

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**VÝKON SPECIALIZACE PERIOPERAČNÍ SESTRY
A JEJÍ VLIV NA ŽIVOTOSPRÁVU SESTER**

Bakalářská práce

Vedoucího práce:

Mgr. Helena Michálková

2010

Autor:

Vladana Roušalová

Abstrakt

This bachelor's thesis deals with the work load of perioperative nurses. It is performed in very specific conditions of operating rooms. The work of the nurses in operating rooms is indispensable. It is both mentally and physically tiring. They work under time pressure and at forced pace. Perioperative nurses have to be qualified theoretically, they have to know the instrumental technology, they must be manually skilled and, most of all, emotionally stable. All this reflects in the feelings and mental health of the nurses.

The aim of this work was to study the lifestyle of perioperative nurses and find out whether they know the principles of healthy living and comply with them. We have further focused on the physical and mental strain of these nurse specialists. We were trying to learn whether perioperative nurses suffer from the burnout syndrome and how they relax.

For the purposes of reaching the above goals, we have used a quantitative research in the form of questionnaires. We received the total of 142 questionnaires from perioperative nurses. The questionnaires have been processed in the form of descriptive statistics with the help of graphs and tables.

The investigation shows that the nurses know the principles of healthy living but do not observe them. It confirmed the fact that perioperative nurses smoke and drink a lot of caffeine drinks. It was also revealed that nurses do not observe the drinking regime although they are aware of its importance for their health. In addition to their work, they have obligations towards their families. As such, they have very little time for themselves and they fail to rest and relax. The research shows that they do not observe the lunch breaks during their working hours. It is alarming that nurses working in operating rooms are often tired, do not sleep well and suffer from backaches and headaches. Their working environment is stressful. It is, however, good to hear that these nurses are interested to know what is new in their field of work and do not plan to change their jobs. The study shows that the profession of perioperative nurses affects the lifestyle of these specialist nurses.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Výkon specializace perioperační sestry a její vliv na životosprávu sester“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/ 1998 Sb. v platném znění souhlasím s uveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou na veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách.

V Českých Budějovicích

podpis studenta

Poděkování

Ráda bych tímto poděkovala Mgr. Heleně Michálkové za odborné vedení a cenné rady při zpracování bakalářské práce.

Obsah:

ÚVOD	2
1. SOUČASNÝ STAV	3
1.1 OPERAČNÍ SÁL	3
1.1.1 Zdravotnický personál operačního sálu	4
1.1.2 Perioperační sestra	5
1.1.3 Kompetence perioperačních sester	6
1.1.4 Vzdělávání perioperačních sester	8
1.2 STRES	11
1.2.1 Zdroje pracovního stresu	15
1.2.2 Syndrom vyhoření	16
1.3 ŽIVOTOSPRÁVA	20
1.3.1 Životní styl	22
1.3.2 Stravovací návyky	22
2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY	28
2.1 CÍLE VÝZKUMU	28
2.2 HYPOTÉZY	28
3. METODIKA	29
3.1 METODIKA	29
3.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	29
4. VÝSLEDKY	30
5. DISKUZE	53
6. ZÁVĚR	60
7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	62
8. KLÍČOVÁ SLOVA	66
9. PŘÍLOHY	67
PŘÍLOHA 1 – DOTAZNÍK	68

Úvod

Přestože ošetřovatelství je důležité a náročné, jeho společenská prestiž není příliš vysoká. O práci sester na operačním sále se téměř nehovoří. Vyžaduje se od nich maximální připravenost, soustředění, neustálé doplňování vědomostí a dovedností, emocionální stabilita, ale i schopnosti technické. Na operačních sálech se neustále setkáváme s novou, ale i starší přístrojovou technikou. Od perioperačních sester se vyžaduje její bezchybné ovládnutí, kterým přispívá ke zdárnému průběhu operačních výkonů.

Perioperační sestra, která se připravuje k asistenci u operačního výkonu, musí znát postup a průběh operačního zákroku, také si musí připravit a spočítat všechny potřebné pomůcky, nástroje a mulový materiál. Perioperační sestra asistuje lékařům, ale i pomáhá při příjezdu pacienta na operační sál překonat jeho strach z operačního výkonu i neznámého prostředí. Tyto všechny činnosti vedou k zajištění kvalitní ošetřovatelské péče na operačním sále.

Operační výkon je týmovou prací, setkávají se zde specialisté více oborů. Sestry mimo svých odborných znalostí musí dobře ovládat i komunikační dovednosti. Jednak pomáhají pacientům při komunikaci s lékařem, především však musí správně koordinovat mezioborovou péči. Je to nezbytné pro zdárný a hladký průběh operačního výkonu. Komunikační dovednosti ovlivňují pracovní vztahy i atmosféru pracoviště.

Sestry neustále pečují o zdraví ostatních spoluobčanů. Aby svou profesi vykonávaly bezchybně a kvalitně, musí být samy zdravé, odpočaté a připravené. Proto jsme se výzkumným šetřením zaměřili na to, jak výkon profese perioperačních sester ovlivňuje jejich životosprávu, jak sestry relaxují a neprojeví-li se u nich syndrom vyhoření.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Operační sál

**„Operační sál je místem, v jehož magickém prostředí jsou instrumentářky nepostradatelnými, tichými a spolehlivými průvodkyněmi nemocných i chirurgů.“
(7, s.19)**

Operační léčba klade vysoké nároky nejen na speciálně vyškolený personál s dobrou organizací práce, ale i na materiální a technické vybavení, především ale na dodržování zásad asepse a antiseptiky. Tyto podmínky jsou splnitelné pouze v prostorách zbudovaných k tomuto účelu. V minulosti se při stavbě nemocnic upřednostňoval pavilónový systém, kdy každý operační obor měl vlastní operační trakt. S rozvojem medicíny se přecházelo k centralizaci operačních sálů. Je to samostatná organizační jednotka, jenž zajišťuje veškerý operační provoz všech operačních oborů v nemocničním zařízení, její součástí je i jednotka sterilizace. Z hlediska protiepidemického režimu je centralizace nejúčelnějším uspořádáním komplexu centrálních operačních sálů. Nejdůležitější je dodržování zásad asepse, antiseptiky a zajištění aseptického provozu. Musí být oddělen provoz superseptický, mezoseptický a septický stavebně, ale především provozně (7, 29).

Každý operační trakt má ochrannou, čistou, sterilní a odsunovou zónu. Ochranná – bílá zóna končí hygienickým filtrem pro pacienty (překladiště) a filtry pro personál (přezutí, očista, převléknutí). Na ně navazuje zóna čistá – zelená. Ta se dělí na zónu čistou (skladovací prostory, denní místnosti, transportní chodba pro pacienta) a zónu aseptickou (vlastní operační sál). Přístupové a odsunové zóny musí být bezpodmínečně

odděleny jak v centrálních, tak i v decentralizovaných sálech. V žádném případě nesmí dojít ke křížení cest nástrojů, prádla ani ostatního materiálu (7, 29).

Z hlediska dodržování zásad protiepidemického režimu je třeba dbát na řádné mytí a dezinfekci rukou, nástrojů a přístrojů. Na operačním sále má být přítomno co nejméně osob. Není zde dovolen hlasitý projev, hovor má být minimalizován, pohyb je omezen pouze na nejnútnejší. Pokud někdo opustí zelenou zónu, musí opět projít filtrem a očistou (29).

1.1.1 Zdravotnický personál operačního sálu

Operační výkon je týmovou prací operátéra a ostatních členů týmu. Každý musí znát svůj úkol a řádně jej plnit. Do operační skupiny patří operátor, ten je vedoucím týmu a zodpovídá za zdárný průběh a výsledek operace. Určuje postup, povinnosti týmu a provádí nejdůležitější úkony. Na konci operačního výkonu spolu s perioperační sestrou kontrolují souhlasný počet longet, břišních roušek a nástrojů. V operační ráně nesmí zůstat bez vědomí operátéra žádné cizí těleso. Tato skutečnost musí být vždy zaznamenána do operačního protokolu lékařem a operačního listu perioperační péče. Počet nástrojů a mulového materiálu je několikrát kontrolován i s druhou perioperační sestrou. Pokud by byl počet nesouhlasný, celý operační tým musí vynaložit veškeré úsilí k jeho nalezení, musí se vyčerpat všechny možnosti příčin zmizení. Pokud i po vyčerpání všech možností není materiál nalezen, sepisuje se formulář o mimořádné události. Operátérovi asistují první až třetí asistent. Ti napomáhají ke zdárnému provedení výkonu (7, 30).

Druhá perioperační sestra, která byla dříve označována jako obíhající, tvoří spojku mezi operačním týmem a okolím. Společně s asistující perioperační sestrou kontrolují souhlasné počty materiálu. Jejich chování vyžaduje souhru a profesionální přístup (7).

Mezi zdravotnický personál pracující na operačním sále patří anesteziolog a anesteziologická sestra, dalším nezbytným personálem je rentgenový laborant nebo lékař radiolog. Dalším nepostradatelným prvkem operačního sálu je pomocný personál,

kterého na operačním sále označujeme jako sálového sanitáře, jehož úkolem je transport a uložení pacienta. Za úklid a čistotu zodpovídá úklidová četa (7).

1.1.2 Perioperační sestra

„Instrumentování se lze naučit, je k tomu třeba dobrých znalostí, zkušeností i zručnosti. Ale dobrou instrumentářkou se může stát jen sestra, která má ve své anonymitě ušlechtilý zájem o osud nemocného a prožívá a naplňuje smysl svého povolání nejen dovedností a kulturou ducha, ale i kulturou svého srdce.“ (7. s.15)

Práce sester na operačním sále je nezastupitelná, náročná a klade velké specifické nároky na její osobnost. Vyžaduje kritické myšlení, odborné znalosti na vysoké úrovni a specifické, vysoce odborné praktické dovednosti. Instrumentování není možné se naučit z knih, ty obsahují obecné pokyny, návody a předpisy, které nám usnadní další kroky. Instrumentování je tedy především otázka zkušenosti a praxe. Při vypjatých situacích, které jsou při operacích časté, je nezbytná nejen zručnost a pohotovost, ale především dokonalé sebeovládání, klidné a mírné vystupování a především emocionální stabilita (2, 7).

Na operační sál přichází lidé, kteří jsou handicapováni nejen svou nemocí, ale jsou odtrženi od rodiny, pracovního procesu i svých aktivit. Jsou stresováni a odkázáni na pomoc druhých. Toto se odráží nejen v jejich somatickém, ale především psychickém stavu a chování. Perioperační sestry naváží kontakt s pacientem především během edukace v předoperačním období. Je žádoucí, aby se jim u něho podařilo zmírnit jakékoli pochyby, nedůvěru i strach. Znamená to schopnost sester kontrolovat své emoce a zůstat emocionálně neutrální. Je to náročné, stojí to velkou námahu a vnitřní sílu. Jsme to my, kdo je jim nejbliže v těžkých životních chvílích, jakou operační výkon bezesporu je (7, 16).

I sestry mají své problémy, ale i přes veškerá soukromá úskalí by neměly zapomínat na úsměv. Úsměv nikdy nikomu neublížil, nic nás nestojí a našim pacientům pomáhá. Sebeovládání a komunikace jsou základními kameny v jednání s lidmi. Pokud se zde dopustíme jakýchkoli škod, jsou jen těžce napravitelné. Ztracená důvěra se jen těžko vrací zpět. S důvěrou ke zdravotníkovi jde společně i víra v uzdravení (16).

O sálové práci se málo hovoří, je téměř anonymní, ne vždy je dostatečně pochopena a ohodnocena. Práce sestry na operačním sále je nejen umění a věda, ale především nádherná práce. Tuto práci mohou vykonávat pouze sestry, které se v tomto oboru vzdělávají a mají určen přesný rozsah svých činností (7, 20).

1.1.3 Kompetence perioperačních sester

Perioperační sestry zabezpečují provoz operačních sálů. Rozsah jejich činností je stanoven vyhláškou č. 424/2004 Sb. která v § 50 specifikuje práci perioperační sestry. Sestra pro perioperační péči vykonává činnost podle § 48 při péči o pacienty před, v průběhu a bezprostředně po operačním výkonu, včetně intervenčních, invazivních a diagnostických výkonů (20,33). Tyto činnosti vykonávají:

Bez odborného dohledu a bez indikace lékaře

Perioperační sestry připravují instrumentarium, zdravotnické prostředky a jiný potřebný materiál a pomůcky před výkonem, v jeho průběhu a po něm. Provádějí specializované sterilizační a dezinfekční postupy, dále zajišťují manipulaci s operačními stoly, přístroji a tlakovými nádobami, také antisepsi operačního pole u pacientů. Ve spolupráci s lékařem – operátorem před začátkem a ukončením každé operace provádějí početní kontrolu nástrojů a použitého materiálu, zajišťují stálou připravenost pracoviště ke standardním a speciálním operačním výkonům (33).

Bez odborného dohledu na základě indikace lékaře

Zajišťuje polohu a fixaci pacientů na operačním stole před, v průběhu a po operačním výkonu, včetně prevence komplikací z imobilizace. Dále provádí zarouškování pacientů a instrumentuje při operačních výkonech (33).

Role sester

Sestry tvoří nejpočetnější skupinu zdravotnických pracovníků. V prvopočátcích mělo povolání sestry výhradně charitativní charakter. Až ve druhé polovině 19. století s rozvojem racionální medicíny byly položeny základy k novodobé profesi. Sestry musí neustále získávat nové poznatky pro svou flexibilitu, kompetentnost a zodpovědnost za svou práci, neboť se od nich očekává, že budou připravené reagovat a plnit nové role při zajišťování komplexní ošetrovatelské péče ve zdravotnických zařízeních i komunitách. Povolání sestry je tvořeno celým systémem společenských rolí, které se prolínají a vzájemně se nevyklučují, ale doplňují. Nejdůležitější a nejzákladnější role sester jsou ovlivňovány změnami ve společnosti, systémem zdravotní péče, celkovým zdravotním stavem obyvatelstva, novými poznatky a technologiemi. Ve společnosti jsou založené na pomoci jednotlivcům, rodinám i skupinám (8, 20).

Sestra je poskytovatelkou ošetrovatelské péče. Jde o poskytování péče v zájmu uspokojování potřeb pacienta. V organizaci a řízení ošetrovatelského procesu uplatní své manažerské znalosti. Jako edukátorka utváří a formuje jednání a chování lidí. Sestra v roli advokátka reprezentuje práva pacienta a obhajuje jeho zájmy. Sestra je také nositelkou změn. V zájmu rozvoje má být hnací silou v rozvoji ošetrovatelství. Role sestry výzkumnice předpokládá vzdělání a možnosti pro tuto činnost v oblasti ošetrovatelství. Pokud je zodpovědná za dohled nad studenty, stává se mentorkou. Předpokládá se u ní pedagogická způsobilost. Vedle těchto rolí nemůžeme opomenout

osobní život, kde plní sestra i roli dcery, partnerky, manželky, snachy, matky, přítelkyně nebo babičky (1, 8).

Červenková se zamýšlí v souvislosti s mnohočetností rolí nad prolínáním profesního a osobního života o důležitosti hranic, které chrání naši vlastní osobu. Jde o naše pocity, postoje a rozhodnutí. Pokud takovéto hranice chybí, nebo jsou špatně vytvořené, dochází k vnitřnímu konfliktu s možnými psychickými i somatickými následky. Z jejího šetření vyplývá, že hranice mezi soukromím a profesí prožívají sestry rozdílně. Každá je chápe jinak. Profesní život ovlivňuje naše soukromí a naopak rodina a zájmy sestry ovlivňují její pracovní výkon (6).

1.1.4 Vzdělávání perioperačních sester

Medicína, především chirurgie, je týmový obor, kde sestra zaujímá nezastupitelné a důležité místo. Řada předních chirurgů, kteří si tohoto byli vědomi, se věnovali jejich vzdělávání a výchově. Významnou roli ve vzdělávání perioperačních sester zaujímá prof. MUDr. Bohuslav Niederle DrSc. Od roku 1954 byla opakovaně vydána jeho monografie „Práce sestry na operačním sále“. Spolu s přímým předáváním zkušeností se stala velice důležitým studijním materiálem přepracovaná publikace od prof. MUDr. Miloslava Dudy DrSc. (7).

Pomaturitní specializační studium instrumentování na operačním sále je jedním z prvních specializačních vzdělávání, které bylo v České republice otevřeno. Má svoji tradici již od padesátých let minulého století. Společně s obrovským rozvojem nových technologií, vyšetřovacích i operačních metod se zvyšují požadavky na další, především celoživotní vzdělávání zdravotnických pracovníků. Studium probíhá při zaměstnání. Dříve bylo studium organizováno Institutem pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně IPVPZ, v současné době došlo k transformaci tohoto institutu a vzniklo Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů NCONZO. Nyní se sestry vzdělávají v modulovém systému (7, 35).

Celoživotní vzdělávání nelékařských profesí definuje Zákon č. 96/2004 o podmínkách získávání a uznání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotních povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů.

Hlava II tohoto zákona upravuje získání způsobilosti zdravotnického pracovníka, vymezuje způsobilost k výkonu zdravotnického povolání.

Hlava V tohoto zákona upravuje formy celoživotního vzdělávání.

Díl 2 § 53 uvádí, že celoživotní vzdělávání je průběžné zvyšování, prohlubování, obnovování a doplňování vědomostí, dovedností i způsobilosti zdravotnického pracovníka v souladu s rozvojem oboru a nejnovějšími vědeckými poznatky. Celoživotní vzdělávání je povinné pro všechny zdravotnické a odborné pracovníky.

§ 54 stanoví formy celoživotního vzdělávání, které je uskutečňováno v akreditovaných zařízeních dle vzdělávacího programu. Plnění tohoto vzdělávání se prokazuje na základě kreditního systému. Právní předpis stanoví počet kreditů, který je podmínkou pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu.

§ 56 stanoví specializační vzdělávání zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu zdravotnického povolání po získání odborné způsobilosti. Vzdělávací program se skládá z modulů. Modul je ucelená část vzdělávacího programu s příslušným počtem kreditů stanovených vzdělávacím programem. Vzdělávací program představuje tři modulové úrovně. V základním modulu se získávají převážně teoretické znalosti, v odborných modulech se propojují nabyté vědomosti se zručností a dovednostmi, speciální moduly propojí dovednosti do specifických činností (12, 35).

K zákonu č. 96/2004 Sb. byl vydán 27.1.2008 metodický pokyn č. 31/2010 Sb., který nahrazuje nařízení vlády 463/2004 Sb., kterým se stanoví obory specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí. Vzdělávací program stanoví délku, rozsah a obsah přípravy, počet hodin teoretického i praktického vyučování a výukové akreditované pracoviště praktické výuky. Každý modul má svou náplň a charakteristiku činností. Specializační vzdělávání končí atestační zkouškou (35).

V roce 1980 vznikla ve Velké Británii Evropská skupina sálových sester – EORNA. Díky velkému úspěchu této skupiny byla roku 1992 v Kodani ustanovena jako asociace. Byly dohodnuty stanovy učebních osnov pro perioperační sestry celé Evropy. Je zde sdruženo téměř 30 členských států Evropy. Učební osnovy jsou flexibilní pro zdravotnictví dané země, vždy však splňují normy EORNA. Pojem perioperační sestra znamená nejen vlastní práci instrumentářky, ale i komunikaci a péči o pacienta před operací, v jejím průběhu a v pooperačním období. Označení perioperační lépe vystihuje náplň specializačního studia a je výstižnější pro komunikaci s EORNA (3, 7).

Kontrolu přípravy na povolání a praxi nám umožňuje regulační systém. V ošetrovatelství je hlavním cílem regulace ochrana veřejnosti. Vznik registru zdravotnických pracovníků je upraven zákonem č.96/2004 Sb. v hlavě VI § 72 registr zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Je uskutečňováno prostřednictvím Národního centra ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. Registrace vznikla na podporu a kontrolu celoživotního vzdělávání, obnovování, zvyšování a doplňování vědomostí i dovedností. Takto se zvyšuje nejen kvalita poskytované péče, ale i úroveň a prestiž nelékařských zdravotních profesí. Sestry se tak stávají samostatnými odborníky v oblasti uspokojování potřeb pacienta. Registrace není povinná (8, 35).

Bubníková ve svém výzkumném šetření uvádí, že většina dotazovaných sester po registraci navštěvuje častěji vzdělávací akce a vzdělávání je baví. Motivací pro celoživotní vzdělávání je pro sestry práce bez odborného dohledu, vyšší prestiž i finanční ohodnocení. Jako negativum registrace sestry uváděly finanční náročnost některých vzdělávacích akcí a konflikty rolí sester, kdy musí skloubit péči o děti a domácnost se svou prací a dalším vzděláváním. Tento průzkum potvrdil, že registrace sester podporuje celoživotní vzdělávání (4).

Pracovníci v oboru a jejich vzdělání

Jak je uvedeno věstníkem Ministerstva zdravotnictví České republiky, ošetrovatelskou péči zajišťují zdravotničtí pracovníci v rozsahu vymezeném zákonem

a zvláštním právním předpisem. Jsou dvě základní skupiny pracovníků ve zdravotnictví. V první skupině jsou pracovníci způsobilí k výkonu povolání bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti. Jejich vzdělávání probíhá jako kvalifikační studium, nebo formou celoživotního vzdělávání (32).

Kvalifikační studium probíhá na vyšších a vysokých školách. Jde o studium, kde pracovníci získávají kvalifikaci k výkonu své profese. Toto vzdělávání probíhá ve shodě se směrnicemi Evropské unie.

Celoživotním vzděláváním si zdravotničtí pracovníci na základě nejnovějších vědeckých poznatků prohlubují, zvyšují, obnovují a doplňují své vědomosti, dovednosti příslušného oboru. Součástí je i specializační vzdělávání probíhající v akreditovaných zařízeních (32). Vzdělanost a znalosti sester jsou přínosné a nezbytné pro zdravotní péči ve zdravotnických institucích. Systém celoživotního vzdělávání umožňuje sestřám získat nové informace, poznatky i dovednosti. Sestry pak mohou lépe reagovat na dynamické změny v poskytování zdravotní péče. V současnosti je vyžadováno ošetrovatelství vycházející z vědomostí, technických znalostí a klinických schopností sester. Investice do celoživotního vzdělávání vedou k celkovému zdokonalování jejich vědomostí a dovedností. Možnost celoživotního vzdělávání zvyšuje spokojenost, sebedůvěru i sebeúctu sester (32, 8).

1.2 Stres

Co vlastně znamená stres? V současné době je stres všeobecně rozšířený a používaný pojem. Je to jev, s kterým se setkávají všichni lidé a který postihuje celou osobnost. Docent Křivohlavý, který se touto problematikou zabývá, definuje stres jako slovo přejaté z anglického stress a to vzniklo z latinského slovesa stringo, stringere což znamená utahovati, stahovati. Z technického pohledu je stres chápán jako pres, tedy působení tlaku na daný předmět (17).

