepřímým kontaktem s nemocnou nebo kolonizovanou osobou. Další cestou přenosu jsou kontaminované rukavice a ruce personálu. Dříve se dařilo léčit stafylokokové infekce antibiotiky penicilínové řady. Na rezistentní kmeny je však penicilín neúčinný, což představuje vážné ohrožení života pacienta.

Aby se zabránilo šíření rezistentních kmenů je nutná izolace kolonizovaných i nemocných pacientů a dodržování bariérového ošetřování. Pokoj kde leží MRSA pozitivní pacient by měl být označen za infekční. Zdravotnický personál, který pacienta ošetřuje, musí používat ochranné pomůcky a chránit se preventivními, mikrobiologickými vyšetřeními. Dále je nutné považovat vše, s čím přijde nemocný do styku, za infekční. To se týká i ložního prádla, které se musí ukládat do označených pytlů. Zodpovědný přístup vyžaduje také hygiena pacienta, kdy jsou prováděny antiseptické koupele ve speciálních roztocích, a to alespoň třikrát denně. Personál musí klást důraz na mytí rukou. V neposlední řadě má velký význam důkladná a odborná dekontaminace, kdy se musí dodržovat zásady ředění, jinak veškerá snaha o eliminaci rezistentních stafylokoků vyjde na prázdno.

Tuberkulóza

Velké riziko pro zdravotníky představuje také tuberkulóza (TBC). Mezi infekčními nemocemi z povolání zaujímá třetí místo. Nejčastěji postihuje plíce, pleuru a nitrohruďní uzliny. Onemocnění vyvolává *Mycobacterium tuberculosis*. Populace je proti TBC očkována. Mohou však onemocnět, pokud jsou v denním úzkém kontaktu s nemocným, který vykašlává choroboplodné zárodky. Proto zdravotníci při celodenním pečování o nemocného patří mezi rizikovou skupinu. Neočkový jedinec může onemocnět při náhodném kontaktu s infikovanou osobou. Tuberkulóza je celkové infekční onemocnění, které se přenáší nejčastěji kapénkovou infekcí od nemocného. V plicích infikovaných jedinců pak vzniká primární komplex. Inkubační doba je dlouhá, ke vzniku onemocnění dochází ve většině případů do dvou let od infekce. Diagnóza se stanoví na základě epidemiologické anamnézy, pozitivní reakce dle Mantoux,

rentgenového nálezu a kultivačního vyšetření původce nemoci. Léčba pak spočívá v dlouhodobém podávání kombinací antituberkulotik.

Velký význam ke snížení přenosu nemoci má izolace nemocného. Nejvíce jsou ohroženi zdravotníci, zejména zdravotní sestry a sanitáři z psychiatrických léčeben, oddělení dlouhodobě nemocných a pitevní laboranti. Pokud se zjistí ve zdravotnickém zařízení výskyt tuberkulózy, měly by se osoby, které přišly do styku s nemocným, nechat prohlídnout. Udělat základní vyšetření, močový sediment, sedimentaci krve, krevní obraz, tuberkulinový test a rentgen hrudníku. Ochrana zdraví spočívá v technických, organizačních a náhradních opatřeních a ve zdravotní prevenci. Do opatření ochrany zdraví se řadí bezpečné skladování biologických činitelů, účinná kontrola přenašečů a správná volba speciálních desinfekčních postupů. Důležitým opatřením je zajištění ochranných pracovních prostředků pro zaměstnance, dekontaminačních zařízení, umýváren a sprch. Personál se musí osprchovat před opuštěním kontaminované oblasti. Také by se měl omezit přístup na pracoviště jen pro určené zaměstnance. V neposlední řadě by měly být zajištěny pravidelné lékařské prohlídky a případné preventivní očkování personálu (44,18, 34, 7).

Parazitární nemoci

Parazitární onemocnění jsou způsobena vyššími, složitějšími organismy než jsou bakterie, viry a houby. Parazit je organismus žijící na úkor jiného organismu. Za nejčastěji se vyskytující parazitární onemocnění mezi zdravotními pracovníky je považován svrab. Nejvíce jsou ohroženy sestry a ošetřovatelky pečující o bezdomovce, staré a bezmocné osoby v ústavech sociální péče a v domovech důchodců. V posledních letech zaujímá první místo v počtu hlášených infekčních onemocnění. Také je pozorován výrazný vzestup, neboť svrab bývá diagnostikován u pacientů opožděně, zejména je-li komplikován edémem. Jedná se o vysoce infekční onemocnění vyvolané roztočem *Sarcoptes scabiei*, který je málo odolný na teplo, mimo tělo přežije 10-14 dní. Za zdroj nákazy je považován člověk. Svrab se přenáší po přímém kontaktu s kůží nemocného a nepřímo pak kontaminovanými předměty (ložní prádlo, oblečení). K

šíření infekce dochází v úzkém rodinném kruhu, v léčebnách a v ústavech sociální péče. Vyskytuje se zejména tam, kde se nedodrží správné hygienické podmínky.

Zdravotnický personál by měl při ošetřování nemocných se svrabem používat rukavice, empír a čepici. Také z hlediska prevence dodržovat předepsané pracovní postupy. Velký důraz přisuzovat zvýšené osobní hygieně, zejména desinfekci rukou. Osobní prádlo, ručníky, ložní prádlo postižených jedinců vyprat a vyvařit (44, 21, 24, 36, 4, 8, 6).

Profesionální nákazy

Za profesionální nákazu může být považována nozokomiální nákaza. Jedná se o nákazu vnitřního (endogenního) nebo vnějšího (exogenního) původu, která vznikla v příčinné souvislosti s pobytem nebo výkony prováděnými ve zdravotnických zařízeních v příslušné inkubační době. Nákazy endogenního původu vznikají na podkladě mikroorganismů, běžně se vyskytujících v těle člověka. Uplatňují se zejména při oslabení imunity, po ozáření nebo celkovém oslabení organismu. Nákazy exogenního původu vznikají zavedením původce nákazy z vnějšího prostředí do vnímavého jedince. Jsou determinovány zdravotnickou činností a vznikají pouze ve zdravotnických zařízeních. Nozokomiální nákazy se rozdělují na specifické a nespecifické. Specifické nákazy jsou typické a charakteristické pro zdravotnická zařízení, vznikají jako důsledek léčebných a vyšetřovacích metod. Nespecifické nákazy nejsou pro zdravotnická zařízení nijak charakteristické, šíří se podobě jako v jiných kolektivech. Patří sem např. respirační nákazy virové a bakteriální etiologie, alimentární infekce. Skupina původců nozokomiálních nákaz je velmi široká. Mezi původce patří bakterie, viry, rickettsie, chlamydie, prvoci a houby. Z těla nemocného se mohou původci vylučovat sekrety a exkrety. Za ty se považují krev, hlen, hnís, sputum, likvor, sliny, žluč, žaludeční sekret, moč, stolice, vaginální sekret a spojivkový sekret. Do organismu vstupují původci nozokomiálních nákaz třemi velkými (kůže, respirační trakt a alimentární trakt) a dvěma malými (oční spojivky a urogenitální trakt) povrchy. Původci nákaz bývají rezistentní vůči antibiotikům či desinfekčním prostředkům. Tyto rezistentní kmeny se šíří a přetrvávají v nemocničním prostředí, následně způsobují klinicky závažné infekce

s vysokou úmrtností. Vznik rezistence je spojován s častým podáváním širokospektrých antimikrobiálních léčiv. Zdroj nákazy představuje vždy živý organismus, prožívající vlastní náraku. V době, kdy začne vylučovat do okolí původce náraky, stává se zdrojem náraky pro okolní prostředí. Zdrojem nozokomiální náraky může být pacient s infekcí nebo nosič bez příznaků infekce, člen ošetřujícího personálu či návštěvník zdravotnického zařízení. Přenos náraky se může uskutečnit přímým či nepřímým kontaktem nebo autoinfekcí. Pravděpodobně nejčastěji dochází k přenosu kontaminovanými rukama personálu při výkonech (převazy, katetrizace, zacházení s podložními mísami, prádlem). Dále se může náraka přenášet vzdušnou cestou a instrumenty.

Prevence nozokomiálních nárak může být efektivní pouze tehdy, jsou-li k tomu zajištěny optimální podmínky ze strany nadřizovaných klinik. Těžko se budou dodržovat preventivní opatření, když nebude dostatek jednorázového materiálu nebo se bude šetřit na desinfekčních prostředcích a indikátorech sterilizačního cyklu. Prevenci nozokomiálních nárak lze považovat za specifický a komplexní proces, který vyžaduje vědomosti, zdravotnické myšlení, přiměřenost správných návyků, odpovědnost a zájem o danou věc. Protiepidemický a hygienický režim zahrnuje opatření na kvalitu v provozu oddělení a činnosti zdravotnického personálu. Mezi základní opatření patří mytí rukou. Ruce jsou nejčastějším zdrojem přenosu nozokomiálních nárak. Účinné mytí rukou je považováno za nejdůležitější metodu vůbec. Rozlišuje se mytí rukou mechanické, hygienické a chirurgické. K utírání rukou se používají vždy jednorázové ručníky. Důležitou součástí prevence je adekvátní používání ochranných pomůcek (rukavic, masek, pokrývek hlavy, dlouhých empírů). Dále se v rámci prevence provádí účelné a cílené uklízení, praní, mytí, dezinfekce ploch, pomůcek, nástrojů a přístrojů. Vlastní význam má i správné provádění sterilizace pomůcek, správná předsterilizační příprava a kontrola kvality sterilizace. Izolace pacientů a bariérová ošetřovatelská péče jsou nedílnou součástí protiepidemického opatření. Pacient je uložen na jednolůžkovém pokoji se zavedením bariérového ošetřování s filtrem. Také správná manipulace s prádlem snižuje šíření nozokomiálních nárak. Vhodné je ukládat použité prádlo do označených pytlů hned u lůžka pacienta. Provoz čistého a špinavého prádla se nesmí

křížit. Dodržování zásad bezpečnosti práce při manipulaci s biologickým materiálem je z hlediska prevence nezbytně důležité. V době výskytu chřipkových epidemií se ve zdravotnických zařízeních upravuje režim návštěv.

Také zdravotnický pracovník může onemocnět a zdrojem jeho nákazy je pacient s onemocněním nebo nosičstvím. Vzniklé nemoci se vážou na výkon povolání a pokládají se za profesionální nákazy. Profesionální nákazy je možno rozdělit do několika skupin. Nákazy dětského věku představují riziko pro mladý ošetrovatelský personál, zejména na dětských a novorozeneckých odděleních. Zde se vyskytují dětské nemoci jako plané neštovice, zarděnky a příušnice. Přenášejí se buď přímým kontaktem, kapénkami, předměty potřísněnými výměšky vehikul, krví, močí nebo stolicí. Ošetřující personál by se měl podrobit očkování proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám a dodržovat protiepidemický režim, osobní hygienu, mytí rukou, nošení roušek, ochranných oděvů, rukavic. Mezi nákazy přenášené vzdušnou cestou patří streptokoková angina, chřipka, faryngitida, bronchitida, adenovirová konjunktivitida, infekční mononukleóza, cytomegalovirová infekce a TBC plic. Nákazy se šíří přímo kapénkami nebo nepřímo potřísněnými předměty a kontaminovaným prachem. Tato onemocnění představují riziko na odděleních: oční, interní, plicní, ORL, dětské, stomatologie a obvodní zdravotnická střediska. Do preventivních opatření lze zahrnout osobní hygienu personálu a pacientů, používání ochranných pomůcek, dostatečné větrání místnosti a zákaz návštěv v době chřipkové epidemie. V neposlední řadě dodržování přísné aseptické techniky ošetřování. Zdravotnický pracovník si má být vědom povinnosti oznámit své infekční onemocnění(42, 27, 37, 8, 25).

1.2 Fyzická zátěž

Fyzická zátěž je ovlivňována rozsahem aktivace svalových skupin, při každé tělesné práci jde o činnost svalů a s ní potřebnou energii. Součástí ochrany zdraví je vybavenost a výkonná kapacita člověka, např. jeho tělesná stavba, rozměry těla, končetin, rozsah pohybu, svalová síla, tělesná zdatnost, to vše v souvislosti s věkem a pohlavím. Nepřiměřená fyzická zátěž pracovních úkonů vzniká z mnoha příčin jako je např. nepřiměřená hmotnost břemen, se kterými se ručně manipuluje, jednostranné přetěžování určitých svalových skupin končetin nebo trupu, nevhodné pracovní polohy,

vynaložení velkých svalových sil. Sestry by měly vědět, že negativní vliv fyzické zátěže se na zdraví člověka projevuje např. zvýšeným výskytem pracovních úrazů, onemocněním svalově kosterního aparátu, zejména páteře, onemocněním svalů, šlach a kloubů. U pracovních pohybů je nejvhodnější střídat zapojení různých svalových skupin s možností změny pracovní polohy. Z fyziologického hlediska se rozlišují formy svalové práce na dynamickou a statickou. Dynamická svalová práce se vyznačuje, střídavým zapojováním svalových skupin, střídáním napětí a uvolněním svalstva. Při statické svalové práci dochází k izometrické kontrakci svalu, ve kterém se zvyšuje napětí.

Sestry jsou často vystavovány nepřiměřené fyzické zátěži. Ruční manipulace s břemeny zahrnuje zvedání, posunování, tahání, nesení nebo přemísťování břemen. Pomoc nemocným při nejrůznějších přesunech tvoří podstatnou část pracovní činnosti sester. Tato činnost zatěžuje pohybový systém ošetřujících na tolik, až vzniká riziko poškození zad. Riziko poškození zdraví je ovlivňováno např. hmotností, stabilitou břemene, požadovanou fyzickou zátěží, charakteristikou pracovního prostředí (mikroklimatické podmínky) a nevhodným režimem odpočinku a práce. Ohrožen může být pracovník, který není fyzicky a zdravotně způsobilý a nepoužívá ochranné pracovní prostředky. Hmotnost ručně přenášených břemen ženami nesmí překročit 20 kg při občasném zvedání a 15 kg při častém zvedání. Pro správnou ruční manipulaci s břemeny by měly sestry využívat silových svalů dolních končetin a zaujmout správnou polohu dolních končetin, udržet rovnou páteř, správný postoj, rovnoměrně rozložit hmotnost břemene, využít pohyb vlastního těla a využít pomocných a technických prostředků. Břemeno přemísťovat v optimální výšce a zajistit plynulou manipulaci (2, 37, 44, 26).

1.3 Pracovní úrazy

Sestra je při výkonu své práce ohrožena vznikem úrazu. „Úraz je vymezen poruchou zdraví, způsobenou zaměstnanci při plnění pracovních úkolů nebo v přímé souvislosti s ním nezávisle na jeho vůli, náhlým, násilným a krátkodobým působením vnějších vlivů, které mají za následek poruchu zdraví“ (2, s. 36). Mohou se uplatňovat nejen vlivy mechanické, ale i chemické a psychické. Rozlišují se čtyři druhy pracovních

úrazů: smrtelný, těžký, hromadný a ostatní. Smrtelný úraz způsobí smrt ihned nebo později, nastala-li smrt následkem pracovního úrazu podle lékařského posudku. Těžký pracovní úraz má za následek ztrátu orgánu nebo jeho důležité části. Při hromadném pracovním úrazu jsou zraněny nejméně tři osoby, z nichž jedna těžce nebo smrtelně (2, 37, 44, 26).

Mezi nejčastější příčiny úrazu u zdravotníků patří: uklouznutí na čerstvě vytřené podlaze, popáleniny, pád materiálu nebo předmětu z výšky, udeření, říznutí, stisknutí zdravotníka částí přístroje, zasažení elektrickým proudem, nepoužívání ochranných pracovních pomůcek a přetěžování organismu ručním přenášením břemen.

V rámci prevence úrazu by se měly vyhledávat, posuzovat a hodnotit rizika bezpečnosti a zdraví zaměstnanců, informovat o nich zaměstnance a vykonávat opatření k jejich ochraně. V pravidelných intervalech kontrolovat úroveň péče o ochranu zdraví při práci, stav techniky, dodržovat předpisy bezpečné práce a odstraňovat závady. Dále organizovat alespoň jednou ročně prověrky bezpečnosti a ochrany zdraví při práci na pracovištích a zjištěné nedostatky odstraňovat. Tato preventivní opatření jsou povinností zaměstnavatele (2, 44).

1.4 Psychická zátěž

Psychickou zátěž lze chápat jako psychické zpracování a vyrovnání se s požadavky a vlivy pracovního a životního prostředí. Psychická zátěž zahrnuje tři formy: senzorickou, mentální a emoční. Senzorická zátěž je vázána na činnost smyslových orgánů. Mentální zátěž se týká psychických procesů zejména pozornosti, paměti, myšlení, představivosti a rozhodování. Emoční zátěž vzniká ze situací a požadavků způsobujících afektivní odezvu. Mezi hlavní příčiny psychické zátěže patří práce, pro kterou nemá člověk předpoklady, nerovnováha mezi množstvím práce a dostatkem času. Dále může jít o současné vykonávání více činností najednou, čímž dochází k přetěžování jedince. Nadměrné pracovní tempo a související prodlužování pracovní doby může vést k psychické zátěži. Psychologie práce zkoumá hledisko ergonomické a epidemiologické. Ergonomické hledisko sleduje soulad mezi pracovními požadavky a osobními možnostmi pracovníka. Epidemiologické hledisko je zaměřeno na míru rizika ohrožení duševního zdraví v pracovním prostředí a podmínkách, ve kterých je práce

vykonávána. Při posuzování psychické zátěže pracovních úkolů je důležité všimnout si počtu prováděných úkolů, typu úkolů, volnosti vlastního rozhodování při práci, vazby na další osoby, důležitosti rychlého rozhodnutí, interpersonálních vztahů a jiných. Psychická zátěž se může hodnotit metodami založenými na subjektivní odezvě organismu, dále pak psychologickými výkonovými testy, které slouží ke zjištění vlivu psychické pracovní zátěže na funkční stav centrální nervové soustavy. Mohou být použity také metody psychofyziologické, zaměřené na zjištění fyziologické odezvy organismu, na pracovní psychickou zátěž nebo biochemické metody spočívající ve sledování změn ve vylučování hypofyzárních a nadledvinových hormonů.

V současnosti pracovní procesy více působí na psychiku sestry. Moderní a složité přístroje, práce s počítači, větší množství administrativních povinností, požadavky na umění komunikace, neustálá pozornost, pečlivé sledování stavu pacientů a přístrojů, nároky na paměť, nutnost rychlého rozhodnutí, vysoká odpovědnost, to vše klade vyšší nároky na duševní činnost a ovlivňuje celkové zdraví sestry. Psychická zátěž se často projevuje zhoršenou adaptací a psychickou kondicí, poruchami spánku, předrážděností, stavem úzkosti až deprese. Může se také vyskytovat únava tělesná, mentální či psychická. S tím souvisí snížená funkční a psychická výkonnost, bolesti hlavy, zažívací problémy a snížená odolnost vůči infekcím. Působí-li psychická zátěž dlouho, může dojít ke vzniku psychosomatických onemocnění (např. vředová choroba, ischemická choroba srdeční, hypertenze) i k poruchám v oblasti mentálního zdraví. Do trvalejších stavů patří pracovní nespokojenost či vyhasnutí jako vystupňovaný afektivní stav. Mezi vlastní poruchy duševního zdraví se řadí reaktivní psychóza, poruchy přizpůsobení, zneužívání či závislost na látkách, psychotické poruchy, neurotické poruchy a poruchy ovládnutí impulsů. Velká zátěž zvyšuje riziko chybných rozhodnutí a výkonů, pracovních úrazů a je častým důvodem, proč sestry opouštějí zdravotnictví.

