



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Fyzické a psychické zatížení perioperačních sester
na ortopedickém operačním sále**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Hana Zemčíková

Vedoucí práce: Mgr. Dita Nováková Ph.D.

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Fyzické a psychické zatížení perioperačních sester na ortopedickém operačním sále“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č.111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě 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 a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 3.5.2017

.....

Hana Zemčíková

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat Mgr. Ditě Novákové Ph.D. za odborné vedení, věcné připomínky, cenné rady a vstřícnost při konzultacích k mé bakalářské práci. Dále bych ráda poděkovala celému kolektivu ortopedických operačních sálů za ochotu spolupracovat a doplňovat mé zjištěné poznatky.

Fyzické a psychické zatížení perioperačních sester na ortopedickém operačním sále

ABSTRAKT

Tématem této bakalářské práce je „Fyzické a psychické zatížení perioperačních sester na ortopedickém operačním sále“. Perioperační sestra je v současnosti charakterizována jako vysoce specializovaná odbornice, která se v rámci svého oddělení musí neustále vzdělávat a osvojovat si nové postupy operací.

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit možné stupně zatížení perioperačních sester na ortopedickém sále a dále zmapovat fyzické a psychické projevy zátěže u perioperačních sester na tomto sále. Byly stanoveny tyto výzkumné otázky: Jaké projevy fyzické a psychické zátěže se objevují u perioperačních sester po standardních výkonech? Jaké projevy fyzické a psychické zátěže se objevují u perioperačních sester po revizních výkonech? Jaké techniky využívají perioperační sestry ke zmírnění zátěže? Jaké stimuly před a během operací zvyšují projevy zátěže.

Pro empirickou část byl vybrán kvalitativní přístup. Byla zvolena technika polostrukturovaného rozhovoru, pozorování a vybrané testy pro určení fyzické a psychické zátěže. Rozhovory byly následně přepsány přímým přepisem. Výzkumný soubor tvořily perioperační sestry na ortopedickém operačním sále.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že zvýšená fyzická zátěž je společná pro všechny respondenty a velice zajímavé výsledky přineslo i subjektivní hodnocení psychické náročnosti. Výsledky budou sloužit nejen nově nastupujícím sestrám ke snazšímu zvládnutí práce perioperační sestry, ale i k prevenci možné fyzické a psychické zátěže.

Klíčová slova:

Fyzické – psychické – zátěž - perioperační sestra – operace – standardní - revizní

The physical and psychological burden of perioperative nurses in the orthopedic operating theatre

ABSTRACT

The topic of this bachelor thesis is "The physical and psychological burden of perioperative nurses in the orthopedic operating theatre". A perioperative nurse is currently characterized as a highly specialized expert who has to educate herself constantly and learn new operational procedures in her department.

The aim of this bachelor thesis was to find possible levels of the burden put on perioperative nurses in the orthopedic theatre and to map the physical and psychological manifestations of the burden carried by the perioperative nurses in this theatre.

The following research questions have been determined: What manifestations of physical and mental stress appear in perioperative nurses after the standard performance? What manifestations of physical and psychological stress appear in perioperative nurses after the revision performance? What techniques do perioperative nurses use to relieve stress? What stimuli before and during operations can increase burden manifestations.

For the empirical part, a qualitative approach was chosen. Semi-structured interviewing, observation and selected methods were chosen for determining the physical and psychological burden. The conversations were subsequently overwritten by direct transcript. The research group consisted of perioperative nurses in the orthopedic surgery theatre.

The research revealed an increased physical burden in all respondents and very interesting results from the subjective assessment of psychological stress. These results will serve not only the novice nurses to facilitate the work of the perioperative nurse, but also to prevent possible physical and psychological stress.

Keywords:

Physical - psychological - stress - perioperative nurse - surgery - standard - revision

OBSAH:

Úvod

1. Současný stav

1.1 Perioperační sestra

1.1.1 Vzdělání perioperační sestry

1.1.2 Náplň práce perioperační sestry

1.1.3 Pochybení a omyly v perioperační péči

1.1.4 Minimum z ortopedie

1.2 Složení operační skupiny

1.2.1 Týmová spolupráce

1.2.2 Komunikace v rámci týmu

1.3 Fyzické zatížení perioperačních sester

1.3.1 Akutní a chronická bolest

1.3.2 Bolesti hlavy a zad

1.3.3 Léčba bolesti

1.4 Psychické zatížení perioperačních sester

1.4.1 Stres a jeho zdroje

1.4.2 Zvládání stresu

1.4.3 Syndrom vyhoření

2. Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

2.2 Výzkumné otázky

3. Operacionalizace pojmů použitých v cíli práce

4. Metodika

4.1 Použité metody a techniky sběru dat

4.2 Charakteristika výzkumného souboru

5. Výsledky

5.1 Kategorizace výsledků rozhovorů s perioperačními sestrami

5.1.1 Základní informace o perioperačních sestrách na ortopedickém operačním sále

5.1.2 Fyzické zatížení perioperačních sester na ortopedickém operačním sále

5.1.3 Psychické zatížení perioperačních sester na ortopedickém operačním sále

5.1.4 Dopad stresu na sestry

5.1.5 Subjektivní hodnocení pocitů u standardních a revizních operací

6. Diskuse

7. Závěr

8. Seznam literatury

9. Přílohy

10. Seznam zkratk

Úvod

Práce perioperační sestry je v mnoha ohledech krásná, ale velice náročná. Ortopedický obor se v mnohém liší od klasických chirurgických oborů. Je to obor, který se neustále dynamicky rozvíjí. Celosvětově dochází k neustálému vývoji různých typů implantátů a operačních technik. Právě v tomto pohledu je práce perioperačních sester vysilující. Je třeba se naučit nejen operační techniku, ale zejména možnou kombinaci implantátů.

K práci perioperační sestry patří výrazné fyzické a psychické zatížení. V rámci fyzického zatížení všechny perioperační sestry popisují velice podobné příznaky, a nejen na ortopedickém sále. Objevují se bolesti nohou a zad způsobené, převážně přenášením velkého množství instrumentářií a statickým postojem při práci. Psychické zatížení sestry popisují jako velmi individuální způsob reakce na stresové situace. Mezi popisované situace řadí špatnou komunikaci v kolektivu, nepřátelské prostředí nebo komplikace vzniklé během operačního zákroku.

Toto téma k bakalářské práci jsem si vybrala, protože jsme chtěla seznámit okolí s náplní práce perioperačních sester a zároveň zjistit, jak na ortopedickém sále vnímají tyto projevy zátěže. Poukazují na výsledky, které v mnohém předčily očekávání mé i zúčastněných perioperačních sester. Na základě výsledků z výzkumného šetření jsem vytvořila rádce pro nové perioperační sestry, který jim pomůže překonat možná úskalí této práce.

1. Současný stav

1.1 Perioperační sestra

Perioperační sestra se v současnosti charakterizuje jako vysoce specializovaná odbornice, která se, v závislosti na svém oddělení, musí neustále vzdělávat a osvojovat si nové technické postupy operací (Wichsová et al., 2013). S vlastní prací a množstvím požadavků se začínající perioperační sestry seznamují na vlastním operačním sále za pomoci zkušenějších a starších perioperačních sester (Niederle, 1986).

Získávání zkušeností a vědomostí se tak děje předáváním informací od zapracovaných sester, ale hlavně soustavnou prací či při nahodilých situacích (Niederle, 1986). Dalším stupněm získávání vědomostí je absolvování specializačního studia (Wichsová et al., 2013).

Protože je tato práce velice náročná, vyžaduje od sester určité předpoklady. Důležitá je fyzická zdatnost, výdrž, zručnost a hlavně psychická odolnost (Niederle, 1986). Dalšími vlastnostmi jsou pečlivost, spolehlivost, schopnost týmové spolupráce a improvizace, v neposlední řadě ochota učit se stále nové věci a postupy (Wichsová et al., 2013).

1.1.1 Vzdělání perioperační sestry

Již v padesátých letech minulého století Niederle (1986) napsal první ucelenou učebnici pro sálové sestry, jak se tehdy oficiálně nazývaly. A i když se dočkala celkem čtyř vydání, na dlouhou dobu se stala jedinou učebnicí nejen pro začínající sálové sestry. V této knize mimo jiné konstatuje, že v minulosti bývalo zvykem přijímat na operační sály sestry až po zapracování na příslušném oddělení.

Jelikož šel celosvětový rozvoj ve všech oblastech medicíny rychle kupředu, Duda a spolupracovníci sepsali novou knihu s názvem *Práce sestry na operačním sále*. Tady Duda (2000) poukazuje na rozvoj medicíny a aplikaci nových technologií do oboru chirurgie, vybavení operačních sálů a také nový způsob operačního přístupu. Pro profesi perioperačních sester klade důraz na stále se prohlubující znalosti nejen z oblasti příslušného operačního oboru, ale i znalosti z humanitních věd, sociologie, psychologie a dalších, které jsou pro jejich práci nutné.

Ale protože začal být při aplikaci uvedených požadavků patrný nedostatek sester, od této metody se ustoupilo a na sál se dostávaly a dostávají sestry hned po absolvování základního zdravotnického vzdělávání (Wichsová et al., 2013).

Nejdůležitější je zkušenost, kterou budoucí perioperační sestry získávají během každodenního pracovního procesu. Na oddělení se sestry absolventky zapracovávají půl roku, ovšem na sále to mnohdy tak rychle nejde (Niederle, 1986).

Dle nařízení vlády č. 31/2010 Sb. se v současné době řídí rozdělení specializačního vzdělávání. Jedním z bodů tohoto nařízení je definování specializačního vzdělávání v oboru perioperační péče.

Wichsová (2013) ve své knize uvádí, jak je vzdělávání rozděleno na moduly: základní a odborné. Základní modul se zabývá teoretickou částí výuky. Odborné moduly jsou celkem tři: role sestry v perioperační péči a dva moduly v perioperační péči o pacienta ve vybraných oborech. Celé vzdělávání je zakončeno atestační zkouškou, která se skládá z části praktické a teoretické. Obě zkoušky probíhají pod dohledem atestační komise, která je akreditovaná Ministerstvem zdravotnictví ČR.

V průběhu této výuky si sestry osvojí potřebné znalosti, a to jak teoretické, tak i praktické. Naučí se práci v týmu a schopnosti rozhodovat se pro činnosti schválené legislativou (Jedličková et al., 2012).

1.1.2 Náplň práce perioperační sestry

Kompetence perioperační sestry jsou dány vyhláškou č. 55/2011 Sb. a jsou totožné s kompetencemi absolventa specializačního vzdělávání v perioperační péči.

V §56 je definována činnost perioperační sestry. A to bez odborného dohledu a bez indikace, dále na základě indikace lékaře. Přesný výčet činností je vypsán v této vyhlášce, která je součástí přílohy 1.

Náplň práce je velice rozsáhlá a podílejí se na ní i dosud neatestované perioperační sestry podle rozsahu svého zaškolení (Wendsche et al., 2012).

Niederle (1986) i Wichsová (2013) ve svých publikacích popisují a definují činnosti perioperačních sester takto:

- dodržuje co nejlepší aseptické, hygienické a bezpečné pracovní podmínky v operačním traktu pro všechny zúčastněné
- zabraňuje přenosu případné infekce

- je seznámena a proškolená s obsluhou všech přístrojů, které se vyskytují na pracovišti
- umí odstranit základní poruchy přístrojů vyplývající z jejich používání, případně zajistí jejich nejbližší možnou opravu
- zajišťuje stálou připravenost operačního sálu
- kontroluje základní a speciální přístroje potřebné k operaci, kompletuje instrumentária, pečuje o nástroje
- sleduje připravenost zdravotnických prostředků a implantátů, zajišťuje jejich včasné doplnění
- vykonává dezinfekční a sterilizační postupy dle platných norem
- připravuje pacienta na operaci, kontroluje a zapisuje identifikaci pacienta, kontroluje operovanou stranu
- zjišťuje případné alergie, zařizuje uložení pacienta do správné polohy a fixaci, dbá na prevenci komplikací z dlouhodobé imobilizace, zabraňuje prochladnutí pacienta
- vede zdravotnickou dokumentaci na operačním sále, zajišťuje plynulý chod operačního programu dle svých kompetencí
- připravuje se na operace, instrumentuje a případně asistuje lékaři při různých typech operací, po operaci sleduje stav případného krvácení
- zajišťuje převoz pacienta na JIP či jiné oddělení
- před začátkem, v průběhu a po skončení operace provádí početní kontrolu nástrojů a použitého zdravotnického materiálu s lékařem a další sestrou
- zajišťuje převoz odebraného materiálu do laboratoří
- dle potřeby se stará o pacienta, sleduje a zaznamenává VF, plní ordinace lékaře, připravuje pacienta na léčebné postupy
- dle svých kompetencí zaučuje a vzdělává ostatní pracovníky operačních sálů, kontroluje jejich práci a upozorňuje na případné nedostatky, zajišťuje jejich nápravu
- v případě potřeby přejímá povinnosti sanitářů a úklidové čety
- nadřizovanému okamžitě hlásí mimořádné události, a to i ty, které hrozily (Wichsová et al., 2013, Niederle, 1986, Jedličková et al., 2012).

1.1.3 Pochybení a omyly v perioperační péči

Škrla (2005) píše, že na celém světě mají v rámci zdravotnictví největší procentuální zastoupení mezi zaměstnanci právě sestry, jejichž práce je velice různorodá. A čím je práce rozmanitější a náročnější v souvislosti se snižujícím se počtem sester na odděleních, tím se zvyšuje riziko pochybení a omylů při zajišťování péče o pacienty.

Mezi nejčastější pochybení a omyly v péči o pacienty a jejich příčiny řadíme nedostatek pozornosti při měnícím se zdravotním stavu pacienta - nedostatek personálu, pracovní přetížení, nedostatečné vzdělání, nadbytek komplikovaných pacientů, neefektivní komunikace v rámci týmu; chyby v ošetrovatelské dokumentaci - nesprávně vedená dokumentace, nedostatky v záznamech o podaných lécích, nečitelné vedení dokumentace, nesprávné provedení lékařské ordinace; nedostatek v preventivních režimových opatřeních - nedodržování standardů a nařízení v prevenci infekcí, vzniku dekubitů, pádů; medikační pochybení - nesprávná identifikace pacienta, nepozornost, neznalost nežádoucích a vedlejších účinků, časová prodleva, přílišná sebedůvěra sestry; nesprávné rozhodování - nesprávná ošetrovatelská diagnóza, chybné intervence, vysoká sebedůvěra nebo naopak snížená sebedůvěra sestry, neschopnost přijmout pomoc a radu (Škrla, 2005).

Dále Škrla (2005) popisuje situace, kdy se veškerý zdravotnický personál snaží zabránit jakémukoliv pochybení. Existují skupiny pacientů, u kterých se může pochybení objevit snáze. Jsou to zejména starší pacienti, pacienti s poruchami zraku, sluchu, pohybu. Do další skupiny patří novorozenci a malé děti, u nichž je preventivní komunikace prakticky nemožná, následují pacienti s nedokonalou znalostí jazyka, náhodní turisté a pacienti s neurologickými problémy či nižším vzděláním. Zmínit je třeba i pacienty dlouhodobě hospitalizované, u kterých se zdravotnický personál chová rutinně a o péči tolik nepřemýšlí.

V rámci perioperační péče se prevence pochybení a omylů zaměřuje na správnou identifikaci pacienta po jeho příjezdu do operačního traktu, a to slovním dotazem a aplikací standardizovaného razítka do dekurzu pacienta s datem, časem a podpisem sestry (Wichsová et al., 2013). Následuje kontrola operačního pole před zákrokem ve vzájemné spolupráci sestry a pacienta. Nezbytná je kontrola případných alergií na dezinfekční prostředky, kovy a léky.

Poukazuje se na to, že všichni pracovníci sálů nesou velkou zodpovědnost za vlastní vykonávanou práci. Každá jejich chyba či nedbalost při sterilizaci, podávání léků, uložení pacienta na operační stůl, počítání roušek může poškodit zdravotní stav pacienta nebo způsobit jeho smrt. Všichni pracovníci sálů si musí být vědomi právních důsledků svého jednání (Niederle, 1986).

S tímto vším souvisí nutnost dostatečného počtu kvalifikovaného personálu, který má jasně definované kompetence. Neméně důležitá k eliminaci pochybení je správná komunikace a přenos informací (Brabcová et al., 2015).

1.1.4 Minimum z ortopedie

Ortopedie jako lékařský obor se zabývá prevencí a léčbou vrozených a získaných vad, úrazy, různými následky těchto úrazů, akutními a chronickými onemocněními pohybového aparátu (Sosna et al., 2001).

Dungl (2014) říká, že rozvoj ortopedie byl vždy závislý na úrovni společnosti a jejím technickém pokroku. Mezi vynálezy, které ovlivnily ortopedii, můžeme zařadit anestezii, asepsi nebo RTG paprsky. V naší zemi se vznik ortopedie jako samostatného oboru datuje po vzniku samostatného Československa. Roku 1921 byla založena první ortopedická klinika v Bratislavě. Až do současné doby se na rozvoji ortopedie podílelo mnoho význačných osobností. Zde alespoň několik jmen: prof. Zahradníček, prof. Frejka, prof. Fiala. Zásadou nejen těchto osobností se ortopedie přeměnila z malého odvětví, jehož hlavním obsahem byla léčba tuberkulózy, osteomyelitid a křivic, ve význačný medicínský obor. Podílí se na léčbě zánětlivých a degenerativních kloubních chorob, vrozených vad, zabývá se problematikou nádorů pohybového ústrojí. Součástí jsou i dnes již rutinně prováděné náhrady kloubních ploch nejen na nosných kloubech.

Technika instrumentování u ortopedických operací se výrazněji neliší od techniky instrumentování při běžných chirurgických výkonech. Rozdíly můžeme vidět v použití speciálních kostních nástrojů, a především kompletních souprav nástrojů a implantátů pro jednotlivé operace (Duda et al., 2000).

1.2 Složení operační skupiny

„Operace je práce kolektivní. Dobrý výkon je společným dílem operátora podporovaného dovednou a harmonickou spoluprací celé skupiny lidí. Každý z nich musí svůj úkol dobře znát a plnit. Je ovšem třeba, aby se k svému zaměstnání hodil a dělal je rád.“ (Niederle, 1986, s. 30).

Operační skupinu můžeme dělit na dvě části, které mezi sebou musí neustále komunikovat. Ta základní se stává z operátora, I. asistenta, II. asistenta, instrumentující sestry, obíhající sestry a sanitáře. Tou další částí jsou pracovníci, kteří se starají o pacienta v průběhu operace, a další osoby nezbytné pro zdárný průběh a výsledek operace. Patří sem anesteziolog se svou sestrou, radiologický asistent, laboratorní pracovníci a technici spolu s dalšími specialisty dle druhu operace (Wichsová et al., 2013).

Operátor je vždy vedoucím operačního týmu. Je to on, kdo zodpovídá za průběh a výsledek operace. Určuje také povinnosti jednotlivých spolupracovníků, nejvíce asistentů. Asistenti pomáhají svou aktivitou nejen s přípravou pacienta před operací, ale hlavně napomáhají svou prací ke zdárnému ukončení operace (Duda et al., 2000). Druhá asistence má méně aktivní úkoly. Instrumentářka se již předem musí seznámit s druhem operačního výkonu a pečlivě se na něj připravit. Vlastní instrumentování znamená podávání potřebných nástrojů a pomůcek včas. Zkušené instrumentářky podávají nástroje bez vyzvání. Ke konci operace je povinností instrumentářky zkontrolovat počet nástrojů a materiálu a nahlásit souhlas operátorovi (Wichsová et al., 2013). Obíhající sestra tvoří spojkou mezi operačním týmem a okolím, zároveň zajišťuje pečlivé vyplnění perioperačního záznamu u daného výkonu. Sanitář připravuje operační sál, transport pacienta, ukládání na operační stůl, odsun perioperačně odebraného materiálu (Duda et al., 2000).

Dle Dudy (2000) nikdo z pracovníků operačních sálů nesmí přijít do kontaktu s infekcí. Proto tito pracovníci nemají současně pracovat na lůžkovém oddělení či na ambulanci.

1.2.1 Týmová spolupráce

Skupinová práce ve zdravotnictví byla, je a bude základním stavebním článkem pro úspěšnou léčbu pacientů. Zvláště na operačních sálech je její důležitost velice patrná (Kopřiva, 2006).

Protože se týmy setkávají víceméně dennodenně, je správná spolupráce velice náročná. Ve fungujícím týmu jsou si všichni členové vědomi, že jen společnou prací, kdy každý podává výkon na nejvyšší úrovni, lze dosáhnout těch nejlepších cílů (Vévoda et al., 2013).

K tomu, aby tým správně pracoval, je zapotřebí ode všech členů dostatek soudržnosti, komunikace, vzájemná důvěra, uznání a respekt, odpovědnost v týmu, konstruktivní kritika a stanovení společného cíle (Kopřiva, 2006).

Vévoda a kolektiv (2013) již uvádí, že aby tým správně fungoval, lékař by měl zůstat odborníkem v medicínské oblasti a sestra v oblasti ošetrovatelské. Nutný je ovšem vzájemný respekt těchto subjektů. Nejenom na operačním sále je důležitá též mezitýmová spolupráce. Tu charakterizuje vzájemná a úspěšná práce mezi jednotlivými pracovišti.

Pro perioperační sestru je to hlavně spolupráce s týmem pracovníků JIP, oddělení anestezie, laboratoří, rehabilitace (Vévoda et al., 2013). Každý pracovník zastává v týmu určitou roli. Pro něj samotného je důležité, aby tuto roli zastával na základě svých skutečných dovedností a znalostí. Pokud je mu dána role, kterou neovládá, dochází ke vzniku konfliktu (Bartošiková, 2006).

Ten může být vnitřní, což je vlastně prožitek vnitřního napětí, které je vyvoláno emocemi. Dále se rozlišují konflikty interpersonální mezi dvěma nebo více lidmi a konflikty mezi skupinami. Ty jsou velice závažné, pokud se jedná o skupinu lékařů a skupinu sester (Venglářová et al., 2011).

Postavení sester se v posledních desetiletích změnilo a v současnosti se na sestry kladou zcela jiné nároky než dříve. Změnilo se personální obsazení (sester je méně), navýšil se počet odborných výkonů prováděných sestrou, přibylo zdravotnické dokumentace (Wichsová et al., 2013). To vše v souladu s pracovní spokojeností či nespokojeností na pracovišti nahrává možnému vzniku konfliktů v rámci týmu (Jedličková et al., 2012). Ne všechny konflikty se daří vyřešit okamžitě a úspěšně, pro správnou funkci týmu pečujícího o nemocné je ovšem nejlepší, když k tomu dojde co nejdříve (Vévoda et al., 2013).

