

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Vliv bolesti hlavy u sester na výkon profese

Bakalářská práce

Abstract

We have selected this topic of the bachelor's thesis because the number of people suffering from headaches has been increasing in the population. Headaches affect quality of life of patients to a considerable degree. This research has revealed that more than a half of nurses suffer from headaches, which is alarming. The nursing profession is very demanding in physical and psychical terms so we were interested how headaches affect labour performance of nurses, whether their impact is negative or whether headaches have no effect on the performance of nurses.

The first objective of the thesis was to ascertain what risk factors evoke headaches of nurses. The second objective was to ascertain whether headaches of nurses affect their labour performance. Both objectives have been fulfilled. We have used a quantitative research and distributed the total number of 150 questionnaires. 110 duly completed questionnaires were used for the data analysis. The research set was selected at random and consisted of nurses working in out-patient wards and in multi-shift operation, namely in hospitals and health centres Oblastní nemocnice Příbram, a.s., Středisko zdraví spol. s r.o. in Dobříš and Fakultní nemocnice Motol (Motol University Hospital).

Hypothesis H1 stating that occurrence of headaches with nurses is influenced by the multi-shift character of the operation has not been confirmed while hypothesis H2 stating that occurrence of headaches with nurses is influenced by stress at work has been confirmed. Hypothesis H3 stating that headaches have a negative impact on labour performance of nurses has also been confirmed.

This thesis will refer to the fact that the number of people suffering from headaches has been growing. It will also focus on the characteristics of the nursing profession and emphasize the main strains laid on nurses in this occupation. It will draw attention to faults in nursing practice that occur due to headaches of nurses. The resulting findings are alarming since mistakes made by nurses in their nursing performance or incorrect records in health documentations of patients may result in a serious risk to the health of patients.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Vliv bolesti hlavy u sester na výkon profese“ 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 bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích.....

.....
podpis studenta

Poděkování

Děkuji vedoucí práce Mgr. Aleně Machové R.N. za odborné vedení, cenné rady, podporu a trpělivost při zpracování mé bakalářské práce. Zároveň děkuji Ing. Václavu Brožovskému za spolupráci a odborný dohled při statistickém zpracovávání sebraných dat.

Obsah:

ÚVOD.....	3
1. SOUČASNÝ STAV.....	5
1.1 Anatomie a fyziologie mozku.....	5
1.1.1 Základy anatomie mozku	5
1.1.2 Základy neuroanatomie a fyziologie.....	6
1.2 Bolest.....	7
1.2.1 Definice bolesti	7
1.2.2 Patofyziologie bolesti.....	8
1.2.3 Faktory ovlivňující bolest	9
1.2.4 Rozdělení bolesti	9
1.3 Bolesti hlavy.....	11
1.3.1 Migréna.....	12
1.3.2 Tenzní bolesti hlavy	14
1.3.3 Cluster headache – Syndrom nakupených bolestí hlavy.....	15
1.3.4 Diagnostika bolesti hlavy.....	16
1.3.5 Ošetřovatelský proces u pacienta s bolestí hlavy	18
1.4 Vliv povolání u sester na bolesti hlavy	21
1.4.1 Povolání sestry.....	21
1.4.2 Charakteristika povolání všeobecná sestra	22
1.4.3 Psychická zátěž sester a stres	25
1.4.4 Stres jako reakce na psychickou a fyzickou zátěž u sester.....	26
1.4.5 Fyzická zátěž sester.....	27
1.4.6 Úplné pracovní vytížení sester.....	28
1.4.7 Vliv správné životosprávy na prevenci bolestí hlavy u sester.....	29
2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY.....	31
2.1 Cíle práce.....	31
2.2 Hypotézy	31
3. METODIKA.....	32
3.1 Metodika práce.....	32
3.2 Výzkumný soubor.....	33

4.	VÝSLEDKY	34
5.	DISKUSE	58
6.	ZÁVĚR	69
7.	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	71
8.	KLÍČOVÁ SLOVA.....	74
9.	PŘÍLOHY	75

Úvod

Bolesti hlavy jsou pouhým symptomem jako bolesti páteře, hrudníku, břicha a mohou mít velké množství možných příčin. Neznáme dosud žádnou vyšetřovací metodu, která by jednoznačně diagnostikovala jednotlivé bolesti hlavy. Rozlišujeme tzv. primární bolesti hlavy, které neohrožují život pacienta. Jsou projevem komplexního, benigního, chronického záchvatovitého onemocnění. Jedná se o migrény, tenzní bolesti hlavy, cluster headache – syndrom nakupených bolestí hlavy. Primární bolesti hlavy podstatně snižují kvalitu života pacienta, negativně ovlivňují jeho rodinný, pracovní a společenský život. Pacient pak netrpí jenom tím, že má časté záchvaty velmi silných bolestí provázené nevolností, zvracením, nevykonností, ale trpí hlavně neustálým očekáváním dalších atak, které pacienta vyřazují z běžného pracovního a společenského života. Tyto typy primárních bolestí hlavy dobře reagují na rychlou, specifickou léčbu jednotlivých atak. Důležitá je také pečlivá profylaktická léčba ke snížení výskytu jednotlivých atak.

Prvním projevem celkového, závažného onemocnění pacienta nebo onemocnění mozku, kdy jde o život ohrožující stav, se mohou dostavit tzv. sekundární bolesti hlavy. Tyto bolesti vyžadují okamžitý zásah odborníka. Někdy je nutná spolupráce s lékaři více odborností, zejména těch, zabývajících se oblastí hlavy a krční páteře (neurochirurg, oftalmolog aj.). Většina typů sekundárních bolestí hlavy vyžadují již v akutní fázi rychlý, diagnostický a terapeutický zákrok.

Bolest hlavy je jedním z nejčastějších neurologických onemocnění v populaci. Různé typy bolestí hlavy postihují přes 90 % populace. Špatně léčená, nebo neléčená bolest negativně ovlivňuje kvalitu života pacienta. Povolání sestry klade velké nároky na fyzickou a psychickou stránku osobnosti. Klade nároky na kvalitní odborné znalosti, umění komunikovat s lidmi, spolupracovat s lékaři a ostatními členy ošetrovatelského týmu, schopnost naslouchat nemocným lidem, vést preventivní péči, celoživotně se vzdělávat. Je zde na místě si připomenout, že sestra má nejen svou funkci v povolání, ale je to i manželka, partnerka a matka. Vysoká míra povinností kladených na sestru má potom za následek, vznik bolestí hlavy, nespavost, nervozitu a nevykonnost. Toto vše

pak může negativně ovlivnit samotný výkon tím, že sestra není dobře soustředěná, chybí a ohrožuje tak zdraví pacienta.

