Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

# Výkon profese v intenzivní péči a její vliv na životní styl sester

Diplomová práce

Autor práce: Bc. Radka Švecová
Studijní program: Ošetřovatelství
Studijní obor: Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech

Vedoucí práce: Mgr. Helena Michálková, Ph.D.

Datum odevzdání práce: 16. 8. 2012

# Abstrakt

Diplomová práce byla orientována na problematiku sester pracujících v intenzivní péči a na to, jaký vliv má výkon povolání v tomto oboru na jejich životní styl.

Práce sester pracujících v intenzivních oborech patří jednoznačně k těm náročnějším. Sestra se ne ojediněle stává účastníkem při umíraní pacientů, kdy je jejich šance na kurabilitu a stabilizaci stavu nulová. To vše a mnoho dalších faktorů má dopad na její osobní a pracovní život, ale i na její stávající životní styl. Aby sestra vykonávala svou práci na co nejvyšší úrovni, musí být motivována a vedena ze strany managementu zdravotnického zařízení, musí být dostatečně erudovaná ve svém oboru a práce by jí měla být koníčkem, ve kterém musí mít pocit jistoty a bezpečí a práce by ji měla naplňovat.

Tato diplomová práce má stanoveny tři následující intence. První kladla důraz na zmapování životního stylu sester pracujících v intenzivní péči. Druhou bylo zjištění psychického zatížení sester pracujících v intenzivní péči. Třetí spočívala v porovnání životního stylu sester pracujících v intenzivní péči s životním stylem sester na standardních odděleních. Pro výzkumné šetření byly stanoveny 4 hypotézy. První analyzovala, zda profese v intenzivní péči má vliv na životosprávu sester. Tato hypotéza se potvrdila. Druhá, zda sestry pracující v intenzivní péči konzumují více alkoholické nápoje než sestry na standardním oddělení. Tato hypotéza se nepotvrdila. Třetí zkoumala, zda sestry pracující v intenzivní péči kouří tabákové výrobky více než sestry na standardním oddělení. Tato hypotéza byla potvrzena. A čtvrtá, poslední, hypotéza analyzovala, zda profese v intenzivní péči je pro sestry psychicky náročna. Tato hypotéza byla potvrzena.

Ke sběru dat pro výzkumné šetření byla použita forma kvantitativního šetření pomocí nestandardizovaných dotazníků. Do výzkumného šetření se zapojily sestry pracující v Okresní nemocnici Havlíčkův Brod a v pražské Fakultní nemocnici Motol, jejichž odpovědi se následně porovnávaly. Šetření probíhalo v období od února 2012 do dubna 2012. Celkový počet úplně vyplněných dotazníků, které se následně analyzovaly, byl 162. Výsledná data byla zpracována MS Excel pomocí tabulek a grafů.

Otázky v dotazníku se týkaly především stresových situací, spokojenosti na oddělení, motivačních prvků a životního stylu – oblasti spánku, relaxace, výživy a pitného režimu, návykových látek a směnného provozu.

Analýza dat prokázala, že zátěž po stránce psychické hodnotí sestry v intenzivní péči za velmi psychicky vyčerpávající. Dále bylo zjištěno, že jejich životní styl není optimální v důsledku pracovního vytížení. Při porovnávání výsledků byly zjištěny markantní rozdíly v odpovědích u obou skupin. Ty se týkaly zejména již zmíněné oblasti psychické náročnosti.

Na základě údajů zjištěných podrobnou analýzou dat, bylo navrhnuto několik opatření pro management zdravotnických zařízení, která byla orientována na kvalitu životního stylu a spokojenost sester v zaměstnání.

# Abstract

The diploma thesis has been focused on the issue of nurses working within intensive care and on the impact of performing a job in this branch on their lifestyles.

The jobs of nurses working within the intensive branches clearly belong among the demanding ones. A nurse often becomes a witness of dying patients while there is hardly any chance of curability and stabilization of their conditions. All of that and many other factors affect her personal and professional life, as well as her current lifestyle. To perform her job at as high level as possible, a nurse must be motivated and directed by management of the health centre, she must be educated enough in her branch and the job should be a hobby for her, where she must feel certain and safe and the job should satisfy her.

This diploma thesis has defined three following intentions. The first one highlighted mapping of a lifestyle of nurses working within intensive care. The second one was determination of psychical load of nurses working within intensive care. The third one included comparison of lifestyle of nurses working within intensive care and lifestyle of nurses working at standard wards. There were 4 hypotheses defined for the investigation survey. The first one analyzed if a job within intensive care affects diet of the nurses. This hypothesis proved true. The second one, if nurses working within intensive care consume more alcoholic drinks than the sisters working at standard wards do. This hypothesis did not prove true. The third one examined whether nurses working within intensive care smoke tobacco products more than the sisters working at standard wards do. This hypothesis proved true. And the fourth and the last hypothesis analyzed if a job within intensive care is psychically demanding for the nurses. This hypothesis proved true.

Quantitative survey including non-standardized questionnaires was used to collect data for the investigation survey. The investigation survey included nurses working in the Regional Hospital in Havlíčkův Brod and in the Prague's College Hospital Motol, and their answers were compared subsequently. The survey was held from February 2012 to April 2012. The total number of completely filled

questionnaires, which were analyzed subsequently, was 162. The final report was processed in MS Excel using tables and charts.

The questions included in the questionnaire were mostly focused on stressful situations, satisfaction at the ward, motivating elements and lifestyle – the field of sleep, relax, diet and drinking regime, addictive drugs and shift system.

Analysis of the data proved that psychical load classifies nurses working within intensive care as a very psychically-demanding job. Furthermore, it was revealed that their lifestyles are not optimal as a consequence of their work load. When comparing the results, significant differences were detected in the answers given by both of the groups. These were related especially to the above-mentioned field of psychical demand.

Based on the information discovered through a detailed analysis of the data, several provisions were proposed for management of health centres, which were focused on quality of lifestyle and job satisfaction of nurses.

**Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Výkon profese v intenzivní péči a její vliv na životní styl 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 se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne…….

…….

podpis studenta

**Poděkování**

Na tomto místě bych chtěla poděkovat Mgr. Heleně Michálkové, Ph.D., za odborné vedení práce, cenné rady a připomínky, bez kterých by tato diplomové práce nemohla vzniknout a dostala tak konečnou podobu. Dále bych chtěla poděkovat svým blízkým za trpělivost a podporu při studiu a psaní diplomové práce.

OBSAH

**1. ÚVOD** ..... **1**

**2. SOUČASTNÝ STAV** ..... **2**

**2.1 Všeobecná sestra** ..... **2**

2.1.1 Osobnost sestry ..... 3

2.1.2 Role sestry ..... 4

2.1.3 Motivace v práci sestry ..... 5

**2.2 Životní styl sester** ..... **6**

2.2.1 Zátěž sester ..... 6

2.2.2 Výživa ..... 9

2.2.3 Spánek ..... 18

2.2.4 Relaxace a odpočinek ..... 19

2.2.5 Návykové látky ..... 20

2.2.6 Směnný provoz ..... 22

**2.3 Práce sestry na standardním oddělení** ..... **23**

2.3.1 Chirurgické a interní oddělení ..... 23

2.3.2 Náročnost práce sester na standardním pracovišti ..... 24

**2.4 Práce sestry v resuscitační a intenzivní péči** ..... **25**

2.4.1 Obor anesteziologie a intenzivní péče ..... 25

2.4.2 Stupně jednotek ..... 26

2.4.3 Náročnost práce sester na pracovišti intenzivní péče ..... 27

**2.5 Legislativa** ..... **29**

2.5.1 Právní úprava provozu na JIP/ARO ..... 29

2.5.2 Vzdělání sester na JIP/ARO ..... 30

2.5.3 Kompetence sester na JIP/ARO ..... 31

**3. CÍLE A HYPOTÉZY** ..... **33**

**3.1 Cíle** ..... **33**

**3.2 Hypotézy** ..... **33**

**4. METODIKA PRÁCE** ..... **34**

**4.1 Metodika** ..... **34**

**4.2 Charakteristika souboru** ..... **35**

**5. VÝSLEDKY ..... 36**
**5.1 Respondenti na standardním oddělení ..... 36**
**5.2 Respondenti na JIP/ARO ..... 51**
**5.3 Souhrnná data ..... 66**
**6. DISKUZE ..... 103**
**7. ZÁVĚR ..... 109**
**8. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ**
**9. KLÍČOVÁ SLOVA**
**10. PŘÍLOHY**

# 1. ÚVOD

Ošetřovatelství jakož to pomáhající profese spadá do kategorie těch povolání, která jsou jednoznačně krásná, ale také náročná a z hlediska medicínského velmi riziková. Není pochyb o významu sester pracujících v úsecích intenzivní péče. Práce na těchto odděleních je ještě o to náročnější, neboť sestry musí umět jednat pohotově, předvídat akutní situace a poskytovat vysoce kvalitní ošetřovatelskou péči, která vychází z jejich specializace. Sestra by měla být jednak osobností, která je jak erudovaná, empatická, altruistická, ale zároveň také psychicky vyrovnaná. Pakliže je sestra managementem dostatečně motivována a podporována k co nejvyšším výkonům, tak ji práce uspokojuje a cítí se potřebná. Pokud tomu tak není, tak to má za následek nespokojenost, nezájem, neefektivně vykonávané úkony a zvýšenou fluktuaci.

Sestra zde pečuje o velmi nemocné pacienty, jejichž osudy mnohdy končí i smrtí. Masivně zatěžující situace, se kterými se každodenně setkává, mají vliv nejen na její životní styl, ale také na osobní a společenský život. Nepřetržitý 24 hodinový provoz, nadměrně fyzicky a psychicky zatěžující situace, interakce vztahu s pacientem, interpersonální vztahy s multidisciplinárním týmem, neustále se zvyšující důraz na zvyšování produktivity sester, jejich motivace k práci. To vše a mnoho dalších faktorů se odráží na jejich životním stylu. Od něj se také odvíjí špatné stravovací návyky, fyzická inaktivita, konzumace alkoholu a tabákových výrobků. Adaptace na přetížení je jak známo individuální. Pokud však dojde k překročení snesitelné hranice, mohou se objevit symptomy nejrůznějších onemocnění a psychického vyčerpání – syndrom vyhoření. Proto je nutné, aby o sebe sestra dokázala pečovat a pracovala ve zdravém pracovním prostředí. Sestry si mnohdy těžko přiznávají, že jejich život není vyvážený a nadměrnou zátěž neumí kompenzovat volnočasovými či relaxačními aktivitami.

V této diplomové práci bych se chtěla zabývat sestrami pracujícími v oboru intenzivní péči a jejich životním stylem. Práce je zaměřena na stravovací návyky, volnočasové aktivity, dále na jejich psychické zatížení a stres, vliv směnného provozu na spánek a celkovou spokojenost na oddělení. Jsem přesvědčena o tom, že pokud jsou sestry v psychické pohodě, provádí aktivity směřující k duševní hygieně a jsou dobré vztahy na oddělení, tak i jejich celková pracovní produktivita a chuť k práci se zvyšuje.

# 2. SOUČASTNÝ STAV

## 2.1 Všeobecná sestra

Definice sestry dle ICN: *„Sestra je osoba s ukončeným základním všeobecným ošetřovatelským vzděláním, která smí na základě souhlasu regulačního orgánu ve své zemi pracovat jako sestra. Základní ošetřovatelské vzdělání je formálně uznaný studijní program, který studentovi poskytne široký a důkladný základ ve znalostech chování, života a ošetřovatelství, který student potřebuje pro ošetřovatelskou praxi, pro řídící úlohu a pro navazující specializační studium nebo navazující studium potřebné k výkonu odbornější ošetřovatelské praxe.‘‘*

*„Sestra je připravena a oprávněna:*

1. *Zapojovat se do všeobecné ošetřovatelské praxe, včetně podpory zdraví, prevence nemocí a péče o fyzicky a duševně choré a postižené osoby různého stáří ve všech zdravotnických a komunitních zařízeních.*
2. *Vyučovat témata spadající do zdravotnické péče.*
3. *Plně se zapojovat do zdravotnického týmu.*
4. *Dohlížet nad pomocnými pracovníky v ošetřovatelství a zdravotnické péči a školit je; zapojovat se do výzkumu.‘‘* (Alexander, Runciman, 2003, s. 6)

Ošetřovatelství jako takové prošlo relativně velkou změnou v poměrně krátkém časovém úseku – od charitativní, až po profesionální činnost. Své nezastupitelné místo v ošetřovatelství právem zaujímá Florence Nightingaleová, která kladla důraz na plnění ošetřovatelských činností především technického rázu. Vždyť právě ošetřovatelství je právem spojováno s jejími zásluhami v ošetřovatelství a její symbol lampy je dodnes znakem Mezinárodní rady sester. Florence Nightingaleová je tedy neodmyslitelnou součástí ošetřovatelství. S rozvojem moderní společnosti se sesterské povolání na žebříčku prestižních povolání postupuje směrem kupředu. Toto povolání patří bezesporu k jednomu z nepostradatelných a od sester se očekává, že přidělené úkoly budou provádět jednak profesionálně, na co nejvyšší odborné úrovni a budou jednat v souladu se zákonem a stanovenými předpisy. Z tohoto důvodu jsou sestry vedeny, aby

získávaly nové poznatky a vzdělávaly se. V současné době se stále zvyšuje potřeba sester specialistek (Kutnohorská, 2010; Plevová, 2011). V loňském roce prováděl Statistický úřad výzkum na téma Prestiž povolání. Sestra zaslouženě obsadila 3. místo mezi 26 sledovanými povoláními. Celkový počet dotazovaných osob byl 1006 (viz. Příloha 1) (Tuček, 2011).

### *2.1.1 Osobnost sestry*

Každá sestra je individuální bytost, která se každodenně setkává s nepříznivými osudy pacientů. Nelze tedy jednoznačně říci, jaká je její ideální osobnost. Nezbytnou součástí osobnosti sestry je působení pracovního prostředí, složení ošetřovatelského týmu a vztahy v kolektivu. Obecně lze tedy říci, že pro profesi sestry je důležitá psychická zralost, emoční stabilita a vyšší tolerance k frustraci nenaplněných cílů (Plevová, 2011).

V průběhu sesterské profese dochází k neustálé interakci s pacientem, a proto by v něm sestra měla vzbuzovat a podporovat pocit důvěry a pacienta i jeho rodiny by si měla vážit. Právě tímto jednáním pozitivně ovlivňuje jejich spolupráci. Měla by umět jednat s lidmi a uplatňovat holistický přístup. Dále je nutná i jistá dávka empatie a měla by se snažit o ovlivnění prožívání svých pacientů správným směrem, saturovat jejich potřeby, a tím jim zároveň dodávat kladný pohled na jejich zdravotní stav. Měla by akceptovat pacientovy negativní projevy v souvislosti s onemocněním, podporovat ty pozitivní a jednat empaticky a altruisticky. Ve své profesi se setkává s různými typy pacientů, ke všem by měla být čestná, laskavá, ochotná a měla by dodržovat povinnou mlčenlivost, která je zákonem podmíněna. Neméně důležitými předpoklady jsou pohybová zručnost a obratnost, smysl pro estetické cítění (úprava zevnějšku a pracovního prostředí), zdravé sebevědomí, ale také kritické myšlení. Nezbytná je také trpělivost a umění ovládat své jednání. Především ve smyslu oddělení práce a soukromí a odpoutání se od svých potřeb a zájmů. Nevhodné jednání sestry (např. ponechání pacienta v bolestech) může velmi negativně narušit vztah s pacientem a tím následně devalvovat sesterskou profesi na obecné úrovni (Hermanová, Zacharová, Šrámková, 2007; Ptáček, Bartůněk, a kol., 2011).

### *2.1.2 Role sestry*

Každá profese má své individuální profesní role. Nejinak je tomu i v ošetřovatelství. Jedná se o určité specifické činnosti a aktivity, které se vztahují k profesi a podtrhují ji. Se stále se zvyšujícími se kompetencemi, se sestry stávají zodpovědnějšími za své výkony a jednají autonomně. Tím se posouvají jejich hranice. U tradiční sestry byl dříve kladen důraz především na zručnost. Jejich role není již jen pomocnice a podřízené lékařů. Naopak, sestry jsou plnohodnotnými partnerkami v oboru a rovnocennými členkami zdravotnického týmu. Pomáhají pacientovi (rodině či skupině) dosáhnout a udržet jeho zdravotní stav na co nejvyšší možné úrovni, motivují a vedou ho k aktivnímu zapojení se do všech forem zdravotní péče. Tímto a mnoha dalšími faktory se zvyšuje prestiž jejich oboru (Hermanová, Zacharová, Šrámková, 2007; Plevová, 2011).

Sesterská profese tvoří celek společenských rolí v dimenzi ošetřovatelsko - pečovatelské, expresivní, výchovné, technické, poradenské, výchovné a organizační. Role sester jsou charakteristické tím, že vychází z hlavních cílů moderního ošetřovatelství (Vorlíček, Abrhámová, Vorlíčková et al., 2006).

Mezi nejčastější sesterské role dnešní doby patří role poskytovatelky ošetřovatelské péče, manažerky, edukátorky, advokátky, nositelky změn, výzkumnice a mentorky. *Poskytovatelka ošetřovatelské péče* v sobě skrývá péči jak v nemocničním zařízení, tak i v terénní péči. Pacient je chápán jako individuální holistická bytost. Na základě tohoto pohledu jsou saturovány potřeby ve všech dimenzích – biologické, psychické, sociální a spirituální. V roli *edukátorky* se sestra podílí především na upevňování zdraví a preventivních aktivitách, vedení pacienta k soběstačnosti a základním sebeobslužným činnostem. Sestra je v neustálé interakci nejen s pacientem, ale i s jeho rodinou. V situaci, kdy se u pacienta objevuje deficit sebepéče, má nějaké problémy, požadavky nebo přání, plní sestra úlohu *obhájkyně*. V této roli sestra hájí zájmy pacienta a jedná v jeho prospěch. Sestra *manažerka* se podílí na řízení organizace a tato role je zakomponována ve všech ošetřovatelských činnostech. Neakceptování role má za následek neefektivní ošetřovatelskou péči. Jako každá jiná profese, i ošetřovatelství podléhá změnám. Z toho také vyplývá další nezbytná role sestry, a to

*nositelka změn*. Sestra by měla působit jako hnací stimul ve své profesi, aby nedošlo k ustrnutí ošetřovatelství. Další podstatnou rolí je role *výzkumnice*. V současném ošetřovatelství dochází k rozvoji výzkumné činnosti a sestra by se na ní měla podílet. Pro tuto roli se předpokládá určitá schopnost a vzdělání. V neposlední řadě sestra působí jako *mentorka*, kdy zajišťuje dohled nad studenty při jejich působení na klinickém pracovišti (Farkašová, 2006; Kutnohorská, 2007).

### *2.1.3 Motivace v práci sestry*

Motivace je chápána jako jistý psychologický proces, který usměrňuje vlastní pozitivní jednání člověka k určitému cíli či výkonu. Je tedy jakousi premisou úspěchu. Lze konkretizovat dva typy motivace, a to vnitřní a vnější motivaci. Každá je svým způsobem specifická. Vnitřní motivace je individuální každému jedinci, vychází z nitra jedince a výsledkem je jeho vnitřní uspokojení (pocit spokojenosti sám se sebou). Pro každého však vnitřní motivace znamená něco jiného. V opozici stojí vnější motivace, která vychází ze zevního (okolního) prostředí. Ta zahrnuje vhodné pracovní podmínky, vybavenost pracoviště, benefity pro zaměstnance, atd. (Dědina, 2005).

Kilíková (2006) klade důraz na motivační bariéry, které mohou mít, jak známo, negativní vliv na pracovní schopnosti jedince. Mezi vnější lze zakomponovat především špatné interpersonální vztahy na pracovišti či osobní problémy zaměstnanců, vznik konfliktů, nevhodné chování anebo neobjektivní hodnocení jednotlivých pracovníků. Vnitřními bariérami může být nesouhra mezi zájmy, osobní problémy a jejich nezvládání, neefektivní plnění jednotlivých úkolů. Aby bylo v zaměstnání předejito neproduktivním výkonům jednotlivých zaměstnanců, je v pravomoci nadřízeného, aby vyzdvihl prvky motivační a předešel těm demotivačním.

Pomáhající profese, potažmo i zdravotnictví, patří mezi jedno z těch náročných povolání. V oboru anesteziologické a intenzivní péče je kladen důraz na co nejvyšší profesionalitu. K tomu, aby byla produktivita výkonů sestry a jejich kvality na co nejvyšší úrovni (minimálně standardní), je vhodné umět využívat motivace a stimulace. Odměnou pro nadřízeného bude nejenom spokojenost svých zaměstnanců, ale také

pacientů samotných. Tuto činnost má v kompetenci management příslušného zdravotnického zařízení (Kilíková, 2006).

## 2.2 Životní styl sester

Životní styl zahrnuje ustálené zvyklosti a praktiky denního života, které jsou typické každému člověku. Jedná se o jakési dobrovolné chování, jehož cílem je dosažení co nejlepší zdravotní úrovně. Úroveň lidského zdraví je determinována mnoha faktory, mezi které lze zařadit způsob života, pracovní a životní prostředí, zdravotnickou péči a v neposlední řadě genetické dispozice. Životní styl ovlivňuje naše zdraví z 60-70 %, proto je tak významný. Přes sebelepší a kvalitní zdravotnickou péči lidé nebudou v dobré kondici, pokud se o sebe nebudou starat. Špatné návyky (užívání návykových látek, fyzická inaktivita, nadměrná psychická či fyzická zátěž, špatné výživové návyky, aj.) životního stylu mohou vést ke zdravotním komplikacím. Těmi mohou být nejčastěji úrazy a onemocnění, jako například obezita, onemocnění pohybového aparátu nebo kardiovaskulární onemocnění. Je nesmírně důležité, aby životní styl a výživa byly v rovnováze. Neboť právě tato harmonie ovlivňuje zdraví a celkový stav organismu (Čeledová, Čevela, 2010; Čermák, 2002).

### *2.2.1 Zátěž sester*

Objektem práce sestry je člověk, ať už zdravý nebo nemocný. Obzvláště těžce nemocný pacient bývá pro sestru obrovskou zátěží, a to jak fyzickou, tak i psychickou. Sestra se nesčetněkrát setkává s pacienty, ale i jejich rodinami v nesmírně těžkých životních situacích. Sestra pracující v intenzivní péči zajišťuje vysoce specializovanou a kvalitní péči, která má v mnoha případech negativní dopad na její zdravotní stav, osobní a společenský život. Aby sestra mohla kvalitně pečovat o pacienta, je nezbytné, aby byla sama v dobré psychické a fyzické kondici, aby měla odpovídající pracovní podmínky a dokázala si udělat čas sama na sebe a dokázala porozumět svým emocím. Protože jen tehdy se pacientovi dostane potřebnému pocitu jistoty a bezpečí (Novotná, Valentová, 2011; Křivohlavý, 2010).

*Fyzická zátěž*

Jak uvádí Komačeková (2009), fyzická zátěž sestry je dána poměrem mezi výkonovou kapacitou a požadavky, za kterých je ošetřovatelská péče uplatňována. Pokud jsou tyto dvě složky v rovnováze, je fyzická zátěž adekvátní. Pokud ne, mluví se o zátěži nepřiměřené.

Nejnáchylnější pro zvýšenou fyzickou zátěž je především pohybový systém (páteř, klouby a svaly), a to nejen v důsledku polohování a manipulace s klientem, ale i v souvislosti se špatnými pohybovými návyky, které sestra provádí nesprávně a nekoordinovaně. Kromě poškození pohybového aparátu se sestra cítí vyčerpaná a unavená, mívá bolesti hlavy, kloubů a svalů, a výjimkou není ani vznik varixů, které jsou mnohdy zrádné a způsobují velké zdravotní komplikace (Gučková, 2007).

Jako účinná prevence slouží uplatňování vhodných technik a pomůcek pro manipulaci s klientem (Komačeková, 2009).

*Psychická zátěž*

Stresem je považován stav intenzivního napětí. Lze jím chápat určitou reakci organismu na jeho potřeby a požadavky, tedy na stresory a salutory. Stresory můžeme charakterizovat jako všechny faktory, které na člověka působí a navozují u něj pocit strachu a ohrožení. Na sestru mohou působit jak krátkodobé stresory, tak dlouhodobé (zodpovědnost za pacienta). Ne vždy musí stres nutně působit nepříznivě. Mnohdy má stres i pozitivní aspekt a v sestře může probudit jistý stimul, který ji pomůže dosáhnout vytouženého cíle. V souvislosti s narůstajícím životním tempem, se zvyšujícími se požadavky na výkon a časovým tlakem, se stres stává stále častější součástí rutinního života (Jobánková, Kvapilová, 2007; Kebza, 2005). Ve chvíli, kdy nároky, které na sebe sestra klade, překročí míru toho, co je schopna zvládnout, zažívá stresovou situaci (Stock, 2010).

Sestra se často v průběhu svého působení na pracovišti setkává s nejrůznějšími chorobami, utrpením, bolestí, s nevyléčitelně nemocnými pacienty a potažmo i se smrtí. Každý pacient je individuální holistická bytost a na nemoc, pobyt v nemocnici a personální složení reaguje jinak. Za těchto okolností mohou vznikat nejrůznější

konflikty a stresové situace, se kterými by se sestra měla umět vypořádat (Venglářová, 2011). Sestra pracující v intenzivní péči, ale i na standardním oddělení, je v neustálém tlaku – musí dbát pokynů a ordinací lékaře, neustále sledovat stav klienta, umět rychle reagovat v kritických situacích, a toto všechno se odráží na jejím psychickém stavu (Bartošíková, 2006).

Stres lze členit do tří hlavních stádií – alarmové stádium, stádium vyrovnávací a nakonec stav vyčerpání. První, *varovná fáze*, nastává tehdy, pokud si člověk začne uvědomovat jistou stresovou situaci. V případě, že dojde k jejímu včasnému řešení, důsledky stresu se nikterak na člověku (a jeho pracovním výkonu) neprojeví. Pokud stres překročí jistou hranici odolnosti jedince, nastává po fázi varovné, *fáze odolávání*. Poslední fází je *fáze vyčerpání*, která se projevuje úzkostí, nespavostí, únavou a depresí. V této fázi je sestra velmi psychicky a fyzicky vyčerpaná. Snaží se vykonávat hodně práce, ale výsledky nejsou nikterak viditelné. Uniknout z této fáze není jednoduché a vyžaduje dlouhodobé úsilí. Je dobré obrátit na přítele, někoho z rodiny, či nějakého odborníka. Cílem zvládání stresu je snížit úroveň toho, co nejvíce zatěžuje, zlepšit pracovní podmínky, zachovat si duševní klid a rovnováhu, zachovat si pozitivní tvář a nemyslet skepticky, že se situace zlepší. Dále si dopřát relaxaci a pocit uvolnění, plánování volného času a také budoucnosti a chvilky strávené s nejbližšími přáteli a rodinou (Venglářová, 2011; Křivohlavý, 2010).

*Syndrom vyhoření*

Syndrom vyhoření se vyskytuje již od nepaměti. První zmínku o něm vyslovil americký psychoanalytik Herberetem J. Freudenbergerem, jenž jej následně definoval. V odborné terminologii označován jako „burnout syndrom„, neboli syndrom vyhoření, dohoření, vyprahlosti charakterizuje profesionální selhávání. Ačkoliv mnoho odborníků uvádí odlišné definice tohoto syndromu, jádro podstaty zůstává stejné. Původně silně hořící plamen představující aktivitu, motivaci a zájem začne vyhasínat a sestra má ke své práci lhostejný postoj. Syndrom vyhoření nelze řadit mezi nemoci. Jedná se o závažný medicínský problém, který ovlivňuje celkovou kvalitu života. Syndrom vyhoření vzniklá jako následek chronického stresu a vyvíjí se ve 4 fázích: *nadšení,*

*stagnace, frustrace a apatie*. Po čtvrté fázi nastupuje samotný syndrom vyhoření (Kebza, 2005; Clark, 2008; Stock, 2010).

Zásadní předpoklady pro vznik syndromu vyhoření jsou pracovní prostředí a příliš velká motivace sestry pečovat o pacienty. Mezi prvotní varovné signály je možno řadit subjektivní pocit sestry, že svou práci nezvládá, má jisté pochybnosti smyslu práce a dochází k depersonalizaci. Navenek působí nervózně, nespokojeně, podrážděně a může mít i somatické příznaky (Venglářová, 2011). Příznaky již vzniklého syndromu vyhoření lze tedy rozdělit do tří oblastí: *oblast psychická* (pocit psychického vyčerpání, ztráta motivace, ztráta iniciativy a aktivity, depresivní pocity, frustrace, beznaděj, negativismus až hostilita, snížení činností na rutinní postupy), *oblast fyzická* (chronická únava, poruchy spánku, svalové napětí, kardiovaskulární, zažívací a dechové obtíže a zvýšená náchylnost ke vzniku jakékoliv závislosti) a *oblast sociální* (nezájem o ostatní, nechuť k práci, chybí empatie a vznik konfliktů). Jedním z nejpodstatnějších faktorů, kterým je možno předejít syndromu vyhoření, je vést smysluplný život, mít pořádek ve svých hodnotách, znát své priority, cíle a zdravý životní styl. Je také nezbytné udržovat jistý soulad mezi stresory a salutory (Kebza, 2005; Kirandeep,Ripudaman, 2011).

### *2.2.2 Výživa*

O významu zdravé výživy dnes snad již nikdo nepochybuje. V dnešní moderní době je patrná mírná inklinace ke zdravému životnímu stylu zejména u mladších osob. Pokud se lidé chtějí zdravě stravovat, měli by se snažit získávat stále nové poznatky a informace v oblasti výživy. Potravina je nezdravá teprve tehdy, pakliže je opakovaně a ve velkém množství konzumována (Kunová, 2011). V sesterské profesi nejsou neobvyklé špatné stravovací návyky. V pracovním presu mnohdy sestry nemají čas udělat si pauzu na svačinu, vynechávají teplá jídla. Jiné se stravují příliš tučnými nebo sladkými potravinami, anebo v rámci nočních služeb konzumují jídlo v pozdních hodinách. Stravovací rytmus bývá velmi často podřízen harmonogramu na oddělení. Nevhodné stravovací návyky je třeba umět ovlivnit. Je ale třeba vědět, že změna špatných návyků není jednoduchá. Naopak, je to velmi zdlouhavý a složitý proces (Trojan, 2004).

Pod pojmem racionální výživa je možno chápat jakýsi souhrn znalostí a návodů, které se týkají kvality a kvantity přijímané potravy, a to vzhledem k nárokům organismu. Velká část populace je v dnešní době nedostatečně živena, tzn., že lidé jsou vystaveni nutriční deficienci – od hladovění až po nedostatečnou výživu s následnými defekty jako je nedostatečný příjem některých složek potravy (vitaminů, minerálů, stopových prvků) (Trojan, 2004).

Sestra pro kvalitní výkon své profese vyžaduje energeticky vyváženou stravu, kdy všechny nezbytné složky (bílkoviny, cukry, tuky, minerální a stopové prvky a vodu) budou v rovnovážné harmonii (Radvanová, Bauerová, 2006).

Radvanová a Bauerová (2006) uvádí, že během dne by sestra měla sníst alespoň 2 porce jakéhokoliv ovoce a nejméně 3 kousky čerstvé zeleniny, potraviny by se měly vybírat dle sníženého obsahu tuků a sacharidů a naopak volit dostatek mléka a mléčných výrobků. Zejména při práci ve směnném provozu se toto dodržuje velmi obtížně. Avšak sestra by si měla být vědoma všech následků a rizik vyplývajících z nedodržování určitých stravovacích návyků. A proto by měla preferovat pestrou stravu v určitých předem stanovených časových intervalech. Měla by sledovat složení konzumovaných potravin, jíst častěji (tzn. 5 - 6krát denně) a v menších porcích. Ovšem k dobrému zdravotnímu stavu a pocitu pohody přispívá nejen vhodná strava, nýbrž i dostatečný příjem tekutin, dostatek pohybové aktivity, spánku a relaxace.

*Proteiny*

Proteiny jsou pro výživu naprosto nezbytnou součástí, jsou zdrojem energie a bez jejich přítomnosti by nebyla možná stavba a obnova tkání. Optimální bílkovinný příjem, tzv. bílkovinné optimum činí u dospělého člověka 0,75-1 g proteinů na kg hmotnosti za den. Avšak v období růstu, rekonvalescence, u fyzicky náročné práci a v průběhu gravidity by se měl přísun proteinů zvýšit, aby byly plně pokryty proteosyntetické potřeby organismu (Kunová, 2011; Trojan, 2004).

V podmínkách, ve kterých žijeme, nedostatek proteinů nikterak nehrozí. Výjimkou jsou lidé, kteří drží neprofesionálně sestavené diety. Nadbytek nepříznivě ovlivňuje zdravotní stav tím, že zatěžuje ledviny a játra a v některých případech může

nadbytek proteinů vést ke vzniku dnavých záchvatů. Zdroje rostlinných proteinů jsou sója, hrách, fazole, čočka, obiloviny, ořechy, aj. a živočišných maso, ryby, vejce, aj. (Kunová, 2011; Trojan, 2004).

*Lipidy*

Jedná se o heterogenní látky, které mají jednu společnou vlastnost a tou je špatná rozpustnost ve vodě. Lipidy se skládají z glycerolu a mastných kyselin. Mastné kyseliny rozlišujeme na nasycené a nenasycené, které se dále ještě dělí na jednoduše nenasycené (mononenasycené) a vícenásobně nenasycené (polynenasycené). Nasycené mastné kyseliny bývají obsaženy v surovinách živočišného původu a zvyšují hladinu cholesterolu v krvi. Nenasycené naopak působí na zdravotní stav příznivě, jelikož snižuje nepříznivou frakci cholesterolu (LDL) a zvyšuje příznivě působící část (HDL) (Holeček, 2006; Kunová, 2011).

Tuky jsou nesmírně důležitou a nenahraditelnou složkou potravy. Dvojnásobná energetická hodnota (oproti sacharidům a proteinům) přispívá ke zvyšování celkově přijaté energie. Působí jako nositelé mastných kyselin, vitaminů rozpustných v tucích, sterolů a dalších látek a v neposlední řadě také dodávají příjemnou chuť a vůni. Lipidy jsou zdrojem cholesterolu nebo fytosterolů a 1 gram tuků obsahuje přibližně 38 KJ (Holeček, 2006; Kunová, 2011).

Lipidy rovněž působí jako mechanická a tepelná ochrana organismu. Jsou výchozí látkou při syntéze prostaglandinů a steroidních hormonů. Denní příjem by neměl přesáhnout 60-80 gramů/den. Nedostatek tuků v potravě může způsobit poruchy růstu a vývoje, zvyšuje se náchylnost k imunitním a metabolickým poruchám a rovněž může být poškozena činnost centrálního nervového systému. Naopak vysoký přísun tuků způsobuje vznik obezity a kardiovaskulárních onemocnění v důsledku zatěžování srdce a cév (Trojan, 2004; Holeček, 2006; Kunová, 2011).

*Sacharidy*

Stejně jako tuky a bílkoviny jsou i cukry nezbytnou součástí potravy. V energetickém poměru živin tvoří největší zastoupení a pro organismus jsou

okamžitým zdrojem energie. Dostatečný příjem sacharidů zabraňuje odbourávání endogenních proteinů a urychlené oxidaci tuků s následným vznikem acidózy. Přebytečné zásoby sacharidů, které se ukládají ve formě glykogenu v játrech, myokardu a svalové tkáni, jsou malé a slouží pouze k akutní potřebě energie (12-18 hodin). Glykogen není nejideálnější energetickou rezervou, jelikož váže vodu a tím zaujímá na jednotku energie velký objem (Svačina, 2008; Trojan, 2004).

Denní dávka sacharidů se pohybuje kolem 100-300 gramů za den. Energetická hodnota 1 gramu činí 17 KJ. Nedostatečný příjem sacharidů v potravě má za následek odbourávání tukových zásob, v horších případech až úbytek svalové hmoty, překyselení organismu a poruchy psychického stavu. Oproti tomu vysoký přísun může být zdrojem hromadění energie do tukových zásob a tím pádem může zapříčinit vznik obezity nebo diabetu mellitu II. typu (Kunová, 2011).

Dělení sacharidů (podle počtu cukerných jednotek vázaných v molekule):

a. Jednoduché sacharidy - monosacharidy a disacharidy.
b. Složité sacharidy – polysacharidy

Hlavními představiteli monosacharidů jsou glukóza, fruktóza a galaktóza. Základní potravinové zdroje monosacharidů jsou med, ovoce, zelenina, vaječný bílek a džus. Zástupci disacharidů jsou maltóza, sacharóza, laktóza a nalezneme je například v obilovinách, řepném cukru, javorovém sirupu a mléce.

Polysacharidy se dělí na využitelné a nevyužitelné. Mezi využitelné patří především škroby, které se během procesu trávení štěpí na monosacharidy a oligosacharidy a jsou využívány jako zdroj energie. Mezi nevyužitelné se řadí neškrobové polysacharidy a rezistentní škroby (Svačina, 2008).

*Vitaminy*

Vitaminy jsou látky nepostradatelné a lidský organismus je potřebuje v daleko menším množství, než ostatní základní živiny. Jsou potřebné k fungování enzymů, hormonů a k likvidaci nebezpečných volných radikálů, mají antioxidační účinek. Organismus si je nedovede sám vytvořit (až na výjimky), proto se musí do těla dodávat ve stravě. V dnešní době se naprostý deficit vitaminů prakticky nevyskytuje, nicméně

do projevů hypovitaminózy spadá únava, zhoršená kvalita vlasů a pleti, poruchy nálady, aj. Obecně tyto nedostatky jednotlivých vitaminů mohou přispívat ke vzniku srdečních, cévních a onkologických onemocnění a dále pak onemocnění pohybového aparátu. Jen velmi málo lidí konzumuje každodenně doporučené množství ovoce a zeleniny, kde jsou vitaminy obsaženy (Kunová, 2011; Chrpová, 2010).