Na operačním sále se konflikty nemají nikdy řešit během operačního výkonu. Vždy je řešíme až po jeho skončení, tak aby se nenarušil průběh operace a její zdárné dokončení (Niederle, 1986).

Skei (2008) ve svém článku popisuje prováděný výzkum, kde studuje zkušenosti registrovaných sester na ortopedickém oddělení v rámci komunikace s ostatními pracovníky. Přidává se k názoru, že dobrá mezioborová spolupráce je velice důležitým faktorem pro zlepšování kvality zdravotnických služeb.

I tento výzkum poukázal na nutnost dobře fungující spolupráce, aby bylo dosaženo kvalitní a bezchybné péče o pacienta a v neposlední řadě i profesionálního rozvoje osobnosti registrovaných sester. Zároveň zde odhaluje i stále se vyskytující problémy ve vztahu registrovaných sester a lékařů, které musí sestry řešit, a to hlavně v rámci přímé komunikace (Skei, 2008).

1.2.2 Komunikace v rámci týmu

Nejenom na operačním sále, ale všude, kde spolu pracují lidé v rámci jednoho kolektivu, se stále něco děje (Niederle, 1986). Psychologové to nazývají sociální interakce. Jde o poznávání druhých lidí a sebe sama v rámci sociálních vztahů a komunikací v těchto vztazích.

Při komunikaci se používá jak její verbální, tak nonverbální forma. Přitom tyto dva druhy by se měly vzájemně doplňovat. U efektivní verbální části se snažíme, aby byla jasná, stručná a srozumitelná. Dále musí být logická a obsah má mít řádnou posloupnost informací. Nonverbální komunikace zahrnuje hlavně mimiku, gesta a dotek. Takto lze vyjádřit mnohé pocity a city (Vévoda et al., 2013).

Sociální interakce rozlišujeme na několik druhů: nejmenší skupinu tvoří jedinec x jedinec, tzv. dyada; další je jedinec x malá skupina; poslední část tvoří malá skupina x malá skupina. V rámci těchto interakcí dochází k cirkulaci informací mezi zúčastněnými subjekty (Nakonečný, 2005).

Všechny tyto druhy lze sledovat a najít v rámci operačního procesu a operačního týmu. Ne vždy můžeme říci, že komunikace na pracovišti je správná. Důkazem toho jsou opakované stížnosti na personál zdravotnického zařízení podávané nejen pacientem, ale i samotným zdravotnickým pracovníkem (Venglářová et al., 2011). Přitom správná komunikace vede ke zvýšené spolupráci pacienta na léčbě, a je tedy nedílnou součástí

ošetřovatelské péče. Vysoce efektivní komunikace tak vede ke zvyšování spokojenosti všech zúčastněných (Wichsová et al., 2013).

Perioperační sestra musí být ve své práci lidská, komunikativní, empatická, vstřícná a ochotná (Niederle, 1986). na svém pracovišti se setkává ve větší míře se stále stejnými pracovníky, a proto její osobnost určuje, jak se bude v komunikaci projevovat (Vévoda et al., 2013).

Nebude samozřejmě vhodné, aby zde pracovala sestra, která je hlučná, ustrašená, bez známek ochotné komunikace, nezodpovědná. Největší zátěž perioperační sestra zaznamenává ve vypjatých situacích při operaci. Právě zde je třeba oba druhy komunikace propojit, aby si operační skupina rozuměla hned napoprvé (Wichsová et al., 2013).

1.3. Fyzické zatížení perioperačních sester

Komačková (2009) píše, že pracovní zátěž je daná tím, v jaké fázi výkonové kapacity se nachází člověk a v jakých podmínkách a s jakými požadavky se musí vypořádat. Pokud jsou všechny složky v rovnováze, lze říci, že pracovní zátěž je přiměřená.

Fyzická zátěž se podle Vévody (2013) týká hlavně sester na lůžkových odděleních, a to podle druhu oddělení, počtu pacientů a jejich celkového zdravotního stavu. Dá se tedy říci, že největší bude u imobilních pacientů.

Pokud se perioperační sestry přetěžují v práci trvale, hlavně náročnou prací, instrumentováním při velkých výkonech či při velkých programech, může se jejich zdraví narušit i trvale. Nejlepší prevencí se stává střídání perioperačních sester u instrumentování během dlouhého operačního programu a sezení při práci, pokud je to možné (Niederle, 1986).

1.3.1 Akutní a chronická bolest

Janáčková (2007) definuje bolest jako komplexní zážitek, který se u člověka prolíná v oblasti bio-psycho-sociální. Jde o varovný signál našeho těla, ovšem má i ochrannou funkci.

Bolest může vzniknout několika způsoby: chemickými, biologickými a fyzikálními prvky nebo také psychickou poruchou na bodě vnímání bolesti (Rokyta

et al., 2009). Snášení bolesti je plně individuální a můžeme říci, že velkou roli v jejím snášení hraje práh bolesti, ale také etnické a kulturní rozdíly. Bolest dále zhoršuje úzkost a strach (Janáčková, 2007).

I Sofaer (1997) popisuje, že vnímání bolesti a reakce na ni je výsledkem mnoha interakcí a faktorů. Zdravotničtí pracovníci, kteří pečují o pacienty s bolestí, si mají uvědomit, že každý pacient je široce biologicky odlišný a odlišný je také v oblasti reakce na bolest. Toto jeho chování nelze vždy uspokojivě vysvětlit a je třeba si uvědomit, že bolest a poranění nemusí spolu vždy souviset.

Akutní bolest se charakterizuje jako bolest krátkodobá a pro organismus je důležitá, protože plní funkci obrannou a její příčina je známa (Rokyta et al., 2009). Je pro ni charakteristický náhlý začátek s časově omezenou dobou trvání (Janáčková, 2007). Pokud se akutní bolest neléčí, nastává vysoké riziko vzniku chronické bolesti (Rokyta et al., 2009).

Chronická bolest se vyznačuje tím, že její příčina je velmi často neznámá a sama bolest se v průběhu času stává onemocněním. Takto ji označujeme, pokud trvá déle než 3 - 6 měsíců (Janáčková, 2007). Na rozdíl od bolesti akutní chronická bolest nemá žádný užitečný účel. Neposkytuje varování ani nepomáhá zajistit přežití jedince (Kol autorů, 2006).

Mezi nejčastější chronické bolesti řadíme vertebrogenní bolesti, bolesti hlavy, osteoartritidy a další. Pacient s touto bolestí má charakteristický projev, který je nevědomý (Rokyta et al., 2009). Je častěji podrážděný, snižuje se práh bolesti a velice často nastupuje deprese (Janáčková, 2007).

Již Niederle (1986) píše, že po letech nesprávně přepínané práce na operačním sále se bolesti stávají stálými. Nejdříve si instrumentářky stěžují na bolest dolních končetin. Dlouhodobým stáním na tvrdé podlaze se bortí nožní klenba a posléze trpí páteř.

1.3.2 Bolesti hlavy a zad

Bolestí hlavy se ve svém životě setká až 35 % dospělých (Rokyta et al., 2009). Řimsová (2011) píše, že perioperační sestry jsou ve své práci vystaveny zvýšenému psychickému napětí. Tím se zvyšuje svalové napětí šíjových svalů a ty se rychle zkracují. Následně dochází k nesprávnému držení těla projevující se bolestmi zad a hlavy.

Bolesti hlavy můžeme rozdělit na primární a sekundární. Mezi primární bolesti řadíme tenzní bolesti - jsou nejčastější a postihnou během našeho života každého z nás, bývají často spojeny s úzkostí, depresí nebo hněvem; migrény - s auroou nebo bez aury, objevují se často během dospívání nebo mládí, začátek bolestí se objevuje na konci stresového období; transformované migrény - často se opakují s mírnou intenzitou bolesti, příčinou je nadužívání analgetik, tuto bolest doprovází deprese; cluster headache - je vzácná, častěji se vyskytuje u mužů, bolest se soustředí do okolí spánku a oka.

Mezi sekundární bolesti řadíme posttraumatické bolesti hlavy - vznikají po poranění hlavy; orofaciální bolesti - původcem je zubní bolest; bolesti čelistního kloubu - vznikají při zívání, žvýkání nebo i zpívání; neuralgie trigeminu - záchvatovitá bolest, často velmi silná; postherpetické neuralgie - po výsevu oparu (Rokyta et al., 2009)

Příčin bolestí zad je několik, může být postižena kterákoli část páteře. Samotná bolest zad se často pojí s dalšími nemocemi, jako jsou virová onemocnění, nemoci ledvin a ženských pohlavních orgánů, infarkt myokardu a mnoho dalších (Janáčková, 2007). Jeden z názorů na původ bolestí zad mluví o „dani za vzpřímenou polohu těla“, která je dána fyziologickým vývoje člověka. Proti tomuto faktu mluví statistiky z oblastí, kde žijí lidé s minimálním ovlivněním současné techniky. Tito lidé bolesti zad prakticky neznají (Rokyta et al., 2009).

Dále se na bolestech zad mohou podílet sedavé zaměstnání, nadváha, špatná obuv, přetěžování zad již od dětství, u sester pak hlavně jednostranné zatěžování pohybového aparátu (Beranová, 2012).

I zdravotničtí pracovníci mají mnoho zdravotních potíží, i když často své zdravotní problémy bagatelizují. Práce ve zdravotnictví je riziková i z důvodu negativních vlivů, které na pracovníka působí. Patří sem přetížení, zvedání nadlimitních břemen, stereotypní postavení těla, únava, riziko infekce, záření, toxické látky a alergenů, dále také vysoké psychické vypětí a vliv stresujících faktorů na hranici únosnosti (Koubková, 2007).

Mezi další bolesti, které se vyskytují ve zdravotnických zařízeních, je i bolest krku. Joslin (2014) spolu s ostatními autory sleduje výzkum bolestí krku u zdravotních sester a její vliv na kvalitu života. Cílem bylo prozkoumat vztah mezi bolestí krční páteře a psychického stresu u sester. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že bolest krční páteře se vyskytuje až u 35 % respondentů v akutní fázi a 38 % ji zažilo v posledních 12 měsících.

Z dalších výzkumů je také zřejmé, že respondenti věří v ovlivnění tělesného zdraví psychickým stresem a psychickou zátěží.

Zvýšený výskyt bolestí krku a zad u zdravotnického personálu se objevuje, když je vystaven vysoké zátěži. Také je spojena s vnímaným nedostatkem pochvaly a povzbuzení ze stran nadřízených (Joslin et al., 2014).

Knappová (2013) popisuje jednu z nejznámějších a nejpropracovanějších metod k prevenci a léčbě bolesti zad. Je jí *ŠKOLA ZAD*. Ta poskytuje nácvik teoretických i praktických dovedností pro snížení bolestí. Je zde kladen důraz na změnu pohybových návyků a jejich trvalé zafixování v běžném životě. Škola zad se dobře uplatňuje u profesí se zvýšeným rizikem onemocnění páteře, což bezpochyby zdravotničtí pracovníci jsou.

1.3.3. Léčba bolesti

Práce perioperačních sester obsahuje nejenom dlouhodobé stání, ale i sezení u operačních výkonů, zvedání a přenášení těžkých kontejnerů s nástroji, jejich ruční mytí, polohování pacientů a práci s více sterilními stoly plnými nástrojů během operace. Proto není divu, že sestry trpí bolestí (Řimsová, 2011).

Léčbu bolesti v současné době rozdělujeme na postupy invazivní a neinvazivní. Při invazivních postupech se nabízí podávání látek do páteřního kanálu k bloádě nervů vedoucích bolest a ovlivňujících místní prokrvení. Neinvazivní postupy zahrnují farmakoterapii, psychoterapii a fyzikální terapii (Janáčková, 2007).

U akutní bolesti zad se velmi často souběžně s farmakoterapií využívá rehabilitace. Rehabilitací rozumíme soubor nefarmakologických léčebných metod, se kterými se dosahují velmi dobré výsledky. Patří sem například léčba chladem a teplem, masáže. Jsou velmi účinné u funkčních bolestí pohybového ústrojí (bolesti páteře), jež se dostavují opakovaně a netrvají dlouho. U chronických bolestí si s prostou rehabilitací nevystačíme (Rokyta et al., 2009).

1.4. Psychické zatížení sester

Psychická zátěž je významným rizikovým faktorem práce. U sester nejvíce psychicky zatěžuje časová tíseň, vysoký počet pacientů, lidské utrpení a bolest (Vévoda et al., 2013). Napětí při některých operacích, pocit zodpovědnosti a úleky při krizových situacích jsou další možné příčiny zátěže (Niederle, 1986).

Mezi další důvody psychického zatížení můžeme zařadit konflikty mezi členy zdravotnického týmu, které vedou ke ztrátě motivace k práci, snížení pracovního výkonu a syndromu vyhoření (Vévoda et al., 2013). Nadměrná zátěž kladená na zdravotnický personál zvyšuje riziko chybných výkonů a rozhodnutí či pracovních úrazů a je jedním z důvodů, proč tento personál opouští zdravotnické povolání (Bartošíková, 2006).

Musíme také říci, že každého stresuje něco jiného. Co pro jednoho představuje velké nebezpečí, pro druhého může být příjemným napětím, které vede k jeho lepším výsledkům. Z toho plyne určitá pozitivní úloha stresu, kdy daná stresová situace upozorní na nebezpečí a hrozbu, dostává tělo do stavu vysoké pohotovosti a udržuje ho v tomto stavu, dokud nebezpečí nepomine (Venglářová et al., 2011).

1.4.1. Stres a jeho zdroje

Stres má mnoho definic, ale vždy mají společné jedno, dochází k narušení vnitřní rovnováhy člověka (Venglářová et al., 2011).

Bartošíková (2006) cituje Kebzu a Šolcovou, že vysoce stresogenní práce je charakterizována vysokými nároky na kvalitu, odpovědnost a nasazení pracovníka při současně malé možnosti jejího ovlivnění, jako je tempo práce, podmínky a povaha práce.

Stres probíhá ve třech fázích. První fáze je varovná, pro druhou fázi je charakteristická rezistence, třetí fázi je vyčerpání. Pokud stres neřešíme, může vést k syndromu vyhoření (Haluzíková, Římovská, 2010).

Stresový stav je charakterizován třemi druhy příznaků: fyziologickými, psychologickými a behaviorálními. Tyto tedy jsou: nerozhodnost, změny v denním rytmu, porucha přijímání potravy, nepozornost, zhoršená kvalita práce, prudké změny nálady, vysoká únavnost, neschopnost projevit emocionální náklonnost, bušení srdce, bolesti hlavy, zvýšené svalové napětí, exantém až ztráta sexuální apetence (Křivohlavý, 2010).

Mezi zdroje stresu můžeme zařadit statické zatížení, dynamické zatížení, rizika infekce, narušení spánkového rytmu při směnování, nedostatečné dodržování pitného režimu, hluk, nesprávné osvětlení, radiační záření, neustálou pozornost, nároky na paměť a zodpovědnost a rychlé rozhodnutí, konflikt rolí, nároky na neustálé učení se a vzdělávání a mnoho dalších (Bartošíková, 2006).

Dučaiová a Litvínová (2013) popisují, že dlouhodobé zatížení má za následek zhoršenou pracovní výkonnost, která má vliv na bezpečnost při práci a může přispívat ke zdravotním problémům výše uvedeným. Křivohlavý (2010) konstatuje, že stres v mnohém působí jako spouštěč skoro každé nemoci. Má velký vliv na mnohé orgánové systémy jako kardiovaskulární, gastrointestinální, imunitní a svalový. Nejdříve se u osob postižených stresem objevují pocity neuspokojení z práce, ztráta energie a zdravotní potíže. Tím klesá pracovní výkonnost i sebedůvěra a snižuje se schopnost používat kladné emoce. Pokud tento stav přetrvává, pracovník přestává být schopen vykonávat svoji práci (Ralbovská, Knezović, 2010).

1.4.2 Zvládání stresu

Každý z nás se se stresem dokáže vyrovnat jinak. Odolnost je dána vývojovými faktory a konstitučně (Bartošíková, 2006).

Cílem by mělo být snížení úrovně toho, co nás zatěžuje, zachovat si emocionální klid a duševní rovnováhu, pozitivní obraz sama sebe, odpočinout si (Křivohlavý, 2010). Pozitivně na nás bude působit sociální podpora, volnost v rozhodování, vysoká motivace k práci a přesně dané kompetence, omezení přesčasové práce a dodržování zásad psychohygieny (Vévoda et al., 2013).

Yates (2012) ve své studii poukázal na důležitost, s jakou se lékaři potýkají s mírou stresu na urgentním příjmu, a jak tato skutečnost následně ovlivňuje spolupráci s ostatními členy týmu. Zkoumal též různé druhy strategií zvládání zátěže a vlivy podpory od druhých lidí. Závěrem bylo zjištění, že zvýšená úroveň stresu se neobjevuje jen u lékařů, ale i u ostatních zdravotnických pracovníků a ke zlepšení bylo velmi důležité správné vedení praktik směřujících k psychické pohodě Venglářová (2011). popisuje dva postupy zvládání stresu, postupy zaměřené k řešení nebo odstranění problému. Patří sem hledání více informací o stresové situaci, schopnost situaci řešit, hledání pozitivního v celém okolí, správná organizace práce. Další postupy jsou zaměřené na zvládnutí emocí, jako je jejich zklidnění, například pomocí relaxačních technik.

Neméně důležitou činností by měla být prevence vzniku stresu. Jde o prevenci primární, kdy prvním cílem je eliminace stresu. V rámci této prevence se lze zaměřit na duševní hygienu, jejíž součástí je péče o duši a tělo, dále vytvoření si prostoru pro pasivní či aktivní odpočinek, sport. Je velice vhodné se naučit relaxační techniky

a pravidelně je používat. Každý by měl mít v plnění této prevence konkrétní cíl, který by byl pro něj osobně hodnotný a hlavně dosažitelný (Haluzíková, Římovská, 2010).

Mezi relaxační techniky můžeme zařadit spontánní relaxaci, k níž dochází bez našeho chtění a úsilí (objevuje se při spánku nebo odpočinku), a diferencovanou relaxaci, již navozujeme vlastní vůlí - řadíme sem například procházku (Venglářová et al., 2011).

1.4.3. Syndrom vyhoření

Bartošíková (2006) přiřazuje syndrom vyhoření profesím, které charakterizuje vysoká pracovní náročnost, intenzivní kontakt s lidmi a velice často neadekvátní finanční nebo slovní ohodnocení.

To, jestli se u nás projeví tento syndrom, záleží již na samotné naší osobnosti a na našem hodnotovém systému. Syndrom vyhoření není charakterizován jen prostým vyčerpáním fyzickým, ale i psychickým a emocionálním. Lze ho také definovat jako stav extrémního vyčerpání, vnitřní distance, prudkého poklesu výkonnosti a různých psychosomatických onemocnění (Kallwass, 2007).

Kiekkas et al. (2010) ve své studii sledoval šedesát sester ze tří řeckých nemocnic s cílem zmapovat syndrom vyhoření u ortopedických sester. Výsledky svědčí o poměrně vysokém riziku u těchto zaměstnanců. Vztahy s lékaři, vysoká obtížnost uspokojování potřeb péče o pacienta a současně nízká spokojenost s prací byly spojeny s vyšším emočním vyčerpáním a pocitem nižšího osobního úspěchu. To vše bylo v přímé souvislosti s délkou praxe, kterou sestry vykonávají.

Emocionální vyčerpání se projeví ztrátou empatie, nechceme slyšet jejich trápení, starosti, vytrácí se radost z kontaktu s lidmi. Psychické vyčerpání se objeví v negativních postojích k sobě i ostatním a změnou našich životních postojů. Tělesné vyčerpání se charakterizuje chronickou únavou, nedostatkem energie, svalovou bolestí a tělesnou slabostí (Bartošíková, 2006).

Balková a Fürstová (2012) tvrdí, že podmínkou úspěšné práce perioperační sestry je její dokonalá profesionální adaptace. Adaptací se v tomto případě rozumí překonání hlubokého a živého prožívání stresujících událostí, tzn. operace, utrpení, bezmocnost pacientů i operačního týmu při záchraně pacientů. Sestra se každodenně setkává s pacienty, kteří jsou ohroženi na zdraví a životě, přesto se od ní očekává klidné a vlídné

vystupování, velká dávka sebeovládání a rychlé a přesné plnění úkolů. Proto jsou perioperační sestry neustále velmi psychicky a emočně zatížené. Toto zatížení sestry vnímají o to více, že ve většině případů znají nepříznivou prognózu onemocnění u pacientů (Balková, Fürstová, 2012).

Rafferty et al. (2007) zkoumal, zda sestry, které pečují o méně pacientů, mají lepší výsledky, pokud jde o přežití pacienta a spokojenosti sestry ve zdravotnictví. Výsledkem bylo zjištění, že nemocnice, kde docházelo k nepříznivému počtu poměru pacient/sestra, měly daleko horší výsledky než ty, kde bylo mnohem lepší personální obsazení. S tímto výsledkem se shodoval i výstup týkající se nespokojenosti sester s jejich prací, možného syndromu vyhoření a zhoršující se kvality ošetrovatelské péče na jejich odděleních a v nemocnicích.

2. Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Cíl 1

Zjistit možné stupně zatížení perioperačních sester na ortopedickém sále.

Cíl 2

Zmapovat fyzické a psychické projevy zátěže u perioperačních sester na ortopedickém sále.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1

Jaké projevy fyzické a psychické zátěže se objevují u perioperačních sester po standardních výkonech?

Výzkumná otázka 2

Jaké projevy fyzické a psychické zátěže se objevují u perioperačních sester po revizních výkonech?

Výzkumná otázka 3

Jaké techniky využívají perioperační sestry ke zmírnění zátěže?

Výzkumná otázka 4

Jaké stimuly před operacemi a během nich zvyšují projevy zátěže?

3. Operacionalizace pojmů použitých v cíli práce

Perioperační sestra je popisována jako vysoce specializovaná odbornice, od které se vyžaduje neustálá ochota se vzdělávat, fyzická zdatnost, výdrž a zručnost.

Operační sál je místo, kde se zajišťuje operativa daného chirurgického oboru. Jeho vybavení je v rámci různých oddělení jiné a specifické pro příslušný obor.

Fyzická zátěž je každou perioperační sestrou vnímána jinak, a to v závislosti na momentální pracovní zátěži a v jaké osobní výkonové kapacitě se nachází. Nejčastěji se vyskytují bolesti hlavy, zad a dolních končetin.