Téma mé bakalářské práce vliv bolesti hlavy u sester na výkon profese jsem si zvolila z důvodu, protože já sama již od dětství trpím migrénou. Mám tedy zkušenosti s tím, jak při akutním záchvatu provádím ošetrovatelské úkony, komunikuji s pacienty, s lékaři, se spolupracovníky a vedu zdravotnickou dokumentaci. Nepřihodilo se mi, že bych chybně provedla nějaký výkon, ale při migréně se musím na svou práci více soustředit a provádím ji pomaleji. Zajímalo mě tedy, jaký bude počet sester z celkového výzkumného souboru, které trpí bolestí hlavy, jestli je bolest hlavy příčinou absence v zaměstnání, chybují-li sestry v ošetrovatelských výkonech nebo ve zdravotnické dokumentaci a zda jim bolest hlavy stěžuje schopnost komunikace s ostatními členy ošetrovatelského týmu a pacientem.

1. Současný stav

1.1 Anatomie a fyziologie mozku

1.1.1 Základy anatomie mozku

Mozek je uložený v lebeční dutině. Jeho hmotnost je okolo 1500g. U dětí váží 400g. Dělí se na dvě hemisféry tvořené jednotlivými mozkovými laloky. Na povrchu je šedá hmota mozková tvořící mozkovou kůru (korovou část). Podle typu buněk v korové části rozlišujeme různá korová centra. V čelním laloku se nachází Brocovo řečové centrum a motorické centrum pro úmyslné pohyby. V temenním laloku je centrum kožní citlivosti. Přináší informace pro bolest, chlad, teplo, dotyk. Týlní lalok tvoří centrum pro zrak. Ve spánkovém laloku je sluchové centrum. V temenním laloku je chuťové centrum. Na spodině čelního laloku, kde končí čichový nerv, je čichové centrum (2, 18).

Šedá hmota mozková je 2 – 5 mm široká, obsahuje 13 – 15 miliard nervových buněk. Je rozbrázděna v závity (gyry) a zářezy. Na spodině šedé hmoty mozkové jsou jádra z šedé hmoty (bazální ganglia). Pro hemisféry je typická dominance. Je to vlastnost jedné z hemisfér řídit určité funkce. Levá hemisféra je dominantní pro řeč a myšlení. Pravá hemisféra je důležitá pro chápání v čase a prostoru. Ve vnitřku hemisfér všude mezi bazálními gangliemi a mozkovými komorami je bílá hmota mozková. Mozek se dělí na zadní mozek, střední mozek a přední mozek. Zadní mozek tvoří prodloužená mícha (medulla oblongata), most Varolův (pons Varoli), mozeček (cerebellum) [2].

Střední mozek (mesencephalon) spojuje zadní mozek s předním mozkem. Přední mozek je tvořen mezimozkem (diencephalon), podvěskem mozkovým (hypophysis cerebri) a mozkovými polokoulemi (hemisféry) se systémem bazálních ganglií (2).

Mezimozek je tvořen dvěma vejčitými jádry – thalamy. Pod nimi je trojúhelníkový prostor hypothalamus, na němž je zavěšen podvěsek mozkový (hypofýza). Hypothalamus má dvě důležité funkce. První funkce se týká regulace tvorby hormonů, které vznikají v hypofýze. Druhá funkce hypothalamu spočívá v řízení

činnosti autonomních vláken pro dýchání, krevní oběh, trávicí trubici, udržování tělesné teploty a pro činnost žláz s vnitřní sekrecí. V zadní jámě lebeční nad prodlouženou míchou a mostem Varolovým leží mozeček (cerebellum). Udržuje automaticky rovnováhu těla, koordinuje pohyby, zajišťuje plynulost pohybů a řídí napětí ve svalech (1, 2, 18).

1.1.2 Základy neuroanatomie a fyziologie

Nervový systém se z anatomického hlediska dělí na centrální nervový systém (CNS) a periferní nervový systém (PNS). Centrální nervový systém tvoří mozek a mícha. Periferní nervový systém tvoří mozkové a míšní nervy. Z hlediska fyziologického se nervový systém dělí na somatický a autonomní (viscerální) [2].

Somatický systém zajišťuje aferentní senzitivní a senzorické informace. Tyto informace se týkají hmatu, bolesti, polohocitu, zraku. Somatický systém ještě vytváří informace pro eferentní vlákna, které se týkají motoriky kosterních svalů (1).

Autonomní systém zajišťuje senzitivní informace z viscerálních orgánů, je důležitý také pro motorickou kontrolu hladkých svalů, srdce a žláz s vnitřní sekrecí (1).

Základní stavební i funkční jednotkou nervové soustavy je nervová buňka (neuron). Skládá se z buněčného těla, ze kterého vychází jeden výběžek vedoucí vzruchy od buňky – neurit (axon) a řada menších výběžků vedoucí vzruchy k buňce – dendrity. Nervový systém obsahuje kromě neuronů také podpůrné (gliální) buňky. Patří do nich astrocyty, které se podílejí na stavbě a metabolismu neuronů a oligodendrocyty, které vytvářejí myelinovou pochvu kolem axonů CNS. Nervový vzruch je fyzikálně – chemická změna přenášená nervovými vlákny. V klidu má vnitřek neuronu negativní náboj, povrch neuronu je naopak pozitivní, membrána je polarizována. Při podráždění se polarita obrátí, povrch je negativní, dojde k depolarizaci a vlně elektrické negativity, která se šíří po celém povrchu membrány (1, 2).

Od nervového vzruchu se musí odlišit podnět. Jde o energii, jenž vzruch vyvolává. Působení podnětu je dráždění (stimulace). Důležitou činností nervového systému je přenos vzruchů z jednoho neuronu na druhý, který se uskutečňuje v synapsích. Přenos vzruchů neuronem musí mít svoji vstupní část (receptor). Z něho je

informace dále vedena axonem a převáděna synapsí na výkonný orgán (efektor). Stav, kdy se usnadňuje přenos vzruchu je facilitace (1).

Pokud je vzruch zbrzděn nebo zhoršen nazývá se inhibice. Při postižení nervového systému se příznaky obecně dělí na pozitivní a negativní. Při poškození neuronu dochází k výpadu funkce úplně nebo částečně, protože dráždivost neuronu je snížena. Vzniknou negativní příznaky týkající se snížené svalové síly, poruchy citlivosti, ochrnutí. Při částečném postižení neuronu může být dráždivost zvýšená, vzruchy se tvoří i při slabém podráždění a vznikají pozitivní příznaky, zejména bolest (1, 2).

V mozku a míše neexistuje regenerace nervových buněk a vláken. Pokud zanikne nervová buňka, je to nevratný stav. Nervový systém má avšak schopnost přizpůsobovat se určitým vlivům, což se označuje jako plasticita. Ta hraje často velkou roli při kompenzaci poškození některé části CNS (1).

1.2 Bolest

1.2.1 Definice bolesti

„Bolest je nepříjemná senzomotorická a emocionální zkušenost spojená s akutním nebo potencionálním poškozením tkání, nebo je popisována výrazy takového poškození...Bolest je vždy subjektivní...“ (WHO, 1984) [27].

Bolest je pouze subjektivní zážitek a existuje vždy, kdykoli nemocný říká a zmiňuje, že bolest má. Bolest je komplexním zážitkem a současně i komplexní informací pro lékaře a sestru. Bolest je neurochemický proces modifikovanými sociálními a psychologickými faktory. Je to nejuniverzálnější jev v životě všech lidí (27, 31).