Existuje nespočet definic objasňujících, co stres vlastně znamená. Nikdy však nebudou výstižné pro každého. V každém z nás vyvolává stres něco jiného. Je většinou doprovázen pocitem strachu a nejistoty, možná se by se dalo mluvit přímo o strachu

z nejistoty, nebo naopak z jistoty nezdaru a neúspěchu. Stres je důsledek nebo odpověď na určitou činnost nebo situaci, která klade speciální požadavky na osobnost. Stres zahrnuje interakci osoby a prostředí (17,19).

Mluvíme-li o stresu, máme na mysli vnitřní napětí člověka, který je vystaven nepříznivým vlivům v rovině tělesné, duševní a sociální. Toto napětí, tlak se může přenášet z jedné roviny na druhou, nebo zasáhne několik rovin najednou. Je to vnitřní stav člověka, který je v přímém ohrožení, nebo takový stav očekává a přitom se domnívá, že obrana proti všem těmto nepříznivým vlivům není dostatečně silná (17,24).

Stres je prastará reakce vlastní nejen člověku, ale všem živým organismům. Je pro zachování života nesmírně důležitá. Jednak nás připravuje na boj, útok a útek, nebo nám pomáhá přežít v krajně nepříznivých podmínkách. Kdyby neexistovala stresová reakce, zahynuli bychom při první nebezpečné příležitosti. Ze života tedy nelze stres odstranit, je třeba se s ním správně naučit žít a zacházet s ním. Pro relativně nižší než hraniční úroveň stresové reakce organismu používáme pojem „zátěž“. Tento pojem zavedl profesor Josef Charvát, český endokrinolog. Podle toho jak stres působí na člověka, můžeme jej charakterizovat jako negativně a nepříznivě působící zdraví škodlivou zátěž, tedy „distres“. Při prožívání distresu organismus potřebuje stále větší úsilí k obnově rovnováhy mezi napětím a uvolněním. Jako důsledek se pak objevují psychické i somatické problémy. Opakem je „eustres“ tedy emocionálně kladný, zdraví prospěšný a motivačně působící. Stres je komplexní proces. Je jevem multifaktoriálním, je určen velkým množstvím činitelů, vždy jsou však rozhodující reakce, které probíhají uvnitř organismu. Mluvíme o GAS-general adaptational syndrom, tedy o adaptačním syndromu (17,18, 24).

Zakladatelem nauky o stresu je považován maďarsko-německo-kanadský fyziolog Hans Selye. Zaměřil se především na fyziologickou odpověď na stres. Navázal na práci amerického fyziologa W. B. Cannon, který roku 1939 poprvé popsal a zveřejnil poplachovou reakci. Své poznatky shrnul roku 1939 v knize „Moudrost těla“ (17, 24).

Další, kdo se zabýval tímto tématem, byl americký psycholog R. Lazarus. Ten se ve své koncepci zaměřil na mentální a psychologickou složku, také vytvořil transakční teorii stresu.

Seley charakterizuje stresovou odpověď jako adaptační syndrom GAS-general adaptational syndrom. Zavedl pojem stresor, tedy jakýkoli faktor nepříjemný, ale i příjemný, který vyvolává stres a narušuje rovnovážný stav organismu. Jde vlastně o selhání našich adaptačních mechanismů při přizpůsobování se zátěžové, těžké životní situaci (17, 24, 25).

„Princip vzniku stresu se dá obrazně řečeno popsat ramínky vah, na jedné straně jsou stresory, což jsou situace stresující člověka, na straně druhé salutory, tzn. schopnosti jedince situace řešit. Pokud jsou ramínka vah v nerovnováze, přichází stres. Řešením je buď ubrat na straně stresorů, tzn. vzdát se nějaké činnosti, převést ji někoho jiného, nebo posílit salutory relaxací odpočinkem, sportem apod.“ (25,s. 37)

Kozierová uvádí, že pochopení podstaty stresu je velmi důležité, protože umožňuje pochopit člověka jako jedince reagujícího na všechny změny, které se odehrávají v životě. Stres může mít následky fyzické, kdy může dojít k narušení homeostazy, emocionální následky stresu se mohou projevit negativními pocity, v intelektuální oblasti dochází k ovlivnění schopnosti vnímání a řešení problémů a v duchovní oblasti může dojít k změnám životních názorů (14).

Stres můžeme definovat jako stimul, tedy životní událost, nebo jako reakci, tedy narušení, které je způsobeno škodlivým stimulem nebo stresorem. Stres pozorujeme na základě změn, které v těle probíhají. Je to reakce organismu, tedy generální adaptační syndrom GAS (17, 19).

První reakcí na stres je poplachová reakce. Dochází k mobilizaci obrany těla proti stresu. Tato reakce se dále dělí na šokovou a protišokovou fázi. V šokové fázi dochází k uvolňování adrenalinu a kortizolu, jedinec je připraven na boj nebo na útěk. Tato fáze trvá od jedné minuty do 24hodin. V druhém stádiu GAS dochází k adaptaci organismu, který se snaží co nejlépe vyrovnat se stresorem. Třetí stádium je vyčerpání. V této fázi jsou vyčerpány všechny adaptační mechanismy, pomocí kterých se člověk

vyrovnává se stresem. Výsledek tohoto stadia je závislý na adaptačních a energetických zdrojích daného jedince (14, 17,19).

Projevy stresu rozděluje Kozierová na somatické a psychické. Somatické reakce na stres se nemusí projevit. Záleží na prožívání stresující události a na strategii zvládnání stresu. Při ohrožení organismu se stres v somatické oblasti projevuje: rozšířením zorniček a tím se zlepšuje zrakové vnímání, zvyšuje se pocení, tím se reguluje zvýšená teplota způsobená zvýšeným metabolismem. Dochází k zrychlení srdeční činnosti, stoupá tepová frekvence, čímž se zvýší transport živin a vedlejších produktů metabolismu. Účinkem noradrenalinu se stahují periferní cévy a dochází k blednutí kůže. Stoupá krevní tlak, jehož příčinou bývá zvýšené množství krve v kůži a většině vnitřních orgánů následkem vazokonstrikce, zvýšená sekrece reninu účinkem noradrenalinu, účinkem mineralokortikoidů dojde ke zvýšené retenci sodíku a vody, zvyšuje se srdeční výkon. Dochází k hypoventilaci v důsledku zrychleného a prohloubeného dýchání, klesá vylučování moče a objevuje se pocit suchosti v ústech. Zpomaluje se střevní peristaltika, zvyšuje se mentální bdělost a svalové napětí jako příprava na rychlou motorickou nebo obrannou reakci. Působením glukokortikoidů dochází k zvýšení hladiny krevního cukru. Působením parasympatiku se člověk zmocňuje letargie, mentální únava, může nastat pokles fyziologických funkcí a napětí kosterních svalů. Mezi psychické reakce na stres patří úzkost, hněv, verbální a motorické projevy (14, 17,18, 19, 24).

Citlivost a zranitelnost jednotlivých lidí je velice odlišná. Při vyrovnání jde o proces, kterým jedinec zvládá stresující nároky svého vztahu k prostředí i emocím, které z toho vyplývají. Zdoláváním rozumíme okamžitou odpověď na danou situaci. Adaptace znamená finální odpověď na změnu. Slovo adaptace je latinského původu, znamená upravit, připravit. Hlubší význam slova adaptovaný znamená být dobře připraven k tomu, co nás čeká. Setkáváme se i se slovem koupink, který se v češtině používá ve významu zvládnání nadlimitní zátěže. Termín adaptace i koupink se vztahují k aktivitě člověka v těžké situaci. Adaptací rozumíme vyrovnání se zátěži, která nepřesahuje limitní meze v běžné poměrně dobře zvládnutelné toleranci. Koupink

označuje boj člověka s nadlimitní, nepřiměřenou zátěží, vyjadřuje tedy vyšší stupeň adaptace (14, 17, 21).

1.2.1 Zdroje pracovního stresu

Pracovní činnost vyvolává psychickou zátěž v řadě profesí, nejčastěji především u vedoucích pracovníků a v rizikových profesích. Všude tam, kde působí časově náročné a termínované úkoly a nadměrná odpovědnost. Dnes již nikdo nepopírá, že zdravotníci patří do skupiny s vysokým stupněm profesionálního stresu. Vlivem dlouhodobého psychického zatížení v průběhu pracovního procesu se u nich zhoršuje pracovní výkonnost, především poruchy vnímání a koncentrace pozornosti, paměť je oslabená, zpomaluje se motorická činnost, myšlení a rozhodování. Snáze dochází k pracovním úrazům, chybným rozhodnutím, nehodám i konfliktním situacím na pracovišti. Krátkodobý a slabší stres může mít u odolných a aktivních pracovníků i pozitivní vliv. Přináší jim uspokojení z pracovní činnosti, zvýšení a kvalitu výkonu, rozvoj profesní kariéry a to je velice motivující. Pokud je stres dlouhodobý a silnější, oslabuje psychickou odolnost pracovníka a snižuje zejména kvalitu jeho výkonu. Často se projevuje ve zhoršení psychické i fyzické kondice. V závažných případech se mohou objevit i neurotické příznaky, celkové oslabení psychického a fyzického zdraví a následně psychosomatická onemocnění. Účinky pracovního stresu se projevují ve třech oblastech: fyziologické poruchy se projevují změnami krevního tlaku, zvýšením tepové frekvence, obtíže s dýcháním, svalové napětí a gastrointestinální poruchy. Emocionální poruchy se projeví úzkostí, depresemi, agresivitou, sníženou sebejistotou a sebehodnocením, špatnými intelektuálními funkcemi jako je nervozita, neschopnost koncentrace a rozhodování, přecitlivělost, podráždění a pracovní neuspokojení. Poruchy chování zahrnují snížení výkonnosti, úrazovost, vyšší fluktuaci,

obtíže v komunikaci, impulzivní chování, konzumace alkoholu a užívání návykových látek (17, 19, 21).

Nadměrný stres prokazatelně zvyšuje riziko chybných výkonů a rozhodnutí, může se podílet na zhoršování zdravotního stavu a produktivity práce. Často se přenáší i do rodin zdravotníků. Dochází ke konfliktu rolí v zaměstnání a v rodině. Hrozí zde riziko závislosti na návykových látkách. Odolnost sester vůči stresu může negativně ovlivnit předchozí osobní zkušenost s těžkou nemocí ve svém blízkém okolí, práce pod časovým tlakem, nucené tempo, nedostatek spolupracovníků tvořící tým, nepravidelný režim - střídání směn, práce s chemickými látkami a špatné vztahy na pracovišti (6,19).

1.2.2 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření-Burn-out, tedy nedostatek vnitřní energie, byl poprvé popsán americkým psychoanalytikem Herbertem J. Freudenbergerem v roce 1974. Toto onemocnění postihuje velkou část populace a řadu profesí. Jedná se vlastně o druh stresu, emocionální únavy, frustrace a vyčerpání, ke kterým dochází v důsledku toho, že určitá očekávání týkající se vztahu, poslání, zaměstnání nebo životního stylu nepřinesou očekávané výsledky při maximálním, někdy až extrémním nasazení jedince. Nejvíce jsou ohroženi především lékaři, sestry, učitelé, policisté, sociální pracovníci, úředníci a advokáti. Tento syndrom se vyskytuje hlavně v profesích, kde se pomáhá lidem. Může se objevit i u lidí, kteří hledají smysl života v práci (workoholici, perfekcionalisté, pedanti) nebo kteří jsou neustále ve stresu. Průzkumy ve zdravotnictví ukazují, že nejvíce se s touto problematikou setkáváme u pracovníků hospiců, na onkologických, psychiatrických odděleních, jednotkách intenzivní péče, koronárních jednotkách a na neurologických odděleních. Výskyt syndromu stoupá v důsledku zvyšování životního tempa, zvýšených nároků na osobní i pracovní život. Dochází i k zvyšování produktivního věku, neboť stoupá hranice odchodu do důchodu (18, 19,25).

Je velice náročné dostát všem nárokům kladených v zaměstnání. U práce na operačním sále to platí několikanásobně, a proto jsou perioperační sestry vystaveny nebezpečí vzniku tohoto syndromu. Od perioperačních sester se vyžaduje perfektní výkon, koncentrace, bezchybnost, pohotovost a naprostá oddanost práci. Nemůžeme opomenout komunikaci především s pacientem, ale i s ostatními členy operačního týmu. Zejména správná komunikace je základem úspěchu. Orientace na druhé, která je podstatou pomáhajících profesí, velice často zastiňuje vlastní potřeby a osobnost pomáhajícího. Ten pak pečuje o druhé daleko více než o sebe. To bývá většinou kamenem úrazu a začátek bludného kruhu. U perioperačních sester je rizikem vzniku syndromu vyhoření trvalý a nekompromisně prosazovaný požadavek na vysoký, nekolísající výkon, který je považován za standart. Nezanedbatelnou je malá nebo dokonce žádná možnost úlevy a nulová tolerance chyb (5,25).

K pracovním rizikovým faktorům řadíme chronický stres, permanentní časový tlak a vysoké emoční napětí. V osobním životě se jako rizikové jeví nedostatek radosti ze života nebo problematický a nespokojený osobní život. Podílí se zde velkou měrou osobní a povahové rysy – pevná vůle a odhodlanost, rozhodnost (často se rozhodují rychle bez dostatku informací, tudíž často chybují), soběstačnost, nezávislost až samotářství, zhoubná sebedůvěra, perfekcionismus, pedantství, odpor k pravidlům, snahy mít vše pod svou kontrolou, cílevědomost (ukládání si nereálných cílů), lidé s vysokým entuziasmem a neschopností asertivního chování a lidé neschopní relaxovat (19,25).

Stadia syndromu vyhoření

Nulovou fází nazýváme nadšením. Je to stádium, kdy má pracovník veliké plány, vysokou angažovanost, ale výsledky nedosahují daných představ, a tak dochází k přetěžování. Další fáze je stagnace. Je to stav, kdy se přestávají realizovat představy a cíle, dochází k opadání nadšení. Následuje fáze frustrace, při které vzniká negativní postoj k celému pracovnímu procesu, objevují se spory v kolektivu, podrážděnost a neshovívavost. V tomto období se nejlépe rozpozná a zamezí dalšímu rozvoji

syndromu. Pokud nedojde k zamezení, syndrom pokračuje a nastává fáze apatie, která se projeví ztrátou zájmů a absolutní ztrátou nadšení a elánu. V této fázi převládá zklamání (18, 25).

Symptomy syndromu vyhoření

Nejčastější symptomy na psychické úrovni jsou výrazný pocit celkového, především duševního vyčerpání, celkový útlum, převažuje depresivní ladění, pocity smutku a beznaděje, redukce tvořivosti, zájmů, intenzivní prožívání nedocenění, ztráta zájmu o vzdělávání a další rozšiřování obzorů, projevy negativismu, cynismu, nepřátelství a agresivity vůči okolí, převažují rutinní postupy činností a věci pro člověka ztrácejí smysl (19,25).

Mezi symptomy na fyzické úrovni patří celková únava organismu, apatie, rychlá unavitelnost, poruchy spánku, vegetativní obtíže, bolesti hlavy, svalů, přetrvává tělesné napětí, narušení tělesné aktivity a mohou vznikat různé závislosti (25).

Symptomy na úrovni sociálních vztahů se projevují jako zjevná nechut ke všemu, co se týká profese, nárůstem konfliktních situací, celkovým útlumem sociability, ztrátou zájmu o hodnocení ze strany druhých (18, 25).

Syndrom vyhoření jednoho pracovníka může spustit lavinovou reakci dalších členů kolektivu. Pro kolegy a vedoucí pracovníky je velice důležité umět rozpoznat u svých zaměstnanců jednotlivá stádia a umět adekvátně reagovat (25).

Léčba syndromu vyhoření

Každý z nás prožívá dané situace různě. Je to naše osobnost, která určuje, jak a v jaké míře budeme prožívat zátěžové situace. Jako prevence vzniku syndromu vyhoření je nutné naučit se rozpoznávat blížící se stresové situace a podniknout nutná „protistresová opatření“. V prevenci vzniku burn-out syndromu je nejdůležitější zásadou oddělování profesionálního nasazení od osobního života (18, 21,22).

Novák se zamýšlí nad možnostmi a způsoby předcházení a vzniku syndromu. Bylo již popsáno mnoho technik, záleží však na každém, jaký způsob nebo cestu zvolí (21, 22).

1.2.3 Fyzická a psychická zátěž

Fyzická zátěž

Fyziologie práce, která vychází z obecné fyziologie člověka, se zabývá studiem dějů probíhajících v jednotlivých orgánech nebo organismu jako celku v souvislosti s vykonáváním určitého druhu práce. Na základě získaných poznatků jsou pro praxi připravována doporučení, která se týkají organizace práce a navrhují limitní hodnoty zatížení organismu. Nadměrná svalová zátěž může vyvolat přechodné, ale i trvalé změny organismu. Nedílnou součástí fyzické i psychické zátěže působící dlouhodobě a dosahující určité intenzity je únava (10,15).

Únavu dělíme na fyziologickou a patologickou, podle převažující zátěže a příznaků. Perioperační sestry se setkávají se zřetelnou zátěží a následnou únavou v důsledku práce za zvláštních světelných podmínek. Nemůžeme opomenout práci vstoje, kdy dochází ke změnám v držení těla, předsunutí pánve s prohnutím v bederní páteři, asymetrický stoj s následným zešikmením pánve a skoliotické držení páteře. Dolní končetiny jsou zatíženy statickou zátěží. To se následně může projevit poklesem nožní klenby, výskytem vbočených palců (halux vagus), kladívkovými prsty a bolestmi zánártních kostí. Dlouhé stání na místě představuje zátěž pro cévní systém, ovlivňuje především funkci žilního systému dolních končetin ve smyslu omezení zpětného návratu venózní krve. Projeví se otoky a únavou končetin, varixy a křečemi v lýtkovém svalu (15).

Psychická zátěž

Pracovní proces, ve kterém se neustále setkáváme s moderní a stále se vyvíjející přístrojovou technikou, ale bohužel i s přístrojovou technikou zastaralou a ne vždy plně funkční, zvyšuje nároky na duševní činnost a působí tak nepříznivě na psychiku člověka. Z hlediska psychické zátěže posuzujeme nároky na psychické procesy. Jedná se o vnímání, pozornost, paměť, představivost, myšlení a rozhodování. Mezi faktory psychické zátěže u perioperačních sester především patří vnucené tempo, práce pod časovým tlakem, nevhodný režim přestávek, s nímž souvisí nevhodné stravování a práce ve směnném provozu. Je doporučováno, aby během měsíce byly zachovány dva volné víkendy. Hlavním problémem směnných pracovníků je ztráta kontaktu s rodinou a přáteli. Toto se může projevovat následným konfliktem rolí mezi profesním životem s rolí manželky, matky nebo přítelkyně. Mezi další negativní faktory patří chemičtí činitelé. Jde především o dezinfekční a sterilizační roztoky, narkotizační plyny, jejichž působením může docházet k různým alergickým reakcím, někdy i mírným intoxikacím. Mohou vyvolat nežádoucí psychické účinky jako je podrážděnost, únava, bolesti hlavy, poruchy soustředění a spánku. Mezi psychickou zátěž v neposlední řadě patří i interpersonální vztahy. Práce na operačních sálech je vždy mezioborová, setkávají se zde více pracovníků několika oborů. Na vzájemných vztazích, schopnosti a dovednosti komunikovat, řešit různé problémy a situace, závisí atmosféra na daném pracovišti (2,15,27,34).

1.3 Životospráva

Životospráva zahrnuje správnou výživu, dostatečný a kvalitní spánek, správné rozložení zátěže a odpočinku. Důležité je i společenské zázemí. Regenerace nervového systému je závislá na kvalitě i délce spánku. Ve výživě je důležité brát zřetel na složení, množství a pravidelnost přijímané stravy. Pro duševní zdraví je nezbytné usilovat o harmonický život, najít si čas a citové zázemí pro odpočinek. Do správné životosprávy patří i předcházet zátěžovým a stresovým situacím. K udržení a upevnění

dobré tělesné a duševní kondice přispívá pohyb a tělesná práce. Aktivní provozování sportu zvyšuje nejen úroveň tělesné kondice, ale má vliv i na psychiku, tedy sebevědomí a sebehodnocení. Může mít vliv i na posilování sociálních vztahů a vazeb (14).

Do životního stylu patří výživa, pohyb, tabakotizmus, drogy, alkohol a způsoby zvládání stresu, spánek, odpočinek, relaxace. Přejídání, nedostatek pohybu a z toho vyplívající nadměrná hmotnost jsou v úzkém vztahu k chorobám srdce, arterioskleróze, cukrovce a hypertenzi. Nadměrný příjem cukru zvyšuje riziko zubního kazu. Drogy a abúzus alkoholu oslabují tělo a duševní schopnosti. Kouření je dokázanou příčinou rakoviny plic, emfyzému a kardiovaskulárních onemocnění (14).

Zdraví

Z latinského salūs – zdraví, blaho. Ve všech lidských kulturách zdraví zaujímá přední místo v hierarchii hodnot. Je to pojem komplexní povahy, jehož rozměry jsou multidimenzionální s mezioborovým založením. Zdraví umožňuje každému naplnění života, dosažení a udržení stavu spokojenosti a štěstí, také plnohodnotné uplatnění ve společnosti. Vnímání a hodnocení zdraví se odvíjí od mnoha okolností a to věku, pohlaví, socioekonomickému statusu a vzdělání posuzovatelů. Zdravotní stav je vždy výsledkem interakce člověka a prostředí. Podílí se zde rozvoj vědy a techniky se svými důsledky, infrastruktura, ekonomika, průmysl a s nimi související životní styl, přírodní, civilizační i společenské prostředí. V této interakci sehrává velice významnou roli právě životní styl, který zásadně ovlivňuje vývoj zdravotního stavu. Úroveň zdraví je všeobecně uznávaným měřítkem vyspělosti dané společnosti v oblasti medicíny, ekonomiky, politiky, kultury a vzdělání. Zdraví nemůže být chápáno pouze jako cíl, ale jako prostředek k dosažení jiných důležitých cílů (13).

1.3.1 Životní styl

Vymezení tohoto pojmu je velice rozsáhlým a v současné době diskutovaným tématem. S životním stylem úzce souvisí zvyšující se počet civilizačních onemocnění. V 70. letech 20. století byl na základě mnoha provedených výzkumů potvrzen nedoceněný vliv životního prostředí a chování lidí, oproti přeceňování vlivu zdravotnických služeb na zdraví lidí. Postupně vznikala představa o široké podmíněnosti zdraví. Byly vytyčeny čtyři základní, ovlivňující determinanty zdraví. Jsou to faktory osobní, společenské, ekonomické a vliv životního prostředí. Tyto faktory významně ovlivňují a určují zdravotní stav jedince, skupiny nebo společnosti. Vliv genetických faktorů 20 %, úroveň a dostupnost poskytované zdravotní péče 10 %, životní prostředí a sociální vlivy 20 %, 50 % zaujímá právě životní styl. Řadíme jej mezi klíčové determinanty zdraví, jehož hlavní dimenze, kde je zařazena výživa, fyzická aktivita, vykonaná práce, duševní pohoda, vztahy s okolím, způsob zvládnání, adaptabilita stresu a zátěže, sexuální aktivita, možné závislosti. Všechny tyto faktory zásadně ovlivňují vývoj zdravotního stavu (11,13).