Psychické zatížení je významným rizikovým faktorem práce perioperačních sester. U těchto sester je nutná hlavně psychická odolnost. Nejvíce psychicky zatěžují časová tíseň, lidské utrpení, pocit zodpovědnosti a úleky při krizových situacích.

4. Metodika

4.1 Použité metody a techniky sběru dat

Pro empirickou část byl vybrán kvalitativní přístup. Byla zvolena technika polostrukturovaného rozhovoru, pozorování a vybrané testy pro určení fyzické a psychické zátěže. Před zahájením výzkumného šetření byly kontaktovány všechny perioperační sestry na ortopedickém operačním sále a byl od nich získán ústní souhlas s realizací výzkumného šetření. Výzkumné šetření probíhalo od prosince roku 2016 do března roku 2017. K určení fyzické zátěže byl sestřám rozdán krokomeř na různých pracovních pozicích se současným pozorováním. Získané údaje byly zapisovány do předem vytvořeného záznamového archu, dále byla utvořena tabulka k odhadu instrumentárií. K subjektivnímu hodnocení psychické zátěže byl rozdán veřejně přístupný dotazník. Následně byl se sestrami veden polostrukturovaný rozhovor, který byl kategorizován metodou tužka – papír.

První oblast byla zaměřena na projevy psychické a fyzické zátěže u standardních výkonů. Druhá oblast se zabývala stejnými projevy, ale u revizních výkonů. Třetí oblast se zabývala technikami, které sestry používají, aby zmírnily zátěž. Čtvrtá oblast zahrnovala určení stimulů, které ovlivňují sestry před výkony a během nich a mohou vyvolat již zmíněnou zátěž. Celkem byl pozorován a kontaktován celý kolektiv perioperačních sester na ortopedickém operačním sále. Výsledky z měření fyzické zátěže byly zaznamenávány a přepsány do tabulkového editoru Microsoft Excel. Zde byla později vytvořena i příslušná schémata, která zobrazují výzkumné šetření.

4.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumné šetření bylo realizováno ve vybrané nemocnici, soubor byl tvořený 8 perioperačními sestrami pracujícími na ortopedickém operačním sále. Vzorek byl určen záměrným (systematickým, mechanickým) výběrem.

5. Výsledky

5.1 Kategorizace výsledků rozhovorů s perioperačními sestrami

5.1.1 Základní informace o perioperačních sestrách na ortopedickém operačním sále

Schéma 1 Základní informace o perioperačních sestrách na ortopedickém operačním sále

První kategorie, Základní informace o perioperačních sestrách na ortopedickém operačním sále popisuje zejména informace o perioperačních sestrách jako věk, vzdělání, délku praxe na operačním sále a také délku praxe na ortopedickém sále. Poslední informací je subjektivní hodnocení dostatečného počtu sester na ortopedickém sále (příloha 3).

První podkategorie se dotazuje na věk respondentů. Celkem na ortopedickém sále pracuje 8 sester. Jedna perioperační sestra se řadí do rozmezí 20-30 let, 3 perioperační sestry jsou v rozmezí 31 - 40 let a 4 perioperační sestry patří do posledního rozdělení 41 - 50 let.

Druhá podkategorie poukazuje na nejvyšší dosažené vzdělání. Z výsledků je patrné, že 7 perioperačních sester má SZŠ, R7 vystudovala VOŠ s titulem Dis. Respondentky 1, 2, 3, 4, 6 a 7 absolvovaly postgraduální studium (dále jen PSS – všeobecně platné označení) v oboru perioperační péče. R5 se na toto studium připravuje za pomoci výběrového řízení k určení rezidenčního místa. R4 dosáhla nejvyššího vzdělání s titulem magisterským, R2 ukončila studium s titulem bakalářským a R3 dokončuje studium bakalářské.

Třetí podkategorie se zaměřuje na délku praxe na operačním sále. Nejdělsí praxi má R6, a to 26 let. R2 a R4 jsou shodně 23 let na operačních sálech. Taktéž R1 a R3 pracují shodnou dobu, a to 18 let. R5 a R7 nastupovaly ve stejném roce a jejich praxe činí 8 let. R8 má 7letou délku praxe na operačních sálech.

Čtvrtá podkategorie mapuje délku praxe na ortopedickém operačním sále. R2 a R4 pracují na tomto sále nejdéle, a to 20 let. R1 je zde 13 let, R3 10 let. R5, R6 a R7 přišly na tento sál v totožném roce, délka jejich praxe dosáhla 8 let. R8 pracuje na ortopedii nejkratší dobu, a to 5 let. Lze tedy konstatovat, že na tomto pracovišti působí všichni respondenti dostatečně zapracovaní a zkušení.

Pátou podkategorií je subjektivní hodnocení respondentů v otázce dostatečného počtu sester na pracovišti. Respondenti se v odpovědích ano/ne rozdělili na přesnou polovinu. Pouze R8 jednoznačně odpověděl, že na pracovišti je dle jeho názoru dostatek sester, všechny ostatní svou odpověď rozvinuly. R1 odpověděla ano, ale *„problém vidím, když některá onemocní či jde na paragraf ... To pak nevíme, kam dřív skočit a jak obsadit všechny sály, aby byl operační program splněn.“* R2 pociťuje nedostatek sester: *„Ve většině jsou zde matky od dětí, a pokud ty onemocní, ony s nimi zůstávají doma. Pak je problém personálně obsadit sály.“* R5 a R6 by uvítaly jednu sestru navíc. Při odpovědích, v nichž zazněla souvislost s možnou nemocností, byla položena doplňující otázka, zda se tento problém vyskytuje často. R4 se vyjádřila takto: *„Ještě nedávno nám jedna sestra dlouhodobě chyběla a bylo to znát. Další chodila do školy a my ostatní jsme pak nevěděli, co dřív.“* R5 svou odpověď formulovala podobně: *„Máme sestru, která byla dlouhodobě nemocná, do toho se několikrát přidalo marození s dětmi a pak byl problém obsadit sály tak, aby vše hladce fungovalo a nebyly jsme ve stresu.“*

K výsledku můžeme tedy říci, že všechny respondentky ženy si jsou velmi dobře vědomy rizika onemocnění dětí a následné absence v práci. Pokud takováto situace nastane, všechny trápí pocit, jak moc přitíží ostatnímu kolektivu.

5.1.2 Fyzické zatížení perioperačních sester na ortopedickém operačním sále

Schéma 2 Fyzické zatížení perioperačních sester na ortopedickém operačním sále

Druhá kategorie s označením Fyzické zatížení mapuje četnost výskytu fyzické únavy, bolestí zad a hlavy, bolesti nohou a odhad váhy instrumentářií. Pro poslední dvě podkategorie byla vytvořena tabulka, která přehledně srovnává výsledky výzkumného šetření (příloha 4).

První podkategorie mapuje četnost výskytu fyzické únavy. R1, R4, R6 se cítí fyzicky unaveny každý den, když přijdou ze zaměstnání domů. R1 konkrétně odpověděla: *„Nyní se cítím unavená každý den, právě proto, že jsme byli několik měsíců trvale oslabeni a nijak se to neřešilo.“* R3, R5, R7, R8 se cítí unaveni nejméně 1x týdně. R3 se vyjádřila takto: *„Zhruba tak 2x do týdne jsem hodně unavená a musím se přemáhat, abych se postarala o rodinu, a mám pocit, že čím je člověk starší, tím je to horší. Prostě každý rok je znát.“* R8 odpověděl: *„Asi tak jedenkrát týdně pocituji zvýšenou únavu.“* Jediná R2 jednoznačně svou odpověď konkretizovala: *„Záleží na operačním programu, pokud je dlouhý nebo psychicky náročný, prakticky hned jak přijdu domů, usínám.“* Dle výsledků je vidět, že fyzická únava je velice častá. Zároveň respondenti poukazovali na nezanedbatelný vliv věku a náročnosti operačního programu.

Druhá podkategorie se zabývá frekvencí bolestí zad. R1, R6 pocítují bolest každý den, R2, R3, R5, R7, R8 odpověděli nejméně 1x týdně, R4 ano, poměrně často. Protože odpovědi byly veskrze kladné, následovala otázka týkající se prevence. R2 popsala uvolňovací cvičení zad, které zná z cílené rehabilitace od své rehabilitační sestry. R3 sdělila: *„K tomu, aby přestaly bolet, mi pomáhá chůze a v poslední době jsem začala chodit pravidelně na masáže.“* R4 udávala problém s nedávno vyhřezlou ploténkou a odpověděla: *„V mém případě je to cílená rehabilitace, na kterou docházím, a během dne nosím stabilizační elastický pás.“* R5 pojala prevenci částečnou změnou životního stylu: *„Před několika lety jsem začala chodit na jógu a praktikuji některé uvolňovací cviky na záda. Pokud již bolí hodně, také mi pomáhá vana s horkou vodou a sklenka bílého vína na uvolnění.“* R8 se jako jediný prevenci nevěnuje, i když ho záda bolí: *„Ne, mám jiné zájmy a pečuji o rodinu. Ta je pro mne důležitější.“* Část respondentů i sama uvedla vyvolávající faktory, které ovlivňují výskyt bolestí. R3: *„...hlavně potom, co jsem byla u nestandardní operace a musela se při instrumentování hodně natahovat, i když používám stupínek, abych byla vyšší.“* R5 popisuje další faktor: *„... u většiny operací*

stojím na špičkách. Stupínek mi nevyhovuje, to mne pak záda bolí daleko více.“ R7 připisuje výskytu bolesti délku operace a nutnost Rtg zástěry po celou dobu operace.

Třetí podkategorii je frekvence výskytu bolesti hlavy. Respondentky 6 a 7 popisují bolest nejméně 1x týdně; u R2, R3 a R4 se objevuje nejméně 1x měsíčně, ostatní respondenti bolestí hlavy netrpí. Ti, u kterých se bolest vyskytne, většinou příčinu hledají v nedostatečném pitném režimu. R6: *„Hlava mne bolí tak jedenkrát týdně a vždy je to v souvislosti s nedostatečným příjmem tekutin.“* R7: *„Hlava tak jedenkrát týdně ... Souvisí to opět s operačním programem a pak také s mým aktuálním zdravotním stavem.“* Část respondentek si na bolest hlavy bere Brufen, nebo se snaží zvýšit příjem tekutin.

Čtvrtou podkategorii je častost výskytu bolesti nohou. Ta je u respondentů subjektivně velice vnímaná. R1, R3, R6 a R8 ji popisují každý den. U R2, R5 a R7 se vyskytuje nejméně 1x týdně. Jediná R4 určila svou bolest nejméně 1x měsíčně. R5 vysvětluje: *„Nohy bolí tak jedenkrát týdně, záleží na operačním programu. Někdy toho naběhám hodně a jindy stojím celý den na jednom místě, při těchto situacích dostávají nohy zabrat.“* R4 odpověděla: *„...vše záleží na operačním programu a na jaké funkci figuruji v tomto programu já.“* R7 poukázala na souvislosti: *„... souvisí to opět s operačním programem a pak také s mým aktuálním zdravotním stavem.“* Většina respondentů se snaží provádět určitou formu prevence. R2: *„Dělám si masáže dolních končetin, nohy dávám do zvýšené polohy, jakmile je to možné. Ráda používám masážní krémy.“* R6 volí jinou formu, používá stahovací návleky a kvalitní obuv. R2 popisuje svou zkušenost s návleky: *„Ty jsem nějaký čas používala, ale začalo mi vadit, že jsem si je kolikrát zašpinila biologickým materiálem. Ta následná desinfekce a praní, přestalo se mi to líbit. Ale mohla bych je nosit, když budu sterilizační sestra, tam to zašpinění tolik nehrozí.“*

Aby bylo objektivně zmapováno fyzické zatížení, byly respondentům rozdány krokoměry u jednotlivých typů operací a práce (druh práce byl zakódován, legenda přiložena k tabulce). Nejvyšší hodnotu zaznamenala R3, kdy pracovala jako sterilizační sestra. Bylo to v době dlouhodobé nemoci kolegyně a operační program byl velice náročný. Z rozhovoru vyplynulo, že v tento den R3 zajišťovala sterilizaci pro všechny tři sály ortopedické a ambulantní sál plastické chirurgie. V rozhovoru na konci pracovní doby R3 řekla: *„... mám pocit, že mi shoří nohy, celé je mám ušoupané. Takový den jsem dlouho nezažila...“* Nejvyšší hodnotu při revizních výkonech jako obíhající sestra měla

R1, k danému dni se vyjádřila takto: *„Byl to velice těžký den, oba revizní výkony se zkomplikovaly. Muselo se vyndat spoustu jiných nástrojů, nebyla chvilka na oddech. Dneska jsem byla pořád v jednom kole. Ještě k tomu nebyla sterilizační sestra a já musela většinu nástrojů složit a přesterilizovat na druhou operaci. Dneska večer padnu na postel a už se nezvednu.“*

Z výsledků vyplynul výrazný rozptyl v naměřených hodnotách. Nejnižší hodnoty byly zaznamenány ve dny, kdy byl krátký program nebo byl sester na pracovišti plný počet. V takovéto situaci byly na sterilizačním pracovišti i dvě sestry, takže si péči o operační sály mohly rozdělit.

KROKOMĚR				
Respondent	Datum	Kroky	Km	Druh práce
5	15.12	5383	2,6	E
6	17.12	3354	1,6	D
1	19.12	4894	2,4	C
5	9.1	5012	2,5	B
3	11.1	6329	3,1	A
8	13.1	4521	2,2	A
2	17.1	3893	1,9	B
4	26.1	3255	1,6	B
3	13.2	5928	2,9	D
8	14.2	3748	1,8	D
3	20.2	4719	2,3	C
1	22.2	6883	3,9	A
3	24.2	3889	2,6	B
5	27.2	6023	3,0	A
6	28.2	5631	2,8	A
4	1.3	3904	1,9	C
2	3.3	2394	1,2	A
6	6.3	3256	1,6	B
8	7.3	3017	1,5	B
1	8.3	4024	2,0	B
2	9.3	3613	1,8	D
3	13.3	5213	2,6	E
4	14.3	5321	2,6	A
7	15.3	2532	1,2	B
7	16.3	3124	1,6	A
5	17.3	3020	1,5	C
7	20.3	5031	2,5	E
2	21.3	2821	1,4	C
7	24.3	3193	1,6	C
4	24.3	5368	2,7	E
8	31.3	2524	1,2	C
6	3.4	2720	1,3	C
3	3.4	5954	2,9	E
7	4.4	4180	2,1	D
8	5.4	3984	1,9	E
1	6.4	4826	2,4	D
5	7.4	4393	2,2	D
2	10.4	5574	2,7	E
4	11.4	4713	2,3	D
6	11.4	5254	2,6	E
1	12.4	6124	3,0	D

Legenda:

A: sterilizační sestra

*B: instrumentářka –
standardní operace*

*C: instrumentářka –
revizní operace*

*D: obíhající sestra –
standardní výkony*

*E: obíhající sestra –
revizní operace*

Poslední podkategorií je odhad váhy instrumentářií. Bylo vybráno jen pár reprezentantů z řad ortopedických sít, skutečný počet je několikanásobně větší. Pro větší přehlednost jsou výsledky uloženy do tabulky ke snadnějšímu porovnání. Artroskopické síto se používá k artroskopii kloubů ruky a nohy. Z+K je síto základní a kostní tvořící základní prvek v sítích potřebných k velkým výkonům, jako jsou například primární aloplastiky či revizní výkony. Vytloukací síto je další základní prvek u všech revizních výkonů, obsahuje spoustu nástrojů k extrakci endoprotéz a čištění kloubního lůžka. Zkráceným názvem Aku označujeme bateriovou vrtačku. Nex Gen je speciální síto potřebné k primární aloplastice kolenního kloubu. Dětské kostní sítko se používá k výkonům na noze a přednoží a jiné menší výkony. Síto ruka obsahuje nástroje k operacím ruky a patří u nás k sítům s nejjemnějšími nástroji. Vazové síto je potřebné k rekonstrukci LCA či LCP vazů kolene a používá se zároveň s artroskopickým sítím.

ODHAD INSTRUMENTÁRIÍ

Typ	Skutečná váha	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
	[kg]	[kg]	[kg]	[kg]	[kg]	[kg]	[kg]	[kg]	[kg]
Artroskopické síto	7	4	4	6	3	7	5	3	3
Z+K	16	13	10	15	10	12	25	15	9
Vytloukací síto	27	25	15	28	12	28	30	25	13
AKU	7	3	3	5	3	8	7	2	2
Nex Gen	23	20	15	24	11	22	28	18	12
Dětské kostní	11	8	6	12	5	10	15	7	6
Síto ruka	10	7	5	10	4,5	9	10	7	5
Vazové síto	15	9	7	18	8	15	20	8	10

Z výsledků je zřejmé, že většina respondentů váhu sít podhodnotila, jen ojediněle došlo k přehodnocení. Mezi nejlehčí síta z výše jmenovaných patří artroskopické síto a AKU vrtačka. Naopak mezi nejtěžší řadíme vytloukací s 27 kg a Nex Gen s 23 kg.

Nejpřesněji hodnotily R5 a R3, nejhůře R8. Zmíněné vytloukací R6 navýšila o 3 kg, ale třeba R2, R4 a R8 podhodnotili o 12 až 15 kg. Toto podhodnocení v mnohém odráží chování respondentů. V naprosté většině tato síta přenáší sami a nepožadují pomoc od ostatních.

5.1.3 Psychické zatížení perioperačních sester na ortopedickém operačním sále

Schéma 3 Psychické zatížení perioperačních sester na ortopedickém operačním sále

Třetí kategorie s názvem Psychické zatížení perioperačních sester na ortopedickém operačním sále se zabývá četností výskytu psychického vyčerpání a stresem u operací vlivem složení operačního týmu a projevy stresu (příloha 5).

První podkategorie se snaží popsat subjektivní hodnocení četnosti výskytu psychického vyčerpání. R6 odpověděla jako jediná, že vyčerpání pocítuje každý pracovní den. R2 se cítí vyčerpaná v závislosti na aktuálním operačním programu. R8 odpověděl 1x měsíčně. Ostatní respondentky popsaly výskyt psychické vyčerpanosti 1x týdně. R1 na otázku vyčerpanosti odpověděla: *„Nejméně jedenkrát týdně, podle toho, na jakém sále jsem a jaký tam byl program. V poslední době na mne působí jakákoliv maličkost a hned mne to rozhodí.“* R7 sdělila: *„Podle zdravotního stavu a nálady na pracovišti tak jedenkrát týdně.“* Výsledky poukázaly, že vyčerpanost cítí hlavně věkově starší respondenti a v naprosté většině popsali souvislost s náročností operačního programu či zdravotního stavu. Na doplňující otázku, jestli si tedy respondenti myslí, že pracují pod časovým tlakem, odpověděli následovně. R3: *„Ano, operační programy se neustále zvětšují a zůstává nám čím dál méně času na úkoly nutné k péči o nástroje a sál jako takový. To pak lítáme jak utržené ze řetězu...“* R7: *„Ano, a to každý den, nepracuje se mi vůbec dobře. Já osobně na některé věci potřebuji více času, než je mi dopřáváno. Hlavně ze stran lékařů.“* Velice podobné odpovědi se vyskytly u všech respondentů, což značí veliký tlak na psychiku všech zúčastněných.

Druhá podkategorie sleduje výskyt stresu u jednotlivých druhů operací. Z rozhovorů vyplynulo, že respondenti nepocítují stres u standardních operací, ale pouze u revizních výkonů a možných komplikací, na které se nemohou předem připravit. O těchto komplikacích se vyjádřila R2: *„Po tolika letech na operačním sále mi je celkem jedno, na jakou operaci se umyju. Spíš záleží na možných komplikacích při výkonu: krvácení, časová náročnost, perioperační zlomeniny.“* R6 odpověď formulovala podrobněji: *„Standardní výkony mi problém většinou nedělají, tedy pokud jsem v souladu s operační skupinou. Napětí cítím u nenadálých komplikací, jako je krvácení nebo perioperační zlomeniny. U revizních výkonů mi vadí časová náročnost, vícehodinové operace již zvládám velice těžko.“*

Třetí podkategorie se zabývá možným vlivem složení operačního týmu na celkovou pohodu perioperačních sester během pracovního dne. Odpovědi se velice podobaly a v mnohém opakovaly, všichni respondenti se shodli v názoru, že nejen složení týmu, ale i celková nálada na pracovišti je pro ně důležitá. R3: „.... *Myslím, že je to přirozené, určitě i doktorům se s některými sestrami pracuje lépe a s jinými hůře.*“ R6 poukazuje na to, že pokud vládne na pracovišti špatná nálada, je jedno, jestli je na programu standardní operace či revizní výkon: „.... *Pokud operační skupina lékařů přijde na sál již ve špatné náladě, hned se cítím mnohem hůře, i kdyby šlo o banální operaci.*“ R7: „*Ano, vždy. Jsem velice citlivá na náladu v rámci operačního týmu.*“

Poslední podkategorií jsou projevy stresu, které respondenti popisují. Mezi nejčastější odpovědi patří pocení a bolest hlavy s následnou únavou. R2 popsala tyto projevy takto: „*Nejčastěji změny nálad následované velkou únavou, méně často bolení hlavy. Bohužel to nemohu nijak ovlivnit, i když se snažím a během stresových situací si říkám, že jsem je už zažila.*“ Jak je vidět, respondent má projevy stresu i v náhlých stresových situacích, přestože je již zažil. R3: „*Nejčastěji pocení a změny nálad, velká únava se dostaví až po příchodu domů. Snažím se těmito reakcím předcházet pozitivní náladou a klidem.*“ R5 vyjádřila svou obavu z nálad, které se u ní vyskytnou, a jak své následné chování nemůže ovlivnit: „*U mne se vyskytne pocení a změny nálad, to bohužel často odnesou mí nejbližší. Potom mne to velice mrzí, ale nedokážu si pomoci.*“ R7 odpověděla také na to, že s následnou změnou nálady během operace k lepšímu, se i jí projevy stresu zmenší: „*Určitě nejvíce pocení, pak bolesti hlavy a změny nálady. Ale pokud se během operace situace zlepší (což se stává), i já jsem v pohodě.*“

5.1.4 Dopad stresu na sestry

Schéma 4 Dopad stresu na sestry

Čtvrtá kategorie s názvem Dopad stresu na sestry se zabývá výskytem různých situací v posledním roce, které ovlivnily možný nástup stresového stavu, dále schopnost respondentů vypustit práci po odchodu ze zaměstnání z hlavy. Jako poslední mapuje typy odbourávání stresu u všech respondentů (příloha 6).