Některé vitaminy jsou obsaženy ve zdrojích rostlinných, jiné naopak v živočišných. Z hlediska chemických vlastností se vitaminy dělí na rozpustné v tucích (lipofilní) a rozpustné ve vodě (hydrofilní) (Kunová, 2011).

***Lipofilní vitaminy*** si organismus může ukládat, a proto se v potravě nemusí doplňovat denně. Může však dojít i k předávkování. Patří sem vitaminy A, D, E, K. *Vitamin A (retinol)* je nezbytný pro dobrý zrak a pro zachování neporušené funkce epitelové tkáně. Má příznivý vliv na růst a dělení buněk, především kostní dřeně, kůže a sliznic. Nedostatek vitaminu A se projeví suchou pokožkou a šeroslepostí. Při předávkování (30krát vyšší množství než doporučená denní dávka) se objevuje bolest hlavy, změny na kůži, zvracení. Hypervitaminóza může mít u žen za následek až potrat. Doporučená denní dávka činní asi 1-2 mg na den a bohatým zdrojem je např. mrkev, kukuřice, rajčata, meruňky, játra, mléko a vejce. *Vitamin D (kalciferol)* je důležitý pro hospodaření s vápníkem a fosforem, pro tvorbu kostní hmoty a růst. V kojeneckém věku se využívá jako prevence rachitidy. V dospělosti nedostatek zapříčiňuje vznik osteomalacie. Denní dávka je kolem 0,025 mg a jako zdrojem je máslo, vejce, rybí vnitřnosti, aj. *Vitamin E (tokoferol)* působí jako přírodní antioxidant a je důležitý pro reprodukci. Doporučená denní dávka je 25-30 mg. Při nedostatku se objevují poruchy růstu, svalová dystrofie a poruchy nervového systému. Zdrojem vitaminu E je rostlinný olej, libové maso, vejce, oves, vločky, aj. *Vitamin K (fytochinon)* je důležitý pro srážlivost krve, způsobuje aktivaci protrombinu a dalších srážecích faktorů v játrech. Nedostatek má za následek krvácivé stavy, nedostatečnou srážlivost a hepatopatii. Je tvořen prostřednictvím střevní mikroflóry, proto je důležitá konzumace mléčných výrobků. Denní doporučená dávka je 0,001 mg a přímým zdrojem je zelenina, zelí, špenát, kapusta, květák, hrách a obiloviny (Trojan, 2004; Kunová, 2011; Chrpová, 2010).

Zásoby ***hydrofilních vitaminů*** v organismu jsou malé, proto se musí denně doplňovat. Přebytek je odváděn močí. Řadíme sem vitaminy skupiny B ($B_1$ – thiamin, $B_2$ – riboflavin, $B_6$ – pyridoxin, $B_{12}$ – kyanokobalamin), dále vitamin C (kyselina askorbová), vitamin H (biotin), kyselina listová, kyselina nikotinová a kyselina pantotenová (Grofová, 2007). *Vitamin $B_1$* je obsažen v droždí, obilných klíčcích, luštěninách a vnitřnostech. Denní dávka se pohybuje okolo 1,5-2 mg a nedostatek se projevuje únavou, podrážděností a nechutenstvím. Nemoci z avitaminózy jsou beri-beri a neuritida. *Vitamin $B_2$* se nachází v mléce, rybách a játrech. Doporučená denní dávka je stejně jako u thiaminu 1,5-2 mg a nedostatek vitaminu vyvolává glossitis, stomatitis nebo dermatitis. *Vitamin $B_3$* má vliv na pochody v dýchacím řečišti a jiných oxido-redukčních procesech. Jedná se o ne zcela běžný vitamin. Nedostatek vyvolává pelagru, slabost a průjmy. *Vitamin $B_5$* je nezbytný pro syntézu bílkovin. Je obsažen v obilí, luštěninách, žloutcích, vnitřnostech a žloutcích. Denní dávka je asi 5-10 mg a u zdravých jedinců k nedostatku nedochází. *Vitamin $B_6$* působí jako koenzym v metabolismu proteinů. Nachází se v obilných klíčcích, mléce, vejcích, v mase a zelenině. Denní příjem by měl činit asi 2 mg a jeho nedostatek vyvolává křeče, nevolnosti, deprese, anémie a nervové poruchy. *Vitamin $B_{12}$* je obsažen ve všech potravinách živočišného původu (např. mléko, játra, ledviny, vejce, maso), proto je ho nedostatek u veganů a vegetariánů. Tvoří se v játrech. Denní dávka je velice malá (2-3 mikrogramů) a lidský organismus si může vytvořit zásoby. Nedostatek tohoto vitaminu způsobuje vznik perniciózní anémie a neurologické poruchy. *Kyselina listová* má vliv na metabolismus purinů a pirimidinů (součástí DNA) a její avitaminóza způsobuje vznik megaloblastické anemie. *Vitamin H* má účinky na celkový metabolismus (lipogeneze, glukoneogeneza). Doporučený příjem je 10-200 mikrogramů na den a nedostatek vyvolává dermatitis a vypadávání vlasů. *Vitamin C* patří potažmo k nejznámějším vitaminům a je obsažen především v ovoci a zelenině. Působí jako antioxidant na obraně proti vlivu volných radikálů, které mohou poškodit tkáně. Dále je důležitý pro syntézu kolagenu a absorpci železa. Denní doporučený příjem je 75-100 mg a nedostatek způsobuje kurděje, špatné hojení ran, náchylnost k infekcím (Trojan, 2004; Grofová, 2007; Kunová, 2011).

*Minerální látky a stopové prvky*

Minerální a stopové prvky jsou naprosto nezbytnou součástí potravy (Trojan, 2004). Nemají žádnou energetickou hodnotu. Ačkoliv jich potřebujeme jen velmi malé množství, tak musí být do těla dodávány trvale, protože jsou důležité pro biochemické pochody (Jílková, 2010). Mají význam při snižování rizika infekčních a chronických civilizačních chorob. Pokud je jejich přísun následkem nesprávné skladby potravy omezen, vznik těchto chorob se významně zvyšuje. Minerální látky je možno rozčlenit na makroprvky (natrium, magnesium, kalium, kalcium, fosfor, chlor a síra) a mikroprvky (železo, fluor, selen, zinek, měď, jod, mangan, chrom a kobalt) (Šíma, Turek, 2010; Trojan, 2004; Kunová, 2011).

*Kalcium* je potřebné pro správnou tvorbu kostí a zubů, účastní se srážlivosti krve a pomáhá snižovat krevní tlak a cholesterol v krvi. Doporučená denní dávka je kolem 800 mg. Zdrojem je především mléko a mléčné výrobky (sýry, jogurty, tvaroh), obilné klíčky, luštěniny, vlašské ořechy, celozrnná mouka, aj. Nedostatek vápníku zapříčiňuje osteoporózu, deformity páteře a křeče. Nadbytek je vzácný. *Fosfor* je přítomen v každé buňce lidského organismu. Působí jako prevence kazivosti zubů. Dále je nezbytný pro správnou činnost ledvin, mozku a periferního nervového systému (spolu s draslíkem a sodíkem zajišťuje přenos nervových vzruchů). *Síra* působí detoxikačně tím, že zvyšuje propustnost buněčných membrán a usnadňuje vstup živin a odvod zplodin. Dále se účastní na tvorbě inzulínu a má vliv na růst nehtů, vlasů a obnovuje kožní strukturu. *Kalium* má dobrý vliv na přiměřenou funkci svalů a srdce. Působí preventivně při vzniku kardiovaskulárních onemocnění. Draslík obsahují mléčné výrobky, ovoce, zelenina, bílkoviny, káva a brambory. *Natrium* působí jako antagonista draslíku. Podílí se na řízení objemu plazmy a na udržování acidobazické rovnováhy. Je obsažen v kuchyňské soli. Nedostatek způsobuje únavu a sníženou koncentraci. Naopak dlouhodobý příjem způsobuje hypertenzi a nadměrně zatěžuje ledviny. *Chlór* je důležitý pro trávení. Získáváme ho z kuchyňské soli a zeleniny. *Magnesium* je v mase, rybách, obilovinách, ořechách, kakau a zelenině. Při jeho nedostatku se můžou objevit svalové křeče (především v lýtkách), nauzea, slabost, podrážděnost a vegetativní potíže (průjmy,

zácpy). U těhotných a kojících žen by měl být příjem magnesia vyšší (Šíma, Turek, 2010; Trojan, 2004; Kunová, 2011).

*Železo* patří k jednomu z nejdůležitějších prvků, které jsou nenahraditelné pro život. Denní ztráty železa (defekací, mikcí, perspirací) jsou u muže 0,5-1 mg a u ženy až dvojnásobek (vlivem menstruace). Železo, protože je součástí hemoglobinu a svalového myoglobinu, se podílí se na transportu kyslíku z plic do tkání a odpadního oxidu uhličitého zpět do tkání. Také má vliv na obranu proti mikroorganismům (má baktericidní vliv na makrofágy. Prospívá některým mozkovým funkcím (pro schopnost učení se) a působí při prevenci vyčerpání. Z nedostatku železa vyplývají následující projevy, a to především únava, porušené imunitní a mentální funkce organismu a v neposlední řadě má vliv na vznik sideropenické anemie. Oproti tomu nadbytek zapříčiňuje vznik onkologických a kardiovaskulárních onemocnění. Předávkování hrozí ale jen výživovými doplňky. Zdrojem je především hovězí maso a ryby, špenát, čočka, rýže, rajčata. Vitamin C podporuje vstřebávání železa, proto je důležitý především u vegetariánů. *Fluor* působí jako prevence kazivosti zubů a podporuje pevnost kostí. Nedostatek způsobí zhoršenou kvalitu kostí a zubů, především v dětském věku. Nadbytek způsobuje defekty na zubní sklovině (bělavé, žluté až šedé zbarvení), dále mohou být deformovány klouby a šlachy z důvodu, že se do nich nadbytek fluoru ukládá. Do organismu je fluor přijímán ve formě zubních past, dále je obsažen v čajích, mořských rybách a pitných vodách. *Zinek* pozitivně působí na imunitní reakce, podporuje hojení ran a regeneraci a působí jako antioxidant. Z těchto účinků zároveň vyplývají nedostatky, kterými může být oslabená imunita, zpomalený růst a vývoj. U mužů může dojít až k neplodnosti. Do organismu je přijímán ve formě celozrnného pečiva, mléčných výrobků, masa. *Selen* je známý především svým antioxidačním účinkem. Pozitivně působí na imunitní systém a působí preventivně proti stárnutí a vzniku nádorových onemocnění. Bohatým zdrojem selenu je maso a ryby. Jeho nedostatek v potravě se projeví oslabenou imunitou, revmatismem a jaterními potížemi. Nedostatek také zapříčiňuje vznik kardiomyopatií. *Jód* je nezbytnou součástí hormonů štítné žlázy. Následkem nedostatku příjmu může být postižení nervového systému a intelektových schopností. Za nejnebezpečnější je považován deficit jódu během

těhotenství, kdy dochází často k ireverzibilnímu poškození dítěte v postnatálním období. Dalšími důsledky nedostatku jsou struma, poruchy psychického a sexuálního vývoje. Zdrojem jsou především mořské plody a jodizovaná sůl. *Měď* je nutná pro tvorbu hemoglobinu – bez mědi se železo nemůže do hemoglobinu ukládat. Měď má jistý podíl na tvorbě erytrocytů a má i dezinfekční účinky a v těle je součástí protilátek proti původcům mnoha chorob. Jestliže je přísun mědi v potravě příliš malý, mohou vzniknout velmi závažná onemocnění krve, například anemie. Dále neurologické potíže, kterými jsou zejména poruchy hybnosti, bolestivé brnění končetin nebo necitlivost. Zdroji jsou maso, vejce a luštěniny. *Mangan*, jako všechny stopové prvky, je pro organismus nezbytný. Zároveň také ale může při zvýšeném množství působit toxicky. Je součástí mnoha enzymů. Podporuje správný vývoj chrupavky, kostí, zubů a pozitivně ovlivňuje proces hojení. Neméně důležitou funkcí manganu je podpora činnosti mozku. Dlouhodobý nedostatek zapříčiní vznik kardiovaskulárních onemocnění - v důsledku zvýšeného ukládání cholesterolu v cévní stěně. Také špatnou regeneraci kostí, kloubů, chrupavek, vazů a šlach. Suplementace tohoto stopového prvku je vhodná při neurologických diagnózách (epilepsie, Alzheimerova choroba). Zdrojem manganu jsou hlávkový salát, čaj, obiloviny, luštěniny a ananas. *Selen* působí jako ochrana před vznikem aterosklerózy a kardiovaskulárních onemocnění obecně. Dále působí jako prevence před vznikem nádorových onemocnění, zejména karcinomu prostaty. *Chróm* v interakci s inzulínem reguluje koncentraci cukru v krvi. Deficit se projevuje zvýšením glukózy v krvi a následným vznikem diabetu mellitu II.typu. Někdy přispívá k rozvoji aterosklerózy. Potravinami bohatými na chróm jsou zejména maso, kvasnice, mléčné výrobky a sýry, obiloviny a ořechy. *Kobalt* hraje důležitou roli při syntéze vitaminu B12 (kobalaminu). Deficit se projevuje poruchou krvetvorby a nervovými poruchami - neuropatiemi. Zdrojem kobaltu je zelenina a celozrnné výrobky (Kunová, 2011; Grofová, 2007; Hlavatá, 2010).

*Pitný režim*

Dle výživových doporučení by denní bilance tekutin měla být přibližně 2,5 litru. Uvedeného množství tekutin dosáhneme jak nápoji a potravou, tak i metabolickou

vodou (ta je tvořena buňkami organismu v konečné fázi metabolismu všech živin). Příjem a výdej tekutin je třeba udržovat v rovnováze. Důležitá je zejména pravidelnost. Tím, že člověk dodržuje pitný režim, pokrývá každodenní ztráty vody. To znamená, že pokud přijme 2-2,5 litrů denně, z tohoto množství odejde 1-1,5 l močí, 600 ml potem a 300-400 vyžaduje lidský organismus pro metabolické pochody (Chrpová, 2010; Králová, 2010).

Optimální příjem tekutin je u každého individuální. Lidé, kteří vykonávají fyzicky náročnou práci, sportují nebo jsou vystavováni horku, musí přijímat více tekutin. V případě, že je základem jídelníčku ovoce a zelenina, může být příjem tekutin nižší. Podle množství a zbarvení moči se pozná, zda je pitný režim dostatečný. Tmavé zbarvení moče signalizuje nedostatek přijímané tekutiny. V takovém případě je třeba upravit pitný režim. Za nevhodné tekutiny je považován alkohol a slazené nápoje. Střídmá konzumace alkoholu, cca 2 dcl vína denně působí dle posledních výzkumů kardioprotektivně (vyvolává vazodilataci), avšak nesmí být příliš častá. Za nevhodné nápoje jsou považovány ty vody, které jsou syceny oxidem uhličitým, který je ve vodě rozpustný a kyselina uhličitá, která z něho vzniká, dráždí žaludeční sliznici. Dalším negativem je obsah bublinek, které navozují pocit sytosti i v případě, že člověk vypil velmi malé množství. Naopak vhodná k pravidelné konzumaci je voda pramenitá (např. Toma, Aquila, Dobrá voda), minerální (např. Magnesia, Mattoni, Poděbradka, Korunní) a voda z vodovodního kohoutku (Kunová, 2011; Králová, 2010; Chrpová, 2010).

### *2.2.3 Spánek*

Spánek spolu s odpočinkem patří mezi hlavní předpoklady pro zdraví. Spánek je nezbytná součást lidského života. Skládá se ze dvou základních fází, které se střídají a navazují na sebe – REM a non-REM (Borzová, 2009).

Spánkový rytmus je individuální a u dospělého člověka se odhaduje zhruba na 7-8 hodin. Jak je známo, struktura spánku závisí na těchto faktorech: věk, pohyb a pohybová aktivita, změna životního stylu, úzkostlivost, stres, nejistota, pracovní či finanční tíseň, nevyhovující prostředí pro spánek (Mikšová, et al., 2006).

V souvislosti se směnným provozem mívá sestra často poruchy spánku. Ty pak mají neblahý vliv na celkový stav organismu. Spánek po noční směně je mělký a obvykle i kratší. Ani brzké vstávání na ranní či denní směnu není považováno za vhodné. Sestra se cítí unavená, je podrážděná, ospalá a vyčerpaná. V horších případech může mít za následek pracovní úraz či havárií. Za nejpřijatelnější systém směn v pracovním procesu jsou směny v kratších časových intervalech. Přesto jsou ve zdravotnictví preferovány spíše 12ti hodinové směny. Poruchy spánku zahrnují v největší míře nedokonalý spánek a deprivaci, ale také někdy hypersomnii, pro kterou je typická spavost a snížená koncentrace. V rámci terapie poruch spánku bývá velmi účinná úprava denních aktivit a krátký odpočinek ve chvílích největší únavy. Poruchy spánku je také možno léčit medikamentózně (Sýkorová, 2006).

### *2.2.4 Relaxace a odpočinek*

Pokud je sestra ve větším pracovním nasazení, je nutné, aby tento stav kompenzovala relaxačními metodami či odpočinkem. Každý organismus reaguje na nevyváženosti těchto dvou aspektů jinak. Nezřídka dochází k únavě, přepracovanosti, poruchám životosprávy, nedostatku pohybových aktivit nebo narušenému spánkovému režimu. Při dlouhodobém přepínání se, se objevuje chronický únavový syndrom, který se projevuje nadměrnou únavou a typickými projevy chřipky. Dále je vyšší riziko vzniku různých nemocí, především těch kardiovaskulárních (Ptáček, 2010; Křivohlavý, 2004).

Sesterské povolání zahrnuje nepřeberné množství povinností a zátěžových situací. Proto by si sestra měla zachovat jistý emocionální klid a měla by umět zregenerovat své síly. Každá preferuje jiné metody či techniky relaxace. Pro některou je relaxací četba oblíbené knihy, pro jinou sportovní aktivita, práce na zahradě nebo sociální interakce s rodinou. Vhodnou relaxační aktivitou je rovněž procházka. Existuje mnoho relaxačních metod, které sestře pomáhají vyrovnat se se stresem. Je jen potřeba najít tu vhodnou a klást apel na její rozvoj. K dobrému psychickému stavu přispívají dobré vztahy v rodině, společenský život a tělesná pohoda (Červenková, 2006; Křivohlavý, 2010).

K uvolnění nahromaděného napětí slouží také cvičení. V dnešní době je velmi populární a k eliminaci stresu efektivní *jóga*. Ta nabízí celkovou podporu fyzického, duševního, sociálního a spirituálního zdraví, dosáhnutí harmonie a celkového zklidnění. Původně měla jóga náboženský záměr. Jejím cílem bylo dosažení vyšších duchovních hodnot prostřednictvím meditace. Dnes je preferována zejména díky pozitivnímu vlivu působícímu na nahromaděný stres. Mimo tento aspekt člověka naučí, jak relaxovat a načerpat novou energii. Účinná je i u osob, které mají poškozenou páteř. Jóga obnovuje její přirozenou pružnost, vyrovnává svalovou dysbalanci a podporuje funkci srdce (Sparrowe, 2008; Dykema, 2011).

Další vhodnou a čím dál tím více rozšířenou metodou je *Jacobsonova progresivní svalová relaxace* (dále jen JPR). Tato metoda je pojmenována po svém zakladateli, americkém lékaři a fyziologovi, Edmundu Jacobsonovi. Při tvorbě těchto cviků vycházel ze vzájemného vztahu mezi svalovým a psychickým vypětím. Tato forma cvičení je založena na aktivní systematické kontrakci a relaxaci kosterní svaloviny. Postupuje se po jednotlivých svalových skupinách, až je člověk schopen relaxace velkých svalových skupin. Cílem JPR je snížení napětí svalstva, dochází při ní také k vazodilataci s pocity tepla. Dýchání a tepová frekvence se zpomalují a stávají se pravidelnějšími (Stackeová, 2011; Tiefenbacher, 2010).

### *2.2.5 Návykové látky*

Mezi nejčastěji užívané návykové látky řadíme nikotin, alkohol a kofein. *Nikotin*, ačkoliv umí povzbudit nervové buňky a vyvolat pocit uklidnění, tak dříve nebo později se začne objevovat i jeho negativní aspekt. Kouření je pro kuřáky jistým zdrojem potěšení. Cigaretový dým je silně karcinogenní a způsobuje vznik nádorového bujení - nejen plic, ale i žaludku, močového měchýře, slinivky břišní nebo jícnu. Také je velice častý výskyt kardiovaskulárních chorob vyplývající z vazokonstrikce cév a jejich dlouhodobého poškozování. Kromě účinku na srdce a krevní oběh, nikotin dále působí na zvýšení vylučování žaludeční šťávy, urychluje peristaltiku střev, redukuje pocit hladu, zvyšuje dechovou frekvenci a působením na nervový systém vyvolává třes a nevolnost. Zejména u začínajících kuřáků může nikotin dráždit i centrum pro zvracení.

Kouření tabákových výrobků ovlivňuje i celkový vzhled člověka. Dochází ke žlutavému zbarvení zubů a nehtů. Pokožka kůže je bledá, vrásčitá a se snadno se ucpávajícími se póry. Vlasy se častěji a snadno lámou. Toto všechno jsou v zásadě nejdůležitější účinky kouření. Nikotinismus je dle nové klasifikace nemocí WHO označeno za nemoc. Kouření je obecně považováno za zlozvyk a společensky nežádoucí jev, se kterým je lepší nikdy nezačínat (Rudyšová, 2011; Combby, 2007).

Další velmi zrádnou a nebezpečnou návykovou látkou je *alkohol*. Ehrmann a Hůlek (2010) uvádějí, že alkohol v limitovaném množství, tj. 20 gramů denně (a to u pacientů, kteří v minulosti prodělali infarkt myokardu), má prokazatelný kardioprotektivní účinek. Ten je v největší míře zajišťován látkami zvanými flavonoidy. Právě ty totiž zajišťují regeneraci cév. Mimo infarkt myokardu jsou též vhodné pro cévní onemocnění, kterými jsou zejména varixy. Flavonoidy jsou obsaženy v červeném víně.

Ovšem o nežádoucích účincích alkoholu v nadměrném množství není pochyb. Uvádí se, že množství vyšší než 20 gramů denně, které je konzumováno dlouhodobě, má negativní vliv zejména na srdce. Na základě jeho zatížení vznikají arytmie, v důsledku poškození myokardu vznikají kardiomyopatie. Dále hypertenze a je uváděna i jistá spojitost se vznikem kolorektálního karcinomu. U abúzu alkoholu je téměř jisté, že v budoucnu dojde k poškození jater, kdy dojde k rozvoji cirhózy nebo poškození tkáně pankreatu a vzniku akutní pankreatitidy. Ta velmi často přechází do chronicity. Alkoholismus má vážný dopad na sociální složku – tedy na výkon povolání a rodinné vztahy, na rozdíl od kuřáků, které svou závislostí škodí především sami sobě a kromě přestávek na cigaretu či případný zápach nenarušují výkon své profese. Alkoholik je vysoce nebezpečný, pokud má jakoukoliv zodpovědnost. Pro výkon sestry je to velmi nebezpečné. Sociální dopad alkoholu u zdravotníků má silně negativní vliv na výkon profese – pokud sestry pijí pravidelně vyšší dávky alkoholu, je to alarmující a ohrožuje to nejenom je, ale především pacienty samotné (Šafránková, Nejedlá, 2006; Combby, 2007).

*Kofein* působí jako stimulans ve stavu vyčerpání, zlepšuje koncentraci a má pozitivní vliv na paměť. V přiměřeném množství je kofein bezpečný (doporučená dávka

je kolem 300mg/den). Je ale nutné doplňovat konzumaci kofeinu sklenicí vody. Kofein totiž působí jako mírné diuretikum. Je obsažen v kávě a čaji. Kofein má příznivý vliv a je doporučován u osob, kteří trpí hypotenzí. Naopak je třeba dbát opatrnosti u hypertoniků (Kunová, 2011).

### *2.2.6 Směnný provoz*

Výkon profese všeobecných sester je realizován směnným provozem. Nemocniční zařízení zajišťuje 24 hodinový provoz, tudíž i v noci. Faktory zevního prostředí, kterými jsou například hluk, světlo, nedovolují stejně kvalitní spánek jako během noci. Spánek po noční směně není příliš kvalitní a tak osvěžující, jak spánek v klasických nočních hodinách. Proto jsou sestry náchylnější k vyčerpanosti, únavě, stresu a nechuti k pracovním činnostem. V důsledku této psychické nestability se zvyšuje riziko vzniku chyb v pracovním procesu a také úrazů. Existují dva vrcholy fyzické výkonnosti během pracovního dne. Nejvyšší je odhadován na 10. hodinu dopolední a 14. hodinu odpolední. Oproti tomu nejnižší výkonnost je okolo 3. hodiny ranní při nočních směnách. V tuto kritickou hodinu se sestry v nejvyšší míře dopouštějí chyb. Také v pracovních dnech se objevují jisté změny. Nejvyšší pracovní výkon je přisuzován dnům, které jsou uprostřed týdne (středa nebo čtvrtek). Avšak naopak nejnižší výkon sestra odvádí na konci týdne, kdy dochází k hromadění únavy a zvyšuje se potřeba odpočinku (Gilbertová, Matoušek, 2002).

Jak známo, o náročnosti práce na směny ve zdravotnictví, není pochyb. Ovšem aby se předešlo vyčerpání nejen sester, ale i celého zdravotnického personálu, musí se preferovat vhodná preventivní opatření, jež jsou v kompetencích nadřízeného managementu příslušného zařízení. To znamená dodržování začátku a konce směn, způsobu střídání směn a odpočinku mezi nimi, vhodnou volbu sester s ohledem na jejich věk, psychickou odolnost a požadavky pracovní činnosti (Gilbertová, Matoušek, 2002).

## 2.3 Práce sestry na standardním oddělení

### *2.3.1 Chirurgické a interní oddělení*

V rámci standardních oddělení se ve své diplomové práci zabýváme interním a chirurgickými odděleními, proto zde uvádíme právě tyto dva obory.

*Chirurgie*, jakožto samostatný medicínský obor, se zabývá nejen chirurgickým řešením závažných onemocnění (ať už vrozených nebo získaných) či poranění, ale také jejich diagnostikou a prevencí. Jedná se o multidisciplinární obor, jehož jádro tvoří tým vysoce specializovaných diagnostiků a terapeutů. Za velmi významnou osobnost, která se zasloužila o rozvoj chirurgie jako oboru, je dodnes považován Johannes Jessenius, který se zasloužil o historicky první pitvu uskutečněnou v Praze. Dále je to Karel Maydl, který uskutečnil v praxi svou myšlenku, a tou bylo zavedení operačního postupu, při kterém byla vytvořena dvouhlavňová kolostomie. Se jménem Otakar Kukula je právem spojována další chirurgická zásluha. Zasloužil se o označení ileu a akutního zánětu červovitého přívěsku slepého střeva jakožto onemocnění a jejich následné chirurgické řešení. Existuje celá řada dalších osobností, které se zasloužili o prosazení svých myšlenek do tohoto medicínského oboru. Ve své podstatě lze chirurgii členit do následujících podoborů: oftalmologie, ORL, gynekologie, stomatochirurgie, ortopedie, urologie, plastická, rekonstrukční a transplantační chirurgie, popáleninová chirurgie, neurochirurgie, hrudní, cévní chirurgie, kardiochirurgie, traumatologie, dětská, kolorektální a hepatopankreatobiliární chirurgie. Podle chirurgických výkonů a následného hojení ran se standardně rozlišují aseptické a septické chirurgické jednotky. Součástí pooperačního oddělení chirurgie jsou jednotky intenzivní péče, ARO. V některých nemocničních zařízeních jsou jejich součástí dospávací pokoje (Slezáková, 2010).

*Interní lékařství* je medicínský obor, který se zabývá diagnostikou, léčbou, prevencí a výzkumnou činností onemocnění vnitřních orgánů. Při svém působení nevyužívá manuálních operačních výkonů jako chirurgie. Léčba je tedy preferována konzervativní (Šafránková, Nejedlá, 2006). Za zakladatele lékařské vědy v České republice je považován profesor vnitřního lékařství Josef Thomayer. Právě on se zabýval studiem oboru obezitologie a jako první obezitu definoval a své poznatky o ni

dále rozšiřoval (Hainer, a kol., 2011). Stejně jako chirurgie, i interní lékařství, má své podobory. Těmi jsou pneumologie, kardiologie, hematologie, revmatologie, gastroenterologie, endokrinologie, hematologie, neurologie, diabetologie, gerontologie. Dále interní lékařství kooperuje s onkologií, jakožto samostatným medicínským oborem (Navrátil, 2008; Šafránková, Nejedlá, 2006).

### *2.3.2 Náročnost práce sester na standardním pracovišti*

Sestra poskytuje kvalitní a individualizovanou ošetřovatelskou péči na co nejvyšší úrovni prostřednictvím ošetřovatelské procesu. Ač se zdá, že práce sestry na standardním oddělení je rutinní a ne příliš náročnou záležitostí, nastávají situace, při kterých se sestra dostává do časové tísně a musí umět jednat rychle a svědomitě (urgentní příjem a vyšetření, akutní zhoršení stavu pacienta, vyšší počet pacientů na oddělení, příliš mnoho administrativních činností). Často v těchto případech může dojít ke konfliktním situacím. Při těchto zátěžových situacích si sestra musí umět zachovat chladnou hlavu a celou situaci musí mít plně pod kontrolou. Musí na pacienta vyzařovat pozitivní energii, být vždy usměvavá a empatická. Nedá se říci, zda práce na interním či chirurgickém oddělení je náročnější. Každé toto oddělení je individuální a něčím odlišné. Na interním oddělení se častěji sestra setkává s pacienty staršího věku, kteří trpí chronickými či onkologickými onemocněními. Tato péče je nesmírně vytěžující. Chirurgická péče je poskytována více pacientům mladšího věku. Sestra se zde nezřídka setkává s předoperačními a pooperačními stavy, připravuje pacienty na výkony a pečuje o operační rány. O pacienty na interních a chirurgických odděleních pečuje multidisciplinární tým. Ten zahrnuje lékaře, všeobecné sestry a jiný ošetřující personál – nutričního terapeuta a fyzioterapeuta, dále může i psychologa, sociálního pracovníka a duchovního. Sestry zde pracují ve směnném provozu (Hermanová, Zacharová, Šrámková, 2007; Šafránková, Nejedlá, 2006).

## 2.4 Práce sestry v resuscitační a intenzivní péči

Medicínská a ošetřovatelská péče je poskytována pacientům, u kterých může dojít nebo již došlo ke kritickému ohrožení života v důsledku poškození orgánových funkcí, kterými jsou poruchy vědomí, krevního oběhu a dýchání. Zahrnuje péči od příjezdu zdravotnické záchranné služby po pacientovo ošetření v nemocničním prostředí. Prioritou je poskytnout kvalifikovanou a efektní pomoc, dále snaha o stabilizaci stavu a obnova životně důležitých funkcí. Intenzivní zdravotnickou pomoc poskytují jednotky intenzivní péče, anesteziologicko-resuscitační oddělení a zdravotnická záchranná služba. Tato oddělení jsou vybavena nejmodernější technikou pro monitoraci, diagnostiku a léčbu akutních stavů. Přednemocniční neodkladnou péči zajišťuje zdravotnická záchranná služba. V některých případech je zdravotnická záchranná služba jedinou nadějí na obnovení životních funkcí, a proto by měla být poskytnuta v co nejkratší době a na odpovídající úrovni (Navrátil, 2008; Pokorný, 2004).

### *2.4.1 Obor anesteziologie a intenzivní péče*

*Obor anesteziologie a intenzivní péče* je specializované pracoviště, které si právem vybojovalo své místo v popředí medicínských věd. Díky svému krátkému působení je označován za velmi mladý obor. Počátky jeho vzniku jsou datovány k polovině 50. let minulého století, kdy vznikl na základě potřeby specifické péče především o pacienty s ventilační podporou. V dnešní době je součástí většiny lůžkových zařízení. Je neustále posunován kupředu a klade důraz na co nejvyšší komfort a bezpečnost pro pacienta samotného. Tento obor je úzce spjat s výzkumnou činností, díky níž se do praxe zavádí mnoho nových léků a medicínsko-technického vybavení. Péče je poskytována pacientům, kteří jsou aktuálně postiženi selháním životních funkcí a cílem je podpora nebo umělá náhrada těchto postižených funkcí. Od července roku 2009 nastala jistá legislativní změna, a tou je přejmenování z medicínského oboru anesteziologie a resuscitace na obor anesteziologie a intenzivní medicíny. Cílem tohoto rozhodnutí MZČR nebyla nové koncepce pracovní náplně

tohoto oboru, nýbrž odraz určitého dlouhodobého směřování a historického procesu tohoto oboru. Význam slova resuscitace v pravém slova smyslu vytyčuje jistý pracovní postup, nikoliv oborové označení. Do tohoto vysoce specializovaného oboru spadá i *intenzivní péče*. Na jednotkách intenzivní péče jsou hospitalizováni ti pacienti, u nich je velké riziko ohrožení selháním základních životních funkcí. Cílem je předejít tomuto selhání a tím akutnímu ohrožení života. Péče je koncipována na úrovni intenzivního sledování stavu a kontinuální léčbě. K výkonu profese na těchto odděleních je nutná erudice všech členů zdravotnického týmu. Je zde sofistikovaná přístrojová technika, která běžně na standardních odděleních není (dialyzační přístroj, defibrilátor, kardiostimulátor, aj.) a proto musí být personál kvalitně proškolen. Ošetřovatelskou péči zde poskytují ve velké míře sestry specialistky. Profesionalita anesteziologie a intenzivní medicíny se navyšuje prostřednictvím publikací odborných článků v časopisech a monografiích, které jsou vydávány. Například Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny vydává odborný oborový časopis Anesteziologie a intenzivní medicína (Cvachovec, 2010; Pokorný, 2004; Zadák, Havel, 2007).

Pracoviště intenzivní péče by měla být z praktických důvodů co nejblíže operačním sálům, urgentnímu příjmu, koronárním jednotkám a ostatním akutně zaměřeným pracovištím. Lůžka jsou umístěna buď v jednom velkém sálu (4-8 lůžek) nebo jsou v boxech po 1 či 2 lůžcích (Pokorný, 2004; Zadák, Havel, 2007).

### *2.4.2 Stupně jednotek*

Vysoce specializovaná lékařská a ošetřovatelská péče je vykonávána na jednotkách, které se rozdělují podle rozsahu poškození a možnosti poskytované péče do tří základních stupňů intenzivní péče - nižší, vyšší a nejvyšší. Tyto tři úrovně slouží pouze jakýsi doporučený kalkulační vzorec pro zaměstnance a vybavení jednotky (Zadák, Havel, 2007).

Pro *intenzivní péče prvního stupně (nižší)* je prioritou kontinuální monitorace pacientova stavu a životních funkcí a je zde možnost okamžité resuscitace a krátkodobé ventilace (nejdéle do 24 hodin). Tato péče je poskytována na úrovni všech menších

nemocničních zařízení. *Intenzivní péče druhého stupně (vyšší)* je zaměřena jak na kontinuální monitoraci, tak na monitoraci invazivní, měření srdečního výdeje a v případě potřeby je zde poskytována dlouhodobá umělá plicní ventilace. Tento stupeň intenzivní péče však neposkytuje komplexní léčbu a výkony, např. zde není prováděna hemodialýza či monitorace nitrolebního tlaku a katetrizace arteria pulmonalis. Péče je poskytována na úrovni všech regionálních všeobecných nemocnic a je zde stálý intenzivista, který spolupracuje s ostatními erudovanými pracovníky. Tento nižší stupeň intenzivní péče je též někdy označován jednotkou intermediární péče (higg dependency units). *Intenzivní péče třetího stupně (nejvyšší, resuscitační)* poskytuje komplexní léčebnou a ošetřovatelskou péči především těm pacientům, kteří jsou v kritickém stavu. Jsou zde prováděna specializovaná vyšetření, monitorace a terapeutické postupy (např. hemodialýza, hemofiltrace, monitorace intrakraniálního tlaku, aj.). Resuscitační péče je poskytována na úrovni velkých oblastních a fakultních nemocnic. Personál zde pracující zahrnuje specializované lékaře intenzivní péče, pracovníky podílející se na výzkumné činnosti a specializované sestry. V tomto stupni existují jistá kritéria. Na těchto odděleních nejsou hospitalizováni pacienti v terminálním stadiu a ti, kteří nejsou v až tak závažném zdravotním stavu pro tento stupeň péče (Zadák, Havel, 2007).

Krom výše uvedeného stupňového dělení intenzivní péče existuje také dělení dle typu poskytované péče. To zahrnuje obecný, oborový a specializovaný typ péče. Obecné jednotky poskytují péči všem kriticky nemocným pacientům bez ohledu na obor, do kterého diagnóza spadá. Oborové poskytují péči zvlášť interním, chirurgickým a pediatrickým pacientům a specializované jednotky jsou pak jistou podskupinou oborových jednotek (v případě interních jednotek to znamená především metabolickou jednotku, koronární, infekční, neurologickou, onkologickou jednotku, aj.) (Zadák, Havel, 2007).