1.3.2 Stravovací návyky

Pitný režim

Bez vody není život. Lidské tělo je tvořeno z 55-65 % vody. Tekutiny jsou pro člověka velmi důležitou složkou potravy. Za normálních okolností je příjem i výdej tekutin v rovnováze. Při mírné aktivitě a přiměřené teplotě vypije dospělý člověk asi 1500 ml tekutin denně. Dalších 1000 ml přijímá v potravě. S přibývajícím věkem obsah vody v organismu klesá. Voda se v organismu podílí na důležitých procesech. Především je součástí všech buněk v těle, ty mohou vykonávat své funkce pouze s jejím dostatkem. Voda je základním prvkem chemických, biologických a mechanických

funkcí v organismu. Podílí se na termoregulaci organismu. Je nositelem výživných látek, endogenních složek a látek z trávicího ústrojí. Je základní složkou cirkulujících tekutin, umožňuje vylučování zplodin látkové výměny. Voda je rozpouštědlem pro řadu životu nezbytných látek a umožňuje tak vstřebávání živin, iontů a vitaminů rozpustných ve vodě. Pokud nemá organismus dostatečné množství tekutin, dochází k dehydrataci. Prvním projevem nedostatečného příjmu tekutin je pocit žízně. Při dlouhodobějším nedostatku se mohou dostavit bolesti hlavy, únava, podrážděnost a pokles fyzického výkonu. Hrozí i riziko rozvoje obezity (14,15,23).

Nezáleží pouze na přijatých tekutinách, ale i na jejich kvalitě. Káva a alkohol organismus dehydratují. Velice nevhodné je popíjení coca - colových nápojů a slazených limonád, k pravidelné konzumaci nejsou vhodné ani silné minerální vody. Pro pitný režim jsou doporučovány minerální vody s mineralizací do 1000 mg/l. Je důležité, aby obsahovaly vyvážený poměr minerálů, které mohou přispívat k vylepšení minerální bilance organismu (26).

Pokud perioperační sestry asistují u časově náročnějšího výkonu, nemají možnost pravidelných přestávek tedy ani příjmu tekutin. Jelikož jsou navíc v klimatizovaném a suchém prostředí oblečeny do sterilního pláště, čepice, ústenky a na ruku mají gumové rukavice. Může tedy docházet k dehydrataci, únavě až kolapsovým stavům (27).

Výživa

Výživa - nutrice má dominantní postavení mezi faktory životního prostředí, které ovlivňují zdravotní stav jedince a následně celé společnosti. S vývojem společnosti, změnami životních podmínek a stylu postupně dochází ke změnám ve stravování a stravovacích návycích. Prehistorický člověk žil celý život na pokraji hladu. Živil se především vlákninou, kořínky a listy. Příjem masa z divokých zvířat byl velice omezený. Nyní jsou potraviny v obchodních řetězcích v nadbytku, ne všechny však odpovídají svým složením zdravé výživě.

Příjem potravy a stolování, pokud probíhá v přátelském ovzduší, je většinou příjemnou záležitostí. Prostředí a atmosféra, kde se stravujeme, dokresluje zážitek z jídla. Příjem potravy a pocit sytosti je většinou doprovázen pozitivními emocemi. Správná výživa dodává organismu energii a látky důležité pro jeho stavbu a funkci. Vždy se jedná o vzájemné působení mezi potravou, kterou přijímáme a organismem. Potřeba výživy je primární potřebou člověka a je nezbytným předpokladem udržování homeostázy organismu. Různými studiemi byla prokázána souvislost mezi stravovacími návyky, životním stylem a zdravotním stavem. Ideální strava by měla obsahovat vyvážený příjem základních živin. Živiny jsou organické a anorganické látky, které jsou obsaženy v potravě a jsou nezbytné pro správnou funkci organismu. Základní složky potravy jsou voda, sacharidy, bílkoviny, tuky, vitamíny a minerály. Živiny plní tři základní funkce. Především dodávají energii, jsou stavebním materiálem pro buňky a regulují tělesné procesy. Mezi největší odběratele energie přiváděné v potravě patří mozek, játra, ledviny a myokard. Při tělesné aktivitě je to především kosterní svalstvo. Po vyplavení inzulínu dochází k ukládání zásobních živin. Jedná se především o glykogen a tělesný protein. Představují bezprostřední zásobárnu energie, kterou je možné během hladovění nebo stresu mobilizovat a použít. Smyslem energetických rezerv je zajištění energetických substrátů pro buňky v období, kdy není zabezpečen jejich přísun ze zevního prostředí (14, 31).

Fořt zdůrazňuje, jak je důležitá vyvážená strava a různost výživových stylů s respektem na individuální potřeby jednotlivce. Neopomíjí ani závislost na fyzické aktivitě, aktuálním zdravotním stavu a genetických dispozicích, věku a pohlaví. „Neexistuje univerzální typ zdravého stravování, existují však nezbytné podmínky k naplnění pojmu zdravá výživa.“ (9,s.48)

Spánek

Spánek je definován jako aktivní děj charakterizovaný minimální fyzickou aktivitou, různou úrovní vědomí, změnami fyziologických funkcí a sníženou odpovědí na vnější podněty. Tato změna vědomí je fyziologická.

Spánek stejně jako odpočinek jsou nezbytnými předpoklady pro zachování a udržení tělesného i duševního zdraví. Patří mezi základní lidské potřeby. Pro organismus má ochranný a regenerační význam. Kvalitní spánek napomáhá k udržení normálních funkcí centrálního nervového systému a představuje ochranný mechanismus před vyčerpáním. Potřeba spánku je velice individuální, řídí ji melatonin, je závislá na mnoha okolních faktorech, denních aktivitách člověka, na věku i na fyziologickém stavu organismu. Uvádí se, že prospíme jednu třetinu života. S měnícím se životním stylem dne spíme v průměru o dvě hodiny méně než na začátku minulého století. Pro spánek je typické střídání jednotlivých spánkových fází REM a non-REM spánku. Po usnutí spíme spánkem synchronním, kdy je zcela utlumena činnost mozku. Poté následuje spánek paradoxní, je charakteristický rychlými pohyby očí, tělo je utlumené, svalstvo ochablé, látková výměna zpomalená, zdají se sny a mozek pracuje. Pro správnou funkci mozku je spánek nezbytný. Mozek potřebuje fázi REM k utřídění informací a uložení vzpomínek. Fáze spánku se pravidelně střídají, jeden cyklus trvá přibližně 90 minut. Pokud chceme, aby si člověk v noci odpočinul, měl by absolvovat asi šest těchto cyklů. Spát bychom měli minimálně sedm hodin denně (14,31,36).

Pokud je spánek po stránce kvalitativní i kvantitativní nedostačující, projeví se to následně na celkovém stavu organismu. Ráno vstáváme neodpočnutí, unavení, během dne jsme zpravidla podráždění, vyčerpání, ospalý a nepozorní (26).

U sester, které vykonávají noční práci, dochází k narušení přirozené biorytmicity, tedy změny fází práce, spánku a stravování. Je změněna pohotovost k tělesné i duševní práci. Narušení biorytmů v kombinaci s únavou a nedostatkem spánku může mít za následek selhání, pracovní úraz, chyby především v časných ranních hodinách. Výkonné minimum je okolo třetí hodiny ráno (15,36).

Odpočinek

Odpočinek znamená především klid, relaxaci bez emočního stresu, uvolnění napětí a úzkosti. Odpočinek nechápeme jako inaktivitu. Klid a pohoda jsou spojovány s prostředím a činnostmi, které chceme vykonávat. Ovlivňují prožívání člověka, navozují pozitivní emoce (14,31).

Perioperační sestra je po odpracované službě vyčerpána fyzicky i psychicky. Potřeba odpočinku a načerpání nových sil je více než žádoucí.

„Nejde o odpočinek pasivní, nýbrž o umění uvolnit se a najít protiklad k tomu, čím se zabývá celý den. Proto má mít každý člověk upřímnou snahu hledat to, co je v životě hezké, umět se radovat, vnímat prostou krásu všedních dní a všechno, co získá, předávat druhým.“ (2, s.26)

Sestry by měly především pečovat o sebe, o své zdraví, o vzhled, správné, pravidelné stravování, ale hlavně o duševní a o tělesný život. Je všeobecně známo, že fyzické i psychické prožívání člověka jsou ve vzájemné interakci. Myšlenky na negativní věci nás deprimují, ničí nám duši a negativně dokreslují výraz v obličejí. Naštěstí platí i opak, pozitivní myšlení se projeví nejen na výrazu obličejí, ale i na postoji a celkovém životním ladění (16).

Pod pojmem odpočinek se každému z nás vybaví něco jiného. Někdy je to spánek a tím splacení spánkového dluhu, jindy vycházka do přírody, četba knih, návštěva divadla nebo kina. Velice důležitá jsou setkání se širší rodinou, přáteli a dobrými známými. Důležité jsou i záliby a sport. Pojem „aktivní odpočinek“ se týká nejen tělesného, ale i psychického cvičení. Existují kurzy cvičení paměti a mozkového joggingu, kam patří i čtení odborné literatury či luštění křížovek. Studie poukazují na to, že ten, kdo nechává mozek zahálet, daleko rychleji stárne (16,17,19).

„Je všeobecně známo, že člověk, který se cítí dobře fyzicky, lépe překonává překážky a má lepší náladu a chuť do práce. A to je právě to, co perioperační sestra potřebuje.“ (2,s.26)

Důležitá je motivace založena na zájmu a znalostech náplně tohoto povolání. Člověku nestačí pouze tělesná kondice, aby mohl naslouchat druhým a zároveň překonávat vlastní únavu a bolest, ale potřebuje i obrovskou dávku osobní poctivosti. Sám se musí postarat o to, aby měl co rozdávat (2).

Relaxace a wellness

Relaxace znamená uvolnění, jde především o uvolnění svalové. V širším pojetí jde o uvolnění všech napětí. Umění uvolnit se, je stejně důležité, jako umět se soustředit na práci. Pojem wellness formuloval dr. Cooper, v překladu znamená cvičení pro zdraví. Stanovil základní podmínky aerobních aktivit zahrnujících i zdravou výživu. Jde o formulaci méně náročných modelů fyzické a sportovní aktivity jako prevence zvýšeného rizika zranění v důsledku chronického přetěžování (9).

Wellness má pozitivní vliv na kvalitní spánek, absence problémů s usínáním. Pravidelné cvičení snižuje riziko oběhových chorob. Člověk se stává odolnějším proti stresu a zmenší se riziko vzniku úzkosti a deprese. Pozitivním prvkem cvičení je také vyšší sebedůvěra a uspokojení z vlastního image. V neposlední řadě wellness přináší zlepšení kvality života a s tím spojená pravděpodobnost dosažení vyššího věku (9).

Význam cvičení nesmí být přeceňován ani podceňován. Cvičení má probíhat v aerobní rovině, jinak na náš organismus negativně působí zplodiny metabolismu, katabolity. Ty jsou pro náš organismus toxické. Cvičení, tedy fyzická aktivita (především ta náročnější), je prospěšná pouze za předpokladu dokonalé ochrany a správné regenerace. Rekreační i kondiční sport je velice prospěšná aktivita, může však přinést i komplikace v podobě zranění. Podmínkou všech sportovních aktivit je jejich bezpečnost. Je to cesta k udržení a podpoře zdraví (9).

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle výzkumu

1. Zmapovat životní styl perioperačních sester.
2. Zjistit fyzické i psychické zatížení perioperačních sester.
3. Zjistit, jak perioperační sestry relaxují.

2.2 Hypotézy

1. Perioperační sestry znají zásady zdravé životosprávy.
2. Perioperační sestry dodržují zdravý životní styl.
3. Výkon specializace perioperační sestry je psychicky náročný
4. Výkon specializace perioperační sestry je fyzicky náročný
5. Perioperační sestry zneužívají tabákové výrobky.
6. Perioperační sestry dodržují pravidelné přestávky na odpočinek.

3. Metodika

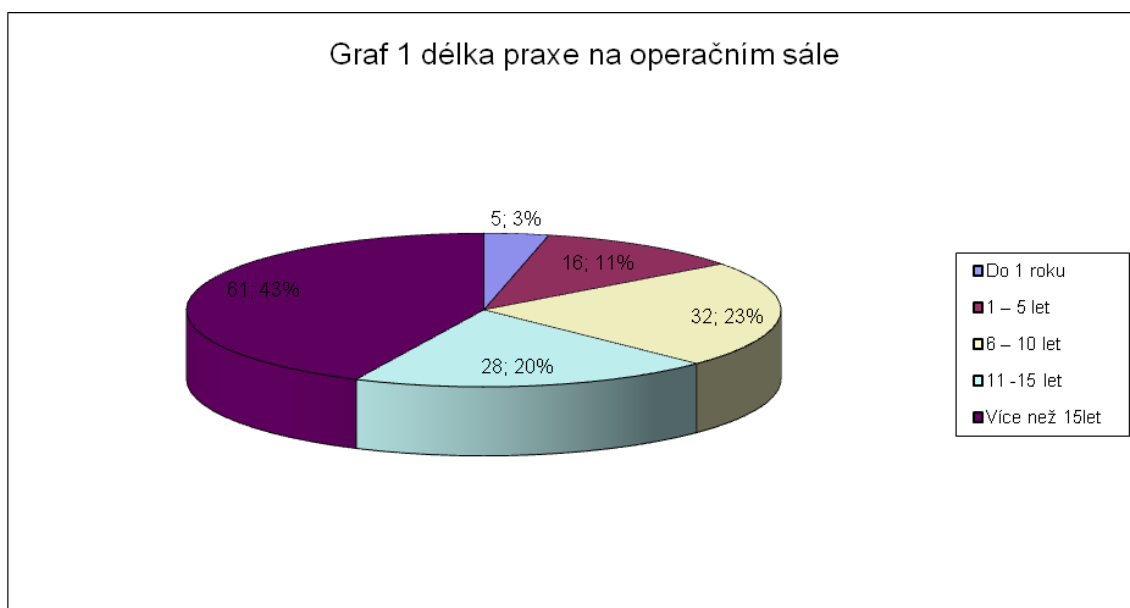
3.1 Metodika

K naplnění cílů bakalářské práce na téma Výkon specializace perioperační sestry a její vliv na životosprávu sester bylo využito kvantitativní výzkumné šetření metodou dotazníku. Dotazník obsahoval 14 uzavřených otázek a tři tabulky. Otevřené a polootevřené otázky nebyly využity. Dotazníkovému šetření předcházela pilotáž, kdy jsme ověřili, zda sestry otázkám v dotazníku rozumějí. Výzkum byl proveden ve třech nemocnicích fakultního typu a dalších pěti nemocnicích v Praze. Výzkumné šetření na těchto pracovištích probíhalo v měsíci únoru a březnu 2010.

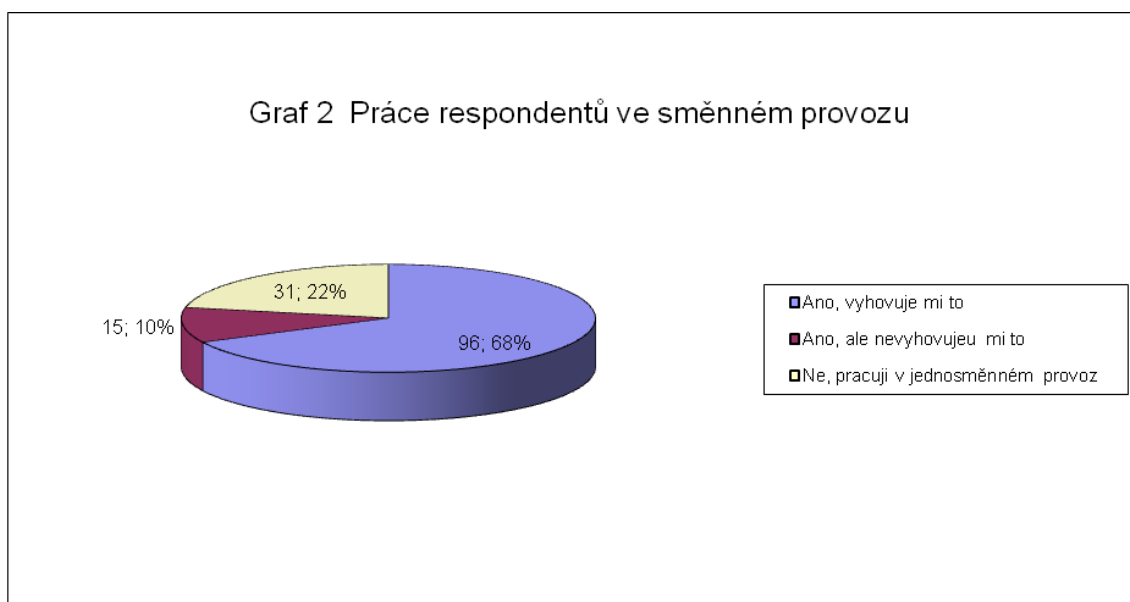
3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořily perioperační sestry pracující na operačních sálech chirurgie, traumatologie, ortopedie, neurochirurgie, urologie, plastické chirurgie a gynekologie z nemocničních zařízení v Praze. Bylo rozdáno 160 dotazníků, 145 dotazníků se vrátilo. Z toho byly 3 vyloučeny pro neúplnost, také z výzkumného souboru byly vyřazeny dotazníky od sester, které nepracují na operačních sálech. K analýze dat jsme využili 142 dotazníků, což je 88,75 % návratnost.

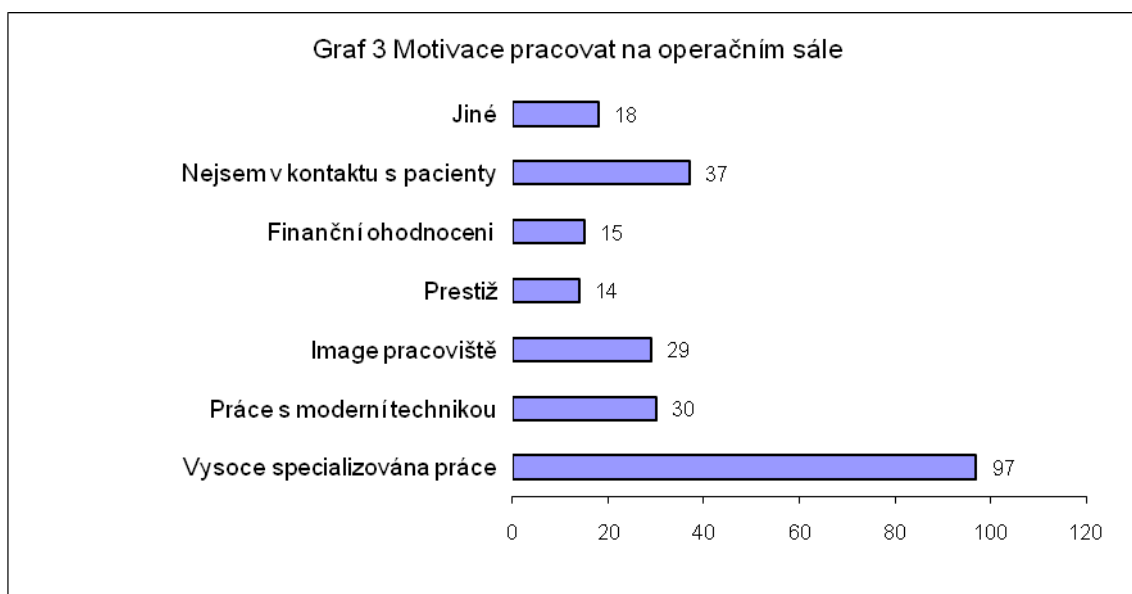
4. Výsledky



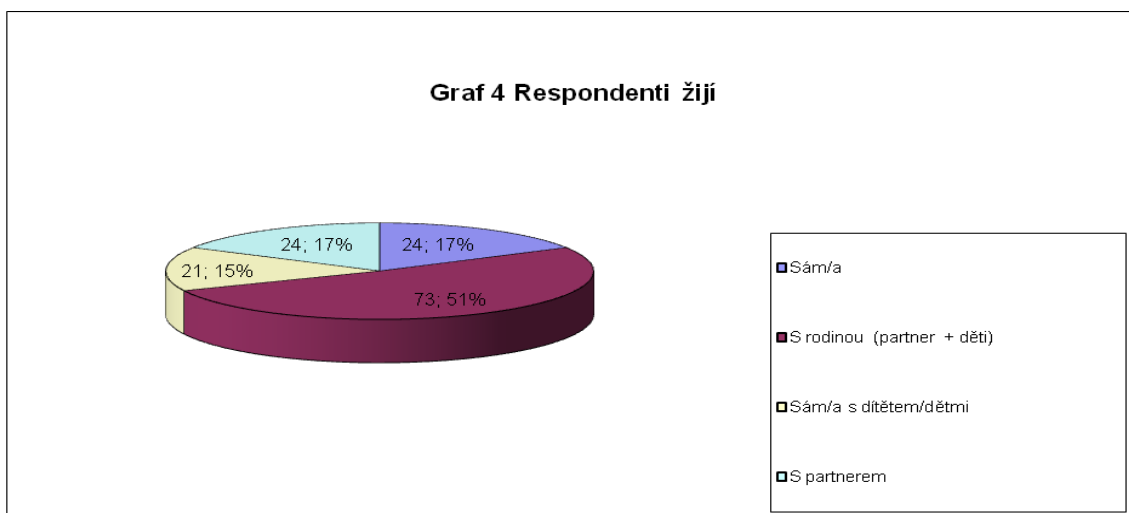
Graf 1: Z grafu 1 vyplývá, že 43 % (61) respondentek pracují jako perioperační sestry více než 15 let, 23 % (32) respondentek pracuje na operačním sále 6 až 10 let, 20 % (28) respondentek 11 až 15 let a 11 % (16) respondentek pracuje na operačním sále 1 až 5 let. 3 % (5) respondentek pracují jako perioperační sestry do jednoho roku.