První podkategorie se snaží popsat výskyt situací v posledním roce. Tyto situace mohly ovlivnit chování respondentek v kolektivu. Nejvíce se opakovala ztráta motivace a zájem o profesi. R1 to přikládala nedostatečnému počtu perioperačních sester v daném období: „*Několikrát jsem ztratila motivaci a zájem o profesi, právě když nás bylo málo. Měla jsem pocit špatné komunikace v rámci týmu. Ráno se mi nechtělo vstávat do práce a občas i pocity smutku a beznaděje.*“ R2 k tomu osobně přidává špatnou komunikaci a konflikt s nadřízeným: „*To určitě, ztráta motivace je asi největší. Potom špatná komunikace v týmu a konflikt s nadřízeným..... Ale poté, co se vrátila jedna dlouhodobě nemocná sestra, zdá se mi situace daleko lepší.*“ R5 je na tom z našeho subjektivního pohledu nejhůře, při rozhovoru řekla: „*Měla jsem takovou krizi, kdy byla na pracovišti v rámci týmu špatná komunikace a došlo ke ztrátě motivace. Velice často se mi nechce vůbec vstávat do práce a vidět stále stejný kolektiv. Ale doufám, že se dám dohromady o dovolené.*“ R7 si byla vědoma své absence, a možná proto odpověděla: „*Mrzela mne špatná komunikace v rámci týmu a z toho plynoucí konflikt s nadřízeným, který nastal. Došlo k degradaci mých schopností, asi proto, že jsem byla dlouho mimo pracovní tempo. Bylo a je mi z toho smutno.*“ Ve většině odpovědí se dále vyskytla špatná komunikace v rámci týmu, která, jak je vidět, dosahuje pro perioperační sestry vysoké důležitosti.

Druhá podkategorie se zabývá schopností respondentů vypustit práci po odchodu ze zaměstnání z hlavy. Většině respondentů se to podaří nejméně 1x týdně. R4 v rozhovoru poukázala na osobní potřebu sdělit své starosti někomu blízkému: „*...většinou si ale беру práci domů a často o ní přemýšlím i večer. Někdy své starosti musím probrat s manželem. Sdílená starost, poloviční starost.*“ R6 odpověděla: „*Dá se říci, že se mi to podaří alespoň jednou týdně. Velice to závisí na operačním programu a jakou roli jsem v něm hrála. Dost mne také ovlivní nálada na pracovišti.*“ Ale třeba R1 nemůže pustit práci z hlavy nikdy: „*To se mi nedaří nikdy, s tím, kolik máme*

instrumentáři, si někdy říkám, jestli jsem složila všechny síta správně. Hlavně u těch nestandardních operací, kdy nám nástroje přijdou ráno a odpoledne jedou zase jinam do jiné nemocnice, mám strach, jestli nezůstalo u nás něco z nástrojů, bez kterého nemohou provést operaci v dané nemocnici. Na to někdy myslím i v noci!“ R3 odpověděla podobně: *„Ne, bohužel nikdy. Pořád myslím, zda jsem vše udělala správně, v instrumentářiích nic nechybí. V hlavě mi kolikrát zpětně běží operační program, říkám si, proč to či ono lékaři udělali tak a ne jinak. Často se mi o ní i zdá.“* Oproti tomu R8 sdělil, že se mu to daří každý den.

Třetí podkategorie mapuje tipy na odbourávání stresu, tak jak je praktikují respondenti ve svém volném čase. R4 přiřadila velkou důležitost rodině, nebyla sama: *„Jako první je pro mne rodina, ta mi vždy zvedne náladu, dále pobyt na čerstvém vzduchu. Někdy mi stačí chvilka klidu a vnitřního vypnutí.“* R5 v rozhovoru prozradila své koníčky: *„Na prvním místě je u mne četba, jsem vášnivý čtenář. Dále pobyt na čerstvém vzduchu a s tím spojená práce na zahradě.“* R8 odpověděl podobně jako ostatní respondentky: *„Nejraději pobyt s rodinou na čerstvém vzduchu, ale i domácí práce s pracemi na zahradě.“*

5.1.5 Subjektivní hodnocení pocitů u standardních a revizních operací

Schéma 5 Subjektivní hodnocení pocitů u standardních a revizních operací

Pátá kategorie s názvem Subjektivní hodnocení pocitů u standardních a revizních operací se snaží poukázat na rozdílnost těchto výkonů. Respondenti byli požádáni o zhodnocení a vlastnoruční sepsání evaluace na předem daný formulář (příloha 7).

První podkategorie popisuje vliv standardních výkonů. R1 se rozepsala takto: *„Záleží na mnoha faktorech: nevyspaní, dlouhodobá únava, starosti v rodině Celková pohoda na pracovišti má velký vliv na to, jak operační den probíhá. Někdy se na operace vyloženě těším, někdy se spíše těším, až bude vše za mnou. V mnohém záleží na délce operace a náročnosti operačního programu – někdy pohoda, jindy totální únava.“* R2 bere standardní operace dle svého vyjádření v celkovém klidu: *„Standardní operace jsou pro mne běžnou součástí pracovního dne a již mne nestresují. Vždy ale záleží na mém celkovém rozpoložení, zda jsem po fyzické stránce v pořádku.“* R3 zhodnotila standardní výkony následovně: *„Před operací je to očekávání, s jakou náladou přijdou lékaři a jak daný program půjde. Pokud nejsou komplikace, tak nemám žádný problém, snažím se o rychlost a přesnost v instrumentování. Po operaci úleva a vidina krátké pauzy, rychlá příprava na další operaci. Vše ale závisí na náladě v kolektivu.“* R5 poukázala na potřebu znát operační program, který bude instrumentovat předem: *„Pokud vím den dopředu operační program a složení operační skupiny, tak ve stresu nejsem. Myslím, že u mne zkušenostmi stres klesá, nebo je menší, během operace mizí, soustředím se na něco jiného.“* I ostatní respondenti se vyjádřili velice podobně.

Druhou podkategorií jsou revizní výkony a jejich vliv na respondenty. R1 odpověděla: *„Revizní operace jsou více stresující, k tomu všemu, co jsem již řekla, nikdy nevím, co můžu čekat a jak to bude probíhat. Sestra u těchto operací musí být hodně flexibilní a mít velký přehled o všech možných komplikacích, implantátech.... Hlavně spousta instrumentárií přijde až v daný operační den, tudíž není možnost vše si v klidu připravit. Ráno tím pádem nastává stres, jak se vše stihne vysterilizovat. Hodně i můj stav ovlivňuje únava, stres, délka programu a komplikace.“* R5 popisuje velký vliv na psychiku, pokud dostane instrumentárium, se kterým nebyla dostatečně seznámena: *„U revizních výkonů pociťuji časový stres před začátkem operace, ale i během ní. Složení operačního týmu a také neznalost instrumentária zvyšuje mou nervozitu, roztěkanost a nesoustředěnost. Nicméně musím říci, že s přibývajícím zkušenostmi se rizikové*

stresové faktory snižují, ale stále přetrvávají. Nemožnost připravit se na operaci včas, seznámit se s instrumentáři a vyzkoušet si ho den před operací mi vadí hodně. Většinou se operace učíme z manuálu podle obrázků, což mi vadí. Dále mi vadí velký hluk na operačním sále, nesoulad s operační skupinou, špatně naladěný operatér, málo času mezi operacemi z důvodu nedostatku personálu – děláme práci za jiné.“ R3 vyjadřuje své pocity následovně: „U revizních operací se snažím o brzkou přípravu, protože těch nástrojů je daleko více, hlavou se mi honí možné komplikace a jejich řešení. Pokud máme nové nástroje, tak stres, že jsem si je nemohla vyzkoušet o den dřív. Během výkonu vysoká soustředěnost, někdy bolesti zad při nepohodlném a nestandardním postoji, stres při závažných komplikacích. Po výkonu se dostavuje psychická a fyzická vyčerpanost. Vše ale velice ovlivňuje nálada v kolektivu, složení operačního týmu, nové instrumentárium, dlouhodobé operace, Rtg zástěra a krční límec, vysoká teplota na sále. Dále také závažné komplikace a akutní zhoršení zdravotního stavu pacienta.“

6. Diskuse

Tato bakalářská práce je zaměřena na zmapování fyzického a psychického zatížení perioperačních sester na ortopedickém operačním sále v nemocnici jihočeského kraje.

V počátku rozhovoru byly získány odpovědi na otázky týkající se věku, nejvyššího dosaženého vzdělání a délky odborné praxe na operačním sále. Další důležitou odpovědí byla samotná praxe na ortopedickém operačním sále. Dle kategorizace je zjevné, že na tomto sále je jedna sestra do 30 let, tři sestry do 40 let a čtyři sestry do 50 let. Jedna sestra má SZŠ, jedna má VOŠ s PSS, šest vystudovalo PSS. Z těchto šesti se dvě sestry dále vzdělávaly, první získala titul magistry, druhá bakaláře. Další schémata ukazují délky perioperační praxe a praxe na ortopedii. Z výsledků vyplynulo, že tři sestry pracují na sále méně než 10 let, dvě sestry do 20 let a zbytek sester nad 21 let. Následující schéma ukazuje, že i rozptyl délky praxe na ortopedickém sále je velký. Pohybuje se od 5 let až po 20 let.

Mohu konstatovat, že nejstarší sestry během rozhovoru potvrdily slova Niederleho (1986) o přijímání sester na operační sál. Všechny nejprve musely projít zapracováním na oddělení, a to mnohdy víceletým, pak teprve jim dle výsledků byl nabídnut operační sál. Již tehdy se tedy jednalo o prestižní místo, na které se sestry pečlivě vybíraly. Po zapracování, většinou tříletém, sestry zvyšovaly své vzdělání v oboru perioperační péče absolvováním PSS v tomto oboru. Duda (2000) poukázal na velký rozvoj medicíny v posledních desetiletích a také na nutnost vzdělaných perioperačních sester. Ale protože nastal nedostatek sester, od těchto požadavků se bohužel ustoupilo a na sál se mnohdy dostávají sestry hned po absolvování SZŠ nebo VOŠ. Toto já vnímám jako velké mínus a plně souhlasím se starší verzí. Dle mého názoru by sestry, které mají zájem o perioperační péči, měly zprvu lépe poznat dané oddělení a jeho specifika. Lépe pak porozumí operačním výkonům. Já sama jsem začínala na urologickém operačním sále, který se na konci devadesátých let v mnohém podobal základní chirurgické operativě. Později jsem nastoupila na ortopedii, a jak Duda (2000) sděluje ve své knize, rozdíl oproti chirurgii můžeme vidět v použití speciálních kostních nástrojů a kompletních souprav na jednotlivé operace. Sama za sebe mohu říci, že mne překvapilo množství instrumentářií a implantátů, které jsou na ortopedii běžné. Trvalo mi tři měsíce, než jsme se naučila rozeznávat implantáty a znát jejich rozměrný sortiment, další velkou

výzvou bylo množství sít s nástroji a jejich správné kompletování. Z vlastní zkušenosti mohu konstatovat, že až po roce na ortopedii jsem získala větší jistotu. Teprve po třech letech, kdy jsem nabrala mnoho zkušeností a řešila spoustu nestandardních situací, jsem si začala být jistá sama sebou.

Všechny sestry pracující na našem ortopedickém sále, které mají SZŠ, se chystají na PSS. Wichsová (2013) popisuje, jak je nyní vzdělávání v oboru perioperační péče koncipováno, a které vyhlášky definují kompetence a náplň činností perioperačních sester. Ve výčtu základní pracovní náplně se v mnohém ztotožňuje s Niederlem (1986), ten ale také v této knize poukazuje na nutnost vědomí všech pracovníků sálů o právních důsledcích jejich jednání. Nás je bohužel na počet operačních sálů akorát, a tak může studovat jen jedna sestra.

Další schéma ukazuje, že v názoru na dostatečný počet sester se respondenti rozdělili na dvě poloviny. Jedné se zdá personální obsazenost nedostatečná, druhé naopak dostatečná, ovšem v naprosté většině s dodatkem, že pouze pokud někdo neonemocní a současně není nikdo ve škole v rámci dalšího vzdělávání. V takovém případě je velký problém obsadit všechny tři operační sály, protože na každém sále musí být dvě sestry. To se bohužel v posledním roce stávalo velice často a odrazilo se to nejen na celkovém zatížení všech sester, ale i na vztazích s lékaři a ostatním personálem. Kopřiva (2006) a Vévoda (2013) vypočítávají všechny činnosti nutné pro společnou úspěšnou léčbu pacientů, aby bylo dosaženo nejlepších výsledků. Oba se shodují, že k dobře fungujícímu týmu patří soudržnost, komunikace, vzájemná důvěra a odpovědnost. Všechny tyto elementy jsou velice důležité a mnohokrát jsem se o nich v pracovním procesu utvrdila. Právě v okamžicích nedostatku sester se na pracovišti mnohdy vyskytly problémy, kdy zbylé sestry přebíraly další práci za chybějící, nebo museli lékaři slevit ze svých požadavků. To samozřejmě nepřispívalo k dobré atmosféře na pracovišti a občas se objevily konflikty. V této fázi je nutné si uvědomit, že konflikty na operačním sále nesmíme řešit během operačního výkonu, což ostatně již sděloval Niederle (1986).

Další velkou oblastí této práce bylo zmapování fyzické zátěže. Fyzickou únavu po příchodu ze zaměstnání cítí polovina sester nejméně jednou týdně, druhá polovina každý den. Zároveň respondenti odpovědi doplnili tím, že velice záleží na operačním programu a typu operací. V ortopedii se vyskytují, tak jako i v jiných chirurgických

oborech, krátké a dlouhodobé výkony. Právě ty dlouhodobé u většiny respondentek vyvolávají bolesti zad dle schématu velice často. Z rozhovoru vyplynuly tyto nejčastější příčiny: vzdálenost instrumentářky od operační skupiny, výška operatérů, nutnost stání na stupínku, množství nástrojů a jejich hmotnost při přenášení. Komačková (2009) udává, že pracovní zátěž vnímáme také tím, v jaké fázi výkonové kapacity se člověk nachází. S tím mohu jenom souhlasit, dle úvodních schémat je zřejmé věkové rozložení sester na sále a všichni respondenti zmínili souvislost s věkem a vnímáním fyzické zátěže v pracovním procesu. Všechny sestry starší 40 let potvrdily, že každý rok na operačním sále je pro ně čím dál těžší. Toto tvrzení umocňuje i skutečnost, že ortopedie je velice těžký obor nejen co do operativy, ale zejména co se týče hmotnosti instrumentáří. Proto byli v rámci výzkumného šetření respondenti požádáni o vyplnění tabulky odhadu instrumentáří.

Velice mne překvapily výsledky, pouze dvě respondentky dokázaly alespoň částečně správně odhadnout jejich váhu. V naprosté většině byla hmotnost podhodnocená, a to ne zrovna málo. U nejtěžšího síta, což je vytloukácí síto s váhou 27 kg, někteří respondenti odpověděli jen 12–15 kg. Možná právě proto toto síto (ale i ostatní nástroje) zvedají sami a neříkají si o pomoc. Snad i tato skutečnost vysvětluje bolesti zad u některých respondentů. Koubková (2007) popisuje výskyt zdravotních potíží zdravotníků, mezi které patří přetížení, stereotypní postavení těla, riziko infekce a také zvedání nadlimitních břemen. Podle nařízení vlády č.361/2007 § 29 se stanoví přípustný hygienický limit břemene přenášeného ženou při občasném přenášení a zvedání na 20 kg (příloha 2). Mnou zkoumaná síta stanovila dvě, která přesahují 20 kg a běžně se používají. Samozřejmě lze namítnout, proč síta zvedají respondenti sami a nevyžádají si pomoc od druhých, vždyť tím nevědomky porušují nařízení vlády, i když váhu instrumentáří do dnešní doby neznali. Skutečnost je taková, že doba, kdy je na operačním sále plný počet sester, je velice krátká. Tím pádem je málokdy poblíž někdo, kdo by pomohl. Na druhou stranu musím říci, že v posledních dvou měsících vidím snahu respondentů najít volnou osobu, byť by to byl i lékař.

Po zjištění alarmujících výsledků z této části výzkumného šetření jsem seznámila všechny zúčastněné respondenty se skutečnou váhou instrumentáří a doporučila změnu manipulace s těmito konkrétními síty – vytloukácí, Nex Gen - tak, aby nebyla porušována platná legislativa a zároveň nedošlo k případnému zranění respondentů. Dále

jsem informovala nadřízené o možném řešení této situace. Byl by jím nákup dalších kontejnerů vhodných ke sterilizaci a následnému rozložení hmotnosti. Můj návrh byl vzat na vědomí, nadřízení projevili snahu objednat výše zmíněné kontejnery. Ale než budou dodány výše zmíněné pomůcky, síta byla překontrolována a zredukována.

Mezi další fyzické zatížení byly zařazeny bolesti nohou. Všichni respondenti, až na R4, pociťují tyto bolesti velice často. Dle výsledků mezi možné příčiny patří délka operačního programu, aktuální zdravotní stav respondentů a předepsaná obuv na pracovišti. Sálková obuv musí být certifikovaná pro tuto práci, plně omyvatelná a antistatická. Zároveň by každý pracovník sálů měl disponovat minimálně dvěma páry této obuvi, aby byla kdykoliv možná výměna. Ale protože ne všem respondentům vyhovuje obuv dodaná zaměstnavatelem, nakoupili si někteří vlastní s výše zmíněnými parametry. I tato obuv je považována za jednu z možností prevence. Další volbou je aplikace stahovacích návleků na dolní končetiny. Jenom R6 používá tuto metodu prevence; R2 návleky zkusila, dle odpovědi během větších operací, ale dochází k znečištění biologickým materiálem a následná dekontaminace je dost problematická. Jako nejvhodnější se tedy jeví aplikace návleků, když je sestra na pozici sterilizační sestry a na vlastní operační sál nepřijde. Já osobně, tak jako i ostatní, využívám masážní krémy a metodu podkládání končetin do zvýšené polohy, jakmile je to možné.

Aby bylo výzkumné šetření dostatečně zmapováno, využila jsem krokoměru ke zjištění rozdílů výsledných parametrů dle druhu pracovní pozice respondentů. Výsledky jednoznačně potvrdily nejdelší trasu u respondentů v pozici sterilizační sestry a obíhající sestry v přímé souvislosti s operačním programem a revizními výkony v daný den. Dále se délka trasy prodlužovala v závislosti na nedostatečném počtu pracovníků sálů. Respondenti pracující na pozici instrumentářky u standartních výkonů měli hodnoty zpravidla nejnižší, což potvrzuje i pracovní činnost instrumentářky. Právě u těchto výkonů převládá statické zatížení dolních končetin, protože instrumentářka se prakticky nepohybuje v prostoru. V souvislosti s tímto zjištěním souhlasím s názorem Niederleho (1986), že nejdříve si instrumentářky stěžují na bolest dolních končetin, a to hlavně po letech nesprávně přepínané práce; dlouhodobým stáním na tvrdé podlaze se bortí nožní klenba a posléze trpí páteř.

Bolest hlavy se u respondentů nevyskytuje dle výsledků tak často. Respondentky R6 a R7 odpověděly nejméně 1x týdně; R2, R3 a R4 odpověděly nejméně 1x měsíčně.

Ostatní bolesti hlavy netrpí. Většinou respondentů zabere lék na bolest. R3 odpověděla: „*Moc ráda si je neberu, raději vypiji více tekutin. Ale pokud není pomoci, vezmu si třeba Brufen.*“ Část respondentů poukázala na nutnost příjmu dostatku tekutin během pracovní doby. Myslím, že tuto skutečnost výrazně ovlivňuje klimatizace na operačních sálech a neprodyšné oblečení celého operačního týmu.

Psychické zatížení perioperačních sester je další částí mého výzkumného šetření. Zde se zaměřilo na četnost výskytu psychického vyčerpání, tak jak ho subjektivně hodnotí všichni respondenti. Většina respondentů odpověděla nejméně 1x týdně, ale v kontextu s operačním programem, komplikacemi či složením operačního týmu. Protože v rámci věkového zastoupení na zkoumaném ortopedickém sále převládají spíše starší sestry, respondentům nedělají problémy standardní operace, ale náhle vzniklé komplikace. Masivní krvácení či náhlé zhoršení zdravotního stavu pacienta je vždy velice náročné na zvýšení rychlosti ke zdárnému ukončení operace. Perioperační zlomeniny většinou zatíží operační tým technickou náročností řešení, od instrumentářky se očekává rychlá domluva s operátorem na jeho představě řešení a její bezodkladná komunikace s obíhající sestrou, aby byla co nejdříve nachystána potřebná instrumentária. Z vlastní zkušenosti mohu říci, že v této chvíli právě instrumentářka pocítuje největší nápor na psychiku. V hlavě jí musí proběhnout seznam potřebných nástrojů, jejich příprava, vznik dalších možných komplikací, nabídka jiného řešení operátorovi a mnoho dalšího. Ústup tohoto zatížení nastává až v okamžiku kontrolního perioperačního RTG snímku, kdy je konstatována správná repozice a zafixování zlomeniny.

Další vliv na psychické zatížení u respondentů má složení operační skupiny, všichni konstatovali, že s některými lékaři se jim pracuje lépe a s jinými hůře, což chápou jako přirozenou věc, a věří, že i lékaři toto vnímají podobně. Nejhůře respondenti vnímají, pokud lékaři přijdou na operační sál již ve špatné náladě, okamžitě se to projeví i na ostatních členech operačního týmu. Vévoda (2011) popisuje, že konflikty mezi členy zdravotnického týmu vedou ke ztrátě motivace k práci, snížení pracovního výkonu a syndromu vyhoření. Určitě mohu říci, že zvláště před náročnou operací, kdy se plně soustředím na přípravu potřebného instrumentária a hlavou mi probíhá celý operační postup, pokud přichází operátor či zbytek lékařů ve špatné náladě, mám co dělat, abych zůstala plně koncentrována. Velice mi následně vadí, když pak ze stran lékařů cítím nevyřčenou prosbu: *komunikuj se mnou, ať se mi zlepší nálada*. I Niederle (1986) hovoří

o napětí při některých operacích, pocitu zodpovědnosti a úlecích při krizových situacích, to jsou další možné příčiny zátěže. Mezi projevy tohoto zatížení respondenti ve většině případů zařadili pocení, palpitaci, bolest hlavy a také zvýšený pocit únavy se změnou nálad. R5 vyjádřila své pocity následovně: „*U mne se vyskytne pocení a změny nálad, to bohužel často odnesou mí nejbližší. Potom mne to velice mrzí, ale nedokážu si pomoci.*“ R7 odpověděla mimo jiné, že pokud se během operace situace zlepšší, i ona se dostává do lepší pohody.