Psychické zátěži lze předcházet dobrou organizací práce, zařazením vhodných oddechových přestávek, které mohou snížit únavu a zamezit poklesu pracovní výkonnosti. Zvýšit počet pracovníků, když není možné nepřiměřené zátěži zabránit (2, 37, 4, 44, 1).

1.4.1 Agresivita pacienta

Agresi lze definovat jako psychologickou sílu, jež má za cíl poškodit přírodu, věci, lidi nebo sebe samého. Jedná se o vrozenou vlastnost, která je člověku blízká, sloužící k adaptaci a udržení života, např. při obraně, získání potravy. Agrese se projevuje zjevným chováním, ať už tělesným nebo verbálním. Tento způsob chování by mohl způsobit škodu jinému člověku, věci nebo systému. Agresi lze rozdělit do tří kategorií: předem promyšlená nebo naučená agrese, medicínsky odůvodněná agrese a impulzivní agrese. Předem promyšlená agrese se liší v jednotlivých kulturách a skupinách. Medicínsky odůvodněná agrese může být následkem nemocí. Impulzivní agresi charakterizuje výbušná povaha člověka. Agresor je člověk, který působí nepříjemně, nesympaticky, prosazuje se na úkor jiných, ponižuje a snižuje sebedůvěru ostatních (38, 30, 32, 5).

Zdravotnický personál může být vystaven fyzickým útokům ze strany pacientů, ale i jiných agresivních osob. Za rizikového pacienta je považován člověk, u kterého lze předpokládat zvýšenou pravděpodobnost výskytu agresivního chování. Nejčastěji se jedná o pacienty s Alzheimerovou chorobou, šokem, epileptickým záchvatem, osoby v deliriu, s abstinčním syndromem, pod vlivem návykových látek, dále u psychiatricky nemocných. Mezi typy agresivního chování patří agitovanost, eskalované chování a zákeřné chování. Agitovaný pacient je zmatený, pociťuje psychomotorický neklid. Jeho primárním cílem není někomu ublížit. Eskalovanému agresivnímu chování předchází varovné signály, které eskalují v samotné fyzické napadení. Pacient je odtažitý, hádavý, podrážděný, nadává, zlostně rozhazuje rukama kolem sebe, může začít vyhrožovat až zaútočit na zdravotnický personál. Zákeřné chování představuje nejnebezpečnější útok, tomu nepředcházejí žádné varovné symptomy. Útok bývá pro zdravotníka šokující a je téměř nemožné na něj jakkoli zareagovat.

Sestry by měly vědět, že v případě hrozícího napadení je důležité zklidnit situaci, udržovat bezpečnou vzdálenost, alespoň na dosah klienta. Vhodné je zanechat volnou ústupovou cestu sobě i klientovi, nejlépe utéct a přivolat pomoc. Dále, pokud je to možné, identifikovat a naplnit jeho lidské potřeby. Strach, úzkost, nespokojenost, bolest, beznaděj, bezmocnost, odkázanost na pomoc zdravotnických pracovníků, pocity

křivdy a nespravedlnosti, zklamání, absence abúzu, existenční obavy a jiné faktory mohou být zdrojem agresivity u pacienta. Při komunikaci s agresivním pacientem by měla sestra akceptovat jeho hněv, soustředit se na příčiny agresivity, ne na její projevy. Hlavně při rozhovoru nezvyšovat hlas na pacienta, nezrychlovat řeč, neslibovat nic, co nemůže být splněno, nevyhrožovat pacientovi, nereagovat agresivně, nesvírat ruce v pěst, ani je mít v kapse, výhrůžky brát zcela vážně. Dále nepřístupovat na „oční souboj“ s pacientem, nechat ho hovořit bez přerušování, nedotýkat se ho. Sestra by se k pacientovi neměla otáčet zády, ani se prudce pohybovat směrem k němu. Měla by se ujistit, že jsou z dosahu veškeré nebezpečné předměty, kterými by mohl pacient zaútočit. Poté by sestra měla nabídnout pomoc a hledat společné řešení situace.

U napadených zdravotníků se mohou objevit pochybnosti. Situace, která vedla k napadení, může být chápána ze strany zdravotníka jako profesionální selhání. To se pak může projevit pocity viny, ztrátou jistoty, že umí komunikovat s klienty, psychickou i fyzickou únavou. Mezi dlouhodobé důsledky napadení se řadí obavy z opakovaného napadení, přeceňování hrozícího násilí a zvýšená pozornost vůči novým situacím v životě (46, 3, 23).

1.4.2 Stres

Stres představuje proces, který vzniká jako odpověď na nadměrné požadavky kladené na tělesné a duševní rezervy. Při stresu dochází k somatickým a psychickým změnám. Somatické změny se projevují zvýšenou aktivitou sympatiku, aktivací nadledvin a produkcí hormonů. Do psychických změn patří vnitřní vzrušení, napětí, zesílené emoční prožívání, cílené i bezcílné činnosti. Jedná se tedy o biologicko-fyziologické adaptační mechanismy a psychické procesy. Stres nelze považovat jen za škodlivou záležitost, působení nižší míry stresu může zvyšovat odolnost jedince vůči zátěži. Stres lze rozdělit do tří kategorií: prestres, eustres a distres. Prestres je pozitivní adaptační úloha, která vede k větší odolnosti vůči závažnějšímu stresu. Eustres znamená přijatelný stres při překonávání překážek a je spojen s příjemným očekáváním. Distres je negativní stres, kdy dochází ke snížení adaptační schopnosti a ke vzniku somatických, psychosomatických nebo psychiatrických onemocnění. Stresor představuje jakýkoli nadměrný požadavek kladený na tělesnou a duševní stránku

člověka. Podle oblasti působení mohou být stresory biologické, psychologické a sociální. Do biologických stresorů patří operace, infekce, úraz, chlad a hlad. Do psychologických stresorů se řadí neúspěch, ohrožení sebevědomí a sebeúcty, pocity bezmocnosti a konflikt. Ze sociálních stresorů to může být rodinný nebo pracovní konflikt, ztráta postavení.

Při nadměrném stresu se mohou u jednotlivce objevit duševní obtíže jako je neklid, úzkost, poruchy soustředění a paměti, roztěkanost, kolísání nálad, podrážděnost, deprese, nerozhodnost, apatie. Další obtíže mohou být tělesné, sem patří svalové napětí, nechutenství, plynatost, bolest břicha, sevřené hrdlo, bolesti hlavy, bušení srdce, potíže s páteří, oslabení imunitního systému, nemoci pohybového systému, psychosomatická onemocnění. Pokud stres ovlivní rodinný život, dochází k zjevnému napětí v rodině. To se projeví nedostatečnou komunikací, zanedbáváním dětí, odcizením manželů, partner se cítí přehlížen, má pocit méněcennosti, je zde vyšší riziko rozvodů. Starší děti často přebírají role dospělých, což představuje riziko pro jejich duševní zdraví a další vývoj.

Ve zdravotnictví se lze setkat s větší mírou stresu. Nadměrné působení stresu zhoršuje zdravotní stav a produktivitu práce sester a přesouvá se i do jejich rodin. Sestra je nejčastěji v kontaktu s pacientem, prakticky po celou dobu pracovní směny, má možnost poznat pacienta, jaký opravdu je. Dostává se i do choulostivých situací. Opakované a dlouhodobé setkávání se s intimitou člověka, zátěží, která vzniká z neustálého zabývání se lidmi, kteří sami jsou ve stresu, klade vysoké nároky na osobnost sestry. Od sestry se očekává, že kromě plnění odborné péče, bude připravená a schopná pomáhat pacientovi řešit těžkou situaci, která se mění se změnou stavu pacienta. S tragickými lidskými osudy se může sestra cítit bezmocně, kdy už nemůže pro pacienta více udělat, kdy smrt pacienta se blíží. Nedostatek času pro sestru k řešení jejích potřeb může vést k narůstajícímu napětí a hromadění nedořešených osobních problémů. Požadavky na práci o víkendech nebo přesčas ovlivňují rodinný život sestry. Ta se dostává do konfliktu role. Upřednostnění potřeb ostatních před svými vzbuzuje u sestry pocit viny a výčitky, vzhledem k nedostatku času pro rodinu.

Pro zvládnutí stresu je důležité zachování nebo znovuoživení psychické i fyzické rovnováhy jedince. Nejlepším bojem proti stresu je odstranění jeho příčiny.

Člověk se může aktivně podílet na snížení pravděpodobnosti onemocnění vyvolané stresem. K aktivnímu přístupu patří vytvoření si pořadí důležitosti záležitostí, najít si čas na odpočinek, pohybovat se, umět relaxovat, dostatečně spát, upevňovat své vztahy s blízkými, navazovat nová přátelství, dbát na správnou výživu (22, 12, 1).

1.4.3 Směnný provoz

Značným problémem ve zdravotnictví je práce na směny. S životním stylem sester souvisí také pracovní doba a směny. Způsob střídání směn ranních, odpoledních a nočních jsou závažným fyziologickým, psychologickým a společenským problémem, chronicky dochází k narušování biorytmů. Směnný provoz klade na sestry zvýšené nároky na adaptaci, související se životním stylem (omezení sociálního styku s rodinnými příslušníky, omezení společenských a kulturních zájmů, nepravidelnost volna). S problémy se setkávají zejména mladé ženy, které mají rodinné povinnosti. Směnný provoz může zapříčinit různé zdravotní potíže vegetativního charakteru, nedostatek odpočinku, pocitů chronické únavy. Jako jeden z nejdůležitějších důsledků směnného provozu se uvádí porucha spánku. Sestry spí po noční směně méně, a tak může po více následujících nočních služeb dojít k vyčerpání organismu. Spánek ve dne není plnohodnotný, neboť je rušen různými elementy z okolí, což může ovlivňovat psychosomatický stav organismu. Také brzké nástupy sester na ranní směnu představují nefyziologické vstávání a nejsou zárukou toho, že člověk využije odpolední volno ke zdřímnutí. Aby byl spánek plnohodnotný a zdravý, měl by se člověk probouzet dostatečně svěží, bez pocitu ospalosti a únavy. Sestry jsou vystaveny dalšímu stresoru ovlivňující jejich zdraví při pravidelném dojíždění do práce, které trvá déle než hodinu (37, 2, 49).

1.4.4 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření je proces, při kterém dochází ke ztrátě profesionálního zájmu nebo osobního zaujetí. Jedná se o stav fyzického a emočního vyčerpání. Fyzické vyčerpání se projevuje sníženou energií, celkovou slabostí či chronickou únavou, bolestí zad a hlavy, pocitem nevolnosti, změnou stravovacích návyků. Negativní postoj k sobě samému, k práci a úspěchům, ke svému okolí a také k pacientům se řadí do

emocionálních projevů vyčerpání. Při rozvinutém syndromu vyhoření sestra není schopna citlivě prožívat životní události s pacienty, chová se k nim chladně, odtažitě až agresivně. Sestra je více kritická, ironická, uzavírá se do sebe. Nevhodný postoj k pacientům se pak odráží i ve vztahu ke spolupracovníkům a nakonec i do osobního života.

Na vzniku syndromu vyhoření se uplatňuje neschopnost zpomalit pracovní tempo, zaměřenost na detaily, snaha zvládnout všechno sám, přílišné nadšení pro práci, nereálná očekávání, nedostatek sester a času, snaha o povýšení, zhoršený tělesný stav, silné vnímání neúspěchu, narušený biorytmus, neschopnost odmítnout jiné povinnosti. Příčinou mohou být také nevhodné podmínky v zaměstnání spojené s organizací práce, dále partnerské a rodinné konflikty.

Sociální opora představuje nejdůležitější pomoc před vznikem syndromu vyhoření. Zajišťuje ji rodina, přátelé, spolupracovníci a lidé z okolí. Relativně méně se vyskytuje syndrom vyhoření u osob s lepšími vztahy. Důležitá je spolupráce, pocit toho, že na problémy není člověk sám. Podpora a povzbuzení vedou k dalšímu růstu a motivaci sestry, také uznání, že něco vykonává dobře. Velký význam má zpětná vazba, kdy se sestra dozví informace o svém působení, výkonu práce a jak působí na ostatní. Na základě toho může rozvíjet další snažení. Dalším opatřením je uvědomění si, že člověk není neomylný a může chybovat. Postupně realizovat základní životní cíle. Zaujmout pozitivní postoj k sobě samému, nešetřit pochvalami nad svou prací. Umět si udělat radost. Naučit se asertivně odmítat, odpočívat, relaxovat, mít své zájmy. Prožívat radost a potěšení z práce. Pokud člověk vnímá pocity spojené s vyhořením dlouhodobě a nestačí problémy řešit sám, měl by vyhledat odbornou pomoc u psychologa (1, 19, 12, 11).

1.5 Opatření proti rizikovým faktorům

Ke snížení výskytu rizikových faktorů slouží opatření technická, technologická, opatření zaměřená na zdravotní stav zaměstnanců a opatření náhradní. Technická opatření zahrnují výměnu hlučných přístrojů a technických zařízení za méně hlučná, dále zavádění vzduchotechnických opatření. Technologická opatření se snaží nahrazovat toxické látky za méně toxické či netoxické, zaměřují opatření na dálkové

ovládání rizikových technologických procesů. Mezi opatření zaměřená na zdravotní stav zaměstnanců patří zejména preventivní prohlídky a biologické monitorování. Náhradní opatření doplňují předchozí opatření a realizují se tehdy, kdy nelze z různých důvodů realizovat ty předchozí (patří sem organizační opatření: změna pracovní doby, návrh režimu práce a odpočinku, střídání pracovníků, používání osobních ochranných pracovních prostředků) (2, 44).

V rámci prevence rizik je důležité omezovat jejich vznik, zhodnotit rizika, která nelze odstranit, odstraňovat rizika u zdroje původu, pravidelně sledovat úroveň rizikových faktorů pracovních podmínek, hodnotit je a zjišťovat příčiny. Dále pak přijímat vhodná opatření k jejich odstranění, dbát na bezpečnost technických zařízení a plánovat prevenci rizik. V neposlední řadě si umět dobře zorganizovat práci, zhodnotit pracovní podmínky na pracovišti a vést dokumentaci o vyhodnocení rizik. Pro ochranu zaměstnanců před poškozováním zdraví při práci je nutné kontrolovat expozici faktorů pracovních podmínek převážně v rizikových kategoriích a sledovat důsledky účinku faktorů při zdravotních prohlídkách, včetně hodnocení výskytu nemocí z povolání, či ohrožení nemocí z povolání. (43).

Úroveň pracovních podmínek se hodnotí čtyřmi stupni. První stupeň zátěže představuje minimální pracovní riziko, ze zdravotního hlediska je míra zátěže únosná. Škodlivý faktor se při práci nevyskytuje nebo je zátěž minimální. Druhý stupeň zátěže tvoří únosná míra zdravotního rizika. Škodliviny nepřesahují hygienické limity, avšak nelze vyloučit, že se u některých vnímavých jedinců projeví nežádoucí účinky na zdraví. Třetí stupeň zátěže je významná míra zdravotního rizika, kdy jsou stanovené limitní hodnoty zátěže překročeny, probíhá realizace náhradních opatření, je nutné používat ochranné pomůcky. Čtvrtý stupeň zátěže tvoří vysokou míru zdravotního rizika, dochází k překračování stanovených limitních hodnot zátěže, je zde vysoké riziko ohrožení zdraví, které nelze vyloučit ani při používání ochranných pomůcek. Rizikovou prací se rozumí práce, při níž je nebezpečí vzniku nemoci z povolání nebo jiné nemoci související s prací (37, 2).

Významnou roli v opatření proti rizikovým faktorům zastává pracovní lékař. Ten si všímá všech okolností, které mohou mít vliv na zdraví pracovníků. Hodnotí rizika při

práci, navrhuje a prakticky zavádí nezbytná opatření pro ochranu pracovníků. Mezi tato opatření patří informovanost zaměstnanců o možných rizicích a způsobech ochrany proti nim, dále pak prevence pracovních rizik a zajišťování prostředků pro preventivní opatření. Hodnocení rizik se musí provádět kontinuálně v pravidelných intervalech, v závislosti na povaze rizik, zejména při závažných změnách na pracovišti (44).

V neposlední řadě k trvalému zlepšování pracovních podmínek musí být zaveden a udržován účinný systém řízení BOZP, včetně řízení rizik. Základem všech opatření BOZP je princip trvalého zlepšování. K důležitým preventivním opatřením patří školení a výcvik zaměstnanců, které provádí bezpečnostní technik v souladu se zákonem, v okamžiku přijetí či přeložení zaměstnance. Bezpečnostní technik poskytuje zaměstnancům příslušné informace zaměřené především na prevenci poškození zdraví z práce. Zaměstnanec je zároveň prakticky školen, jak na rizika správně reagovat, protože při většině pracovních činností nelze rizika zcela odstranit. Cílem BOZP je dosažení takového stavu pracovního prostředí a výkonu práce, při němž nebude docházet k pracovním úrazům, nemocem z povolání a k jinému ohrožení zdraví (44, 43).

Životní styl

Pracovní výkon sester závisí také na kvalitě odpočinku a na celkové fyzické i psychické kondici. Proto je důležitý celkový režim dne, režim stravování, správné stravovací návyky, dodržování pitného režimu, dostatek a kvalita spánku, dostatek pohybu a využití volného času. V prevenci negativních dopadů na zdravotní stav sester nelze podceňovat zdravý životní styl. Také je potřeba pečovat o své zdraví. Objeví-li se potíže, měla by sestra navštívit odborného lékaře a stát se řádným pacientem. V případě nemoci dodržovat léčebný režim tak, jak by si přála u svých pacientů. Zejména zdravotničtí pracovníci vědí, jak významným způsobem ohrožují faktory návykové a faktory životního stylu délku a kvalitu života, nejvíce je to vidět v procesu karcinogeneze, kde se uplatňují nejen rizika pracovní, ale hlavně vlivy životního stylu. Mezi ovlivnitelné faktory patří: kouření, nezdravé stravování, stres, nízká pohybová aktivita, alkoholismus, drogy. Ze všech rizikových faktorů je nejvýznamnější kouření. Kouření má významnou úlohu při vzniku zhoubných nádorů, je zodpovědné za nárůst

úmrtnosti na rakovinu plic. Odhaduje se, že v České republice kouří asi třetina sester (37, 2, 49).