Bolest je vesměs chápána jako příznak onemocnění, které signalizuje patologické poškození organismu. Vnímání bolesti a reakce na ni jsou výsledkem interakcí mnoha faktorů. Proto je tak obtížné bolest definovat. Lidé pečující o pacienty s bolestí si musí uvědomit, že přicházejí do styku s širokou škálou biologických odlišností a to i s různými odlišnostmi v chování, jenž nelze vždy jednoznačně vysvětlit, a že bolest a poranění nemusí vždy souviset (21).

1.2.2 Patofyziologie bolesti

Bolestivé podněty jsou vnímány volnými nemyelinizovanými nervovými vlákny v kůži a ve tkáních citlivých na bolest. Tato vlákna mohou být podrážděna fyzikálními podněty (tlak, teplo, mechanické poranění) nebo tkáňovými hormony (prostaglandin E a F, histamin, serotonin, bradykin), které jsou uvolňovány přímo z postižených tkání (Klinická propedeutika). Podrážděná vlákna se nazývají nociceptory, jsou obsažena v různé hustotě v kůži i ve vnitřních orgánech. V lidském těle jsou jich miliony – okolo 1300 na každých 2,5 cm² kůže (11, 27).

Podle reakce na bolestivé podněty a podle způsobu vedení bolesti se nociceptory dělí na mechanoreceptory – podráždění vedené vlákny typu A (slabě myelinizovaná vlákna vedoucí tzv. rychlou bolest). Dále se nociceptory dělí na polymodální nociceptory, které reagují na mechanickou, chemickou a tepelnou stimulaci. Podněty jsou vedeny vlákny typu C (pomalá nemyelinizovaná vlákna vedoucí tzv. pomalou bolest). Těchto vláken je však více. Tvoří téměř 60 % všech do ústředí vedoucích nervových vláken. Z místa podráždění je vzruch veden aferentními senzitivními nervovými vlákny do thalamu, z něj do mozkové kůry, kde dojde ke zpracování podnětu a eferentními vlákny je odpověď vedena z mozku zpět k postiženému orgánu (7, 11, 27).

Základem bolestivého vjemu je nocicepce. Nocicepce a zážitek bolesti nejsou identické. Nocicepce znamená neurologickou reakci a reflexní odpověď způsobenou poškozením nebo možným poškozením tkáně. Bolest je naproti tomu nepříjemný sensorický a emoční zážitek spojený se skutečným nebo potenciálním poškozením tkáně. Bolest je subjektivní, nocicepce nikoliv (7).

Každý jedinec vnímá bolest odlišně. Její intenzita je také závislá na denní době. Zda nocicepce povede k bolestivému vjemu, rozhoduje úroveň endogenní modulační bolesti. Bolest však může být přítomna i bez nocicepce. Příkladem je neurogenní bolest, kdy nejsou aktivovány nociceptory. Zdrojem bolestivého dráždění je porušená svalová struktura, nervové vlákno nebo vyšší ústředí (7, 27).

1.2.3 Faktory ovlivňující bolest

Do fyziologicko – biologických faktorů zařazujeme fyziologii bolesti, věk, vývojové faktory, nemoc. Je důležité, aby sestra dokázala zacházet s bolestí jak z tělesného tak i z psychologického hlediska. Vnímání bolesti se mění během jednotlivých vývojových etap člověka. Každý jedinec vnímá bolest jinak, jinak se s ní vyrovnává a jinak ji dává najevo. Mezi pohlavími se vnímání bolesti také odlišuje (8, 21).

Psychicko – duchovní faktory zahrnují osobnost člověka, náladu, pocity, strach, úzkost, vztek, hostilitu, frustraci. Do osobnosti člověka zahrnujeme, zda je introvert či extrovert, emocionálně labilní či emocionálně stabilní, odolný nebo málo odolný vůči zátěži. Negativní pocity a nálady ovlivňují vnímání bolesti. Deprese, smutek, strach, izolace, rozčilení, starosti, nespavost aj. bolest zesilují. Znalosti psychických faktorů souvisejících s bolestí pomáhají sestře lépe pochopit pacientovo chování. Je všeobecně známo, že úzkost souvisí zejména s akutní bolestí. Úzkostný pacient vnímá bolest silněji. Deprese souvisí s bolestí chronickou. Lidé v depresi na bolest hodně myslí a fixují se na ni. Pro každého má bolest individuální význam (9, 12).

Sociálně – kulturní faktory se týkají výchovy, sociální závislosti, osamělosti i etnografických vlivů. V mnohých kulturách založených na židovské a křesťanské etice se může bolest považovat za trest po spáchaném zlém skutku. U jiných národů je bolest součástí rituálů a ceremonií, protože tolerance bolesti zvyšuje sílu a vytrvalost. Odpověď na bolest a její vnímání závisí také na okolí jedince, kterým je obkloповán. Vyrovnané a dobré mezilidské vztahy, kontakty s blízkými osobami mohou bolest snížit nejen u dětí, ale i u dospělých (9, 27).

1.2.4 Rozdělení bolesti

Podle časové závislosti se bolest rozděluje na akutní a chronickou. Akutní bolest může vzniknout náhle z plného zdraví, nebo se přihlašuje pomalu z počátečních, zcela neurčitých bolestí a pak rychle dosáhne velké intenzity. Má krátké trvání, může být přítomna pouze několik okamžiků, avšak i několik týdnů. Dostavuje se zpravidla okamžitě po bolestivém podnětu a je to bolest pálivá, bodavá, ostrá. Pacienta tato bolest

omezuje v běžných denních aktivitách. Bývá dobře lokalizována. Vychází především z kůže, kloubů a svalů. Řadí se do ní i některé druhy kolikovitě bolesti (28).

Akutní bolest při vysoké intenzitě hodně zatěžuje pacienta a spustí obranné fyziologické reakce, jako je hypertenze, tachykardie, pocení, zvýšená citlivost na světlo. Způsobuje také vynucené fyziologické reakce, např. vynucenou polohu těla, bolestný výraz v obličeji a verbalizaci bolesti. Akutní bolest má ochrannou funkci, protože vyvolává u pacienta obranné reakce. Zdůrazňuje mu tedy, kdy je pacient v nebezpečné situaci. Ohrožení pacienta nastává při možnosti popálení, traumatu, zánětu, úrazu. Signalizuje i důležitost urgentního operačního výkonu a mnoho jiných nebezpečných situací pro pacienta (7, 21, 28).

Doba trvání akutní bolesti se počítá do 6 týdnů. Akutní bolest ustupuje tehdy, když je diagnostikována a léčena její příčina nebo jsou podána analgetika. Při záchvatu akutní bolesti je pro pacienta velice důležité, aby sestra pacientovi projevila empatii, zdůraznila mu, že ví, jak mu je a jak trpí. S pacientem je také důležité udržovat nejen slovní, ale i haptický kontakt. Napomáhá to ke zklidnění pacienta a tedy i k dobrému zvládnutí akutní bolesti (7).