Čtvrtou skupinou výzkumného šetření byl dopad stresu na respondenty. Na začátku byli respondenti požádáni, jestli by popsali situace v posledním roce, které mohly zapříčinit případný vznik stresu. Mezi nejčastější odpovědi patřily ztráta motivace, špatná komunikace v týmu, konflikt s nadřízeným a degradace schopností. Velice podobné příznaky popisuje Křivohlavý (2010), který je dále dělí na příznaky fyziologické, psychologické a behaviorální. R3 popsala danou situaci takto: „*Jistě, byla to ztráta motivace o práci, která zvyšovala i špatnou komunikaci v týmu. Měla jsem konflikt s nadřízeným a obě nás to stálo nemalé úsilí, abychom vše daly do pořádku. Dále se objevila v pracovní skupině degradace našich schopností...*“ Protože se těchto stavů vyskytlo několik, ptala jsem se, zda vůbec respondenti dokáží vypustit práci z hlavy. Pouze R8 odpověděl kladně. Ostatní se zápornou odpovědí konstatovali většinou obavy ze správně složených sít. R1 formulovala svou odpověď následovně: „*.... s tím, kolik máme instrumentárií, si někdy říkám, jestli jsem složila všechny síta správně. Hlavně u těch nestandardních operací, kdy nám nástroje přijdou ráno a odpoledne jedou zase jinam do jiné nemocnice, mám strach, jestli nezůstalo u nás něco z nástrojů, bez kterého nemohou provést operaci v dané nemocnici. na to někdy myslím i v noci!*“ Z vlastního pohledu musím říci, že ani já nedokážu vypustit práci z hlavy. Tak jako R1 i já, pokud skládám instrumentárium, které není tolik známé, mám velké obavy, zda bude vše v pořádku. Samozřejmě za ty roky, co pracuji na ortopedii, se již několikrát stalo, že přišlo nekompletní instrumentárium. Naštěstí jsme to zjistili včas, než byl pacient uveden do narkózy. Ale i tak je to velice nepříjemné pro celý operační tým, zvláště pak pro pacienta. Jsem toho názoru, že neschopnost vypustit práci z hlavy je pro většinu perioperačních sester velice přitěžující, a troufám si tvrdit, že podobná situace není pouze na ortopedii, ale i na mnohých jiných operačních sálech. V souvislosti s těmito odpověďmi byla položena otázka týkající se odbourávání stresu. Mezi nejčastěji vyřčené patří pobyt na

čerstvém vzduchu, práce na zahradě či meditace s čtením knih. R5 sama sebe definovala jako vášnivého čtenáře. Pro všechny respondenty je nedůležitější kontakt s rodinou, ta jim dodává tolik potřebnou energii. Souhlasím s Křivohlavým (2010), který uvedl, že cílem zvládnání stresu by mělo být snížení úrovně toho, co nás zatěžuje, zachovat si emocionální klid a duševní rovnováhu, pozitivní obraz sama sebe a odpočinout si.

Aby sami respondenti pochopili, jak jsou na tom v oblasti stresu, byl jim rozdán veřejně přístupný dotazník k subjektivnímu zhodnocení. Po jeho vyplnění byl spočítán výsledek, jenž byl pro mnohé překvapením. Byli si jistí, že dopadnou s hodnotami syndromu vyhoření. Ale nikdo z respondentů nedosáhl nad 150 bodů, což značí první stupeň v hodnocení. Zde je plné znění:

0-150 bodů

Vaše zatížení stresem je přiměřené, nachází se v oblasti tzv. eustresu, tedy stresu motivujícího, není se třeba obávat jakýchkoliv zdravotních poškození.

Haluzíková, Římovská (2010) ve svém článku popsaly důležitost prevence stresu. K zdárnému plnění této prevence je potřeba si stanovit konkrétní cíl tak, aby byl osobně hodnotný a hlavně dosažitelný.

Na závěr výzkumného šetření byli respondenti požádáni o vlastní zhodnocení pocitů u standardních a revizních operací. Během standardních operací respondenti celkem shodně popisují určitý klid, většinou daný zkušenostmi (příloha 8,9). Napětí narůstá u náhlých komplikací, tak jak bylo popsáno dříve. U revizních operací stres narůstá, a to hlavně u těch respondentů, kteří se těchto operací neúčastní tak často. Na mnoho revizních výkonů je nutné speciální instrumentarium, které přivezou většinou ráno, protože v celé republice jsou třeba jen dvě kompletní sady. R5 se vyjádřila asi nejlépe, v její odpovědi zaznělo vše: „*U revizních výkonů pociťuji časový stres před začátkem operace, ale i během ní. Složení operačního týmu a také neznalost instrumentária zvyšuje mou nervozitu, roztěkanost a nesoustředěnost. Nicméně musím říci, že s přibývajícimi zkušenostmi se rizikové stresové faktory snižují, ale stále přetrvávají. Nemožnost připravit se na operaci včas, seznámit se s instrumentáři a vyzkoušet si ho den před operací mi vadí hodně. Většinou se operace učíme z manuálu podle obrázků, což mi vadí.*“ Balková a Fürstová (2012) tvrdí, že podmínkou úspěšné práce perioperační sestry je její dokonalá profesionální adaptace, tou se rozumí překonání hlubokého a živého prožívání stresujících událostí.

Domnívám se stejně jako Wichsová (2013), že perioperační sestra je v současnosti vnímaná jako vysoce specializovaná odbornice, která se musí v rámci svého oboru

neustále vzdělávat. Na ortopedii, jež je mým pracovištěm již 10 let, každodenně vidím rozvoj operativy a nárůst počtu různých druhů implantátů. I když Duda (2000) prohlásil, že technika instrumentování u ortopedických operací se výrazněji neliší od techniky instrumentování při běžných chirurgických výkonech, já to vnímám jinak. Sama jsem začínala na tzv. měkké chirurgii a rozdíl s ortopedií se v posledních letech podle mého názoru výrazně prohloubil. Zájemkyně o perioperační péči na ortopedii by měly vědět, že operativa se z větší části stává ze sestavování různých velikostí šablon a cíličů, používání rozměrného množství vrtáků a fréz, a protože je těchto specialit mnoho, je tato práce velmi fyzicky náročná, mnohdy vyžadující velkou sílu. Na druhou stranu je to práce velice krásná, různorodá a pro ty, které vytrvají, i naplňující. Já si v současné době nedokážu představit změnu svého pracovního nasazení, tak mi tato práce přirostla k srdci. Proto bylo mou snahou vytvoření rádce nejen pro nové perioperační sestry, ale i pro sestry stávající tak, aby práce byla zábava (příloha 13).

7. Závěr

Pro tuto práci byly stanoveny dva cíle, a to zjistit možné stupně zatížení perioperačních sester na ortopedickém sále a zmapovat fyzické a psychické projevy zátěže u perioperačních sester na ortopedickém sále.

Na základě zvolených cílů byly stanoveny čtyři výzkumné otázky:

Výzkumná otázka 1: Jaké projevy fyzické a psychické zátěže se objevují u perioperačních sester po standardních výkonech? Z výsledků bylo zjištěno, že perioperační sestry standardní výkony zvládají dobře. Po fyzické stránce sestry trápí zejména bolesti zad a dolních končetin, někdy bolest hlavy. Bolesti zad se objevují u sester v souvislosti s délkou operačního výkonu, pozicí instrumentářky vůči operační skupině a také s hmotností instrumentářií na ortopedických sálech. I když při těchto výkonech, např. primární aloplastice, není potřeba mnoho síl, jejich hmotnostní součet lehce dosáhne 50 kg. Bolesti dolních končetin se vyskytují u všech sester velice často, nejvíce jimi trpí obíhající sestry. Bolesti hlavy se u sester vyskytují zejména při nesprávném dodržení pitného režimu. Klimatizace na sále a neprodyšné operační oblečení rychle přispívají k dehydrataci. Psychickou zátěž sestry vnímají nejvíce při náhlých komplikacích, na které nejsou v tu chvíli připraveny a musí se nachystat během okamžiku. Mezi tyto komplikace patří krvácení, aktuální zhoršení stavu pacienta a časová náročnost. Dalším problémem je špatná komunikace v rámci týmu. Nesoulad s operátorem a zbytkem týmu vnímají sestry velmi citlivě.

Výzkumná otázka 2: Jaké projevy fyzické a psychické zátěže se objevují u perioperačních sester po revizních výkonech? Výzkumné šetření prokázalo, že revizní výkony jsou pro perioperační sestry v mnoha ohledech mnohem náročnější. Po fyzické stránce je to vyčerpání z dlouhotrvajících výkonů, které mnohdy dosahují délky 4 hodin. Dalším projevem, stejně jako u standardních výkonů, jsou bolesti dolních končetin a zad. Instrumentářky po revizních výkonech trpí zejména bolestí zad. Velký počet instrumentářií mají rozloženy na několika stolcích a v průběhu výkonu se musí neustále natahovat a podávat si vše potřebné k instrumentaci (příloha 10, 11, 12).

Po těchto výkonech se ve všech případech dostavuje velké fyzické a psychické vyčerpání. Z výzkumného šetření vyplynulo, že psychické vyčerpání zvyšuje i skutečnost dovozu instrumentářií v den výkonu. Perioperační sestry si tak nemají čas instrumentária dostatečně prohlédnout, většinu výkonů se naučí z manuálů operační techniky podle

obrázků. Mohlo by se zdát, že na tom není nic těžkého, ale je třeba si uvědomit, že mnoho instrumentáří je v rozloženém stavu kvůli sterilizaci a na obrázcích je složené. To je ta jedna z příčin stresu, kterým perioperační sestry trpí.

Výzkumná otázka 3: Jaké techniky využívají perioperační sestry ke zmírnění zátěže? U fyzických bolestí dolních končetin používají masážní krémy, podkládání končetin kdykoliv je to možné a kvalitní obuv. Jedna sestra používá stahovací návleky na dolní končetiny, ale jen když si je nemůže zašpinit biologickým materiálem. U bolestí zad perioperační sestry využívají cviky na uvolňování zad, některé v rámci rehabilitace. Dále se ve volném čase věnují chůzi, cvičení jógy a návštěvě masáží. V rámci psychické zátěže perioperační sestry využívají ke zlepšení stavu pobyt s rodinou na čerstvém vzduchu, práce na zahradě a oblíbená je také četba knih.

Výzkumná otázka 4: Jaké stimuly před operacemi a během nich zvyšují projevy zátěže? Z výsledků vyplynulo, že nejvíce sestry ovlivňuje délka operačního výkonu a nálada operační skupiny. Nálada operační skupiny a případné konflikty na pracovišti se z rozhovorů jeví jako velice důležité. Perioperační sestry dále popisují problémy při operačních výkonech, kdy postoj instrumentářky vůči operační skupině vyžaduje nestandardní polohu. V této situaci se používají různé druhy stupínků, což u některých instrumentárek vyvolává bolesti zad. Mezi další příčiny zátěže můžeme zařadit teplotu okolního prostředí nebo nutnost Rtg zástěry a krčního límce po celou dobu operačního výkonu. Jako největší problém perioperační sestry vnímají nemožnost seznámení se s instrumentáři u nestandardních operací.

S výsledky výzkumného šetření byl seznámen celý kolektiv ortopedických operačních sálů. Pro většinu respondentů získané výsledky posloužily k novému pohledu na řešení svých mnohých problémů. Všechny cíle potvrdily náročnost ortopedie jako chirurgického oboru, i když jejich úkolem nebylo vyzdvihnout tento obor nad ostatní.

8. Seznam literatury

1. BALKOVÁ, H., FÜRSTOVÁ, L., 2012. Vyhoření perioperačních sester. *Sestra*. 22/7-8, 41-42 s. ISSN 1210-0404.
2. BARTOŠÍKOVÁ, I., 2006. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: NCONZO. 86 s. ISBN 80-7013-439-9.
3. BÁRTLOVÁ, S., MATULAY, S., 2009. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny: Sociológia zdravia, choroby a rodiny*. Martin: Osveta. 142 s. ISBN 978-80-8063-306-6.
4. BERANOVÁ, K., 2012. *Prevence bolesti zad u všeobecných sester*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JU.
5. BRABCOVÁ, I. et al., 2015. *Management v ošetrovatelské praxi*. Praha: NLN. 288 s. ISBN 978-80-7422-402-7.
6. DUČAIOVÁ, J., LITVÍNOVÁ, B., 2013. Fenomén pracovního stresu a možnosti jeho prevence. *Sestra*. 23/4, 21-22. ISSN 1210-0404.
7. DUDA, M. et al., 2000. *Práce sestry na operačním sále*. Praha: Grada. 392 s. ISBN 80-7169-642-0.
8. DUNGL, P. et al., 2014. *Ortopedie*. 2. vydání. Praha: Grada. 1168 s. ISBN 978-80-247-4357-8.
9. HALUZÍKOVÁ, J., ŘÍMOVSKÁ, Z., 2010. Zvládání stresu a prevence jeho následků. *Sestra*. 20/4, 26-27 s. ISSN 1210-0404.
10. JANÁČKOVÁ, L., 2007. *Bolest a její zvládání*. Praha: Portál. 190 s. ISBN 978-80-7367-210-2.
11. JEDLIČKOVÁ, J. et al., 2012. *Ošetrovatelská perioperační péče*. Brno: NCONZO. 268 s. ISBN 978-80-7013-543-3.
12. JOSLIN, L., E., et al., 2014. Quality of life and neck pain in nurses. *Int J Occup Med Environ Health*. 27(2), 236-42, doi: 10.2478/s13382-014-0267-7.

13. KALLWASS, A., 2007. *Syndrom vyhoření v práci a osobním životě*. Praha. Portál. 139 s. ISBN 978-80-7367-299-7.
14. KIEKKAS, P., et al., 2010. Level and correlates of burnout among orthopaedic nurses in Greece. *Orthopaedic Nursing*. 29(3), 203-9, doi: 10.1097/NOR.0b013e3181db53ff.
15. KNAPPOVÁ, V., 2013. *Řešme bolesti zad pohybem*. Plzeň. ZCU v Plzni. 106 s. ISBN 978-80-261-0245-8.
16. KOLEKTIV AUTORŮ, překl. DI CARA, V., 2006. *Vše o léčbě bolesti: příručka pro sestry*. Praha: Grada. 356 s. ISBN 80-247-1720-4.
17. KOMAČEKOVÁ, D., 2009. Fyzická a psychická zátěž při poskytování ošetrovatelské péče – prevence, ochrana a podpora zdraví sestry. *Sestra*. 19/7-8, 26-28. ISSN 1210-0404.
18. KOPŘIVA, K., 2011. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál. 147 s. ISBN 978-80-7367-922-4.
19. KOUBKOVÁ, V., 2007. *Výskyt bolestí zad v souvislosti s výkonem zdravotnického povolání*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JU.
20. KŘIVOHLAVÝ, J., 2010. *Sestra a stres*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3149-0.
21. NAKONEČNÝ, M., 2005. *Sociální psychologie organizace*. Praha: Grada. 228 s. ISBN 80-247-0577-X.
22. NIEDERLE, B., 1986. *Práce sestry na operačním sále*. Praha: Avicenum. 412 s. ISBN 08-023-86.
23. RAFFERTY AM., et al., 2007. Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: cross-sectional analysis of survey data and discharge records. *Int J Nurs stud*. 44(2), 175-82, doi: 10.1016/j.ijnurstu.2006.08.003.
24. RALBOVSKÁ, R., KNEZOVIC, R., 2010. *Management*. Praha: EVC. 119 s. ISBN 978-80-87386-04-0.

25. ROKYTA, R. et al., 2009. *Bolest a jak s ní zacházet*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-3012-7.
26. ŘIMSOVÁ, J., 2011. Závažná a páteř problémové partie sálových sester. *Sestra*. 21/2, 48-50. ISSN 1210-0404.
27. SOFAER, B., 1997. *Bolest příručka pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. 104 s. ISBN 80-7169-309-X.
28. SOSNA, A., VAVŘÍK, P. et al., 2001. *Základy ortopedie*. Praha: TRITON 175 s. ISBN 80-7254-202-8.
29. SKEI, K., 2008. Collaboration at risk: registered nurses` experiences on orthopaedic wards. *Journal of clinical nursing*. 17(14), 1907-1914, doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02213.x.
30. ŠKRLA, P., 2005. *Především neublížit*. Brno: NCONZO. 162 s. ISBN 80-7013-419-4.
31. VENGLÁŘOVÁ, M. et al., 2011. *Sestry v nouzi*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3174-2.
32. VÉVODA, J. et al., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-4732-3.
33. WENDSCHE, P. et al., 2012. *Perioperační ošetrovatelská péče*. Praha: Galén. 117 s. ISBN 978-80-7262-894-0.
34. WICHISOVÁ, J. et al., 2013. *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3754-6.
35. YATES, P., J., et al., 2012. An investigation of factors supporting the psychological health of staff in a UK emergency department. *Emerg. Med. J.* 29(7), 533-535, doi: 10.1136/emj.2010.099630.

9. Přílohy

Příloha 1

55/2011 Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

ČINNOSTI ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ PO ZÍSKÁNÍ SPECIALIZOVANÉ ZPŮSOBILOSTI

HLAVA I

VŠEOBECNÁ SESTRA SE SPECIALIZOVANOU ZPŮSOBILOSTÍ

§ 54

Činnosti všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí Všeobecná sestra uvedená v § 55 až 67 po získání specializované způsobilosti vykonává činnosti podle § 4 a dále bez odborného dohledu a bez indikace poskytuje a organizuje ošetrovatelskou péči, včetně vysoce specializované ošetrovatelské péče v oboru specializace, případně zaměření.

Přitom zejména může:

a) bez odborného dohledu a bez indikace

1. edukovat pacienty, případně jiné osoby ve specializovaných ošetrovatelských postupech a připravovat pro ně informační materiály
2. sledovat a vyhodnocovat stav pacientů z hlediska možnosti vzniku komplikací a náhlých příhod a podílet se na jejich řešení
3. koordinovat práci členů ošetrovatelského týmu v oblasti své specializace
4. hodnotit kvalitu poskytované ošetrovatelské péče
5. provádět ošetrovatelský výzkum, zejména identifikovat oblasti výzkumné činnosti, realizovat výzkumnou činnost a vytvářet podmínky pro aplikaci výsledků výzkumů do klinické praxe na vlastním pracovišti i v rámci oboru
6. připravovat standardy specializovaných postupů v rozsahu své způsobilosti
7. vést specializační vzdělávání v oboru své specializace

b) na základě indikace lékaře

1. provádět přípravu pacientů na specializované diagnostické a léčebné postupy, doprovázet je a asistovat během výkonů, sledovat je a ošetrovat po výkonu

2. edukovat pacienty, případně jiné osoby ve specializovaných diagnostických a léčebných postupech.

§ 56

Sestra pro perioperační péči

Sestra pro perioperační péči vykonává činnosti podle § 54 při péči o pacienty před, v průběhu a bezprostředně po operačním výkonu, včetně intervenčních, invazivních a diagnostických výkonů.

Přitom zejména může:

a) bez odborného dohledu a bez indikace

1. připravovat instrumentarium, zdravotnické prostředky a jiný potřebný materiál a pomůcky před operačním výkonem, v jeho průběhu a po něm
2. provádět specializované sterilizační a dezinfekční postupy
3. zajišťovat manipulaci s operačními stoly, přístroji a tlakovými nádobami
4. provádět antisepsi operačního pole u pacientů
5. provádět ve spolupráci s lékařem-operatérem před začátkem a ukončením každé operace početní kontrolu nástrojů a použitého materiálu, zajišťovat stálou připravenost pracoviště ke standardním a speciálním operačním výkonům

b) bez odborného dohledu na základě indikace lékaře

1. zajišťovat polohu a fixaci pacientů na operačním stole před operačním výkonem, v jeho průběhu a po něm včetně prevence komplikací z imobilizace
2. provádět zarouškování pacientů
3. instrumentovat při operačních výkonech.

Nařízení vlády č. 361/2007 Sb., kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví při práci

RUČNÍ MANIPULACE S BŘEMENEM

§ 28

Vymezení ruční manipulace s břemenem

Ruční manipulací s břemenem se rozumí přepravování, nošení břemene jedním nebo současně více zaměstnanci včetně zvedání, pokládání, strkání, tahání, posunování nebo přemísťování, při kterém v důsledku vlastností břemene nebo nepříznivých ergonomických podmínek může dojít k poškození páteře zaměstnance nebo onemocnění z jednostranné nadměrné zátěže. Za ruční manipulaci s břemenem se pokládá též zvedání a přenášení živého břemene.

§ 29

Hodnocení zdravotního rizika, hygienické limity, bližší požadavky na způsob organizace práce a pracovní postupy, informace k ochraně zdraví

(1) Hodnocení zdravotního rizika při ruční manipulaci s břemenem zahrnuje mimo posouzení hmotnosti ručně manipulovaného břemene, kumulativní hmotnosti a vynakládaného energetického výdeje nebo srdeční frekvence a vyhodnocení pracovních podmínek, za kterých k ruční manipulaci dochází

(2) Přístupný hygienický limit pro hmotnost ručně manipulovaného břemene přenášeného mužem při občasném zvedání a přenášení je 50 kg, při častém zvedání a přenášení 30 kg. Při práci vsedě je přípustný hygienický limit pro hmotnost ručně manipulovaného břemene mužem 5 kg.

(3) Průměrný hygienický limit pro celosměnovou kumulativní hmotnost ručně manipulovaných břemen v průměrné osmihodinové směně mužem je 10 000 kg.

(4) Přípustný hygienický limit pro hmotnost ručně manipulovaného břemene přenášeného ženou při občasném zvedání a přenášení je 20 kg, při častém zvedání a přenášení 15 kg. Při práci vsedě je přípustný hygienický limit pro hmotnost ručně manipulovaného břemene ženou 3 kg.

(5) Průměrný hygienický limit pro celosměnovou kumulativní hmotnost ručně manipulovaných břemen v průměrné osmihodinové směně ženou je 6 500 kg.

(6) Občasným zvedáním a přenášením břemene se rozumí zvedání a přenášení břemene nepřesahující souhrnně 30 minut v průměrné osmihodinové směně. Uvedená celková doba přenášení a zvedání břemene v průměrné osmihodinové směně je průměrným hygienickým limitem.

(7) Hygienické limity pro přípustné hodnoty energetického výdeje nebo srdeční frekvence při ruční manipulaci s břemeny pro muže a ženy jsou upraveny v příloze č. 5 k tomuto nařízení, části A, tabulkách č. 1 až 4.