Preventivní prohlídky

Preventivní prohlídky jsou součástí pracovně-lékařské péče, která má preventivní charakter. Vychází z právních předpisů (zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů a vyhláška č. 145/1988 Sb., o Úmluvě o závodních zdravotních službách). Preventivní prohlídky mají pro sestry velký význam, mohou včas odhalit nákazu nebo předejít úrazu, také zjistí aktuální zdravotní stav sestry. Hlavním úkolem preventivních prohlídek je posuzovat zdravotní způsobilost k práci. Preventivní prohlídky provádí lékař, s nímž má zaměstnavatel uzavřenou smlouvu o poskytování pracovně-lékařské péče. Rozlišuje se několik druhů prohlídek, vstupní, periodické, řadové, mimořádné, výstupní a následné. Vstupní prohlídky se provádějí u osob ucházejících se o zaměstnání, ale i před převedením na jinou práci. Periodické prohlídky mají za úkol zjistit počínající příznaky škodlivého účinku pracovních vlivů. Provádí se u pracovníků rizikových prací a vykonávajících epidemiologicky závažnou činnost. Dále pak řadové prohlídky, které se dělají u všech zaměstnanců, u nichž nejsou prohlídky periodické. Řadová prohlídka se provádí u osob do padesáti let věku jedenkrát za pět let a u osob nad padesát let věku jedenkrát za tři roky. Mimořádné prohlídky se uskutečňují na vyžádání orgánu ochrany veřejného zdraví po zjištění nebezpečných závad na pracovišti. Výstupní prohlídky jsou prováděny před ukončením pracovního poměru nebo před přeřazením na práci s nižší zdravotní způsobilostí. Následné prohlídky se provádí po pracovním vystavení škodlivinám s dlouhodobou latencí účinku. Cílem preventivních prohlídek je podle zákona č. 48/1997Sb. včasné zjištění jakéhokoliv onemocnění a jejich včasné léčení (4, 44).

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit, co sestry, pracující na klinicky zaměřených pracovištích, považují při své práci za nejrizikovější.

Cíl 2: Zjistit, jaká preventivní opatření se na klinicky zaměřených pracovištích uplatňují v souvislosti s riziky vnímanými sestrami.

2.2 Hypotézy

H1: Sestry, pracující na klinicky zaměřených pracovištích, se nejvíce obávají píchnutí infikovanou jehlou.

H2: Sestry na klinicky zaměřených odděleních se setkávají s verbální agresivitou pacientů více než s fyzickými útoky.

H3: Sestry na klinicky zaměřených odděleních se chrání při manipulaci s biologickým materiálem rukavicemi, ostatní pomůcky používají výjimečně.

3. Metodika

3.1 Metodika práce

Ke sběru dat byla použita metoda dotazování technikou dotazníku. Dotazník byl určen sestřám, pracujících na klinicky zaměřených pracovištích. Byl rozdán sestřám na oddělení následné péče (ONP), neurologickém (NROL) a interním oddělení (INT) v Nemocnici České Budějovice, a. s. a ve FN Plzeň v průběhu měsíce března 2010. Celkem bylo o spolupráci požádáno 150 sester. Návratnost byla 131 dotazníků. K výzkumnému šetření jich plně vyhovovalo 129. Výzkumný soubor tak tvořilo 129 respondentů (100%).

Dotazník byl anonymní, obsahoval 30 otázek, z toho 14 otázek bylo uzavřených, 11 otázek polootevřených a 5 otázek otevřených. V úvodu dotazníku byly zařazeny identifikační otázky, dále pak následovaly konkrétní otázky, vztahující se k tématu práce. Respondenti označovali jednu jimi vybranou odpověď, u některých otázek mohli označit více odpovědí. U některých otázek byla možnost uvést vlastní názor, pokud nevyhovovala žádná z nabízených odpovědí. U otevřených otázek respondenti uvedli vlastní názor.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

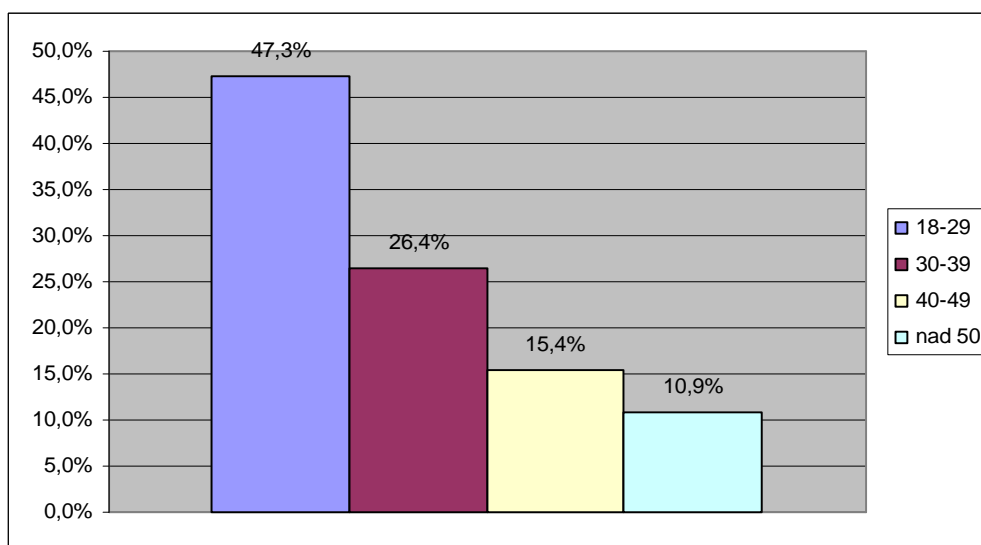
Výzkumný soubor tvořily sestry pracující na klinicky zaměřených odděleních v nemocnicích České Budějovice a Plzeň. Celkem bylo rozdáno 150 dotazníků, z toho 50 sestřám na oddělení následné péče v Českých Budějovicích, 50 dotazníků sestřám na interním oddělení v Českých Budějovicích, 20 dotazníků sestřám na neurologickém oddělení v Českých Budějovicích a 30 dotazníků na neurologickém oddělení v Plzni. Návratnost dotazníků byla 131 dotazníků, z toho musely být pro neúplnost údajů vyřazeny 2 dotazníky. Celkem bylo ke zpracování práce použito 129 dotazníků.

4. Výsledky

4.1 Souhrnné výsledky

Graf 1 Věková kategorie sester

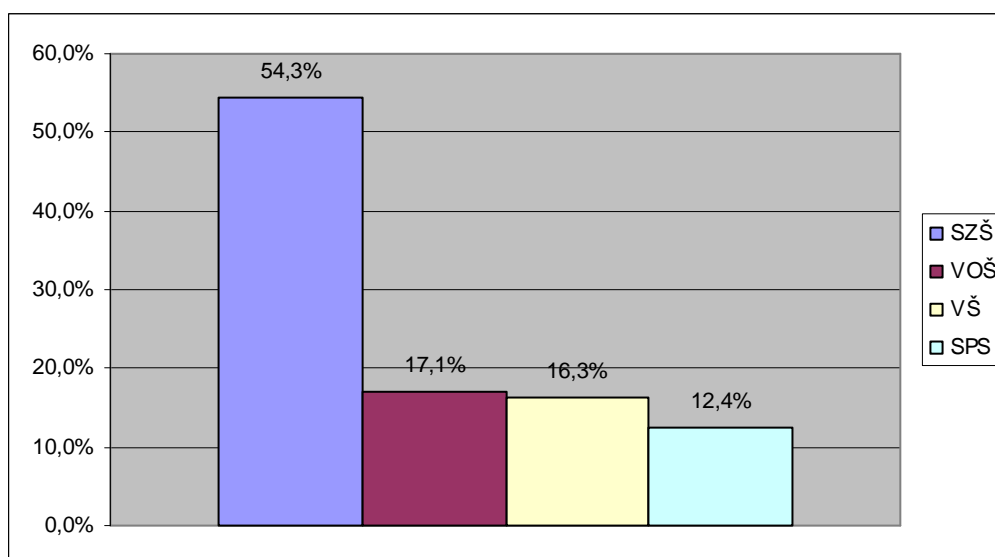
Otázka 1 (Kolik Vám je let)



Graf 1 znázorňuje, že ve věkové kategorii 18-29 let bylo 61 (47,3 %) sester, 34 (26,4 %) sester bylo ve věkové kategorii 30-39 let, 20 (15,4 %) sester bylo ve věkové kategorii 40-49 let a 14 (10,9 %) sester bylo starších než 50 let.

Graf 2 Vzdelání sester

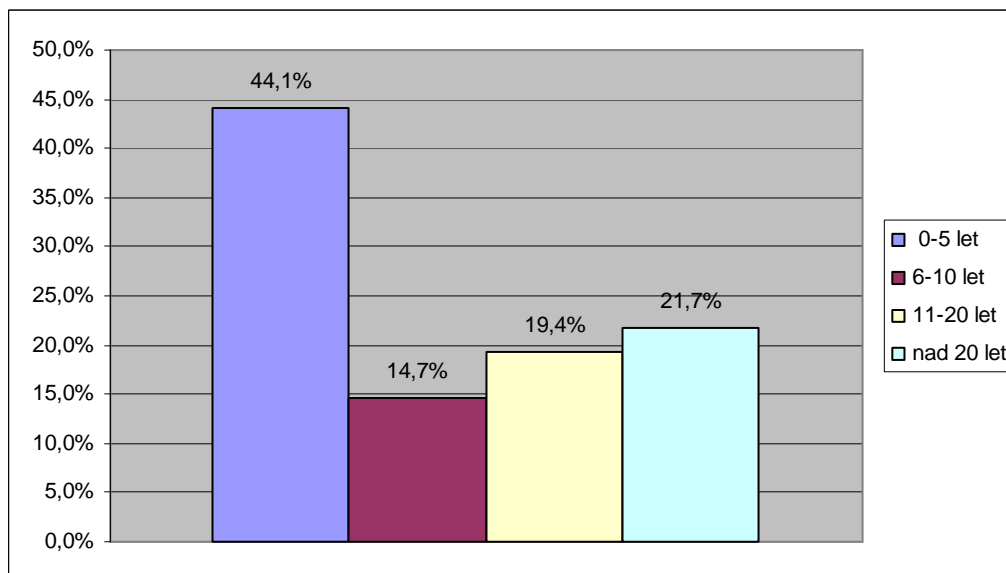
Otázka 2 (Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání)



Graf 2 znázorňuje, že celkem 70 (54,3 %) sester absolvovalo střední zdravotnickou školu, 22 (17,1 %) sester bylo absolventkami vyšší odborné školy zdravotnické, 21 (16,3 %) sester mělo vysokoškolské vzdělání a 16 (12,4 %) sester absolvovalo specializační pomaturitní studium.

Graf 3 Délka zdravotnické praxe

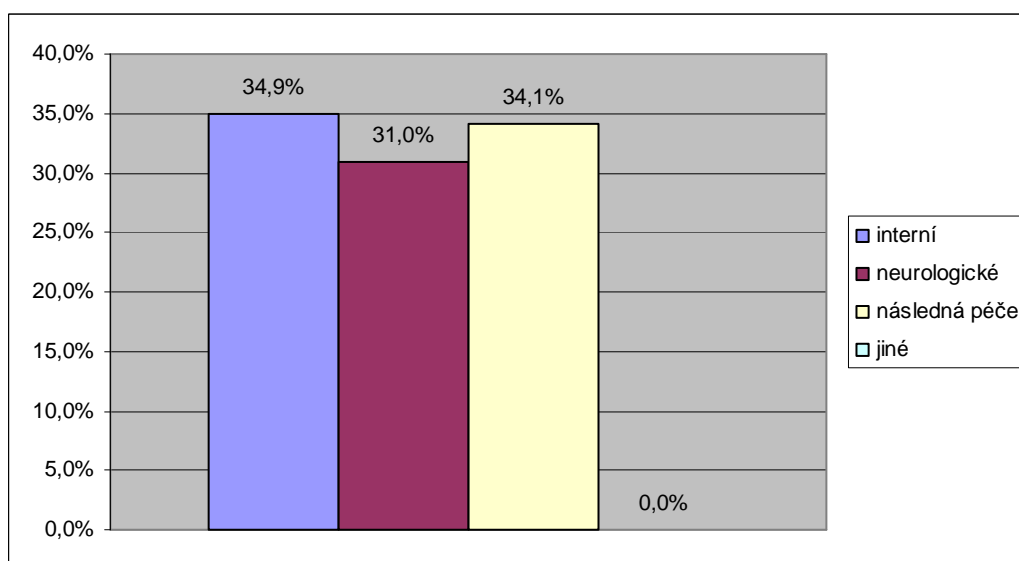
Otázka 3 (Jak dlouho vykonáváte povolání sestry)



Z dotazníkového šetření vyplynulo, že ve zdravotnictví pracuje méně než 5 let 57 (44,1 %) sester, 6-10 let pracuje 19 (14,7 %) sester, 11-20 let pracuje 25 (19,4 %) sester a více než 20 let pracuje ve zdravotnictví 28 (21,7 %) sester.

Graf 4 Odborné pracoviště respondentů

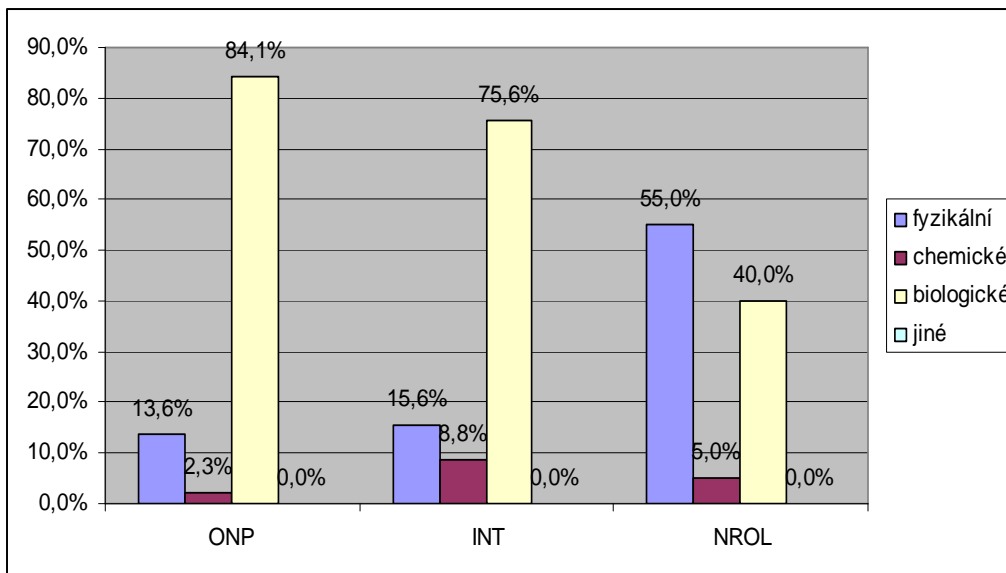
Otázka 4 (Na jakém oddělení pracujete)



Graf 4 znázorňuje, že z celkového počtu 129 (100 %) dotazovaných pracuje na interním oddělení 45 (34,9 %) sester, na oddělení neurologickém pracuje 40 (31,0 %) sester, na oddělení následné péče pracuje 44 (34,1 %) sester a jiné oddělení nevedl žádný respondent 0 (0 %).

Graf 5 Rizikové faktory na pracovišti

Otázka 5 (Jakým rizikovým faktorům jste na pracovišti nejvíce vystaven/a)



Graf 5 znázorňuje, jakým rizikovým faktorům jsou sestry dle jejich subjektivního hodnocení na pracovišti nejvíce vystaveny. Celkem odpovědělo 129 (100 %) respondentů.

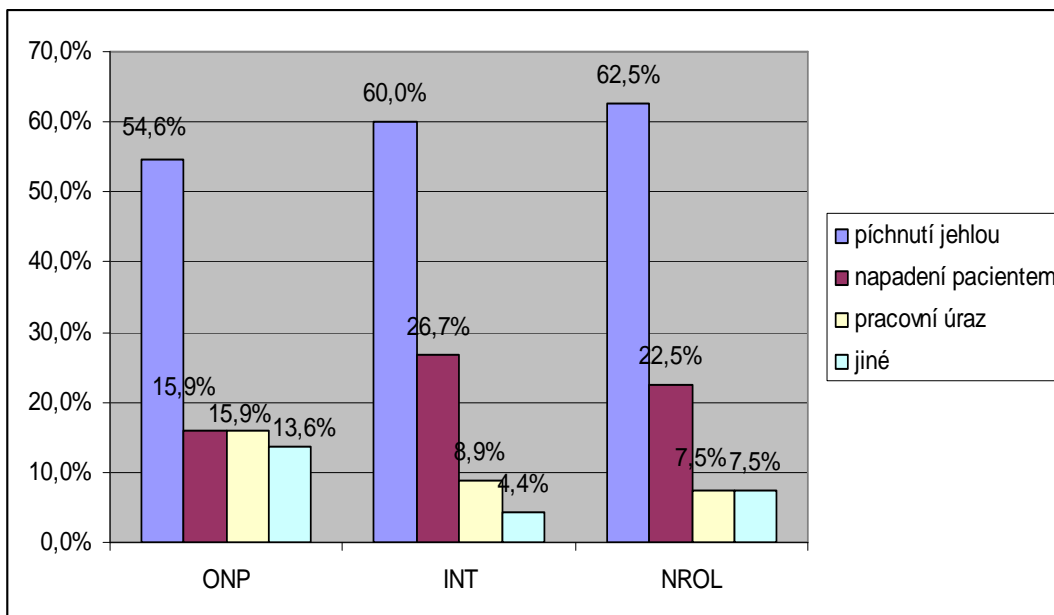
Na oddělení následné péče z celkového počtu 44 (100 %) dotazovaných uvedlo, že fyzikálním faktorům je nejvíce vystaveno 6 (13,6 %) sester, chemickým faktorům 1 (2,3 %) sestry a biologickým faktorům 37 (84,1 %) sester, jiné faktory nevedl žádný respondent 0 (0 %).

Na interním oddělení z celkového počtu 45 (100 %) dotazovaných uvedlo, že fyzikálním faktorům je nejvíce vystaveno 7 (15,6 %) sester, chemickým faktorům 4 (8,8 %) sestry a biologickým faktorům 34 (75,6 %) sester, jiné faktory nevedl žádný respondent 0 (0 %).

Na neurologickém oddělení z celkového počtu 40 (100 %) dotazovaných uvedlo, že fyzikálním faktorům je nejvíce vystaveno 22 (55,0 %) sester, chemickým faktorům 2 (5,0 %) sestry a biologickým faktorům 16 (40,0 %) sester, jiné faktory nevedl žádný respondent 0 (0 %).

Graf 6 Subjektivní posuzování rizik sestrou

Otázka 6 (Co považujete na svém pracovišti za nejrizikovější?)