Více než šest týdnů, měsíce i roky, může trvat bolest chronická. Chronickou bolest lze ještě rozdělit na nenádorovou a nádorovou. Chronická nenádorová bolest nemá ve srovnání s bolestí akutní ochranný a signalizační význam, problematická je také lokalizace a určení kvality bolesti. Chronická bolest vede u pacienta k vážným emočním změnám. Nemocní se stávají úzkostliví, trpí depresi, jsou frustrováni, soustřeďují se jen na bolest, trpí nespavostí a nechutenstvím. Významně se zhoršuje kvalita života pacienta. Dochází ke změně postoje v životě, pacienti mají často katastrofický způsob myšlení. Mění se pacientovo sebepojetí a sebekoncepce (7, 28).

Nemocní s chronickou bolestí se často izolují od společnosti, mohou být i agresivní. Přeměňují si životní priority, životní plány. Chronická bolest může u pacienta změnit postavení v zaměstnání i ekonomickou situaci. Nejčastější typy chronické bolesti jsou bolesti pohybového aparátu, bolesti hlavy, migrény, neuralgie, bolesti obličeje, nádorová onemocnění, fantomové bolesti (7, 28).

1.3 Bolesti hlavy

Bolest hlavy je jedním z nejčastějších příznaků v lidské populaci. Často obtěžuje nejen vlastní bolestí, ale přináší zhoršení životní pohody, depresi, někdy i pocity strachu, negativně ovlivňuje rodinný, pracovní a společenský život. Bolest hlavy je pouhým symptomem. Diagnóza bolesti hlavy je vždy pouze deskriptivní, neznáme dosud žádnou vyšetřovací metodu, která by jednoznačně rozlišila jednotlivé bolesti hlavy (1, 29).

Nejčastější mechanismy vzniku jsou přímý tlak, poškození senzitivních nervů nebo drah – neuralgie, vazodilatace, záněty, spasmy v oblasti hlavy a šíje, ale i psychogenní reakce. Jednotlivé mechanismy se mohou kombinovat. Bolest hlavy má mnoho forem a příčin, určení diagnózy závisí na pečlivém a cíleném anamnestickém rozboru i na klinických projevech (1, 29).

Nejčastější jsou primární bolesti, kam řadíme migrény, tenzní bolesti hlavy, cluster headache a jiné bolesti hlavy bez strukturální léze mozku. Primární bolesti hlavy tvoří samostatnou skupinu, nejsou projevem nějakého dalšího onemocnění. Jejich příčina není dosud jednoznačně vysvětlena. Neohrožují pacienta na životě. Hlavním rysem je chronický průběh, kdy se bolest hlavy opakuje s různou intenzitou záchvatů. Další charakteristikou pro primární bolesti hlavy je frekvence výskytu (29).

Bolest hlavy se může opakovat nejen měsíce, ale i léta. Sekundární bolesti hlavy bývají však prvním projevem onemocnění. Ohrožují život pacienta a vyžadují okamžitý zásah lékaře. Příčiny sekundárních bolestí hlavy jsou velmi rozmanité. Na léčbě se podílí tým lékařů složený z více odborností (1).

V roce 1983 vznikla mezinárodní organizace zabývající se bolestmi hlavy „The International Classification of Headache Disorders“. V české republice byla v roce 1993 založena „Sekce pro diagnostiku a léčbu bolestí hlavy při Neurologické společnosti ČR (Czech Headache Society) [1, 30].

1.3.1 Migréna

Migréna je záchvatovité onemocnění, charakterizované opakovanými atakami pulsující, převážně jednostranné bolesti střední nebo těžké intenzity, často současně s nauzeou nebo zvracením, přecitlivělosti na světlo (fotofobie) a hluk (fonofobie) [25].

Podle statistických údajů trpí v lidské populaci migrénou 12 – 14 % žen, mužů 6 – 8 %. Migréna začíná často v pubertě, může se však vyskytovat i u dětí (1, 25).

Etiologie a patogeneze migrény není dosud objasněna. Dochází k paroxysmální dysfunkci v oblasti hypotalamu, která druhotně vede k bolestivé vazodilataci cév a uvolňování vazoaktivních látek např. serotoninu, noradrenalinu. Vazodilatace cév vzniká především v oblasti pátého hlavového nervu – n.trigeminus – trojklanný nerv. Některé migrény mohou být vázány na menstruační cyklus, psychický stres, uplatňovat se mohou i vlivy alergické (29).

Spouštěcí faktory migrény jsou genetické dispozice, hormonální změny, léky, vliv prostředí, změny počasí, nadbytek či nedostatek spánku, příjem určitých potravin, stravovací návyky, vůně, stres, emoční změny, blikavá světla, nadměrné kouření a mnoho jiných faktorů. Spouštěcí faktory migrény jsou u každého jedince individuální (30).

Diagnóza migrény se určuje podle anamnézy pacienta, klinických příznaků a neurologického nálezu. Další pomocná vyšetření jsou RTG hlavy, CT mozku (počítačová tomografie), MRI (magnetická rezonance), EEG (elektroencefalografie) [25].

Klinický obraz migrény se projevuje opakovanými záchvatovými bolestmi hlavy, které trvají 4 – 72 hodin. Bolest se vyskytuje na jedné straně hlavy, je pulzující, střední až těžké intenzity. Následkem každodenní tělesné námahy např. chůze do schodů se bolest zvětšuje. Pacient má nauzeu, zvrací. Je světloplachý a přecitlivělý na hluk (25).

Migréna může probíhat jako záchvat bez aury a s aurou. Při migréně bez aury se záchvaty vyskytují v pravidelných nebo nepravidelných intervalech. Mezi jednotlivými záchvaty netrpí pacient bolestmi hlavy, neobjevují se u něj ani jiné příznaky migrény. Při migréně s aurou má pacient všechny zmíněné příznaky, které jsou navíc

doprovázeny neurologickými poruchami, jaké nazýváme aura. Pacient trpí problémy jako jsou skotom (tmavá skvrna v zorném poli s nepravidelnými okraji), zúžení zorného pole, vidění třpytek, poruchy řeči, necitlivost rukou nebo obličeje, závrat' nebo poruchy rovnováhy. Aura se objevuje asi po 15 minutách a trvá kolem 1 hodiny. Poté zpravidla zmizí a přichází bolest hlavy. Samotný záchvat migrény má čtyři fáze. První fáze je fází prodromální. Druhá fáze se nazývá fáze aury. Fáze vlastních bolestí hlavy je třetí fází migrenózního záchvatu. Poslední čtvrtou fází je terminální fáze (30).

Fáze prodromální se vyznačuje příznaky, které odkazují na selhání a podráždění různých částí mozku. Obvykle trvá 8 – 48 hodin před začátkem záchvatu. Příznaky tohoto stádia jsou velmi dobrá nálada nebo podrážděnost, únava spojená s častým zíváním, mžítka před očima, velký hlad a chuť především na sladké, zácpa, časté močení, poruchy řeči a koncentrace (25).

Fáze aury nastupuje asi jednu hodinu před začátkem záchvatu. Nejčastějším typem aury je vizuální aura. Pacient trpí skotomy, fosfeny, vnímá třpytivé útvary v zorném poli, klikaté vlnovky, předměty mohou rotovat, měnit tvar i barvy. Vzácným typem vizuální aury je tzv. „syndrom Alenky v říši divů“, kdy postavy v okolí jsou protáhlé, deformované. Vedle aury vizuální se u pacienta vyskytuje aura senzitivní. Při ní dochází k brachiofasciálním parestéziím, hemiparestéziím, hypestézie, poruchám polohy, poruchám pohybu (25).