(8) Hmotnost břemen a podmínky ruční manipulace s břemeny těhotnými ženami, kojícími ženami, matkami do konce devátého měsíce po porodu a mladistvými jsou upraveny zvláštním předpisem.

(9) Přípustný hygienický limit pro tlačné a tažné síly při manipulaci s břemenem pomocí jednoduchého bezmotorového prostředku je:

a) pro muže tlačné 310 N a tažné 280 N,

b) pro ženy tlačné 250 N a tažné 220 N.

(10) Jde-li o práci ve směně delší než osmihodinové, odpovídá hodnota navýšení průměrného hygienického limitu v procentech skutečné době výkonu práce; u směny dvanáctihodinové nesmí být průměrný hygienický limit při ruční manipulaci s břemenem navýšen a více než 20 %. Procentuální navýšení průměrného hygienického limitu je posuzováno vždy v závislosti na konkrétní délce směny a činí 5 % za každou hodinu nad osmihodinovou směnu.

§30

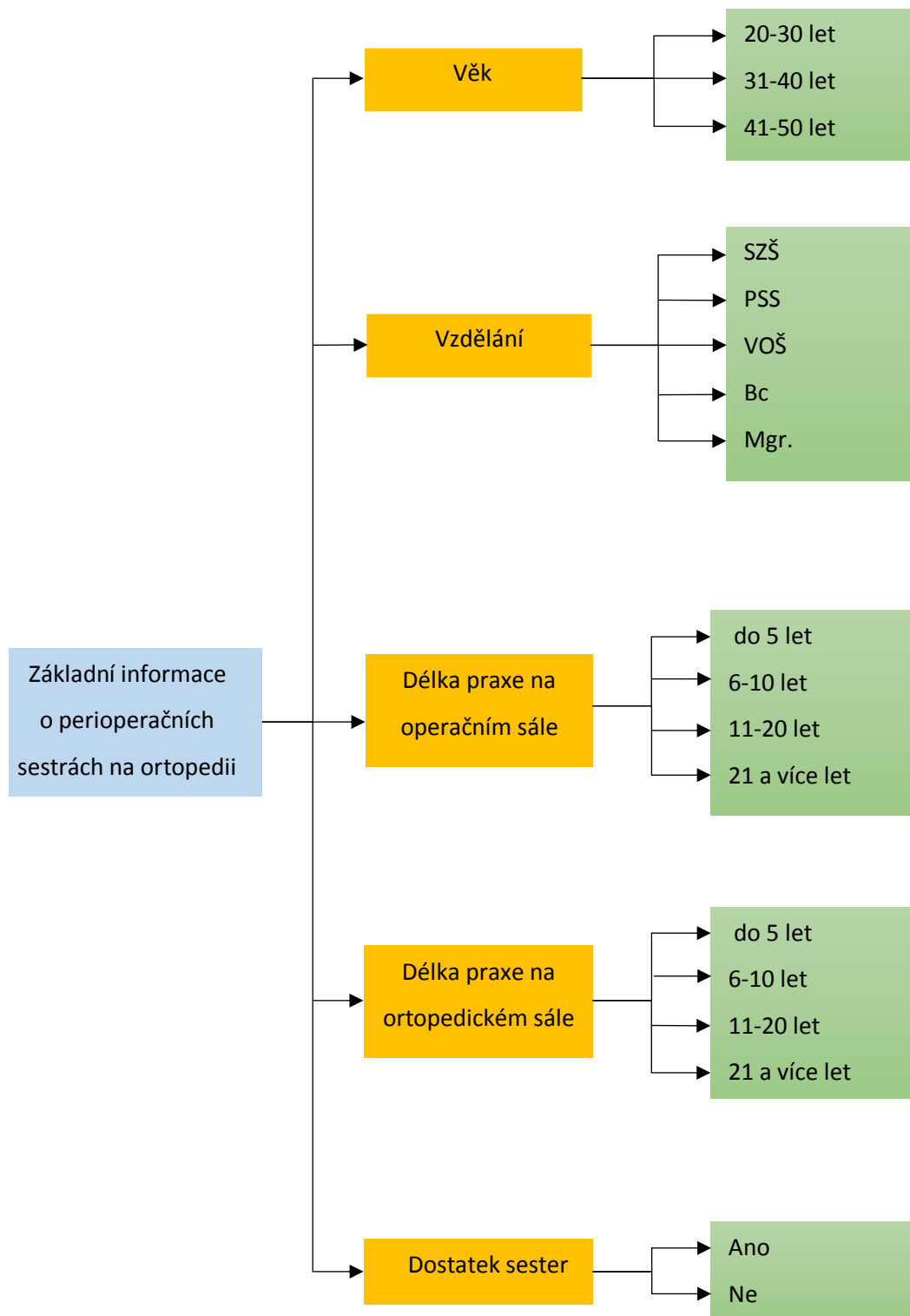
Minimální opatření k ochraně zdraví při práci, bližší hygienické požadavky na pracoviště, bližší požadavky na pracovní postupy

(1) Před zahájením práce spojené s ruční manipulací s břemenem musí být zaměstnanec seznámen, pokud možno, s přesnými údaji o hmotnosti a vlastnostech břemene, o umístění jeho těžiště, nejtěžší straně břemene, o jeho správném uchopení a zacházení s břemenem a s rizikem, jemuž může být zaměstnanec vystaven při nesprávné manipulaci s břemenem zejména:

- a) s možností poškození bederní páteře při otáčení trupu, prudkém pohybu břemene, při vratkém postoji, při zvýšené fyzické námaze nebo při excentrickém umístění těžiště břemene.
- b) s nedostatky, které ztěžují manipulaci, zejména s nedostatkem prostoru ve svislém směru, s prací na nerovném, kluzkém nebo vratkém povrchu nebo v nevyhovujících mikroklimatických podmínkách.
- c) se stavy, které zvyšují riziko poškození páteře vlivem příliš časté nebo příliš dlouho trvající fyzické námahy, nedostatečného tělesného odpočinku, nedostatečné doby na zotavení nebo práce ve vnuceném pracovním tempu.
- (2) Manipulace s břemenem vykonávaná zaměstnancem vstoje nebo vsedě se organizuje tak, aby byla časově ve směně rovnoměrně rozložena.
- (3) Práce spojená s ruční manipulací s břemenem překračující stanovené hygienické limity musí být přerušována bezpečnostními přestávkami v trvání 5 až 10 minut po každých 2 hodinách od započetí výkonu práce nebo musí být zajištěno střídání činností nebo zaměstnanců.

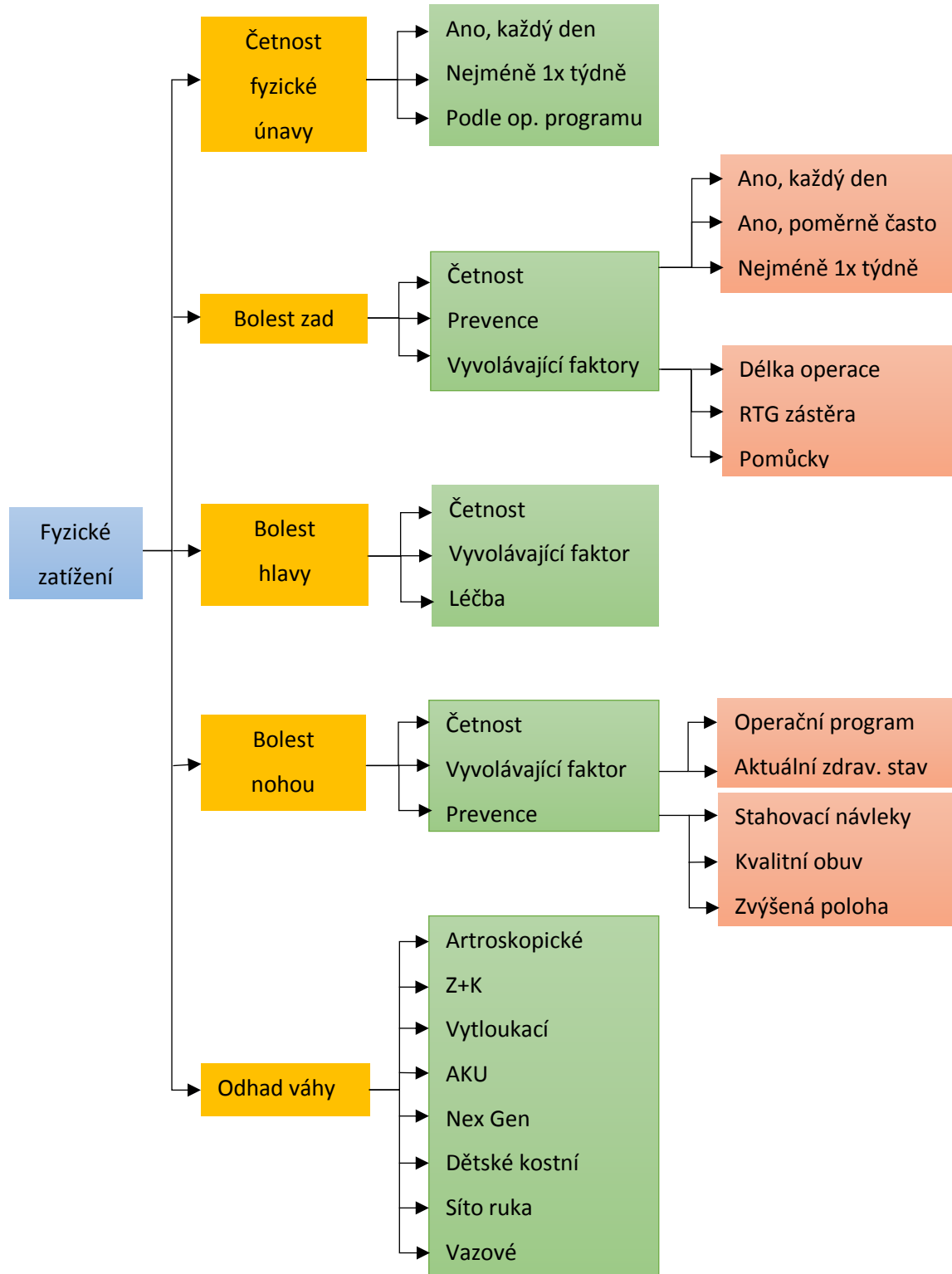
Příloha 3

Schéma 1: Základní informace o perioperačních sestřích na ortopedickém operačním sále



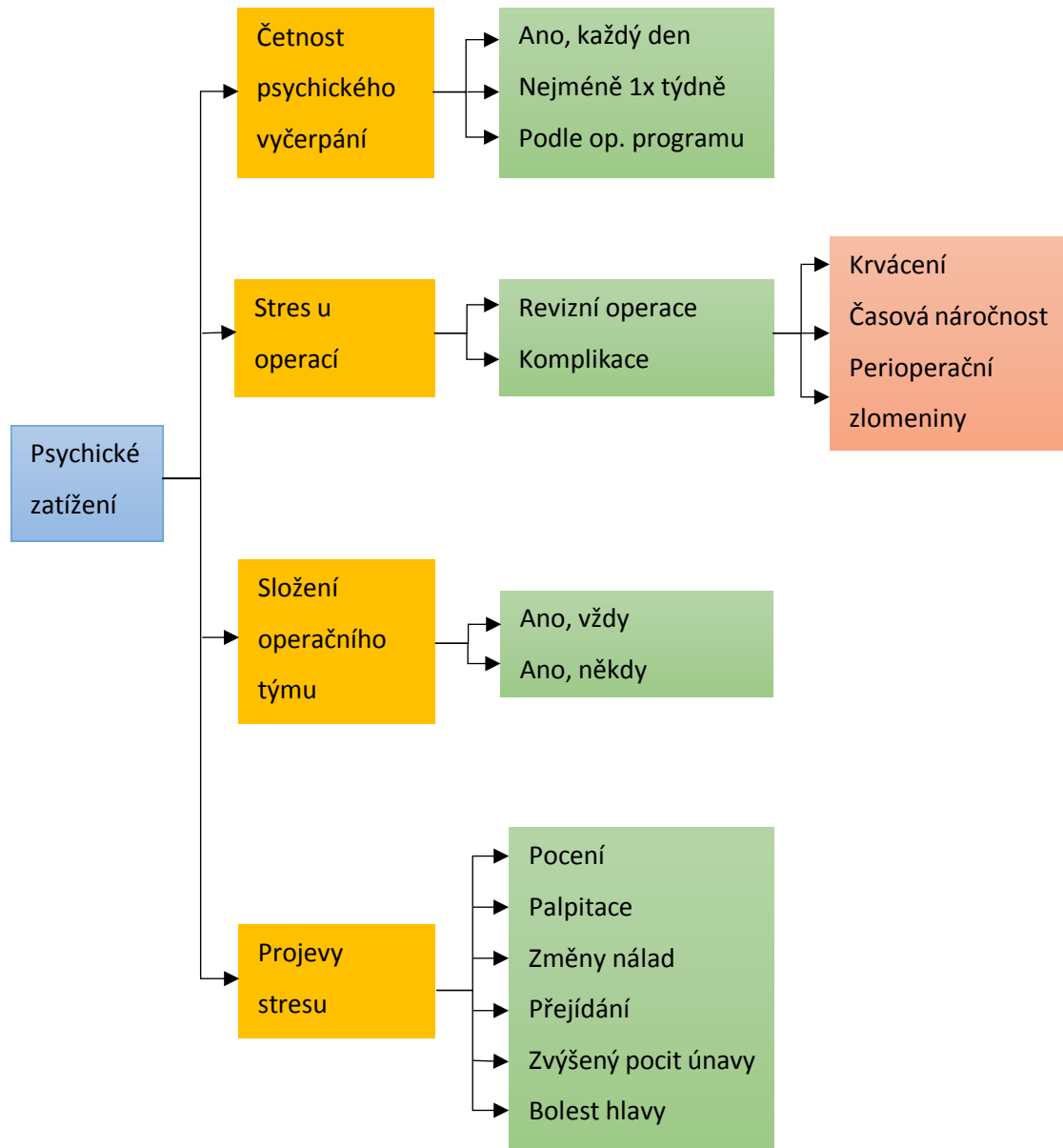
Příloha 4

Schéma 2: Fyzické zatížení perioperačních sester na ortopedickém operačním sále



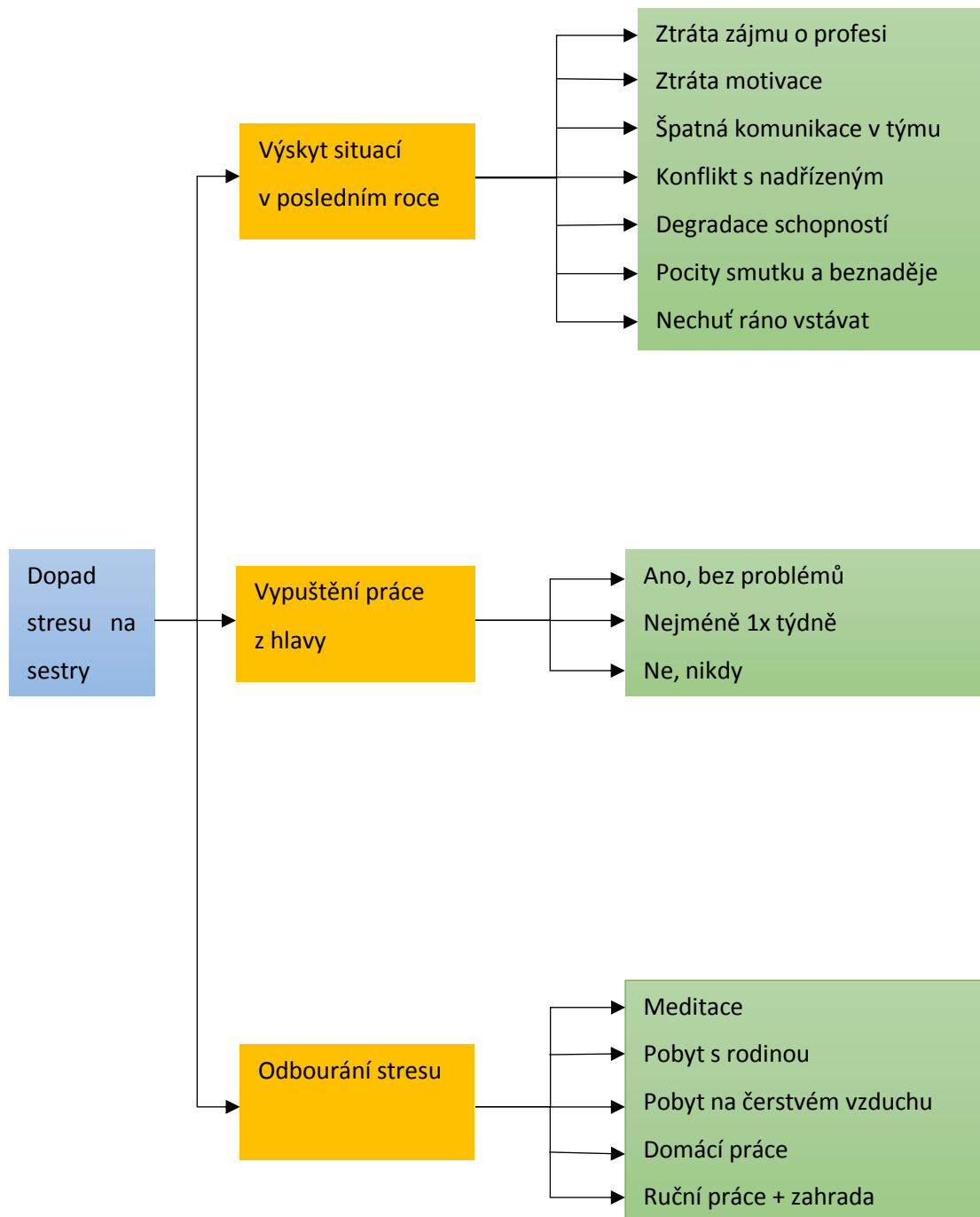
Příloha 5

Schéma 3: Psychické zatížení perioperačních sester na ortopedickém operačním sále



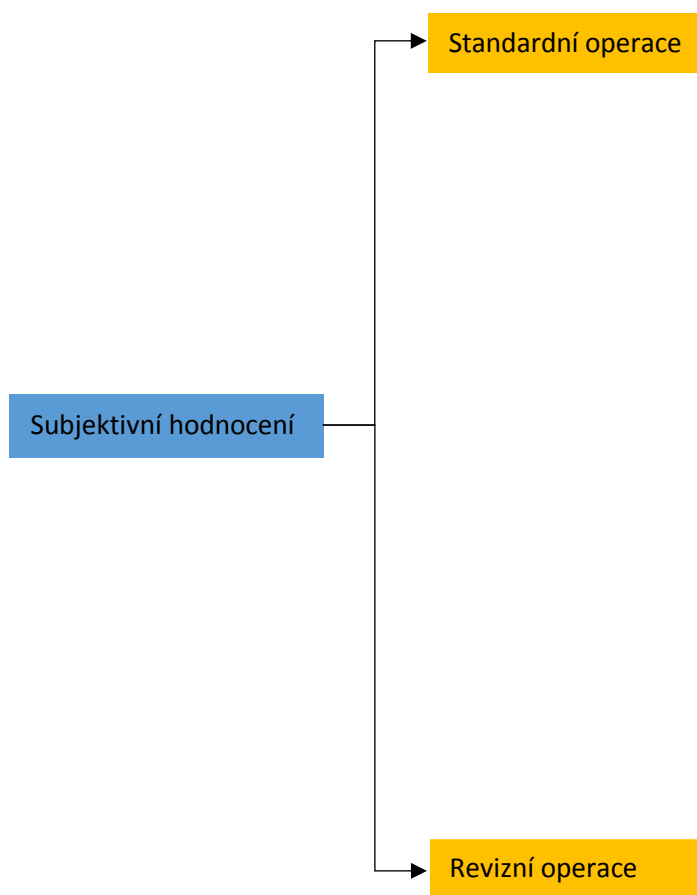
Příloha 6

Schéma 4: Dopad stresu na sestry



Příloha 7

Schéma 5: Subjektivní hodnocení pocitů u standardních a revizních operací



Příloha 8



Obr. 1, 2

Kompletní instrumentárium k primární aloplastice kyčelního kloubu

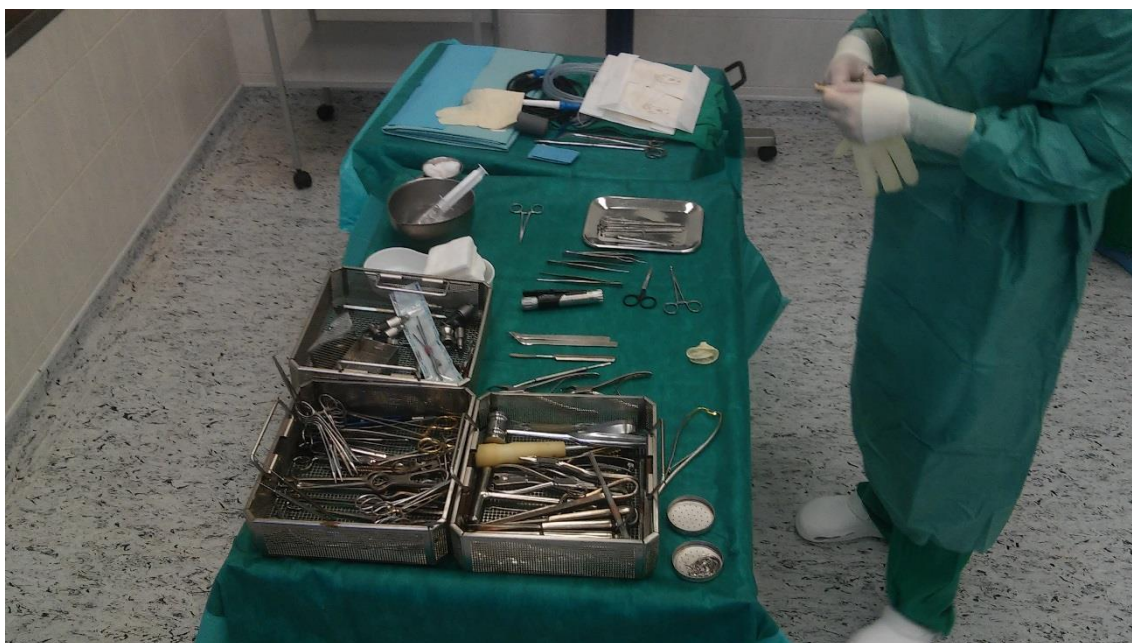
Zdroj vlastní

Příloha 9



Obr. 3

Kompletní instrumentárium k artroskopii kolenního kloubu



Obr. 4

Kompletní instrumentárium k operacím na ruce

Zdroj vlastní

Příloha 10



Obr. 5, 6

Příklad instrumentárií k revizním výkonům na kyčelním kloubu

Zdroj vlastní

Příloha 11



Obr. 7, 8

Příklad instrumentáří k reviznímu výkonu na kolenním kloubu

Zdroj vlastní

Příloha 12



Obr. 9,10

Příklad instrumentáří k náročnému reviznímu výkonu na kyčelním kloubu

Zdroj vlastní

ABY PRÁCE BYLA ZÁBAVA

Drahé kolegyně/kolegové, dovoluji mi navrhnout pár tipů, jak předcházet možným komplikacím ve vašem novém pracovním zařazení.