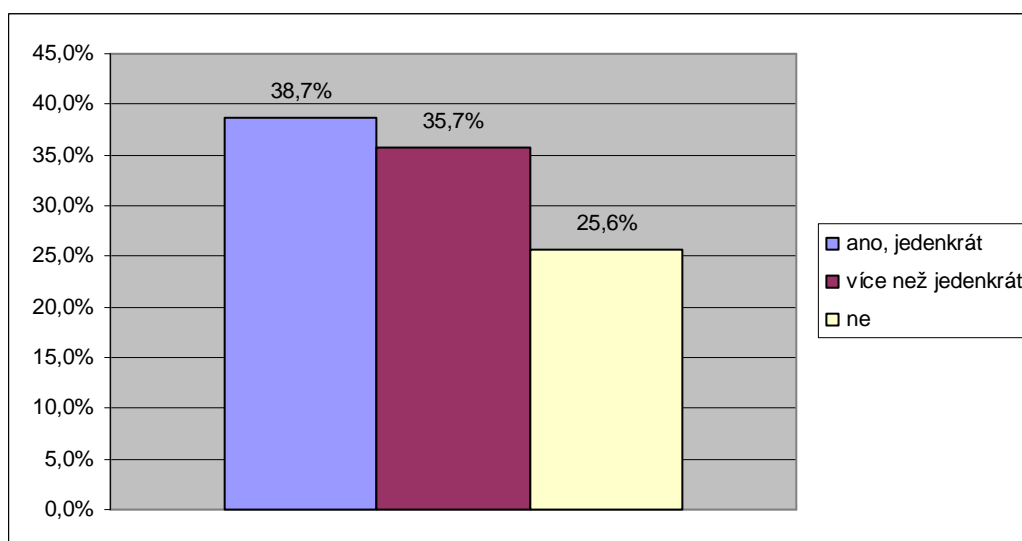
Na oddělení následné péče z celkového počtu 44 (100 %) dotazovaných uvedlo píchnutí infikovanou jehlou 24 (54,6 %) sester, napadení pacientem 7 (15,9 %) sester, pracovní úraz 7 (15,9 %) sester a 6 (13,6 %) sester označilo možnost jiné, kde uváděly svrab, nozokomiální nákazy, kontaminaci biologickým materiálem nebo fyzickou a psychickou zátěž.

Na interním oddělení z celkového počtu 45 (100 %) dotazovaných uvedlo píchnutí infikovanou jehlou 27 (60 %) sester, napadení pacientem 12 (26,7 %) sester, pracovní úraz 4 (8,9 %) sestry a 2 (4,4 %) sestry označily možnost jiné, kde uváděly práci s cytostatiky.

Na neurologickém oddělení z celkového počtu 40 (100%) dotazovaných uvedlo píchnutí infikovanou jehlou 25 (62,5 %) sester, napadení pacientem 9 (22,5 %) sester, pracovní úraz 3 (7,5 %) sestry a 3 (7,5 %) sestry označily možnost jiné, kde uváděly fyzickou zátěž a antibiotika.

Graf 7 Píchnutí použitou jehlou

Otázka 7 (Píchl/a jste se o použitou jehlu při ošetřování pacienta?)



Otázka 7 se respondentů tázala, zda se píchnli použitou jehlou při ošetřování pacienta. Celkem 50 (38,7 %) sester odpovědělo že jedenkrát ano, 46 (35,7 %) sester se píchnlo více než jedenkrát a 33 (25,6 %) sester se nepíchnlo o použitou jehlu.

Tabulka 1 Postup po píchnutí jehlou

Otázka 8 (Jak byste postupoval/a při píchnutí infikovanou jehlou?)

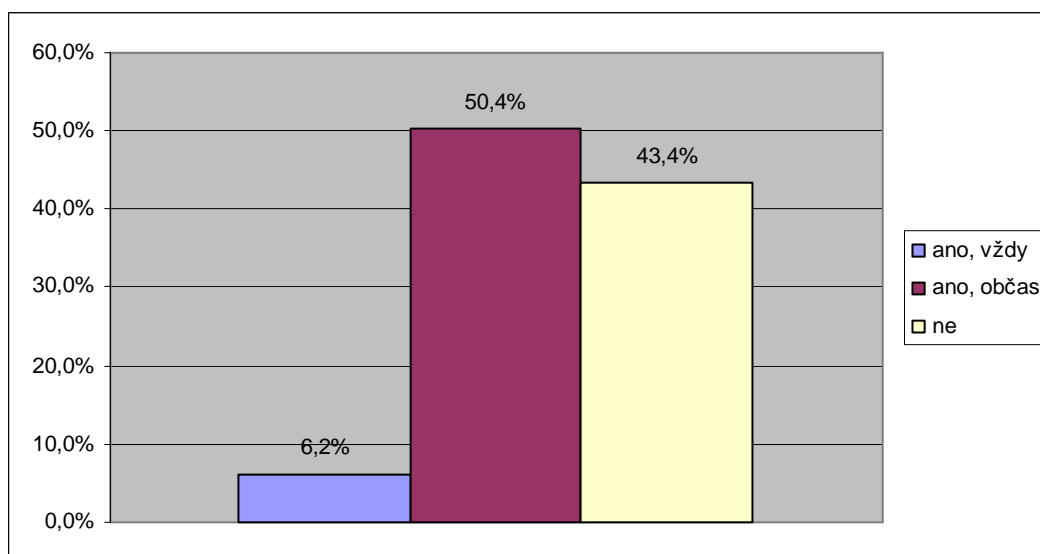
Odpověď	Počet	%
odesinfikování místa vpichu, zápis do knihy úrazů	48	37,2
odesinfikování místa vpichu, zápis do knihy úrazů, vyšetření krve	35	27,1
vymačkání krve, odesinfikování místa vpichu, krytí rány, zápis do knihy úrazů, vyšetření krve	12	9,3
odesinfikování místa vpichu, krytí rány, zápis do knihy úrazů	11	8,5
vymačkání krve, odesinfikování místa vpichu, krytí rány, zápis do knihy úrazů	7	5,4
vymačkání krve, odesinfikování místa vpichu, krytí rány	6	4,7
odesinfikování místa vpichu	3	2,3
zápis do knihy úrazů	3	2,3
odesinfikování místa vpichu, krytí rány	2	1,6
odesinfikování místa vpichu, krytí rány, zápis do knihy úrazů, vyšetření krve	2	1,6

K otázce 8 mohly sestry uvádět více možností, vyhodnoceno bylo celkem 129 (100 %) odpovědí. Ve 48 (37,2 %) případech by sestry místo vpichu odesinfikovaly a

provedly zápis do knihy úrazů. Ve 35 (27,1 %) případech by místo vpichu odesinfikovaly, provedly zápis do knihy úrazů a nechaly si vyšetřit krev. Ve 12 (9,3 %) případech by sestry vymačkaly krev z rány, odesinfikovaly místo vpichu, ránu zakryly náplastí, provedly zápis do knihy úrazů a nechaly si vyšetřit krev. V 11 (8,5 %) případech by odesinfikovaly místo vpichu, ránu zakryly náplastí a provedly zápis do knihy úrazů. V 7 (5,4 %) případech by vymačkaly krev z rány, odesinfikovaly místo vpichu, zakryly ránu náplastí a provedly zápis do knihy úrazů. V 6 (4,7 %) případech by vymačkaly krev z rány, odesinfikovaly místo vpichu a ránu zakryly náplastí. Ve 3 (2,3 %) případech by ránu jen odesinfikovaly, ve 3 (2,3 %) případech by provedly zápis do knihy úrazů. Ve 2 (1,6 %) případech by odesinfikovaly místo vpichu a zakryly náplastí, ve 2 (1,6 %) případech by sestry místo vpichu odesinfikovaly, zakryly náplastí, provedly zápis do knihy úrazů a nechaly si vyšetřit krev.

Graf 8 Vracení krytu na jehlu

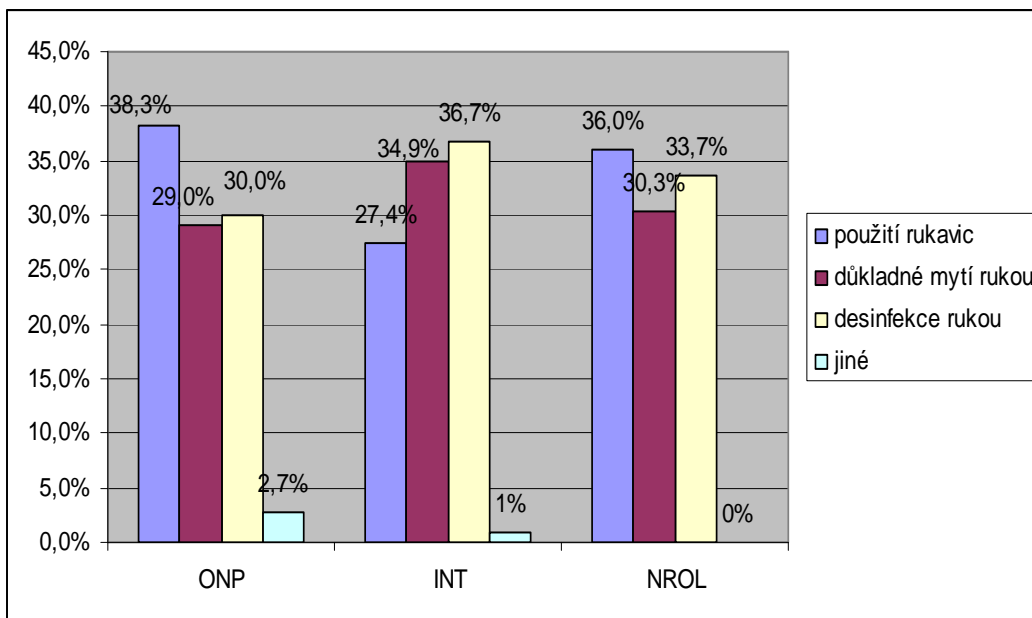
Otázka 9 (Vracíte na injekční jehlu kryt po aplikaci injekce?)



Graf 8 znázorňuje, že 8 (6,2 %) sester vrací kryt na injekční jehlu vždy po aplikaci injekce, 65 (50,4 %) sester odpovědělo, že občas vrátí kryt na injekční jehlu po aplikaci injekce a 56 (43,4 %) sester nevrací kryt na injekční jehlu po její aplikaci.

Graf 9 Opatření při odběru biologického materiálu

Otázka 10 (Jaká preventivní opatření uplatňujete při odběru biologického materiálu?)



K otázce 10 mohly sestry uvádět více možností, vyhodnoceno bylo celkem 302 odpovědí.

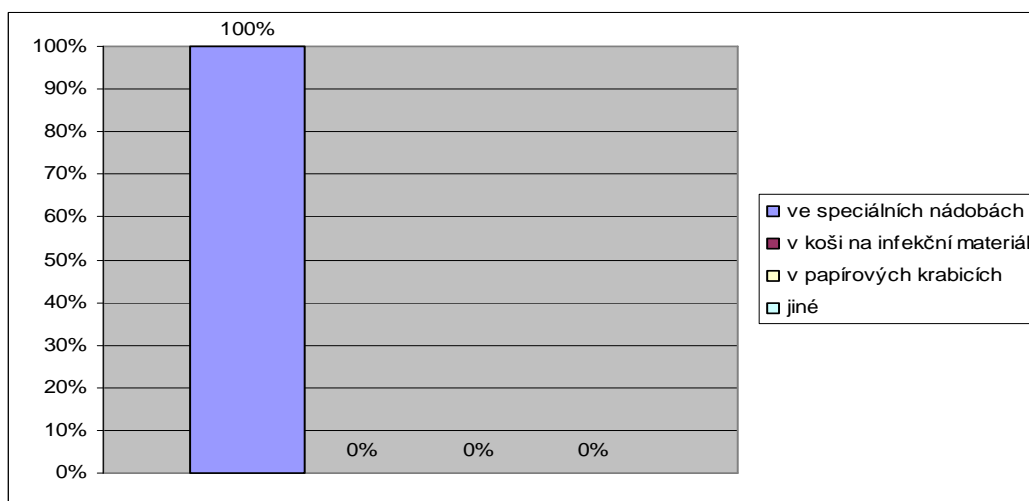
Na oddělení následné péče bylo vyhodnoceno 107 (100 %) odpovědí. Ve 41 (38,3 %) případech sestry používají rukavice, ve 31 (29,0 %) případech si důkladně myjí ruce mýdlem a vodou, ve 32 (30,0 %) případech si desinfikují umyté ruce a ve 3 (2,7 %) případech sestry označily možnost jiné, kdy správně likvidují infekční materiál.

Na interním oddělení bylo vyhodnoceno 106 (100 %) odpovědí. Ve 29 (27,4 %) případech sestry používají rukavice, ve 37 (34,9 %) případech si důkladně myjí ruce mýdlem a vodou, ve 39 (36,7 %) případech si desinfikují umyté ruce a v 1 (1,0 %) případě byla označena možnost jiné, kdy používají jednorázové pomůcky.

Na neurologickém oddělení bylo vyhodnoceno 89 (100 %) odpovědí. Ve 32 (36,0 %) případech sestry používají rukavice, ve 27 (30,3 %) případech si důkladně myjí ruce mýdlem a vodou, ve 30 (33,7 %) případech si desinfikují umyté ruce, jinou možnost neuvedl žádný respondent 0 (0 %).

Graf 10 Skladování použitých jehel

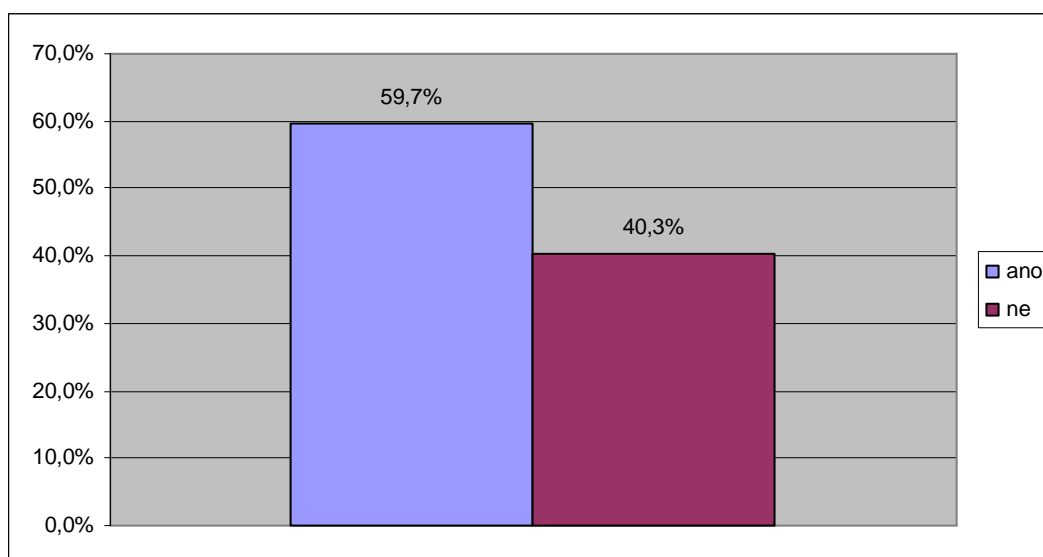
Otázka 11 (Kde skladujete použité jehly před jejich likvidací?)



Na otázku 11 kde sestry skladují použité jehly před jejich likvidací, odpovědělo všech 129 (100 %) dotazovaných, že ve speciálních nádobách (kontejnerech) k tomu určených, v koši na infekční materiál skladuje použité jehly 0 (0 %) respondentů, v papírových krabicích skladuje použité jehly před jejich likvidací 0 (0 %) dotazovaných a jiné místo pro skladování jehel respondenti neuvodli 0 (0 %).

Graf 11 Pitný režim sester

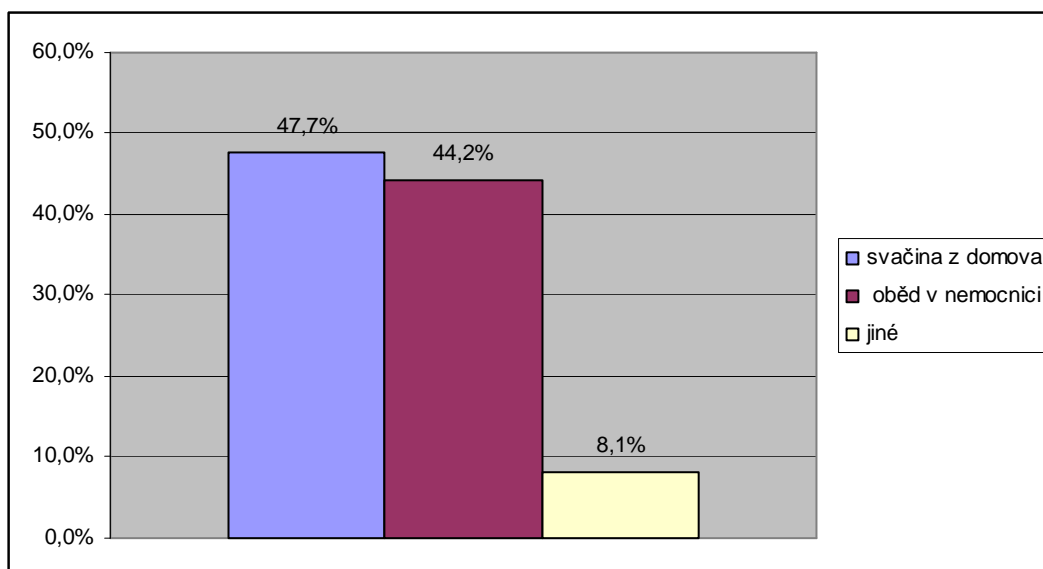
Otázka 12 (Dodržujete Vy osobně během pracovní doby pitný režim?)



Graf 11 znázorňuje, že 77 (59,7 %) sester dodržuje pitný režim během pracovní doby a 52 (40,3 %) sester pitný režim během pracovní doby nedodržuje.

Graf 12 Stravování sester

Otázka 13 (Jakým způsobem se stravujete na oddělení?)

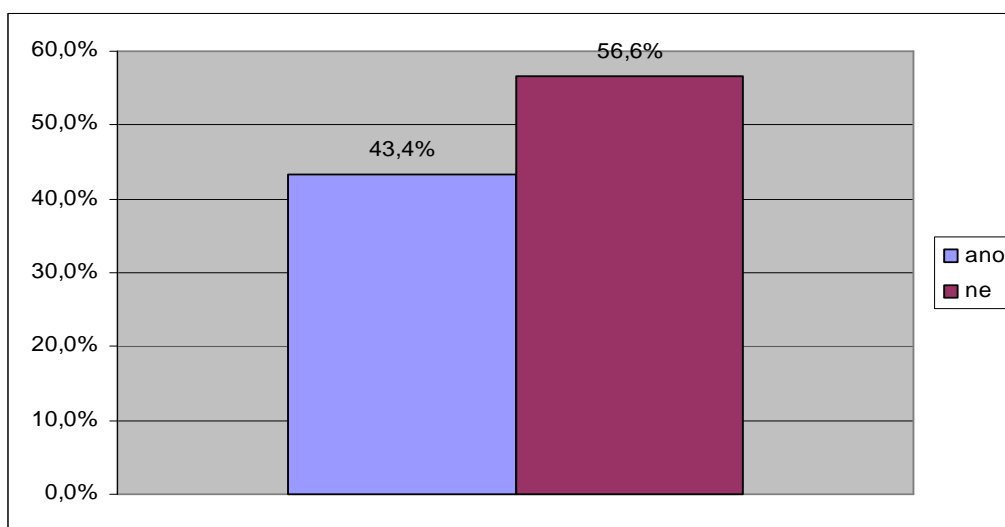


K otázce 13 jakým způsobem se stravují sestry na oddělení, mohli respondenti uvádět více možností. Vyhodnoceno bylo celkem 149 (100 %) odpovědí, kdy 71

(47,7 %) sester uvedlo, že si nosí studenou svačinu z domova, 66 (44,2 %) sester si objednává oběd v nemocnici a jinou možnost označilo 12 (8,1 %) respondentů, kdy si například koupí svačinu v kantýně, nebo si přinesou vařené jídlo z domova, někdy si nechají jídlo donést anebo se nestravují vůbec.