### *2.4.3 Náročnost práce sester na pracovišti intenzivní péče*

Objektem v intenzivní péči je pacient, jehož stav může skončit až fatálně. Pacient je ohrožen na životě a primární funkcí JIP a ARO není hospicová péče. Primárně je to udržení a navrácení životních funkcí, samozřejmě že zde pacienti

bohužel i umírají, ale to není základní specifikace práce sestry na tomto oddělení. Základní je práce s technikou, resuscitační dovednosti a vysoce specifická ošetřovatelská činnost o pacienty ventilované, péče o invazivní vstupy a např. bazální stimulace. Důstojný odchod je důležitý na všech jednotkách a není základní činností sestry na intenzivním pracovišti. Také je kladen důraz na kvalitní a humánní ošetřovatelskou péči. Vysoce specializovaná péče má být součástí multidisciplinárního přístupu členů zdravotnického týmu (Kelnarová, 2007).

V dnešním moderním ošetřovatelství se inklinuje k poskytování ošetřovatelské péče založené na důkazech a dostupných informacích a odklání se od emocí a předsudků. Sestra v intenzivní péči nesmí za žádných okolností dělat unáhlená rozhodnutí. Musí být schopna předvídat a zhodnotit stav pacienta v co nejkratší době a poskytovat kvalitní a efektivní péči. Nezbytným předpokladem pro sestru je také kritické myšlení, aby byla schopna řešit problémové situace (Ondriová, Sinaiová, 2011).

Sestra pracující v intenzivní péči je zodpovědná za to, že se pacientovi (i jeho rodině) dostane té nejkvalitnější péče a co nejvyšší pozornosti. Během svého působení se setkává s celou řadou pacientů s nejrůznějšími kritickými stavy, mezi nejčastější se řadí ortopedická a traumatická poranění, poškození kardiovaskulární, poruchy dýchání, gastrointestinální, jaterní, ledvinová onemocnění a šoky různé etiologie. Sestra intenzivní péče musí umět vykonávat specializované výkony, které mohou vyřešit již vzniklé nebo potenciální komplikace pacientova stavu a přispět tak ke zlepšení stavu (monitorovací systémy, ventilátory, hemodynamické monitory, aj.). Jsou na ni tedy kladeny vysoké nároky nejen z hlediska fyzického a psychického, ale i po stránce odbornosti. Sestrám je umožněno absolvování pomaturitního specializačního studia v oboru anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny (Kolektiv autorů, 2008; Kapounová, 2007).

## 2.5 Legislativa

Jak již několikrát bylo v diplomové práci zmíněno, zdravotnické povolání patří k jednomu z nejnáročnějších vůbec. Toto odvětví podléhá rozvoji nových zdravotnických technologií, postupů a metod. Úprava provozu všeobecných sester, jejich vzdělávání i kompetence jsou legislativně vymezeny (Kapounová, 2007).

### *2.5.1 Právní úprava provozu na JIP/ARO*

Pracovní dobu a dobu odpočinku sester v intenzivní péči upravuje zákon č. 262/2006 Sb., dále jen zákoníkem práce v platném znění (Zákon č. 262/2006).

Pracovní doba sester v intenzivní péči je řešena nepřetržitým pracovním provozem. Dle tohoto zákona se jím rozumí provoz, který je zajištěn 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. Nepřetržitý provoz může být řešen buď dvousměnným provozem, kdy se zaměstnanci střídají po 12 hodinách nebo třísměnným provozem, kdy se zaměstnanci pravidelně střídají po 8 hodinách. A tyto směny se kryjí nanejvýše jednou hodinou. Týdenní pracovní doba v dvousměnném provozu je stanovena, a tudíž nesmí překročit 38,75 hodin týdně. U třísměnného provozu je limitována 37,5 hodinami týdně. Rozvržení pracovní doby určuje zaměstnavatel (tzn. začátek a konec směny). Pracovní doba je zpravidla zařazena do 5 pracovních dnů. Zaměstnavatel musí hledět na to, zda rozvržení pracovní doby není v rozporu s hledisky bezpečné a zdraví neohrožující práce. Zaměstnanec má povinnost být včas na pracovišti a opouštět ho až po skončení směny. Zaměstnavatel má povinnost vytvořit rozvrh týdenní pracovní doby nejpozději dva týdny dopředu (pokud není dohodou stanoveno jinak) a následně s ním seznámit zaměstnance. Přestávku v práci je zaměstnavatel povinen umožnit maximálně po 6 hodinách intenzivní práce. Přestávka činní nejméně 30 minut, a to v rozložení 15 minut svačina a 15 minut odpočinek. V případě, že nastane situace, že zaměstnanec má nárok na bezpečnostní přestávku, pak se tato přestávka započítává do pracovní doby. V kompetencích zaměstnavatele je, aby měl zaměstnanec mezi koncem jedné směny a začátkem další směny nepřetržitý odpočinek po dobu alespoň 12 hodin během 24 hodin. Pokud nastane situace, že je nutno tuto dobu nepřetržitého odpočinku

zkrátit (na 8 hodin, ne méně), má zaměstnavatel povinnost prodloužit následující odpočinek o předchozí zkrácenou dobu. Zaměstnavatel má povinnost zajistit nepřetržitý odpočinek po dobu alespoň 35 hodin po dobu 7 dnů v nepřetržitém provozu. Práci přesčas je možné vykonávat ve výjimečných situacích. Je zákonem stanovena na maximálně 8 hodin v jednotlivých týdnech a 150 hodin během kalendářního roku. Práce přesčas se nepočítá tehdy, pokud si zaměstnanec vybral náhradní volno. Zaměstnavatel je povinen vést evidenci, ve které je uvedeno, kteří zaměstnanci souhlasili s další prací přesčas (Zákon č. 262/2006).

### *2.5.2 Vzdělání sester na JIP/ARO*

Kvalifikační a celoživotní vzdělávání všeobecných sester je v současné době legislativně ukotveno jako povinnost. Je nutné prohlubování systematické vzdělávání v oboru. Vzdělávání je chápáno jako jistý proces, kterým se prohlubují znalosti a vědomosti dané osoby. Zároveň umožňuje nejen pracovní, ale také osobní růst. Dále rozvoj dovedností v oblasti komunikační, organizační a řídící. Vzdělávání sester je proces dlouhodobý a lze ho členit na dvě základní oblasti – kvalifikační studium a celoživotní vzdělávání. Kvalifikačním studiem je chápáno studium probíhající na vyšších odborných zdravotnických školách či na vysokých školách. Cílem studia je získat odbornou způsobilost k výkonu povolání. Do forem celoživotního vzdělávání patří specializační vzdělávání, univerzitní postkvalifikační studium, kontinuální vzdělávání, inovační kurz, odborná stáž, semináře, školící akce, odborné konference či mezinárodní kongresy. Vzdělávání všeobecných sester na území České republiky reguluje přijetí zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče v platném znění. Do roku 2004 bylo kvalifikačním vzděláním v oboru zdravotní sestra ukončení studia na středních zdravotnických školách maturitní zkouškou. Nyní, tedy od roku 2004 byla tato forma studia nahrazena oborem zdravotnický asistent, jenž vykonává činnost pod odborným dohledem. Stejně tak jako výše zmíněné studium, je i toto zakončeno maturitní zkouškou a doba trvání je 4 roky. Pro získání způsobilosti k výkonu povolání všeobecné sestry je nutné absolvovat

nejméně tříleté studium akreditovaného bakalářského oboru Všeobecná sestra nebo nejméně tříletého studia v oboru Diplomovaná všeobecná sestra absolvované na vyšší zdravotnické škole. Začátek studia na střední zdravotnické škole oboru všeobecná sestra musel být zahájen nejpozději ve školním roce 2003/2004. V případě, že způsobilost k výkonu povolání získá muž, je oprávněn používat označení všeobecný ošetřovatel (Zákon č. 96/2004 Sb.).

Pro způsobilost výkonu povolání všeobecné sestry v intenzivní péče je nutné absolvování specializačního vzdělávání nebo akreditovaného kvalifikačního kurzu v oboru intenzivní péče. Pokud sestra úspěšně absolvuje tento kurz, získá odbornost Sestra pro intenzivní péči. Toto vzdělávání musí být uskutečňováno výhradně na akreditovaném pracovišti. Po dokončení bakalářského studia se nabízí možnost navazujícího magisterského studia v oboru Ošetřovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči (Zákon č. 96/2004 Sb.).

Specializační vzdělávání spadá do jedné z forem celoživotního vzdělávání, kdy si sestra může volit z 9 oborů specializačního vzdělání dle Nařízení vlády č. 31/2010 Sb. (Nařízení vlády č. 31/2010 Sb.).

### *2.5.3 Kompetence sester na JIP/ARO*

Všeobecné sestry, které jsou specializované v intenzivní péči, mají větší kompetence, než sestry bez této specializace. Dle zákona č. 105/2011 Sb. v platném znění, který doplňuje vyhláška č. 55/2011 Sb. § 54 a § 55 upravují činnosti, které mohou sestry se specializací vykonávat samostatně bez odborného dohledu, na základě indikace lékaře nebo pod odborným dohledem lékaře. Na základě této platné legislativy je všeobecná sestra po získání specializované způsobilosti oprávněna poskytovat a organizovat vysoce specializovanou ošetřovatelskou péči, edukovat pacienty a připravovat pro ně informační materiály, sledovat a vyhodnocovat stav pacientů z hlediska možnosti vzniku komplikací a náhlých příhod a podílet se na jejich řešení, koordinovat práci členů ošetřovatelského týmu, hodnotit kvalitu péče, provádět ošetřovatelský výzkum a vytvářet podmínky pro aplikaci výsledků výzkumů do klinické praxe na vlastním pracovišti i v rámci oboru, připravovat standardy péče a vést

specializační vzdělávání. Na základě indikace lékaře má kompetence k tomu, aby připravovala pacienty na specializované diagnostické a léčebné postupy, doprovázela je, asistovala u výkonu, sledovala a ošetřovala je po výkonu, edukovala pacienty či jiné osoby ve specializovaných diagnostických a léčebných postupech. Sestra pro intenzivní péči je kompetentní bez odborného dohledu a indikace lékaře ke sledování a analýze zdravotního stavu pacienta a jeho fyziologických funkcí, zhodnocení EKG křivky a závažnosti stavu pacienta. Dále samostatně zahajuje kardiopulmonální resuscitaci s provedením defibrilace na základě vyhodnocení EKG výsledku. Pečuje o dýchací cesty pacientů s umělou plicní ventilací, v případě potřeby provádí odsávání i tracheobronchiální laváž, pečuje o speciální přístrojovou techniku a materiální vybavení pracoviště, rozpoznává technické komplikace a v případě nutnosti je řeší. Bez odborného dohledu na základě indikace lékaře provádí katetrizaci močového měchýře u mužů, zavádí nazogastrickou sondu u pacientů, kteří jsou v bezvědomí, je kompetentní k výplachu žaludku, vykonává ošetřovatelské činnosti u pacientů s renálním selháním, kteří vyžadují léčbu očišťovacími metodami krve, informuje a vykonává činnosti v souvislosti s dlouhodobou umělou plicní ventilací i v domácí péči, participuje při aplikaci metod léčby bolesti, dále při celkovém a lokálním způsobu anestézie a provádí punkci arterií k jednorázovému odběru a kanylaci k intenzivní monitoraci krevního tlaku mimo arterie femoralis. Pod odborným dohledem lékaře má způsobilost k aplikaci transfuzních přípravků a přetlakových objemových náhrad, provádí extubaci tracheální kanyly a externí stimulaci. A dále sestra pro intenzivní péči poskytuje specifickou péči a neodkladnou diagnosticko-terapeutickou péči v souladu s § 17 – zdravotnický záchranář (Vyhláška č. 55/2011 Sb.)

# 3. CÍLE A HYPOTÉZY

## 3.1 Cíle

Cíl 1 Zmapovat životní styl sester pracujících v intenzivní péči.

Cíl 2 Zjistit psychické zatížení sester pracujících v intenzivní péči.

Cíl 3 Porovnat životní styl sester pracujících v intenzivní péči s životním stylem sester na standardních odděleních.

## 3.2 Hypotézy

1. Výkon profese v intenzivní péči má vliv na životosprávu sester.
2. Sestry pracující v intenzivní péči konzumují více alkoholické nápoje než sestry na standardním oddělení.
3. Sestry pracující v intenzivní péči kouří tabákové výrobky více než sestry na standardním oddělení.
4. Výkon profese v intenzivní péči je pro sestry psychicky náročný.

# 4. METODIKA PRÁCE

## 4.1 Metodika

Cílem diplomové práce bylo zmapovat psychické zatížení sester pracujících v intenzivní péči. Další cíl byl zaměřen na jejich životní styl a jeho následné porovnání u sester v intenzivní péči a sester pracujících na standardních lůžkových odděleních (interní a chirurgické). Ke sběru dat pro výzkumné šetření byla použita forma kvantitativního šetření pomocí nestandardizovaných dotazníků (viz. Příloha 2). Výzkumné šetření probíhalo v Okresní nemocnici Havlíčkův Brod a ve Fakultní nemocnici Motol v Praze. Jednalo se o záměrný výběr výzkumného vzorku s jediným kritériem, aby respondent vykonával činnost všeobecná sestra. Před vlastním výzkumným šetřením byla provedena pilotní studie, na základě které se prověřovala srozumitelnost a vhodnost otázek v dotazníku.

Dotazníky byly distribuovány osobně po předchozím souhlasu náměstkyň ošetřovatelské péče obou nemocnic. Za nemocnici v Havlíčkově Brodě jednala Bc. Lada Nováková (viz. Příloha 3) a za FN Motol Mgr. Jana Nováková, MBA (viz. Příloha 4). Úvodní část dotazníku obsahovala stručný průvodní dopis. Celkem bylo rozdáno 200 dotazníků (Okresní nemocnice Havlíčkův Brod: 25 ks interní oddělení, 25 ks chirurgické oddělení, 25 ks jednotka intenzivní péče, 25 ks anesteziologicko – resuscitační oddělení; FN Motol: 25 ks interní klinika UK 2. LF a FN Motol, 25 ks chirurgická klinika UK 2. LF a FN Motol, 25 ks oddělení chronické resuscitační a intenzivní péče (OCHRIP), 25 ks klinika anesteziologie a resuscitace UK 2. LF a FN Motol (KAR). Z celkového počtu 200 rozdaných dotazníků, jich bylo vráceno 169. Vyplnění dotazníků bylo zcela anonymní a dobrovolné. Podklady a výsledky k výzkumnému šetření slouží pouze pro účely diplomové práce. Dotazník obsahoval celkem 27 otázek. Z toho byly 2 otevřené, 21 uzavřených, 4 polootevřené. Dále dotazník obsahoval dvě tabulky, do kterých respondenti zaznamenávali konzumaci a častost potravin a působení stresu. Získaná data byla zpracována MS Excel pomocí tabulek a grafů. Vybraná data byla statisticky porovnána pomocí Chí kvadrát testu k ověření statisticky vyznaných závislostí. Chí kvadrát test slouží ke statistickému

testování shody mezi očekávanými a pozorovanými zjištěními pro ověření platnosti hypotéz.

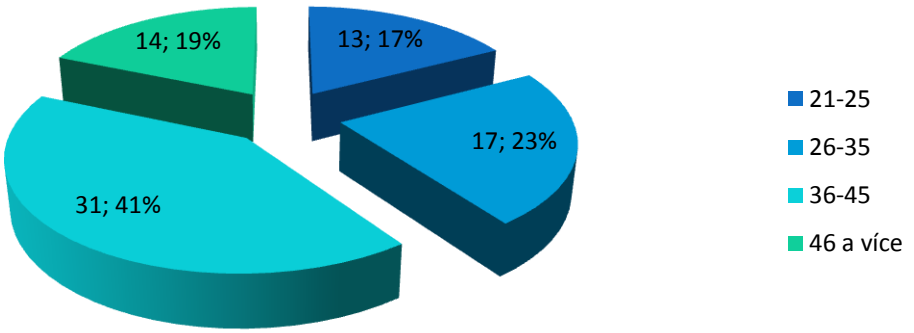
## 4.2 Charakteristika souboru

Výzkumným souborem v diplomové práci byly všeobecné sestry pracující v intenzivní péči (anesteziologicko – resuscitační oddělení, jednotka intenzivní péče) a na standardních lůžkových odděleních (interní oddělení a chirurgické). Distribuce dotazníků probíhala v souladu se souhlasem vedoucích pracovníků obou nemocnic. Výzkumné šetření probíhalo v období února až dubna 2012. Celkový počet rozdaných dotazníků byl 200 ks. Z tohoto celkového počtu jich bylo vyplněno 169 (84,5 %). Ovšem kvůli nedostatečnému vyplnění jich muselo být ještě 7 vyřazeno (3,5 %). Celkový počet zpracovaných dotazníků tedy činil 162 (81 %), z toho 75 dotazníků bylo vyplněno sestrami ze standardních oborů a 87 sestrami z intenzivních oborů. Celková návratnost tedy činila 81 %. První výzkumný soubor tvořili respondenti z interního a chirurgického oddělení (75 respondentů – 100 %). Druhý výzkumný soubor tvořili respondenti pracující v intenzivní péči (87 respondentů – 100 %). Pohlaví nebylo zohledňováno.

# 5. VÝSLEDKY

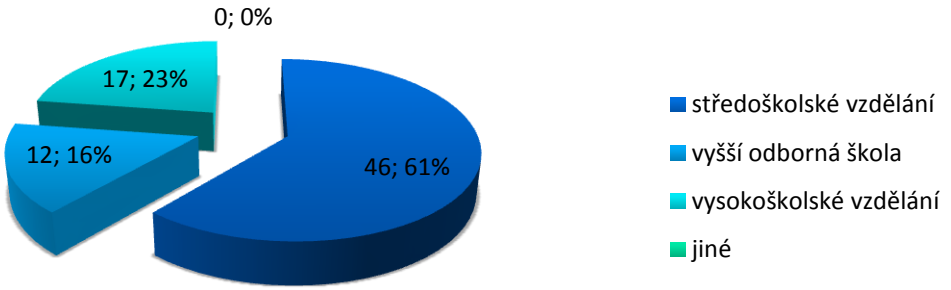
## 5.1 Respondenti na standardním oddělení

**Graf 1 Věková kategorie respondentů**



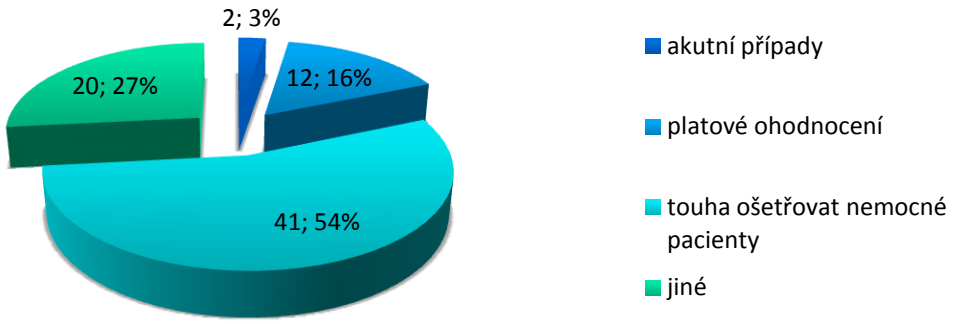

Z celkového počtu 75 (100 %) dotazovaných respondentů, je 13 (17 %) ve věku mezi 21-25 let, 17 (23 %) ve věku 26-35 let. Dalších 31 (41 %) spadá do věkové kategorie 36-45 a posledních 14 (19 %) je v kategorii 46ti a více let.

**Graf 2 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů**



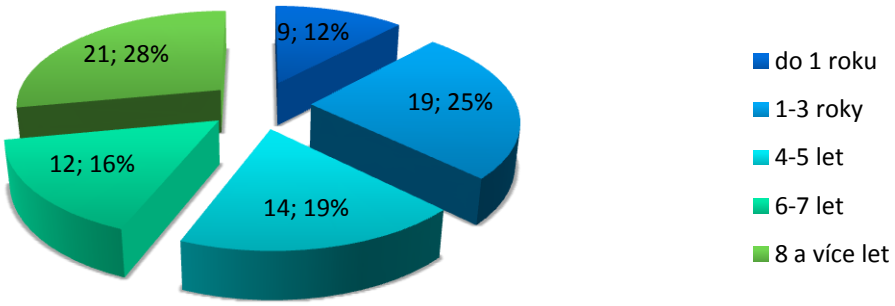

Na otázku nejvyššího dosaženého vzdělání uvedlo 46 (61 %) respondentů, že má vystudované středoškolské vzdělání. Dalších 12 (16 %) je absolventy vyššího odborného vzdělání. Studium na vysoké škole úspěšně ukončilo 17 (23 %) dotazovaných a 0 (0 %) sester neuvedlo žádné jiné vzdělání.

**Graf 3 Motivace respondentů k práci na oddělení**



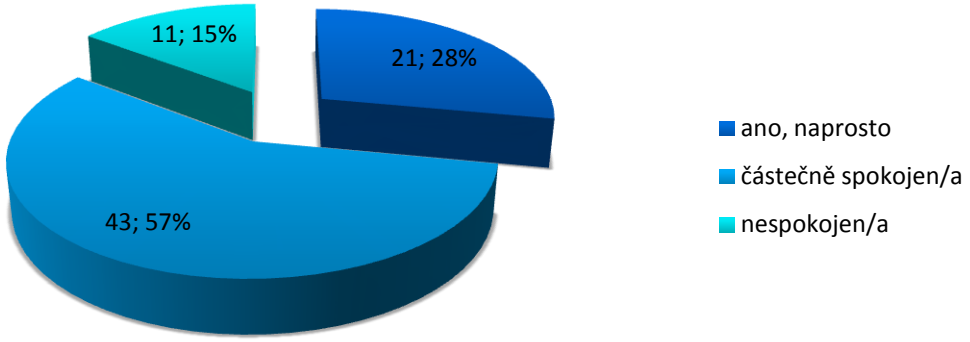

Tento graf prezentuje, jaká byla a je motivace respondentů k práci na oddělení, kde pracují. 2 (3 %) z nich uvedli jako hlavní motivační prvek akutní případy. Dalších 12 (16 %) uvedlo v dotazníku platové ohodnocení. 41 (54 %) považuje jako motivaci touhu ošetřovat nemocné pacienty a zbylých 20 (27 %) uvedlo jiné motivační faktory (málo pracovních míst v místě bydliště, nedostatek volných pracovních míst na jiném oddělení, osobní rozvoj, moderně vybavené oddělení, zájem o obor a možnost vzdělávání).

**Graf 4 Celková délka odborné praxe respondentů**



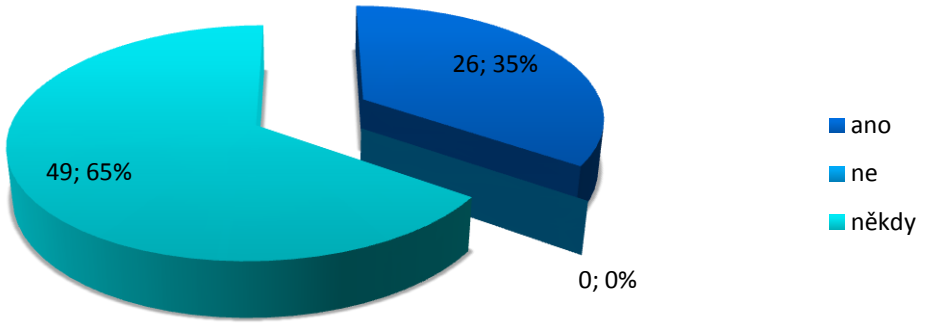

Výše uvedený graf prezentuje celkovou délku odborné praxe jednotlivých respondentů. 9 (12 %) jich uvádí praxi do 1 roku odborného působení. Dalších 19 (25 %) respondentů uvádí 1-3 roky praxe v nemocničním zařízení, dalších 14 (19 %) vykonává odbornou praxi v rozsahu 4-5 let. 12 (16 %) respondentů uvádí v dotaznících 6-7 let a zbylých 21 (28 %) 8 let a více.

**Graf 5 Spokojenost respondentů na pracovišti**



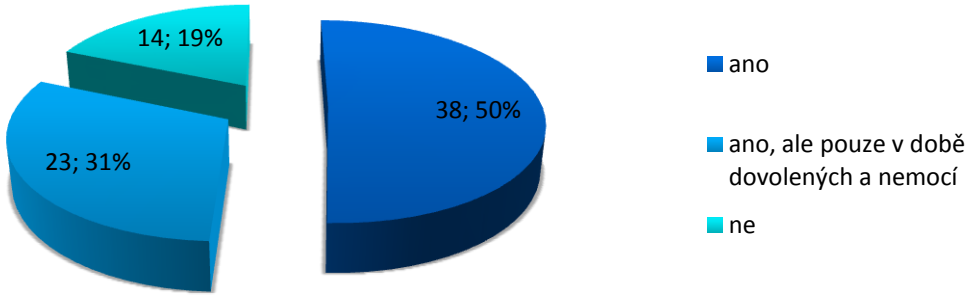

Spokojeno na pracovišti je 21 (28 %) dotazovaných sester. Dalších 43 (57 %) sester je částečně spokojeno a zbylých 11 (15 %) jich není na svém pracovišti spokojeno.

**Graf 6 Považují respondenti práci na oddělení za stresující**



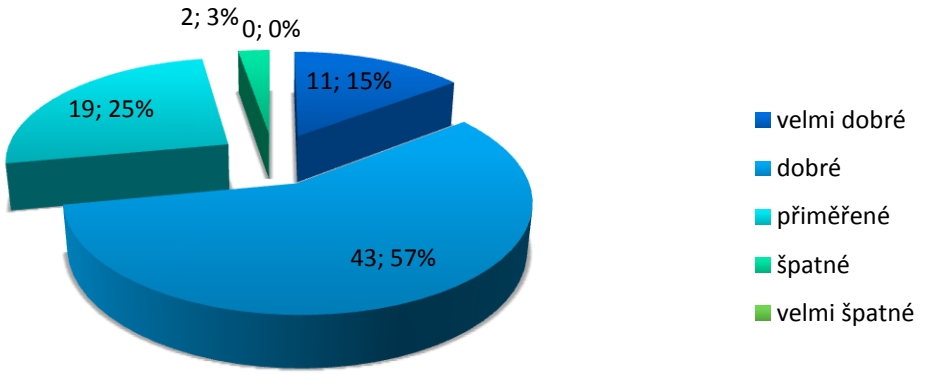

Na otázku, zda respondenti považují práci na svém oddělení za stresující, odpovědělo 26 (35 %) ano a zbylých 49 (65 %) uvedlo, že práci považují za stresující pouze někdy. Odpověď ne ve svých odpovědích neuvedl žádný (0 %) respondent.

**Graf 7 Práce přesčas**



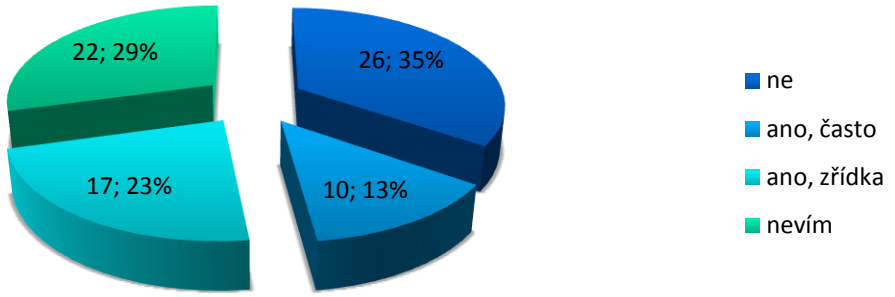

Nejvíce dotazovaných, tj. 38 (50 %), uvádí, že pracují přesčas. Dalších 23 (31 %) odpovídalo, že pracují přesčas, ale pouze v období dovolených nebo nemocí. Zbylých 14 (19 %) přesčas nepracuje.

**Graf 8 Interpersonální vztahy respondentů na oddělení**



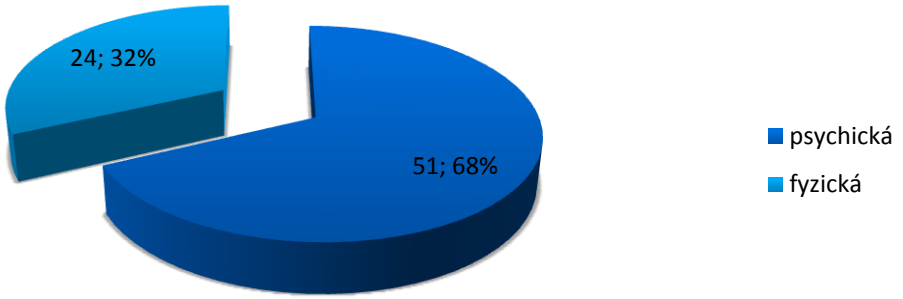

Z grafu je patrné, že 11 (15 %) respondentů hodnotí vztahy s kolegy na oddělení velmi dobře. Dalších 43 (57 %) dotazovaných uvádí, že jsou vztahy dobré úrovni. 19 (25 %) respondentům připadají interpersonální vztahy přiměřené. A poslední 2 (3 %) respondenti uvádí, že vztahy na pracovišti jsou špatné (oba uvedli jako hlavní důvod soupeření mezi jednotlivými kolegy). Nikdo (0 %) neuvedl, že by vztahy byly velmi špatné.

**Graf 9 Pocit vzniku příznaků syndromu vyhoření u respondentů**



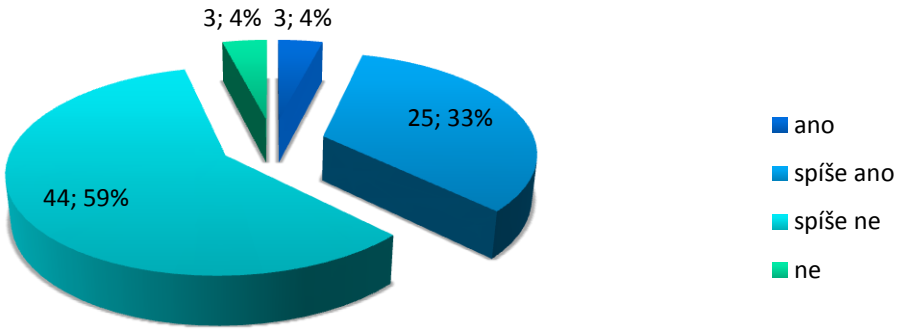

Na otázku, zda na sobě respondenti pociťují příznaky syndromu vyhoření, jich 26 (35 %) odpovědělo, že ne. 10 (13 %) uvádí v odpovědi ano, často. Dalších 17 (23 %) uvádí ano, zřídka a posledních 22 (29 %) dotazovaných neví.

**Graf 10 Oblast největší pracovní zátěže respondentů**



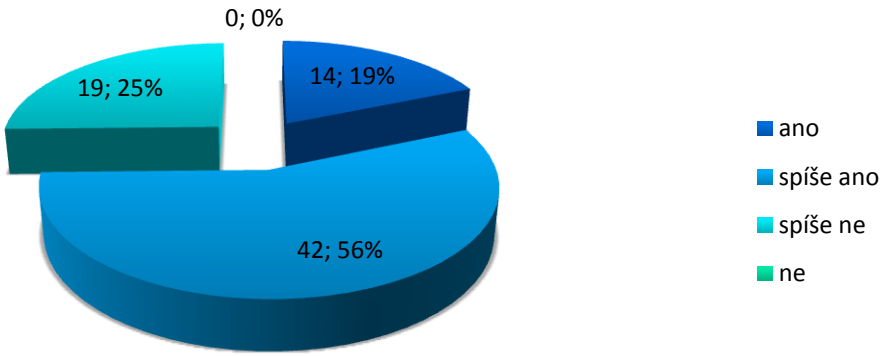

Větší počet dotazovaných, tj. 51 (68 %) respondentů, pociťuje největší pracovní zátěž v oblasti psychické. Zbylých 24 (32 %) v oblasti fyzické.

**Graf 11 Pravidelnost spánku respondentů**



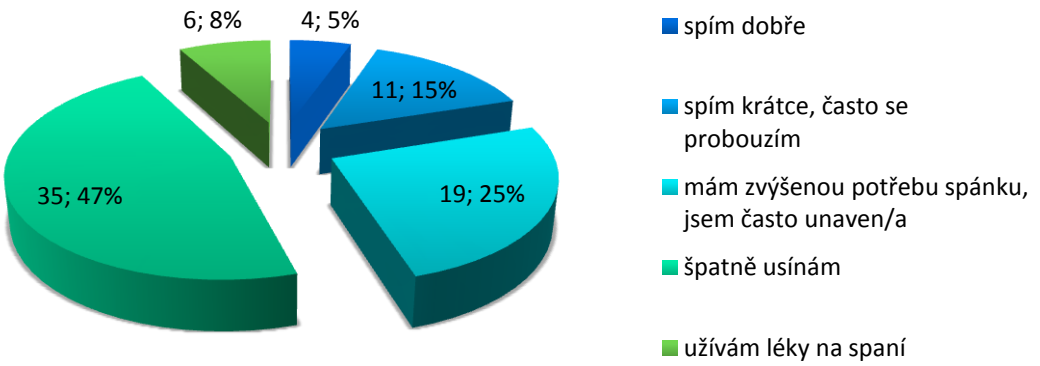

Pouze 3 (4 %) respondenti v dotazníku uvádí, že jejich spánek je pravidelný. 25 (33 %) uvádí spíše ano. Dalších 44 (59 %) má spánek spíše nepravidelný a poslední 3 (4 %) respondenti pravidelně nespí.

**Graf 12 Spánek respondentů po noční směně**



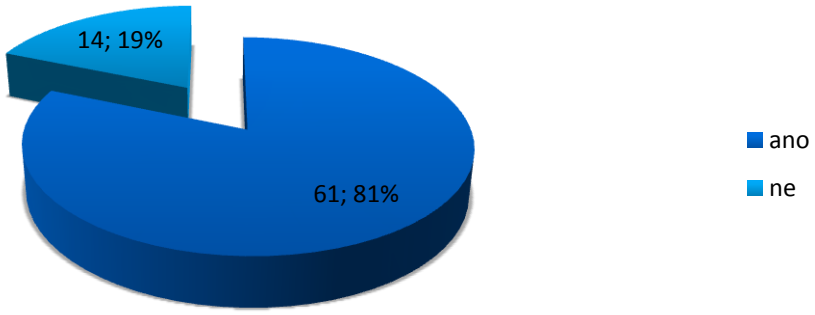

Vždy po noční směně spí 14 (19 %) tázaných. Odpověď spíše ano uvádí 42 (56 %). Zbylých 19 (25 %) po noční směně spíše nespí. A nikdo (0 %) neodpověděl, že by nikdy nespal.

**Graf 13 Kvalita spánku respondentů**



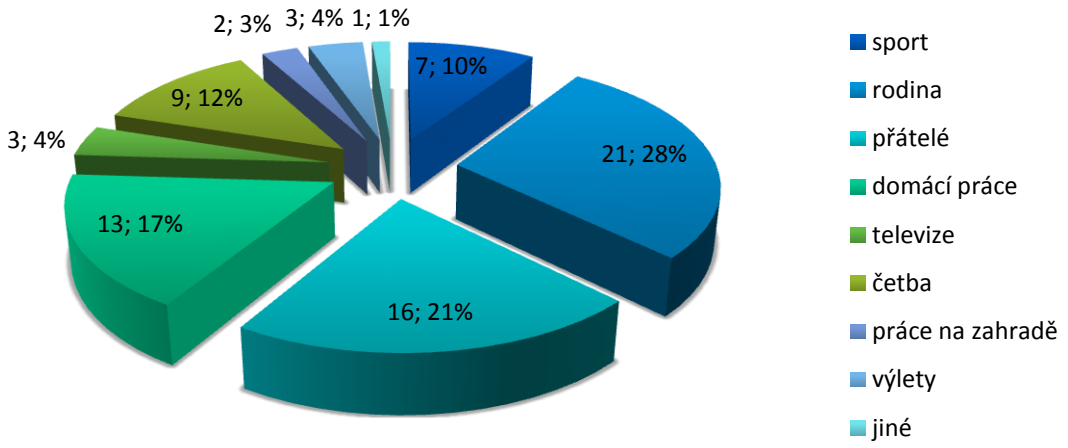

Nejmenší počet respondentů, tj.4 (5 %) uvádí, že jejich spánek je kvalitní a spí dobře. 11 (15 %) spí krátce a během spánku se často probouzejí. Dalších 19 (25 %) má potřebu spánku zvýšenou a často se cítí unaveno. Nejvyšší počet 35 (47 %) respondentů špatně usíná a 6 (8 %) užívá léky na spaní.

**Graf 14 Čas na odpočinek a relaxaci respondentů**



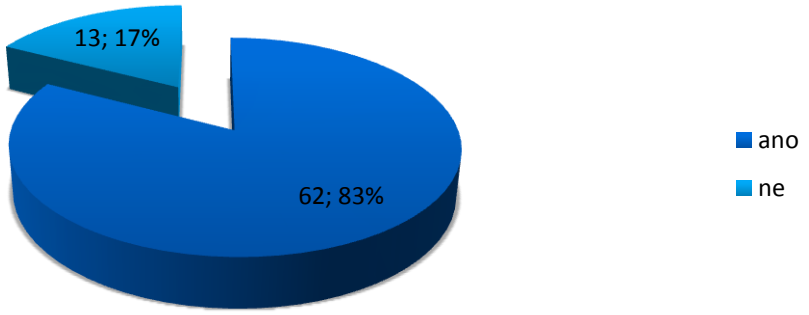

Velká většina dotazovaných sester, 61 (81 %) má během svého volna čas na odpočinek a relaxaci. Ostatních 14 (19 %) na své volnočasové aktivity čas nemá.