Ortopedie je velice krásný, ale náročný obor. Proto je potřeba se na něj připravit.

1. Buďte trpěliví, nebudete si všechno pamatovat během 1 měsíce, připravte se na roky

2. Ptejte se - kdykoliv, kdekoliv, kohokoliv, tolikrát kolikrát potřebujete

3. Standardy jsou tu pro Vás, co Vám nebude jasné – ptejte se

4. Pokud budete mít pocit, že jste něco provedli špatně, oznamte to

**5. Dbejte na správné složení
instrumentačních sít,
nesrovnalosti je nutné ihned
nahlásit**

**6. Pečujte o své zdraví,
sportujte**

**7. Připravte se na bolesti
nohou, hlavy a zad**

**8. Ortopedie má velice těžká
síta - nezvedejte je sami**

**9. Najděte si pro Vás vhodné
relaxační techniky -
používejte je**

**10. Pokud to provoz
dovolí, pravidelně si
berte dovolenou**

**11. Problémy s kolektivem
nenechávejte odeznít, řešte je co
nejdříve**

12. Užívejte si tuto krásnou práci každý den

Věřte, že pokud vytrváte ve své práci, ortopedie se Vám odmění nekonečnou řádkou zajímavých zážitků, při kterých se budete cítit velice potřebná.

Zároveň si uvědomte, že tento obor není jen o operačních sálech, ale za výsledky spokojeného pacienta stojí spousta dalšího personálu, který je v péči mnohdy daleko důležitější.

Rádce – Aby práce byla zábava

Zdroj vlastní

Otázky k polostrukturovanému rozhovoru

- 1) Kolik je Vám let?
- 2) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
- 3) Jaká je délka Vaší odborné praxe na operačním sále?
- 4) Jak dlouho pracujete na ortopedickém operačním sále?
- 5) Myslíte si, že je na zdejším operačním sále dostatek sester?
- 6) Fyzickou únavu po příchodu domů ze zaměstnání pociťujete?
- 7) Bolesti zad po příchodu domů ze zaměstnání pociťujete?
- 8) Provádíte některé metody jako prevenci bolestí zad?
- 9) Preventivní opatření proti bolestem zad neprovádíte, z jakého důvodu?
- 10) Bolesti hlavy se u Vás vyskytují jak často?
- 11) Bolesti nohou po pracovní době se u Vás vyskytují?
- 12) Jako prevenci výše zmíněných bolestí používáte?
- 13) Psychickou vyčerpanost po příchodu domů ze zaměstnání cítíte?
- 14) Máte pocit, že pracujete pod časovým tlakem?
- 15) Pociťujete na sobě stres u operací?
- 16) Má na Váš stres vliv složení operačního týmu?
- 17) Pokud se u Vás objeví stres v průběhu pracovní doby, jak se projeví?
- 18) Vyskytly se v posledním roce u Vás některé negativní situace v sociální a mezilidské oblasti?
- 19) Pustíte po odchodu ze zaměstnání práci z hlavy?
- 20) Jaké metody používáte k odbourávání stresu?
- 21) Dokážete odhadnout, kolik váží tyto kontejnery s instrumentářiem?
 - a) Artroskopický kontejner =
 - b) Z+K (základní a kostní nástroje) kontejner =
 - c) Vytloukáč (část nástrojů potřebných k reoperacím) kontejner =
 - d) AKU (vrtačka) kontejner =
 - f) NEX GEN (nástroje k primární aloplastice kolene) kontejner =
 - g) Dětské kostní kontejner =
 - h) Síto ruka kontejner =

ch) Vazové (síto k rekonstrukci LCA a LCP vazů) kontejner =

22) Prosím dále napište vlastními slovy, jak se cítíte před, během a po:

a) Standardní operace

b) Revizní operace

23) Prosím napište vlastními slovy, co a do jaké míry Vám zvyšuje projevy zátěže před operací, během ní a po ní.

Subjektivní hodnocení stresu veřejně přístupným testem

Ano = 3 body

Ne = 0 bodů

Dotazník k příznakům stresu v tělesné oblasti

Nemohu usnout nebo se budím během spánku.

Během dne se cítím unavený a malátný.

Trpím často zažívacími obtížemi (zácpou nebo průjmem).

Bez zvláštních důvodů se mi zatočí hlava.

Často mi buší srdce.

Někdy mívám dýchací potíže, zadýchám se.

Občas mi vyrazí pot.

Pocituji tlak v žaludku.

Často trpím bolestmi hlavy.

Mám zvýšený (snížený) krevní tlak.

Celkový počet bodů

Otázky ke stresu v emocionální oblasti

Často se cítím sám, opuštěný nebo izolovaný.

Často se cítím deprimovaný, i bez zvláštního důvodu.

Nejraději bych někam zalezl a schoval se.

Mám málo příležitostí k tomu, abych mohl vyjádřit své pocity.

V poslední době ztrácím často sebekontrolu.

Cítím se ohrožený a jsem úzkostnější než dříve.

Často nemám žádný cíl ani plán.

V poslední době mi chybí jakákoliv motivace, abych něco dělal.

Moje reakce je často nepřiměřeně prudká nebo podrážděná.

Jsem nervóznější, utlumenější než dříve.

Celkový počet bodů

Otázky ke stresu na psychické úrovni

Schopnost soustředit se a moje paměť jsou v konfliktních situacích mnohem horší než dříve.

V práci i ve volném čase u mě teď převažuje naprostý nezájem.

Má sebekontrola a disciplína v poslední době dost polevila.

Zapomínám mnohem více než dříve důležité věci.

Hodně těžko se učím novým věcem.

Často pocítuji lhostejnost a neschopnost se rozhodnout.

Často mám pocit, že do ničeho už nemůžu mluvit.

Hodně věcí mi přerostlo přes hlavu.

Jsem schopen v klidu a jednu po druhé vyřídit mnohem méně věcí než dříve.

Při mluvení často ztrácím nit hovoru.

Celkový počet bodů

**Sečtěte nyní celkový počet bodů:
(z těla, emocí a psychiky)**

Otázky ke stresu v osobním životě (vliv životních událostí)

	Ano body
Nepodmíněný trest vězením	63
Nehoda, úraz nebo těžká nemoc	53
Smrt dobrého přítele	37
Osobní „přetažení“	28
Jakákoliv změna životních návyků	24
Nové zaměstnání ve volném čase	19
Změny ve společenském styku, rozchod s přáteli, noví známí	18
Změny podmínek či návyků, jež se týkají spánku	16
Nové způsoby stravování, např. půst, hladovění, ztloustnutí	15
Malé přestupky zákona, jako jsou např. dopravní přestupky, pokuty	10

Celkem:

Celkový počet bodů z obou bloků sečíst:

Hodnocení

0–150 bodů

Vaše zatížení stresem je přiměřené, nachází se v oblasti tzv. eustresu, tedy stresu motivujícího, není se třeba obávat jakýchkoliv zdravotních poškození.

151–300 bodů

Pokud se nacházíte v této oblasti, jde o přílišné stresové zatížení, které již ohrožuje vaše zdraví. Pravděpodobnost, že stres skutečně způsobí zdravotní poškození, se pohybuje kolem 50 %. Měli byste se informovat o metodách, jak se lze se stresem vyrovnat, např. seznámit se s relaxačními technikami, jako je autogenní trénink Schultze.

Nad 301 bodů

V této oblasti je riziko vážného onemocnění z důvodů vysoké stresové zátěže až 80 %!!! Pokud jste tohoto počtu bodů dosáhl, je třeba okamžitě něco proti tomu podniknout, jelikož Vaše zdraví je zcela jistě již nyní napadeno. Je velmi důležité nalézt pro sebe metodu a způsob, jak tuto nepřiměřenou zátěž zvládat nebo se s ní vyrovnat.

Zdroj: Gesellschaft für Arbeit und Ergonomie (přeloženo a upraveno PhDr. Jaroslavem Jančíkem)

10. Seznam zkratek

JIP – jednotka intenzivní péče

VF – vitální funkce

RTG - rentgen

RTG paprsky – rentgenové záření

RTG zástěra – ochranná pomůcka

Z+K – základní + kostní instrumentárium

Aku – bateriová vrtačka

Nex Gen – síto k primární aloplastice kolenního kloubu

LCA – přední zkřížený vaz kolenního kloubu

LCP – postranní vaz kolenního kloubu

SZŠ – střední zdravotnická škola

VOŠ – vyšší odborná škola

Dis. – titul diplomovaná sestra

PSS – postgraduální studium

Bc. – bakalářský titul

Mgr. – magisterský titul

Vložené na CD ROM

Kvalitativní šetření – přepisy rozhovorů s perioperačními sestrami na ortopedickém sále

Rozhovor 1

Sestra 1 má 43 let, vystudovala SZŠ a následně PSS. na operačním sále pracuje 18 let, konkrétně na ortopedickém sále 13 let.

Jak vnímáte počet sester na našem ortopedickém operačním sále?

„Myslím, že sester je dostatečný počet, ovšem problém vidím, když některá onemocní či jde na paragraf a zároveň je některá ve škole. To pak nevíme, kam dřív skočit a jak obsadit všechny sály, aby byl operační program splněn.“

Nastává tento problém často?

„Nemyslím že tak často. Ale pokud je něk do dlouhodoběji nemocný, už si říkáme: ...jenom ať nik do další nechybí...“

Máte pocit, že pracujete pod časovým tlakem?

„No, v současné době to pociťuji každý den. Možná je to tím, že nás bylo opravdu málo. Doufám, že se to zlepší, protože už někdy melu z posledního, jak se říká!“

Jak se cítíte po příchodu domů ze zaměstnání?

„Nyní se cítím unavená každý den, právě proto, že jsme byli několik měsíců trvale oslabeny a nijak se to neřešilo.“

Objevují se u Vás bolesti zad po příchodu domů?

„Ano, každý den.“

Provádíte některou metodu prevence?

„Záleží na ročním období, ráda jezdím na kole a chodím na dlouhé túry po Šumavě. V poslední době jsem začala občas s masážemi. Ale moc pravidelně to není, mám pocit, že mám stále málo času, a chci zbytek energie věnovat rodině. Asi je to i moje pohodlnost!“

A co bolesti hlavy a nohou?

„Hlava mne naštěstí nebolí, na tohle netrpím. Nohy ale bolí každý den a už nezávisle na operačním programu.“

Děláte aspoň něco, aby Vás nohy bolely méně?

„Pomáhá mi pokládání končetin do zvýšené polohy, jakmile je to možné.“

Nic jiného?

„No, na masáži mi ty nohy pořádně promasírují, to je pravda že se cítím pak líp. Stahovací návleky bych ale na noze celý den nesnesla, zkoušela jsem to.“

Cítíte se po příchodu domů psychicky vyčerpaná?

„Nejméně jedenkrát týdně, podle toho, na jakém sále jsem a jaký tam byl program. V poslední době na mne působí jakákoliv maličkost a hned mne to rozhodí.“

Záleží u Vás, jakého druhu operací se zúčastňujete?

„Hodně záleží, zda standardní operace probíhají podle plánu. u těchto operací se cítím v klidu. Problém vidím u revizních výkonů, hlavně pokud trvají 4 a více hodin, tyto výkony mne hodně vyčerpávají, především po psychické stránce. To vícehodinové udržení pozornosti na stále stejně vysoké úrovni je náročné. Nakonec také záleží na komplikacích při výkonu, jako je: krvácení, perioperační zlomeniny a akutní zhoršení stavu nemocného.“

Má na Váš stres vliv složení operačního týmu?

„Ano, někdy. S některými doktory se mi dělá líp, jinými hůř.“

Jak se stres v průběhu pracovní doby u Vás projeví?

„Nejčastěji pocení, palpitace a změny nálad následované velkou únavou. Bohužel to nemohu nijak ovlivnit, i když se snažím a během stresových situací si říkám, že jsem je už zažila.“

Vyskytly se v posledním roce u Vás některé negativní situace v sociální a mezilidské oblasti?

„Několikrát jsem ztratila motivaci a zájem o profesi, právě když nás bylo málo. Měla jsem pocit špatné komunikaci v rámci týmu. Ráno se mi nechtělo vstávat do práce a občas i pocity smutku a beznaděje.“

Pustíte po odchodu ze zaměstnání práci z hlavy?

„To se mi nedaří nikdy, s tím, kolik máme instrumentárií si někdy říkám, jestli jsem složila všechny síta správně. Hlavně u těch nestandardních operací, kdy nám nástroje přijdou ráno a odpoledne jedou zase jinam do jiné nemocnice, mám strach, jestli nezůstalo u nás něco z nástrojů, bez kterého nemohou provést operaci v dané nemocnici. na to někdy myslím i v noci!“

Jaké metody používáte k odbourávání stresu?

„Nejvíce mi pomáhá pobyt s rodinou, pobyt na čerstvém vzduchu. Také práce na zahradě.“

Zhodnotíte, prosím, jak se cítíte u standardních a revizních operacích svými slovy?

„Záleží na mnoha faktorech: nevyspaní, dlouhodobá únava, starosti v rodině Celková pohoda na pracovišti má velký vliv na to, jak operační den probíhá. Někdy se na operace vyloženě těším, někdy se spíše těším až bude vše za mnou. V mnohém záleží na délce operace a náročnosti operačního programu – někdy pohoda, jindy totální únava.

Revizní operace jsou více stresující, k tomu všemu, co jsem již řekla, nikdy nevím, co můžu čekat a jak to bude probíhat. Sestra u těchto operací musí být hodně flexibilní a mít velký přehled o všech možných komplikacích, implantátech. Hlavně spoustu instrumentárií přijde až v daný operační den, tudíž není možnost vše si v klidu připravit. Ráno tím pádem

nastává stres, jak se vše stihne vysterilizovat. Hodně i můj stav ovlivňuje únava, stres, délka programu a komplikace.“

Na závěr bych Vás ráda poprosila o vyplnění tabulky s odhadem váhy instrumentáří a děkuji za Váš čas a ochotu.

Rozhovor 2

Sestra 2 má 46let, nejvyšší dosažené vzdělání je bakalářské, PSS absolvovala. na operačním sále pracuje 23let a na ortopedickém již 20 let.

Jak vnímáte počet sester na našem ortopedickém operačním sále?

„Já osobně si myslím, že na tomto sále je nedostatek sester. Klidně by zde mohla ještě jedna sestra být. Ve většině jsou zde matky od dětí a pokud ty onemocní, ony s nimi zůstávají doma. Pak je problém personálně obsadit sály.“

Máte pocit, že pracujete pod časovým tlakem?

„To ano a každý den, moc mi to na zdraví nepřidává. Už mne to v práci kolikrát nebaví a chtěla bych hned odejít.“

Jak se cítíte po příchodu domů ze zaměstnání?

„Záleží na operačním programu, pokud je dlouhý nebo psychicky náročný, prakticky hned jak přijdu domů usínám.“

Objevují se u Vás bolesti zad po příchodu domů?

„Ano, nejméně 1x týdně. Ale mám skvělou rehabilitační sestru, ke které chodím, ta mi záda napraví. Ale musím cíleně cvičit i doma.“

A co bolesti hlavy a nohou?

„Hlava mne bolí tak 1x měsíčně, ale nohy nejméně 1x týdně.“

Berete nějaké léky na bolest?

„Dobře mi zabírá Brufen.“

Provádíte některou metodu prevence?

„Dělám si masáže dolních končetin, nohy dávám do zvýšené polohy, jakmile je to možné. Ráda používám masážní krémy.“

A co třeba stahovací návleky?

„Ty jsem nějaký čas používala, ale začalo mi vadit, že jsem si je kolikrát zašpinila biologickým materiálem. Ta následná desinfekce a praní. přestalo se mi to líbit. Ale mohla bych je nosit, když budu sterilizační sestra, tam to zašpinění tolik nehrozí.“

Cítíte se po příchodu domů psychicky vyčerpaná?

„Vše záleží na mé náplni pracovního dne a operačním programem.“

Záleží u Vás, jakého druhu operací se zúčastňujete?

„Po tolika letech na operačním sále mi je celkem jedno, na jakou operaci se umyju. Spíš záleží na možných komplikacích při výkonu: krvácení, časová náročnost, perioperační zlomeniny.“

Má na Váš stres vliv složení operačního týmu?

„Ano, někdy. Hodně to ovlivňuje i mé rozpoložení“

Jak se stres v průběhu pracovní doby u Vás projeví?

„Nejčastěji změny nálad následované velkou únavou, méně často bolení hlavy. Bohužel to nemohu nijak ovlivnit, i když se snažím a během stresových situací si říkám, že jsem je už zažila.“

Vyskytly se v posledním roce u Vás některé negativní situace v sociální a mezilidské oblasti?

„To určitě, ztráta motivace je as i největší. Potom špatná komunikace v týmu a konflikt s nadřízeným. Velice často se mi nechce ráno vstávat do práce. Ale poté co se vrátila jedna dlouhodobě nemocná sestra, zdá se mi situace daleko lepší.“

Pustíte po odchodu ze zaměstnání práci z hlavy?

„Ano, podaří se mi to jedenkrát týdně. Pokud nejsou v tyto dny zrovna velké programy a nás je málo.“

Jaké metody používáte k odbourávání stresu?

„Nejvíce pobyt s rodinou a procházky na čerstvém vzduchu.“

Zhodnotíte, prosím, jak se cítíte u standardních a revizních operacích svými slovy?

„Standardní operace jsou pro mne běžnou součástí pracovního dne a již mne nestresují. Vždy ale záleží na mém celkovém rozpoložení, zda jsem po fyzické stránce v pořádku.

U revizních operací můj stav určuje také typ operačního výkonu, operační skupina a vzniklé komplikace. Někdy pociťuji bolesti zad, dolních končetin a hlavy. Po operaci se dostaví psychická a fyzická únava při náročnějším a delším výkonu.

Hodně to ovlivní i má únava z předešlých dní, nevyspaní, složení operační skupiny, stres před operací či vysoká teplota na operačním sále.“

Na závěr bych Vás ráda poprosila o vyplnění tabulky s odhadem váhy instrumentářií a děkuji za Váš čas a ochotu

Rozhovor 3

Sestra 3 má 40 let, absolvovala SZŠ a PSS, nyní dokončuje bakalářské studium. na operačním sále pracuje 18 let, z toho na ortopedii 10 let.

Jak vnímáte počet sester na našem ortopedickém operačním sále?

„Myslím, že sester je dostatečný počet. Ale pokud někdo onemocní, nebo je u některé sestry nemocné dítě a do toho musí sestra do školy, je velký problém obsadit operační program.“

Nastává tento problém často?

„Dříve to bylo na denním pořádku, protože jedna sestra marodila a druhá byla ve škole. Teď je to již lepší.“

Máte pocit, že pracujete pod časovým tlakem?

„Ano, operační programy se neustále zvětšují a zůstává nám čím dál méně času na úkoly nutné k péči o nástroje a sál jako takový. To pak lítáme jak utržené ze řetězu...“

Jak se cítíte po příchodu domů ze zaměstnání?

„Zhruba tak 2x do týdne jsem hodně unavená a musím se přemáhat, abych se postarala o rodinu. a mám pocit, že čím je člověk starší, tím je to horší. Prostě každý rok je znát.“

Objevují se u Vás bolesti zad po příchodu domů?

„Asi tak 1x do týdně, hlavně potom, co jsem byla u nestandardní operace a musela se při instrumentování hodně natahovat, i když používám stupínek, abych byla vyšší. K tomu, aby přestaly bolet mi pomáhá chůze a v poslední době jsem začala chodit pravidelně na masáže.“

A co bolesti hlavy a nohou?

„Hlava mne bolí tak 1x měsíčně, ale nohy skoro každý den.“

Berete nějaké léky?

„Moc ráda si je neberu, raději vypiji více tekutin. Ale pokud není pomoci, vezmu si třeba Brufen.“

Provádíte některou metodu prevence?

„Nohy dávám do zvýšené polohy, jakmile je to možné. Ráda používám masážní krémy. Občas si dám masáž chladnou a teplou vodou po příchodu domů.“

A co třeba stahovací návleky?

„Ne ty mi vadí, já nemůžu mít ani ponožky. Je mi pak velké horko a nohy mne následně bolí ještě více.“

Cítíte se po příchodu domů psychicky vyčerpaná?

„Asi tak 1x týdně, ale v závislosti na operačním programu a náladě na pracovišti.“

Záleží u Vás, jakého druhu operací se zúčastňujete?

„Už mi nevadí, na co se umývám, ale záleží na komplikacích při výkonu: krvácení, časová náročnost, perioperační zlomeniny. To jsem pak napnutá jako struna.“

Má na Váš stres vliv složení operačního týmu?

„Ano, někdy. Myslím, že je to přirozené, určitě i doktorům se s některým i sestrami pracuje lépe a s jinými hůře.“

Jak se stres v průběhu pracovní doby u Vás projeví?

„Nejčastěji pocení a změny nálad, velká únava se dostaví až po příchodu domů. Snažím se těmto reakcím předcházet pozitivní náladou a klidem.“

Vyskytly se v posledním roce u Vás některé negativní situace v sociální a mezilidské oblasti?

„Jistě, byla to ztráta motivace o práci, která zvyšovala i špatnou komunikaci v týmu. Měla jsem konflikt s nadřízeným a obě nás to stálo nemalé úsilí, abychom vše daly do pořádku.“

Dále se objevila v pracovní skupině degradace našich schopností. Vyústilo to nechutí ráno vstávat do práce.“

Pustíte po odchodu ze zaměstnání práci z hlavy?

„Ne, bohužel nikdy. Pořád myslím, zda jsem vše udělala správně, v instrumentářiích nic nechybí. V hlavě mi kolikrát zpětně běží operační program, říkám si, proč to či ono lékaři udělali tak a ne jinak. Často se mi o ní i zdá.“

Jaké metody používáte k odbourávání stresu?