Graf 13 Kuřácký návyk

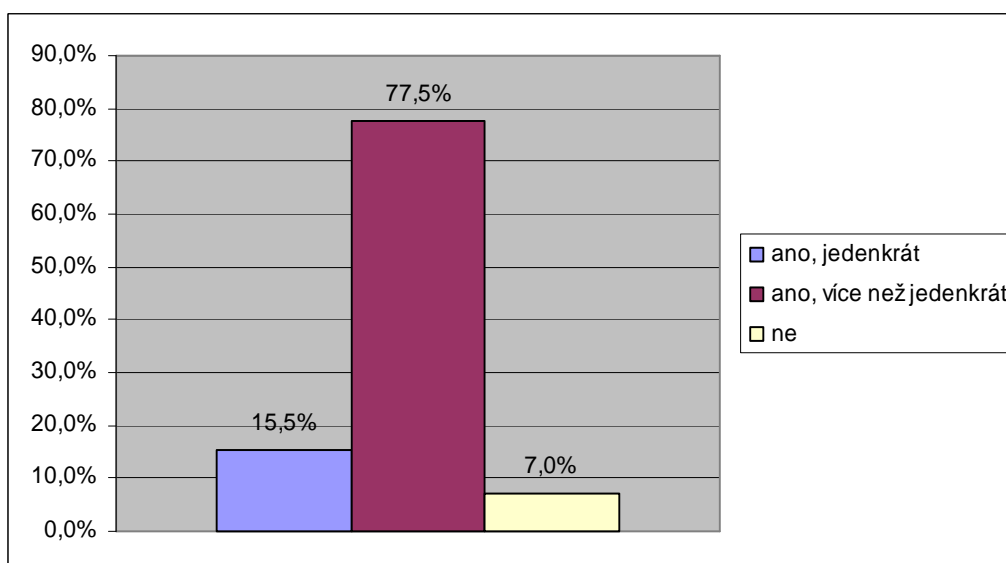
Otázka 14 (Kouříte?)



Graf 13 znázorňuje, že 56 (43,3 %) sester kouří a 73 (56,6 %) sester odpovědělo, že jsou nekuřáčky.

Graf 14 Agresivita pacienta

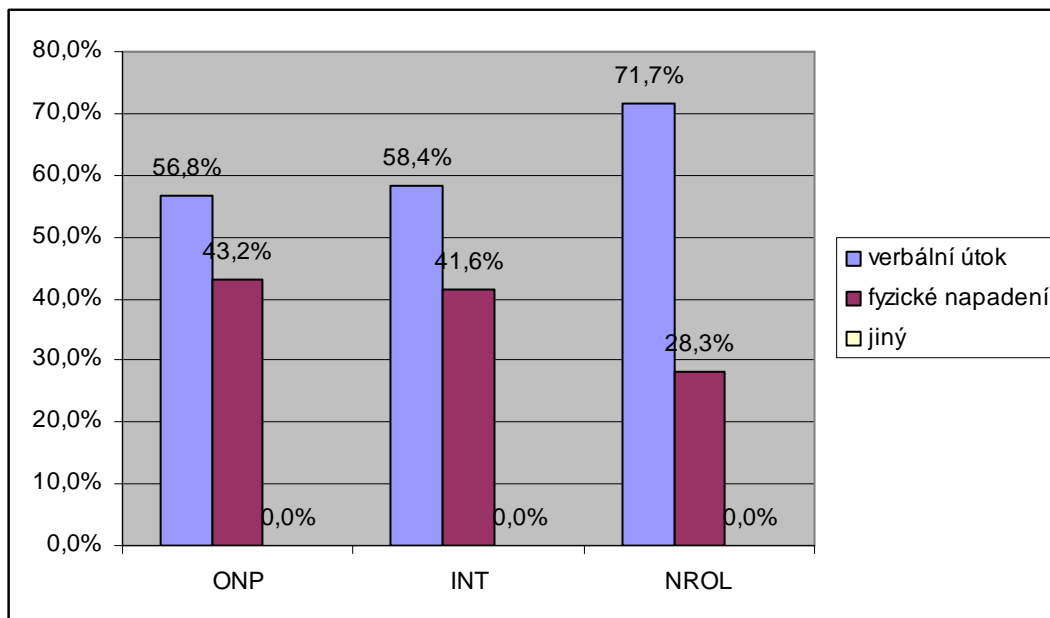
Otázka 15 (Přišel/a jste na oddělení do styku s agresivním pacientem?)



Celkem 20 (15,5 %) sester uvedlo, že se na oddělení jedenkrát setkaly s agresivním pacientem, 100 (77,5 %) sester odpovědělo, že se s agresivním pacientem setkaly více než jedenkrát a 9 (7,0 %) sester se na oddělení s agresivním pacientem nesetkalo.

Graf 15 Druh agrese

Otázka 16 (Označte o jaký druh agrese se jednalo)



Otázka 16 byla doplňující k otázce 15, ve které mohly sestry uvádět více možností. Vyhodnoceno bylo celkem 204 (100 %) odpovědí.

Na oddělení následné péče ve 42 (56,8 %) případech sestry uváděly verbální útok, ve 32 (43,2 %) případech uváděly fyzické napadení, jiný druh agrese respondenti neuváděli 0 (0 %).

Na interním oddělení ve 45 (58,4 %) případech sestry uváděly verbální útok, ve 32 (41,6 %) případech uváděly fyzické napadení, jiný druh agrese respondenti neuváděli 0 (0 %).

Na neurologickém oddělení ve 38 (71,7 %) případech sestry uváděly verbální útok, v 15 (28,3 %) případech uváděly fyzické napadení, jiný druh agrese respondenti neuváděli 0 (0 %).

Tabulka 2 Opatření před agresivitou pacienta

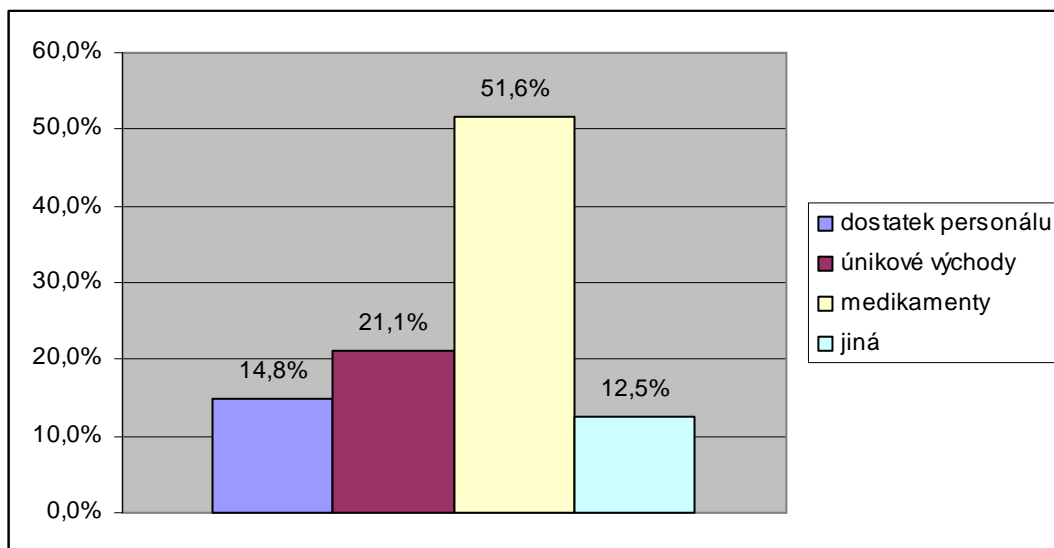
Otázka 17 (Co děláte pro to, abyste předešel/a agresivitě ze strany pacienta)

Pořadí	Odpověď	Počet	%
1.	klidné jednání	98	42,4
2.	vysvětlení situace	38	16,6
3.	komunikace	36	15,5
4.	léky dle ordinace	25	10,8
5.	ostrážitost	17	7,4
6.	nic	10	4,3
7.	zavolání pomoci	7	3,0

K otázce 17 mohly sestry uvádět více možností, vyhodnoceno bylo celkem 231 (100 %) odpovědí. V 98 (42,4 %) případech by sestry přistupovaly k pacientovi klidně, ve 38 (16,6 %) případech by se pokusily pacientovi situaci vysvětlit, ve 36 (15,5 %) případech by se zaměřily na vhodnou komunikaci, ve 25 (10,8 %) případech by podaly léky dle ordinace lékaře, v 17 (7,4 %) případech by dbaly na ostrážitost, v 10 (4,3 %) případech by nedělaly nic a v 7 (3,0 %) případech by si zavolaly někoho na pomoc.

Graf 16 Bezpečnostní opatření na oddělení

Otázka 18 (Jaká bezpečnostní opatření máte na oddělení k dispozici?)



K otázce 18 mohly sestry uvádět více možností, vyhodnoceno bylo celkem 223 (100 %) odpovědí. Ve 33 (14,8 %) případech sestry uváděly, že mají na oddělení k dispozici dostatek personálu, ve 47 (21,1 %) případech označily únikové východy, ve

115 (51,6 %) případech medikamenty a ve 28 (12,5 %) případech označily možnost jiná, kde uvedly, že mají k dispozici kurty, postranice nebo konzultaci s psychologem.

Tabulka 3 Pořadí používaných pomůcek na ONP

Otázka 19 (Jaké ochranné pomůcky používáte při manipulaci s biologickým materiálem?)

Pořadí	Odpověď	Počet	%
1.	rukavice	44	51,8
2.	rouška	21	24,7
3.	plášť	9	10,6
4.	zástěra	6	7,1
5.	kontejnery	3	3,5
6.	čepice	2	2,3

Tabulka 3 znázorňuje pořadí používaných ochranných pomůcek na ONP. U této otázky se respondenti vyjadřovali samostatně. Celkem 44 (51,8 %) dotazovaných používá rukavice při manipulaci s biologickým materiálem, 21 (24,7 %) dotazovaných používá ústní roušku, 9 (10,6 %) dotazovaných používá ochranný plášť, 6 (7,1 %) dotazovaných používá zástěru, 3 (3,5 %) dotazovaní odkládají použité jehly do kontejnerů a 2 (2,3 %) dotazovaní používají čepici.

Tabulka 4 Pořadí používaných pomůcek na INT

Otázka 19 (Jaké ochranné pomůcky používáte při manipulaci s biologickým materiálem?)

Pořadí	Odpověď	Počet	%
1.	rukavice	45	50,6
2.	rouška	23	25,8
3.	zástěra	8	9,0
4.	plášť	6	6,7
5.	jednorázové pomůcky	5	5,6
6.	čepice	2	2,3

Tabulka 4 znázorňuje pořadí používaných ochranných pomůcek na interním oddělení. U této otázky se respondenti vyjadřovali samostatně. Celkem 45 (50,6 %) dotazovaných používá rukavice při manipulaci s biologickým materiálem, 23 (25,8 %) dotazovaných používá ústní roušku, 8 (9,0 %) dotazovaných používá zástěru, 6 (6,7 %) dotazovaných používá ochranný plášť, 5 (5,6 %) dotazovaných v rámci ochrany zdraví používá jednorázové pomůcky a 2 (2,3 %) dotazovaní používají čepici.

Tabulka 5 Pořadí používaných pomůcek na NROL

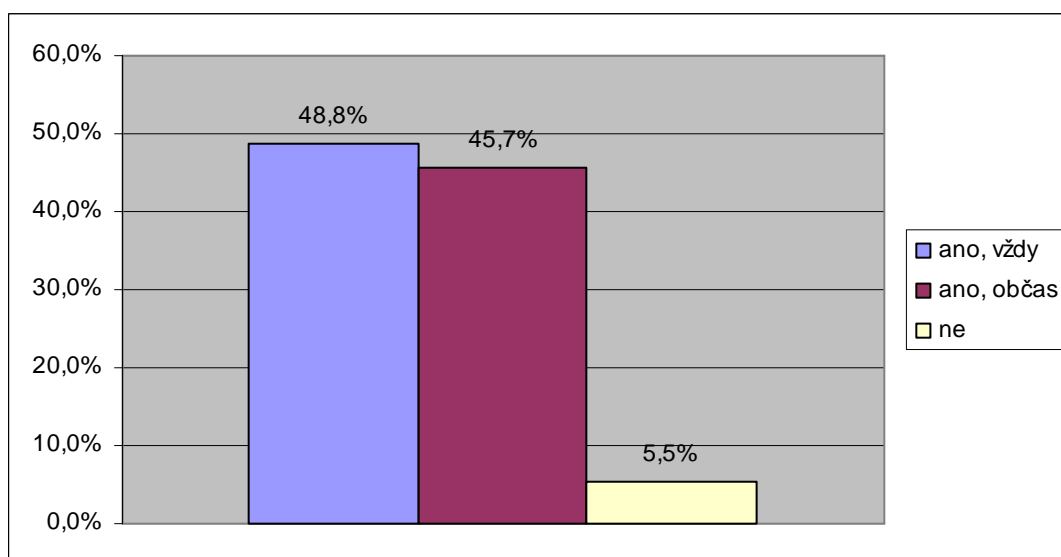
Otázka 19 (Jaké ochranné pomůcky používáte při manipulaci s biologickým materiálem?)

Pořadí	Odpověď	Počet	%
1.	rukavice	40	54,1
2.	rouška	22	29,7
3.	zástěra	10	13,6
4.	plášť	2	2,6

Tabulka 5 znázorňuje pořadí používaných ochranných pomůcek na neurologickém oddělení. U této otázky se respondenti vyjadřovali samostatně. Celkem 40 (54,1 %) dotazovaných používá rukavice při manipulaci s biologickým materiálem, 22 (29,7 %) dotazovaných používá ústní roušku, 10 (13,6 %) dotazovaných používá zástěru a 2 (2,6 %) dotazovaní používají ochranný plášť.

Graf 17 Používání rukavic

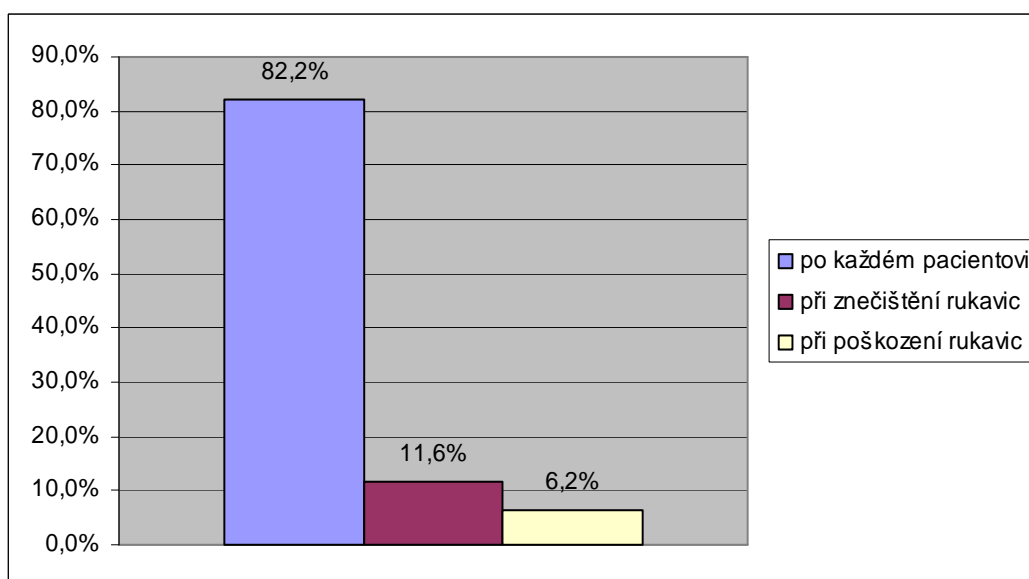
Otázka 20 (Používáte rukavice při odběru biologického materiálu?)



Otázka 6 se respondentů tázala, zda používají rukavice při odběru biologického materiálu. Z celkového počtu 129 (100 %) respondentů uvedlo 63 (48,8 %), že používají rukavice vždy, 59 (45,7 %) respondentů uvedlo, že si rukavice berou občas a 7 (5,5 %) respondentů odpovědělo, že nepoužívá rukavice vůbec.

Graf 18 Výměna rukavic

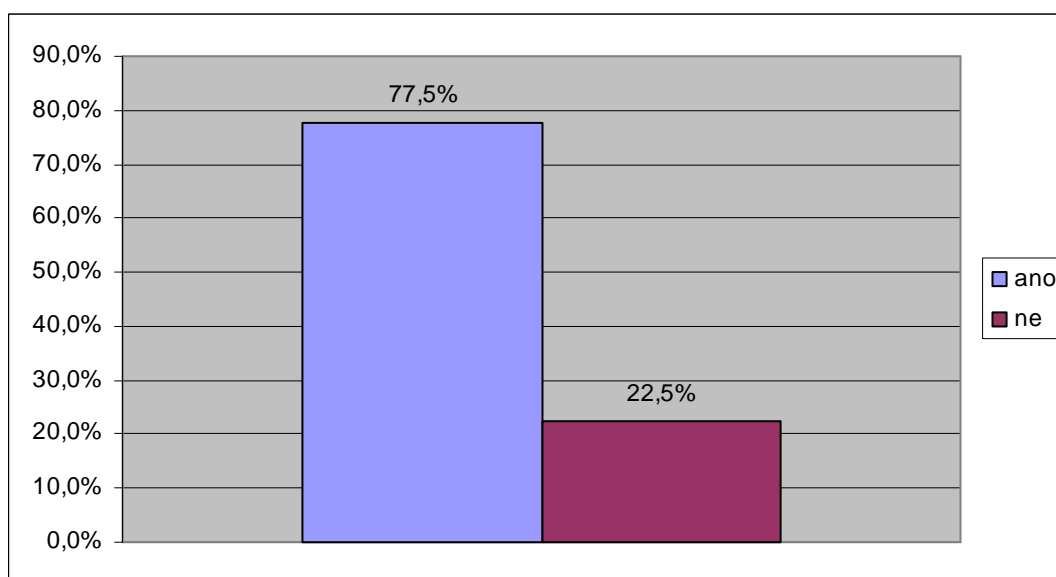
Otázka 21 (Jak často si měníte rukavice?)



Graf 18 znázorňuje, jak často si sestry mění rukavice. Z celkového počtu 129 (100 %) respondentů odpovědělo 106 (82,2 %), že po každém pacientovi, 15 (11,6 %) respondentů provede výměnu rukavic při znečištění a 8 (6,2 %) respondentů si vymění rukavice při poškození.