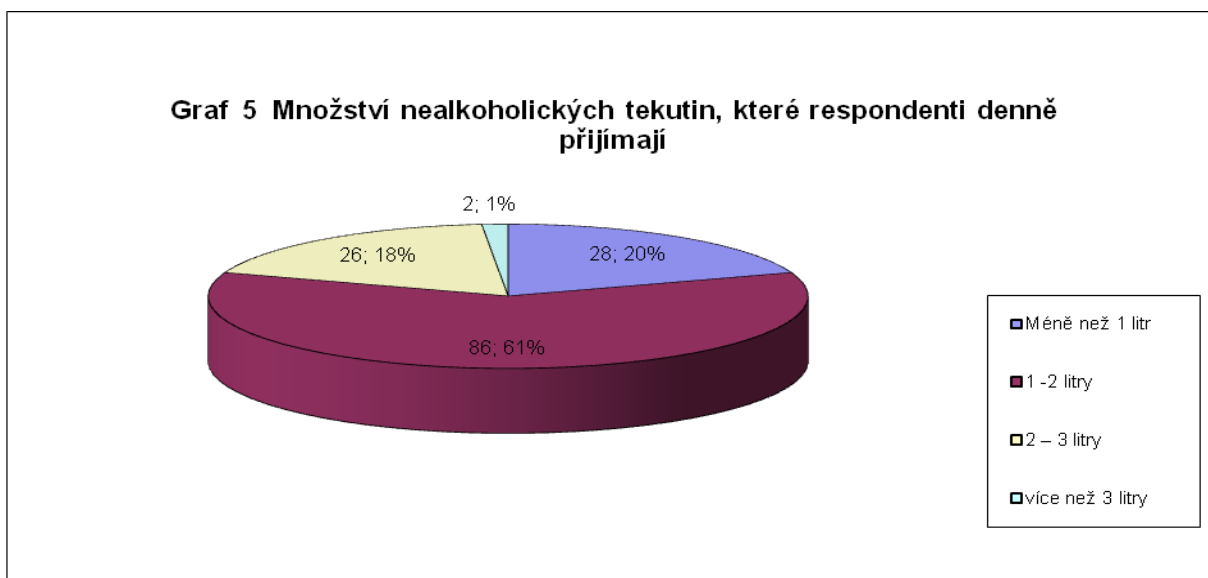
Graf 2: Z grafu 2 vyplývá, že 68 % (96) respondentů pracují ve směnném provozu a vyhovuje jim to, 22 % (31) respondentů pracuje v jednosměnném provozu, 10 % (15) respondentů pracuje ve směnném provozu, ale nevyhovuje jim to.



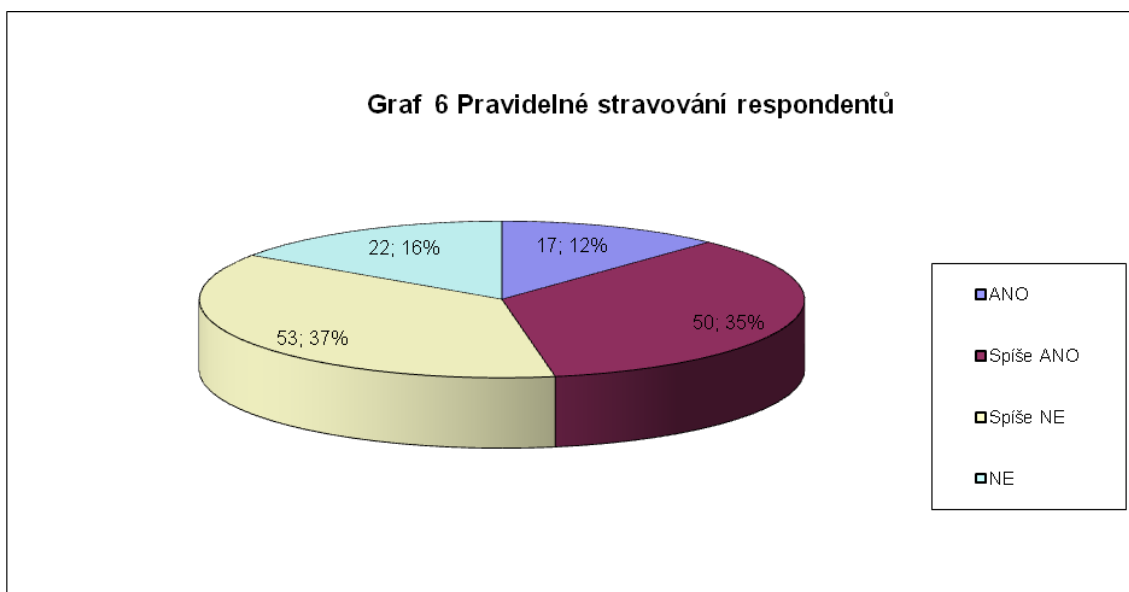
Graf 3: Na tuto otázku mohli respondenti volit více odpovědí. 97 respondentek motivuje vysoce specializovaná práce na operačním sále, pro 37 respondentek je přínosné, že nejsou v kontaktu s pacienty, pro 30 respondentek je motivující práce s moderní technikou, 29 respondentek upřednostňuje image pracoviště, 18 respondentek volilo jinou odpověď. Mezi jiné respondenty uváděly dobrý kolektiv, baví mě to, 15 respondentek motivuje finanční ohodnocení a 14 respondentek vysoká prestiž pracoviště.



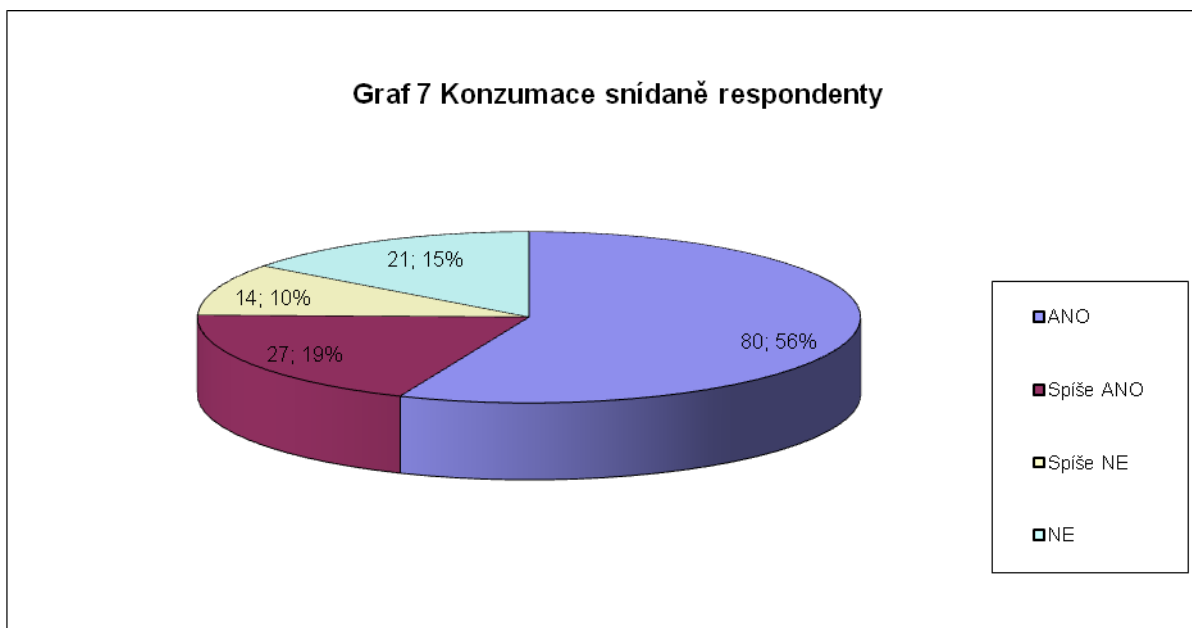
Graf 4: Z grafu 4 vyplývá, že 51 % (73) respondentů žije s partnerem a dětmi, 17 % (24) respondentů žijí sami, a zcela shodný počet respondentů 17 % (24) žije s partnerem, 15 % (21) respondentů žijí sami s dítětem či dětmi.



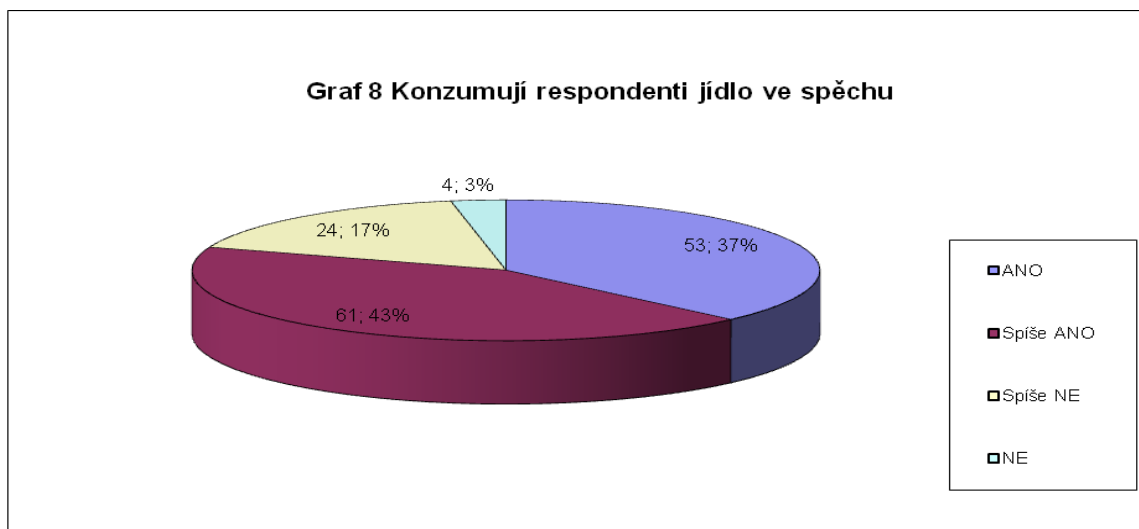
Graf 5: Graf 5 znázorňuje odpovědi na otázku jaké množství tekutin přijme respondent denně. 61 % (86) respondentů konzumuje denně 1 – 2 litry tekutin, 20 % (28) respondentů konzumuje méně než jeden litr tekutin denně, 18 % (26) respondentů konzumuje 2 – 3 litry denně a 1 % (2) konzumuje více než 3 litry tekutin za den.



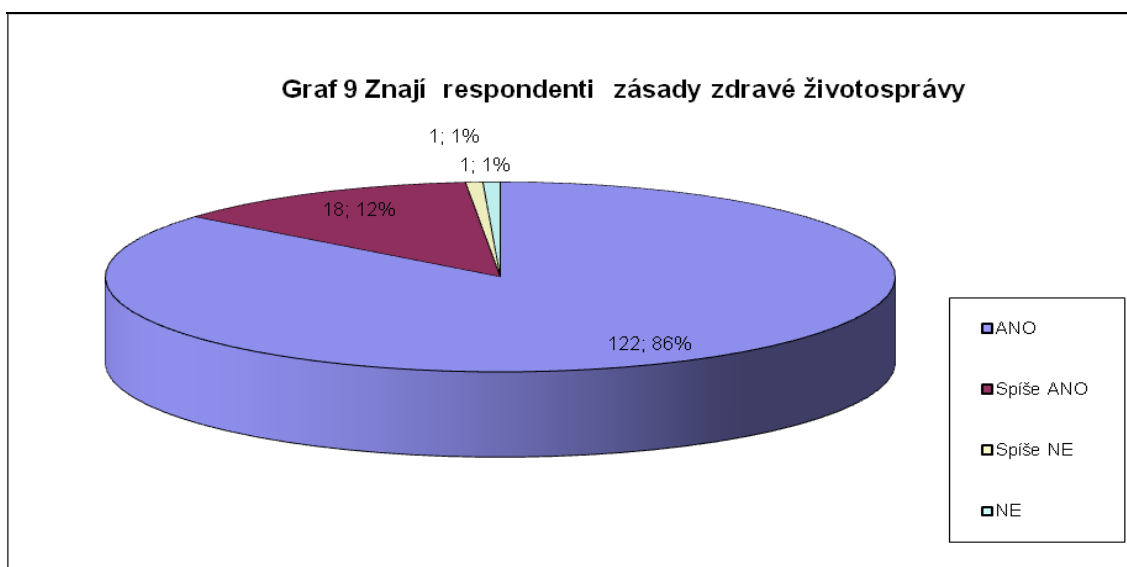
Graf 6: Graf 6 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku, zda se respondent pravidelně stravuje. 37 % (53) respondentů uvádí, že jejich stravování je spíše nepravidelné, 35 % (50) respondentů uvedlo, že jejich stravování je spíše pravidelné, 16 % (22) respondentů se stravuje zcela nepravidelně a 12 % (17) respondentů se stravuje pravidelně.



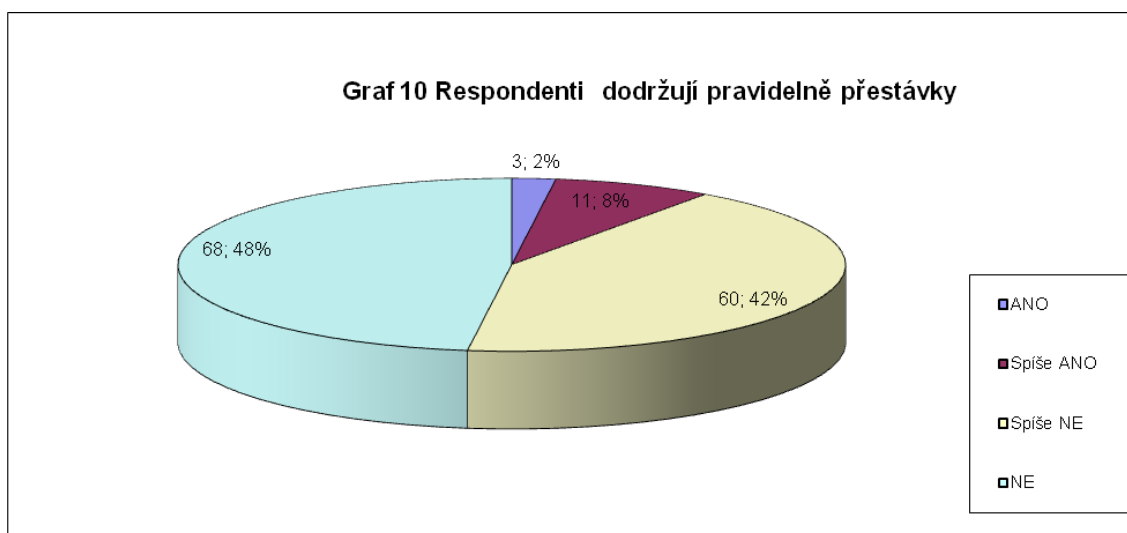
Graf 7: Z grafu 7 vyplývá, že 56 % (80) respondentů snídá, 19 % (27) respondentů spíše snídá, 15 % (21) respondentů vůbec nesnídá a 10 % (14) respondentů spíše nesnídá.



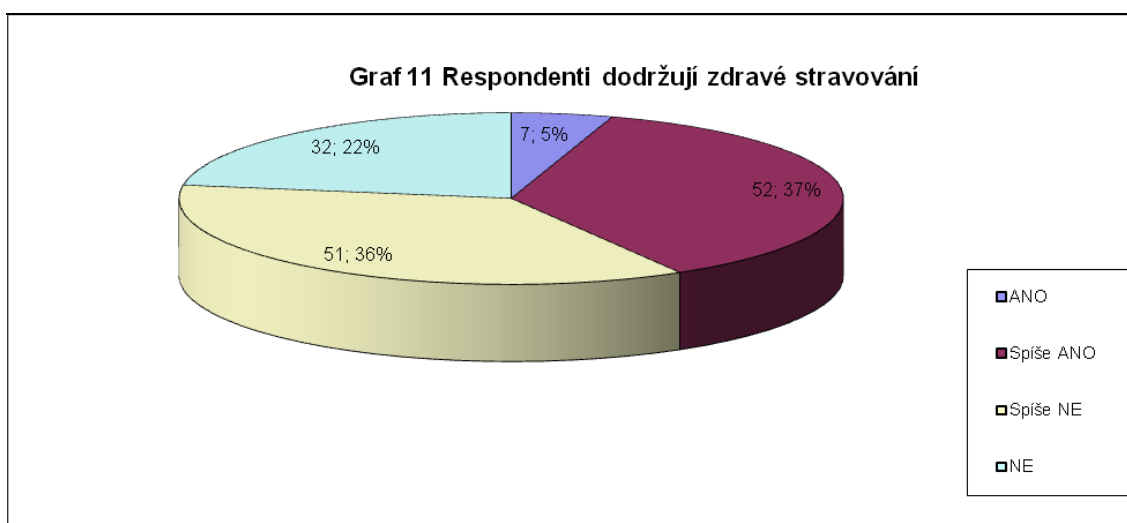
Graf 8: Na otázku, zda-li konzumují respondenti jídlo ve spěchu, odpovědělo 43 % (61) respondentů, že spíše ano, 37 % (53) respondentů konzumuje jídlo ve spěchu, 17 % (24) respondentů jídlo ve spěchu spíše nekonzumuje a 3 % (4) respondentů nekonzumují jídlo ve spěchu.



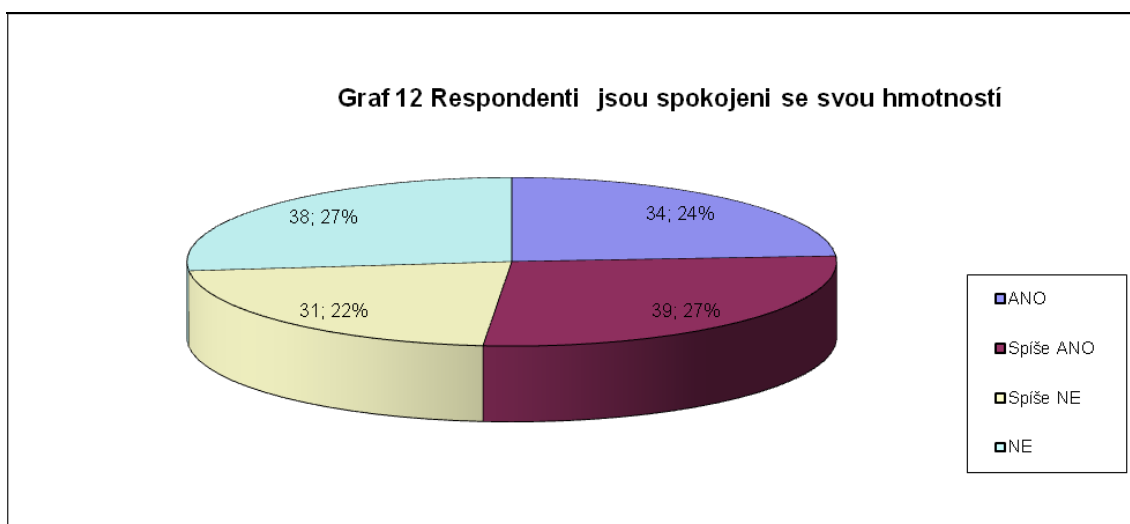
Graf 9: Graf 9 znázorňuje odpovědi na otázku, zda respondenti znají zásady zdravé životosprávy. 86 % (122) respondentů uvedlo, že zásady zdravé životosprávy znají, 12 % (18) respondentů spíše znají zásady životosprávy a shodný počet 1 % (1) respondentů nezná a spíše nezná tyto zásady.



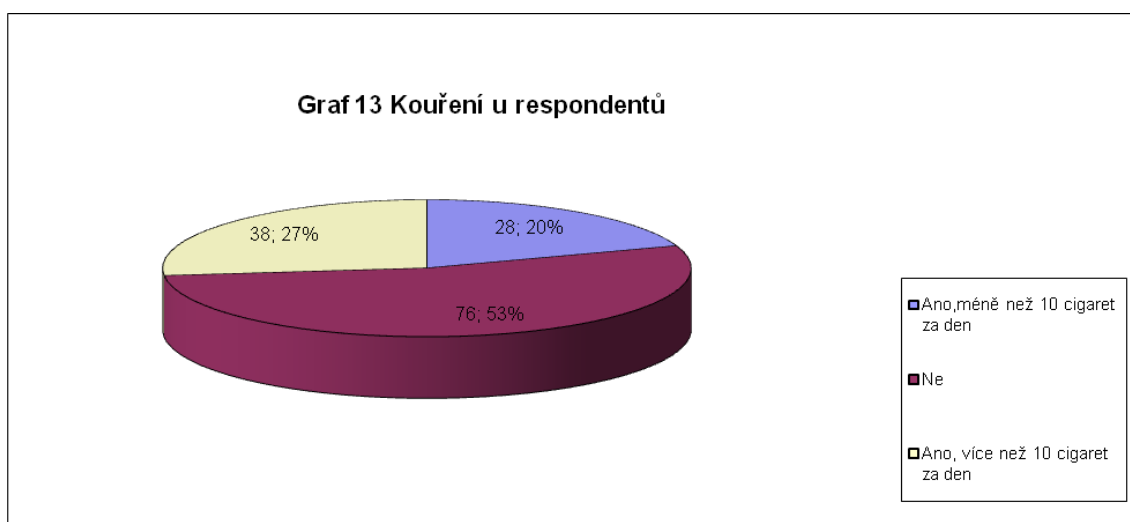
Graf 10: Z grafu 10 vyplývá, že 48 % (68) respondentů nedodržuje pravidelné přestávky na odpočinek, 42 % (60) respondentů spíše nedodržuje pravidelné přestávky, 8 % (11) respondentů spíše dodržuje pravidelné přestávky a 2 % (3) respondentů dodržují pravidelně přestávky.



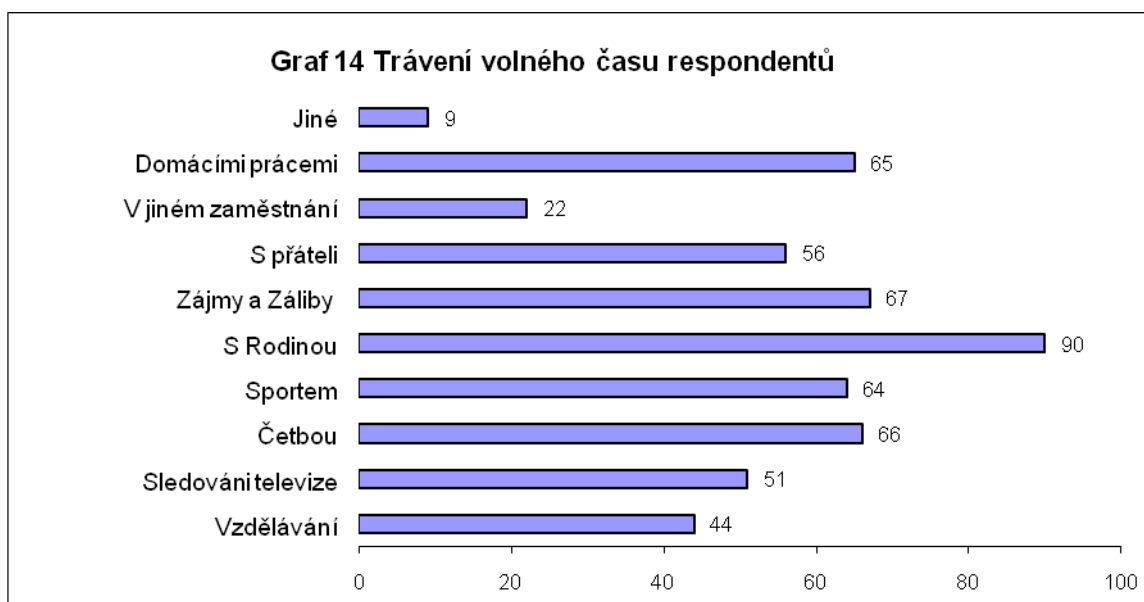
Graf 11: Graf 11 znázorňuje odpovědi na otázku, zda-li dodržují respondenti zdravé stravování. 37 % (52) respondentů uvádí, že spíše dodržuje zdravé stravování, 36 % (51) respondentů spíše nedoržuje zásady zdravého stravování, 22 % (32) respondentů nedodržuje vůbec zdravé stravování a 5 % (7) respondentů dodržují zdravé stravování.