Ve fázi vlastní bolesti hlavy jde o záchvatovitou bolest, trvající většinou několik hodin, někdy i několik dnů. Bolest se objevuje v kteroukoliv denní dobu, přichází pozvolna. Lokalizace bolesti je ve většině případů fronto – temporální, často se šíří hlavně do očí i do okcipitální krajiny. Intenzita bolesti hlavy je u migrény převážně velká. Typický záchvat migrény trvá maximálně 72 hodin. Při delším trvání jde o status migraenosus. Frekvence záchvatů je různá. Standartně se objevují záchvaty 2krát až 5krát za měsíc. Odeznění záchvatu může u pacienta končit zvracením nebo po spánku. Pulzující bolest často vystřídá tupá bolest, která postupně skončí (25, 29).

Medikamentózní léčba migrény se liší podle toho, zda má migréna lehký, střední či těžší průběh. U lehké formy migrény podáváme analgetika obsahující kyselinu acetylosalicylovou (Paracetamol) nebo nesteroidní antiflogistika (Ibuprofen, Diclofenac

aj.). Dále pacient může užít antiemetika (domperidon). Při střední formě migrény se užívají analgetika a antiflogistika parenterálně, pokud je léčba neúspěšná, jsou na místě specifická antimigrenika – triptany (Sumatriptan, Naratriptan, Zolmitriptan) mohou být používány ve formě tablety, nosního spreje, injekcí.. Na těžkou formu migrény lze použít intravenózní aplikaci derivátů kyseliny valproové (Convulex, Depakine) [1, 30].

Medikamentózní léčbu by měl pacient doplnit studeným obkladem, kompresí temporálních tepen, pobytem ve tmavé místnosti a spánkem. Všechna tato opatření jsou individuální. Pacienti s migrénou si sami vyzkoušejí čím svou migrénu zmírňují. Takový způsob léčby potom používají. Migréna nemůže být léčena pouze preskripcí léků. Důležitá je vždy režimová léčba a správná životospráva pacienta (1).

1.3.2 Tenzní bolesti hlavy

Tenzní bolesti jsou nejčastější typ bolestí hlavy. Jedná se o chronické denní bolesti hlavy, idiopatické bolesti hlavy, bolesti hlavy ze svalové kontrakce, psychogenní bolesti hlavy, stresové bolesti hlavy, lokalizované bolesti hlavy, epizodické tenzní bolesti hlavy (30).

Bolesti jsou typicky neparoxysmální, tupé, většinou oboustranné. Obvykle jsou bez zvracení, lokalizované hlavně v týle nebo ve spáncích. Mají formu epizodickou, kdy bolesti trvají hodinu nebo několik dnů. Obecně to lze charakterizovat 30 minut až 7 dní. Forma chronických tenzních bolestí hlavy trvá i více týdnů . Častý je familiární výskyt (1).

Provokačními faktory jsou různé psychosociální stresy, chronické každodenní spory v rodině a v zaměstnání, nefyziologické pracovní pozice (práce u počítače, dlouhotrvající psaní a čtení, anxiozita, deprese a jiné emoční vlivy) [30].

V patogenezi tenzích bolestí hlavy jsou nejvíce zastoupeny spasmy šíjového a hlavového nervstva (n.frontalis, n.occipitalis), biochemické změny v krvi a změny průtoku v mozkových cévách (1).

V diagnostice tenzních bolestí hlavy je důležitá podrobná anamnéza pacienta a neurologické vyšetření. V objektivním neurologickém vyšetření zjišťujeme přecitlivělost svalů. Nejčastěji bolest postihuje n.trapezius, n.occipitalis, n.temporalis.

Další pomocnou diagnostickou metodou je EMG (elektromyografie) perikraniálních svalů (30).

Klinický obraz tenzních bolestí hlavy se projevuje jako záchvatovité, oboustranné, tupé, tlakové bolesti hlavy mírné až střední intenzity, které jsou často spojeny s únavou a velmi často jim předchází emoční podnět. Nástup bolesti hlavy je pozvolný. K nejsilnější bolesti hlavy dochází v odpoledních hodinách. Intenzita bolestí hlavy během dne kolísá. Pracovní, domácí a společenské aktivity jsou sice omezeny, nikoli však do takové míry jako u migrény. Jednotlivý záchvat trvá hodiny až dny. Objeví se nejčastěji během dne. Pacient má pocit tlaku, „obruče“ kolem hlavy, přecitlivělost skalpu, nepříjemné pocity při česání. Někdy pacient udává ztuhlost šíjových, krčních a trapézových svalů. Zvracení se u tohoto typu bolesti vyskytuje zřídka. Obtíže se obvykle nezhoršují fyzickou námahou ani požitím alkoholu (30).

V medikamentózní léčbě se užívají především jednoduchá analgetika (kyselina acetylosalicylová, Paracetamol). Při větších obtížích se analgetika kombinují s Kodeinem nebo myorelaxancií. Pacient může užívat i psychofarmaka s antidepresivními a anxiolytickými účinky (Guajacuran, Oxazepam, Prothiaden, Amitriptylin). Medikamentózní léčbu doplňuje samozřejmě režimová léčba a další podpůrná léčba. Jsou to obstrukce bolestivých míst Mesocainem 1 %. Významnou roli má i psychoterapie a akupunktura (30).

1.3.3 Cluster headache – Syndrom nakupených bolestí hlavy

Tímto typem primárních bolestí hlavy trpí v 90 % muži kolem 30. roku věku. Pro diagnostiku tohoto typu bolesti hlavy je důležitá důkladná anamnéza a klinické projevy (1, 29).

Cluster headache – syndrom nakupených bolestí hlavy se u pacienta projevuje silnými, jednostrannými záchvaty v oblasti orbity a jejího okolí. Dochází současně k slzení, sekreci z nosu, zduření nosní sliznice, pocení na čele i tváři, někdy i k edému víčka. Typické je nakupení záchvatů v periodách různého trvání, kdy má pacient denně 1 – 7 záchvatů. Ataky trvají několik minut až hodin. Remise mezi atakami mohou trvat měsíce i roky. Vyskytují se převážně v nočních hodinách a vždy ve stejnou dobu.

Pacienta bolest hlavy obvykle nutí vstát a chodit po místnosti, protože ve stoje jsou bolesti hlavy menší. Záchvaty mohou být vyvolány požitím alkoholu (1, 29).

V léčbě akutních bolestí se užívá inhalace 100 % kyslíku, triptany, někdy prednison. Podle častosti výskytu záchvatů je léčba doplněna o antidepresiva (amitriptylin, dosulepin – Prothiaden), antiepileptika (kyselina valproová), blokátory kalciových kanálů (flunarizin, cinnarizin), antagonisté serotoninu (1).