Graf 19 Dostatek pomůcek

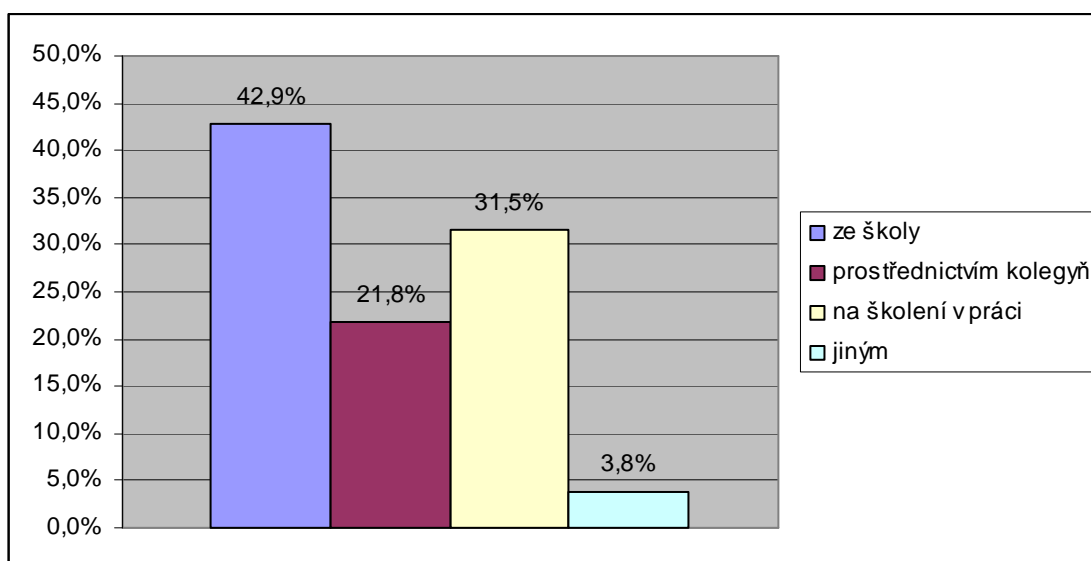
Otázka 22 (Máte na oddělení z Vašeho pohledu dostatek ochranných pomůcek?)



Graf 19 znázorňuje, zda respondenti mají na oddělení dle subjektivního hodnocení dostatek ochranných pomůcek. Celkem 100 (77,5 %) respondentů označilo, že má dostatek ochranných pomůcek a 29 (22,5 %) respondentů odpovědělo, že nemá na oddělení dostatek ochranných pomůcek.

Graf 20 Informovanost o osobní ochraně

Otázka 23 (Jakým způsobem jste získal/a informace týkající se osobní ochrany?)



K otázce 23 mohly sestry uvádět více možností. Vyhodnoceno bylo celkem 238 (100 %) odpovědí. Ve 102 (42,9 %) případech sestry uváděly, že informace o tom jak se chránit získaly ze školy, v 52 (21,8 %) případech sestry získaly informace prostřednictvím kolegyň, v 75 (31,5 %) případech sestry získaly informace na školení v práci a v 9 (3,8 %) případech uváděly, že se informace dozvěděly jiným způsobem např. z odborné literatury, ze standardů, z praxe nebo z intranetu.

Tabulka 6 Ulehčující manipulace s pacienty na ONP

Otázka 24 (Jaké zásady dodržujete při manipulaci s pacienty?)

Pořadí	Odpověď	Počet	%
1.	žádné	20	32,3
2.	spolupráce kolegyň	14	22,6
3.-4.	správné držení těla	12	19,4
3.-4.	odlehčující pomůcky	12	19,4
5.	spolupráce pacienta	3	4,7
6.	zdravotní obuv	1	1,6

Tabulka 6 znázorňuje zásady, které sestry dodržují při manipulaci s pacienty na ONP, aby předešly poškození pohybového aparátu. Celkem 20 (32,3 %) dotazovaných nedodrží žádné zásady, 14 (22,6 %) dotazovaných si vyžádá spolupráci kolegyň, 12

(19,4 %) dotazovaných dbá na správné držení těla, 12 (19,4 %) dotazovaných používá odlehčující pomůcky, 3 (4,7 %) dotazované vyžadují spolupráci pacienta a 1 (1,6 %) dotazovaná nosí zdravotní obuv.

Tabulka 7 Ulehčující manipulace s pacienty na INT

Otázka 24 (Jaké zásady dodržujete při manipulaci s pacienty?)

Pořadí	Odpověď	Počet	%
1.	spolupráce kolegyň	23	29,5
2.	správné držení těla	20	25,6
3.	Žádné	14	17,9
4.	spolupráce pacienta	12	15,4
5.	odlehčující pomůcky	8	10,3
6.	zdravotní obuv	1	1,3

Tabulka 7 znázorňuje zásady, které sestry dodržují při manipulaci s pacienty na INT, aby předešly poškození pohybového aparátu. Celkem 23 (29,5 %) dotazovaných si vyžádá spolupráci kolegyň, 20 (25,6 %) dotazovaných dbá na správné držení těla, 14 (17,9 %) dotazovaných nedodržuje žádné zásady, 12 (15,4 %) dotazovaných si vyžádá spolupráci pacienta, 8 (10,3 %) dotazovaných používá odlehčující pomůcky a 1 (1,3 %) dotazovaná nosí zdravotní obuv.

Tabulka 8 Ulehčující manipulace s pacienty na NROL

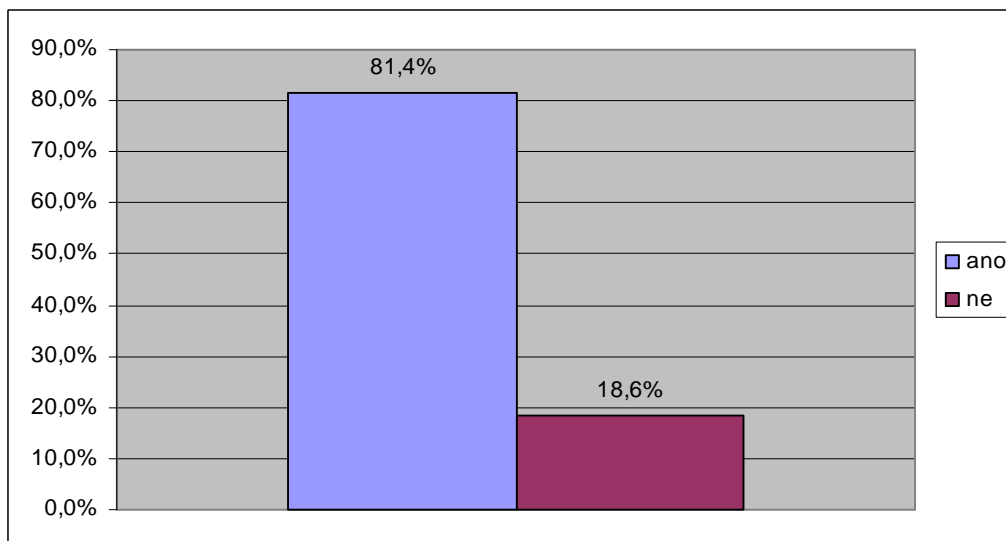
Otázka 24 (Jaké zásady dodržujete při manipulaci s pacienty?)

Pořadí	Odpověď	Počet	%
1.	správné držení těla	21	30,9
2.	odlehčující pomůcky	17	25,0
3.	spolupráce kolegyň	15	22,1
4.	žádné	6	8,8
5.	kinestetická mobilizace	5	7,4
6.	spolupráce pacienta	3	4,4
7.	zdravotní obuv	1	1,4

Tabulka 8 znázorňuje zásady, které sestry dodržují při manipulaci s pacienty na NROL, aby předešly poškození pohybového aparátu. Celkem 21 (30,9 %) dotazovaných dbá na správné držení těla, 17 (25,0 %) dotazovaných používá odlehčující pomůcky, 15 (22,1 %) dotazovaných si vyžádá spolupráci kolegyň, 6 (8,8 %) dotazovaných nedodržuje žádné zásady, 5 (7,4 %) dotazovaných využívá kinestetickou mobilizaci, 3 (4,4 %) dotazované si vyžádají spolupráci pacienta a 1 (1,4 %) dotazovaná nosí zdravotní obuv.

Graf 21 Směnný provoz

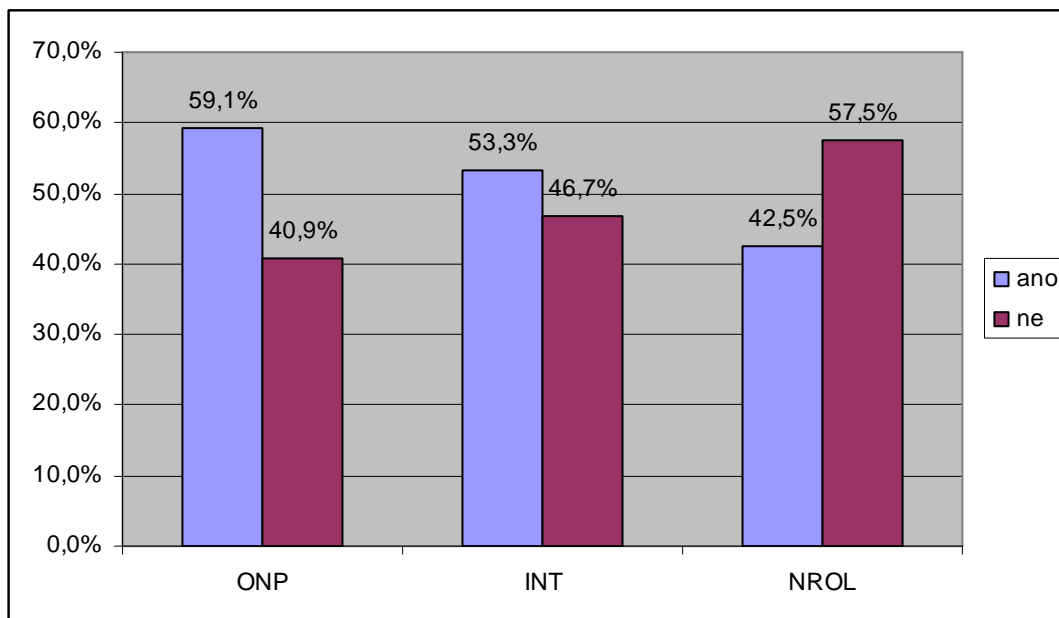
Otázka 25 (Vyhovuje Vám směnný provoz na pracovišti?)



Otázka 25 se tázala sester, zda jim vyhovuje směnný provoz na pracovišti. Odpovědělo celkem 129 (100 %) dotazovaných. Z toho 105 (81,4 %) dotazovaných uvedlo, že jim směnný provoz vyhovuje a 24 (18,6 %) dotazovaným směnný provoz nevyhovuje.

Graf 22 Stres na oddělení

Otázka 26 (Pocitujete na sobě příznaky stresu při práci na oddělení?)



Graf 22 znázorňuje, zda sestry pocítují na sobě příznaky stresu při práci na oddělení, odpovědělo celkem 129 (100 %) dotazovaných.

Na oddělení následné péče pocítuje na sobě příznaky stresu 26 (59,1 %) dotazovaných, 18 (40,9 %) dotazovaných příznaky stresu nepocítuje.

Na interním oddělení pocítuje na sobě příznaky stresu 24 (53,3 %) dotazovaných, 21 (46,7 %) dotazovaných příznaky stresu na sobě nepocítuje.

Na neurologickém oddělení pocítuje na sobě příznaky stresu 17 (42,5 %) dotazovaných, 23 (57,5 %) dotazovaných příznaky stresu na sobě nepocítuje.

Tabulka 9 Stresory na oddělení

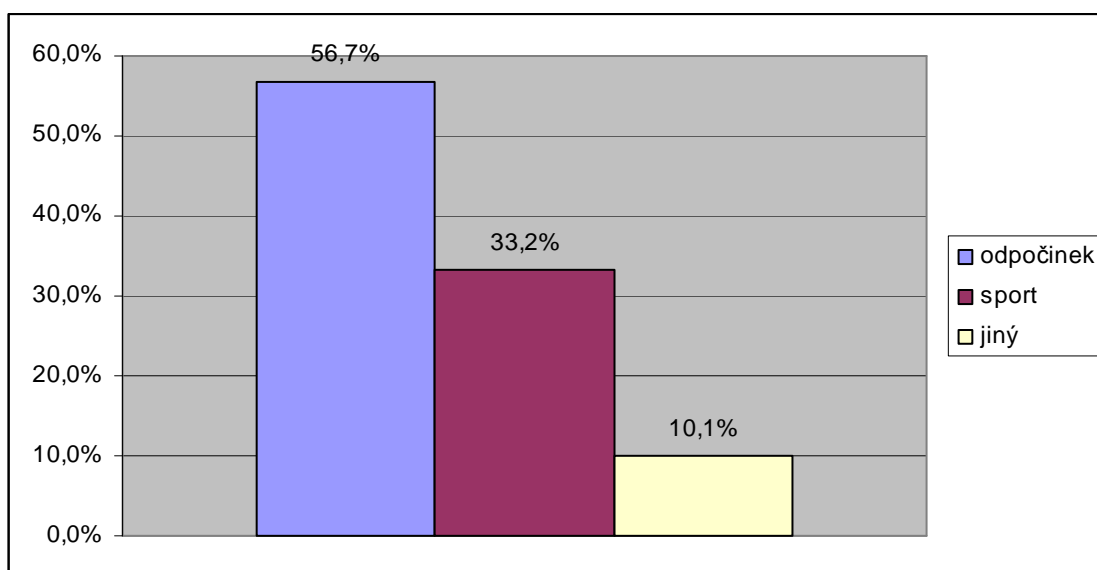
Otázka 27 (Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a ano, vypište prosím, co Vás stresuje)

Pořadí	Odpověď	Počet	%
1.-2.	Neklidný pacient	21	17,1
1.-2.	Nedostatek personálu	21	17,1
3.	nedostatek času	19	15,5
4.	administrativa	13	10,6
5.	více práce	11	8,9
6.	akutní příjem pacienta	10	8,1
7.	změny na pracovišti	8	6,5
8.-9.	Pracovní kolektiv	5	4,1
8.-9.	Směnný provoz	5	4,1
10.-11.	zodpovědnost	3	2,4
10.-11.	únava	3	2,4
12.-13.	Finanční ohodnocení	2	1,6
12.-13.	příbuzní pacienta	2	1,6

Tato otázka byla doplňující po otázce 26 ve které sestry mohly uvádět více možností. Vyhodnoceno bylo celkem 123 (100 %) odpovědí. Na otázku co sestry na oddělení stresuje, odpovědělo 21 (17,1 %) respondentů, že neklidný pacient, stejný počet 21 (17,1 %) respondentů odpovědělo nedostatek personálu, 19 (15,5 %) respondentů odpovědělo nedostatek času, 13 (10,6 %) respondentů odpovědělo hodně administrativy, 11 (8,9 %) respondentů odpovědělo, že je stresuje hodně práce, 10 (8,1 %) respondentů uvedlo akutní příjem pacienta, 8 (6,5 %) respondentů uvedlo změny na pracovišti, 5 (4,1 %) respondentů uvedlo pracovní kolektiv, stejný počet 5 (4,1 %) respondentů uvedlo směnný provoz, 3 (2,4 %) respondenty stresuje velká zodpovědnost, stejný počet 3 (2,4 %) respondenty stresuje zvýšená únava, 2 (1,6 %) respondenty stresuje nedostatečné finanční ohodnocení a stejný počet 2 (1,6 %) respondenty stresují příbuzní pacienta.

Graf 23 Způsoby zvládnání stresu

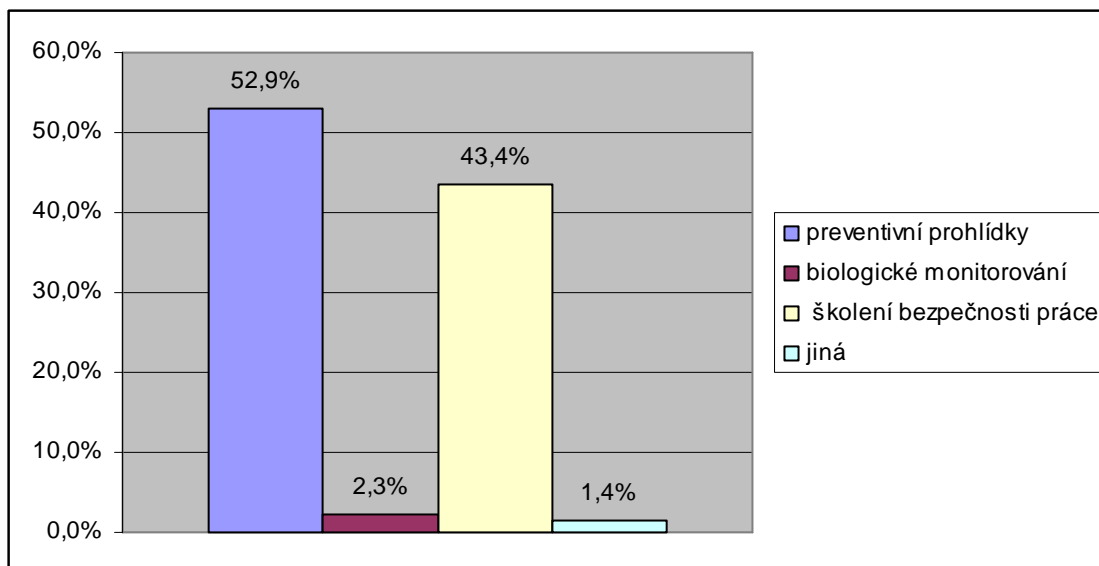
Otázka 28 (Jakým způsobem se snažíte zvládat stres?)



Graf 23 znázorňuje jakým způsobem se snaží sestry zvládat stres. Respondenti mohli uvádět více možností. Celkem bylo vyhodnoceno 180 (100 %) odpovědí. Ve 102 (56,7 %) případech sestry pasivně odpočívají, v 60 (33,2 %) případech sportují a v 18 (10,1 %) případech sestry uváděly jiný způsob, kdy se snaží zvládat stres kouřením cigaret, četbou knih, využíváním relaxačních technik, pobavením se s přáteli, využitím volného času pro své zájmy nebo rodinu.

Graf 24 Opatření poskytovaná zaměstnavatelem

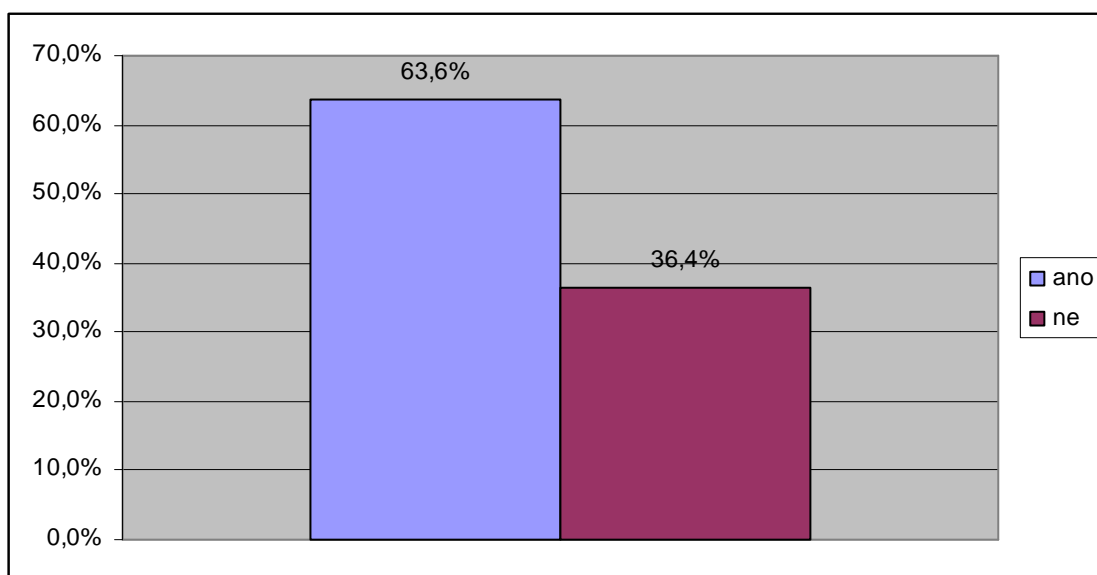
Otázka 29 (Jaká opatření v rámci bezpečnosti práce Vám zajišťuje zaměstnavatel?)