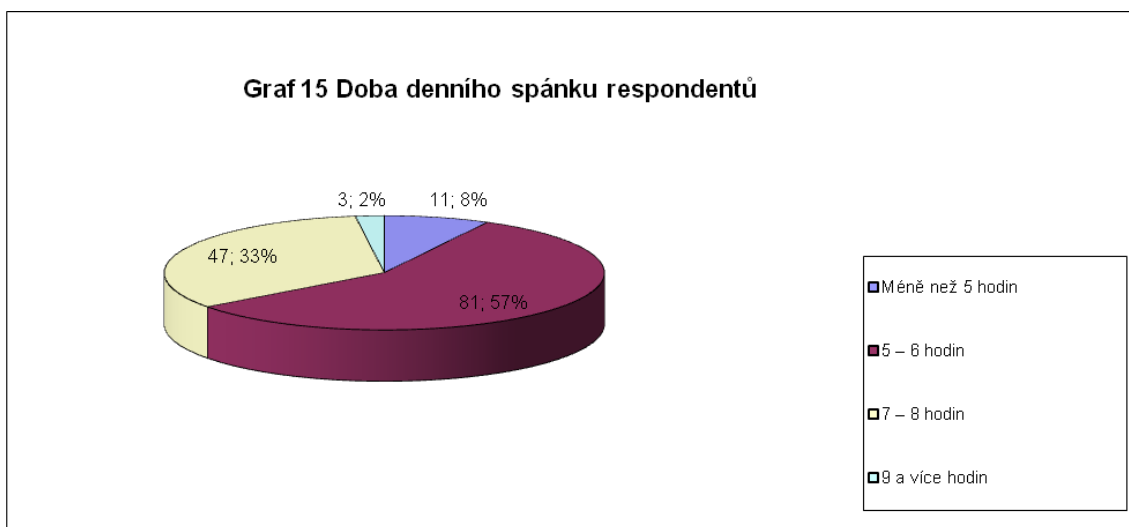
Graf 12: Z grafu 12 vyplývá, že 27 % (39) respondentů je spíše spokojeno se svou hmotností, 27 % (38) respondentů není spokojeno, 24 % (34) respondentů je zcela spokojeno se svou hmotností a 22 % (31) respondentů je spíše nespokojeno s hmotností.



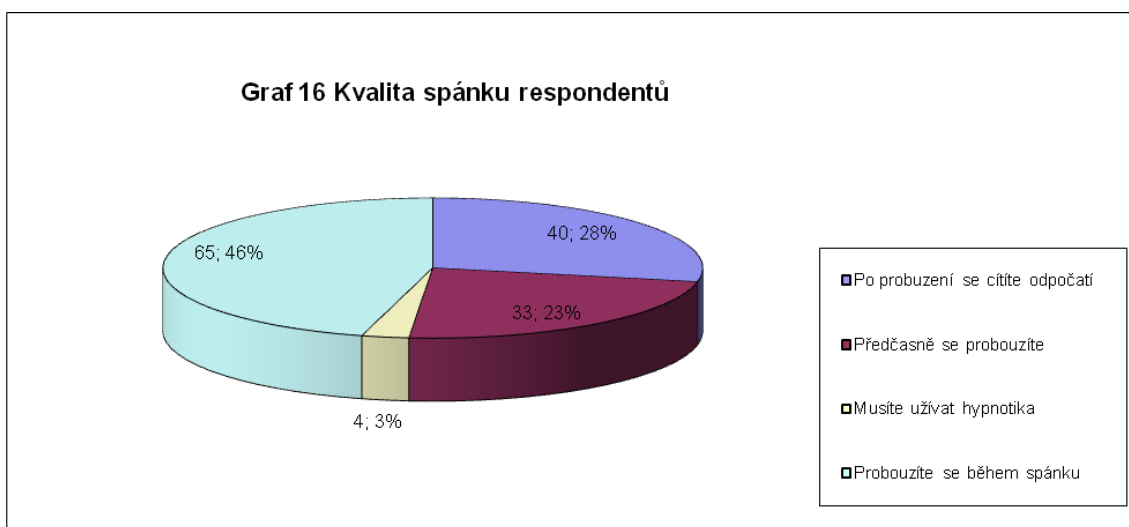
Graf 13: Graf znázorňuje odpovědi na otázku, zda perioperační sestry kouří. 53 % (76) sester nekouří, 27 % (38) sester kouří více než 10 cigaret denně, 20 % (28) sester kouří méně než 10 cigaret za den.



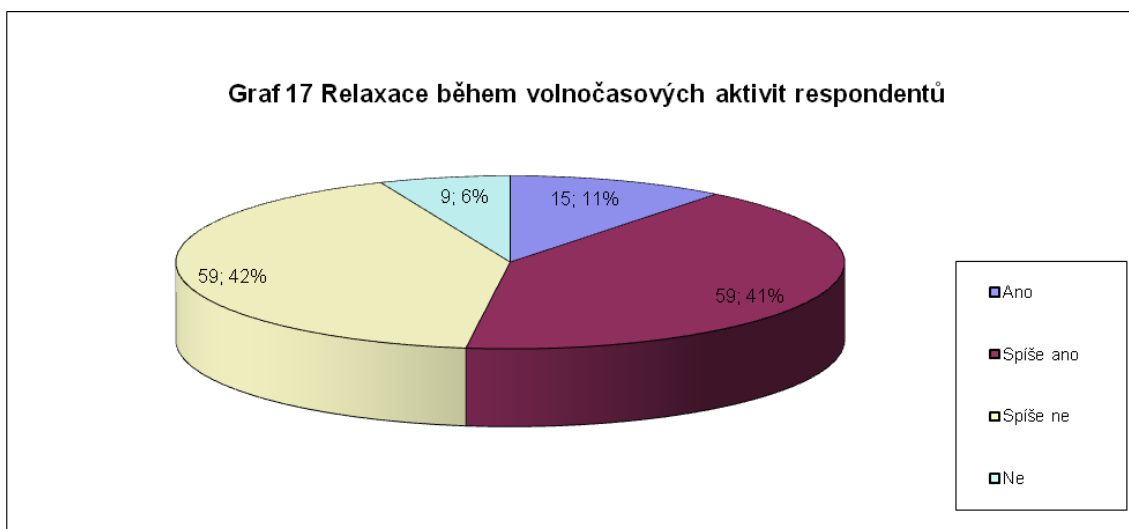
Graf 14: Na otázku trávení volného času mohli respondenti volit více odpovědí. 90 respondentů je ve volném čase s rodinou, 67 respondentů se věnuje zájmům a zálibám, 66 respondentů ve volném čase čte, 65 respondentů se věnuje domácím pracem, 64 respondentů ve volném čase sportuje, 56 respondentů tráví čas s přáteli, 51 respondentů sleduje televizi, 44 respondentů se ve volném čase vzdělává, 22 respondentů pracuje v jiném zaměstnání a 9 uvedlo jinou variantu (spánek).



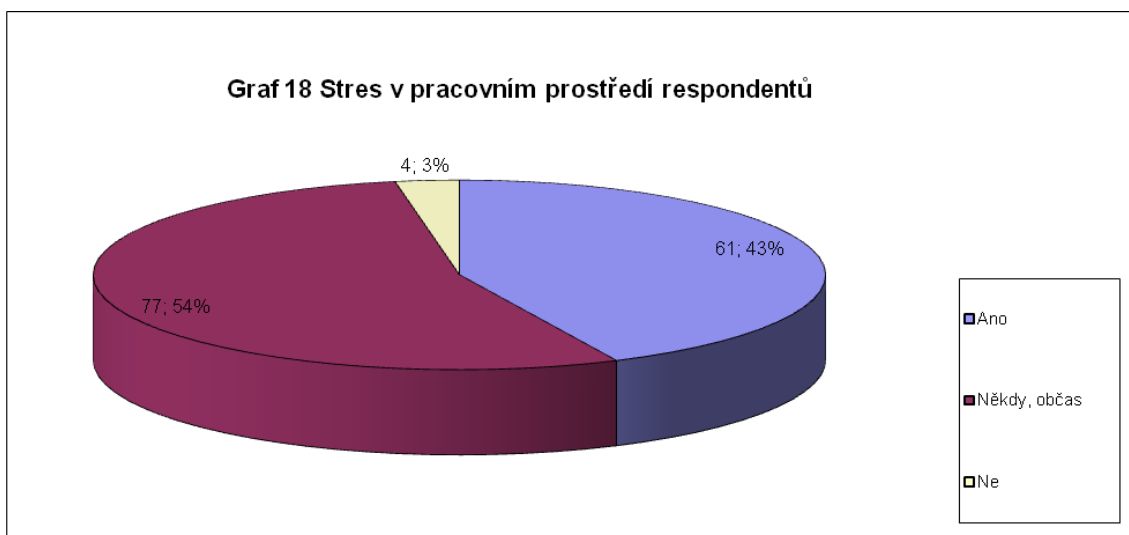
Graf 15: Z grafu vyplývá, že 57 % (81) respondentů spí 5 – 6 hodin denně, 33 % (47) respondentů spí 7 – 8 hodin denně, 8 % (11) respondentů spí méně než 5 hodin denně a 2 % (3) respondentů spí více než 9 hodin denně.



Graf 16: Graf znázorňuje kvalitu spánku respondentů. 46 % (65) respondentů se probouzí během spánku, 28 % (40) respondentů se po probuzení cítí odpočatě, 23 % (33) respondentů se předčasně probouzí a 3 % (4) respondentů musí před spaním užívat hypnotika.



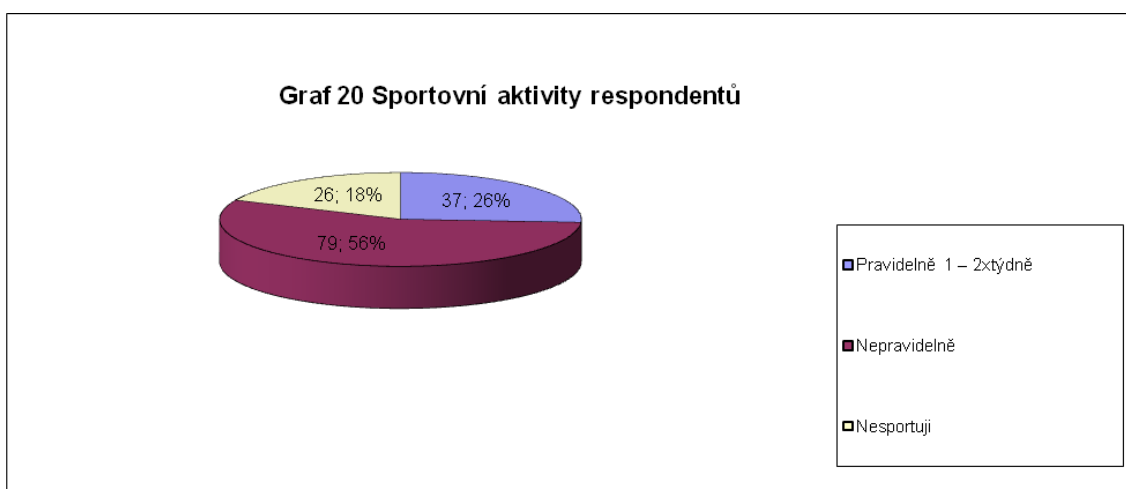
Graf 17: Graf 17 znázorňuje odpovědi na otázku, zda respondenti ve volném čase dostatečně relaxují. 42 % (59) respondentů uvádí, že spíše nerelaxují, 41 % (59) respondentů ve volném čase spíše relaxují, 11 % (15) respondentů relaxuje a 6 % (9) respondentů uvedlo, že během svého volného času dostatečně nerelaxuje.



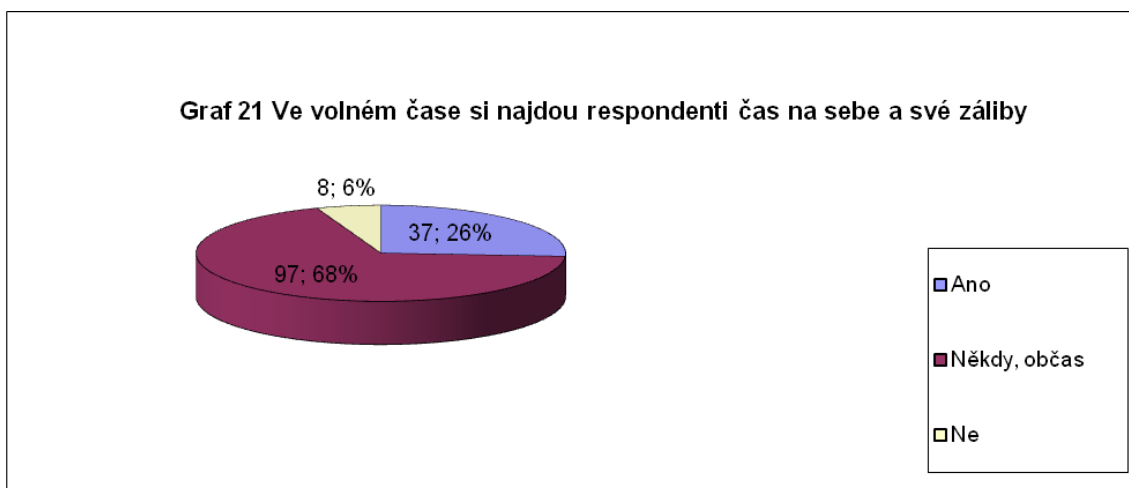
Graf 18: Z grafu vyplývá, že 54 % (77) respondentů vnímá své pracovní prostředí jako někdy (občas) stresující, 43 % (61) respondentů si myslí že jejich pracovní prostředí je stresující, 3 % (4) respondentů nevnímají své pracovní prostředí jako stresující.



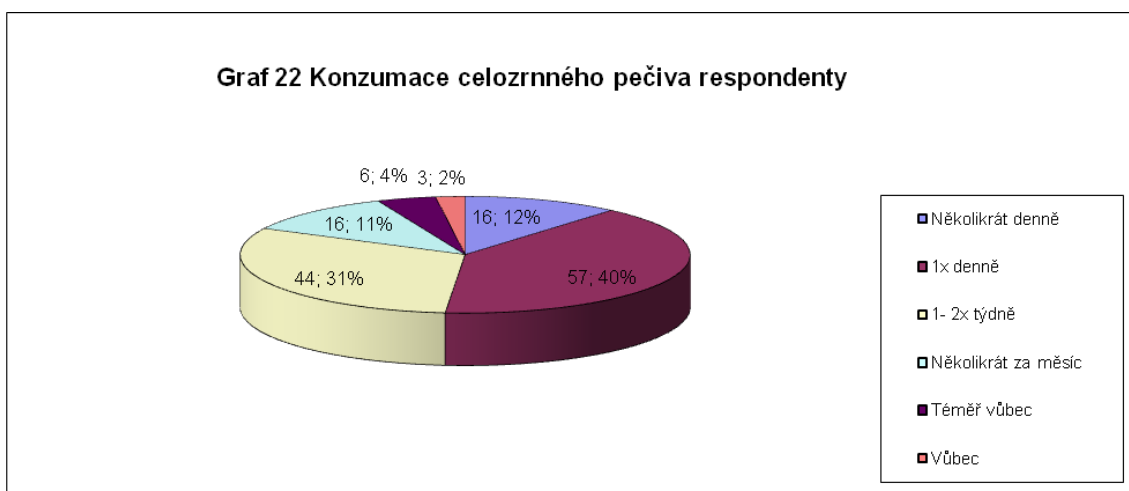
Graf 19: Na tuto otázku mohli respondenti zvolit více odpovědí. Pro 89 respondentů je stresující pracovní vypětí, 81 respondentů označilo jako stresující faktor interpersonální vztahy, 59 respondentů pociťuje stresující odpovědnost a 7 respondentů označilo jiné faktory. Mezi jiné respondentky uváděly například hluk, klimatizace.



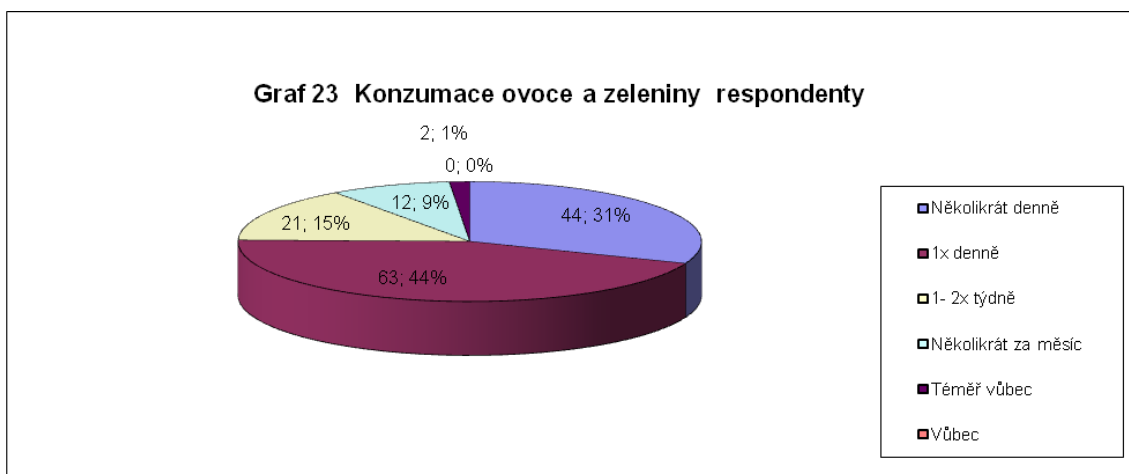
Graf 20: Graf znázorňuje sportovní aktivity respondentů. 56 % (79) respondentů uvedlo, že sportuje nepravidelně, 26 % (37) respondentů sportuje pravidelně 1 -2x týdně, 18 % (26) respondentů nesportuje.



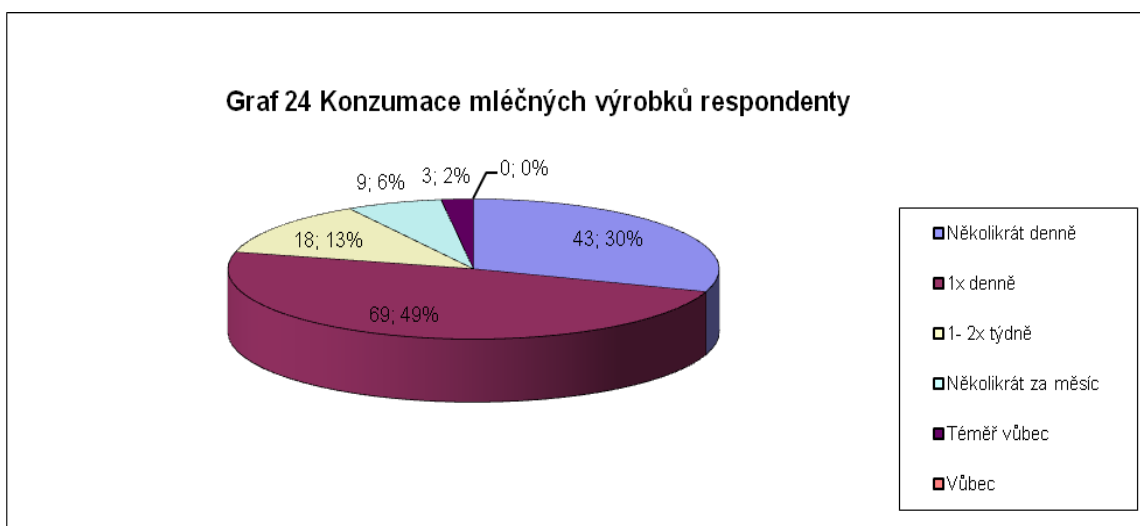
Graf 21: Graf 21 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku, zda si pravidelně najdou čas na sebe a své záliby. 68 % (97) respondentů uvedlo někdy (občas), 26 % (37) respondentů si čas najde a 6 % (8) respondentů uvádí, že si pravidelně čas na sebe a své záliby nenajdou.



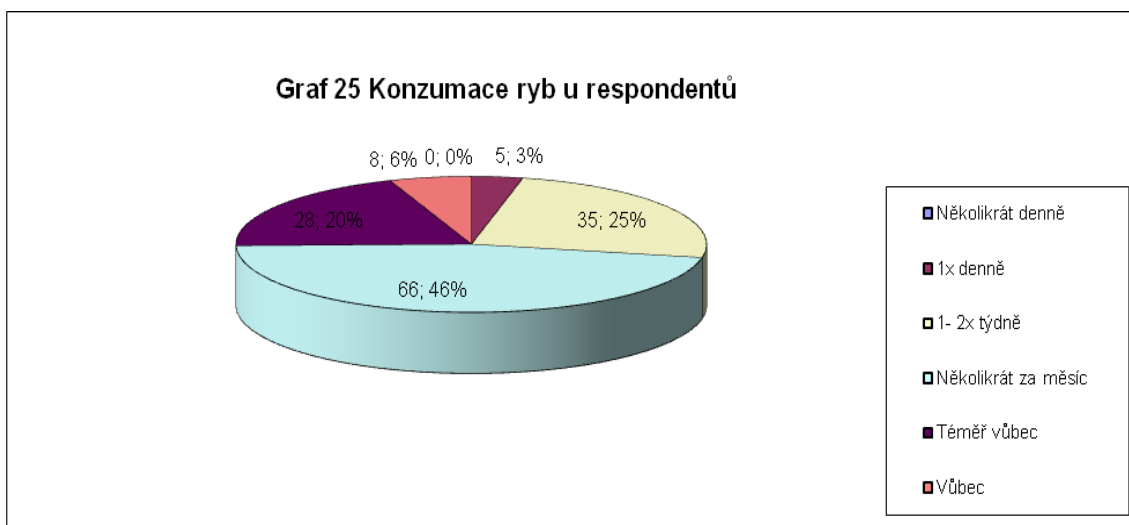
Graf 22: Z grafu 22 vyplývá, že 40 % (57) respondentů konzumuje celozrnné pečivo 1x denně, 31 % (44) respondentů 1 – 2x týdně, 12 % (16) respondentů několikrát denně, 11 % (16) respondentů konzumuje celozrnné pečivo několikrát za měsíc, 4 % (6) respondentů téměř vůbec a 2 % (3) respondenti nekonzumují celozrnné pečivo vůbec.