**Graf 15 Způsob trávení volného času**



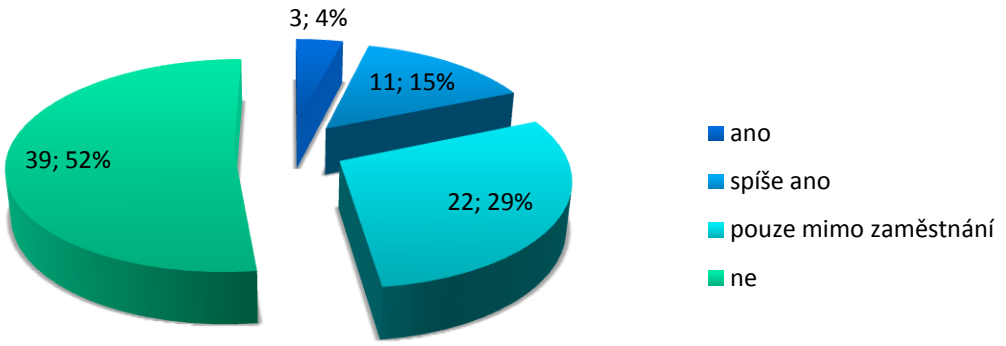

Výše uvedený graf poskytuje informace o nejčastějších formách trávení volného času u dotazovaných. Sportovní aktivity uvádí 7 (10 %) respondentů. Čas s rodinou tráví 21 (28%), 16 (21 %) s přáteli. Dalších 13 (17 %) uvádí jako nejčastější způsob trávení volného času domácí práce. Pro 3 (4 %) je to televizor. Četbou knihy tráví volný čas 9 (12 %), prací na zahradě 2 (3 %), výlety 3 (4 %) a odpověď jiné (vaření) uvádí 1 (1 %) respondent.

**Graf 16 Pravidelné stravování respondentů v pracovních podmínkách**



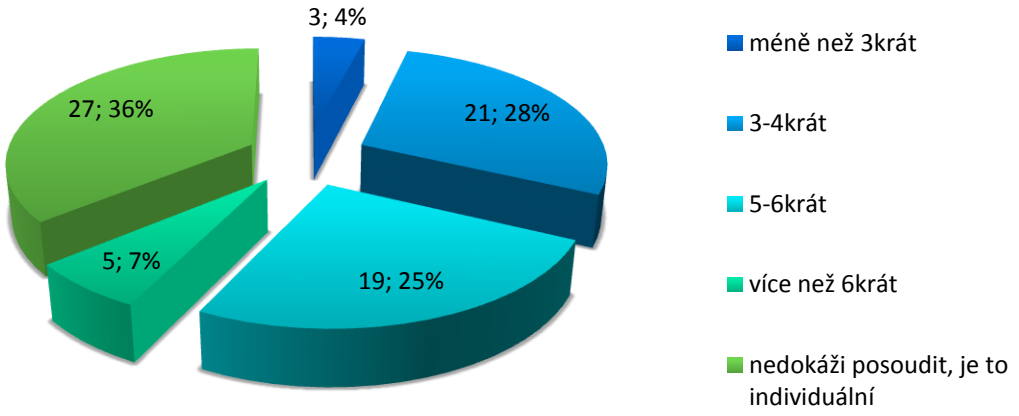

Na otázku, zda pracovní podmínky umožňují pravidelné stravování v pracovním procesu, odpovídá ano 62 (83 %) dotazovaných. A zbylých 13 (17 %) uvádí ne.

**Graf 17 Snídání respondentů**



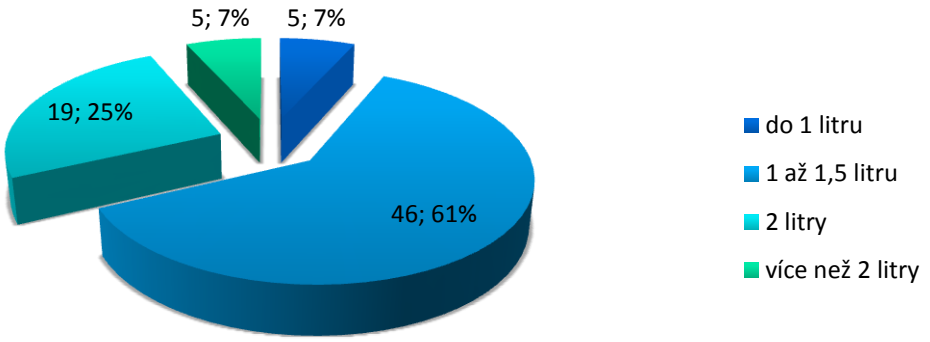

Pouze 3 (4 %) respondenti snídají pravidelně. 11 (15 %) uvádí odpověď spíše ano. 22 (29 %) dotazovaných snídá, ale pouze pokud nejsou v zaměstnání, kdy na snídani není prostor. 39 (52 %) nesnídá.

**Graf 18 Kolikrát denně respondenti jí**



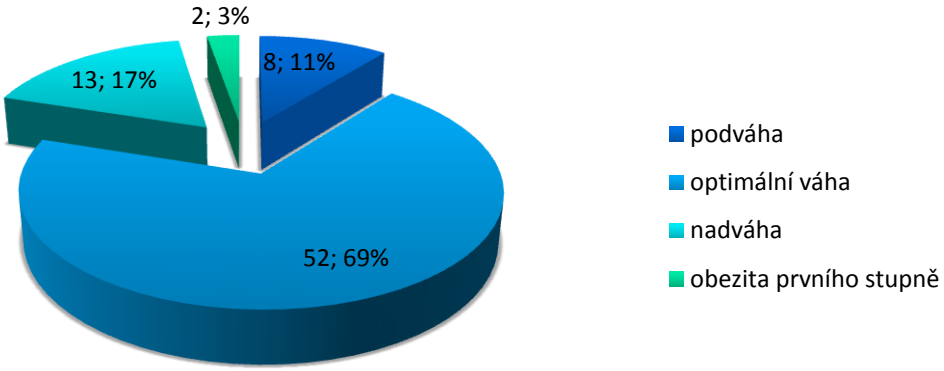

Na otázku, kolikrát denně respondenti jí, 3 (4 %) odpovídají, že méně než třikrát. 21 (28 %) 3-4 krát. 19 (25 %) respondentů se denně stravuje 5-6 krát. 5 (7 %) více než šestkrát a zbylých 27 (36 %) nedokáže zhodnotit, kolikrát se stravuje během dne, jelikož je to individuální dle situace a zatížení.

**Graf 19 Kolik litrů tekutin respondenti vypijí během dne**



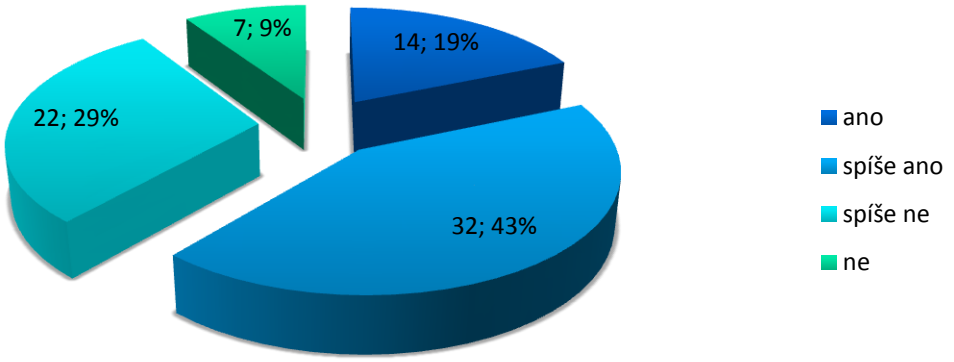

Během dne vypije do 1 litru tekutin 5 (7 %) respondentů. 1 až 1,5 litru vypije 46 (61 %). Průměrně dva litry vypije dalších 19 (25 %) respondentů a více než dva litry 5 (7 %) dotazovaných.

**Graf 20 BMI respondentů**



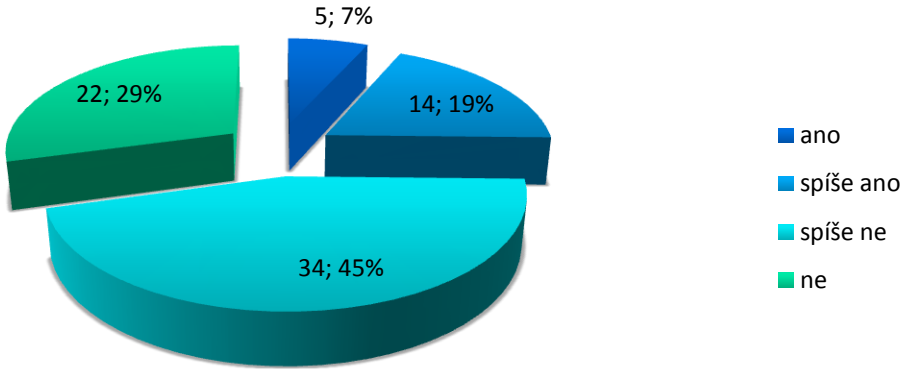

V dotazníku byla položena otázka, týkající se jejich výšky a tělesná hmotnosti. Pro lepší přehlednost byly tyto údaje přepočítány na hodnoty BMI. Z celkového počtu 75 (100 %) vyplývá, že 8 (11 %) respondentů má podváhu, optimální tělesnou hmotnost má 52 (69 %) dotazovaných. Dalších 13 (17 %) má nadváhu a obezitou prvního stupně trpí 2 (3 %) dotazovaní.

**Graf 21 Schopnost respondentů udržet si hmotnost**



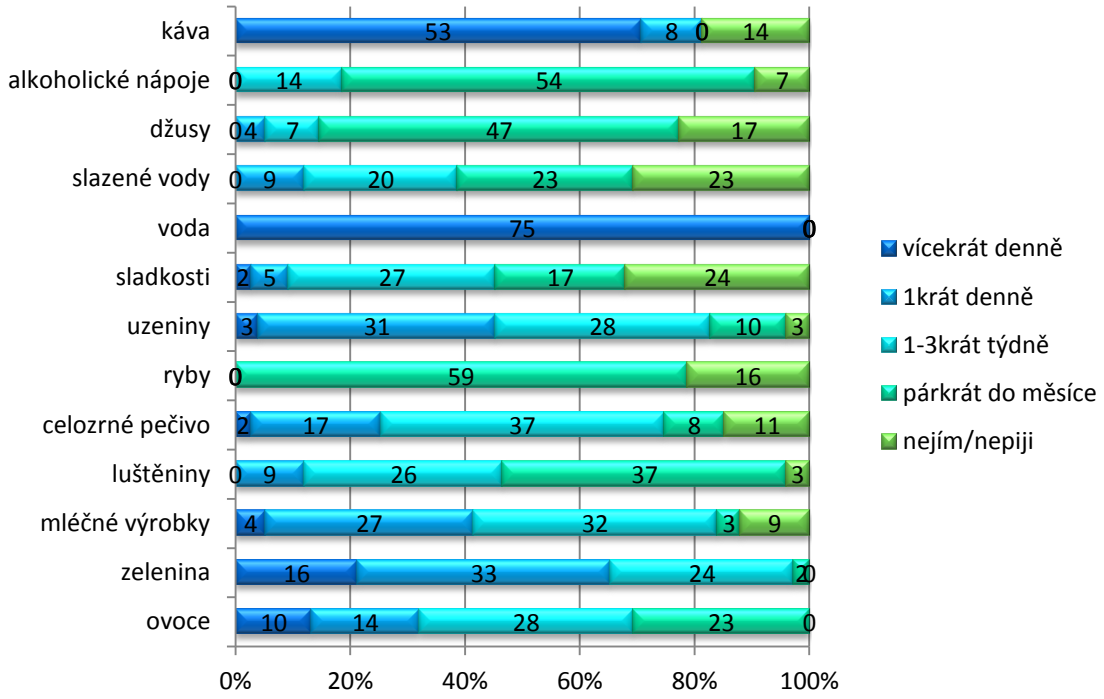

14 (19 %) dotazovaných si udržuje svou tělesnou hmotnost. 32 (43 %) si ji spíše udržuje. 22 (29 %) respondentů si tělesnou váhu nikterak nehlídá a spíše neudržuje. A posledních 7 (9 %) si ji neudržuje vůbec.

**Graf 22 Spokojenost respondentů s tělesnou hmotností**




Na další otázku týkající se tělesné hmotnosti a její spokojenosti, pouhých 5 (7 %) dotazovaných uvádí, že spokojeno je. Dalších 14 (19 %) je spíše spokojeno. Spíše nespokojeno je 34 (45 %) a naprosto nespokojeno s váhou je zbylých 22 (29 %) dotazovaných.

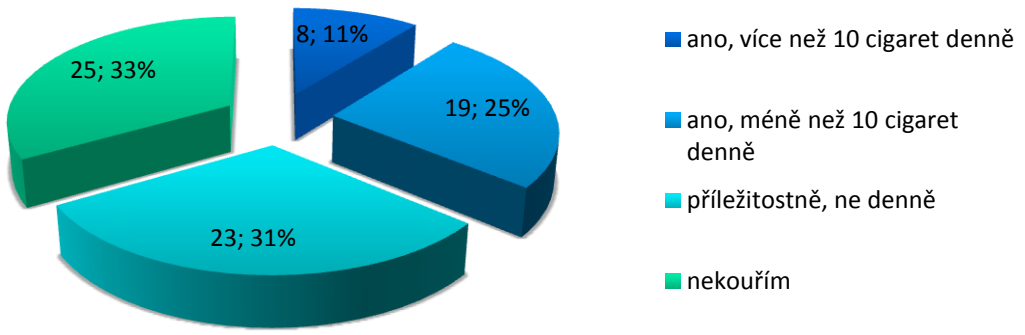
**Graf 23 Konzumace potravin a jejich častost**




Tento graf znázorňuje potraviny a nápoje, které respondenti konzumují a jak často. Z potravin je zde znázorněno ovoce, zelenina, mléčné výrobky a luštěniny, celozrnné pečivo, ryby, uzeniny a sladkosti. Z nápojů voda, slazené vody, džusy, alkohol a káva. Z celkového počtu 75 (100 %) konzumuje ovoce vícekrát denně 10 (13%) respondentů, 14 (19 %) jednou denně, 1-3krát do týdne 28 (37 %) dotazovaných a 23 (31 %) párkrát do měsíce. Zeleninu jí 16 (21 %) dotazovaných vícekrát denně, 33 (44 %) jedenkrát denně, 24 (32 %) 1-3krát týdně a pouze 2 (3 %) párkrát do měsíce. Mléčné výrobky konzumují několikrát za den 4 (5 %) respondenti, dalších 27 (36 %) jednou denně, 1-3krát týdně 32 (43 %) dotazovaných a 3 (4 %) konzumují mléčné výrobky pouze párkrát do měsíce, 9 (12 %) respondentů je nejí vůbec. Luštěniny jsou 9 (12 %) respondenty konzumovány jednou denně, 26 (35 %) 1-3krát týdně, dalšími 37 (49 %) párkrát do měsíce a 3 (4 %) luštěniny nejí vůbec. Celozrnné pečivo vícekrát za den jí 2 (3 %) dotazovaní, 17 (23 %) jednou denně, 37 (49 %) 1-3krát týdně, 8 (10 %) párkrát do měsíce a 11 (15 %) ho nejí vůbec. Ryby konzumuje 59 (79 %) respondentů a to pouze párkrát do měsíce a 16 (21 %) jich je nejí. Uzeniny konzumují 3 (4 %) respondenti několikrát denně, 31 (42 %) jednou denně, 28 (37 %) 1-3krát týdně, 10 (13

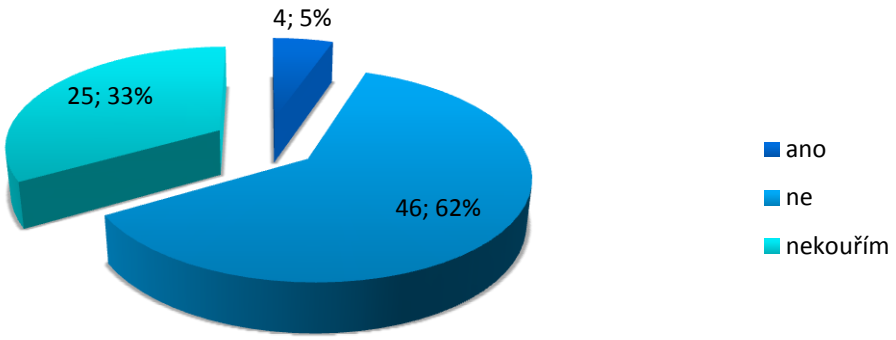
%) párkrát do měsíce a 3 (4 %) dotazovaní uzeniny nejí. Poslední z potravin jsou sladkosti, ty jí 2 (2 %) respondenti vícekrát denně, 5 (7 %) jednou denně, 27 (36 %) 1-3krát týdně, 17 (23 %) párkrát do měsíce a 24 (32 %) jich je nejí. Z nápojů pije vodu všech 75 (100 %) dotazovaných a to celodenně. Slazené vody pije 9 (12 %) respondentů jedenkrát denně, 20 (26 %) 1-3krát týdně, 23 (31 %) párkrát do měsíce a posledních 23 (31 %) je nepije. Džusy pijí 4 (5 %) respondenti jednou denně, 7 (9 %) 1-3 krát týdně, 47 (63 %) párkrát do měsíce a 17 (23 %) dotazovaných je nepije vůbec. Alkohol 1-3krát týdně pije 14 (19 %) respondentů, dalších 54 (72 %) párkrát do měsíce a 7 (9 %) dotazovaných jsou abstinenti. Káva je konzumována několikrát denně 53 (71 %) respondenty, dalšími 8 (11 %) jednou denně a 14 (18 %) dotazovaných ji nepije.

**Graf 24 Kouření respondentů**



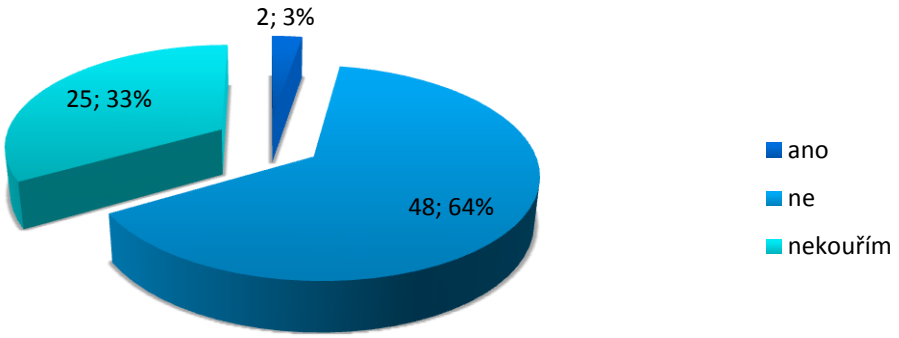

Ve výše uvedeném grafu je znázorněno kuřáctví respondentů. 8 (11 %) jich uvádí, že denně vykouří více než 10 cigaret. 19 (25 %) jich potvrdilo, že také kouří, ovšem méně než 10 cigaret denně. 23 (31 %) respondentů je příležitostných kuřáků a zbylých 25 (33 %) nekouří vůbec.

**Graf 25** **Kouření respondentů po nástupu na oddělení**



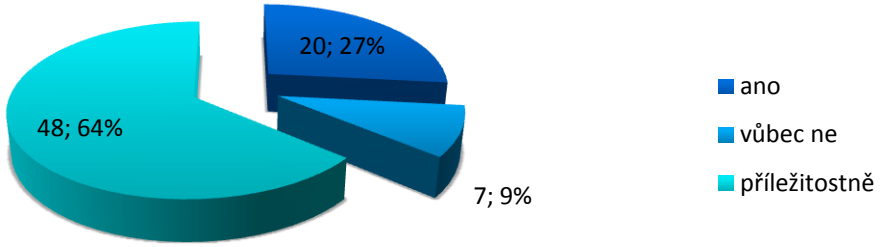

Tento graf znázorňuje počátky kuřáctví a spojitost s nástupem na nynější oddělení. 4 (5 %) dotazovaní začali kouřit po nástupu na oddělení. U 46 (62 %) respondentů není žádná spojitost. A již zmiňovaných 25 (33 %) respondentů jsou nekuřáci.

**Graf 26** **Zvýšení konzumace tabákových výrobků po nástupu na oddělení**



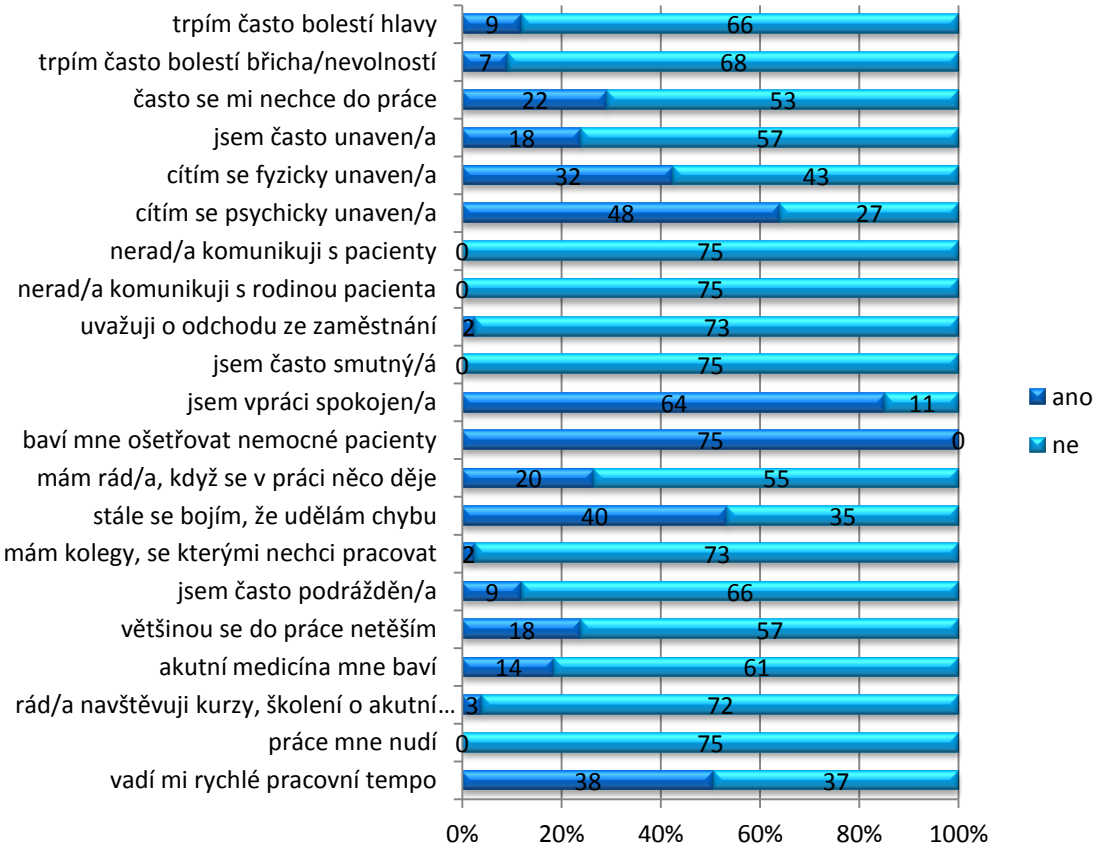

Po nástupu na nynější oddělení zvýšili konzumaci tabákových výrobků 2 (3 %) respondenti. Dalších 48 (64 %) jejich konzumaci nezvýšilo a 25 (33 %) respondentů nekouří.

**Graf 27 Konzumace alkoholických nápojů**




Alkohol konzumuje 20 (27 %) respondentů. 7 (9 %) jich alkohol vůbec nepije a 48 (64 %) pije pouze jen při příležitosti, ne pravidelně.

**Graf 28 Stres respondentů**

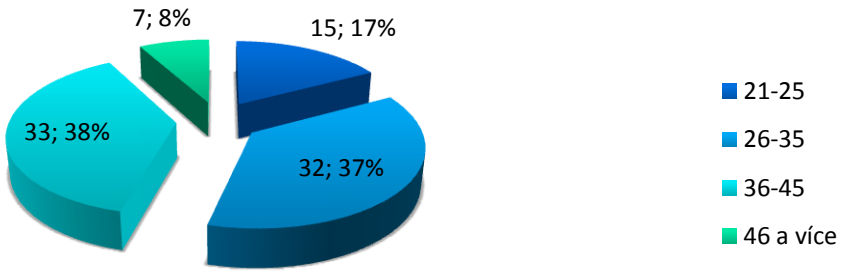



Tento graf znázorňuje otázky týkající se stresu. Bolestí hlavy často trpí 9 (12 %) respondentů a zbylých 66 (88 %) ne. Bolestí břicha či nevolností často trpí 7 (9 %)

respondenti a zbylých 68 (91 %) opět uvedlo odpověď ne. Na výrok často se mi nechce do práce, odpovědělo 22 (29 %) ano, 53 (71 %) ne. Často se cítí unaveno 18 (24 %) respondentů, 57 (76 %) uvedlo, že není. Fyzicky unaveno je 32 (43 %) respondentů a těch, kteří nejsou, je 43 (57 %). Po psychické stránce je unaveno 48 (64 %) a 27 (36 %) není. 75 (100 %) respondentů rádo komunikuje s pacienty. Všech 75 (100 %) rádo komunikuje s rodinou pacienta. O odchodu ze zaměstnání uvažují 2 (3 %) respondenti, zbylých 73 (97 %) ne. 0 (0 %) respondentů je často smutných. 64 (85 %) je v práci spokojeno, 11 (15 %) nespokojeno. Všech 75 (100 %) uvedlo, že je baví ošetřovat nemocné pacienty. Akutní situace má rádo 20 (27 %) a zbylých 55 (73 %) je rádo nemá. 40 (53 %) se bojí, že udělá v zaměstnání chybu, dalších 35 (47 %) se nebojí. 2 (3 %) uvedli, že mají kolegy, se kterými nechce pracovat, 73 (97 %) takové problémy nemá. 9 (12 %) je často podrážděno, 66 (88 %) ne. 18 (24 %) se do práce často netěší, zbylých 57 (76 %) se těší. Akutní medicína baví 14 (19 %) respondentů, 61 (81 %) ne. Školení a kurzy o akutní medicíně navštěvují rádi 3 (4 %), dalších 72 (96 %) nerado. Všech 75 (100 %) respondentů nepociťuje, že by jejich práce byla nudná. 38 (51 %) respondentům vadí rychlé pracovní tempo, 37 (49 %) nevadí.

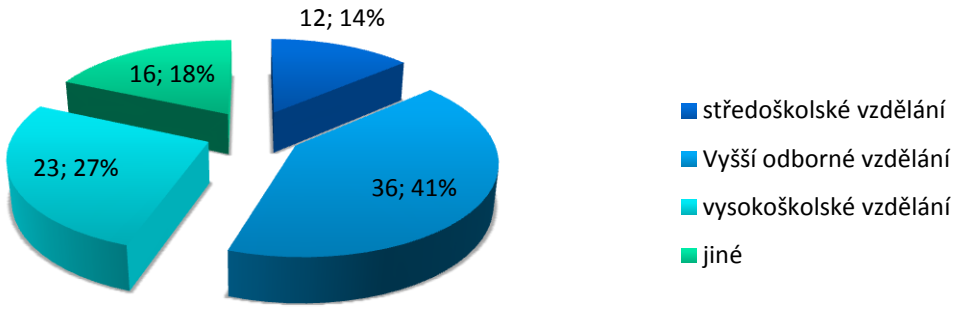
## 5.2 Respondenti na JIP/ARO

**Graf 29 Věková kategorie respondentů**



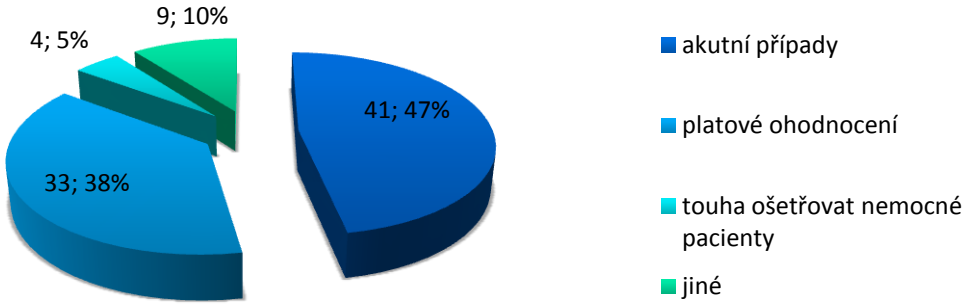

Na odděleních intenzivní medicíny pracuje 15 (17 %) dotazovaných ve věku od 21-25 let. 32 (37 %) jich je ve věku 26-35 let. Dalších 33 (38 %) spadá do věkové hranice 36-45 let a posledních 7 (8 %) do věkové kategorie 46 a více let.

**Graf 30 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů**



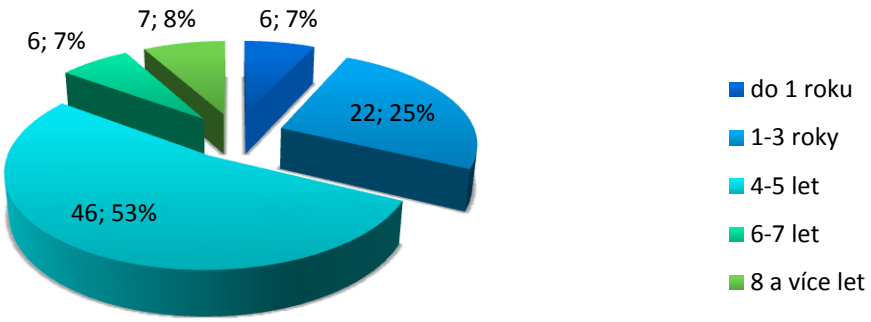

Z celkového počtu 87 (100 %) respondentů, má 12 (14 %) středoškolské vzdělání. Dalších 36 (41 %) má vyšší odborné vzdělání. 23 (27 %) jich úspěšně ukončilo vysokoškolské studium a 16 (18 %) má jiné vzdělání (to zahrnovalo specializační vzdělání ARIP).

**Graf 31 Motivace respondentů k práci na oddělení**



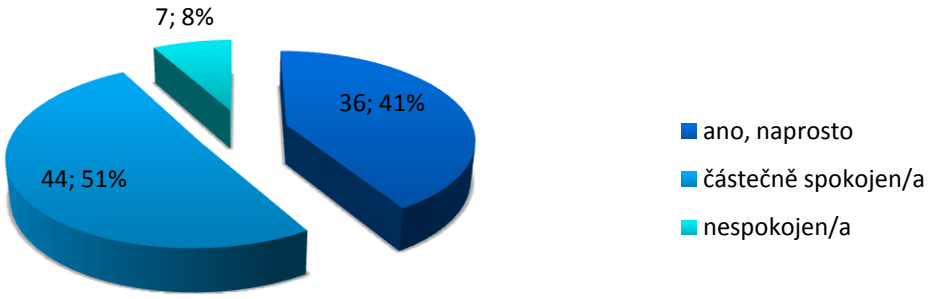

Výše uvedený graf prezentuje hlavní motivační faktory, které stimulovaly a stimulují k práci na oddělení. 41 (47 %) dotazovaných uvedlo jako hlavní motivaci akutní případy na těchto odděleních. Dalších 33 (38 %) uvedlo platové ohodnocení. Pouhé 4 (5 %) uvedly touhu po ošetřování a pomoci nemocných pacientů. 9 (10 %) odpovědělo jiné motivační prvky (prestiž oboru, nedostatek volných pracovních míst na jiném chtěném místě, možnost zavádět novinky do praxe, možnost specializačního vzdělávání, kvalitně vybavené a prestižní oddělení).

**Graf 32 Celková délka odborné praxe respondentů**



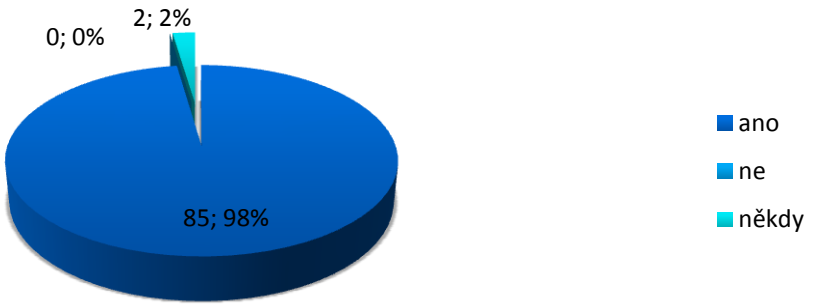

6 (7 %) respondentů uvedlo celkovou délku své odborné praxe do 1 roku. 22 (25 %) 1-3roky. Dalších 46 (53 %) vykonává povolání sestry 4-5 let. 6 (7 %) respondentů ho vykonává 6-7 let a zbylých 7 (8 %) uvedlo 8 a více let.

**Graf 33 Spokojenost respondentů na pracovišti**



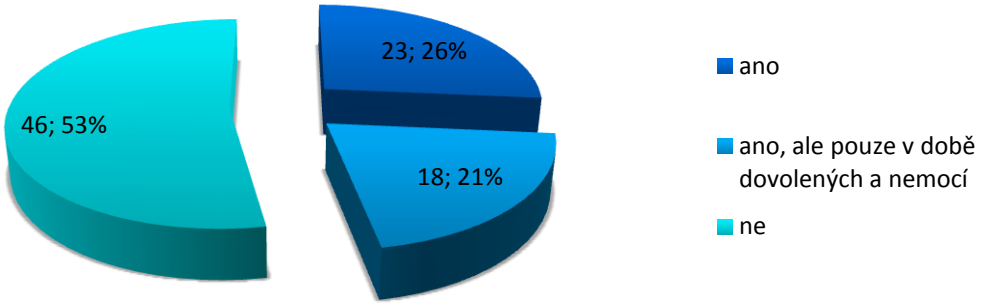

Na otázku, zda jsou respondenti na oddělení, na němž pracují spokojeni, jich 36 (41 %) odpovědělo, že je naprosto spokojeno. 44 (51 %) jich je částečně spokojeno a posledních 7 (8 %) je na oddělení nespokojeno.

**Graf 34 Považují respondenti práci na oddělení za stresující**



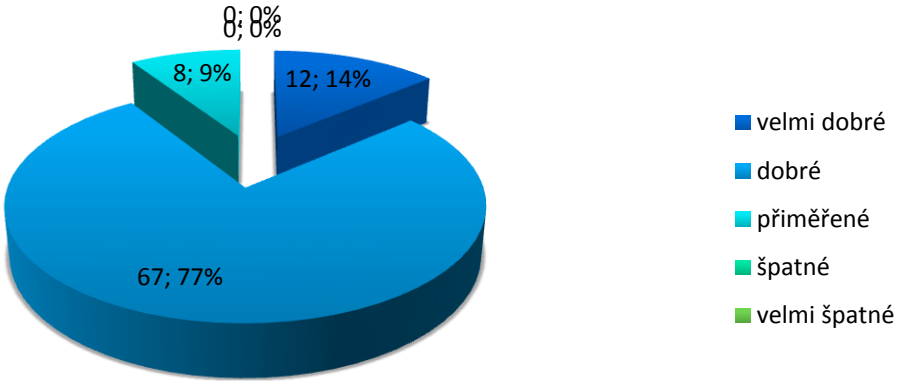

Respondenti pracující v intenzivní péči ve velké většině uvádí, že je práce na oddělení velmi stresující. Z celkového počtu 87 (100 %) dotazovaných, jich uvádí jako odpověď ano 85 (98 %). Zbylí 2 (2 %) uvádí, že je stresující pouze někdy.

**Graf 35 Práce přesčas**



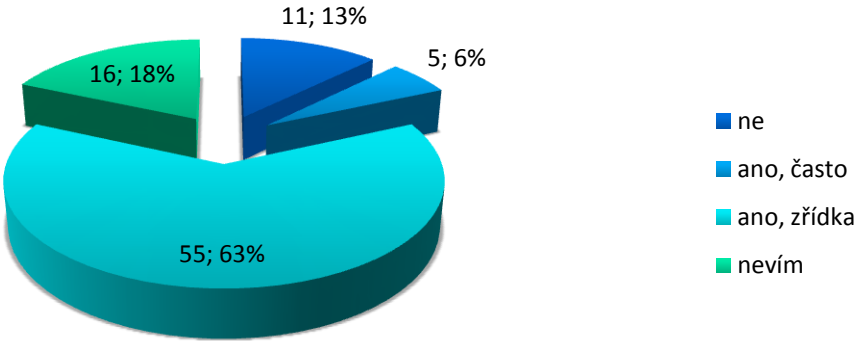

Přesčas pracuje 23 (26 %) dotazovaných. Dalších 18 (21 %) také, ovšem pouze v době dovolených a nemocí. A posledních 46 (53 %) nepracuje přesčas.