Graf 24 znázorňuje, jaká opatření v rámci bezpečnosti práce zajišťuje sestrám zaměstnavatel. Celkem bylo vyhodnoceno 221 (100 %) odpovědí. Ve 117 (52,9 %) případech sestry uváděly preventivní prohlídky, v 5 (2,3 %) případech uváděly biologické monitorování, v 96 (43,4 %) případech uváděly školení bezpečnosti práce a ve 3 (1,4 %) případech uváděly sestry odpověď jiná, kdy jim zaměstnavatel zajišťuje ochranný oděv, pomůcky a pravidelné očkování.

Graf 25 Odborné semináře

Otázka 30 (Jsou Vám nabídnuty odborné semináře ohledně ochrany zdraví při práci?)



Graf 25 znázorňuje nabídku odborných seminářů ohledně ochrany zdraví při práci. Celkem 82 (63,3 %) respondentům byly nabídnuty odborné semináře, 47 (36,4 %) respondentů odpovědělo, že jim odborné semináře nebyly nabídnuty.

5. Diskuze

Uskutečněný výzkum na téma „Rizika práce sestry“ byl proveden na oddělení interním, neurologickém a oddělení následné péče, kde převažuje dlouhodobá hospitalizace. Výzkum byl proveden dotazníkovou metodou. Bylo rozesláno 150 dotazníků, na základě 86 % návratnosti byl soubor tvořen se 129 respondenty.

V první části dotazníku pro sestry z klinicky zaměřených pracovišť byly otázky zaměřeny na věk, dosažené vzdělání, délku zdravotnické praxe a pracovní zařazení respondentů. Z výsledku šetření vyplývá, že převážná část respondentů patří do věkové skupiny 18-29 let 47 % (graf 1). Nejvíce respondentů (54 %) vybraných odděleních uvedlo středoškolské vzdělání s maturitou. Překvapující je výsledek, který ukazuje, že pouze 16 % dotazovaných má vysokoškolské vzdělání (graf 2). Příčina může být ve věkové skladbě respondentů, kdy 47 % sester je ve věku 18-29 let a k vysokoškolskému studiu se teprve připravují nebo ho studují. Rozdělení respondentů dle pracoviště bylo téměř rovnoměrné (graf 4). Výzkumu se zúčastnilo 35 % respondentů z interního oddělení, z neurologického oddělení 31 % respondentů a z oddělení následné péče 34 % respondentů. Co se týká délky praxe ve zdravotnictví, 44 % sester pracuje ve zdravotnictví méně než 5 let (graf 3), což může v souvislosti s tématem práce u otázky 17 vést k tomu, že sestry jsou teoreticky připraveny na obtíže spojené s agresivním pacientem, ale v praxi se mohou objevit určité problémy. Délka praxe může taktéž vypovídat o určitých znalostech a zkušenostech sestry a o tom, jak přistupovat k pacientovi a tím se vyhnout zbytečnému konfliktu.

V souvislosti s tématem práce bylo zjišťováno, jakým rizikovým faktorům jsou sestry, dle jejich subjektivního hodnocení na pracovišti nejvíce vystaveny (graf 5). Na oddělení následné péče celkem 84 % dotazovaných uvedlo, že jsou nejvíce vystaveny biologickým faktorům. Shodně odpovídali také respondenti z interního oddělení, kdy biologickým faktorům je nejvíce vystaveno 76 % respondentů a na neurologickém oddělení bylo zjištěno, že nejvíce jsou sestry 55 % vystaveny faktorům fyzikálním. Poslední uvedený výsledek mne zaujal, a proto jsem dodatečně zjišťovala, zda si respondenti nezaměnili význam slova fyzikální-fyzický faktor. Reakce respondentů na vznesený dotaz nebyla přesvědčivá. Proto se domnívám, že mohlo dojít k záměně

významu slov. Jelikož leží na neurologickém oddělení pacienti po cévních mozkových příhodách a s jinými závažnými diagnózami, které vedou k imobilitě, je úkolem sestry polohovat pacienty v pravidelných intervalech, manipulovat s nimi při osobní hygieně, nebo je posazovat k jídlu. Fyzická zátěž je na tomto oddělení určitě značná. Odborná literatura ale uvádí, že mezi nejčastější škodlivé faktory ve zdravotnictví patří biologické, neboť zdravotníci přicházejí do kontaktu s pacienty a jejich nemocemi (17).

Otázka 6 se vztahuje k prvnímu cíli práce, kterým bylo sledováno, co sestry považují na pracovišti za nejrizikovější (graf 6). Rizika, která sestry volily na jednotlivých odděleních, se poměrně shodovala. Na oddělení následné péče považuje přes 50 % sester za nejrizikovější píchnutí infikovanou jehlou, 16 % sester napadení pacientem, 16 % sester pracovní úraz a 14 % sester nemoc z povolání (svrab, nozokomiální nákazy, kontaminace biologickým materiálem, fyzická a psychická zátěž). Na interním oddělení považuje 60 % sester také za nejrizikovější píchnutí infikovanou jehlou, 27 % sester napadení pacientem, 9 % sester pracovní úraz a 4 % sester považuje za nejrizikovější práci s cytostatiky. Na neurologickém oddělení určilo přes 60 % respondentů za nejrizikovější taktéž píchnutí infikovanou jehlou, 23 % sester napadení pacientem, 8 % sester pracovní úraz a 8 % sester označilo za nejrizikovější fyzickou zátěž a manipulaci s antibiotiky. Podle Hlaváčové a Zachové poranění jehlou představuje pro pracovníky nejčastější riziko, které je vyšší zejména při odhazování jehly (15). Tímto zjištěním byla potvrzena hypotéza 1 předpokládající, že sestry se nejvíce obávají píchnutí infikovanou jehlou. Za povšimnutí stojí fakt, že jen 9 % dotazovaných považuje za nejrizikovější manipulaci s cytostatiky a antibiotiky, přitom při potřísnění kůže lékem mohou vzniknout nemoci z povolání, alergické reakce nebo rezistence na daná antibiotika. Jak uvádí Pecková, cytostatika mají karcinogenní, mutagenní a teratogenní účinek (34). Myslím si, že k tomuto riziku by měly být sestry vnímavější a nepodceňovat ho.

Na otázku 7 (graf 7) sestry uváděly, zda se píchly o použitou jehlu při ošetřování pacienta. Z celkového počtu respondentů se alespoň jedenkrát píchlo o použitou jehlu 39 % sester, 36 % sester se píchlo více než jedenkrát a 26 % sester se doposud o použitou jehlu nepíchly. Vysvětlením posledně uvedeného čísla může být kratší délka

praxe, nebo zvýšená opatrnost při manipulaci s jehlou mladších sester. Píchnutí o použitou jehlu se dá předejít správným zacházením, kdy se nevrací kryt zpět na jehlu po aplikaci injekce. Dále se použité jehly vhazují do speciálních plastových kontejnerů a při odběru krve by sestry měly používat jehly s ochranným krytem. Píchnutí o jehlu infikovanou krví pacienta představuje pro sestry vysoké riziko, proto by měla sestra dodržovat správný postup při odběrech krve a aplikaci injekce.

Další otázka se vztahuje k druhému cíli práce, který je zaměřen na preventivní opatření v souvislosti s riziky vnímanými sestrami. Tabulka 1 znázorňuje postup sester při píchnutí infikovanou jehlou. Z provedeného výzkumu vyplývá, že 37 % sester místo vpichu odesinfikuje a udělá zápis o píchnutí do knihy úrazů, 27 % sester místo vpichu odesinfikuje, udělá zápis do knihy úrazů a nechá si vyšetřit krev. Pouhých 10 % sester by zvolilo stejný postup jako Hájek, kdy by vymačkaly krev z rány, odesinfikovaly místo vpichu, zakryly náplastí, provedly zápis do knihy úrazů a nechaly si odebrat krev na vyšetření (9). Domnívám se, že správný postup popisovaly sestry, které se již o použitou jehlu píchly a musely absolvovat jisté kroky, které popisuje Hájek v odborné literatuře. Poranění použitou jehlou patří k častým pracovním úrazům. Sestry jsou mnohokrát upozorňovány na to, aby jehly nikdy nevracely zpět do krytu. Avšak ani několikrát opakovaná upozornění nepomáhají a některé sestry stejně nasazují kryt zpět na jehlu a vystavují se tak riziku zranění (37). Zajímavým zjištěním bylo, že 6 % sester po aplikaci injekce vrací kryt vždy na injekční jehlu, 50 % sester vrací kryt na jehlu občas. Pravděpodobně považují postup za nebezpečný, ale přesto jehlu do obalu vkládají. Přes 40 % dotazovaných kryt na jehlu nevrací (graf 8). Výsledky se tak neliší od výzkumu prováděného Hlaváčovou a Zachovou, kdy zjistily, že skoro 50 % dotazovaných sester ukládá zpět do krytu použitou jehlu (14). Možné riziko poranění lze snížit eliminací manipulace s jehlou (např. vyhazováním jehel do odděleného kontejneru na ostré předměty). Kladným zjištěním bylo, že 100 % respondentů skladuje použité jehly před jejich likvidací ve speciálních kontejnerech k tomu určených (graf 10).

U sester bylo dále zjišťováno, jaká preventivní opatření uplatňují při odběru biologického materiálu, aby se chránily před infekční nákazou (graf 9). Z výzkumného

šetření vyplývá, že na oddělení následné péče sestry používají ve 38 % jednorázové rukavice, což je častěji než na interním oddělení, kde je to ve 27 % nebo na neurologickém oddělení ve 36 %. Překvapilo nás zjištění, že na oddělení následné péče si sestry méně myjí ruce mýdlem a vodou a to ve 29 % případech oproti internímu oddělení, kde tak činí 37 % sester a neurologickému oddělení, kde si myjí ruce ve 30 %. Ke stejnému zjištění došlo u třetího kroku odesinfikování umytých rukou, kdy na oddělení následné péče si umyté ruce odesinfikují pouze ve 30 %, oproti internímu oddělení, kde si umyté ruce odesinfikují ve 37 % nebo na neurologickém oddělení ve 34 %. Výsledky na těchto odděleních se výrazně nelišily. Z šetření vyplývá, že by sestry měly více používat jednorázové rukavice a také si častěji mýt a desinfikovat ruce.

Graf 14 znázorňuje, zda se sestry setkaly na oddělení s agresivním pacientem. Celkem 16 % sester se alespoň jednou setkalo s agresivním pacientem. Více než jedenkrát přišlo do styku s agresivním pacientem 78 % dotazovaných a pouze 7 % sester se s agresivním pacientem nesetkalo. Výzkumem bylo zjištěno, že se sestry setkávají s agresivními klienty i přes krátkodobou praxi, proto by se měly více zajímat o odborné semináře s touto tematikou. Za rizikového pacienta považujeme takového, u kterého můžeme předpokládat zvýšenou pravděpodobnost výskytu agresivního chování (3). Graf 15 se týká druhu agrese, se kterým se sestry na oddělení setkaly, což souvisí s hypotézou 2 (dále jen H2), která předpokládá, že sestry se na oddělení setkávají s verbální agresivitou více než s fyzickými útoky. Jelikož na vybraných odděleních následné péče (57 %), na interním oddělení (58 %) a na neurologickém oddělení (71 %) sester uváděly nejčastější setkání s verbálním útokem ze strany pacienta. Je možno tvrdit, že H2 byla výzkumným šetřením potvrzena. Tímto výsledkem se shodujeme s prací Příbylové, kde výzkumné šetření poukazuje na častější výskyt verbální agrese ze strany pacienta oproti fyzickému napadení (39). Další výsledky se týkají postupu sester, jak by předcházely agresivitě ze strany pacienta. Ve 42 % by sestry zvolily klidný přístup k pacientovi, v 17 % by se snažily pacientovi danou situaci vysvětlit, v 16 % by se zaměřily především na komunikaci s pacientem, v 11 % by podaly léky dle ordinace lékaře. Překvapující bylo zjištění, že 10 (4 %) sester by agresivitě u pacienta nepředcházelo. Právě ošetřující personál má rozhodující vliv na psychiku pacienta.

Někdy stačí nabídnout pomoc, tvářit se mile se zájmem o pacienta a tím předejít zbytečnému konfliktu. To, že sestra nereaguje na vypjatou situaci, bychom mohly v některých situacích považovat za neprofesionální a navíc tak ohrožuje své zdraví. Domnívám se, že jedním z důvodů agrese zapříčiněné sestrou může být omezená komunikace. Ze strany příbuzných pak může docházet k agresi například při nedostatečné informovanosti o jejich blízkém.

Šetření v oblasti osobních ochranných pomůcek spadá pod třetí hypotézu (dále jen H3), předpokládající, že sestry se chrání při manipulaci s biologickým materiálem rukavicemi, ostatní pomůcky používají výjimečně (tabulka 3, 4, 5). Z výzkumu vyplývá, že na všech vybraných odděleních sestry používají nejvíce rukavice, na oddělení následné péče v 52 %, na interním oddělení v 51 % a na neurologickém oddělení v 54 %. Ostatní osobní ochranné pomůcky (rouška, plášť, zástěra, čepice) byly označeny pouze v 5 %. Je možno tvrdit, že H3 byla potvrzena. Překvapilo nás zjištění, že 49 % respondentů si bere rukavice vždy na odběr biologického materiálu. Některé sestry si berou rukavice občas (46 %). Pravděpodobně podle druhu biologického materiálu, ale to je v žádném případě neomlouvá. Osobní ochranné pomůcky by měly sestry používat vždy, i při sebemenším kontaktu s biologickým materiálem. Zjistily jsme, že 6 % respondentů si rukavice nebere. Ti by si měli uvědomit, že se tak vystavují riziku poranění nebo infekční nákaze. Také Husa klade důraz na používání rukavic tam, kde dochází ke kontaktu s tělními tekutinami (17). Co se týká výměny rukavic (graf 18) výzkum ukazuje, že 82 % dotazovaných si vymění rukavice vždy po kontaktu s pacientem, 12 % respondentů provede výměnu rukavic při jejich znečištění a 6 % respondentů si rukavice vymění při poškození. Pokud si sestry vyměňují rukavice pouze při jejich znečištění nebo poškození, hrozí tak nebezpečí přenosu bakterií mezi pacienty a vznik nozokomiálních nákaz nebo jiných nemocí z povolání. Jak uvádí Husa, rukavice by se měly měnit po každém pacientovi a vyšetření (17). Také Hlaváčová se Zachovou ve své práci zmiňují nutnost používání nových rukavic u každého pacienta, protože bakterie ulpívají na rukavici (15). Respondenti se vyjadřovali k dostatku, či nedostatku ochranných pomůcek (graf 19). Jejich dostatek uvedlo 78 % respondentů, 22 % respondentů uvedlo nedostatek ochranných pomůcek. Výsledky se tak neliší od

výzkumu prováděného Hlaváčovou a Zachovou, kdy zjistily, že více jak 70 % respondentů potvrzuje dostatek ochranných pracovních pomůcek (14).

Tabulka 6 znázorňuje zásady, které sestry dodržují při manipulaci s pacienty, aby předcházely poškození pohybového aparátu. Překvapující bylo zjištění na oddělení následné péče, kde ve 32 % respondenti nejčastěji uvedli, že nedodržují žádné zásady při manipulaci s pacienty. Dle Halmo přes šedesát procent sester vnímá fyzickou zátěž spojenou s mobilizací pacienta jako vysokou (10). Myslím si, že na tomto oddělení jsou sestry často vystavovány zvýšené fyzické zátěži, vzhledem ke zvýšenému počtu imobilních pacientů. Toto tvrzení se shoduje s literaturou, kde Jiráček uvádí, že „fyzická zátěž je největší na odděleních s imobilními nebo částečně imobilními pacienty, kde je nutno pacienty polohovat, provádět rehabilitační cvičení a osobní hygienu“ (20, s. 116). Proto je nutné, aby sestry využívaly pomocné a technické prostředky, dbaly na správný postoj, využívaly pohyb vlastního těla. Na interním oddělení si sestry ve 30 % nejčastěji vyžádají spolupráci kolegyň. Na neurologickém oddělení 31 % sester dbá při manipulaci s pacienty na správné držení těla.

Zajímavé jsou výsledky, týkající se výskytu stresu u sester při práci na oddělení (graf 22). Očekávali jsme, že většina respondentů pociťuje během pracovní doby příznaky stresu, což výzkum prokázal. Na oddělení následné péče pociťuje 59 % sester na sobě příznaky stresu, na interním oddělení pociťuje příznaky stresu 53 % dotazovaných a na neurologickém oddělení 43 % respondentů. Sestry, které při práci pociťují příznaky stresu, měly možnost uvést, co konkrétně u nich vyvolává stres (tabulka 9). Největší počet sester stresuje konfliktní pacient (17 %), ve stejné míře (17 %) nedostatek personálu. Dále pak sestry uváděly nedostatek času (16 %) a mnoho administrativy (11 %). Z šetření Valáškové vyplývá, že sestry za nejčastěji se vyskytující stresor na pracovišti (ARO, JIP) považují riziko infekce, poté následovala psychická náročnost a nedostatek financí (45). Na základě těchto výsledků se domnívám, že také typ oddělení a kompetence sestry mají vliv na vnímání působících stresorů. Právě sestry bývají často vystaveny přetížení i směnové práci, nehledě na to, že někdy musí vykonávat práci pod časovým tlakem. Jejich práce je spojená s určitým

rizikem ohrožení zdraví pacienta a se zvýšenou morální odpovědností. Výsledky tedy potvrzují častý výskyt příznaků stresu u sester.

6. Závěr

Vzhledem k vlastní zkušenosti s rizikovými faktory na pracovišti sestry jsem si ke zpracování bakalářské práce zvolila téma s názvem „Rizika práce sestry“ na vybraných odděleních. Sestra často musí čelit řadě rizikových faktorů na pracovišti, které mohou způsobit poruchy zdraví nebo vyvolat nemoci z povolání. Je proto potřebné snižovat pracovní zátěž, stres a zvýšeně dbát na preventivní opatření při práci.

Výzkumná část bakalářské práce byla realizována pomocí kvantitativní výzkumné metody, technikou dotazníku. Výzkumný soubor tvořily sestry z interního, neurologického oddělení a z oddělení následné péče.

V rámci výzkumného šetření byly stanoveny dva cíle. Prvním cílem bylo zjistit, co sestry pracující na klinicky zaměřených pracovištích, považují při své práci za nejrizikovější. Pomocí druhého cíle bylo zjišťováno, jaká preventivní opatření sestry uplatňují v souvislosti s vnímanými riziky. Cíle byly výzkumným šetřením splněny.

V souvislosti s cíli práce byly stanoveny tři hypotézy. První hypotéza, která zněla: „Sestry pracující na klinicky zaměřených pracovištích, se nejvíce obávají píchnutí infikovanou jehlou“, byla výzkumem potvrzena, protože 59 % sester se nejvíce obává píchnutí infikovanou jehlou. Druhá hypotéza: „Sestry na klinicky zaměřených odděleních se setkávají s verbální agresivitou pacientů více než s fyzickými útoky“, se výzkumem potvrdila, jelikož 61 % sester uvedlo verbální útok. Třetí hypotéza: „Sestry na klinicky zaměřených odděleních se chrání při manipulaci s biologickým materiálem rukavicemi, ostatní pomůcky používají výjimečně“, byla výzkumem opět potvrzena, což dokazuje fakt, že rukavice označilo 52 % respondentů.