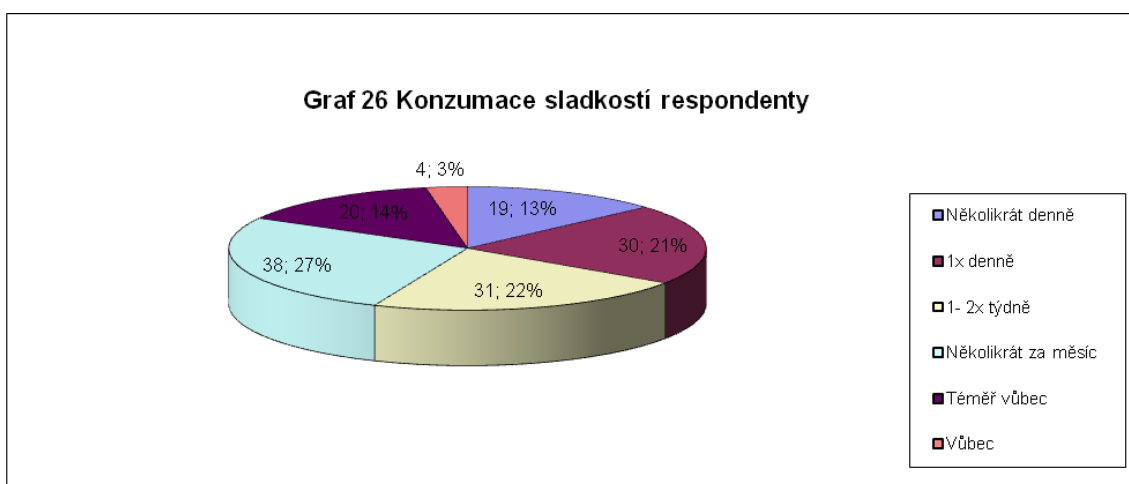
Graf 23: Graf 23 znázorňuje odpovědi na otázku, jak často konzumují respondenti ovoce a zeleninu. 44 % (63) respondentů uvedlo 1x denně, 31 % (44) respondentů konzumuje ovoce a zeleninu několikrát denně, 15 % (21) respondentů 1 – 2x týdně, 9 % (12) respondentů několikrát za měsíc a 1 % (2) respondentů téměř vůbec nekonzumují ovoce a zeleninu.



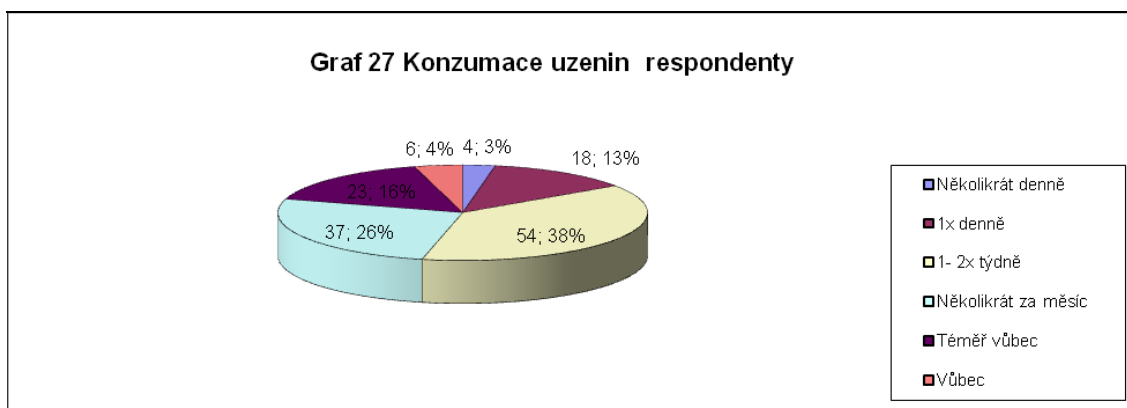
Graf 24: Z tohoto grafu vyplývá, že 49 % (69) respondentů konzumuje mléčné výrobky 1x denně, 30 % (43) respondentů několikrát denně, 13 % (18) respondentů konzumuje mléčné výrobky 1 – 2x týdně, 6 % (9) respondentů několikrát za měsíc a 2 % (3) respondentů téměř vůbec nekonzumují mléčné výrobky.



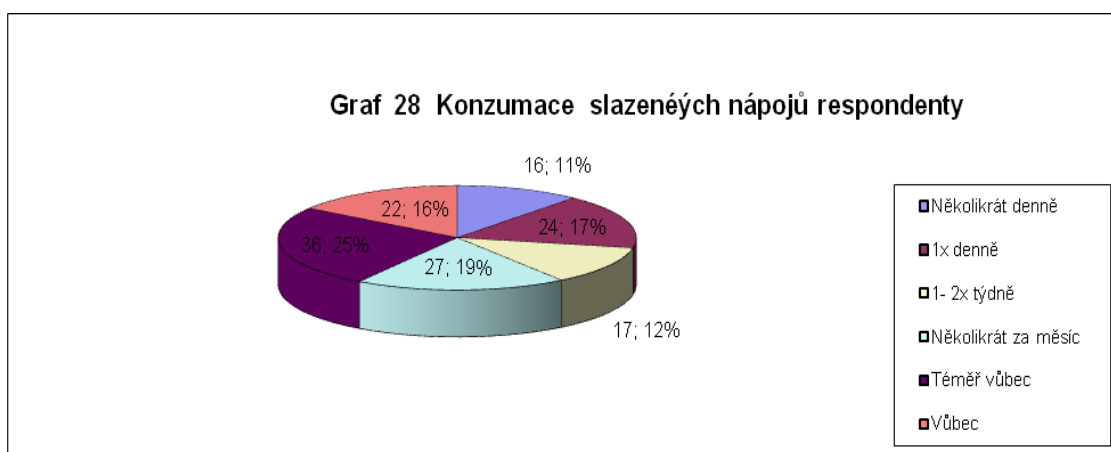
Graf 25: Graf 25 znázorňuje konzumaci ryb respondenty. 46 % (66) respondentů konzumuje ryby několikrát za měsíc. 25 % (35) respondentů konzumuje ryby 1 – 2x týdně, 20 % (28) respondentů nekonzumují ryby téměř vůbec, 6 % (8) respondentů ryby nekonzumují vůbec, 3 % (5) respondentů konzumují ryby 1x denně a konzumaci ryb několikrát denně nevedl nikdo.



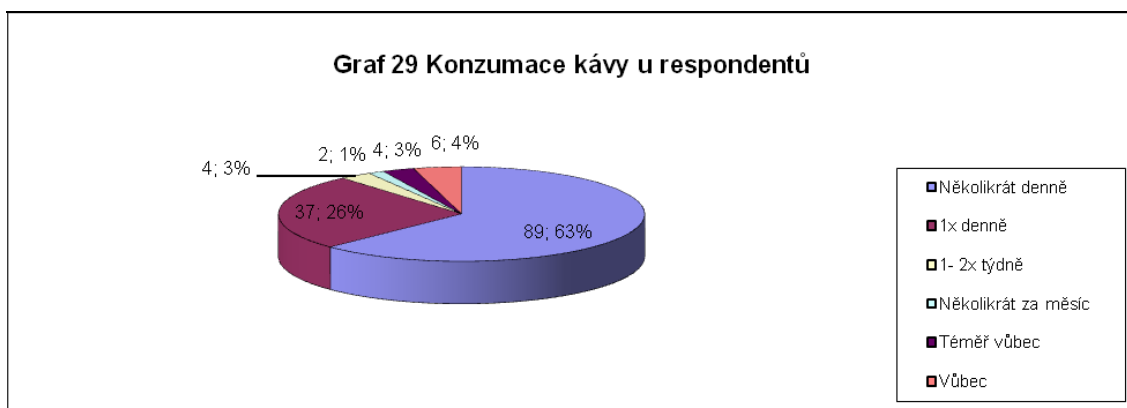
Graf 26: Z grafu 26 vyplývá, že 27 % (38) respondentů konzumuje sladkosti několikrát za měsíc, 22 % (31) respondentů 1 – 2x týdně, 21 % (30) respondentů konzumuje sladkosti 1x denně, 14 % (20) respondentů nekonzumuje sladkosti téměř vůbec. 13 % (19) respondentů konzumuje sladkosti několikrát denně a 3 % (4) respondentů nekonzumují sladkosti vůbec.



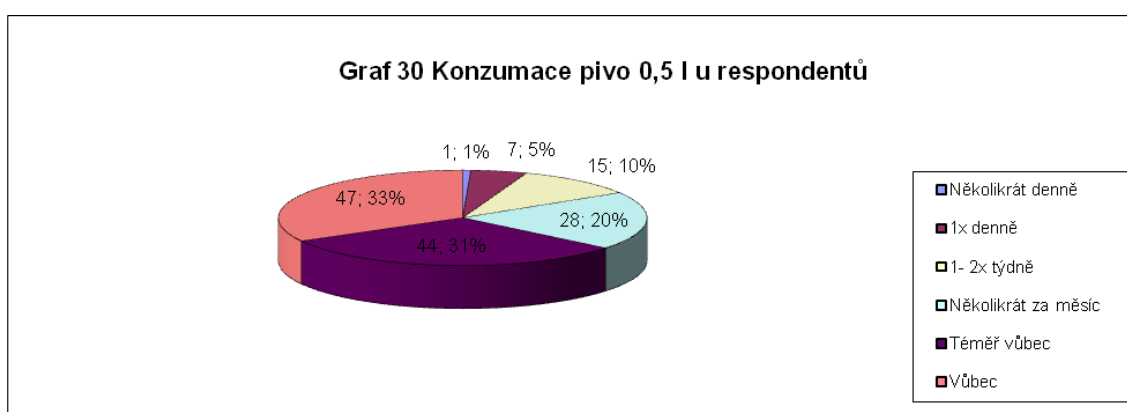
Graf 27: Graf 27 znázorňuje odpovědi na otázku, jak často respondenti konzumují uzeniny. 38 % (54) respondentů uvádí 1 – 2x týdně, 26 % (37) respondentů několikrát za měsíc, 16 % (23) respondentů uzeniny nekonzumuje téměř vůbec, 13 % (18) respondentů konzumuje uzeniny 1x denně, 4 % (6) respondentů nekonzumuje uzeniny vůbec a 3 % (4) respondentů konzumují uzeniny několikrát denně.



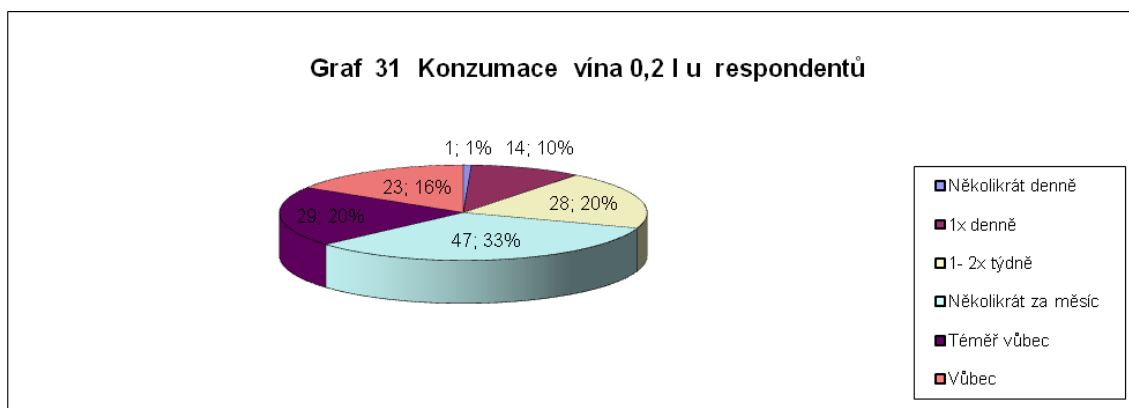
Graf 28: Z grafu vyplývá, že 25 % (36) respondentů téměř vůbec nekonzumuje slazené nápoje, 19 % (27) respondentů konzumuje slazené nápoje několikrát za měsíc, 17 % (24) respondentů konzumuje slazené nápoje 1x denně, 16 % (22) respondentů nekonzumuje vůbec slazené nápoje, 12 % (17) respondentů 1 – 2x týdně a 11 % (16) respondentů konzumuje slazené nápoje několikrát denně.



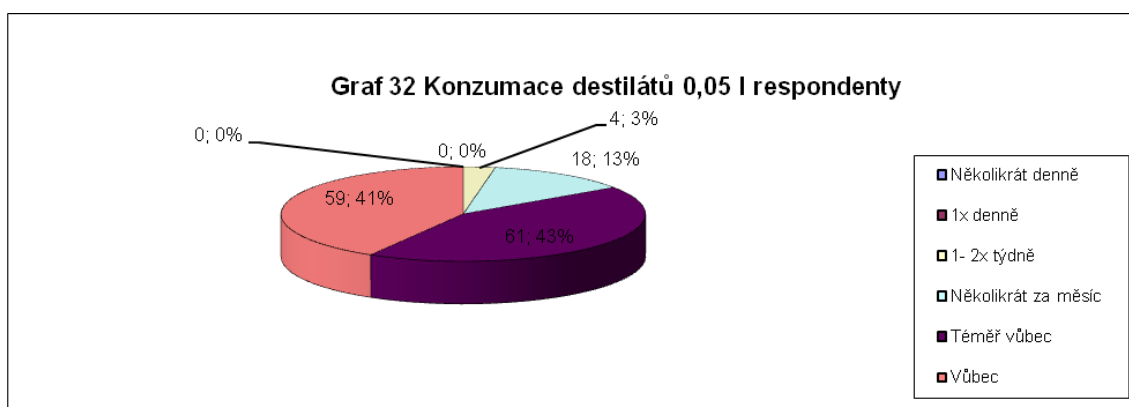
Graf 29: Graf 29 znázorňuje odpovědi na otázku, jak často konzumují respondenti kávu. 63 % (89) respondentů konzumují kávu několikrát denně, 26 % (37) respondentů konzumuje kávu 1x denně, 4 % (6) respondentů kávu vůbec nekonzumuje, shodný počet 3 % (4) respondentů kávu konzumují 1 – 2x týdně a 3 % (4) téměř vůbec a 1 % (2) respondentů kávu konzumují několikrát za měsíc.



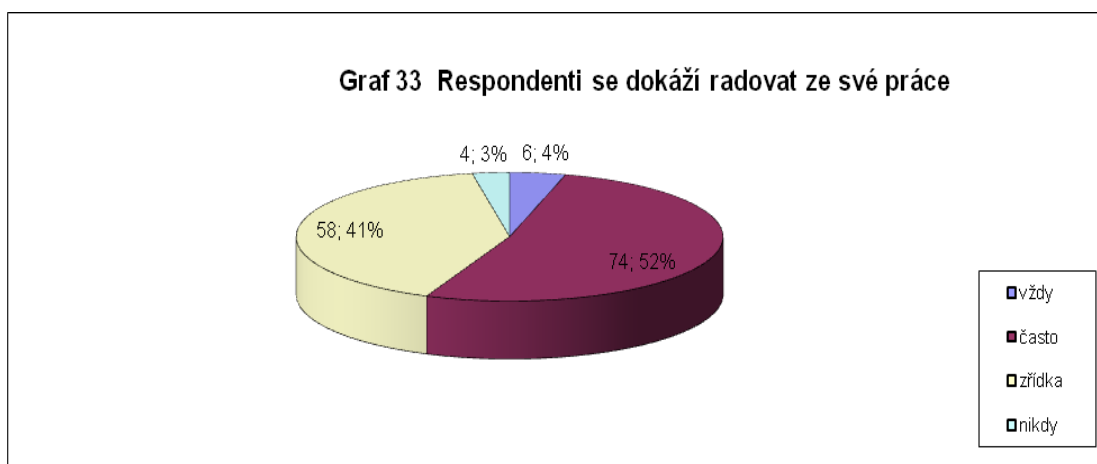
Graf 30: Z grafu 30 vyplývá, že 33 % (47) respondentů vůbec nekonzumují pivo, 31 % (44) respondentů nekonzumují pivo téměř vůbec, 20 % (28) respondentů konzumuje pivo několikrát za měsíc, 10 % (15) respondentů konzumuje pivo 1 – 2x týdně, 5 % (7) respondentů konzumují pivo 1x denně a 1 % (1) respondentů konzumuje pivo několikrát denně.



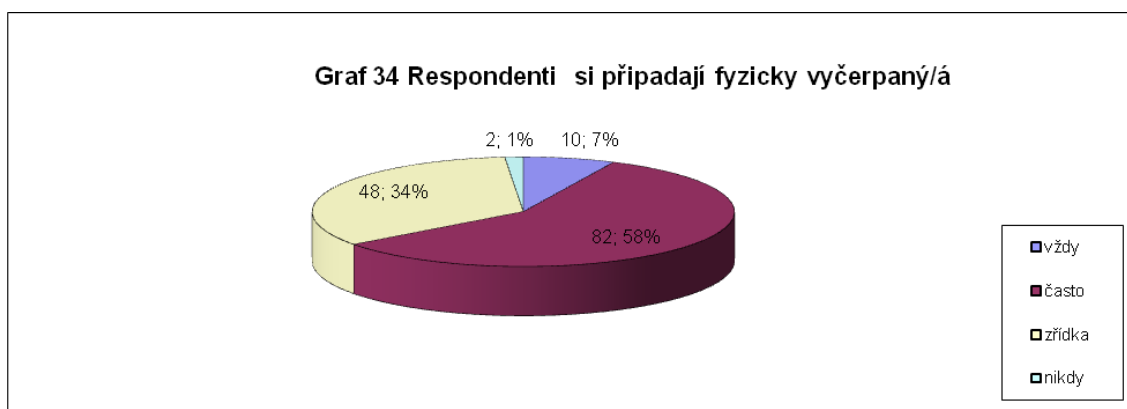
Graf 31: Graf 31 znázorňuje odpovědi respondentů, jak často konzumují 0,2l vína. 33 % (47) respondentů několikrát za měsíc, 20 % (29) respondentů nekonzumují víno téměř vůbec, 20 % (28) respondentů konzumuje víno 1 – 2x týdně, 16 % (23) respondentů nekonzumuje víno vůbec, 10 % (14) respondentů konzumuje víno denně a 1 % (1) respondentů konzumuje víno několikrát denně.



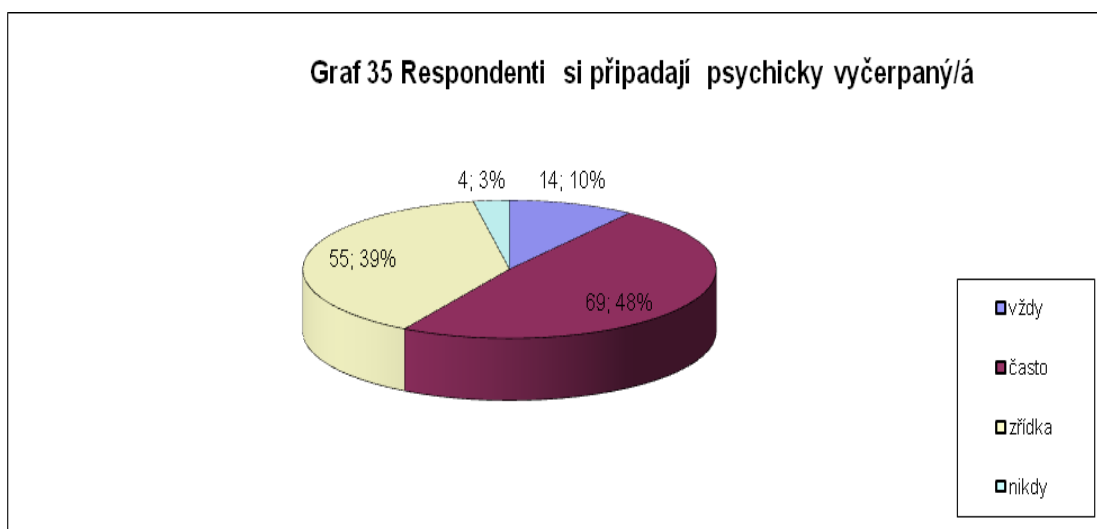
Graf 32: Z grafu vyplývá, že 43 % (61) respondentů téměř vůbec nekonzumuje destiláty, 41 % (59) respondentů vůbec nekonzumuje destiláty, 13 % (18) respondentů konzumuje destiláty několikrát za měsíc, 3 % (4) respondentů konzumují destiláty 1 – 2x týdně a denně nebo několikrát denně nekonzumuje destiláty vůbec nikdo.



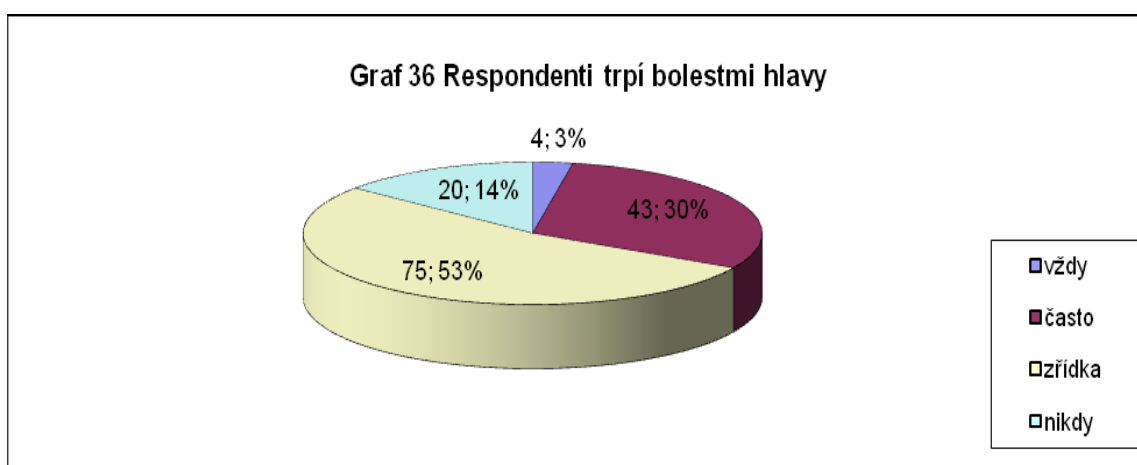
Graf 33: Graf 33 odpovídá na otázku, zda se respondenti umí radovat ze své práce. 52 % (74) respondentů se ze své práce raduje často, 41 % (58) respondentů se dokáže radovat zřídka, 4 % (6) respondentů se radují ze své práce vždy a 3 % (4) respondentů se ze své práce neradují nikdy.