„Nejraděj i četba, pobyt s rodinou na čerstvém vzduchu, také práci na zahradě.“

Zhodnotíte, prosím, jak se cítíte u standardních a revizních operacích svými slovy?

„Před operací je to očekávání, s jakou náladou přijdou lékaři a jak daný program půjde. Pokud nejsou komplikace, tak nemám žádný problém, snažím se o rychlost a přesnost v instrumentování. Po operaci úleva a vidina krátké pauzy, rychlá příprava na další operaci. Vše ale závisí na náladě v kolektivu.

U revizních operací se snažím o brzkou přípravu, protože těch nástrojů je daleko více, hlavou se mi honí možné komplikace a jejich řešení. Pokud máme nové nástroje tak stres, že jsem si je nemohla vyzkoušet o den dřív. Během výkonu vysoká soustředěnost, někdy bolesti zad při nepohodlném a nestandardním postoji, stres při závažných komplikacích. Po výkonu se dostavuje psychická a fyzická vyčerpanost.

Vše ale velice ovlivňuje nálada v kolektivu, složení operačního týmu, nové instrumentárium, dlouhodobé operace, rtg zástěra a krční límec, vysoká teplota na sále. Dále také závažné komplikace a akutní zhoršení zdravotního stavu pacienta.“

Na závěr bych Vás ráda poprosila o vyplnění tabulky s odhadem váhy instrumentářií a děkuji za Váš čas a ochotu.

Rozhovor 4

Sestra 4 má 43 let, nejvyšší dosažené vzdělání je magisterské, PSS absolvovala. na operačním sále pracuje 23 let, z toho 20 let na ortopedickém.

Jak vnímáte počet sester na našem ortopedickém operačním sále?

„Myslím, že sester je dostatečný počet, ale pouze v případě, že nik do neomarodí“

Nastává tento problém často?

„Ještě nedávno nám jedna sestra dlouhodobě chyběla a bylo to znát. Další chodila do školy a my ostatní jsme pak nevěděli co dřív.“

Máte pocit, že pracujete pod časovým tlakem?

„Jenom občas, velice nepravidelně“

Jak se cítíte po příchodu domů ze zaměstnání?

„Cítím unavená každý den, možná proto, že jsme byli několik měsíců oslabeny a nijak se to neřešilo. Nebo je to již věkem. Před 15 lety jsem vše snášela daleko lépe.“

Objevují se u Vás bolesti zad po příchodu domů?

„Ano, poměrně často. Nedávno jsem měla diagnostikovaný výhřez ploténky“

Provádíte některou metodu prevence?

„V mém případě je to cílená rehabilitace, na kterou docházím a během dne nosím stabilizační elastický pás.“

A co bolesti hlavy a nohou?

„Hlava mne bolí tak jednou za měsíc. Nohy taktéž, vše záleží na operačním programu a na jaké funkci figuruji v tomto programu já.“

Berete nějaké léky?

„Ano, zavčas si musím vzít Paralen nebo Brufen. Jak nechám bolest zesílit, rozjede se mi migréna.“

Děláte aspoň něco, aby Vás nohy bolely méně?

„Nedám dopustit na kvalitní obuv. Tu jsem si koupila sama, protože to co nám nakoupila nemocnice se nedá nosit. Vedení by si mělo vyzkoušet tuto obuv nosit celých osm hodin pracovní doby.“

Cítíte se po příchodu domů psychicky vyčerpaná?

„Nejméně jedenkrát týdně, zase záleží na náladě v kolektivu a velikosti operačního programu.“

Záleží u Vás, jakého druhu operací se zúčastňujete?

„Určitě, u standardních operací jsem více v klidu než u revizních. Tam také tak často nechodím. Hodně záleží, zda se vyskytnou nějaké komplikace, jako je krvácení, perioperační zlomeniny, akutní zhoršení zdravotního stavu pacienta.“

Má na Váš stres vliv složení operačního týmu?

„Ano, někdy. S některými doktory se mi dělá líp, jinými hůř.“

Jak se stres v průběhu pracovní doby u Vás projeví?

„Nejčastěji změny nálad následovaný výrazným pocitem únavy. V poslední době se objevuje stále častěji.“

Vyskytly se v posledním roce u Vás některé negativní situace v sociální a mezilidské oblasti?

„Několikrát jsem ztratila motivaci o ortopedii a operační obory vůbec. Následovala degradace mých schopností a zkušeností. To vyústilo v pocity smutku a beznaděje.“

Pustíte po odchodu ze zaměstnání práci z hlavy?

„To se mi podaří tak jednou za týden, v ostatní dny se většinou něco stane a já na to musím myslet doma. Nejlepší je, když se můžu se svými problémy svěřit blízké osobě a vylít si srdce...“

Jaké metody používáte k odbourávání stresu?

„Jako první je pro mne rodina, ta mi vždy zvedne náladu, dále pobyt na čerstvém vzduchu. Někdy mi stačí chvilka klidu a vnitřního vypnutí.“

Zhodnotíte, prosím, jak se cítíte u standardních a revizních operacích svými slovy?

„U mne velice záleží na složení operační skupiny. Pokud je vše v pořádku, tak během operace cítím mírné napětí, soustředění se a po operaci uvolnění.

U revizních výkonů jsem výrazné soustředění a napětí během celého operačního výkonu hodnotila jako pozitivní stres, který mne udržoval v napětí a pozornosti. Ted' se již na revizní výkony tak nemyji, tak nemohu posoudit.

Ale dříve pro mne byl určující druh operačního výkonu, nutnost rtg zástěry po celou dobu operace, délka operačního výkonu. Velice důležitým faktorem byla a je pohoda či nepohoda při operaci, spolupráce mezi jednotlivými členy operačního týmu, a hlavně momentální tělesný stav.“

Na závěr bych Vás ráda poprosila o vyplnění tabulky s odhadem váhy instrumentářií a děkuji za Váš čas a ochotu.

Rozhovor 5

Sestra 5 má 39 let, absolvovala SZŠ a nyní se připravuje na PSS. Délka praxe na operačním sále je 8 let, a protože nastupovala na ortopedický sál, tato délka praxe je stejná.

Jak vnímáte počet sester na našem ortopedickém operačním sále?

„Myslím si, že by se na těchto sálech ještě jedna sestra uplatnila. Pokud někdo chybí, tak máme problémy.“

Nastává tento problém často?

„Máme sestru, která byla dlouhodobě nemocná, do toho se několikrát přidalo marození s dětmi a pak byl problém obsadit sály, tak aby vše hladce fungovalo a nebyly jsme ve stresu.“

Máte pocit, že pracujete pod časovým tlakem?

„Ano, každý den, někdy mám pocit, že plně pracují jen někteří a ostatní se vezou. Přitom na sálech musí všichni pracovat na sto procent.“

Jak se cítíte po příchodu domů ze zaměstnání?

„Únavu pociťuji nejméně jednou za týden. Záleží to na operačním programu a celkovém zdravotním stavu.“

Objevují se u Vás bolesti zad po příchodu domů?

„Ano, alespoň jedenkrát týdně, protože u většiny operací stojím na špičkách. Stupínek mi nevyhovuje, to mne pak záda bolí daleko více.“

Provádíte některou metodu prevence?

„Před několika lety jsem začala chodit na jógu a praktikuji některé uvolňovací cviky na záda. Pokud již bolí hodně, také mi pomáhá vana s horkou vodou a sklenka bílého vína na uvolnění.“

A co bolesti hlavy a nohou?

„Bolesti hlavy se u mne naštěstí nevyskytují. Nohy bolí tak jedenkrát týdně, záleží na operačním programu. Někdy toho naběhám hodně a jindy stojím celý den na jednom místě, při těchto situacích dostávají nohy zabrat.“

Berete nějaké léky?

„Pomáhá mi Brufen.“

Děláte aspoň něco, aby Vás nohy bolely méně?

„Pokud to jde pokládám končetiny do zvýšené polohy a aplikuji si masážní krémy. Někdy mi pomůže studená sprcha.“

Cítíte se po příchodu domů psychicky vyčerpaná?

„Většinou tak jedenkrát za týden, hlavně po náročných operacích.“

Záleží u Vás, jakého druhu operací se zúčastňujete?

„U standardních výkonů jsem si celkem jistá, tam mne málokdy něco překvapí, respekt stále mám z revizních výkonů, kde ten počet komplikací a změn oproti plánu je velký.“

Má na Váš stres vliv složení operačního týmu?

„Ano, někdy. Tak jako všude, s někým se mi dělá líp a s druhým hůř.“

Jak se stres v průběhu pracovní doby u Vás projevívá?

„U mne se vyskytne pocení a změny nálad, to bohužel často odnesou mí nejbližší. Potom mne to velice mrzí, ale nedokážu si pomoci.“

Vyskytly se v posledním roce u Vás některé negativní situace v sociální a mezilidské oblasti?

„Měla jsem takovou krizi, kdy byla na pracovišti v rámci týmu špatná komunikace a došlo ke ztrátě motivace. Velice často se mi nechce vůbec vstávat do práce a vidět stále stejný kolektiv. Ale doufám, že se dám dohromady o dovolené.“

Pustíte po odchodu ze zaměstnání práci z hlavy?

„To se mi podaří tak jednou za týden, většinou si ale беру práci domů a často o ní přemýšlím i večer. Někdy své starosti musím probrat s manželem. Jsem ráda, když mne vyslechne.“

Jaké metody používáte k odbourávání stresu?

„Na prvním místě je u mne četba, jsem vášnivý čtenář. Dále pobyt na čerstvém vzduchu a s tím spojená práce na zahradě.“

Zhodnotíte, prosím, jak se cítíte u standardních a revizních operacích svými slovy?

„Pokud vím den dopředu operační program a složení operační skupiny, tak ve stresu nejsem. Myslím, že u mne zkušenostmi stres klesá, nebo je menší, během operace mizí, soustředím se na něco jiného.

U revizních výkonů pocítuji časový stres před začátkem operace, ale i během ní. Složení operačního týmu a také neznalost instrumentária zvyšuje mou nervozitu, roztěkanost a nesoustředěnost. Nicméně musím říci, že s přibývajícimi zkušenostmi se rizikové stresové faktory snižují, ale stále přetrvávají.

Nemožnost připravit se na operaci včas, seznámit se s instrumentáři a vyzkoušet si ho den před operací mi vadí hodně. Většinou se operace učíme z manuálu podle obrázků, což mi vadí. Dále mi vadí velký hluk na operačním sále, nesoulad s operační skupinou, špatně naladěný operatér, málo času mezi operacemi z důvodu nedostatku personálu – děláme práci za jiné.“

Na závěr bych Vás ráda poprosila o vyplnění tabulky s odhadem váhy instrumentářií a děkuji za Váš čas a ochotu.

Rozhovor 6

Sestra 6 má 48 let, absolvovala SZŠ a PSS. na operačním sále pracuje 26 let, konkrétně na ortopedickém sále 8 let.

Jak vnímáte počet sester na našem ortopedickém operačním sále?

„Já bych uvítala ještě o jednu sestru navíc. V současné situaci, když něk do onemocní, ostatní mají práce až nad hlavu a vzniká napětí.“

Nastává tento problém často?

„Nyní snad již nebude, vrátila se nám jedna dlouhodobě nemocná a druhá ukončuje školu.“

Máte pocit, že pracujete pod časovým tlakem?

„Určitě, a to každý den, ale nevím, zda to nedělá vedení, myslím tím ten stres. Kolikrát když tam není je větší klid.“

Jak se cítíte po příchodu domů ze zaměstnání?

„Cítím se unavená každý den, ale ve většině případů si myslím, že to u mne patří k věku.“

Objevují se u Vás bolesti zad po příchodu domů?

„Ano, každý den.“

Provádíte některou metodu prevence?

„Mám trvale problémy se zády, takže pravidelně navštěvuji rehabilitaci a cvičím uvolňovací cvičení zad.“

A co bolesti hlavy a nohou?

„Hlava mne bolí tak jedenkrát týdně a vždy je to v souvislosti s nedostatečným příjmem tekutin. Nohy mne bolí každý den.“

Berete nějaké léky?

„Beru si Brufen, ten mám pořád v kabelce. Ale snažím se hodně pít, abych si ho nemusela brát. Ne vždy se to ale povede.“

Děláte aspoň něco, aby Vás nohy bolely méně?

„V práci pravidelně nosím stahovací návleky a pokládám je do zvýšené polohy, kdykoliv je to možné. V práci jsem si pořídila vlastní kvalitní certifikovanou obuv.“

Nic jiného?

„Občas si zajdu na masáž, ale již dlouho jsem na žádné nebyla.“

Cítíte se po příchodu domů psychicky vyčerpaná?

„Prakticky každý den a velice mne mrzí, že to odnáší má rodina. Kolikrát přijdu z práce a hodinu nejsem schopná komunikovat. Mrzí mne to hlavně vůči dětem.“

Záleží u Vás, jakého druhu operací se zúčastňujete?

„Standardní výkony mi problém většinou nedělají, tedy pokud jsem v souladu s operační skupinou. Napětí cítím u nenadálých komplikacích jako je krvácení nebo perioperační zlomeniny. u revizních výkonů mi vadí časová náročnost, vícehodinové operace již zvládám velice těžko.“

Má na Váš stres vliv složení operačního týmu?

„Ano, vždy. Pokud operační skupina lékařů přijde na sál již ve špatné náladě, hned se cítím mnohem hůře i kdyby šlo o banální operaci.“

Jak se stres v průběhu pracovní doby u Vás projevívá?

„Nejvíce se objeví pocení, palpitace, bolesti hlavy po výkonu. Pokud je stres větší, tak mám změny nálad a zvýšenou chuť k jídlu.“

Vyskytly se v posledním roce u Vás některé negativní situace v sociální a mezilidské oblasti?

„V posledním roce jsem zaznamenala velice špatnou komunikaci v rámci týmu, jehož příčinou mohla být nedostatečná personální obsazenost. Následovala degradace mých schopností, což se projevilo nechutí ráno vstávat do práce.“

Pustíte po odchodu ze zaměstnání práci z hlavy?

„Dá se říci, že se mi to podaří alespoň jednou týdně. Velice to závisí na operačním programu a jakou roli jsem v něm hrála. Dost mne také ovlivní nálada na pracovišti.“

Jaké metody používáte k odbourávání stresu?

„Strašně ráda čtu a pokud je hezké počasí snažíme se být s rodinou venku a podniknout nějaký výlet.“

Zhodnotíte, prosím, jak se cítíte u standardních a revizních operacích svými slovy?

„U standardních výkonů se cítím normálně, pokud se nepracuje pod časovým tlakem a je dostatek personálu, nebo se neobjeví něco z toho, co jsem již řekla.“

Na revizní výkony se již tak často nemýji, ale pokud ano, tak je to jednoznačně nervozita a nejistota. Během operace to často přestanu vnímat. Po operaci se dostaví velká úleva, když vše proběhlo dobře a únava.“

Zátěž tedy u mne zvyšuje, když se dozvím, na které operace se mám umýt až ten daný den a nemohu se připravit dle svých požadavků. Mnohé ovlivňuje časový tlak a složení operační skupiny. Já osobně pociťuji nedostatek času mezi operacemi na odpočinek, s tím souvisí nedostatek personálu a nutnost pracovat za někoho jiného.“

Na závěr bych Vás ráda poprosila o vyplnění tabulky s odhadem váhy instrumentářií a děkuji za Váš čas a ochotu.

Rozhovor 7

Sestra 7 má 36 let, absolvovala VOŠ a PSS. na operačním sále pracuje 8 let a stejnou dobu i na ortopedickém sále, protože zde začínala.

Jak vnímáte počet sester na našem ortopedickém operačním sále?

„Počet sester je dle mého názoru nedostatečný, když někdo dlouhodobě marodí je to znát a ostatní mají práce nad hlavu.“

Nastává tento problém často?

„Ne teď již tolik ne.“

Máte pocit, že pracujete pod časovým tlakem?

„Ano, a to každý den, nepracuje se mi vůbec dobře. Já osobně na některé věci potřebuji více času, než je mi dopřáváno. Hlavně ze stran lékařů.“

Jak se cítíte po příchodu domů ze zaměstnání?

„Asi tak jedenkrát týdně, vždy podle náročnosti operačního programu,“

Objevují se u Vás bolesti zad po příchodu domů?

„Zhruba jedenkrát týdně a zase podle toho jaký jsem měla program. u některých výkonů dopředu vím, že večer je budu cítit. Nejvíce to ovlivňuje délka operace a také, pokud musím mít rtg zástěru po celou dobu operace na sobě.“

Provádíte některou metodu prevence?

„Když je venku hezky, tak se snažím jezdit na kole a chodit na dlouhé procházky.“

A co bolesti hlavy a nohou?

„Hlava tak jedenkrát týdně a nohy taktéž. Souvisí to opět s operačním programem a pak také s mým aktuálním zdravotním stavem.“

Berete nějaké léky?

„Pokud musím, tak si vezmu třeba Brufen, moc mi pomáhá.“

Děláte aspoň něco, aby Vás nohy bolely méně?

„Doma si pokládám nohy do zvýšené polohy, pokaždé když mám možnost.“

Nic jiného?

„Ne, nic jiného. Toto mi zatím zabírá.“

Cítíte se po příchodu domů psychicky vyčerpaná?

„Podle zdravotního stavu a náladě na pracovišti tak jedenkrát týdně.“

Záleží u Vás, jakého druhu operací se zúčastňujete?

„Standardní výkony jsou v pohodě. Revizní výkony jsou horší, protože se u nich tolik nevyskytují, dělá mi problém vícehodinová operace a dále také komplikace vzniklé při výkonu.“

Má na Váš stres vliv složení operačního týmu?

„Ano, vždy. Jsem velice citlivá na náladu v rámci operačního týmu.“

Jak se stres v průběhu pracovní doby u Vás projevívá?

„Určitě nejvíce pocení, pak bolesti hlavy a změny nálady. Ale pokud se během operace situace zlepšívá (což se stává) i já jsem v pohodě.“

Vyskytly se v posledním roce u Vás některé negativní situace v sociální a mezilidské oblasti?

„Mrzela mne špatná komunikace v rámci týmu a z toho plynoucí konflikt s nadřízeným, který nastal. Došlo k degradaci mých schopností, asi proto že jsem byla dlouho mimo pracovní tempo. Bylo a je mi z toho smutno.“

Pustíte po odchodu ze zaměstnání práci z hlavy?

„Ano, ale pouze jedenkrát týdně. V ostatní dny se většinou stane něco, co mne trápí delší dobu a musím o tom přemýšlet. Taký si nejsem jistá v nových instrumentářiích a mám strach, jestli jsem je složila dobře, tedy v případě že jsem je skládala sama.“

Jaké metody používáte k odbourávání stresu?

„Nejvíce mi pomáhá rodina a pobyt na čerstvém vzduchu, také ráda čtu nebo si zajdeme do kina.“

Zhodnotíte, prosím, jak se cítíte u standardních a revizních operacích svými slovy?

„Někdy se na instrumentování těším a někdy pocítuji obavu, aby vše dopadlo tak jak má. Když je v kolektivu dobrá nálada, stres nepocítuji ani u revizních výkonů. Ale pokud nastanou některé náhlé komplikace, stres se u mne zvyšuje. Ještě si nejsem tak jistá, mám obavu ze selhání. Pocítím velkou úlevu vždy, když vše dobře skončí.“

Zátěž u mne zvyšuje druh operace a její průběh, také v jaké náladě přijdou lékaři ze sezení na operační sál. a v neposlední řadě, jestli instrumentárium, které přišlo ráno je kompletní a v pořádku.“

Na závěr bych Vás ráda poprosila o vyplnění tabulky s odhadem váhy instrumentárií a děkuji za Váš čas a ochotu.

Rozhovor 8

Sestra 8 má 29 let, je to muž. Absolvoval SZŠ. na operačním sále pracuje 7 let, z toho na ortopedickém sále 5 let.

Jak vnímáte počet sester na našem ortopedickém operačním sále?

„Můj názor je, že sester je dostatečný počet.“

A co když někdo chybí, vidíte v tom problém?

„Nemyslím, že by v tom byl problém.“

Máte pocit, že pracujete pod časovým tlakem?

„Ano každý den, ostatní sestry na mne tlačí!“

Jak se cítíte po příchodu domů ze zaměstnání?

„Asi tak jedenkrát týdně pociťuji zvýšenou únavu.“

Objevují se u Vás bolesti zad po příchodu domů?

„Občas, možná jednou týdně.“

Provádíte některou metodu prevence?

„Ne, mám jiné zájmy a pečuji o rodinu. Ta je pro mne důležitější.“

A co bolesti hlavy a nohou?

„Hlava mne nebolí, zato nohy každý den.“

Děláte aspoň něco, aby Vás nohy bolely méně?

„Natírám si nohy masážními krémy, aplikuji teplou a studenou sprchu a pokud mi to čas dovolí, tak pokládám nohy do zvýšené polohy, hned jak je to možné.“

Cítíte se po příchodu domů psychicky vyčerpaný?

„Ani ne, možná jedenkrát do měsíce.“

Záleží u Vás, jakého druhu operací se zúčastňujete?

„Standardní výkony jsou v pohodě, tedy pokud se neobjeví komplikace. na revizní výkony moc nechodím, ale obecně mi vadí, když operace trvá více hodin.“

Má na Váš stres vliv složení operačního týmu?

„Ano, vždy. S některými doktory se mi dělá líp, jinými hůř. Cítím to i z jejich projevu.“

Jak se stres v průběhu pracovní doby u Vás projevuje?

„Asi nejvíce pocení.“

Vyskytly se v posledním roce u Vás některé negativní situace v sociální a mezilidské oblasti?

„Mám pocit úplné ztráty zájmu o profesi, možná je příčinou degradace mých schopností, konflikt s nadřízeným a špatná komunikace v rámci týmu, kterou pociťuji i vůči své osobě.“

Pustíte po odchodu ze zaměstnání práci z hlavy?

„Ano úplně bez problémů.“

Jaké metody používáte k odbourávání stresu?

„Nejraději pobyt s rodinou na čerstvém vzduchu, ale i domácí práce s pracemi na zahradě.“

Zhodnotíte, prosím, jak se cítíte u standardních a revizních operacích svými slovy?

„U standardních výkonů se necítím nijak vychýlen z normálu. u revizí je na začátku stres, v průběhu jsem pln očekávání následujících úkonů, po operaci se navracím do normálu. Nic víc k tomu nemám co říct.“

Na závěr bych Vás ráda poprosila o vyplnění tabulky s odhadem váhy instrumentářií a děkuji za Váš čas a ochotu.