Závěrem lze říci, že rizika v práci sestry se objevují dnes a denně, ať už se jedná o rizikové faktory fyzikální, chemické, biologické nebo psychické vyčerpání. S pokrokem vědy je dnes k dostání řada moderních přístrojů a osobních ochranných pomůcek, které zpříjemňují, ulehčují a zajišťují ochranu sestře při poskytování ošetrovatelské péče. Přesto závisí hlavně na sestře, jak bude ke svému zdraví přistupovat, udržovat ho a chránit.

Výsledky svého výzkumného šetření chci nabídnout jako informační materiál sestřím na odděleních kde výzkum probíhal. Bakalářská práce poukazuje na možná

rizika vyskytující se na pracovišti sestry. Sestry by si měly tato rizika uvědomit a dostupnými prostředky jim předcházet.

7. Seznam použitých zdrojů

1. BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndromu vyhoření*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2006. 86 s. ISBN 80-7013-439-9.
2. BAUMRUK, J., CIKRT, M., HLÁVKOVÁ, J. aj. *Analýza rizik při práci*. Příručka pro zaměstnavatele. 2. vyd. Praha: Fortuna, 2001. 135 s. ISBN 80-7071-183-3.
3. BOHÁČEK, P. *Agresivní chování vůči zdravotnickému personálu*. Sestra. Praha: 2008, r. 18, č. 1, s. 33. ISSN 1210-0404.
4. BRHEL, P., MANOUŠKOVÁ, M., HRNČÍŘ, E. *Pracovní lékařství. Základy primární pracovnělékařské péče*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 338 s. ISBN 80-7013-414-3.
5. ČERMÁK, I., HŘEBÍČKOVÁ, M., MACEK, P. *Agrese, identita, osobnost*. 1. vyd. Brno: SCAN, 2003. 316 s. ISBN 80-86620-06-9.
6. ČERNÝ, Z., et al. *Infekční nemoci*. Jak pečovat o pacienty s infekčním onemocněním. 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2008. 248 s. ISBN 978-80-7013-480-1.
7. FRANĀKOVÁ, P., TUPÁ, L. *Meticillin rezistentní Staphylococcus aureus - závažný zdravotní problém*. Sestra. Praha: 2005, r. 15, č. 6, s. 46-47. ISSN 1210-0404.
8. GÓPFERTO VÁ, D., PAZDIORA, P., DÁŇOVÁ, J. *Epidemiologie*. Obecná a speciální epidemiologie infekčních nemocí. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 299 s. ISBN 80-246-1232-1.
9. HÁJEK, M. et al. *HIV/AIDS v chirurgických oborech*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 88 s. ISBN 80-247-0857-4.
10. HALMO, R. *Kinestetická mobilizace*. Diagnóza v ošetrovatelství. Praha: 2005, r. 1, č. 3, s. 133. ISSN 1801-1349.
11. HERKUCZOVÁ, E. *Syndrom vyhoření: riziko ohrožující zdravotnické pracovníky*. Sestra. Praha: 2008, r. 18, č. 12, s. 56. ISSN 1210-0404.

12. HERMAN, E., DOUBEK, P. *Deprese a stres*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2008. 94 s. ISBN 978-80-7345-157-8.
13. HLÁSENSKÝ, V. *Zdravotníky jejich profese ohrožuje, ale i chrání*. Zdravotnické noviny. Praha: 2001, r. 50, č. 44, s. 13. ISSN 0044-1996.
14. HLAVÁČOVÁ, M., ZACHOVÁ, V. *Jak vnímají rizika povolání zdravotní sestry na chirurgických pracovištích?* Diagnóza v ošetrovatelství. Praha: 2005, r. 1, č. 4, s. 180-181. ISSN 1801-1349.
15. HLAVÁČOVÁ, M., ZACHOVÁ, V. *Umíme chránit své zdraví při práci*. Diagnóza v ošetrovatelství. Praha: 2005, r.1, č. 4, s.178-179. ISSN 1801-1349.
16. HUBAČOVÁ, L., HENČEKOVÁ, D. *Riziká poškodenia zdravia u pracovníkov v zdravotníctve*. Pracovní lékařství. Praha: 1998, r. 50, č. 1, s. 28-31. ISSN 0032-6291.
17. HUSA, P. *Virové hepatitidy*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 247 s. ISBN 80-7262-304-4.
18. CHALUPA, P., BARTOŠOVÁ, D., HUSA, P. aj. *Infekční lékařství*. Učební text pro posluchače magisterského studia zdravotních věd. 1. vyd. Brno: MU, 2001. 48 s. ISBN 80-210-2576-X.
19. JEKLOVÁ, M., REITMAYEROVÁ, E. *Syndrom vyhoření*. 1. vyd. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. 32 s. ISBN 80-86991-74-1.
20. JIRÁK, Z. et al. *Pracovní lékařství III.díl*. Hygiena práce v základních výrobních odvětvích. 1. vyd. Praha: CIVOP, 1996. 144 s. ISBN 80-900151-2-3.
21. JURIŠ, P., MITERPÁKOVÁ, M. *Hygiena prostredia*. 1. vyd. Prešov: Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce bl. P. P. Gojdiča v Prešove, 2006. 88 s. ISBN 80-969449-5-9.
22. KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Komunikace a stres*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2004. 24 s. ISBN 80-7071-246-5.
23. KRISTOVÁ, J. *Komunikace sestry s pacientem s agresivním chováním*. Sestra. Praha: 2008, r. 18, č. 12, s. 23-24. ISSN 1210-0404.

24. MAĎAR, R. *Epidemiologie vybraných přenosných nemocí*. Podklady pro výuku ochrany veřejného zdraví. 1. vyd. Zvolen: Medistar, 2007. 77 s. ISBN 978-80-969842-3-7.
25. MAĎAR, R., PODSTATOVÁ, R., ŘEHOŘOVÁ, J. *Prevence nozokomiálních nákaz v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 178 s. ISBN 80-247-1673-9.
26. MATOUŠEK, O. *Hodnocení psychické, fyzické a senzorické pracovní zátěže. Bezpečný podnik*. 1. vyd. Praha: Výzkumný ústav bezpečnosti práce, 2004. 24 s. ISBN neuvedeno.
27. MELICHERČÍKOVÁ, V. *Desinfekce a sterilizace v prevenci nozokomiálních nákaz*. 1 vyd. Praha: Galén, 2007. 57 s. ISBN 978-80-7262-468-3.
28. MOTYČKOVÁ, P. *Kategorizace práce*. 1.vyd. Praha: ASPI, 2005. 79 s. ISBN 80-7357-051-3.
29. NEMOCI Z POVOLÁNÍ [online]. Olomouc: Univerzita Palackého, [cit. 11.2.2010]. Dostupné z: <www.upol.cz/fileadmin/user_upload/LF-kliniky/prac-lekarstvi/Nemoci_z_povol_n_.doc
30. NOVÁK, T., CAPPONI, V. *Asertivně do života*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 176 s. ISBN 80-247-0989-9.
31. NOVOTNÁ, J., ŠEVČÍKOVÁ, J. *Riziko našich rukou aneb Nozokomiální infekce*. Sestra. Praha: 2008, r. 18, č. 6, s. 44. ISSN 1210-0404.
32. O'NEILL, H. *Hněv a emoce*. Helceletová, K. 1. vyd. Brno: Computer Pres, 2007. 212 s. ISBN 978-80-251-1847-4.
33. PAZDIORA, P., TÁBORSKÁ, J. *Průjmová onemocnění vyvolaná rotaviry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 144 s. ISBN 80-247-0626-1.
34. PECKOVÁ, M. *MRSA problém medicínský i manažerský*. Sestra. Praha: 2005, r. 15, č. 5, s. 18. ISSN 1210-0404.
35. PELCLOVÁ, D. et al. *Nemoci z povolání a intoxikace*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 207 s. ISBN 80-246-0433-7.

36. PELCLOVÁ, D., et al. *Nemoci z povolání a intoxikace*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 205 s. ISBN 80- 246-1183-X.
37. PODSTATOVÁ, H. *Hygiena provozu zdravotnických zařízení a nová legislativa*. 1. vyd. Olomouc: EPAVA, 2002. 267 s. ISBN 80-86297-10-1.
38. POŇEŠICKÝ, J. *Agrese, násilí a psychologie moci*. 1. vyd. Praha: Triton, 2004. 226 s. ISBN 80-7254-593-0.
39. PŘIBYLOVÁ, J. *Vybrané prvky násilí z pohledu ošetřujícího personálu*. České Budějovice: Zdravotně-sociální fakulta. 2009. 65 s., 7 s. příloh. Vedoucí bakalářské práce Ing. Iva Brabcová
40. STAŇKOVÁ, M., MAREŠOVÁ, V., VANIŠTA, J. *Repetitorium infekčních nemocí*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008. 207 s. ISBN 978-80-7387-056-0.
41. SVOBODOVÁ, E. *Narízení nepomáhá? Zkusme to jinak*. Diagnóza v ošetrovatelství. Praha: 2005, r. 1, č. 4, s. 179. ISSN 1801-1349.
42. ŠRÁMOVÁ, H., et all. *Nozokomiální nákazy II*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2001. 303 s. ISBN 80-85912-25-2.
43. ŠUBRT, B., et al. *Bezpečnost a ochrana zdraví při práci*. 2. vyd. Olomouc: ANAG, 2007. 839 s. ISBN 978-80-7263-400-2.
44. TUČEK, M., CIKRT, M., PELCLOVÁ, D. *Pracovní lékařství pro praxi*. Příručka s doporučenými standardy. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 328 s. ISBN 80-247-0927-9.
45. VALÁŠKOVÁ, D. *Sestra stráví denně v předklonu 96 minut*. Sestra. Praha: 2008, r. 18, č. 12, s. 22. ISSN 1210-0404.
46. VENGLÁŘOVÁ, M. *Agresivní klient v ošetrovatelské praxi*. Sestra. Praha: 2005, r.15, č. 2, s. 20-21. ISSN 1210-0404.
47. VOTAVA, M. *Lékařská mikrobiologie obecná*. 1. vyd. Brno: Neptun, 2001. 247 s. ISBN 80-902896-2-2.
48. Vyhláška č. 195/2005 Sb. ze dne 18. května 2005, kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče [online]. c2002-2007 [cit. 11.2.2010].
Dostupné z:

[http://www.lexdata.cz/lexdata/sb_free.nsf/c12571cc00341df100000000000000000/c12571cc00341df1c125700c002ef50f?OpenDocument](http://www.lexdata.cz/lexdata/sb_free.nsf/c12571cc00341df10000000000000000/c12571cc00341df1c125700c002ef50f?OpenDocument).

49. ŽIDKOVÁ, Z. *Sestry a spánek*. Sestra. Praha: 2005, r. 15, č.10, s. 20-21. ISSN 1210-0404.

8. Klíčová slova

Rizikové faktory

Fyzická zátěž

Pracovní úraz

Psychická zátěž

Preventivní opatření

Ochranné pomůcky

Zdravotní sestra

9. Přílohy

9.1 Seznam příloh:

Příloha 1: Dotazník pro sestry na vybraných odděleních

Příloha 2: Zásady bezpečnosti práce při manipulaci s infekčním materiálem

Příloha 3: Desatero péče o zdraví sestry

Příloha 1 Dotazník pro sestry na vybraných odděleních

Dobrý den, jmenuji se Gabriela Gengelová a jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Studuji obor všeobecná sestra. Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala téma „Rizika práce sestry“. Prosím Vás o vyplnění dotazníku, jehož zpracování by Vám mělo zabrat jen pár minut. V každé otázce označte prosím jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak. Dotazník je zcela anonymní.

Za vyplnění předem velice děkuji
Gabriela Gengelová

1) Kolik Vám je let?

- 18 – 29 let
- 30 - 39 let
- 40 – 49 let
- Více jak 50 let

2) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- Středoškolské
- Vyšší odborné vzdělání
- Vysokoškolské vzdělání
- Pomaturitní specializační studium

3) Jak dlouho vykonáváte povolání sestry?

- Méně než 5 let
- 6 – 10 let
- 11 – 20 let
- Více jak 20 let

4) Na jakém oddělení pracujete?

- Interní oddělení
- Neurologické oddělení
- Oddělení následné péče

5) Jakým rizikovým faktorům jste na pracovišti nejvíce vystaven/a? (označte jednu odpověď)

- Fyzikálním
- Chemickým
- Biologickým
- Jiným:.....

6) Co považujete na svém pracovišti za nejrizikovější? (označte jednu odpověď)

- Píchnutí infikovanou jehlou
- Napadení ze strany pacienta
- Pracovní úraz
- Jiné:

7) Píchl/a jste se o použitou jehlu při ošetřování pacienta?

- Ano, jedenkrát
- Více než jedenkrát
- Ne

8) Jak byste postupoval/a, při píchnutí infikovanou jehlou?

.....
.....

9) Vracíte na injekční jehlu kryt po aplikaci injekce?

- Ano, vždy
- Ano, občas
- Ne

10) Jaká preventivní opatření uplatňujete při odběru biologického materiálu, abyste se chránil/a před infekční nákazou? (můžete označit více odpovědí)

- Používám rukavice
- Po odběru si důkladně umyji ruce mýdlem a vodou
- Umyté ruce si odesinfikuji
- Jiná opatření:

11) Kde skladujete použité jehly před jejich likvidací?

- Ve speciálních nádobách (kontejnerech) k tomu určených
- V odpadkovém koši na infekční materiál
- V papírových krabicích
- Jiné:

12) Dodržujete Vy osobně během pracovní doby pitný režim?

- Ano
- Ne

13) Jakým způsobem se stravujete na oddělení? (můžete označit více odpovědí)

- Nosím si studenou svačinu z domova
- Objednávám si oběd v nemocnici
- Jiným:

14) Kouříte?

- Ano
- Ne

15) Přišel/a jste na oddělení do styku s agresivním pacientem?

- Ano, jedenkrát
- Ano, více než jedenkrát
- Ne

16) Pokud jste na předchozí otázku (15) odpověděl/a ano, označte o jaký druh agrese se jednalo. (můžete označit více odpovědí)

- Verbální útok
- Fyzické napadení
- Jiný:

17) Co děláte pro to, abyste předešel/a agresivitě ze strany pacienta?

.....

.....

18) Jaká bezpečnostní opatření máte na oddělení k dispozici při setkání s agresivním pacientem? (můžete označit více odpovědí)

- Dostatek personálu
- Únikové východy
- Medikamenty
- Jiná:

19) Jaké ochranné pomůcky používáte při manipulaci s biologickým materiálem na oddělení?

.....

20) Používáte rukavice při odběru biologického materiálu?

- Ano, vždy
- Ano, občas
- Ne

21) Jak často si měníte rukavice?

- Po každém pacientovi
- Při znečištění rukavic
- Při poškození rukavic

22) Máte na oddělení z Vašeho pohledu dostatek ochranných pomůcek?

- Ano
- Ne

23) Jakým způsobem jste získal/a informace, týkající se osobní ochrany před infekčními nákazami? (můžete označit více odpovědí)

- Ze školy
- Prostřednictvím kolegyně
- Na školení v práci
- Jiným:

24) Jaké zásady dodržujete při manipulaci s pacienty, abyste předešel/a poškození Vašeho pohybového aparátu?

.....

25) Vyhovuje Vám směnný provoz na pracovišti?

- Ano
- Ne

26) Pociťujete na sobě příznaky stresu při práci na oddělení?

- Ano
- Ne

27) Pokud jste na předchozí otázku (26) odpověděl/a ano, vypište prosím, co Vás stresuje?

.....

28) Jakým způsobem se snažíte zvládat stres? (můžete označit více odpovědí)

- Odpočívám
- Sportuji
- Jinak:

29) Jaká opatření v rámci bezpečnosti práce Vám zajišťuje zaměstnavatel? (můžete označit více odpovědí)

- Preventivní prohlídky
- Biologické monitorování
- Pravidelné školení bezpečnosti práce
- Jiná:

30) Jsou Vám nabídnuty odborné semináře ohledně ochrany zdraví při práci?

- Ano
- Ne

Příloha 2 Zásady bezpečnosti práce při manipulaci s infekčním materiálem

1. Vždy považujte všechny mikroorganismy za potenciálně patogenní.
2. Vstup do prostředí kde se pracuje s infekčním materiálem je povolen jen v předepsaných pracovních oděvech, obuvi a pracovními pomůckami.
3. Před začátkem práce, po jejím skončení a před každým odchodem z místnosti si pracovník musí umýt a vydezinfikovat ruce.
4. Každý infekční materiál musí být zřetelně označený.
5. S materiálem neznámého původu manipulujte vždy tak, jako by byl infekční.
6. Pracovní prostředí udržujte v čistotě a dbejte na to, aby se všechny kontaminované nástroje řádně umyly a vysterilizovaly.
7. Je nevyhnutelné mít po ruce dostatečnou zásobu dezinfekčních prostředků na okamžité použití v případě rozlití nebo vysypání infekčního materiálu.
8. V prostorech kde se pracuje s infekčním materiálem nikdy nejezte, nepijte a nekuřte.
9. Nikdy nedělejte žádnou činnost unáhleně.
10. Biologický materiál se odkládá do nádob na to určených a zalévá se dezinfekčním roztokem nebo se dekontaminuje varem s přídavkem NaHCO₃ po dobu 120 min.

Převzato z: JURÍŠ, P., MITERPÁKOVÁ, M. *Hygiena prostredia*. 1. vyd. Prešov: Fakulta zdravotníctva a sociálnem práce bl. P. P. Gojdiča v Prešove, 2006. 88 s. ISBN 80-969449-5-9.

Příloha 3 Desatero péče o zdraví sestry

1. Buď k sobě milá, laskavá a vlídná.
2. Tvým úkolem je pomáhat druhým lidem a ne je zcela změnit. Uvědom si, že změnit můžeš jen sama sebe, ale nikdy ne druhého člověka.
3. Najdi si místo, kam by ses mohla uchýlit ve chvíli, kdy naléhavě potřebuješ uklidnění.
4. Buď svým spolupracovníkům i vedení oporou a povzbuzením. Neboj se je pochválit, když si to třeba jen trochu zaslouhují.
5. Když jdeš z práce, soustřeď se na něco pěkného a dobrého, co se ti podařilo v práci udělat a raduj se z toho.
6. Využívej povzbuzujícího vlivu přátelských vztahů v pracovním kolektivu jako zdroj sociální opory a jistoty.
7. Uvědom si, že je zcela přirozené stát tvář v tvář bolesti a utrpení, jehož jsme denně svědky, cítit se bezmocnou. Připusť si tuto myšlenku. Být pacientům a jejich příbuzným nablízku je někdy mnohem důležitější než mnohé jiné.
8. Nauč se říkat druhým lidem nejen „ano“, ale i „ne“.
9. Snaž se sama sebe povzbuzovat a posilovat.
10. Raduj se, směj se – ráda a často.

Převzato z : KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 80 s. ISBN 80-247-0784-5.