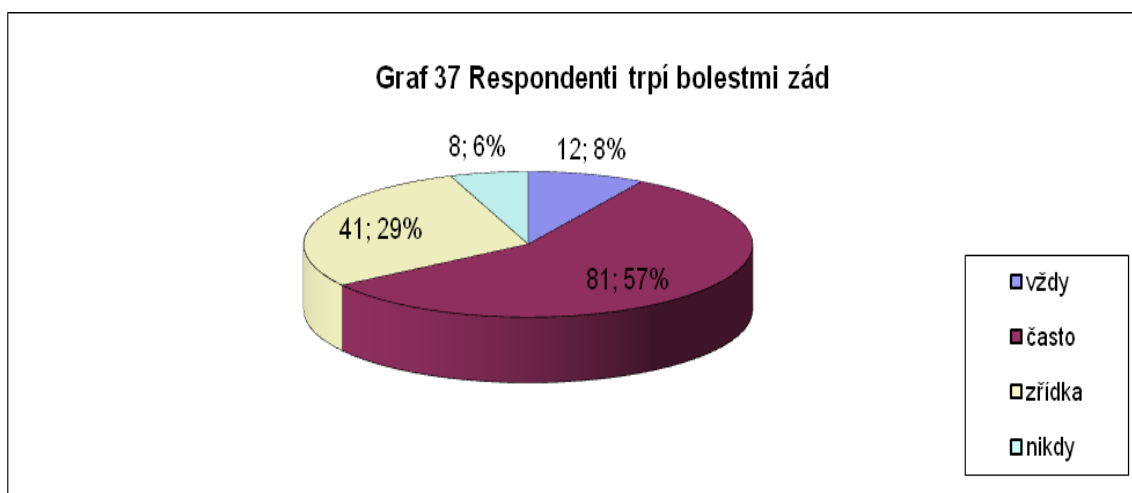
Graf 34: Z grafu 34 vyplývá, že 58 % (82) respondentek si často připadají fyzicky vyčerpány, 34 % (48) respondentek si připadají fyzicky vyčerpány zřídka, 7 % (10) respondentů si připadají fyzicky vyčerpány vždy a 1 % (2) respondentů si nepřipadají vyčerpány nikdy.



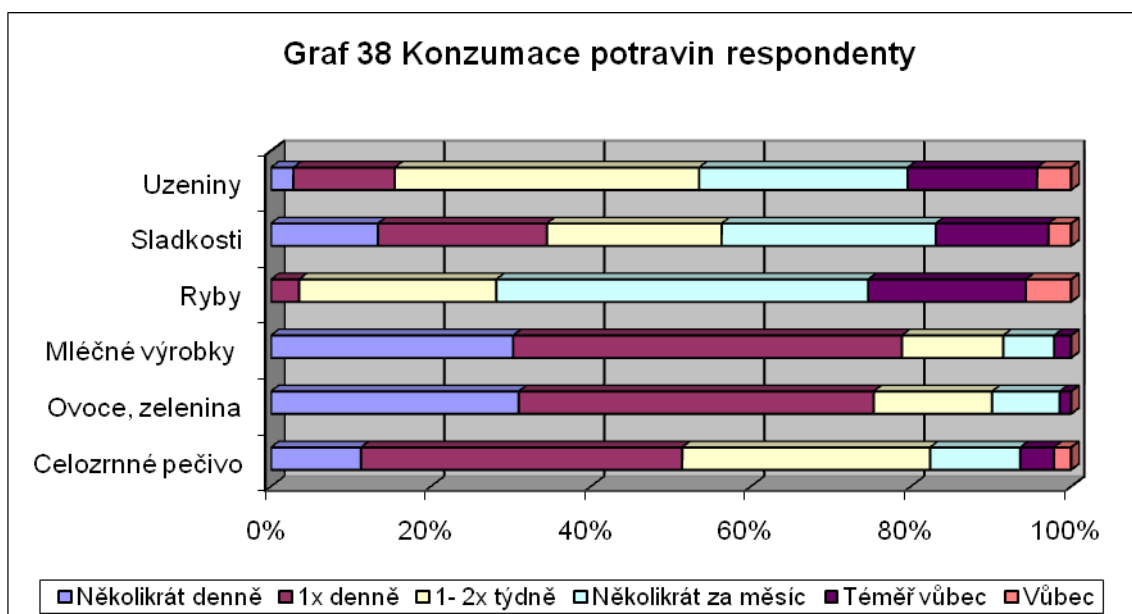
Graf 35: Graf 35 znázorňuje odpovědi na otázku, zda si respondentky připadají psychicky vyčerpané. 48 % (69) respondentek uvádí, že jsou vyčerpané často, 39 % (55) respondentek si připadá psychicky vyčerpané zřídka, 10 % (14) respondentek si připadají psychicky vyčerpané vždy a 3 % (4) respondentek si nepřipadají psychicky vyčerpané nikdy.



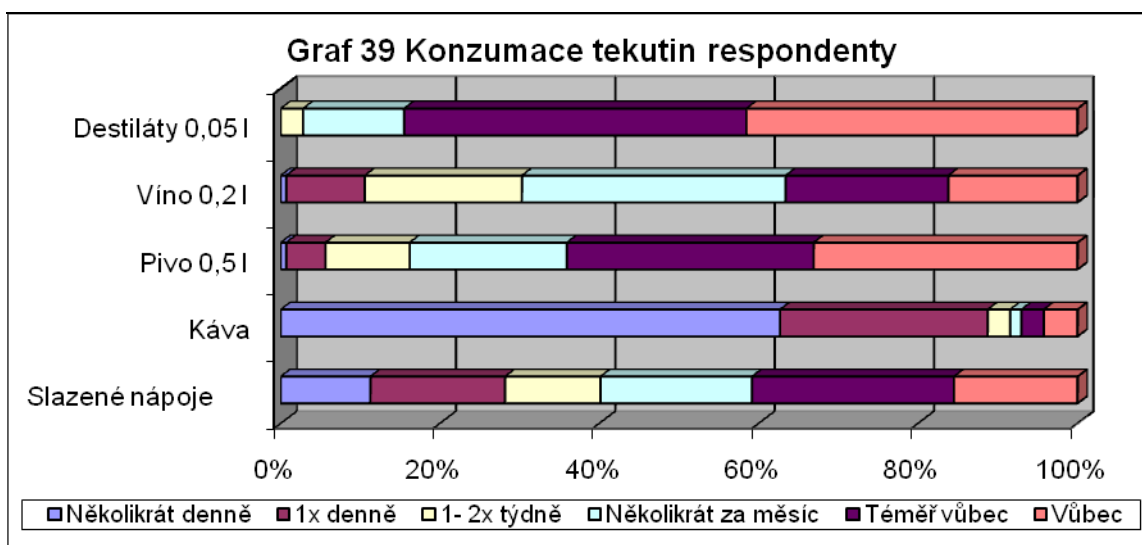
Graf 36: Z grafu 36 vyplývá, že 53 % (75) respondentů trpí zřídka bolestmi hlavy, 30 % (43) respondentů trpí bolestmi hlavy často, 14 % (20) respondentů netrpí bolestmi hlavy nikdy a 3 % (4) respondentů trpí bolestmi hlavy vždy.



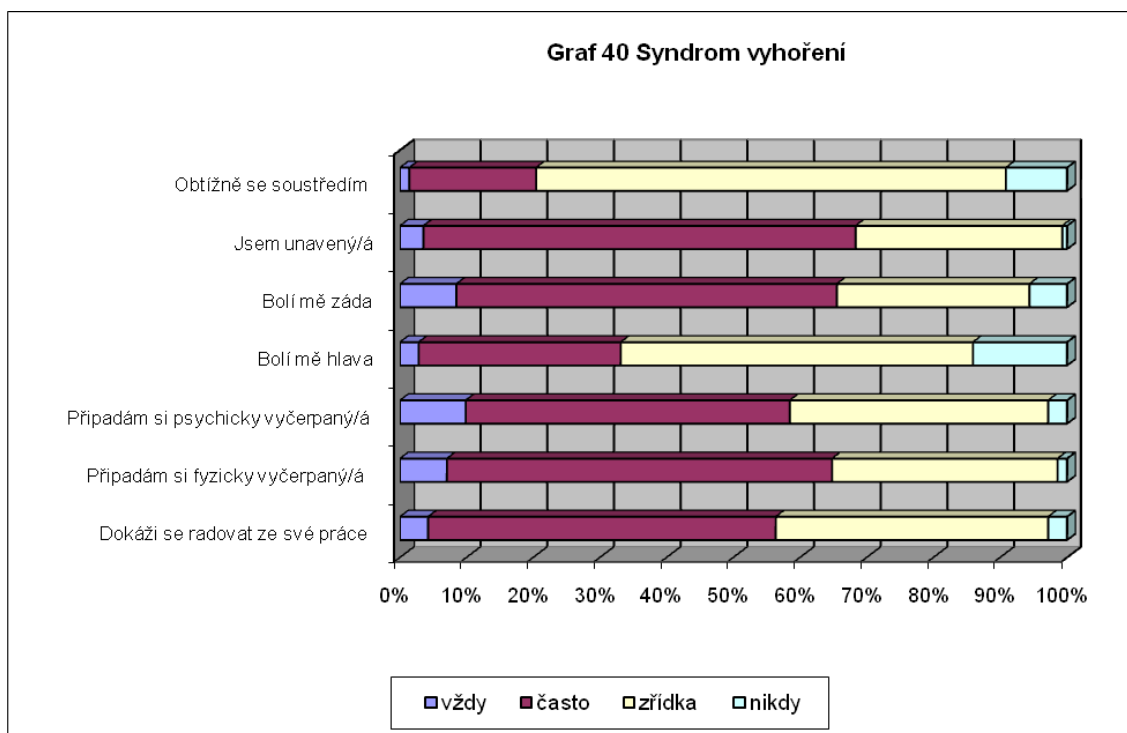
Graf 37: Graf 37 znázorňuje, zda-li respondenti trpí bolestmi zad. 57 % (81) respondentů trpí často bolestmi zad, 29 % (41) respondentů trpí bolestmi zad zřídka, 8 % (12) respondentů trpí bolestmi zad vždy a 6 % (8) respondentů netrpí bolestmi zad nikdy.



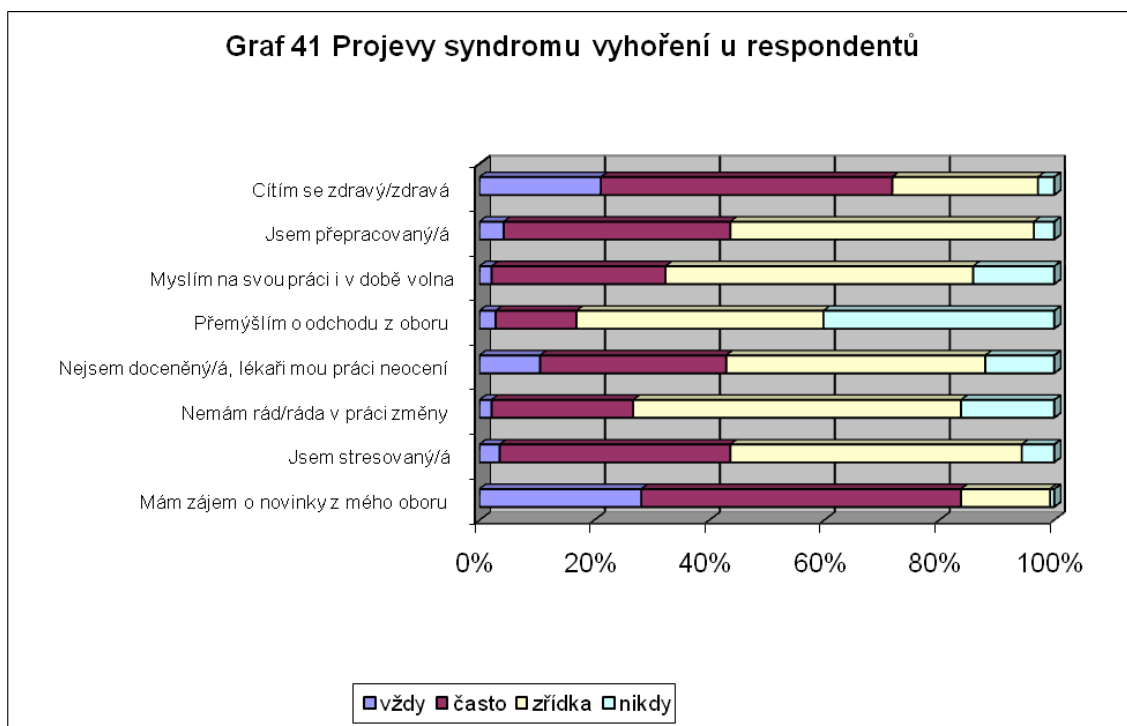
Graf 38: Graf 38 znázorňuje srovnání konzumace potravin u respondentů. Z Grafu 38 vyplývá že, polovina respondentů konzumuje celozrnné pečivo denně. Mléčné výrobky, ovoce a zeleninu konzumují více jak 70 % respondentů denně. Sladkosti a uzeniny si respondenti užívají nejvíce jednou týdně a několikrát za měsíc. Ryby konzumuje většina respondentů jednou týdně až několikrát za měsíc. Jen 10 % respondentů konzumuje ryby denně a stejný počet respondentů nekonzumuje ryby vůbec nebo skoro vůbec.



Graf 39: Z grafu 39 vyplývá, že slazené nápoje konzumuje denně téměř 30 % dotázaných, denní konzumaci kávy udává denně 60 % respondentů, pivo nekonzumuje více než 60 % dotázaných, víno nekonzumuje 40 % sester a destiláty nepije vůbec nebo téměř vůbec více než 90 % sester



Graf 40: Ze srovnávacího grafu 40 je patrné, že více než polovina dotázaných se dokáže radovat ze své práce, dvě třetiny sester si připadají fyzicky vyčerpané, psychické vyčerpání udává více než polovina respondentů, na bolest hlavy si stěžuje třetina dotázaných a bolest zad udávají dvě třetiny sester. Dvě třetiny dotázaných si připadají unavené. Obtížné soustředění je udáváno jednou pětinou dotázaných.



Graf 41: Ze srovnávacího grafu je patrné, že 80 % sester má zájem o novinky ze svého oboru, 40 % dotázaných je stresovaných, pětina sester nemá ráda v práci změny, 40 % sester mají pocit, že jejich práce není doceněna. O odchodu z oboru přemýšlí necelá pětina dotázaných, třetina jich myslí na svou práci i době volna, 40 % sester se cítí přepracovaně a dvě třetiny sester se cítí zdravě.

5. Diskuze

Tato bakalářská práce je zaměřena na mapování pracovní zátěže perioperačních sester a jak výkon profese ovlivňuje jejich životosprávu. Informace, které jsme získali, se týkaly především stravování, relaxace a pracovního prostředí. Dále jsme zjišťovali znalosti perioperačních sester o zásadách zdravé životosprávy a jejich dodržování.

Graf jedna znázorňuje, že více jak dvě třetiny respondentů pracují na operačním sále více jak deset let. Zjišťovali jsme, co motivuje sestry k práci na operačním sále. Z grafu tři vyplývá, že pro většinu dotázaných sester je motivací vysoce specializovaná práce a 29 respondentů upřednostňuje sálovou práci z důvodu image pracoviště, finanční ohodnocení jako důvod pro výkon profese perioperační sestra uvádí pouze 15 sester. Zajímavé je zjištění, že 37 sester si vybralo práci na operačním sále, protože nejsou v kontaktu s pacienty. Usuzujeme z této informace, že sestry, které neuspokojovala přímá péče o pacienty, volily práci na operačním sále.

První hypotéza zní, že perioperační sestry znají zásady zdravé životosprávy. Z grafu 9 je zřejmé, že většina sester volila odpověď ano či spíše ano, a proto se domnívají, že znají zásady zdravé výživy. Pouze jeden respondent uvedl, že nezná tyto zásady. Většina dotazovaných sester zásady zdravého životního stylu zná, a tak nás zajímalo, zda sestry tyto zásady respektují. Proto jsme si stanovili druhou hypotézu, zda perioperační sestry dodržují zdravý životní styl.

Graf 5 udává, že 61 % sester vypije denně 1 až 2 litry nealkoholických tekutin, toto množství je dle Radvanové a Bauerové (23) dostatečné na rozdíl od 20 % respondentů, kteří udávají příjem tekutin nižší než jeden litr. Toto množství není dostatečné. Kromě množství nesmíme opomíjet i kvalitu přijímaných tekutin. U déletrvajících výkonů v suchém klimatizovaném prostředí a předepsaném oděvu může docházet u perioperačních sester až k dehydrataci. Dlouhodobý nedostatek tekutin se může projevit bolestmi hlavy, únavou, podrážděností i poklesem fyzického výkonu. Třetina sester udává častou bolest hlavy (viz graf 36), jedním z důvodů může být nedostatečný příjem tekutin. Pouze 18 % sester z našeho výzkumného šetření vypije více než dva litry tekutin. Šanderová ve svém výzkumu zjistila, že dvě třetiny sester mají příjem tekutin 0,5 – 1,5litru. Pouze jedna třetina sester z jejího

výzkumného vzorku vypije více než 1,5 litru (27). To potvrzuje i šetření Židkové, z kterého vyplývá, že příjem tekutin u perioperačních sester je na spodní hranici normy (37). Toto tvrzení jsme naším výzkumným šetřením nepotvrdili.

Dle Židkové životosprávu můžeme rozdělit na pracovní podmínky a zdravý životní styl doma. Uvádí, že je nutné oddělit relaxační pohyb od pracovní zátěže. Po směně čeká na většinu sester péče o děti, domácnost a plnění dalších životních rolí (37). Z grafu 14 vyplynulo, že 22 sester vykonává vedlejší zaměstnání, 65 sester svůj volný čas věnuje domácím pracem, 67 respondentů se ve volném čase věnuje zájmům a zálibám, 64 respondentů se věnuje sportovním aktivitám a 44 respondentů se dále vzdělává.

Ve výzkumném šetření z grafu číslo 15 vyplývá, že 57 % sester spí 5 – 6 hodin denně, 8 % respondentů uvedlo dobu spánku kratší než pět hodin. Spánek nelze ničím nahradit ani přelstít. Doba spánku je velice individuální, neměli bychom zapomínat, že kvalitní spánek je nezbytný k zachování a udržení duševního i tělesného zdraví. Kvalitativní i kvantitativní poruchy spánku zkracují život, projevují se nervovou labilitou, psychickým stresem, zvýšenou podrážděností, poruchami všípivosti a paměti, poruchami spánku, ale i zažívacími potížemi a bolestmi hlavy. Mluvíme o spánkovém dluhu, jehož nejčastějším viníkem je práce na směny. 68 % respondentů pracují ve směnném provozu a vyhovuje jim to, jen 10 % perioperčních sester směnnost nevyhovuje (viz graf 2). Nemůžeme opomenout ani fakt, že ženy v ČR tráví týdně v zaměstnání o 9 hodin více času než ostatní ženy v EU. Po zaměstnání čeká na většinu žen práce v domácnosti. Je tedy zřejmé, že ošidí jedině spánek. (36,37). Kvalitu spánku ukazuje graf 16. Pouze 28 % respondentů se po probuzení cítí odpočatě, skoro polovina sester (46 %) se během spánku probouzí a 23 % respondentů se probouzí předčasně. Z výsledků našeho šetření se domníváme, že pouze čtvrtina dotázaných sester má kvalitní a dostatečný spánek.

Při mapování zdravého životního stylu u perioperačních sester jsme se dále zaměřili na to, zda sestry snídají, zda se stravují pravidelně, také na kvalitu přijímaných potravin a na relaxační techniky. Pravidelné stravování je jedním z ukazatelů správné životosprávy, proto jsme položili sestřím otázku, zda se stravují pravidelně. Z grafu 6 vyplývá, že více jak třetina 37 % respondentů se stravuje pravidelně, ale 36 % respondentů uvedlo, že se stravují nepravidelně. Pravidelně snídá 56 % dotazovaných sester (viz graf 7). Dle grafu 11 se 37 %

respondentů domnívá, že dodržují zdravé stravování a 22 % sester udává, že zdravé stravování nedodržuje. U perioperačních sester nesmíme zapomínat na fakt, že vzhledem k dennímu operačnímu programu nemají vždy možnost dodržovat přestávku na oběd. Jak potvrzuje i šetření Šanderové (27). Ne ve všech nemocničních zařízeních mají sestry možnost navštěvovat závodní jídelnu. Pro některé kolegyně je vyloučené obědovat přinesenou stravu v denní místnosti. Dodržování zásady rozdělení jídla do pěti porcí také nemůže být zcela akceptováno. Jejich prvním teplým jídlem je často až večeře.

Jedním z ukazatelů zdravého životního stylu je udržení přiměřené hmotnosti. Jako uspokojivou hodnotí svou hmotnost dle grafu 12 polovina respondentů.

V dotazníkovém šetření jsme se zaměřili na dodržování zdravé výživy, vybrali jsme vhodné i nevhodné potraviny a nechali jsme respondenty volit, jak často dané potraviny konzumují. Konzumaci celozrného pečiva alespoň jednou denně udává 40 % dotázaných, 12 % dotázaných konzumuje celozrné pečivo několikrát denně. (viz graf 22). Ovoce a zeleninu konzumuje, (viz graf 23), 75 % dotázaných minimálně jedenkrát denně. 79 % sester konzumují mléko a mléčné výrobky denně (viz graf 24). Graf 24 udává konzumaci ryb, 46 % respondentů konzumuje ryby několikrát za měsíc a 25 % dotázaných 1 – 2x týdně. Sladkosti konzumuje 25 % respondentů denně a pouze 3 % sester si sladkosti nedopřávají (viz graf 26). Dle šetření Šanderové je konzumace sladkostí rychlým zdrojem energie a i její výzkumné šetření prokázalo konzumaci sladkostí denně u čtvrtiny respondentů. I když je konzumace uzenin pro zdraví lidí nevhodná, z grafu 27 vyplývá, že 38 % respondentů konzumují uzeniny 1 – 2x týdně. Zatímco o prospěšnosti ryb není ve zdravé výživě pochyb, ryby konzumuje pouze 25 % respondentů. 13 % respondentů uvedlo, že konzumují uzeniny 1x denně a pouze 3 % respondentů konzumují ryby denně. Z našeho šetření vyplývá, že konzumace nezdravých uzenin je u respondentů častější než konzumace zdravých prospěšných ryb, které by měly být ve zdravém jídelníčku zastoupeny v daleko větší míře. Při pohledu na srovnávací graf 38 je uspokojivé, že konzumace celozrného pečiva, ovoce a zeleniny i mléčných výrobků je u sester častá a pravidelná. Bohužel je častá i konzumace uzenin a sladkostí oproti konzumaci ryb.

Z našeho šetření vyplývá, že většina sester se nepravidelně stravuje, také složení jejich jídelníčku není zcela dle zásad zdravé výživy. Díky těmto zjištěními se hypotéza, že sestry dodržují zásady zdravého životního stylu nepotvrdila, i když sestry udávají, že zásady zdravé výživy znají.