**Graf 36 Interpersonální vztahy respondentů na oddělení**



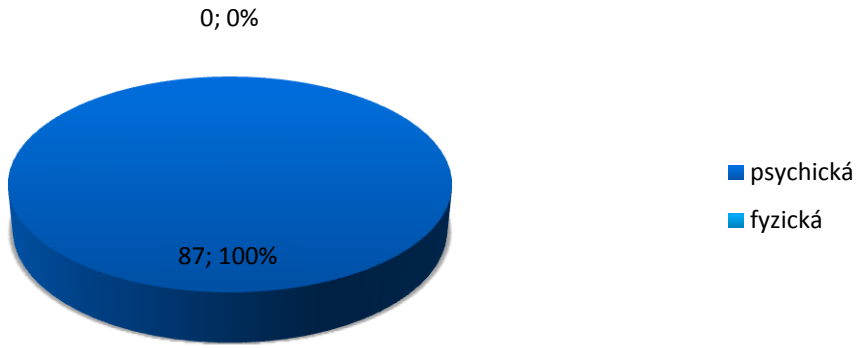

Interpersonální vztahy na oddělení jsou u 12 (14 %) dotazovaných na velmi dobré úrovni. 67 (77 %) respondentů je hodnotí jako dobré. A 8 (9 %) uvádí, že jsou přiměřené.

**Graf 37 Pocit vzniku příznaků syndromu vyhoření u respondentů**



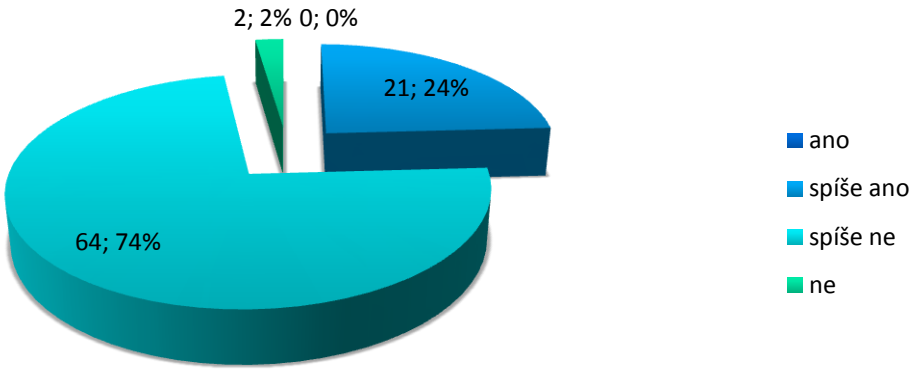

Příznaky syndromu vyhoření na sobě nepociťuje 11 (13 %) respondentů. Dále 5 (6 %) uvádí jako odpověď ano, často. Nejvyšší počet 55 (63 %) respondentů uvádí jako svou odpověď ano, zřídka a 16 (18 %) neví – nedokáží to posoudit.

**Graf 38 Oblast největší pracovní zátěže respondentů**



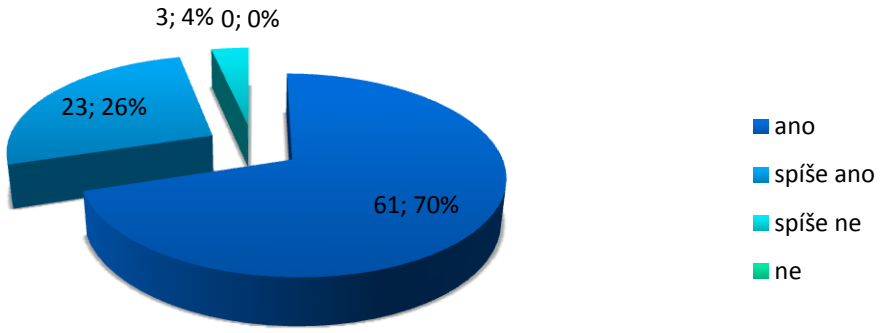

Z tohoto grafu je jednoznačné, že nejvyšší zátěž pociťují respondenti v oblasti psychické. Tato odpověď byla uvedena ve všech 87 (100 %) dotaznících.

**Graf 39 Pravidelnost spánku respondentů**



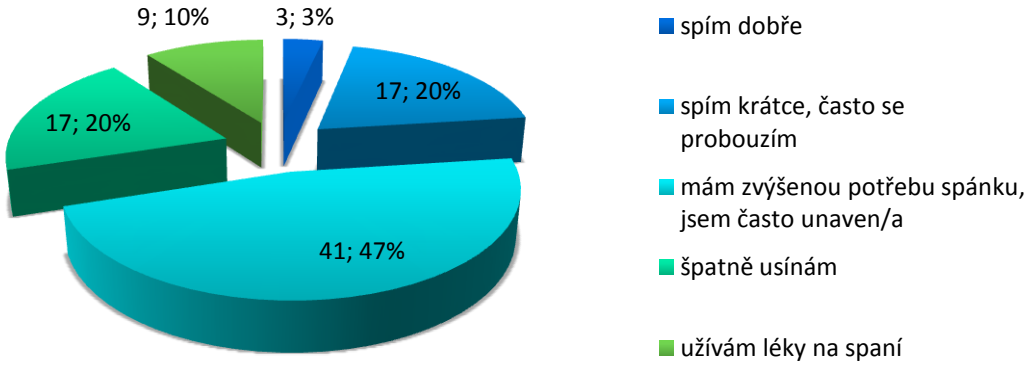

Žádný z dotazovaných (0 %) nespí pravidelně. 21 (24%) jich spí spíše pravidelně. 64 (74 %) spíše pravidelně nespí a 2 (2 %) pravidelně nespí vůbec.

**Graf 40 Spánek respondentů po noční směně**



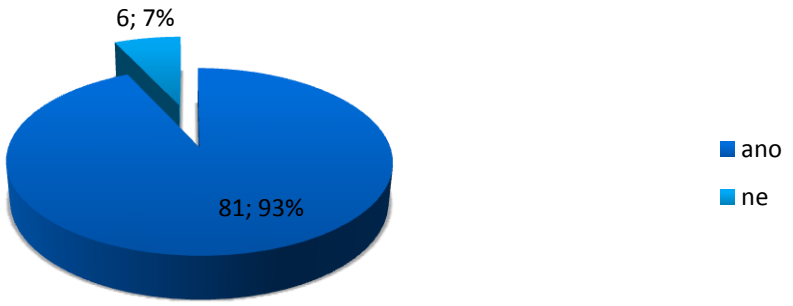

Na otázku, zda respondenti spí po noční směně, odpovídá z celkového počtu 87 (100 %) respondentů 61 (70 %) ano, 23 (26 %) spíše ano. Spíše ne uvádí pouze 3 (4 %) respondenti.

**Graf 41 Kvalita spánku respondentů**



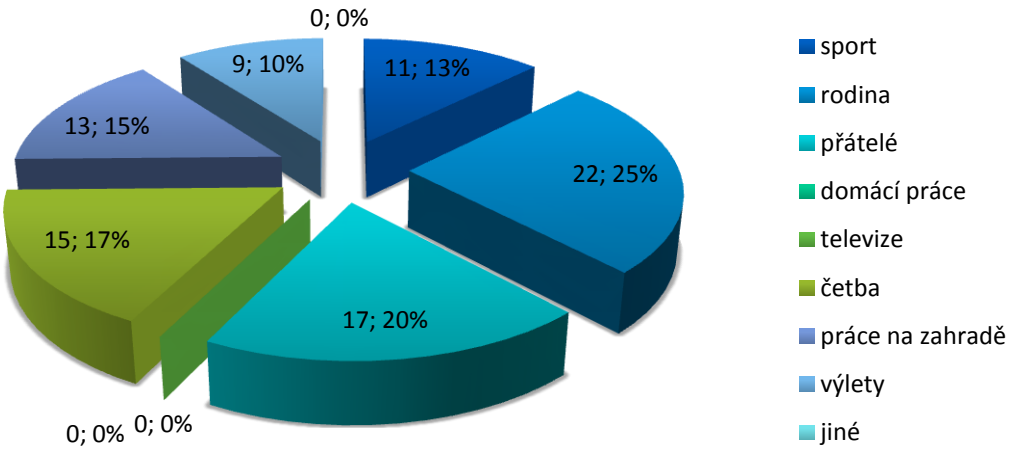

Pouze 3 (3 %) respondenti spí dobře. 17 (20 %) jich spí krátce a často se během spánku budí. Zvýšenou potřebu spánku a častou únavu pociťuje 41 (47 %). 17 (20 %) respondentů špatně usíná a 9 (10 %) užívá léky na spaní.

**Graf 42 Čas na odpočinek a relaxaci respondentů**



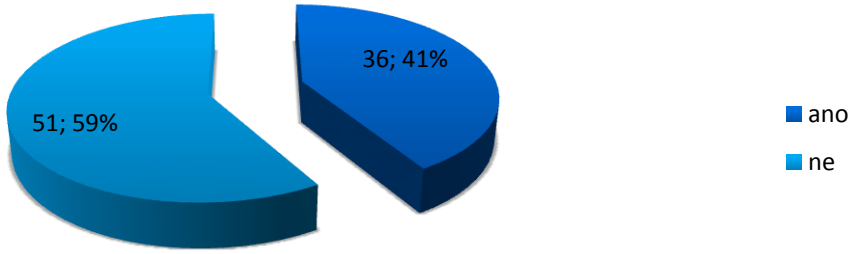

Čas na odpočinek a relaxační techniky má 81 (93 %). Zbylých 6 (7 %) respondentů uvádí, že na něj čas již nezbývá.

**Graf 43 Způsob trávení volného času**



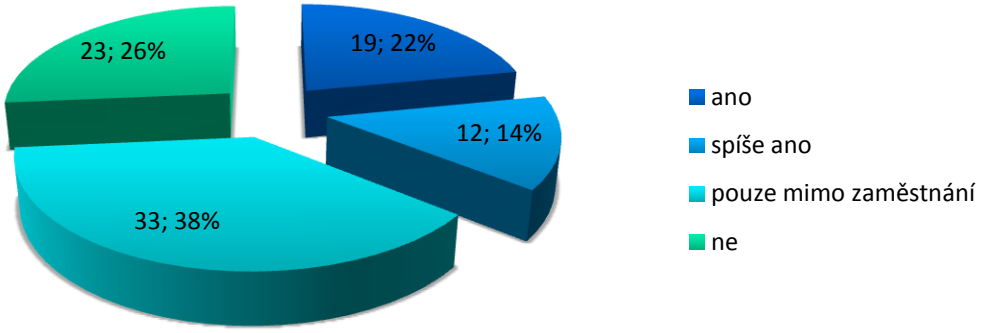

Sportem tráví volný čas 11 (13 %) respondentů. S rodinou 22 (25 %), s přáteli 17 (20 %). 15 (17 %) považuje jako vhodný způsob trávení volného času četbu knihy. 13 (15 %) aktivity spojené s prací na zahradě. A posledních 9 (10 %) preferuje výlety.

**Graf 44 Pravidelné stravování respondentů v pracovních podmínkách**



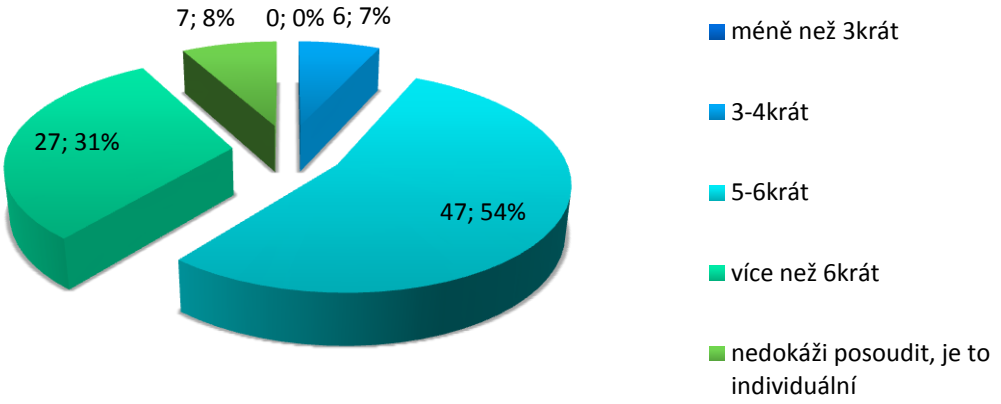

Na otázku, zda pracovní prostředí umožňuje respondentům pravidelně se stravovat, 36 (41 %) odpovídá ano a zbytek, tedy 51 (59 %), odpovědělo ne.

**Graf 45 Snídání respondentů**



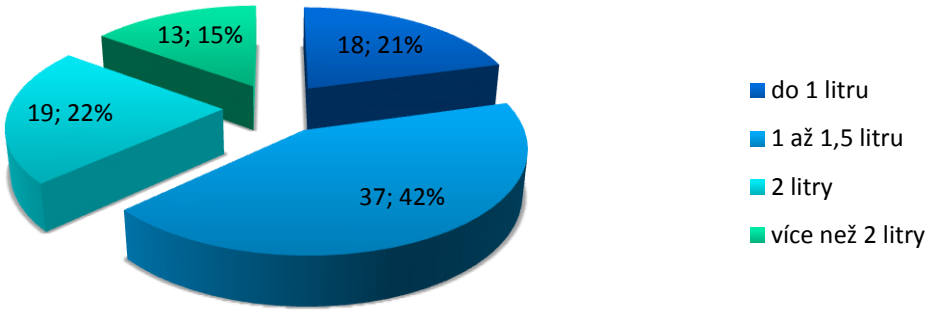

19 (22 %) respondentů pravidelně snídá. Dalších 12 (14 %) nesnídá vždy, ale spíše ano. 33 (38 %) jich uvádí, že snídá, ovšem jen za předpokladu, že nejsou právě v zaměstnání. Posledních 23 (26 %) respondentů nesnídá.

**Graf 46 Kolikrát denně respondenti jí**



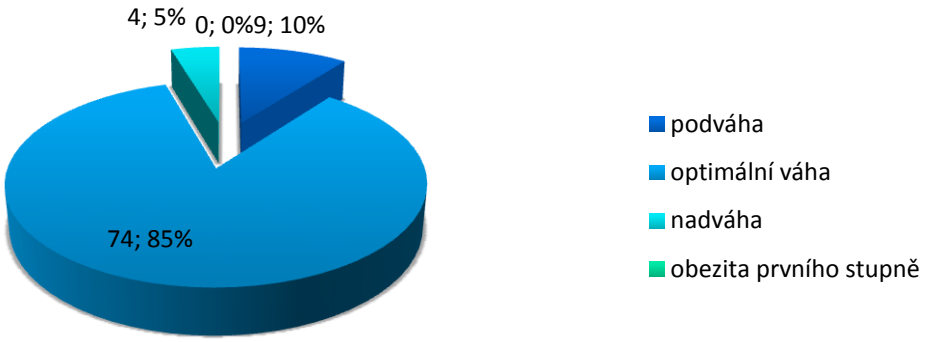

Na otázku, kolikrát denně se respondenti stravují, odpovídá 6 (7 %) třikrát až čtyřikrát denně. Nejvíce dotazovaných, 47 (54 %) jí pětkrát až šestkrát denně. Více než šestkrát za den jí 27 (31 %) a u posledních 7 (8 %) je to individuální.

**Graf 47 Kolik litrů tekutin respondenti vypijí během dne**



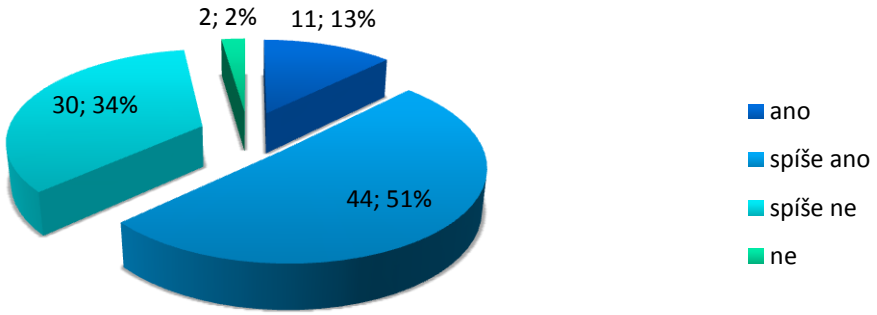

Otázka týkající se pitného režimu byla zodpovězena 87 (100 %) respondenty. Z toho 18 (21 %) jich vypije denně do 1 litru vody, 37 (42 %) vypije 1 až 1,5 litru tekutin. 2 litry vypije 19 (22 %) respondentů a zbývajících 13 (15 %) vypije více jak dva litry v průběhu dne.

**Graf 48 BMI respondentů**



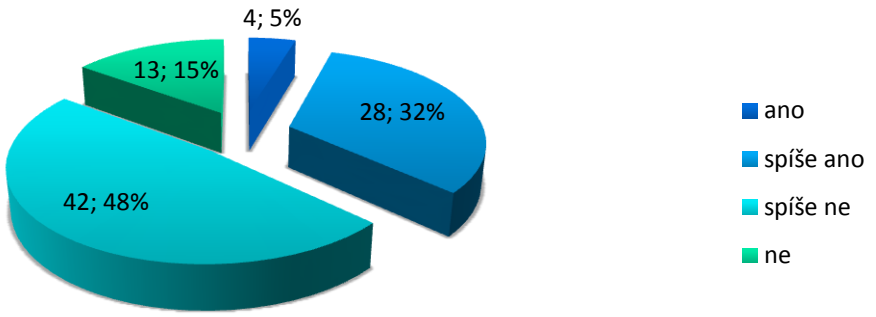

I v tomto grafu byla data přepočítána na hodnotu BMI. Je z něj zřejmé, že 9 (10 %) respondentů trpí podváhou. Optimální hmotnost má nejvyšší počet dotazovaných, tedy 74 (85 %). Nadváhu mají 4 (5 %) dotazovaní.

**Graf 49 Schopnost respondentů udržet si hmotnost**



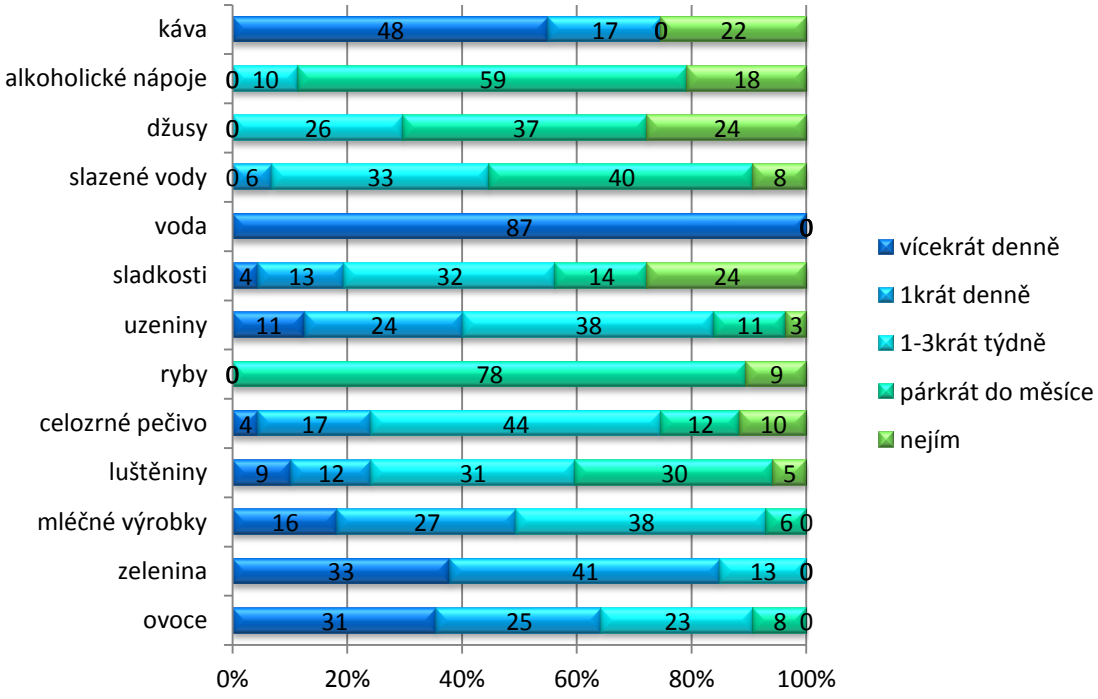

Z celkového počtu pouze 11 (13 %) respondentů si pravidelně udržuje svou tělesnou hmotnost. 44 (51 %) jich uvádí, že si ji spíše udržují, ovšem ne nijak pravidelně. 30 (34 %) dotazovaných si váhu spíše neudržuje. A zbývající 2 (2 %) si ji nijak nehlídají a tedy i neudržují.

**Graf 50 Spokojenost respondentů s tělesnou hmotností**




S tělesnou hmotností jsou spokojeni 4 (5 %) respondenti. Odpověď spíše ano odpovědělo 28 (32 %), dalších 42 (48 %) spíše není. A nespokojeno je 13 (15 %).

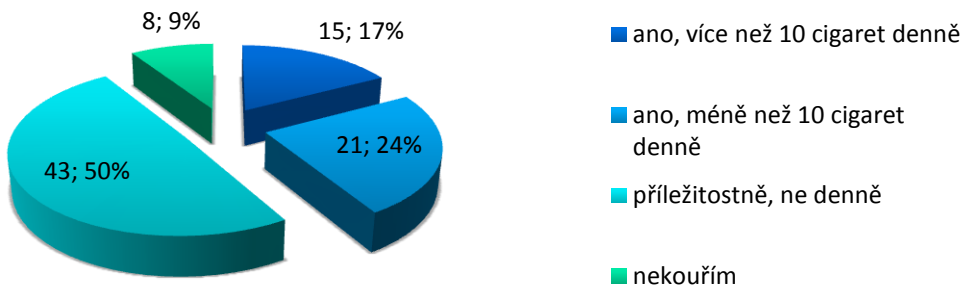
**Graf 51 Konzumace potravin a jejich častost**




Z celkového počtu 87 (100 %) konzumuje ovoce vícekrát denně 31 (36 %) respondentů, 25 (29 %) jednou denně, 1-3krát do týdne 23 (26 %) dotazovaných a pouhých 8 (9 %) párkrát do měsíce. Zeleninu jí 33 (38 %) dotazovaných sester vícekrát denně, 41 (47 %) jedenkrát denně, 13 (15 %) 1-3krát týdně. Mléčné výrobky konzumuje několikrát za den

16 (18 %) respondentů, dalších 27 (31 %) jednou denně, 1-3krát týdně 38 (44 %) dotazovaných a 6 (7 %) jich konzumuje mléčné výrobky pouze párkrát do měsíce. Luštěniny jsou 9 (10 %) respondenty konzumovány několikrát denně, 12 (14 %) respondenty 1krát denně, 31 (35 %) 1-3krát týdně, dalšími 30 (35 %) párkrát do měsíce a 5 (6 %) jich luštěniny nejí vůbec. Celozrnné pečivo vícekrát za den jí 4 (5 %) dotazovaní, 17 (19 %) jednou denně, 44 (51 %) 1-3krát týdně, 12 (14 %) párkrát do měsíce a 10 (11 %) ho nejí vůbec. Ryby konzumuje 78 (90 %) respondentů a to pouze párkrát do měsíce a 9 (10 %) jich je nejí. Uzeniny konzumuje 11 (13 %) respondentů několikrát denně, 24 (28 %) jednou denně, 38 (44 %) 1-3krát týdně, 11 (13 %) párkrát do měsíce a 3 (4 %) dotazovaní uzeniny nejí. Poslední z potravin jsou sladkosti, ty jí 4 (5 %) respondenti vícekrát denně, 13 (15 %) jednou denně, 32 (37 %) 1-3krát týdně, 14 (16 %) párkrát do měsíce a 24 (27 %) jich je nejí. Z nápojů pije vodu všech 87 (100 %) dotazovaných a to celodenně. Slazené vody pije 6 (7 %) respondentů jedenkrát denně, 33 (38 %) 1-3krát týdně, 40 (46 %) párkrát do měsíce a posledních 8 (9 %) je nepije. Džusy pije 26 (30 %) respondentů 1-3 krát týdně, 37 (43 %) párkrát do měsíce a 24 (28 %) dotazovaných je nepije. Alkohol 1-3krát týdně pije 10 (11 %) respondentů, dalších 59 (68 %) párkrát do měsíce a 18 (21 %) je abstinentů. Káva je konzumována několikrát denně 48 (55 %) respondenty, dalšími 17 (20 %) jednou denně a 22 (25 %) dotazovaných ji nepije.

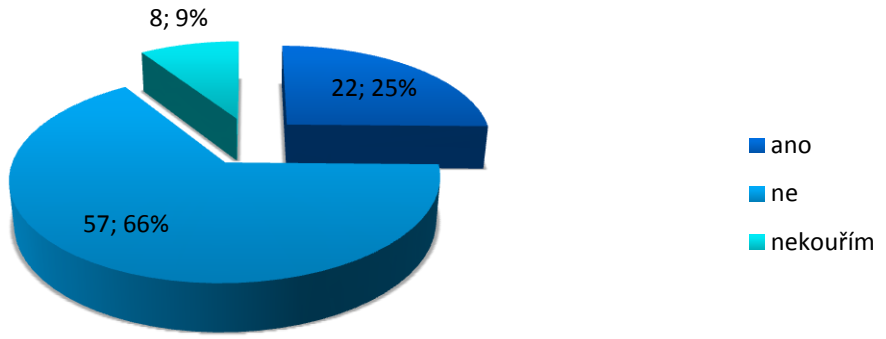
**Graf 52 Kouření respondentů**




Z 87 (100 %) dotazovaných jich pouze 8 (9 %) vůbec nekouří. Zbytek jsou kuřáci: 15 (17 %) respondentů vykouří denně více než 10 cigaret. Dalších 21 (24 %) vykouří méně

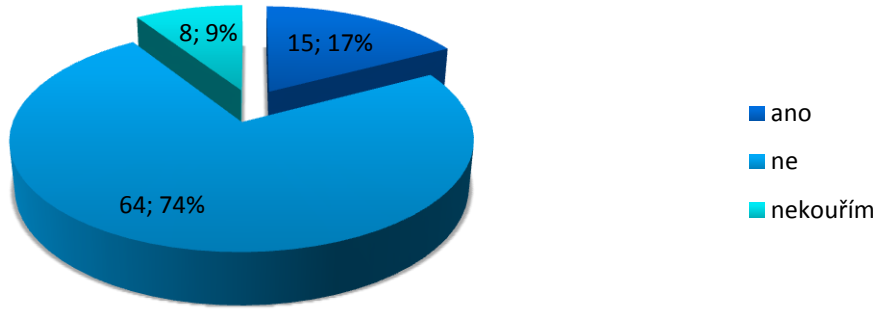
než 10 cigaret za den a zbylých 43 (50 %) kouří jen příležitostně při výjimečných příležitostech.

**Graf 53 Kouření respondentů po nástupu na oddělení**



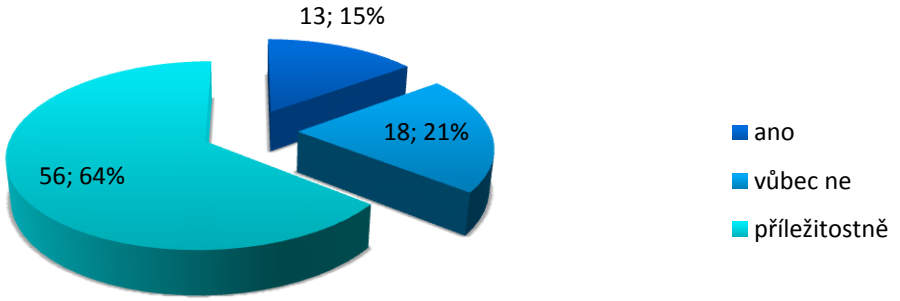

Na otázku, zda má spojitost kouření a příchodu do zaměstnání, uvádí 22 (25 %) respondentů, že začalo kouřit po svém nástupu na oddělení. Dalších 57 (66 %) odpovídá, že nástup na oddělení neměl vliv na vznik kouření. A 8 (9 %) jsou nekuřáci.

**Graf 54 Zvýšení konzumace tabákových výrobků po nástupu na oddělení**



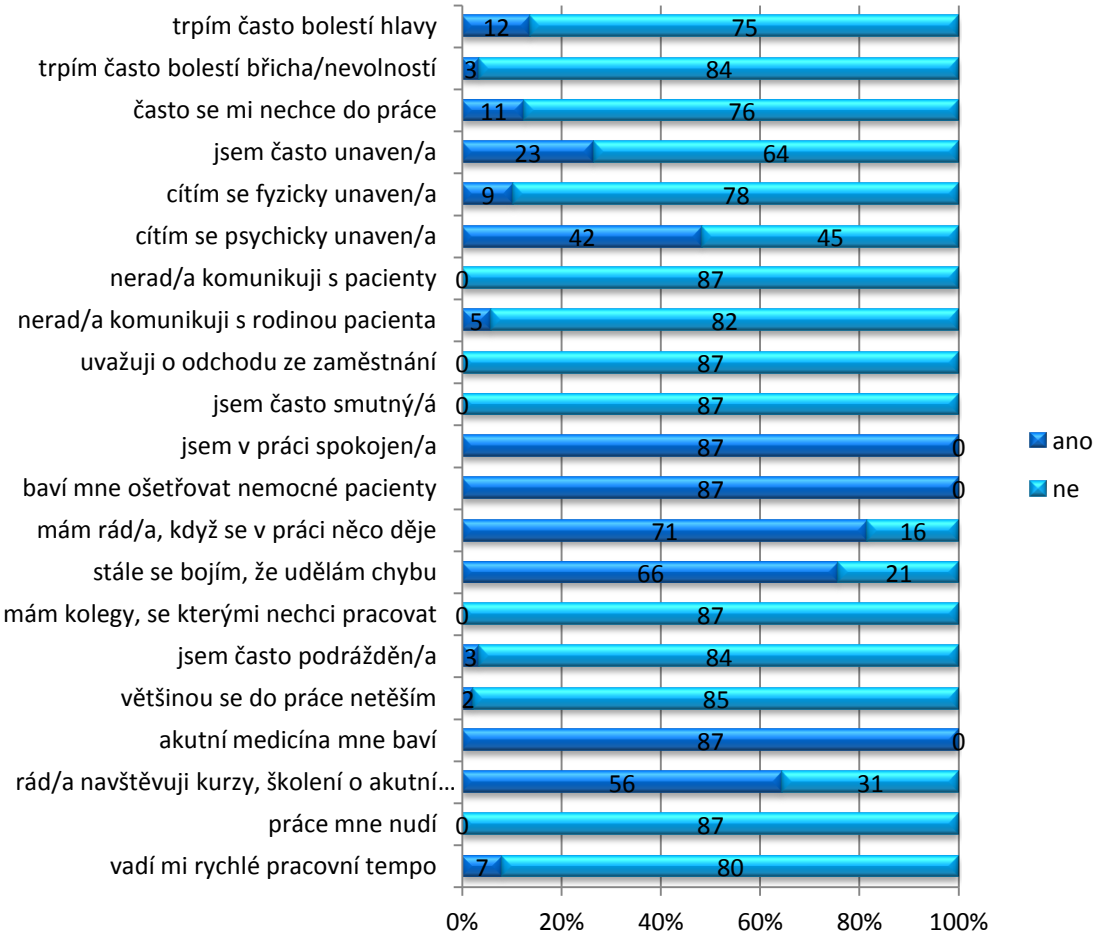

Konzumace tabákových výrobků se po nástupu na oddělení zvýšila u celkem 15 (17 %). U 64 (74 %) se nezvýšila a 8 (9 %) jsou nekuřáci.

**Graf 55 Konzumace alkoholických nápojů**




Alkoholické nápoje pije 13 (15 %) respondentů. 56 (64 %) je také konzumuje, ovšem pouze příležitostně. A zbylých 18 (21 %) respondentů jsou abstinenti.

**Graf 56 Stres respondentů**



V této části dotazníku odpovídali respondenti na jednotlivé výroky týkající se stresu a stresových situací ano či ne, dle jejich rozhodnutí. Bolestí hlavy často trpí 12 (14 %) respondentů a zbylých 75 (86 %) ne. Bolestí břicha či nevolností často trpí 3 (3%) respondenti a zbylých 84 (97 %) opět uvedlo odpověď ne. Na výrok často se mi nechce do práce, odpovědělo 11 (13 %) ano, 76 (87 %) ne. Často je unaveno 23 (26 %) respondentů, 64 (74 %) uvedlo, že není. Fyzicky unaveno je 9 (10 %) a těch, kteří nejsou je 78 (90 %). Po psychické stránce je unaveno 42 (48 %) a 45 (52 %) není. 87 (100 %) respondentů rádo komunikuje s pacienty. Nerado s rodinou pacienta komunikuje 5 (6 %) respondentů, ostatních 82 (94 %) rádo. O odchodu ze zaměstnání neuvažuje nikdo (0 %), stejně tak jako 0 (0 %) respondentů je často smutných. Všech 87 (100 %) je v práci spokojeno. A opět všech 87 (100 %) uvedlo, že je baví ošetřovat nemocné pacienty. Akutní situace má rádo 71 (82 %) a zbylých 16 (18 %) je rádo nemá. 66 (76 %) se bojí, že udělá v zaměstnání chybu, dalších 21 (24 %) se nebojí. 0 (0 %) uvedlo, že má kolegy, se kterými nechce pracovat. 3 (3 %) jsou často podrážděni, zbytek ne. 2 (2 %) se do práce často netěší, zbylých 85 (98 %) se těší. Akutní medicína baví všech 87 (100 %). Školení navštěvuje rádo 56 (64 %), dalších 31 (36 %) nerado. 87 (100 %) respondentů práce nenudí. 7 (8 %) respondentům vadí rychlé pracovní tempo, 80 (92 %) nevadí.

## 5.3 Souhrnná data

**Tabulka 1 Počet respondentů**

| | Absolutní počet | Relativní četnost |
|---|---|---|
| INT/CHIR | 75 | 100 % |
| JIP/ARO | 87 | 100 % |

Zkoumaný soubor tvořilo celkem 100 % (75) respondentů ze standardních oddělení, tj. interní a chirurgické a dalších 100 % (87) tvořili respondenti z intenzivních a resuscitačních oborů.

**Tabulka 2 Věková kategorie**

| | 21-25 | 26-35 | 36-45 | 46 a více | Celkem |
|---|---|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 13 | 17 | 31 | 14 | 75 |
| JIP/ARO | 15 | 32 | 33 | 7 | 87 |
| Absolutní četnost | 28 | 49 | 64 | 21 | 162 |
| Relativní četnost | 17,3 % | 30,2 % | 39,5 % | 13 % | 100 % |

17,3 % (28) respondentů je ve věku 21-25 let, 30,2 % (49) ve věku 26-35 let, 39,5 % (64) ve věku 36-45 let a 13 % (21) respondentům je 46 let a více.

**Tabulka 3 Nejvyšší dosažené vzdělání**

| | SZŠ | VZŠ | VŠ | jiné | Celkem |
|---|---|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 46 | 12 | 17 | 0 | 75 |
| JIP/ARO | 12 | 36 | 23 | 16 | 87 |
| Absolutní četnost | 58 | 48 | 40 | 16 | 162 |
| Relativní četnost | 35,8 | 29,6 | 24,7 | 9,9 | 100 % |

Celkem 35,8 % (58) respondentů má středoškolské vzdělání, dalších 29,6 % (48) má vyšší odborné vzdělání. Vysokoškolsky vzdělaných sester je 24,7 % (40) a sester, které má jiné (specializační vzdělání) je 9,9 % (16).

**Tabulka 4 Hlavní motivace k práci na oddělení**

| | Akutní případy | Platové ohodnocení | Touha ošetřovat pacienty | Jiné | Celkem |
|---|---|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 2 | 12 | 41 | 20 | 75 |
| JIP/ARO | 41 | 33 | 4 | 9 | 87 |
| Absolutní četnost | 43 | 45 | 45 | 29 | 162 |
| Relativní četnost | 26,5 | 27,8 | 27,8 | 17,9 | 100 % |

Jako hlavní motiv pro práci na oddělení považuje 26,5 % (43) respondentů akutní případy, dalších 27,8 % (45) platové ohodnocení. Pro 27,8 % (45) je to touha ošetřovat nemocné pacienty a 17,9 % (29) respondentů uvedlo jiné důvody.

**Tabulka 5 Celková délka odborné praxe**

| | Do 1 roku | 1-3 roky | 4-5 let | 6-7 let | 8 a více let | Celkem |
|---|---|---|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 9 | 19 | 14 | 12 | 21 | 75 |
| JIP/ARO | 6 | 22 | 46 | 6 | 7 | 87 |
| Absolutní četnost | 15 | 41 | 60 | 18 | 28 | 162 |
| Relativní četnost | 9,3 | 25,3 | 37 | 11,1 | 17,3 | 100 % |

Celková délka odborné praxe je u 9,3 % (15) respondentů do 1 roku, 25,3 % (41) vykonává praxi 1-3 roky, 37 % (60) 4-5 let, 11,1 % (18) 6-7 let a 17,3 % (28) 8 let a déle.

**Tabulka 6 Spokojenost na pracovišti**

| | Ano, naprosto | Částečně spokojen/a | Nespokojen/a | Celkem |
|---|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 21 | 43 | 11 | 75 |
| JIP/ARO | 36 | 44 | 7 | 87 |
| Absolutní četnost | 57 | 87 | 18 | 162 |
| Relativní četnost | 35,2 | 53,7 | 11,1 | 100 % |
| Chi-Square | **0.9781** | | | |

Spokojeno na pracovišti je 35,2 % (57) respondentů, 53,7 % (87) je částečně spokojeno a nespokojeno je celkem 11,1 % (18). Na základě výsledných hodnot lze po provedení Chí-kvadrát testu tvrdit, že se na hladině významnosti 0,05 tedy s 95% spolehlivostí

nepodařilo prokázat vztah mezi pracovištěm respondenta a spokojeností na pracoviště respondenta.