1.3.4 Diagnostika bolesti hlavy

Při hodnocení bolesti hlavy musí sestra ve spolupráci s lékařem získat anamnézu bolesti a asistovat lékaři při fyzikálním vyšetření se zaměřením na pacientovy fyziologické a behaviorální odpovědi na bolest. Pečlivá anamnéza poskytne úvodní informace, podle kterých může měřit správné účinky léčby. Informace, které jsou důležité získat pro správný postup léčby jsou: lokalizace, intenzita, kvalita a typ bolesti hlavy, faktory, které ji vyvolávají, doprovodné symptomy, časový průběh. Při probíhajícím rozhovoru s pacientem, kdy sestra provádí sběr anamnézy, musí poskytnout pacientovi příležitost ke slovnímu vyjádření a vnímání bolesti hlavy (7, 27).

Prvním důležitým ukazatelem je lokalizace bolesti. Přesněji se lokalizuje akutní bolest, povrchní bolest a somatická bolest. Útrobní (vegetativní) bolest nelze přesně lokalizovat. Na přesnou lokalizaci bolesti pokládá sestra otázky typu „Kde to bolí?“. U migrény převládají bolesti na jedné straně hlavy. Tenzní typ bolestí hlavy se vyskytuje hlavně v týle nebo ve spáncích a oboustranně. Syndrom nakupených bolestí hlavy je typický pro jednostrannou bolest v oblasti orbity a jejího okolí (1, 27).

Při hodnocení kvality bolesti hlavy se pacient snaží vystihnout charakter bolesti. Pro migrénu je charakteristická pulsující jednostranná bolest hlavy. Charakter tenzních bolestí hlavy je záchvatovitý, oboustranný, tupý a tlakový. Pacient má pocit tlaku, „obruče“ kolem hlavy, přecitlivělost skalpu, nepříjemné pocity při česání. Syndrom nakupených bolestí hlavy sestra rozezná podle silných, jednostranných záchvatů v oblasti orbity a jejího okolí. Důležitou podmínkou pro vystižení správného charakteru bolesti hlavy zaujímá inteligence pacienta a jeho vyjadřovací schopnosti. Obtížněji charakterizují kvalitu bolesti děti. Bolest může být tupá, řezavá, vystřelující, svíravá, bodavá, ostrá (25, 27).

Intenzita bolesti vyjadřuje, jak moc pacienta zatěžuje a postižená část ho bolí. Intenzita bolesti může být malá, střední, velká. Na bolest malé intenzity lze zapomenout, jde při ní pracovat i je možno od ní odpoutat pozornost. Bolest střední intenzity je již neodbytná, upoutává pozornost pacienta, nedovoluje mu soustředit se na práci. U pacienta vyvolává nespavost. Intenzita migrény je střední nebo těžká. Zpravidla dochází k výskytu bolesti těžké intenzity. Jedná se o opakované záchvatovité bolesti hlavy. Tenzní typ bolesti hlavy je mírné až střední intenzity. Nástup bolesti hlavy je pozvolný. Intenzita během dne kolísá. K nejsilnějším bolestem dochází v odpoledních hodinách. Syndrom nakupených bolestí hlavy je charakterizovaný silnými jednostrannými záchvaty, které se vyskytují převážně v nočních hodinách. Pacienta nutí bolest vstát z postele a chodit po místnosti, protože ve stoje jsou bolesti menší intenzity (25, 27).

K určení intenzity bolesti napomáhají škály na hodnocení bolesti. Existují různé typy (příloha 2). Při tomto zjišťování nám pacient vyjádří své subjektivní pocity. Tyto škály na hodnocení bolesti nabízejí mnoho výhod. Jsou jednoduché na použití, méně časově náročné, pokud se provedou před a po intervenci ke snížení bolesti, mohou pomoci zjistit, zda byla intervence k odstranění bolesti účinná. Při vybírání hodnotící škály bolesti pro daného pacienta, musí sestra vést v úvahu zrak pacienta, věk, inteligenci, schopnost číst a musí se přesvědčit, jestli škále rozumí (7).

Časový průběh bolesti popisuje okolnosti, při kterých bolest vzniká nebo se zhoršuje. Bolest může být stálá, trvalá, neměnná či s přestávkami. U migrény dochází k opakovaným záchvatům hlavy, které mohou trvat 4 – 72 hodin. Frekvence záchvatů je různá. Standartně se záchvaty objevují 2krát až 5krát za měsíc. Tenzní bolesti hlavy mají formu epizodickou, kdy bolesti trvají hodinu až několik dní. Obecně to lze charakterizovat 30 minut až 7 dní. Forma tenzních bolestí hlavy trvá i více týdnů. Pro syndrom nakupených bolestí hlavy je typické nakupení záchvatů v periodách různého trvání, kdy má pacient denně 1 – 7 záchvatů. Ataky trvají několik minut až hodin. Remise mezi atakami mohou trvat měsíce i roky. Vyskytují se nejvíce v noci a vždy ve stejnou dobu (27).

Sestra se vždy snaží vypátrat podněty, které bolest vyvolávají, zhoršují nebo zmírňují. Vzniká-li bolest v závislosti na jídle, močení, vyprazdňování stolice. Námaha je typickým vyvolávajícím podnětem pro bolest ischemickou, pohyb pro bolest kloubní nebo vertebrogenní (28).

Při sběru anamnézy bolesti si sestra musí všimnout i toho, jak je pacient na bolest tolerantní. Tolerance bolesti je u každého pacienta individuální. Závisí na celé řadě okolností. Ženy snášejí většinou bolest lépe než muži. Nejhorší snášejí bolest dětí. V toleranci záleží i na denní době. Ráno a dopoledne je organismus odolnější, v noci je bolest horší snášena. Odvrácení pozornosti jiným směrem, zvyšuje také toleranci bolesti. I ve zdravotnické praxi je vhodné při bolestivém zákroku odpoutávat pozornost pacienta např. rozhovorem. Hovořit s ním tiše a chválit ho, jak je statečný. Tento psychologický přístup dovede zmírnit i velmi bolestivé zákroky (27, 28).

1.3.5 Ošetrovatelský proces u pacienta s bolestí hlavy

Ošetrovatelský proces je analyticko – syntetickou metodou řešení problémů, kterou využívá sestra při hodnocení stavu pacienta a při plánování, diagnostice, realizaci a vyhodnocení účinnosti péče. Je to přístup k pacientovi, kdy se klade velký důraz na jeho individuální potřeby, řeší se jeho problémy a předchází se jim. Ošetrovatelský proces je mezinárodním standardem ošetrovatelské praxe (14).

Cílem ošetrovatelského procesu je kvalitní ošetrovatelská péče a uspokojení individuálních potřeb pacienta. Sestra nejdříve, pokud je to možné, zhodnotí s pacientem jeho celkový stav, určí aktuální a potenciální problémy, sestaví individuální ošetrovatelský plán péče. V něm si určí pořadí priorit, které bude u pacienta plnit, stanoví si očekávané výsledky a ošetrovatelské zásahy, pak péči realizuje. Po určité době vyhodnotí účinnost ošetrovatelské péče srovnáním skutečného stavu pacienta a očekávaných výsledků v plánu péče. Při realizaci ošetrovatelského procesu pracuje sestra samostatně, rozhoduje o sledu ošetrovatelských činností, řídí si sama systém své práce. To přináší sestře pocit vyššího sebevědomí, uspokojení a seberealizace (14).