Ke zdravé životosprávě neodmyslitelně patří relaxace a trávení volného času. Z grafu 17 je zřejmé, že polovina dotázaných sester se věnuje ve volném čase relaxaci, sportovním aktivitám se pravidelně věnuje 26 % respondentů (viz graf 20). Radvanová a Bauerová zdůrazňují význam zdravého pohybu 3x v týdnu, s ohledem na fyzické možnosti jednotlivců. Uvádějí, že nejlepší je každodenní pohybová aktivita (23). 26 % respondentů si podle grafu 21 najdou čas na sebe a své záliby vždy, 68 % dotázaných pouze občas. Z uvedených výsledků můžeme usuzovat, že většina sester se dostatečně nevěnuje relaxaci. Příčinou může být nedostatek času na sebe v souvislosti s mnohočetností životních rolí.

Třetí hypotéza zjišťovala, zda výkon specializace perioperační sestry je psychicky náročný. Z grafu 35 vyplývá, že 48 % respondentek si často připadají psychicky vyčerpané, 10 % sester si připadá psychicky vyčerpana vždy. Tedy více jak polovina sester se cítí být často unavená. Je zážející, že pouhá 3 % sester si nepřipadá vyčerpana nikdy. Židková uvádí, že sestry mimo odborných znalostí musí uplatňovat i vysokou míru emoční stability ve vypjatých situacích. Velice důležité jsou komunikační dovednosti při odvádění případného stresu operátora a plynulé týmové práci (37).

Dalším zdrojem psychické zátěže mohou být podle Šanderové nové operační postupy, nové a náročnější technické vybavení operačních sálů a nutnost neustále držet krok s novinkami a vzdělávat se. Nemůžeme opomenout interpersonální vztahy, neboť na schopnostech a umění správné komunikace závisí zdárný průběh operačního výkonu (27). V našem výzkumném šetření jsme pokládali sestrám otázky zaměřené na kvalitu pracovního prostředí. Zjišťovali jsme, zda je prostředí pro sestry stresující a jaký faktor se na pracovním stresu podílí. Z grafu 18 vyplývá, že stres v pracovním prostředí pociťuje občas 54 % dotázaných, 43 % sester pociťují stres na pracovišti vždy. Pouhá 3 % sester si myslí, že jejich pracovní prostředí není stresující. Z našeho šetření je patrné, že 97 % sester se domnívá, že práce na operačním sále je stresující a graf 19 ukázal, že se na stresu v práci podílejí interpersonální vztahy a pracovní vypětí. Působení krátkodobého stresu, který nepřesahuje adaptační mechanismy jednotlivce je motivující. Působením dlouhodobého stresu dochází ke zhoršení psychické i fyzické kondice, pracovní výkonnosti, poruchám koncentrace, vnímání, myšlení i rozhodování, zpomaluje se motorická činnost. Velice snadno pak může docházet k chybným rozhodnutím, konfliktním situacím i nehodám. Stresující mohou být kladené obtížně splnitelné úkoly, ale i nedostatek příležitostí k seberealizaci. Pokud nedojde

k nápravě, začnou se projevovat psychosomatická onemocnění a stres nahromaděný v zaměstnání se přenáší do domácího prostředí a snadno pak vznikají konflikty rolí. Tyto aspekty jsou velice nežádoucí. Šanderová udává prožívání stresu u dvou třetin dotázaných (27). Výsledky našeho výzkumu, kde 97 % sester pociťuje své pracovní prostředí jako stresující, jsou alarmující. V dostupné literatuře je bezpočet pojednání o důležitosti udržování duševní hygieny i zdraví. Je uváděno velké množství možných preventivních metod i relaxačních technik. Záleží na každém z nás, jakou variantu zvolíme a pro které řešení se rozhodneme. Je velice důležité udržovat si zdravé sociální kontakty, rovnováhu především v rodinných vztazích, fyzickou i psychickou pohodu (19,21,22).

Po prostudování materiálů a porovnání zkušeností z praxe bychom tyto výsledky poskytli managementu nemocničních zařízení, aby se touto problematikou zabývali a pokusili se snížit stres na pracovištích. Protože, jak uvádí Šišlaková, psychicky vyrovnaná sestra může pro nemocného znamenat víc než sebelépe vybavené pracoviště se zkušenými odborníky (28).

Důsledkem působení chronického stresu i emočního napětí může docházet především u pomáhajících profesí ke vzniku syndromu vyhoření. Ptali jsme se sester, zda se dokáží radovat ze své práce. Z grafu 33 je patrné, že 52 % respondentů se dokáží radovat ze své práce často a bohužel 3 % sester se ze své práce již nedokáže radovat. Ze srovnávacího grafu 41 vyplývá, že více než polovina respondentů se cítí zdravá. Pocitem přepracování trpí 40 % sester, 30 % myslí na svou práci i v době volna a smutné zjištění je, že 15 % dotázaných přemýšlí o odchodu z oboru. Přesto je povzbudivé, že 80 % sester má zájem o novinky ze svého oboru. A dalšímu vzdělávání věnuje svůj volný čas 44 sester (viz graf 14). Toto zjištění je potěšující. Z našeho šetření vyplývá, že se u většiny perioperačních sester syndrom vyhoření nevyskytuje.

Čtvrtá hypotéza mapovala fyzickou náročnost této profese. Graf 34 ukazuje časté fyzické vyčerpání u 58 % sester, 7 % sester si připadá vyčerpaných vždy. Pouze 1 % dotázaných sester si nepřipadají vyčerpané nikdy. Výkon profese perioperační sestry je vykonáván převážně ve stoje na jednom místě. Dochází ke špatnému držení těla a přetěžování cévního systému omezením zpětného návratu venózní krve dolních končetin. Důsledky této zátěže se projeví bolestmi zad, únavou končetin a otoky, mohou se objevit i křeče v lýtkovém svalu a varixy dolních končetin. Je alarmující, že více jak polovina (57 %) dotazovaných sester často trpí bolestmi zad a 8 % sester pociťují bolesti zad vždy (viz graf

37). Při zvýšené fyzické zátěži dochází dle Gučkové k únavě, přepracování a následnému vyčerpání organismu, které se nejčastěji projeví snížením pozornosti, soustředění, nespavostí i emoční labilitou. V tomto období je náš organismus velice vnímavý k infekčním onemocněním. Překonání únavy je spojováno se zvýšenou konzumací kávy, cigaret někdy léků a sladkostí. Z grafu 29 je zřejmé, že 63 % sester konzumuje kávu několikrát denně, 26 % respondentů konzumuje kávu jedenkrát denně a pouze 4 % sester kávu nekonzumují vůbec. Bohužel se nám potvrdilo, že sestry užívají tabákové výrobky. Z dotazníkového šetření je zřejmé, že polovina sester (47 %) z našeho výzkumného souboru zneužívá tabákové výrobky (viz graf 13). Hypotéza pět se potvrdila, sestry zneužívají tabákové výrobky.

Z grafu 13 vyplývá, že 53 % sester nekouří, 27 % respondentů kouří více než 10 cigaret denně, 20 % respondentů kouří méně než 10 cigaret za den. Ve výzkumu Šanderové udává pravidelné kuřáctví 37 % sester (27). V našem výzkumném souboru zneužívá tabákové výrobky o 10 % více sester a to i přes to, že 98 % sester zná zásady zdravé životosprávy, kde kouření rozhodně nemá své místo. U zdravotnického personálu se předpokládá znalost všech následků a komplikací kouření. Ve většině nemocnicích i v nemocničních areálech platí zákazy kouření, přesto tento zlovyk udává téměř polovina dotázaných. Dle výsledků šetření byla tato hypotéza bohužel potvrzena.

Šestá hypotéza zní, sestry dodržují pravidelné přestávky na odpočinek. Odpočinek je důležitý pro načerpání nezbytných sil. Pod tímto pojmem si každý z nás představí něco jiného, jde ale především o klid bez emočního stresu, uvolnění napětí i úzkosti. V této souvislosti chceme poukázat na graf 10, z něhož vyplývá, že 48 % respondentů nedodržuje pravidelné přestávky na odpočinek a dalších 42 % spíše nedodržuje přestávky. Je velice alarmující, že pouhá 2 % dotázaných sester dodržují pravidelné přestávky na odpočinek. První hypotéza potvrdila znalost správné životosprávy perioperačních sester, z našeho šetření však vyplynulo, že 90 % dotázaných respondentů nedodržují pravidelné přestávky na odpočinek. Graf 8 uvádí, že 37 % sester konzumuje jídlo ve spěchu a 43 % sester spíše konzumuje jídlo ve spěchu. 80 % sester v našem vzorku se stravuje ve spěchu a nedodržuje pravidelné přestávky. Práce, kterou tato skupina sester vykonává, je pod časovým tlakem. Většina sester nemá možnost dodržovat pravidelné přestávky na odpočinek s ohledem na délku a náročnost především dlouhých operačních výkonů a dodržení denního operačního programu. Dle výzkumu Šanderové více než tři čtvrtiny sester uvádějí nepravidelné stravování

a nedodrží pauzy na oběd. Jako příčinu vidí spěch operátora nebo anesteziologa. Nedodržování přestávek na odpočinek, především je-li dlouhodobý může vést k únavě, snížení pracovního výkonu, promítá se do postojů i způsobů chování (27). Naším šetřením byla hypotéza o dodržování pravidelných přestávek na odpočinek vyvrácena.

6. Závěr

Perioperační sestra je důležitý specialista, bez kterého by se chod operačních sálů neobešel. Výkon profese perioperační sestry je velmi náročný. V této práci jsme se zaměřili na životní styl těchto specialistek.

Cílem práce bylo zjistit, jak výkon profese perioperační sestry ovlivňuje jejich životosprávu, zda-li sestry pečují o své zdraví, správně relaxují a neprojevuje-li se u nich syndrom vyhoření. K naplnění cílu jsme využili kvantitativní výzkumné šetření metodou dotazníku. Dotazníkové šetření probíhalo v nemocničních zařízeních v Praze a zúčastnilo se ho 145 respondentů. Data byla vyhodnocena popisnou statistikou pomocí grafů a tabulek.

První hypotéza, že perioperační sestry znají zásady zdravé životosprávy, se potvrdila. Rozhodli jsme se tedy zjistit, zda-li perioperační sestry tyto zásady dodržují. Výsledky našeho šetření nebyly pozitivní. Většina dotázaných sester nedodržuje potřebnou dobu spánku, který je nezbytný pro relaxaci a odpočinek. Není tak výjimkou, že se dostávají do spánkového dluhu, z něhož plynou další možné komplikace. Pouhá čtvrtina dotázaných udává kvalitní a posilující spánek. V otázkách týkajících se stravování pouhá třetina respondentů udává pravidelnost a dodržování zdravého stravování. Potěšující je zjištění, že tři čtvrtiny respondentů denně konzumují mléko a mléčné výrobky, ovoce i zeleninu. Polovina sester pravidelně snídá a konzumuje celozrnné pečivo. Stejný počet dotázaných je spokojena se svou hmotností. Bohužel konzumace uzenin je vyšší než konzumace zdraví daleko prospěšnějších ryb. Výsledky v oblasti relaxace také nejsou zcela uspokojivé. Většina sester se pravidelné relaxaci nevěnuje. Naším šetřením byla druhá hypotéza vyvrácena.

Alarmující je zjištění, že 97 % sester pociťuje své pracovní prostředí jako stresující. Přesto se u většiny sester nevyskytuje syndrom vyhoření. Tři čtvrtiny dotázaných udává pocit fyzického vyčerpání. V souvislosti s překonáním únavy je udávána zvýšená konzumace kávy, u dvou třetin respondentů je to několikrát denně. Užívání tabákových výrobků je udáváno více než polovinou sester. Tři čtvrtiny sester nedodržují pravidelné přestávky na odpočinek a jídlo konzumují ve spěchu.

Výsledky našeho šetření nejsou s ohledem k zásadám zdravého životního stylu zcela povzbudivé a potěšující. Šetřením jsme zjistili, že perioperační sestry znají zásady zdravé životosprávy, samy je ale nedodržují. Výkon profese perioperační sestry má zásadní vliv na jejich životosprávu.

Výsledky našeho šetření budou nabídnuty vedoucím pracovníkům pracovišť k zamyšlení a hledání možností pro zlepšení pracovních podmínek těchto specialistek.

7. Seznam použitých zdrojů

1. BÁRTLOVÁ, S., MATULAJ, S. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2009. ISBN 978-80-8063-306-6
2. BALKOVÁ, I. Náročná práce instrumentářky. *Sestra*. Praha: 2004, roč. 14, č. 12, s. 26
ISSN 1210-0404
3. BITTNEROVÁ, Z. Proč termín perioperační péče? *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 6. s. 48, ISSN 1210-0404.
4. BUBNÍKOVÁ, H. Názor sester na registraci. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 10, s.19-20
ISSN 1210-0404.
5. ČERŇANSKÁ, R. Jak nevyhořet na operačním sále? *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: 2006, roč. 2, č. 9, s. 364-365. ISSN 1801-1349.
6. ČERVENKOVÁ, Z. Hranice v psychice sestry mezi profesní rolí a rolí matky a manželky. *Sestra*. Praha: 2006 roč. 16, č. 6, s. 23-24. ISSN 1210-0404.
7. DUDA, M. *Práce sestry na operačním sále*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing,2000. 392 s. ISBN 80-7169-642-0.
8. FARKAŠOVÁ, D. *Ošetrovatelství – teorie*. 1. čes. vyd. Martin: Osveta, 2006, 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
9. FOŘT, P. *Výživa pro dokonalou kondici a zdraví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. 184 s. ISBN 80-247-1057-9
10. GUČKOVÁ, M. Fyzická zátěž sester. *Sestra*. Praha: 2007. roč. 17, č. 6, s. 21. ISSN 1210-0404

11. HOLČÍK, J. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: 2005, NCO NZO2005. 186 s. ISBN 80-7013-417-8
12. KALETOVÁ, K. Sdělení MZ ČR-Odbor vzdělávání a vědy. *Sestra*. Praha: 2007 roč.17, č. 12, s.15-16. ISSN 1210-0404
13. KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vyd. Praha: Academia 2005 263s. ISBN 80-200-1307-5
14. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIERIOVÁ, R. *Ošetrovatel'stvo*. Martin:Osveta, 1995. 1474 s.ISBN 80-217-0528-0
15. Kolektiv autorů. *Pracovní lékařství*. 1.vyd. Brno: NCO NZO, 2005 338s. ISBN 80-7013-414-3
16. KŘIVOHLAVÝ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: GradaPublishing, 2004. 78 s. ISBN 80-247-0784-5
17. KŘVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat stres*. 1994. 190 s. ISBN 80-7169-121-6.
18. MAČEJOVSKÁ, M. Analýza výskytu burn-out na konkrétním pracovišti. *Sestra*.Praha: 2007, roč. 17, č. 9, s. 28-29. ISSN 1210-0404
19. MAYEROVÁ, M. *Stres, motivace a výkonnost*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing,1997 136 s. ISBN 80-7169-425-8
20. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství*. Praha: Karolinum 2003. 187 s. ISBN 80-246-0429-9
21. NOVÁK, T. *Jak bojovat se stresem*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 140 s. ISSN 80-247-0695-4

22. NOVÁK, T. *Sama sobě psychologem*. Praha: Grada Publishing, 1998. 122 s. ISBN 80-7169-505-X
23. RADVANOVÁ, A., BAUEROVÁ, M. Stravování při noční směně – při třísměnném provozu. *Sestra*. Praha: 2006, roč. 16, č. 6, s. 21, ISSN 1210 - 0404
24. SCHREIBER, V. *Lidský stres*. 2. vyd. Academia, nakladatelství Akademie věd České republiky, 2000. 106 s. ISBN 80-200-0240-5
25. SNOPKOVÁ, I. Burn-out syndrom čili syndrom vyhoření. *Sestra*. Praha: 2007, roč.17, č. 7-8, s.37-38, ISSN 121-0404
26. SÝKOROVÁ, A. Spánek a jeho poruchy. *Sestra*. Praha: 2006, roč. 16, č. 4, 22s. ISSN 1210-0404
27. ŠANDEROVÁ, J. Životaspráva sester na operačních sálech. *Sestra*. Praha: 2005, roč. 15, č. 5, s. 61-63. ISSN 1210-0404
28. ŠIŠLÁKOVÁ, P. Udržování duševního zdraví sestry. *Sestra*. Praha: 2006, roč.16, č. 7 – 8, s. 20. ISSN 1210-0404
29. ŠRÁMKOVÁ, H. Operační sál z pohledu epidemiologa. *Sestra*. Praha 2004. roč. 14, č.12, s.26-29 ISSN1210-0404
30. ŠŤASTNÝ, J. Zapomenuté roušky – mýty a realita. *Sestra*. Praha: 2008, roč. 18, č. 7-8, s. 66 – 68. ISSN 1210 – 0404
31. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2.vyd. Brno NCO NZO 2004 186s. ISBN 80-701-324-4

32. VĚSTNÍK MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Koncepce českého ošetrovatelství. Metodické opatření 9, 2004.
Platný: <http://nemocnice.susice.net./oset/koncepce.pdf>.
Cit.10.11.2009
33. VYHLÁŠKA č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.
Platný http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/6745_7280.html
Cit.10.11.2009
34. WICHISOVÁ, J. Sestra versus technika. *Sestra*. Praha: 2005, roč. 15, č. 5, s. 60. ISSN 1210-0404
35. ZÁKON č. 96/2004 Sb. Ze dne 4. 2. 2004 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povolání)
Platný: <http://portal.gov.cz/zakon/96/2004>
Cit. 10.11.2009
36. ŽIDKOVÁ, Z. Sestry a spánek. *Sestra*. Praha: 2005, roč. 15, č. 10, s.20. ISSN 1210-0404
37. ŽIDKOVÁ, Z. Životospráva sálových sester. *Sestra*. Praha: 2010, roč. 20, č.2, s.40-41. ISSN 1210-0404

8. Klíčová slova

Perioperační sestra

Operační sál

Životní styl

Výživa

Stres

Relaxace

9. Přílohy

PŘÍLOHA 1 – dotazník

Vážené kolegyně a kolegové,

jmenuji se Vladana Roušalová a jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích oboru Všeobecná sestra. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku. Tento dotazník je anonymní a veškeré zjištěné údaje budou použity pouze ke zpracování mé bakalářské práce.

Děkuji za laskavou spolupráci a ochotu při vyplňování dotazníku Vladana Roušalová

1) Délka Vaší praxe na operačním sále?

- Do 1 roku
 1 – 5 let
 6 – 10 let
 11 -15 let
 Více než 15let

2) Pracujete ve směnném provozu?

- Ano, vyhovuje mi to
 Ano, ale nevyhovuje mi to
 Ne, pracuji v jednosměnném provozu

3) Co Vás motivuje pracovat na operačním sále?

- Vysoce specializovaná práce
 Práce s moderní technikou
 Image pracoviště
 Prestiž
 Finanční ohodnocení
 Nejsem v kontaktu s pacienty
 Jiné.....
(můžete označit více odpovědí)

4) Žijete s:

- Sám/a
 S rodinou (partner + děti)
 Sám/a s dítětem/děťmi
 S partnerem

5) Jaké množství nealkoholických tekutin denně vypijete?

- Méně než 1 litr
 1 -2 litry
 2 – 3 litry
 více než 3 litry

Odpovědi prosím označte v tabulce křížkem

	ANO	Spíše ANO	Spíše NE	NE
Stravujete se pravidelně?				
Snídáte?				
Jíte ve spěchu?				
Znáte zásady zdravé životosprávy?				
Dodržujete pravidelné přestávky?				
Dodržujete zdravé stravování?				
Jste spokojen/a se svou hmotností?				

6) Kouříte?

- Ano, méně než 10 cigaret za den
 Ne
 Ano, více než 10 cigaret za den

7) Jak trávíte svůj volný čas?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vzděláváním | <input type="checkbox"/> Zájmy a záliby |
| <input type="checkbox"/> Sledováním televize | <input type="checkbox"/> S přáteli |
| <input type="checkbox"/> Četbou | <input type="checkbox"/> V jiném zaměstnání |
| <input type="checkbox"/> Sportem | <input type="checkbox"/> Domácími pracemi |
| <input type="checkbox"/> S rodinou | <input type="checkbox"/> Jiné..... |

(můžete označit více odpovědí)

8) Kolik hodin denně průměrně spíte?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Méně než 5 hodin | <input type="checkbox"/> 7 – 8 hodin |
| <input type="checkbox"/> 5 – 6 hodin | <input type="checkbox"/> 9 a více hodin |

9) Jaká je kvalita vašeho spánku?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Po probuzení se cítíte odpočatí | <input type="checkbox"/> Musíte užívat hypnotika |
| <input type="checkbox"/> Předčasně se probouzíte | <input type="checkbox"/> Probouzíte se během spánku |

10) Myslíte si, že během svých aktivit ve volném čase dostatečně relaxujete?

- | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ano | <input type="checkbox"/> Spíše ne |
| <input type="checkbox"/> Spíše ano | <input type="checkbox"/> Ne |

11) Myslíte si, že Vaše pracovní prostředí je stresující?

- | | |
|---------------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ano | <input type="checkbox"/> Ne |
| <input type="checkbox"/> Někdy, občas | |

12) Co si myslíte, že přispívá ke stresujícímu prostředí Vašeho pracoviště

- | | |
|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Odpovědnost | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Pracovní vypětí | iné..... |
| <input type="checkbox"/> | I |
| nterpersonální vztahy | |

J

13) Věnujete se sportu, sportujete?

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pravidelně 1 – 2x týdně | <input type="checkbox"/> Nesportuji |
| <input type="checkbox"/> Nepravidelně | |

14) Ve volném čase si pravidelně najdu čas na sebe a své záliby?

- | |
|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ano |
| <input type="checkbox"/> Někdy, občas |
| <input type="checkbox"/> Ne |

Označte, jak často konzumujete tyto potraviny (označte v tabulce křížkem)

	Několikrát t denně	1x denně	1- 2x týdně	Několikrát za měsíc	Téměř vůbec	Vůbec
Celozrnné pečivo						
Ovoce, zelenina						
Mléčné výrobky						
Ryby						
Sladkosti						
Uzeniny						
Slazené nápoje						
Káva						
Pivo 0,5 l						
Víno 0,2 l						
Destiláty 0,05 l						

Odpovědi prosím označte v tabulce křížkem

	vždy	často	zřídka	nikdy
Dokáži se radovat ze své práce				
Připadám si fyzicky vyčerpaný/á				
Připadám si psychicky vyčerpaný/á				
Bolí mě hlava				
Bolí mě záda				
Jsem unavený/á				
Obtížně se soustředím				
Mám zájem o novinky z mého oboru				
Jsem stresovaný/á				
Nemám rád/ráda v práci změny				
Nejsem doceněný/á, lékaři mou práci neocení				
Přemýšlím o odchodu z oboru				
Myslím na svou práci i v době volna				
Jsem přepracovaný/á				
Cítím se zdravý/zdravá				

Děkuji Vám za Váš čas a vyplnění dotazníku

Vladana Roušalová kontakt: VladanaR@email.cz