**Tabulka 7 Je práce na oddělení stresující?**

| | Ano | Ne | Někdy | Celkem |
|---|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 26 | 0 | 49 | 75 |
| JIP/ARO | 85 | 0 | 2 | 87 |
| Absolutní četnost | 111 | 0 | 51 | 162 |
| Relativní četnost | 68,5 | 0 | 31,5 | 100 % |

Práci na oddělení považuje za stresující 68,5 % (111) respondentů, zbylých 31,5 % (51) ji považuje za stresující pouze někdy.

**Tabulka 8 Práce přesčas**

| | Ano | Ano, jen v době dovolených či nemocí | Ne | Celkem |
|---|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 38 | 23 | 14 | 75 |
| JIP/ARO | 23 | 18 | 46 | 87 |
| Absolutní četnost | 61 | 41 | 60 | 162 |
| Relativní četnost | 37,7 | 25,3 | 37 | 100 % |
| Chi-Square | **0.0255** | | | |

Na otázku, zda respondenti pracují přesčas jich 37,7 % (61) odpovědělo, že ano. 25,3 % (41) uvedlo ano, ale jen za předpokladu, že je doba dovolených či nemocí. 37 % (60) jich práci přesčas nevykonává. Na základě výsledných hodnot lze po provedení Chí-kvadrát testu tvrdit, že se na hladině významnosti 0,05 tedy s 95% spolehlivostí podařilo prokázat vztah mezi pracovištěm respondenta a prací přesčas.

**Tabulka 9 Interpersonální vztahy na oddělení**

| | Velmi dobré | Dobré | Přiměřené | Špatné | Velmi špatné | Celkem |
|---|---|---|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 11 | 43 | 19 | 2 | 0 | 75 |
| JIP/ARO | 12 | 67 | 8 | 0 | 0 | 87 |
| Absolutní četnost | 23 | 110 | 27 | 2 | 0 | 162 |
| Relativní četnost | 14,2 | 67,9 | 16,7 | 1,2 | 0 % | 100 % |

Velmi dobře hodnotí vztahy na oddělení 14,2 % (23), 67,9 % (110) je hodnotí jako dobré, 16,7 % (27) jako přiměřené. Pouze 1,2 % (2) je považuje za špatné a 0 % (0) uvádí, že jsou velmi špatné.

**Tabulka 10 Pocit vzniku příznaků syndromu vyhoření**

| | Ne | Ano, často | Ano, zřídka | Nevím | Celkem |
|---|---|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 26 | 10 | 17 | 22 | 75 |
| JIP/ARO | 11 | 5 | 55 | 16 | 87 |
| Absolutní četnost | 37 | 15 | 72 | 38 | 162 |
| Relativní četnost | 22,8 | 9,3 | 44,4 | 23,5 | 100 % |
| Chi-Square | **0.0065** | | | | |

Příznaky syndromu vyhoření na sobě nepocítilo 22,8 % (37), 9,3 % (15) je pociťuje často, jen zřídka 44,4 % (72) respondentů a posledních 23,5 % (38) neví. Na základě výsledných hodnot lze po provedení Chí-kvadrát testu tvrdit, že se na hladině významnosti 0,05 tedy s 95% spolehlivostí podařilo prokázat vztah mezi pracovištěm respondenta a pocitem respondenta vzniku příznaků syndromu vyhoření.

**Tabulka 11 Oblast největší pracovní zátěže**

| | Psychická | Fyzická | Celkem |
|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 51 | 24 | 75 |
| JIP/ARO | 87 | 0 | 87 |
| Absolutní četnost | 138 | 24 | 162 |
| Relativní četnost | 85,19 % | 14,81 % | 100 % |

V oblasti psychické pociťuje největší pracovní zátěž 85,19 % (138) respondentů. Zbytek, tj. 14,81 % (24) v oblasti fyzické.

**Tabulka 12 Pravidelnost spánku**

| | Ano | Spíše ano | Spíše ne | Ne | Celkem |
|---|---|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 3 | 25 | 44 | 3 | 75 |
| JIP/ARO | 0 | 21 | 64 | 2 | 87 |
| Absolutní četnost | 3 | 46 | 108 | 5 | 162 |
| Relativní četnost | 1,85 % | 28,40 % | 66,67 % | 3,08 % | 100 % |

Pravidelný spánek má 1,85 % (3) respondentů. Spíše ano uvedlo 28,40 % (46), spíše ne 66,67 % (108) a poslední 3,08 % (5) spánek pravidelný nemají.

**Tabulka 13 Spánek po noční směně**

| | Ano | Spíše ano | Spíše ne | Ne | Celkem |
|---|---|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 14 | 42 | 19 | 0 | 75 |
| JIP/ARO | 61 | 23 | 3 | 0 | 87 |
| Absolutní četnost | 75 | 65 | 22 | 0 | 162 |
| Relativní četnost | 46,30 % | 40,12 % | 13,58 % | 0 % | 100 % |

Po noční směně spí 46,30 % (75), 40,12 % (65) spíše spí. Spíše nespí 13,58 % (22).

**Tabulka 14 Kvalita spánku**

| | Spím dobře | Krátce, budím se | Zvýšená potřeba spánku, častá únava | Špatně usínám | Léky na spaní | Celkem |
|---|---|---|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 4 | 11 | 19 | 35 | 6 | 75 |
| JIP/ARO | 3 | 17 | 41 | 17 | 9 | 87 |
| Absolutní četnost | 7 | 28 | 60 | 52 | 15 | 162 |
| Relativní četnost | 4,32 % | 17,28 % | 37,04 % | 32,10 % | 9,26 % | 100 % |
| Chi-Square | **0.2615** | | | | | |

Dobře spí 4,32 % (7) respondentů, 17,28 % (28) spí krátce a během spánku se často budí. Zvýšenou potřebu spánku a častou únavu pociťuje 37,04 % (60) dotazovaných. Špatně usíná 32,10 % (52) respondentů a léky na spaní užívá 9,26 % (15). Na základě výsledných hodnot lze po provedení Chí-kvadrát testu tvrdit, že se na hladině významnosti 0,05 tedy s 95% spolehlivostí nepodařilo prokázat vztah mezi pracovištěm respondenta a kvalitou jeho spánku.

**Tabulka 15 Čas na odpočinek a relaxaci**

| | Ano | Ne | Celkem |
|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 61 | 14 | 75 |
| JIP/ARO | 81 | 6 | 87 |
| Absolutní četnost | 142 | 20 | 162 |
| Relativní četnost | 87,65 % | 12,35 % | 100 % |
| Chi-Square | **0.9525** | | |

Čas na odpočinek má 87,65 % (142) respondentů. A těch, kteří ho nemají je 12,35 % (20). Na základě výsledných hodnot lze po provedení Chí-kvadrát testu tvrdit, že se na hladině významnosti 0,05 tedy s 95% spolehlivostí nepodařilo prokázat vztah mezi pracovištěm respondenta a časem na odpočinek a relaxaci respondenta.

**Tabulka 16 Způsob trávení volného času**

| | Sport | Rodina | Přátelé | Domácí práce | Televize | Četba | Práce na zahradě | Výlety | Jiné | Celkem |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 7 | 21 | 16 | 13 | 3 | 9 | 2 | 3 | 1 | 75 |
| JIP/ARO | 11 | 22 | 17 | 0 | 0 | 15 | 13 | 9 | 0 | 87 |
| Absolutní četnost | 18 | 43 | 33 | 13 | 3 | 24 | 15 | 12 | 1 | 162 |
| Relativní četnost | 11,11 % | 26,54 % | 20,37 % | 8,02 % | 1,85 % | 14,81 % | 9,26 % | 7,41 % | 0,62 % | 100 % |

Volný čas tráví sportem 11,1 % (18) respondentů, 26,54 % (43) s rodinou, 20,37 % (33) s přáteli, 8,02 % (13) respondentů uvedlo domácí práce, 1,85 % (3) uvedlo televizi. 14,81 % (24) uvedlo četbu, práci na zahradě 9,26 % (15), 7,41 % (12) výlety a jiné aktivity uvedlo 0,62 % (1).

**Tabulka 17 Pravidelné stravování v pracovních podmínkách**

| | Ano | Ne | Celkem |
|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 62 | 13 | 75 |
| JIP/ARO | 36 | 51 | 87 |
| Absolutní četnost | 98 | 64 | 162 |
| Relativní četnost | 60,49 % | 39,51 % | 100 % |
| Chi-Square | **0.0045** | | |

Pracovní podmínky umožňují 60,49 % (98) stravovat se pravidelně, zbylým 39,51 % (64) ne. Na základě výsledných hodnot lze po provedení Chí-kvadrát testu tvrdit, že se na hladině významnosti 0,05 tedy s 95% spolehlivostí podařilo prokázat vztah mezi pracovištěm respondenta a pravidelným stravováním v zaměstnání.

**Tabulka 18 Snídání**

| | Ano | Spíše ano | Pouze mimo zaměstnání | Ne | Celkem |
|---|---|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 3 | 11 | 22 | 39 | 75 |
| JIP/ARO | 19 | 12 | 33 | 23 | 87 |
| Absolutní četnost | 22 | 23 | 55 | 62 | 162 |
| Relativní četnost | 13,58 % | 14,20 % | 33,95 % | 38,27 % | 100 % |
| Chi-Square | **0.9999** | | | | |

13,58 % (22) respondentů snídá pravidelně, dalších 14,20 % (23) spíše snídá, 33,95 % (55) snídá, ale pouze pokud není zrovna ve svém zaměstnání a 38,27 % (62) nesnídá. Na základě výsledných hodnot lze po provedení Chí-kvadrát testu tvrdit, že se na hladině významnosti 0,05 tedy s 95% spolehlivostí nepodařilo prokázat vztah mezi pracovištěm respondenta a tím, zda respondent snídá.

**Tabulka 19 Kolikrát denně respondenti jí**

| | Méně než 3krát | 3-4krát | 5-6krát | Více než 6krát | Nedokážu posoudit | Celkem |
|---|---|---|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 3 | 21 | 19 | 5 | 27 | 75 |
| JIP/ARO | 0 | 6 | 47 | 27 | 7 | 87 |
| Absolutní četnost | 3 | 27 | 66 | 32 | 34 | 162 |
| Relativní četnost | 1,85 % | 16,67 % | 40,74 % | 19,75 % | 20,99 % | 100 % |

Pouhé 1,85 % (3) respondentů jí méně než 3krát denně, 16,67 % (27) 3-4krát denně, dalších 40,74 % (66) 5-6krát denně. 19,75 % (32) jí vícekrát, než 6krát denně a posledních 20,99 % (34) respondentů to nedokáže posoudit, jelikož je to individuální.

**Tabulka 20 Množství tekutin za den**

| | Do 1 litru | 1-1,5 litru | 2 litry | Více než 2 litry | Celkem |
|---|---|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 5 | 46 | 19 | 5 | 75 |
| JIP/ARO | 18 | 37 | 19 | 13 | 87 |
| Absolutní četnost | 23 | 83 | 38 | 18 | 162 |
| Relativní četnost | 14,20 % | 51,23 % | 23,46 % | 11,11 % | 100 % |
| Chi-Square | **0.9988** | | | | |

Z celkového počtu 100 % (162) respondentů 14,20 % (23) uvádí, že za den vypijí do 1 litru tekutin, 51,23 % (83) vypije 1-1,5 litru. 23,46 % (38) vypije kolem 2 litrů a více než 2 litry vypije 11,11 % (18) respondentů. Na základě výsledných hodnot lze po provedení Chí-kvadrát testu tvrdit, že se na hladině významnosti 0,05 tedy s 95% spolehlivostí nepodařilo prokázat vztah mezi pracovištěm respondenta a množstvím tekutin vypitých za den.

**Tabulka 21 BMI**

| | Podváha | Optimální váha | Nadváha | Obezita 1.stupně | Celkem |
|---|---|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 8 | 52 | 13 | 2 | 75 |
| JIP/ARO | 9 | 74 | 4 | 0 | 87 |
| Absolutní četnost | 17 | 126 | 17 | 2 | 162 |
| Relativní četnost | 10,49 | 77,78 % | 10,49 % | 1,24 % | 100 % |

Po vyhodnocení BMI je patrné, že 10,49 % (17) respondentů má podváhu, 77,78 % (126) má váhu v normě, 10,49 % (17) má nadváhu a poslední 1,23 % (2) má obezitu prvního stupně.

**Tabulka 22 Schopnost udržet si hmotnost**

| | Ano | Spíše ano | Spíše ne | Ne | Celkem |
|---|---|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 14 | 32 | 22 | 7 | 75 |
| JIP/ARO | 11 | 44 | 30 | 2 | 87 |
| Absolutní četnost | 25 | 76 | 52 | 9 | 162 |
| Relativní četnost | 15,43 % | 46,91 % | 32,10 % | 5,56 % | 100 % |
| Chi-Square | **0.2329** | | | | |

Celkem 15,43 % (25) respondentů si udržuje svou tělesnou hmotnost, 46,91 % (76) si ji spíše udržuje. Těch, kteří uvedli, že si ji spíše neudržují je 32,10 % (52) a 5,56 % (9) si ji neudržuje vůbec. Na základě výsledných hodnot lze po provedení Chí-kvadrát testu tvrdit, že se na hladině významnosti 0,05 tedy s 95% spolehlivostí nepodařilo prokázat vztah mezi pracovištěm respondenta a schopností udržet si tělesnou hmotnost.

**Tabulka 23 Spokojenost s tělesnou hmotností**

| | Ano | Spíše ano | Spíše ne | Ne | Celkem |
|---|---|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 5 | 14 | 34 | 22 | 75 |
| JIP/ARO | 4 | 28 | 42 | 13 | 87 |
| Absolutní četnost | 9 | 42 | 76 | 35 | 162 |
| Relativní četnost | 5,56 % | 25,93 % | 46,91 % | 21,60 % | 100 % |
| Chi-Square | **0.2873** | | | | |

Spokojeno se svou váhou je 5,56 % (9) respondentů, spíše spokojeno je 25,93 % (42), spíše nespokojeno je 46,91 % (76) a naprosto nespokojeno je 21,60 % (35). Na základě výsledných hodnot lze po provedení Chí-kvadrát testu tvrdit, že se na hladině významnosti 0,05 tedy s 95% spolehlivostí nepodařilo prokázat vztah mezi pracovištěm respondenta a spokojeností se svou tělesnou hmotností.

**Tabulka 24 Konzumace ovoce a její častost**

| | Vícekrát denně | 1krát denně | 1-3krát týdně | Párkrát do měsíce | Nejím | Celkem |
|---|---|---|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 10 | 14 | 28 | 23 | 0 | 75 |
| JIP/ARO | 31 | 25 | 23 | 8 | 0 | 87 |
| Absolutní četnost | 41 | 39 | 51 | 31 | 0 | 162 |
| Relativní četnost | 25,31 % | 24,07 % | 31,48 % | 19,14 % | 0 % | 100 % |

Vícekrát denně konzumuje ovoce 25,31 % (41) respondentů, 24,07 % (39) 1krát denně, 31,48 % (51) 1-3krát týdně, 19,14 % (31) párkrát do měsíce a nikdo z respondentů neuvedl, že by ovoce nejedl.

**Tabulka 25 Konzumace zeleniny a její častost**

| | Vícekrát denně | 1krát denně | 1-3krát týdně | Párkrát do měsíce | Nejím | Celkem |
|---|---|---|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 16 | 33 | 24 | 2 | 0 | 75 |
| JIP/ARO | 33 | 41 | 13 | 0 | 0 | 87 |
| Absolutní četnost | 49 | 74 | 37 | 2 | 0 | 162 |
| Relativní četnost | 30,25 % | 45,68 % | 22,84 % | 1,23 % | 0 % | 100 % |

Zeleninu jí několikrát v průběhu dne 30,25 % (49) respondentů, dalších 45,68 % (74) ji jí 1krát denně, 22,84 % (37) 1-3krát týdně a 1,23 % (2) párkrát do měsíce.

**Tabulka 26 Konzumace mléčných výrobků a její častost**

| | Vícekrát denně | 1krát denně | 1-3krát týdně | Párkrát do měsíce | Nejím | Celkem |
|---|---|---|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 4 | 27 | 32 | 3 | 9 | 75 |
| JIP/ARO | 16 | 27 | 38 | 6 | 0 | 87 |
| Absolutní četnost | 20 | 54 | 70 | 9 | 9 | 162 |
| Relativní četnost | 12,35 % | 33,33 % | 43,21 % | 5,56 % | 5,56 % | 100 % |

Mléčné výrobky konzumuje 12,35 % (20) několikrát denně, 33,33 % (54) 1krát za den, 43,21 % (70) 1-3krát týdně. Párkrát do měsíce 5,56 % (9) a 5,56 % (9) její mléčné výrobky.

**Tabulka 27 Konzumace luštěnin a její častost**

| | Vícekrát denně | 1krát denně | 1-3krát týdně | Párkrát do měsíce | Nejím | Celkem |
|---|---|---|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 0 | 9 | 26 | 37 | 3 | 75 |
| JIP/ARO | 9 | 12 | 31 | 30 | 5 | 87 |
| Absolutní četnost | 9 | 21 | 57 | 67 | 8 | 162 |
| Relativní četnost | 5,58 % | 12,96 % | 35,19 % | 41,36 % | 4,94 % | 100 % |

Luštěniny jí celkem 95,06 % (154) respondentů. Z toho 5,58 % (9) je jí několikrát denně. 12,96 % (21) jednou za den, 35,19 % (57) 1-3krát týdně, 41,36 % (67) maximálně párkrát do měsíce a 4,94 % (8) je její.

**Tabulka 28 Konzumace celozrnného pečiva a její častost**

| | Vícekrát denně | 1krát denně | 1-3krát týdně | Párkrát do měsíce | Nejím | Celkem |
|---|---|---|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 2 | 17 | 37 | 8 | 11 | 75 |
| JIP/ARO | 4 | 17 | 44 | 12 | 10 | 87 |
| Absolutní četnost | 6 | 34 | 81 | 20 | 21 | 162 |
| Relativní četnost | 3,70 % | 20,99 % | 50,00 % | 12,35 % | 12,96 % | 100 % |
| Chi-Square | **0.7358** | | | | | |

Celozrnné pečivo jí 3,70 % (6) respondentů vícekrát za den, 20,99 % (34) 1krát za den, 50,00 % (81) 1-3krát týdně a 12,35 % (20) je konzumuje párkrát do měsíce. 12,96 % (21) je nejí vůbec. Na základě výsledných hodnot lze po provedení Chí-kvadrát testu tvrdit, že se na hladině významnosti 0,05 tedy s 95% spolehlivostí nepodařilo prokázat vztah mezi pracovištěm respondenta a častostí konzumace celozrnného pečiva

**Tabulka 29 Konzumace ryb a její častost**

| | Vícekrát denně | 1krát denně | 1-3krát týdně | Párkrát do měsíce | Nejím | Celkem |
|---|---|---|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 0 | 0 | 0 | 59 | 16 | 75 |
| JIP/ARO | 0 | 0 | 0 | 78 | 9 | 87 |
| Absolutní četnost | 0 | 0 | 0 | 137 | 25 | 162 |
| Relativní četnost | 0 % | 0 % | 0 % | 84,57 % | 15,43 % | 100 % |

Ryby konzumuje pouze párkrát do měsíce 84,57 % (137) respondentů a zbývajících 15,43 % (25) je nejí.

**Tabulka 30 Konzumace uzenin a její častost**

| | Vícekrát denně | 1krát denně | 1-3krát týdně | Párkrát do měsíce | Nejím | Celkem |
|---|---|---|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 3 | 31 | 28 | 10 | 3 | 75 |
| JIP/ARO | 11 | 24 | 38 | 11 | 3 | 87 |
| Absolutní četnost | 14 | 55 | 66 | 21 | 6 | 162 |
| Relativní četnost | 8,64 % | 33,95 % | 40,74 % | 12,97 % | 3,70 % | 100 % |
| Chi-Square | **0.9907** | | | | | |

Uzeniny konzumuje 8,64 % (14) několikrát během dne. 33,95 (55) 1krát za den, 1-3krát týdně je jí 40,74 % (66) a 12,97 % (21) párkrát do měsíce a 3,70 % (6) respondentů uzeniny nekonzumuje. Na základě výsledných hodnot lze po provedení Chí-kvadrát testu tvrdit, že se na hladině významnosti 0,05 tedy s 95% spolehlivostí nepodařilo prokázat vztah mezi pracovištěm respondenta a častostí konzumace uzenin.

**Tabulka 31 Konzumace sladkostí a její častost**

| | Vícekrát denně | 1krát denně | 1-3krát týdně | Párkrát do měsíce | Nejím | Celkem |
|---|---|---|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 2 | 5 | 27 | 17 | 24 | 75 |
| JIP/ARO | 4 | 13 | 32 | 14 | 24 | 87 |
| Absolutní četnost | 6 | 18 | 59 | 31 | 48 | 162 |
| Relativní četnost | 3,70 % | 11,11 % | 36,42 % | 19,14 % | 29,63 % | 100 % |
| Chi-Square | **0.7358** | | | | | |

Sladkosti konzumuje celkem 70,37 % (114) respondentů. Z toho 3,70 % (6) vícekrát za den, 11,11 % (18) maximálně jednou za den, 1-3krát týdně 36,42 % (59). Párkrát do

měsíce 19,14 % (31). 29,63 % (48) respondentů je nekonzumuje. Na základě výsledných hodnot lze po provedení Chí-kvadrát testu tvrdit, že se na hladině významnosti 0,05 tedy s 95% spolehlivostí nepodařilo prokázat vztah mezi pracovištěm respondenta a častostí konzumace sladkostí.

**Tabulka 32 Pití vody a její častost**

| | Vícekrát denně | 1krát denně | 1-3krát týdně | Párkrát do měsíce | Nepiji | Celkem |
|---|---|---|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 75 | 0 | 0 | 0 | 0 | 75 |
| JIP/ARO | 87 | 0 | 0 | 0 | 0 | 87 |
| Absolutní četnost | 162 | 0 | 0 | 0 | 0 | 162 |
| Relativní četnost | 100 % | 0 % | 0 % | 0 % | 0 % | 100 % |

Vodu pije celkový počet respondentů, tj. 100 % (162) a to průběžně po celý den.

**Tabulka 33 Pití slazené vody a její častost**

| | Vícekrát denně | 1krát denně | 1-3krát týdně | Párkrát do měsíce | Nepiji | Celkem |
|---|---|---|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 0 | 9 | 20 | 23 | 23 | 75 |
| JIP/ARO | 0 | 6 | 33 | 40 | 8 | 87 |
| Absolutní četnost | 0 | 15 | 53 | 63 | 31 | 162 |
| Relativní četnost | 0 % | 9,26 % | 32,72 % | 38,88 % | 19,14 % | 100 % |

Slazené vody pije 9,26 % (15) respondentů 1krát denně. 32,72 % (53) 1-3krát týdně, 38,88 % (63) pouze párkrát v měsíci a 19,14 (31) je nepije.

**Tabulka 34 Pití džusů a jejich častost**

| | Vícekrát denně | 1krát denně | 1-3krát týdně | Párkrát do měsíce | Nepiji | Celkem |
|---|---|---|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 0 | 4 | 7 | 47 | 17 | 75 |
| JIP/ARO | 0 | 0 | 26 | 37 | 24 | 87 |
| Absolutní četnost | 0 | 4 | 33 | 84 | 41 | 162 |
| Relativní četnost | 0 % | 2,47 % | 20,37 % | 51,85 % | 25,31 % | 100 % |

2,47 % (4) respondenti pijí džusy 1krát denně, 20,37 % (33) 1-3krát týdně, dalších 51,85 % (84) párkrát do měsíce a 25,31 % (41) džusy nepije vůbec.

**Tabulka 35 Pití alkoholických nápojů a její častost**

| | Vícekrát denně | 1krát denně | 1-3krát týdně | Párkrát do měsíce | Nepiji | Celkem |
|---|---|---|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 0 | 0 | 14 | 54 | 7 | 75 |
| JIP/ARO | 0 | 0 | 10 | 59 | 18 | 87 |
| Absolutní četnost | 0 | 0 | 24 | 113 | 25 | 162 |
| Relativní četnost | 0 % | 0 % | 14,81 % | 69,75 % | 15,44 % | 100 % |

Alkoholické nápoje pije 1-3krát týdně 14,81 % (24) respondentů, dalších 69,75 % (113) uvedlo, že pouze párkrát do měsíce a zbylých 15,44 % (25) jsou abstinenti.

**Tabulka 36 Pití kávy a její častost**

| | Vícekrát denně | 1krát denně | 1-3krát týdně | Párkrát do měsíce | Nepiji | Celkem |
|---|---|---|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 53 | 8 | 0 | 0 | 14 | 75 |
| JIP/ARO | 48 | 17 | 0 | 0 | 22 | 87 |
| Absolutní četnost | 101 | 25 | 0 | 0 | 36 | 162 |
| Relativní četnost | 62,35 % | 15,43 % | 0 % | 0 % | 22,22 % | 100 % |

Kávu pije několikrát během dne 62,35 % (101), dalších 15,43 % (25) si kávu dopřeje maximálně jednou denně a zbývajících 22,22 % (36) respondentů ji nepije vůbec.

**Tabulka 37 Kuřáctví**

| | Více, než 10 cigaret denně | Méně, než 10 cigaret denně | Příležitostně, ne denně | Nekouřím | Celkem |
|---|---|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 8 | 19 | 23 | 25 | 75 |
| JIP/ARO | 15 | 21 | 43 | 8 | 87 |
| Absolutní četnost | 23 | 40 | 66 | 33 | 162 |
| Relativní četnost | 14,20 % | 24,69 % | 40,74 % | 20,37 % | 100 % |
| Chi-Square | **0.9238** | | | | |

14,20 % (23) respondentů vykouří za den více než 10 cigaret, dalších 24,69 % (40) jich vykouří méně než 10. Příležitostných kuřáků je 40,74 % (66) a nekuřáků 20,37 % (33). Na základě výsledných hodnot lze po provedení Chí-kvadrát testu tvrdit, že se na hladině významnosti 0,05 tedy s 95% spolehlivostí nepodařilo prokázat vztah mezi pracovištěm respondenta a jeho kuřáctvím.

**Tabulka 38 Kouření po nástupu na oddělení**

| | Ano | Ne | Nekouřím | Celkem |
|---|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 4 | 46 | 25 | 75 |
| JIP/ARO | 22 | 57 | 8 | 87 |
| Absolutní četnost | 26 | 103 | 33 | 162 |
| Relativní četnost | 16,05 % | 63,58 % | 20,37 % | 100 % |
| Chi-Square | **1.0000** | | | |

Po nástupu na oddělení začalo kouřit celkem 16,05 % (26), dalších 63,58 % (103) kouřilo již před nástupem na oddělení a zbylých 20,37 % (33) je nekuřáků. Na základě výsledných hodnot lze po provedení Chí-kvadrát testu tvrdit, že se na hladině významnosti 0,05 tedy s 95% spolehlivostí nepodařilo prokázat vztah mezi pracovištěm respondenta a začátkem kouření po nástupu na oddělení.

**Tabulka 39 Zvýšení konzumace tabákových výrobků po nástupu na oddělení**

| | Ano | Ne | Nekouřím | Celkem |
|---|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 2 | 48 | 25 | 75 |
| JIP/ARO | 15 | 64 | 8 | 87 |
| Absolutní četnost | 17 | 112 | 33 | 162 |
| Relativní četnost | 10,49 % | 69,14 % | 20,37 % | 100 % |
| Chi-Square | **1.0000** | | | |

Konzumaci tabákových výrobků zvýšilo po nástupu na oddělení celkem 10,49 % (17) respondentů, 69,14 % (112) ji nezvýšilo a 20,37 % (33) nekouří. Na základě výsledných hodnot lze po provedení Chí-kvadrát testu tvrdit, že se na hladině významnosti 0,05 tedy s 95% spolehlivostí nepodařilo prokázat vztah mezi pracovištěm respondenta a zvýšením konzumace tabákových výrobků po nástupu na oddělení.

**Tabulka 40 Konzumace alkoholických nápojů**

| | Ano | Vůbec ne | Příležitostně | Celkem |
|---|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 20 | 7 | 48 | 75 |
| JIP/ARO | 13 | 18 | 56 | 87 |
| Absolutní četnost | 33 | 25 | 104 | 162 |
| Relativní četnost | 20,37 % | 15,43 % | 64,20 % | 100 % |
| Chi-Square | **0.0952** | | | |

Alkohol konzumuje 20,37 % (33) respondentů, 64,20 % (104) ho konzumuje, ale pouze příležitostně a 15,43 % (25) jsou abstinenti. Na základě výsledných hodnot lze po provedení Chí-kvadrát testu tvrdit, že se na hladině významnosti 0,05 tedy s 95% spolehlivostí nepodařilo prokázat vztah mezi pracovištěm respondenta a konzumací alkoholických nápojů.

**Tabulka 41 Stres respondentů**

| | INT/CHIR | | JIP/ARO | | Absolutní četnost | | Relativní četnost | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ANO | NE | ANO | NE | ANO | NE | ANO | NE |
| Často mám bolest hlavy | 9 | 66 | 12 | 75 | 21 | 141 | 12,96 % | 87,04 % |
| Často mám nevolnost/bolest břicha | 7 | 68 | 3 | 84 | 10 | 152 | 6,17 % | 93,83 % |
| Často se mi nechce do práce | 22 | 53 | 11 | 76 | 33 | 129 | 20,37 % | 79,63 % |
| Jsem často unaven/a | 18 | 57 | 23 | 64 | 41 | 121 | 25,31 % | 74,69 % |
| Jsem fyzicky unaven/a | 32 | 43 | 9 | 78 | 41 | 121 | 25,31 % | 74,69 % |
| Jsem psychicky unaven/a | 48 | 27 | 42 | 45 | 90 | 72 | 55,56 % | 44,44 % |
| Nerad komunikuji s | 0 | 75 | 0 | 87 | 0 | 162 | 0 % | 100 |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| pacienty | | | | | | | | % |
| Nerad komunikuje s rodinou pacienta | 0 | 75 | 5 | 82 | 5 | 157 | 3,09 % | 96,91 % |
| Uvažuji o odchodu ze zaměstnání | 2 | 73 | 0 | 87 | 2 | 160 | 1,23 % | 98,77 % |
| Jsem často smutný/á | 0 | 75 | 0 | 87 | 0 | 162 | 0 % | 100 % |
| Jsem v práci spokojen/a | 64 | 11 | 87 | 0 | 151 | 11 | 93,21 % | 6,79 % |
| Baví mne ošetřovat nemocné | 75 | 0 | 87 | 0 | 162 | 0 | 100 % | 0 % |
| Mám rád/a, když se v práci něco děje | 20 | 55 | 71 | 16 | 91 | 71 | 56,17 % | 43,83 % |
| Stále se bojím, že udělám chybu | 40 | 35 | 66 | 21 | 106 | 56 | 65,43 % | 34,57 % |
| Mám kolegy, se kterými nechci pracovat | 2 | 73 | 0 | 87 | 2 | 160 | 1,23 % | 98,77 % |
| Jsem často podrážděn/a | 9 | 66 | 3 | 84 | 12 | 150 | 7,41 % | 92,59 % |
| Většinou se do práce netěším | 18 | 57 | 2 | 85 | 20 | 142 | 12,35 % | 87,65 % |
| Akutní medicína mne baví | 14 | 61 | 87 | 0 | 101 | 61 | 62,35 % | 37,65 % |
| Rád/a navštěvuji kurzy, školení o akutní medicíně | 3 | 72 | 56 | 31 | 59 | 103 | 36,42 % | 63,58 % |
| Práce mne nudí | 0 | 75 | 0 | 87 | 0 | 162 | 0 % | 100 % |
| Vadí mi rychlé pracovní tempo | 38 | 37 | 7 | 80 | 45 | 117 | 27,78 % | 72,22 % |
| Celkem | | | | | | | 100 % | |

Bolesti hlavy mívá často 12,96 % (21) respondentů, zbylých 87,04 % (141) nemívá. Nevolnost či bolest břicha mívá často 6,17 % (10) a nemívá 93,83 % (152) respondentů. 20,37 % (33) respondentů, se často nechce do práce, 79,63 % (129) takový to problém nemá. 25,31 % (41) je často unaveno, zbytek, tj. 74,69 % (121) není. Fyzickou únavu

pociťuje 25,31 % (41), nepociťuje 74,69 % (121). Unaveno po psychické stránce se cítí 55,56 % (90) a zbylých 44,44 % (72) ji na sobě nepociťuje. S pacienty rádo komunikuje všech 100 % (162). S rodinou pacienta nerado komunikuje 3,09 % (5) respondentů, zbylých 96,91 % (157) rádo. 1,23 % (2) uvažují o odchodu ze zaměstnání, 98,77 % (160) o tomto neuvažuje. Často smutných je 0 % (0) respondentů. Spokojeno v práci je 93,21 % (151) a nespokojeno 6,79 % (11) dotazovaných. Ošetřovat nemocné pacienty baví všech 100 % (162). 56,17 % (91) respondentů má rádo, když se v práci něco děje a 43,83 % (71) to rádo nemá. Těch respondentů, kteří se bojí, že v práci udělají chybu, je 65,43 % (106), ostatních 34,57 % (56) se nebojí. Kolegy, se kterými nechtějí respondenti pracovat, má 1,23 % (2) a zbytek ne. Často podrážděno je 7,41 % (12), dalších 92,59 % (150) uvedlo, že není. Do práce se většinou těší 87,65 % (142) a netěší 12,35 (20). Akutní medicína baví 62,35 % (101) respondentů, nebaví 37,65 % (61). Respondentů, kteří mají rádi školení a kurzy v rámci akutní medicíny, je 36,42 % (59), zbytek 63,58 % (103) o něj zájem nejeví. Práce nudí 0 % (0) respondentů. Rychlé pracovní tempo vadí 27,78 % (45), 72,22 % (117) nevadí.

**Tabulka 41 (srovnávací data) Věková kategorie**

| | 21-25 | 26-35 | 36-45 | 46 a více | Celkem |
|---|---|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 17,33 % | 22,67 % | 41,33 % | 18,67 % | 100 % |
| JIP/ARO | 17,24 % | 36,78 % | 37,93 % | 8,05 % | 100 % |

17,33 % sester pracujících na INT/CHIR je ve věku 21-25 let, 22,67 % ve věku 26-35, 41,33 % ve věkové kategorii 36-45 a 18,67 % 46 a více let. 17,24 % sester JIP/ARO je ve věku 21-25 let, 36,78 % 26-35 let, 37,93 % ve věku 36-45 let a ve věkové kategorii 46 a více let je 8,05 %.

**Tabulka 42 (srovnávací data) Nejvyšší dosažené vzdělání**

| | SZŠ | VZŠ | VŠ | jiné | Celkem |
|---|---|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 61,33 % | 16,00 % | 22,67 % | 0 % | 100 % |
| JIP/ARO | 13,79 % | 41,38 % | 26,44 % | 18,39 % | 100 % |

Středoškolské vzdělání má 61,33 % sester z INT/CHIR, 13,79 % z JIP/ARO. Vyšší odborné vzdělání má 16 % sester z INT/CHIR, 41,38 % z JIP/ARO.

Vysokoškolské studium má 22,67 % sester z INT/CHIR. Sestry pracující v intenzivní péči mají vysokoškolské vzdělání v 26,44 % a jiné vzdělání v 18,39 %.

**Tabulka 43 (srovnávací data) Motivace k práci na oddělení**

| | Akutní případy | Platové ohodnocení | Touha ošetřovat nemocné pacienty | jiné | Celkem |
|---|---|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 2,67 % | 16,00 % | 54,67 % | 26,67 % | 100 % |
| JIP/ARO | 47,13 % | 37,93 % | 4,60 % | 10,34 % | 100 % |

Největším motivačním prvkem pro práci na standardních odděleních je zájem o nemocné pacienty a jejich ošetřování, uvedlo v 54,67 %. V 26,67 % uvedly jiné důvody, v 16 % platové ohodnocení a v nejméně případech, tj. 2,67 % jsou pro ně motivací akutní případy. V intenzivních úsecích odpovídaly sestry takto: 47,13 % akutní případy, 37,93 % platové ohodnocení, 4,60 % touha ošetřovat nemocné pacienty a 10,34 % jiné důvody motivace.

**Tabulka 44 (srovnávací data) Celková délka odborné praxe**

| | Do 1 roku | 1-3 roky | 4-5 let | 6-7 let | 8 a více let | Celkem |
|---|---|---|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 12,00 % | 25,33 % | 18,67 % | 16,00 % | 28,00 % | 100 % |
| JIP/ARO | 6,90 % | 25,29 % | 52,87 % | 6,90 % | 8,05 % | 100 % |

Délku celkové odborné praxe do 1 roku udává 12 % sester ze standardních lůžek, 6,90 % z JIP/ARO. Praxe v rozmezí 1-3 let z INT/CHIR odděleních má 25,33 % a 25,29 % JIP/ARO. 4-5 let má praxi 18,67 % z INT/CHIR a 52,87 % sester z JIP/ARO. 6-7 let 16 % sester z INT/CHIR a 6,90 % z JIP/RO. A 8 a více let uvedlo 28 % sester z INT/CHIR a 8,05 % sester z JIP/ARO.

**Tabulka 45 (srovnávací data) Spokojenost na pracovišti**

| | Ano | Částečně ano | Ne | Celkem |
|---|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 28 % | 57,33 % | 14,67 % | 100 % |
| JIP/ARO | 41,38 % | 50,57 % | 8,05 % | 100 % |

Spokojeno v zaměstnání (na oddělení) je 28 % sester z INT/CHIR, 41,38 % z JIP/ARO. 57,33 % sester z INT/CHIR a 50,57 % z JIP/ARO je částečně spokojeno a nespokojeno na pracovišti je 14,67 % sester z INT/CHIR a 8,05 % sester z JIP/ARO.