Aplikace metody ošetrovatelského procesu vyžaduje schopnosti kvalifikované sestry v oblasti interpersonální, kdy sestra komunikuje s pacientem a ostatními členy ošetrovatelského týmu, naslouchá pacientovi, projevuje empatii. Sestra by měla mít i

technické dovednosti k vykonávání ošetrovatelských úkonů, k obsluze přístrojů. Správné řešení problémů, schopnost analýzy a kritické myšlení zahrnuje u sestry dokonalé intelektové vlastnosti (14, 20).

Ošetrovatelský proces se skládá z pěti fází. První fáze se nazývá zhodnocení. V této fázi sestra sesbírá veškeré informace pacienta o bolesti, které se zaznamenávají do dokumentace. Začíná pozorováním, rozhovorem, dotazníkem, fyzikálním vyšetřením pacienta. Sestra zjišťuje identifikační údaje, alergickou anamnézu, sociální anamnézu, pracovní anamnézu. Provede důkladný rozbor bolesti hlavy z hlediska její lokalizace, charakteru, trvání, intenzity, častosti jejího výskytu, přítomných vyvolávajících faktorů. Sestra zaznamenává všechny druhy léků, které pacient na bolest hlavy užívá. Pokud má pacient akutní bolest, může rozhovor trvat jen několik minut (15).

U chronické bolesti může být rozhovor delší. Sestra vnímá myšlenky pacienta. Pozoruje jeho chování. Všímá si verbálních i neverbálních vyjádření bolesti. Například bolestného výrazu ve tváři, pláče, křiku, neklidu (7, 14, 15).

Sestra od pacienta zjišťuje, ve které části dne je bolest hlavy nejsilnější a naopak nejmenší. Dále se ptá, do jaké míry bolest pacientovi narušuje jeho každodenní činnosti. Pokud je bolest hlavy migrenózního původu, sestra zjišťuje, zda záchvat migrény pacienta úplně vyřadí z běžné denní činnosti. Jestliže je pacient muž, sestra se při sběru ošetrovatelské anamnézy zaměří i na příznaky, které by signalizovaly syndrom nakupených bolestí hlavy. Sestra může sbírat informace nejen od pacienta, avšak i od jeho rodiny, přátel, známých, spolupracovníků (15, 27).

Druhou fází ošetrovatelského procesu je fáze diagnostiky. Ošetrovatelskou diagnózu sestra stanoví na základě získaných informací při sběru ošetrovatelské anamnézy. Ošetrovatelská diagnóza stanoví sestře aktuální či potenciální problémy pacienta. Formulaci ošetrovatelské diagnózy sestra určuje dle NANDA Taxonomie 2. NANDA International je mezinárodní profesionální organizace sester, která v roce 2002 stanovila jednotnou Taxonomii 2 pro správné formulování ošetrovatelských diagnóz. Každá z nich musí mít číselný kód (13).

Od lékařské diagnózy se ošetrovatelská diagnóza odlišuje tím, že nepopisuje samotnou nemoc, ale zaměřuje se na to, jak nemoc zasahuje do života pacienta. Mění se

podle aktuálního stavu pacienta. Lékařská diagnóza zůstává po celou dobu hospitalizace stejná. U akutní bolesti hlavy si můžeme stanovit ošetrovatelské diagnózy „Akutní bolest - 00132“, „Strach - 00148“, „Porušený spánek - 00095“, „Zhoršená pohyblivost – 00085“, „Deficit sebepéče při jídle - 00102“ (13).

Pro chronickou bolest hlavy jsou typické ošetrovatelské diagnózy „Chronická bolest – 00133“, „Únava – 00093“, „Sociální izolace – 00053“, „Zhoršená rodičovská role – 00056“, „Beznaděj – 00124“, „Bezmocnost – 00125“, „Porušená osobní identita – 00121“ (13).

Třetí fází ošetrovatelského procesu je fáze plánování. Tato fáze zahrnuje sérii kroků, ve kterých si sestra vytýčí priority, stanoví si cíle a výsledná kritéria, naplánuje si ošetrovatelskou péči, vybere si ošetrovatelské intervence, které napomohou odstranění nebo zmenšení zjištěného problému pacienta. Cíl musí být zaměřen na pacienta, je vždy konkrétní, stručný, srozumitelný, nesmí mít více významů, je vždy jeden. Cíl se časuje (27).

U bolesti hlavy si sestra může stanovit cíl např. „Pacient udává zmírnění nebo odstranění bolesti hlavy do 2 hodin“. „Pacient udává zlepšení pohody do 1 hodiny.“ „Pacient je schopen vykonávat běžné denní aktivity do 3 hodin.“ „Pacient zná účinky léků do 30 min.“ „Pacient přizpůsobuje činnost podle omezení daných bolestí“. Jako další krok si v této fázi sestra stanoví očekávané výsledky. Jsou to měřitelné kroky vedoucí k zlepšování zdravotního stavu pacienta, k jeho propuštění a k uzdravení. Časují se. Při plánování ošetrovatelských intervencí musí sestra respektovat lékařskou diagnózu a možnosti pacienta. Ošetrovatelské intervence je také důležité časovat (15, 22, 26).

Čtvrtou fází ošetrovatelského procesu se rozumí realizace plánu péče. V této fázi sestra provádí ošetrovatelské zásahy. Každý účastník ošetrovatelského týmu plní svoji roli a úkoly, které jsou dané ošetrovatelským plánem a směřují vždy k dosažení očekávaných výsledků. Sestra pozorně naslouchá pacienta, co o bolesti hlavy sděluje a projeví mu důvěru. Pohotově reaguje na jeho potřeby. S pacientem se společně dohodne na plánu, který mu bude vyhovovat k odstranění bolesti hlavy. Sestra požádá pacienta o spolupráci a zaznamenávání bolesti hlavy (např. do deníku migrenika). Společně

s pacientem se snaží určit dle VAS intenzitu bolesti. Vysvětlí pacientovi, ještě další jiné metody k lepšímu zvládání bolesti hlavy. Zejména pacienta s migrénou seznámí s opatřeními proti bolesti hlavy dříve, než bolest zesílí (15, 27).

Sestra používá takových metod k odstranění bolesti hlavy, o kterých je pacient přesvědčen, že jsou účinné. Akceptuje pacienta s veškerými projevy bolesti hlavy. Používá haptický kontakt (držení za ruku, pohlazení, masáž spánkové oblasti, masáž šíje). Při migrenózním záchvatu pacientovi umožní zatemnit pokoj, zdůrazní mu odpočinek na lůžku a spánek, odstraní všechny rušivé faktory (rádio, tv, budík nebo tikající hodiny). Sestra informuje pacienta, naučí ho možné relaxační techniky např. pomalé rytmičné dýchání, masáž hlavy, regulované představy (15).

Podá analgetika dle ordinace lékaře. Naučí pacienta správně analgetika užívat. Po podání léků zjistí po určité době jejich účinnost pomocí VAS. Intervence se mohou měnit v závislosti na změnách zdravotního stavu pacienta (15).