**Tabulka 46 (srovnávací data) Je práce na oddělení stresující?**

| | Ano | Ne | Někdy | Celkem |
|---|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 34,67 % | 0 % | 65,33 % | 100 % |
| JIP/ARO | 97,70 % | 0 % | 2,30 % | 100 % |

Pro 34,67 % sester na standardním oddělení je práce na oddělení stresující, pro 97,70 % sester na JIP/ARO je tomu také tak. Že je práce někdy stresující odpovědělo 65,33 % sester na INT/CHIR a 2,30 % sester na JIP/ARO.

**Tabulka 47 (srovnávací data) Práce přesčas**

| | Ano | Ano, jen v době dovolených, nemocí | Ne | Celkem |
|---|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 50,67 % | 30,67 % | 18,67 % | 100 % |
| JIP/ARO | 26,44 % | 20,69 % | 52,87 % | 100 % |

Práci přesčas vykonává 50,67 % sester ze standardních oddělení, 26,44 % z JIP/ARO. Práci přesčas, ale pouze v době dovolených a nemocí vykonává 30,67 % sester ze standardních oddělení a 20,69 % z JIP/ARO. Oproti tomu práci přesčas nevykovává 18,67 % sester ze standardních oddělení a 52,87 % sester z JIP/ARO.

**Tabulka 48 (srovnávací data) Interpersonální vztahy na oddělení**

| | Velmi dobré | Dobré | Přiměřené | Špatné | Velmi špatné | Celkem |
|---|---|---|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 14,67 % | 57,33 % | 25,33 % | 2,67 % | 0 % | 100 % |
| JIP/ARO | 13,79 % | 77,01 % | 9,20 % | 0 % | 0 % | 100 % |

Za velmi dobré vztahy na oddělení považuje 14,67 % sester z INT/CHIR, 13,79 % z JIP/ARO. Za dobré je považuje 57,33 % sester z interních a chirurgických oddělení a 77,01 % sester z JIP/ARO. Přiměřené jsou u 25,33 % sester na INT/CHIR a 9,20 % z JIP/ARO. Špatné interpersonální vztahy jsou u 2,67 % sester na INT/CHIR.

**Tabulka 49 (srovnávací data) Příznaky vzniku syndromu vyhoření**

| | Ne | Ano, často | Ano, zřídka | Nevím | Celkem |
|---|---|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 34,67 % | 13,33 % | 22,67 % | 29,33 % | 100 % |
| JIP/ARO | 12,64 % | 5,75 % | 63,22 % | 18,39 % | 100 % |

Příznaky syndromu vyhoření na sobě nepocítilo 34,67 % sester ze standardních lůžek a 12,64 % sester z JIP/ARO. Často je na sobě zaznamenává 13,33 % sester ze standardních úseků a 5,75 % sester z JIP/ARO. Zřídka kdy je pociťuje 22,67 % sester ze standardních lůžek, 63,22 % sester z JIP/ARO. 29,33 % sester ze standardních lůžek neví, nedokáže to posoudit a stejně tak je tomu u sester z intenzivní péče v 18,39 %.

**Tabulka 50 (srovnávací data) Oblast největší pracovní zátěže**

| | Psychická | Fyzická | Celkem |
|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 68 % | 32 % | 100 % |
| JIP/ARO | 100 % | 0 % | 100 % |

Největší pracovní zátěž po stránce psychické pociťuje 68 % sester ze standardních lůžek, 100 % z JIP/ARO. Z hlediska fyzického je nejvíce zatíženo 32 % sester ze standardních lůžek.

**Tabulka 51 (srovnávací data) Pravidelnost spánku**

| | Ano | Spíše ano | Spíše ne | Ne | Celkem |
|---|---|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 4,00 % | 33,33 % | 58,67 % | 4,00 % | 100 % |
| JIP/ARO | 0 % | 24,14 % | 73,56 % | 2,30 % | 100 % |

Pouhá 4 % sester ze standardních lůžek mají pravidelný spánek. Spíše pravidelný spánek má 33,33 % sester ze standardních lůžek a 24,14 % z JIP/ARO. Spíše nepravidelný spánek má 58,67 % sester ze standardních lůžek a 73,56 % sester z JIP/ARO. A jednoznačně nepravidelný spánek má 4 % sester z INT/CHIR a 2,30 % sester z JIP/ARO.

**Tabulka 52 (srovnávací data) Spánek po noční směně**

| | Ano | Spíše ano | Spíše ne | Ne | Celkem |
|---|---|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 18,67 % | 56,00 % | 25,33 % | 0 % | 100 % |
| JIP/ARO | 70,11 % | 26,44 % | 3,45 % | 0 % | 100 % |

18,67 % sester ze standardních lůžek dodržuje vždy spánek po noční směně, 56 % spíše ano a 25,33 % spíše ne. Oproti tomu sestry v intenzivní péči vždy dodržují spánek po noční směně v 70,11 %, 26,44 % spánek spíše dodržuje a 3,45 % spíše nedodržuje.

**Tabulka 53 (srovnávací data) Kvalita spánku**

| | Spím dobře | Krátký, často se budím | Zvýšená potřeba spánku, častá únava | Špatně usínám | Užívám léky na spaní | Celkem |
|---|---|---|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 5,33 % | 14,67 % | 25,33 % | 46,67 % | 8,00 % | 100 % |
| JIP/ARO | 3,45 % | 19,54 % | 47,13 % | 19,54 % | 10,34 % | 100 % |

5,33 % sester ze standardních lůžek spí dobře, 14,67 % spí krátce a často se budí. Dalších 25,33 % má zvýšenou potřebu spánku a často pociťuje únavu, 46,67 % špatně usíná a zbylých 8 % užívá léky pro kvalitnější spánek. 3,45 % sester z intenzivních

oborů spí dobře, 19,54 % má krátký spánek, často se budí. Zvýšenou potřebu spánku a únavu pociťuje 47,13 % a 19,54 % špatně usíná. Zbylých 10,34 % užívá léky na spaní.

**Tabulka 54 (srovnávací data) Čas na odpočinek a relaxaci**

| | Ano | Ne | Celkem |
|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 81,33 % | 18,67 % | 100 % |
| JIP/ARO | 93,10 % | 6,90 % | 100 % |

Čas na odpočinek má 81,33 % sester ze standardních oddělení a 93,10 % z intenzivní péče. Naopak ho nemá 18,67 % ze standardních oborů a 6,90 % z oborů intenzivních.

**Tabulka 55 (srovnávací data) Způsob trávení volného času**

| | Sport | Rodina | Přátelé | Domácí práce | Televize | Četba | Práce na zahradě | Výlety | Jiné | Celkem |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 9,33 % | 28,00 % | 21,33 % | 17,33 % | 4,00 % | 12,00 % | 2,67 % | 4,00 % | 1,33 % | 100 % |
| JIP/ARO | 12,64 % | 25,29 % | 19,54 % | 0 % | 0 % | 17,24 % | 14,94 % | 10,34 % | 0 % | 100 % |

Volný čas nejvíce sester ze standardních oddělení tráví sportem 9,33 %, 28 % s rodinou, 21,33 % s přáteli, 17,33 % domácími pracemi, pouhá 4 % sledováním televize, 12 % četbou knihy, 2,67 % prací na zahradě, 4 % výlety a 1,33 % preferuje jiné způsoby trávení volného času. 12,64 % sester z JIP/ARO preferuje sportovní aktivity, 25,29 % rodinu, 19,54 % přátelé, 17,24% četbu knih, 14,94 % práce na zahradě, 10,34 % výlety.

**Tabulka 56 (srovnávací data) Pravidelnost stravování v pracovních podmínkách**

| | Ano | Ne | Celkem |
|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 82,67 % | 17,33 % | 100 % |
| JIP/ARO | 41,38 % | 58,62 % | 100 % |

Pracovní podmínky umožňují 82,67 % sester ze standardních lůžek pravidelné stravování a 41,38 % sester z JIP/ARO. Neumožňují je 17,33 % sester ze standardních oborů a 58,62 % z JIP/ARO.

**Tabulka 57 (srovnávací data) Snídání**

| | Ano | Spíše ano | Pouze mimo zaměstnání | Ne | Celkem |
|---|---|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 4,00 % | 14,67 % | 29,33 % | 52,00 % | 100 % |
| JIP/ARO | 21,84 % | 13,79 % | 37,93 % | 26,44 % | 100 % |

4 % sester z interních a chirurgických oborů snídá, 14,67 % spíše snídá, 29,33 % snídá, ale pouze mimo zaměstnání a 52 % sester nesnídá vůbec. 21,84 % sester z JIP/ARO snídá vždy, 13,79 % spíše snídá, pouze mimo práci snídá 37,93 % a 26,44 % sester nesnídá.

**Tabulka 58 (srovnávací data) Kolikrát denně respondenti jí**

| | Méně než 3krát | 3-4krát | 5-6krát | Více než 6krát | Nedokážu posoudit | Celkem |
|---|---|---|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 4,00 % | 28,00 % | 25,33 % | 6,67 % | 36,00 % | 100 % |
| JIP/ARO | 0 % | 6,90 % | 54,02 % | 31,03 % | 8,05 % | 100 % |

4 % sester ze standardních oddělení jí méně než 3 krát za den. 3-4 krát denně jí 28 % sester ze standardních lůžek a 6,90 % sester z JIP/ARO. 5-6 krát denně jí 25,33 % sester ze standardních oborů a 54,02 % sester z JIP/ARO. Více než 6 krát denně jí 6,67 % ze standardních oddělení a 31,03 % z JIP/ARO. Sester, které to nedokáží posoudit, jelikož je to individuální, je 36 % z interních a chirurgických oborů a 8,05 % z JIP/ARO.

**Tabulka 59 (srovnávací data) Množství tekutin za den**

| | Do 1 litru | 1-1,5 litru | 2 litry | Více než 2 litry | Celkem |
|---|---|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 6,67 % | 61,33 % | 25,33 % | 6,67 % | 100 % |
| JIP/ARO | 20,69 % | 42,53 % | 21,84 % | 14,94 % | 100 % |

6,67 % sester ze standardních lůžek vypije za den do jednoho litru tekutin, dalších 61,33 % 1-1,5 litru, 2 litry vypije 25,33 % a 6,67 % více než dva litry. 20,69 sester pracujících na JIP/ARO vypije jeden litr tekutin, 42,53 %1-1,5 litru, 21,84 % 2 litry a 14,94 % více jak dva litry.

**Tabulka 60 (srovnávací data) BMI respondentů**

| | Podváha | Optimální váha | Nadváha | Obezita 1.stupně | Celkem |
|---|---|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 10,67 % | 69,33 % | 17,33 % | 2,67 % | 100 % |
| JIP/ARO | 10,34 % | 85,06 % | 4,60 % | 0 % | 100 % |

Podváhu má 10,67 % sester ze standardních lůžek a 10,34 % sester z JIP/ARO. 69,33 % sester z chirurgických a interních oborů má váhu v normě a 85,06 % sester z JIP/ARO také. 17,33 % sester pracujících na standardních odděleních trpí nadváhou a v 4,60 % je tomu také tak u sester v intenzivní péči. Obezitou 1. stupně trpí 2,67 % sester na INT/CHIR.

**Tabulka 61 (srovnávací data) Schopnost udržet si hmotnost**

| | Ano | Spíše ano | Spíše ne | Ne | Celkem |
|---|---|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 18,67 % | 42,67 % | 29,33 % | 9,33 % | 100 % |
| JIP/ARO | 12,64 % | 50,57 % | 34,48 % | 2,30 % | 100 % |

18,67 % sester z INT/CHIR si udržuje svou tělesnou hmotnost, 42,67 % spíše ano, 29,33 % spíše ne a 9,33 % si ji neudržuje vůbec. 12,64 % sester z JIP/ARO si hmotnost udržuje, dalších 50,57 % si ji spíše udržuje, 34,48 % si hmotnost spíše neudržuje a 2,30 % si ji neudržuje.

**Tabulka 62 (srovnávací data) Spokojenost s tělesnou hmotností**

| | Ano | Spíše ano | Spíše ne | Ne | Celkem |
|---|---|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 6,67 % | 18,67 % | 45,33 % | 29,33 % | 100 % |
| JIP/ARO | 4,60 % | 32,18 % | 48,28 % | 14,94 % | 100 % |

Spokojeno se svou váhou je 6,67 sester pracujících na standardních úsecích a 4,60 % sester z intenzivních oborů. Spíše ano odpovědělo 18,67 % sester z interních a chirurgických oborů a 32,18 % sester z JIP/ARO. Spíše nespokojeno je 45,33 % sester z INT/CHIR a 48,28 % sester z JIP/ARO. 29,33 % sester z INT/CHIR je nespokojeno a stejně tak je tomu u sester pracujících v intenzivní péči v 14,94 %.

**Tabulka 63 (srovnávací data) Konzumace ovoce a její častost**

| | Vícekrát denně | 1krát denně | 1-3krát týdně | Párkrát do měsíce | Nejím | Celkem |
|---|---|---|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 13,33 % | 18,67 % | 37,33 % | 30,67 % | 0 % | 100 % |
| JIP/ARO | 35,63 % | 28,74 % | 26,44 % | 9,20 % | 0 % | 100 % |

Ovoce konzumuje vícekrát denně 13,33 % sester v INT/CHIR a 35,63 % sester z JIP/ARO. 1 krát denně ho konzumuje 18,67 % sester z INT/CHIR a 28,74 % sester z JIP/ARO. 1-3 krát týdně 37,33 % sester z INT/CHIR a 26,44 % z JIP/ARO, párkrát do měsíce 30,67 % sester z INT/CHIR a 9,20 % sester z JIP/ARO.

**Tabulka 64 (srovnávací data) Konzumace zeleniny a její častost**

| | Vícekrát denně | 1krát denně | 1-3krát týdně | Párkrát do měsíce | Nejím | Celkem |
|---|---|---|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 21,33 % | 44,00 % | 32,00 % | 2,67 % | 0 % | 100 % |
| JIP/ARO | 37,93 % | 47,13 % | 14,94 % | 0 % | 0 % | 100 % |

Zeleninu konzumuje vícekrát denně 21,33 % sester v INT/CHIR a 37,93 % sester z JIP/ARO. 1 krát denně ho konzumuje 44,00 % sester z INT/CHIR a 47,13 % sester z JIP/ARO. 1-3 krát týdně 32 % sester z INT/CHIR a 14,94 % z JIP/ARO, párkrát do měsíce 2,67 % sester z INT/CHIR.

**Tabulka 65 (srovnávací data) Konzumace mléčných výrobků a její častost**

| | Vícekrát denně | 1krát denně | 1-3krát týdně | Párkrát do měsíce | Nejím | Celkem |
|---|---|---|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 5,33 % | 36,00 % | 42,67 % | 4,00 % | 12,00 % | 100 % |
| JIP/ARO | 18,39 % | 31,03 % | 43,68 % | 6,90 % | 0 % | 100 % |

Mléčné výrobky konzumuje vícekrát denně 5,33 % sester v INT/CHIR a 18,39 % sester z JIP/ARO. 1 krát denně je konzumuje 36,00 % sester z INT/CHIR a 31,03 % sester z JIP/ARO. 1-3 krát týdně 42,67 % sester z INT/CHIR a 43,68 % z JIP/ARO, párkrát do měsíce 4 % sester z INT/CHIR a 6,90 % sester z JIP/ARO. A vůbec je její 12,00 % sester z INT/CHIR.

**Tabulka 66 (srovnávací data) Konzumace luštěnin a její častost**

| | Vícekrát denně | 1krát denně | 1-3krát týdně | Párkrát do měsíce | Nejím | Celkem |
|---|---|---|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 0 % | 12,00 % | 34,67 % | 49,33 % | 4,00 % | 100 % |
| JIP/ARO | 10,34 % | 13,79 % | 35,63 % | 34,48 % | 5,75 % | 100 % |

Luštěniny konzumuje 10,34 % sester z JIP/ARO. 1krát denně je konzumuje 12,00 % sester z INT/CHIR a 13,79 % sester z JIP/ARO. 1-3 krát týdně 34,67 % sester z INT/CHIR a 35,63 % z JIP/ARO, párkrát do měsíce 49,33 % sester z INT/CHIR a 34,48 % sester z JIP/ARO. A vůbec je její 4,00 % sester z INT/CHIR a 5,75 % sester z JIP/ARO.

**Tabulka 67 (srovnávací data) Konzumace celozrnného pečiva a její častost**

| | Vícekrát denně | 1krát denně | 1-3krát týdně | Párkrát do měsíce | Nejím | Celkem |
|---|---|---|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 2,67 % | 22,67 % | 49,33 % | 10,67 % | 14,67 % | 100 % |
| JIP/ARO | 4,60 % | 19,54 % | 50,57 % | 13,79 % | 11,49 % | 100 % |

Celozrnné pečivo jí 2,67 % sester INT/CHIR a 4,60 % sester z JIP/ARO. 1krát denně ho konzumuje 22,67 % sester z INT/CHIR a 19,54 % sester z JIP/ARO. 1-3 krát týdně 49,33 % sester z INT/CHIR a 50,57 % z JIP/ARO, párkrát do měsíce 10,67 % sester

z INT/CHIR a 13,79 % sester z JIP/ARO. A vůbec ho její 14,67 % sester z INT/CHIR a 11,49 % sester z JIP/ARO.

**Tabulka 68 (srovnávací data) Konzumace ryba její častost**

| | Vícekrát denně | 1krát denně | 1-3krát týdně | Párkrát do měsíce | Nejím | Celkem |
|---|---|---|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 0 % | 0 % | 0 % | 78,67 % | 21,33 % | 100 % |
| JIP/ARO | 0 % | 0 % | 0 % | 89,66 % | 10,34 % | 100 % |

Ryby jí párkrát do měsíce 78,67 % sester z INT/CHIR a 89,66 % sester z JIP/ARO. A vůbec je její 21,33 % sester z INT/CHIR a 10,34 % sester z JIP/ARO.

**Tabulka 69 (srovnávací data) Konzumace uzenin její častost**

| | Vícekrát denně | 1krát denně | 1-3krát týdně | Párkrát do měsíce | Nejím | Celkem |
|---|---|---|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 4,00 % | 41,33 % | 37,33 % | 13,33 % | 4,00 % | 100 % |
| JIP/ARO | 12,64 % | 27,59 % | 43,68 % | 12,64 % | 3,45 % | 100 % |

Uzeniny jí 4 % sester INT/CHIR a 12,64 % sester z JIP/ARO. 1krát denně je konzumuje 41,33 % sester z INT/CHIR a 27,59 % sester z JIP/ARO. 1-3krát týdně 37,33 % sester z INT/CHIR a 43,68 % z JIP/ARO, párkrát do měsíce 13,33 % sester z INT/CHIR a 12,64 % sester z JIP/ARO. A vůbec je její 4,00 % sester z INT/CHIR a 3,45 % sester z JIP/ARO.

**Tabulka 70 (srovnávací data) Konzumace sladkostí její častost**

| | Vícekrát denně | 1krát denně | 1-3krát týdně | Párkrát do měsíce | Nejím | Celkem |
|---|---|---|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 2,67 % | 6,67 % | 36,00 % | 22,67 % | 32,00 % | 100 % |
| JIP/ARO | 4,60 % | 14,94 % | 36,78 % | 16,09 % | 27,59 % | 100 % |

Sladkosti jí víckrát za den 2,67 % sester INT/CHIR a 4,60 % sester z JIP/ARO. 1krát denně je konzumuje 6,67 % sester z INT/CHIR a 14,94 % sester z JIP/ARO. 1-3krát týdně 36,00 % sester z INT/CHIR a 36,78 % z JIP/ARO, párkrát do měsíce 22,67 %

sester z INT/CHIR a 16,09 % sester z JIP/ARO. A vůbec je její 32 % sester z INT/CHIR a 27,59 % sester z JIP/ARO.

**Tabulka 71 (srovnávací data) Pití vody a její častost**

| | Vícekrát denně | 1krát denně | 1-3krát týdně | Párkrát do měsíce | Nepiju | Celkem |
|---|---|---|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 100 % | 0 % | 0 % | 0 % | 0 % | 100 % |
| JIP/ARO | 100 % | 0 % | 0 % | 0 % | 0 % | 100 % |

Vodu pije vícekrát denně 100 % sester z INT/CHIR a 100 % z JIP/ARO.

**Tabulka 72 (srovnávací data) Pití slazených vod a její častost**

| | Vícekrát denně | 1krát denně | 1-3krát týdně | Párkrát do měsíce | Nepiju | Celkem |
|---|---|---|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 0 % | 12,00 % | 26,67 % | 30,67 % | 30,67 % | 100 % |
| JIP/ARO | 0 % | 6,90 % | 37,93 % | 45,98 % | 9,20 % | 100 % |

Slazené vody pije 1krát denně 12,00 % sester z INT/CHIR a 6,90 % sester z JIP/ARO. 1-3krát týdně 26,67 % sester z INT/CHIR a 37,93 % z JIP/ARO, párkrát do měsíce 30,67 % sester z INT/CHIR a 45,98 % sester z JIP/ARO. A vůbec je nepije 30,67 % sester z INT/CHIR a 9,20 % sester z JIP/ARO.

**Tabulka 73 (srovnávací data) Pití džusů a její častost**

| | Vícekrát denně | 1krát denně | 1-3krát týdně | Párkrát do měsíce | Nepiju | Celkem |
|---|---|---|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 0 % | 5,33 % | 9,33 % | 62,67 % | 22,67 % | 100 % |
| JIP/ARO | 0 % | 0 % | 29,89 % | 42,53% | 27,59 % | 100 % |

Džusy pije 1krát denně 5,33 % sester z INT/CHIR. 1-3krát týdně 9,33 % sester z INT/CHIR a 29,89 % z JIP/ARO, párkrát do měsíce 62,67 % sester z INT/CHIR a 42,53 % sester z JIP/ARO. A vůbec je nepije 22,67 % sester z INT/CHIR a 27,59 % sester z JIP/ARO.

**Tabulka 74 (srovnávací data) Pití alkoholických nápojů a její častost**

| | Vícekrát denně | 1krát denně | 1-3krát týdně | Párkrát do měsíce | Nepiju | Celkem |
|---|---|---|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 0 % | 0 % | 18,67 % | 72,00 % | 9,33 % | 100 % |
| JIP/ARO | 0 % | 0 % | 11,49 % | 67,00 % | 20,69 % | 100 % |

Alkoholické nápoje pije 1-3krát týdně 18,67 % sester z INT/CHIR a 11,49 % z JIP/ARO, párkrát do měsíce 72 % sester z INT/CHIR a 67 % sester z JIP/ARO. A vůbec je nepije 9,33 % sester z INT/CHIR a 20,69 % sester z JIP/ARO.

**Tabulka 75 (srovnávací data) Pití kávy a její častost**

| | Vícekrát denně | 1krát denně | 1-3krát týdně | Párkrát do měsíce | Nepiju | Celkem |
|---|---|---|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 70,67 % | 10,67 % | 0 % | 0 % | 18,67 % | 100 % |
| JIP/ARO | 55,17 % | 19,54 % | 0 % | 0 % | 25,29 % | 100 % |

Kávu pije vícekrát denně 70,67 % sester z INT/CHIR a 55,17 % z JIP/ARO. 1krát denně 10,67 % sester z INT/CHIR a 19,54 % sester z JIP/ARO. Vůbec kávu nepije 18,67 % sester z INT/CHIR a 25,29 % sester z JIP/ARO.

**Tabulka 76 (srovnávací data) Kouření respondentů**

| | Více než 10 cigaret denně | Méně než 10 cigaret denně | Příležitostně, ne denně | Nekouřím | Celkem |
|---|---|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 10,67 % | 25,33 % | 30,67 % | 33,33 % | 100 % |
| JIP/ARO | 17,24 % | 24,14 % | 49,43 % | 9,20 % | 100 % |

Více než 10 cigaret za den vykouří 10,67 % sester z INT/CHIR a 17,24 % z JIP/ARO, méně než 10 cigaret vykouří 25,33 % sester z INT/CHIR a 24,14 % sester z JIP/ARO. Příležitostnými kuřáky je 30,67 % sester z INT/CHIR a 49,43 % sester z JIP/ARO. A nekouří 33,33 % sester z INT/CHIR a 9,20 % sester z JIP/ARO.

**Tabulka 77 (srovnávací data) Kouření po nástupu na oddělení**

| | Ano | Ne | Nekouřím | Celkem |
|---|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 5,33 % | 61,33 % | 33,33 % | 100 % |
| JIP/ARO | 25,29 % | 65,52 % | 9,20 % | 100 % |

Po nástupu na oddělení začalo kouřit 5,33 % sester z INT/CHIR a 25,29 % z JIP/ARO. Těch, co nezačali kouřit, je 61,33 % sester z INT/CHIR a 65,52 % sester z JIP/ARO. A nekouří 33,33 % sester z INT/CHIR a 9,20 % sester z JIP/ARO.

**Tabulka 78 (srovnávací data) Zvýšení kouření po nástupu na oddělení**

| | Ano | Ne | Nekouřím | Celkem |
|---|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 2,67 % | 64,00 % | 33,33 % | 100 % |
| JIP/ARO | 17,24 % | 73,56 % | 9,20 % | 100 % |

Po nástupu na oddělení zvýšilo konzumaci tabákových výrobků 2,67 % sester z INT/CHIR a 17,24 % z JIP/ARO, nezvýšilo ji 64 % sester z INT/CHIR a 73,56 % z JIP/ARO. Nekuřáků je 33,33 % sester z INT/CHIR a 9,20 % sester z JIP/ARO.

**Tabulka 79 (srovnávací data) Konzumace alkoholických nápojů**

| | Ano | Vůbec ne | Příležitostně | Celkem |
|---|---|---|---|---|
| INT/CHIR | 26,67 % | 9,33 % | 64,00 % | 100 % |
| JIP/ARO | 14,94 % | 20,69 % | 64,37 % | 100 % |

Alkoholické nápoje konzumuje 26,67 % sester z INT/CHIR a 14,94 % sester z JIP/ARO, příležitostně je požívá 64 % sester z INT/CHIR a 64,37 % sester z JIP/ARO. Abstinenty je celkem 9,33 % sester z INT/CHIR a 20,69 % sester z JIP/ARO.

**Tabulka 80 (srovnávací data) Stres respondentů**

| | INT/CHIR | | | JIP/ARO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Ano | Ne | | Ano | Ne | |
| Trpím často bolestí hlavy | 12,00 % | 88,00 % | 100 % | 13,79 % | 86,21 % | 100 % |
| Trpím často nevolností | 9,33 % | 78,16 % | 100 % | 3,45 % | 96,55 % | 100 % |
| Často se mi nechce do práce | 29,33 % | 70,67 % | 100 % | 12,64 % | 87,36 % | 100 % |
| Jsem často unaven/a | 24,00 % | 76,00 % | 100 % | 26,44 % | 73,56 % | 100 % |
| Cítím se fyzicky unaven/a | 42,67 % | 57,33 % | 100 % | 10,34 % | 89,66 % | 100 % |
| Cítím se psychicky unaven/a | 64,00 % | 31,03 % | 100 % | 48,28 % | 51,72 % | 100 % |
| Nerad/a komunikuji s pacienty | 0,00 % | 100 % | 100 % | 0,00 % | 100 % | 100 % |
| Nerad/a komunikuji s rodinou pacienta | 0,00 % | 100 % | 100 % | 5,75 % | 94,25 % | 100 % |
| Uvažuji o odchodu ze zaměstnání | 2,67 % | 97,33 % | 100 % | 0,00 % | 100 % | 100 % |
| Jsem často smutný/á | 0,00 % | 100 % | 100 % | 0,00 % | 100 % | 100 % |
| Jsem v práci spokojen/a | 85,33 % | 14,67 % | 100 % | 100 % | 0,00 % | 100 % |
| Baví mne ošetřovat nemocné pacienty | 100 % | 0,00 % | 100 % | 100 % | 0,00 % | 100 % |
| Mám rád/a, když se v práci něco děje | 26,67 % | 63,22 % | 100 % | 81,61 % | 18,39 % | 100 % |
| Stále se bojím, že udělám chybu | 53,33 % | 46,67 % | 100 % | 75,86 % | 24,14 % | 100 % |
| Mám kolegy, se kterými nechci pracovat | 2,67 % | 97,33 % | 100 % | 0,00 % | 100 % | 100 % |
| Jsem často podrážděn/a | 12,00 % | 88,00 % | 100 % | 3,45 % | 96,55 % | 100 % |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Většinou se do práce netěším | 24,00 % | 76,00 % | 100 % | 2,30 % | 97,70 % | 100 % |
| Akutní medicína mne baví | 18,67 % | 81,33 % | 100 % | 100 % | 0,00 % | 100 % |
| Rád navštěvuji kurzy, školení o akutní medicíně | 4,00 % | 96,00 % | 100 % | 64,37 % | 35,63 % | 100 % |
| Práce mne nudí | 0,00 % | 100 % | 100 % | 0,00 % | 100 % | 100 % |
| Vadí mi rychlé pracovní tempo | 50,67 % | 49,33 % | 100 % | 8,05 % | 91,95 % | 100 % |

Bolestmi hlavy trpí 12 % sester z INT/CHIR a 13,79 % z JIP/ARO. Nevolností či bolestí břicha často trpí 9,33 % sester z INT/CHIR a 3,45 % sester z JIP/ARO. Do práce se často nechce 29,33 % sester z INT/CHIR a 12,64 % sester z JIP/ARO. Unaveno se často cítí 24 % sester z INT/CHIR a 26,44 % sester z JIP/ARO. Fyzicky unaveno se často cítí 42,67 % sester z INT/CHIR a 10,34 % sester z JIP/ARO. Často je psychicky unaveno 64 % sester z INT/CHIR a 48,28 % sester z JIP/ARO. S pacienty rádo komunikuje všech 100 % sester z INT/CHIR a stejně tak je to mu i u sester z JIP/ARO. O odchodu ze zaměstnání uvažuje 2, 67 % sester z INT/CHIR a 0 % sester z JIP/ARO. V práci je spokojeno 85,33 % sester z INT/CHIR a 100 % sester z JIP/ARO. Ošetřovat nemocné pacienty baví všech 100 % sester jak z INT/CHIR, tak z JIP/ARO. Sester, které mají rády, když se v práci něco děje, je 26,67 z INT/CHIR a 81,61 z JIP/ARO. Sester, které se stále bojí, že v práci udělají chybu, je 53,33 % z INT/CHIR a 75,86 % z JIP/ARO. 2,67 % sester z INT/CHIR má kolegy, se kterými nechce pracovat, oproti tomu sestry z JIP/ARO uvádějí ve všech 100 %, že se jim s kolegy pracuje dobře. Často podrážděno se cítí 12 % sester z INT/CHIR a 3,45 % z JIP/ARO. Většinou se do práce netěší 24 % sester z INT/CHIR a 2,30 % sester z JIP/ARO. Akutní medicína baví 18,67 % sester z INT/CHIR a 100 % sester z JIP/ARO. Kurzy a školení o akutní medicíně rádo navštěvuje 4 % sester z INT/CHIR a 64,37 % sester z JIP/ARO. Práce nudí 0 % sester z INT/CHIR i JIP/ARO. Rychlé pracovní tempo vadí 50,67 % sester z INT/CHIR a 8,05 % sester z JIP/ARO.

## 6. DISKUZE

Výzkumný soubor sester pracujících v intenzivních oborech tvořilo 100 % (87). Z toho jich bylo 17 % ve věku 21-25 let, 37 % ve věku 26-35 let, 38 % bylo ve věkové kategorii 36-45 a 8 % 46 a více let (graf 29). Co se týká nejvyššího dosaženého vzdělání, sester středoškolsky vzdělaných bylo 14 %, sestry, které mají vyšší odborné vzdělání, je 41 %. Sester, které ukončily vysokoškolské studium, bylo 27 % a těch, které mají specializační vzdělání, bylo 18 % (graf 30). Druhou část výzkumného vzorku tvořily sestry, které pracují na standardních odděleních (interních a chirurgických), celkem jich bylo 100 % (75), z toho 17 % bylo ve věkové kategorii 21-25 let, 23 % ve věku 26-35 let, dalších 41 % zahrnovalo sestry ve věkovém rozmezí 36-45 let a posledním 19 % bylo 46 let a více (graf 1). Středoškolsky vzdělaných sester bylo 61 %, dalších 16 % bylo vysokoškolsky vzdělaných a 23 % vysokoškolsky vzdělaných (graf 2). Z toho je patrné, že tuto profesi vykonává široké spektrum věkové kategorie i vzdělání.

V rámci výzkumného šetření byly podrobně analyzovány faktory, které dotazované sestry motivovaly k práci na oddělení. Jako motivaci pro práci sester v intenzivních úsecích uvedlo nejvyšší procento, tedy 47 % dotazovaných sester akutní situace. Zajímavé je, že pro 33 % je hlavním motivačním faktorem platové ohodnocení. Pouze 5 % respondentů uvedlo touhu po pomoci nemocným pacientům a 10 % uvedlo jiné motivující prvky. Ty zahrnovaly prestiž oboru, nedostatek volných pracovních míst na jiném oddělení (graf 31). Oproti tomu respondenti ze standardních oddělení uvedli, že faktory, které je vedly k práci na oddělení, byly ve 3 % akutní případy, v 16 % platové ohodnocení. Nejvíce respondentů, tj. 54 %, chtělo ošetřovat nemocné pacienty a zbylých 27 % uvedlo důvody jiné, kterými byly nedostatek pracovních míst v místě bydliště nebo na vysněném oddělení (graf 3). Motivační faktory v práci sestry jsou nezbytné. Ve výzkumu prováděném Bártlovou (2006), jenž analyzoval pracovní spokojenost sester v České republice, uvedlo nejvyšší procento 79,8 % dotazovaných za hlavní faktor nespokojenosti špatné finanční ohodnocení. Z tohoto je vidět, jak mohou být tyto motivující faktory variabilní.

Pokud sestra pracuje na oddělení, tak by na něm měla být také spokojena, aby svou práci vykonávala precizně a svědomitě. V rámci spokojenosti sester na oddělení, uvedlo 41 % respondentů z oddělení JIP/ARO, že je na pracovišti naprosto spokojeno. 51 % je jich částečně spokojeno a posledních 8 % není spokojeno (graf 33). Při zaměření se na sestry ze standardních lůžek 28 % uvedlo, že je naprosto spokojeno, 57 % je částečně spokojeno a 15 % spokojeno není (graf 5). Bártlová (2006) ve svém výzkumu uvádí, že nejvíce zúčastněných sester uvádí jako faktory spokojenosti dobré vztahy na pracovišti. O něco menší procento uvedlo různorodost práce, pak organizaci práce a finanční ohodnocení. Na posledním místě stojí práce s lidmi.

Stres má obrovský vliv na pracovní výkon jedince, ale také jeho osobní a společenský život. Bez pochyb lze říci, že jeho následky se nevyhýbají ani sestrám a ostatním zdravotnickým pracovníkům. Pakliže nadměrné psychické zatížení překročí hranici individuální snesitelnosti, vzniká syndrom vyhoření, jenž je důsledkem profesionálního selhání. Za nejčastější možné příčiny vzniku považuje Venglářová (2011) bezmoc při péči o umírající či těžce nemocné pacienty, monotónnost práce, aspekt zodpovědnosti a časové náročnosti. O enormním psychickém zatížení také svědčí výsledek našeho výzkumu. Práci na oddělení považuje za stresující 98 % sester pracujících v intenzivních úsecích. Pouhá 2 % uvedla, že je stresující pouze někdy (graf 34). Otázkou, kterou je možno navázat na tuto oblast výzkumného šetření je, zda na sobě respondenti pocítili vznik příznaků syndromu vyhoření. Celkem 13 % sester je na sobě zatím nikdy nepocítilo, dalších 6 % uvedlo odpověď ano často, 63 % také již pocítilo, ale jen zřídka a 18 % nevědělo (graf 37). Dalším významným faktorem, jemuž jsme se v práci věnovali, je oblast největší pracovní zátěže respondentů. Všech 100 % dotazovaných sester jednoznačně uvedlo, že větší zátěž pociťují v aspektu psychickém (graf 38). Proto se domníváme, že management zdravotnického zařízení by měl svým zaměstnancům zajistit jistou prevenci. Ať už formou seminářů, kurzů nebo proškolování. Dále by management mohl zajistit sestrám určitá volna či možnost dovolených, dostatek pomocného personálu, možnost bonusů a podporu volnočasových aktivit. V neposlední řadě by byla vhodná supervize psychologa, jenž řeší již vzniklé konflikty, vyslechne problémy a podpoří své podřízené. Sestry samotné by v rámci

prevence měly také učinit jisté kroky, klást apel na uspořádání si hodnotového žebříčku, kladení si reálních a co nejkonkrétnějších cílů, využití prvků duševní hygieny a relaxačních technik.

V poslední části dotazníku byly otázky směřovány na stres respondentů. Sestry v intenzivní péči odpovídaly překvapivě kladně. Z celkového počtu 87 (100 %) jich pouze 13 % odpovědělo, že se jim často nechce do práce. Příjemným překvapením byl fakt, že na výrok nerad/a komunikuji s pacienty, všech 100 % odpovědělo, že tomu tak není. S rodinou pacienta nerado komunikuje 6 % sester, zbylých 94 % to problém nečiní. Další skutečnost, kterou hodnotíme velmi kladně je ta, že na otázku, zda sestry baví ošetřovat nemocné pacienty, jich z intenzivní péče odpovědělo 100 % ano. Stejně příjemná byla i odpověď na výrok práce mne nudí, kdy opět celých 100 % odpovědělo ne. Není pochyb o tom, že v úsecích intenzivní péče jsou na sestry kladeny vyšší nároky. Péče, kterou zde poskytují je o poznání jiná oproti standardním oddělením, je více specializovaná. Proto relativně vysoké procento (76 %) uvedlo, že se stále bojí, že v práci udělá chybu (graf 56). Pokud se sestra bojí, že udělá chybu, přistupuje ke své práci zodpovědně, kriticky a více se soustředí, než kdyby byla za všech okolností suverénní a pracovala stereotypně. I toto číslo můžeme považovat za pozitivní výsledek. Na základě výše uvedených dat byla potvrzena hypotéza *„H4: Výkon profese v intenzivní péči je pro sestry psychicky náročný“.* Sestra vynakládá ohromné úsilí, aby byla pacientovi oporou a poskytovatelem kvalitní péče. K tomu i ona potřebuje jistou zpětnou vazbu. Tím je myšleno, že i sestra samotná potřebuje jistou emocionální podporu, která ji vede, aby vykonávala svou práci pečlivě. Osobně se domnívám, že psychickému vytížení přispívá i vykonávání práce, kterou sestry nemají v kompetencích. Proto by každý zaměstnavatel měl jasně definovat kompetence, jež budou náležet jednotlivým zaměstnancům.

Dle Křivohlavého (2010) existuje spousta metod, které působí jako prevence nahromadění stresu nebo dokonce vzniku syndromu vyhoření. Je jen třeba umět zvolit tu vhodnou a umět ji využít. Osobně se s tímto názorem také ztotožňuji. Jelikož tím, že se sestra odpoutá od svých starostí, načerpá dostatek energie potřebné ke kvalitnímu výkonu v práci. Valášková (2008) ve svém výzkumném šetření zjistila, že jako

nejčastější kompenzaci stresu sestry uvádí čas strávený s rodinou, s přítelkyní nebo přítelem. Na otázku, jak sestry z JIP a ARO tráví volný čas, jich nejvíce odpovědělo s rodinou (25 %) a s přáteli (20 %), zbytek sester uváděl nejvíce četbu knihy (17 %), práci na zahradě (15 %), sport (13 %) a výlety (10 %) (graf 43). Jak je vidět, oblast odpočinku volí každá sestra individuálně. Stejně jako Valáškové (2008), tak i nám vyšlo, že jako nejlepší způsob odpočinku a trávení volného času je čas s rodinou a přáteli. Sestry tedy volí spíše pasivnější formy odpočinku. Domnívám se, že výše uvedené kompenzace stresu jsou sestrami preferovány spíše, než relaxační metody. Osobně to vnímám jako nezájem o poznání relaxačních metod.

Výzkumným šetřením diplomové práce bylo zjištěno, že alkoholické nápoje konzumuje 27 % sester ze standardních lůžek, dalších 64 % alkohol požije pouze příležitostně (z toho většina uvedla párkrát do měsíce a zbytek 3krát týdně). Ostatních 9 % sester jsou abstinenti (graf 27). Oproti tomu na úsecích intenzivní péče 15 % sester alkohol pije, 56 % uvedlo, že jsou příležitostnými poživateli a zbylých 21 % jsou abstinenti (graf 55). Na základě těchto údajů se hypotéza *„H2: Sestry pracující v intenzivní péči konzumují více alkoholické nápoje než sestry na standardním oddělení.‘‘* nepotvrdila. Toto tvrzení podpořila statistická analýza, kde na hladině významnosti 95 % bylo zjištěno, že není prokázán vztah mezi konzumací alkoholu a pracovištěm respondentů (tabulka 40). Ve výzkumu prováděném Heplovou a Michálkovou (2010) 4 sestry uvedly jako způsob, kterým se vyrovnávají se stresem, alkohol. V našem výzkumném šetření, týkající se otázky způsobů trávení volného času, tak nikdo neučinil.

Jak známo, kouření je rizikový faktor, který ohrožuje zdravotní stav. Na otázku kuřáctví odpovědělo pouze malé procento sester z intenzivní péče, tj. 9 %, že nekouří. 91 % jsou kuřáci – z toho 17 % vykouří více než 10 cigaret denně, 25 % méně, než 10 cigaret denně a těch, které jsou příležitostnými kuřáky, je 49 % (graf 52). Z 91 % (79) kuřáků jich 25 % odpovědělo, že začalo kouřit po nástupu na oddělení intenzivní péče (graf 53) a 17 % jich po nástupu na oddělení ještě zvýšilo konzumaci tabákových výrobků (graf 54). Ze zkoumaného vzorku je na standardních úsecích 33 % sester, které nekouří. Ze zbývajících 67 % jich 11 % uvádí, že vykouří denně více než 10 cigaret

denně, 25 % méně, než 10 cigaret a 31 % nekouří denně, ovšem jen příležitostně (graf 24). Z celkového počtu kuřáků jich 5 % začalo kouřit poté, co nastoupili na oddělení (graf 25) a těch, kterých zvýšili konzumaci, jsou 3 % (graf 26). Na základě těchto údajů se hypotéza *„H3: Sestry pracující v intenzivní péči konzumují více tabákové výrobky než sestry na standardním oddělení. ‘‘* potvrdila. Na základě výsledných hodnot statistické analýzy, lze po provedení Chí-kvadrát testu tvrdit, že se na hladině významnosti 0,05 tedy s 95% spolehlivostí nepodařilo prokázat vztah mezi pracovištěm respondenta a jeho kuřáctvím (tabulka 37).

Venglářová (2011) uvádí významné příčiny, které negativně ovlivňují jednak životní styl, ale také zdravotní stav sester obecně. Patří mezi ně nepravidelné stravovací návyky, neakceptování potřeby na odpočinek, nedostatečná fyzická aktivita a s ní související nadváha či podvýživa, zdravotní problémy, aj. V naší diplomové práci jsme se tomuto aspektu také věnovali. V dotazníku byly kladeny otázky především na stravovací návyky, pitný režim, odpočinek a pravidelnost spánku, tělesnou hmotnost a směnný provoz. V oblasti stravování jsme kladli otázky, které se týkaly vlivu pracovních podmínek na stravování a zda vůbec tyto podmínky pravidelnou stravu umožňují. Na toto odpovědělo 41 % sester v intenzivní péči, že jim to pracovní vytížení umožní, zbylých 59 % odpovědělo, že ne (graf 44). Pouhých 22 % sester označilo v dotazníku, že snídají. Dalších 14 % uvedlo, že spíše snídá, ovšem ne vždy, 38 % snídá, ale pouze za předpokladu, že právě není v zaměstnání a 26 % nesnídá nikdy (graf 45). Bauerová a Radvanová (2006) zdůrazňují, že by sestry pracující ve směnném provozu měly jíst pravidelně, tj. 5krát denně v menších porcích a strava by měla být pestrá a bohatá na ovoce a zeleninu. Ze zaznamenaných dat v naší práci jsme se přesvědčili, že je to individuální a ne vždy to sestrám pracovní podmínky umožní. Nicméně na otázku, kolikrát denně sestry jí, jsme se dozvěděli, že ideální počet jídel (tedy 5-6) akceptuje 54 % sester (graf 46). Ve stejném článku Bauerová a Radvanová (2006) uvádí, že optimální množství ovoce za den jsou alespoň 2 kousky a zeleniny 3. Z našeho celkového zkoumaného vzorku 87 (100 %) konzumuje ovoce vícekrát denně 36 %, 29 % jednou denně, 1-3krát do týdne 26 % a pouhých 9 % párkrát do měsíce. Zeleninu konzumuje 38 % sester vícekrát denně, 47 % jedenkrát denně, 15 % 1-3 krát

týdně. Tyto informace nám uvádějí, že výživový stav není úplně optimální a neslučuje se s doporučeným denním množstvím čerstvého ovoce a zeleniny.

Chrpová (2010) uvádí jako optimální denní tekutinovou bilanci 2,5 litru. Ovšem toto množství závisí na mnoha dalších ovlivňujících faktorech. Za nevhodné tekutiny považuje slazené vody, džusy, kávu, alkoholické nápoje aj. Oproti tomu ideální jsou čisté vody. Z našeho výzkumného vzorku vypije výše doporučené množství tekutin pouze 15 %. Je až zarážející, že vyšší procento (21 %) vypije maximálně do 1 litru tekutin denně (graf 47). Co se týče tělesné hmotnosti, dle výsledků BMI, má ideální váhu 85 %, 10 % má podváhu a 5 % nadváhu (graf 48). Ovšem spokojeno se svou tělesnou hmotností je pouze 5 %, 32 % odpovědělo, že je spíše spokojeno, spíše nespokojeno je 48 % a naprosto nespokojeno je 15 % (graf 50). Dalším zkoumaným parametrem byl spánek, jeho pravidelnost a vliv směnného provozu na něj. Židková (2005) uvádí, že zdravý a plnohodnotný spánek musí splňovat jistá kritéria. Těmi jsou, že se člověk po probuzení musí cítit svěže, odpočatě a spánek nesmí být ničím nerušený. Ovšem práce ve směnném provozu mnohdy kvalitní a ničím nerušený spánek neumožní. Na otázku, zda spánek sester je pravidelný, neodpověděl kladně nikdo, 74 % odpovědělo, že spánek pravidelný spíše nemají. 24 % spánek pravidelný spíše má (graf 39). Po noční směně dodržuje spánek celých 70 %, 26 % ho spíše dodržuje a 4 % spíše ne (graf 40). Alarmující je, že poruchy spánku mívá 97 %, ať už se jedná o nekvalitní spánek, krátký, častou únavu, či užívání léků podporujících spaní (graf 41). Na uvedených dat byla potvrzena hypotéza *„H1: Výkon profese v intenzivní péči má vliv na životosprávu sester‘‘.*

# 7. ZÁVĚR

Diplomová práce na téma Výkon profese v intenzivní péči a její vliv na životní styl sester měla za hlavní intenci zmapovat životní styl sester pracujících v intenzivní péči, zjistit jejich psychické zatížení a porovnat životní styl u těchto sester se sestrami, které pracují na standardních odděleních. Toto téma jsem si vybrala na základě zájmu o obory intenzivní péče. Sestry, které se výzkumu zúčastnily, pracují bezpochyby v masivně stresujícím pracovním prostředí, které má dozajista vliv na jejich život osobního i společenského rázu a také na životní styl. To je ovlivněno jednak jejich osobními postoji a zvyklostmi, kolektivem na oddělení, řízením jednotlivých staničních a vrchních sester. Z výzkumu vyplývají jisté rozdíly mezi životním stylem sester pracujících na standardních odděleních a sester, které pracují v intenzivní péči.

Výsledky výzkumného šetření budou poskytnuty všem zúčastněným sestrám, ale taktéž i managementu zdravotnického zařízení. Na základě signifikantních údajů zjištěných z analýzy dat diplomové práce jsme navrhli několik doporučení pro management zdravotnických zařízení, která byla zaměřena za celkovou podporu a kvalitu životního stylu všeobecných sester, a tedy i zaměstnanců obecně. Na základě toho by management zařízení mohl implementovat adekvátní kroky vedoucí k podpoře životního stylu svých zaměstnanců.

Doporučení pro praxi:

- co nejvíce se zabývat pracovními podmínkami sester
- zajistit seminář o následcích nevhodného stravování a životního stylu vůbec
- zajištění pravidelného pracovního plánu, kdy by měly sestry možnost plánovat si své aktivity dopředu
- navržení harmonogramu práce tak, aby sestry měly možnost udělat si přestávku a čas na odpočinek
- eliminace konzumace tabákových výrobků v areálu zdravotnického zařízení
- vytvoření výhod pro zaměstnance (příspěvky na dovolenou, poukazy do sportovního areálu či welness center, aj.)
- motivace sester ke zvýšení platu
- umožnění zaměstnancům v rámci oddělení, aby se týmově účastnili aktivit

Psaní této diplomové práce mne velmi obohatilo v kontextu s nesprávným životním stylem sester. Ačkoliv pracuji jako všeobecná sestra (ne v intenzivním oboru), mnohdy si ani neuvědomuji, jaký vliv na mne má pracovní vytížení v této profesi. Sesterská povolání je v tomto směru velice zrádná. Ne zřídka nastávají situace, kdy sestry nemají šanci si na chvíli odpočinout nebo se najíst a napít. V této souvislosti vzniká vyčerpanost, poruchy spánku a nezájem. Práce ve směnném provozu také může eliminovat kontakt s rodinou a s přáteli. A pokud na jednotlivých odděleních nepanuje přátelská atmosféra, pak se zvyšuje celková nechuť k práci a zvyšuje se fluktuace. Změny, které by vedly k větší spokojenosti a pozitivnímu vlivu na celkový životní styl, jsou v kompetencích vedoucích pracovníků, kteří by měli učinit změny. Právě sestra, co by představitelka ošetřovatelské profese, by měla být vzorem a příkladem zdravého životního stylu pro své pacienty.

## 8. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ


1. ALEXANDER, Margaret F. a Phyllis J. RUNCIMAN. *Struktura kompetencí všeobecné sestry podle ICN.* Brno: NCO NZO, 2003. 57 s. ISBN: 80-7013-392-9.
2. BÁRTLOVÁ, Sylva. Pracovní spokojenost zdravotních sester v České republice. *Zdravotnictví v České republice*. Praha: 2006, roč. IX, č. 4, s. 166-169. ISSN 1213-6050.
3. BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2006. 86 s. ISBN 80-7013-439-9.
4. BORZOVÁ, Claudia, a kol. *Nespavost a jiné poruchy spánku.* 1. Vyd. Praha: Grada, 2009. 141 s. ISBN 978-80-247-2978-7.
5. CHRPOVÁ, Diana. *S výživou zdravě po celý rok.* 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 133 s. ISBN 978-80-247-2512-3.
6. CLARK, Carolyn. *Creative nursing leadership and management*. Jones and Bartlett Publishers, 2008. 477 s. ISBN 978-0-7637-4976-7.
7. COMBY, Bruno. *Jak se zbavit závislosti na tabáku:praktický a účinný rádce jak konečně přestat s kouřením*. 1. vyd. Hodkovičky: Pragma, 2007. 127 s. ISBN 978-80-7349-077-5.
8. ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly.* 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3213-8.
9. CVACHOVEC, Karel. *Anesteziologie a intenzivní medicína současnosti*. [online]. [cit. 2012-06-03]. Dostupné z WWW: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/anesteziologie-a-intenzivni-medicina-soucasnosti-452592>
10. ČERMÁK, Bohuslav. *Výživa člověka*. Jihočeská univerzita, Zemědělská fakulta, 2002. 224 s. ISBN 978-80-7040-576-5.
11. ČERVENKOVÁ, Zuzana. 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.

12. Česká republika. Ministerstva zdravotnictví. Zákon č. 262/2006 ze dne 21.4.2006 zákoník práce. In *Sbírka zákonů, Česká republika*. 2006, částka 84, s. 3146-3241. Dostupný také z WWW: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2006/sb084-06.pdf>
13. Česká republika. Ministerstvo zdravotnictví. Nařízení vlády č. 31 ze dne 11.1.2010 o oborech specializačního vzdělání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí. In *Sbírka zákonů, Česká republika*. 2010, částka 10, s. 338 - 347. Dostupný také z WWW: < http://www.nconzo.cz/c/document_library/get_file?uuid=b1f575f4-01a1-4b07-bd5c-41618d0537f4&groupId=11063>
14. Česká republika. Ministerstvo zdravotnictví. Vyhláška 55/2011 ze dne 1.3.2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In *Sbírka zákonů, Česká republika*. 2011, částka 20, s. 482-543. Dostupný také z WWW: <http://www.fnkv.cz/soubory/vyhlaska_55-r-2011%29sb%28cinnost%29.pdf>
15. Česká republika. Ministerstvo zdravotnictví. Zákon č. 96/2004 ze dne 4.2.2004 o podmínkách získání a uznání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče (zákon o nelékařských zdravotnických povolání). In *Sbírka zákonů, Česká republika*. 2004, částka 109, s. 5209-5210. Dostupný také z WWW: <http://www.nconzo.cz/download/sbirky/2004/sb030-04.pdf>
16. DĚDINA, Jiří a Václav CEJTHAMR. *Management a organizační chování: manažerské chování a zvyšování efektivity, řízení jednotlivců a skupin, manažerské role a styly, moc a vliv v řízení organizací.* 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 339 s. ISBN 80-247-1300-4.
17. DYKEMA, Ravi. *Yoga for fitness and wellness*. 2. vyd. Wadsworth: Cengage learning, 2011. 192 s. ISBN 978-0-8400-4811-0.
18. EHRMANN, Jiří, HŮLEK, Petr, a kol. *Hepatologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 590 s. ISBN 978-80-247-3118-6.

19. FARKAŠOVÁ, Dana. *Ošetřovatelství-teorie*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. 212 s. ISBN 80-8063-227-8.
20. MIKŠOVÁ, Zdeňka, FROŇKOVÁ, Marie, HERNOVÁ, Renáta a Marie ZAJÍČKOVÁ. *Kapitoly ošetřovatelské péče I.* 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1442-6.
21. GILBERTOVÁ, Sylva a Oldřich MATOUŠEK. *Ergonomie: optimalizace lidské činnosti*. Praha: Grada, 2002. 239 s. ISBN 80-247-0226-6.
22. GUČKOVÁ, Mária. Fyzická zátěž sester. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 6, s. 21. ISSN 1210-0404.
23. GROFOVÁ, Zuzana. *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry.* 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 237 s. ISBN 978-80-247-1868-2.
24. HAINER, Vojtěch, a kol. *Základy klinické obezitologie*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Grada: 2011. 422 s. ISBN 978-80-247-3252-7.
25. HEPLOVÁ, Monika a Helena MICHÁLKOVÁ. Motivační prvky v práci sestry. *Sestra*. Praha: 2010, roč. 20, č. 11, s. 30. ISSN 1335-9444.
26. HLAVATÁ, Karolína. *Vitaminy a minerální látky*. [online]. [cit. 2012-04-10]. Dostupné z WWW: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-pacientske-listy/vitaminy-a-mineralni-latky-449809>
27. HOLEČEK, Milan. *Regulace metabolizmu cukrů, tuků, bílkovin a aminokyselin.* 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 286 s. ISBN 80-247-1562-7.
28. JÍLKOVÁ, Jana. *Minerály a pasti zdravé výživy*. [online]. [cit. 2012-04-10]. Dostupné z WWW: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-pacientske-listy/mineraly-a-pasti-zdrave-vyzivy-454442>
29. JOBÁNKOVÁ, Marta a Jarmila KVAPILOVÁ. Zdroje psychosociální zátěže v sesterské profesi. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 7-8, s. 18-19. ISSN 1210-0404.
30. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetřovatelství v intenzivní péči.* 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 350 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
31. KEBZA, Vladimír. Psychosociální determinanty zdraví. 1. vyd. Praha: Academia, 2005, 260 s. ISBN 80-200-1307-5.

32. KELNAROVÁ, Jarmila. *Tanatologie v ošetřovatelství.* 1. Vyd. Brno: Littera, 2007. 112 s. ISBN 978-80-85763-36-2.
33. KILÍKOVÁ, Mária. *Základy manažmentu v ošetřovatelství I.* Bratislava: Sapientia, 2006. 68 s. ISBN 80-89271-01-4.
34. KIRANDEEP, Kaur a Singh RIPUDAMAN. *Burnout syndrome: impal of work environment in nursing occupation.* VDM Publishing, 2011. 96 s. ISBN 9783639295788.
35. KOLEKTIV AUTORŮ. *Sestra a urgentní stavy.* 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 549 s. ISBN 978-80-247-2548-2.
36. KOMAČEKOVÁ, Dagmar. Fyzická a psychická zátěž při poskytování ošetřovatelské péče – prevence, ochrana a podpora zdraví sestry. *Sestra*. Praha: 2009, roč. 19, č. 7-8, s. 26-28. ISSN 1210-0404.
37. KRÁLOVÁ, Věra. *Není tak docela jedno co pijeme.* [online]. [cit. 2012-04-02]. Dostupné z WWW: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-pacientske-listy/neni-tak-docela-jedno-co-pijeme-453142>
38. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 78s. ISBN 80-247-0784-5.
39. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. 1.vyd. Praha: Grada, 2010. 119 s. ISBN 978-80-247-3149-0.
40. KUNOVÁ, Václava. *Zdravá výživa*. 2. přeprac. vyd. Praha: Grada, 2011. 140 s. ISBN 978-80-247-3433-0.
41. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
42. KUTNOHORSKÁ, J. *Historie ošetřovatelství.* 1. Vyd. Praha: Grada, 2010. 206 s. ISBN 978-80-247-3224-4.
43. NAVRÁTIL, Leoš. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory.* 1. Vyd. Praha: Grada, 2008. 424 s. ISBN 978-80-247-2319-8.
44. NOVOTNÁ, Lenka a Markéta VALENTOVÁ. Zátěž sester v péči o umírající. *Sestra.* Praha: 2011, roč. 21, č. 1, s. 26-27. ISSN 1210-0404.

45. ONDRIOVÁ, Iveta a Anna SINAIOVÁ. Uplatňování holismu u kriticky nemocných. *Sestra.* Praha: 2011, roč. 21, č. 9, s. 54-56. ISSN 1210-0404.
46. PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetřovatelství I.* 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 285 s. ISBN: 978-80-247-3557-3.
47. POKORNÝ, Jiří, et al. *Urgentní medicína.* 1. Vyd. Praha: Galén, 2004. 547 s. ISBN 80-7262-259-5.
48. PTÁČEK, Radek, BARTŮNĚK, Petr, a kol. *Etika a komunikace v medicíně.* Praha: Grada, 2011. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
49. PTÁČEK, Radek. *Umíte odpočívat?* [online]. [cit. 2012-03-27]. Dostupné také z WWW: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-pacientske-listy/umime-odpocivat-454561>
50. RADVANOVÁ, Alena a Marie BAUEROVÁ. Stravování v noční směně – při třísměnném provozu. *Sestra*. Praha: 2006, roč. 16, č. 6, s. 21. ISSN 1210-0404.
51. RUDYŠOVÁ, Petra. *Kouření pomůže jen zdánlivě*. [online]. [cit. 2012-03-28]. Dostupné také z WWW: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-pacientske-listy/koureni-pomuze-jen-zdanlive-457520>
52. SLEZÁKOVÁ, Lenka, a kol. *Ošetřovatelství v chirurgii I.* 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 268 s. ISBN 978-80-247-3129-2.
53. SPARROWE, Linda. *Yoga*. Rizzoli, 2008. 454 s. ISBN 9780789399878.
54. STACKEOVÁ, Daniela. *Relaxační techniky ve sportu.* 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 133 s. ISBN 978-80-247-3646-4.
55. STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout.* 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 103 s. ISBN 978-80-247-3553-5.
56. SVAČINA, Štěpána, a kol. *Klinická dietologie.* Praha: Grada, 2008. 384 s. ISBN 978-80-247-2256-6.
57. SÝKOROVÁ, Anna. Spánek a jeho poruchy. *Sestra*. Praha: 2006, roč. 16, č. 4, s. 22. ISSN 1210-0404.
58. ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ. *Interní ošetřovatelství I.* 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 284 s. ISBN 978-80-247-1148-5.

59. ŠEVČÍK, Pavel, ČERNÝ, Vladimír, VÍTOVEC, Jiří. et al. *Intenzivní medicína.* 2. rozšíř. vyd. Praha: Galén, 2003. 422 s. ISBN 80-7262-203-X.
60. ŠÍMA, Petr a Bohumil TUREK. *Minerální látky-nezbytná součást výživy.* [online]. [cit. 2012-03-09]. <Dostupné také z WWW: http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-pacientske-listy/mineralni-latky-nezbytna-soucast-vyzivy-450648>
61. TIEFENBACHER, Angelika. *Trénink paměti.* 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 153 s. ISBN 978-80-247-3177-3.
62. TROJAN, Stanislav. Lékařská fyziologie. Praha: Grada, 2004. 772 s. ISBN 80-247-0512-5.
63. TUČEK, Milan. Prestiž povolání-tisková zpráva. [online]. [cit. 2012-04-17]. Dostupné z z WWW: <http://www.cvvm.cas.cz/upl/zpravy/101176s_eu110725.pdf>
64. VALÁŠKOVÁ, Dana. Sestra stráví denně v předklonu 96 minut. Sestra. Praha: 2008, roč. 18, č. 12, s. 22. ISSN 1210-0404.
65. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, lobbing, bossing*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 184 s. ISBN 978-80-247-3174-2.
66. VORLÍČEK, Jiří, ABRAHÁMOVÁ, Jitka, VORLÍČKOVÁ, Hilda, et al. *Klinická onkologie pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 328 s. ISBN 80-247-1716-6.
67. ZACHAROVÁ, Eva, HERMANOVÁ, Miroslava a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie: Teorie a praktická cvičení*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.
68. ZADÁK, Zdeněk, HAVEL, Eduard, a kol. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství.* Praha: Grada, 2007. 335 s. ISBN 978-80-247-2099-9.
69. ŽIDKOVÁ, Zdeňka. *Sestry a spánek.* [online]. [cit. 2012-06-02]. <Dostupné také z WWW: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/sestry-a-spanek-288288>

## 9. KLÍČOVÁ SLOVA

Všeobecná sestra

Životní styl

Zátěž

Syndrom vyhoření

Intenzivní péče

Náročnost

## 10. PŘÍLOHY

Příloha 1 – Prestiž povolání od roku 2004 do roku 2011

Příloha 2 – Dotazník pro sestry

Příloha 3 – Souhlas s prováděním výzkumného šetření – ON Havlíčkův Brod

Příloha 4 - Souhlas s prováděním výzkumného šetření – FN Motol

**Příloha č. 1**

Prestiž povolání od roku 2004 do roku 2011

| *Profese* | *11/2004* | | *9/2006* | | *6/2007* | | *6/2011* | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | průměr | pořadí | průměr | pořadí | průměr | pořadí | průměr | pořadí |
| *Lékař* | 89,5 | 1. | 90,4 | 1. | 89,8 | 1. | 89,1 | 1 |
| *Vědec* | 80,7 | 2. | 81,2 | 2. | 81,8 | 2. | 75,4 | 2 |
| *Zdravotní sestra* | | | | | | | 73,9 | 3 |
| *Učitel na vysoké škole* | 78,5 | 3. | 77,7 | 3. | 78,2 | 3. | 72,4 | 4 |
| *Učitel na základní škole* | 71,3 | 4. | 71,4 | 4. | 70,7 | 4. | 70,3 | 5 |
| *Projektant* | 64,1 | 7. | 65,8 | 6. | 65,5 | 6. | 61,7 | 6 |
| *Soudce* | 64,8 | 6. | 65,6 | 7. | 65,0 | 7. | 61,0 | 7 |
| *Programátor* | 66,3 | 5. | 67,8 | 5. | 65,7 | 5. | 60,8 | 8 |
| *Soukromý zemědělec* | 59,1 | 10. | 58,4 | 8. | 59,0 | 8. | 60,3 | 9 |
| *Účetní* | 53,5 | 14. | 55,9 | 12. | 51,3 | 15. | 54,1 | 10 |
| *Policista* | 47,6 | 20. | 49,5 | 20. | 52,1 | 13. | 53,9 | 11 |
| *Truhlář* | 50,8 | 16. | 53,1 | 16. | 51,4 | 14. | 53,2 | 12 |
| *Manažer* | 59,4 | 9. | 58,0 | 9. | 55,4 | 11. | 53,0 | 13 |
| *Starosta* | 60,1 | 8. | 57,9 | 10. | 57,4 | 9. | 52,6 | 14 |
| *Majitel malého obchodu* | 51,2 | 15. | 51,2 | 17. | 50,1 | 16. | 51,4 | 15 |
| *Profesionální sportovec* | 56,1 | 11. | 57,4 | 11. | 55,6 | 10. | 51,2 | 16 |
| *Opravář elektrospotřebičů* | 50,2 | 17. | 53,7 | 15. | 49,7 | 18. | - | |
| *Soustružník* | 47,7 | 19. | 51,1 | 18. | 49,0 | 19. | - | |
| *Voják z povolání* | 44,8 | 22. | 46,7 | 21. | 46,4 | 21. | 48,3 | 17 |
| *Stavební dělník* | | | | | | | 48,1 | 18 |
| *bankovní úředník* | 50,2 | 18. | 50,2 | 19. | 48,7 | 20. | 46,9 | 19 |
| *Novinář* | 54,4 | 12. | 54,7 | 13. | 53,0 | 12. | 46,5 | 20 |
| *Prodavač* | 42,8 | 24. | 44,4 | 22. | 41,5 | 23. | 43,6 | 21 |
| *Kněz* | 46,1 | 21. | 42,6 | 24. | 43,2 | 22. | 42,8 | 22 |
| *Sekretářka* | 43,7 | 23. | 44,1 | 23. | 40,5 | 24. | 41,4 | 23 |
| *Ministr* | 53,8 | 13. | 54,1 | 14. | 50,0 | 17. | 38,0 | 24 |
| *Uklízečka* | 29,4 | 26. | 33,8 | 26. | 29,0 | 26. | 34,0 | 25 |
| *Poslanec* | 39,9 | 25. | 38,9 | 25. | 36,5 | 25. | 27,0 | 26 |

Zdroj: TUČEK, Milan. Prestiž povolání – tisková zpráva. [online]. [cit. 2012-04-17]. Dostupné také z WWW: http://www.cvvm.cas.cz/upl/zpravy/101176s_eu110725.pdf

**Příloha č. 2**

Vážená kolegyně/ Vážený kolego,

jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studia, oboru Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Pracuji na své diplomové práci na téma Výkon profese v intenzivní péči a její vliv na životní styl sester. Tímto se na Vás obracím s žádostí o vyplnění tohoto dotazníku, který mi umožní podrobnější studium dané problematiky a návrhy řešení. Všechny údaje v dotazníku jsou naprosto důvěrné a budou využity pouze k vypracování mé diplomové práce.

Pokyny k vyplnění dotazníku:

- Vaše odpovědí, prosím, zaškrtněte křížkem, popř. doplňte
- vyplněný dotazník, prosím, předejte staniční sestře

Děkuji za spolupráci, Radka Švecová

1. **Věk:**

□ 21-25 □ 36-45

□ 26-35 □ 46 a více

2. **Nejvyšší dosažené vzdělání:**

□ SZŠ □ VŠ – Bc., Mgr.

□ VOŠ □ jiné: ……

3. **Pracujete na:**

□ intenzivní péči JIP/ARO □ standardní oddělení

4. **Co Vás přimělo k práci na tomto oddělení?**

□ akutní případy □ touha ošetřovat nemocné pacienty

□ platové ohodnocení □ jiné: ……..

5. **Celková délka Vaší odborné praxe?**

□ Do 1 roku □ 6 - 7 let

□ 1- 3 roky □ 8 a více let

□ 4 - 5 let

**6. Jste spokojen/a na pracovišti?**

□ Ano, naprosto

□ Částečně spokojen/a

□ Nespokojen/a

**7. Považujete Vaše zaměstnání za stresující?**

□ Ano □ Ne □ Někdy

**8. Pracujete přesčas?**

□ Ano

□ Ano, ale pouze v době dovolených a nemocí

□ Ne

**9. Jak hodnotíte interpersonální vztahy na Vašem oddělení:**

□ Velmi dobré

□ Dobré

□ Přiměřené

□ Špatné

□ Velmi špatné

- pokud jste na otázku odpověděl/a špatně, popř. velmi špatně, uveďte, prosím, důvod:

……

**10. Pocítil/a jste na sobě příznaky syndromu vyhoření?**

□ Ne □ Ano, zřídka

□ Ano, často □ Nevím

**11. Ve které z uvedených oblastí pociťujete největší pracovní zátěž?**

□ V psychické □ Ve fyzické

**12. Spíte pravidelně?**

□ Ano □ Spíše ne

□ Spíše ano □ Ne

**13. Spíte po noční směně?**

□ Ano □ Spíše ne

□ Spíše ano □ Ne

**14. Jaká je kvalita Vašeho spánku?**

□ Spím dobře

□ Spím krátce, často se probouzím

- Mám zvýšenou potřebu spánku, jsem často unavený/á
- Špatně usínám
- Užívám léky na spaní

**15. Máte čas na odpočinek, relaxaci?**

- Ano
- Ne

**16. Jakým způsobem nejčastěji trávíte volný čas?**

- Sport
- Četba
- Rodina
- Práce na zahradě
- Přátelé
- Výlety
- Domácí práce
- Jiné: ……..
- Televize

**17. Umožňují Vám pracovní podmínky pravidelně se v zaměstnání stravovat?**

- Ano
- Ne

**18. Snídáte?**

- ☐ Ano
- Pouze mimo zaměstnání
- Spíše ano
- Ne

**19. Kolikrát denně jíte?** ……

**20. Kolik tekutin denně vypijete?**

- ☐ Do 1litru
- 2 litry
- 1 až 1,5 litru
- Více jak 2litry

**21. Jaká je Vaše váha a výška?**

- Váha ……..
- Výška ……..

**22. Udržujete si svou tělesnou hmotnost?**

- Ano
- Spíše ne
- Spíše ano
- Ne

**23. Jste spokojen/a se svou tělesnou hmotností?**

- Ano
- Spíše ne
- Spíše ano
- Ne

**24. Označte prosím, jak často konzumujete níže uvedené potraviny.**

| POTRAVINY | Vícekrát denně | 1x denně | 1x-3x týdně | Párkrát do měsíce | Nejím |
|---|---|---|---|---|---|
| Ovoce | | | | | |
| Zelenina | | | | | |
| Mléčné výrobky | | | | | |
| Luštěniny | | | | | |
| Celozrnné pečivo | | | | | |
| Ryby | | | | | |
| Uzeniny | | | | | |
| Sladkosti | | | | | |
| **NÁPOJE** | | | | | |
| Voda | | | | | |
| Slazené vody | | | | | |
| Džusy | | | | | |
| Alkoholické nápoje | | | | | |
| Káva | | | | | |

**25. Kouříte?**

☐ Ano, více než 10 cigaret denně ☐ Příležitostně, ne denně

☐ Ano, méně než 10 cigaret denně ☐ Nekouřím

**26. Začal/a jste kouřit po nástupu na Vaše oddělení?**

☐ Ano ☐ Ne ☐ Nekouřím

**27. Zvýšil/a jste konzumaci tabákových výrobků po nástupu na Vaše oddělení?**

☐ Ano ☐ Ne ☐ Nekouřím

**28. Konzumujete alkoholické nápoje?**

☐ Ano

☐ Vůbec ne

☐ Příležitostně

**29. Označte prosím, zda s tvrzením souhlasíte či nikoli.**

| STRES | ANO | NE |
|---|---|---|
| Trpím často bolestí hlavy | | |
| Trpím často bolestí břicha/nevolností | | |
| Často se mi nechce do práce | | |
| Jsem často unaven/a | | |
| Cítím se fyzicky unaven/a | | |
| Cítím se psychicky unaven/a | | |
| Nerad/a komunikuji s pacienty | | |
| Nerad/a komunikuji s rodinou pacienta | | |
| Uvažuji o odchodu ze zaměstnání | | |
| Jsem často smutný/smutná | | |
| Jsem v práci spokojen/á | | |
| Baví mě ošetřovat nemocné | | |
| Mám rád/ráda, když se v práci něco děje – akutní situace | | |
| Stále se bojím, že udělám chybu | | |
| Mám kolegyně/kolegy se kterými nechci spolupracovat | | |
| Jsem často podrážděný/á | | |
| Většinou se do práce netěším | | |
| Akutní medicína mě baví | | |
| Rád/ráda navštěvuji školení kurzy o akutní medicíně | | |
| Práce mě nudí / v práci se nudím | | |
| Vadí mi rychlé pracovní tempo | | |

Děkuji za vyplnění dotazníku.

**Příloha č. 3**

NEMOCNICE HAVLÍČKŮV BROD

Nemocnice Havlíčkův Brod
Husova 2624, 580 22 Havlíčkův Brod
tel: 569 472 111
*Náměstkyně pro ošetřovatelskou péči*
E-mail: lada.novakova@onhb.cz

V Havlíčkově Brodě dne 13.2.2012

Vážená paní
Bc. Radka Švecová
Na Spravedlnosti 3229
580 01 Havlíčkův Brod

**Věc: Žádost o provádění výzkumu**

Vážená paní bakalářko,

souhlasím s prováděním výzkumu k Vaší diplomové práci na téma „Výkon profese v intenzivní péči a její vliv na životní styl sester".

S pozdravem

Bc. Lada Nováková
náměstkyně pro ošetřovatelskou péči

**Příloha č. 4**

FN MOTOL

# FAKULTNÍ NEMOCNICE v MOTOLE

*Náměstkyně pro ošetřovatelskou péči*
150 06 Praha 5 - Motol, V úvalu 84
☎ 22443 1050, Fax: 22443 1020
E-mail:jana.novakova@fnmotol.cz

V Praze dne 30.1.2012

Vážená paní
Bc. Švecová Radka
Na Spravedlnosti 3229
580 01 Havlíčkův Brod

**Věc: Žádost o umožnění provádění výzkumu**

Vážená paní bakalářko,

**vyhovuji** Vaší žádosti a **souhlasím** s prováděním výzkumu pro Vaši diplomovou práci na téma „Výkon profese v intenzivní péči a její vliv na životní styl sester". Kontaktujte prosím vrchní sestry, které potřebujete oslovit.

S pozdravem

Mgr. Jana Nováková, MBA
Náměstkyně pro ošetřovatelskou péči

FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE
150 06 Praha 5 - Motol, V Úvalu 84
náměstkyně pro oš. péči
IČO: 00064203 DIČ: CZ00064203