Poslední pátou fází je vyhodnocení výsledků péče. Sestra pravidelně sleduje a hodnotí projevy bolesti hlavy u pacienta, změny vzhledem k vytyčenému cíli. Sleduje vývoj celkového zdravotního stavu rozhovorem, pozorováním a pomocí VAS. Dále učiní záznam do ošetrovatelské dokumentace na tiskopis související s bolestí. V této fázi znovu získává informace od pacienta (26).

1.4 Vliv povolání u sester na bolesti hlavy

1.4.1 Povolání sestry

Růst profesionality v ošetrovatelství se projevuje zejména ve vztahu k šíři a hloubce vědomostní báze, specializovanému vzdělání, etice a autonomii. Je důležité odlišovat pojmy povolání a zaměstnání (14).

Povolání nebo profese vyžaduje speciální vědomosti, dovednosti a přípravu. Je to práce, která je předmětem osobního zájmu člověka, který ji pravidelně vykonává většinou po celý život a má k tomu předpoklady a vzdělání. Povolání se obecně liší od jiných zaměstnání potřebou speciálního vzdělávání nebo výcviku s cílem dosáhnout znalostí a dovedností k plnění úkolů ve službě člověku (14).

V roce 1970 Mooreová a Rosenblumová identifikovaly šest charakteristických znaků pro profesi. Jako první znak zmínily systémovou teorii. Na druhé místo zařadily vážnost a úctu. Třetí znak zaujímá prestiž. Čtvrtý charakteristický znak pro profesi je etický kodex. Pátým znakem profese určily profesionální kulturu. Posledním šestým znakem profese je hlavní zdroj příjmu pro ty, kteří jí vykonávají (14).

Zaměstnání je činnost, ve které se člověk po určitý čas angažuje např. obchod. Nemusí být vždy předmětem osobního zájmu zaměstnance a může být dočasné (14).

1.4.2 Charakteristika povolání všeobecná sestra

Sestra zaujímá významné místo ve zdravotnickém týmu. Je blízkou spolupracovnicí lékaře. Je odborníkem ve vyhledávání základních životních potřeb pacienta pozměněných onemocněním. Tyto potřeby sestra uspokojuje správně zvolenou ošetrovatelskou péčí. Sestra je pacientovi vedle jeho rodiny oporou a často nejbližší osobou při jeho hospitalizaci i při domácí péči. Je pacientům i jejich nejbližším odborným rádčem, musejí – li se naučit dlouhodobě žít se svým onemocněním nebo postižením (19, 20).

Profese sestry zahrnuje určitý systém rolí, rolového chování předpokládaného společenským statutem povolání. Role sestry jsou určeny objektivními danostmi společnosti a jsou historicky podmíněné. Jen málo profesí v posledním období prodělalo takové změny jako povolání sestry. Dosažení a udržení standardu ošetrovatelské péče vyžaduje od sester nové vědomosti a širší spektrum poznatků, a to především ve vztahu k problému, které obklopují a provázejí nemoc, zdraví jedince či skupiny. Profese sestry se společensky hodnotí a akceptuje relativně vysoko jako součást zdravotní péče (3).

Povolání sestry se v rámci 70. zaměstnání umísťuje na 7. – 10. místě, což naznačuje jeho významnou pozici a prestiž. Role sestry ve společnosti jsou zaměřeny na pomoci jednotlivcům, rodinám, skupinám, identifikaci jejich fyzických, mentálních a sociálních schopností v kontextu životního prostředí, ve kterém žijí a pracují. Sestra musí znát profesní roli, protože jen tehdy, když se s ní ztotožní, může na jedné straně vyloučit rigorózní akceptování pravidel chování a jednání a na druhé straně jejich porušování (3).

Sestra během své práce vychází z potřeb nemocného a pochopení jeho problému. Musí mít schopnost zajistit nemocnému pocit jistoty. Je emocionálně neutrální tj. je schopna svou emocionalitu vždy podřídí racionální kontrole. Svým profesionálním působením nezastává jednu roli, ale vždy se jedná o více rolí. Sestra pracuje jako poskytovatelka ošetrovatelské péče, manažerka, edukátorka, advokátka, nositelka změn, výzkumnice a mentorka (3).

1.4.2.1 Charakteristika práce sestry na ambulanci

Ambulantní část je většinou umístěna v budově nemocnice nebo tvoří svůj samostatný celek. Typ ambulancí je různorodý. Existují nejen ambulance praktických lékařů, ale i mnoho různých dalších odborných ambulancí, které jsou specifikovány svým oborem např. gynekologická, kardiologická, revmatologická, gastroenterologická, zubní, diabetologická, endokrinologická, nefrologická a ambulance bolesti. Tento výčet odborných ambulancí není zdaleka konečný. Ambulance při nemocnici slouží jako příjem pacienta k hospitalizaci na dané oddělení např. na interní oddělení, chirurgické oddělení, gynekologické oddělení, ORL oddělení, dětské oddělení, oční oddělení, onkologické oddělení a ortopedické oddělení anebo jsou prvním místem ošetření pacienta v akutním stavu. Ambulantní část tvoří ucelený celek. Skládá se z více komponentů. Tvoří ji ordinace lékaře, čekárna pro pacienty a kartotéka. Ostatní provozní místnosti jsou skladovací místnosti, sociální zařízení, místnost pro pohotovostní službu, personální zázemí aj. Do ambulance přichází pacient na základě písemného doporučení praktického lékaře nebo bez doporučení lékaře, jestliže jde o akutní příhodu (23).

Sestra na ambulanci zajišťuje mnoho různorodých činností. Reguluje příjem a pořadí pacientů, zakládá a vyhledává dokumentaci pacientů v kartotéce, asistuje lékaři při vyšetřování, měří fyziologické funkce, provádí vyšetření krve a moče, provádí pacientům EKG, aplikuje léky podle ordinace lékaře, udržuje čistotu a úklid v ordinaci, objednává pacienty na vyšetření, provádí zápisy do zdravotnické dokumentace a do počítačového systému, doplňuje zdravotnický materiál. Na ambulanci dochází k prvnímu kontaktu pacienta se zdravotnickým personálem. Veškerý zdravotnický personál by si měl uvědomit, že pacient přichází na ambulanci se zdravotními obtížemi

a jakékoli nepříjemné klima pro pacienta může zhoršit jeho zdravotní stav. Proto je nutné profesionální jednání a komunikace s pacientem. Milý úsměv, vlídné slovo, dostatek informací, příjemné prostředí v čekárně i v ordinaci, ohled na stud pacienta a empatický přístup jsou pozitivní momenty pro získání důvěry pacienta a tím i k jeho snadnějšímu vyléčení (23).

Sestra má tedy velmi krásné, ale i náročné úkoly – pečovat o zachování lidského zdraví a snažit se předcházet nemocem, podílet se na procesu uzdravení nemocného člověka nebo v případech, kdy nemocného nelze uzdravit, poskytnout mu takovou péči, aby se zmírnily jeho obtíže a mohl důstojně zemřít. Tyto náročné úkoly mohou však sestru během života zatěžovat po biologické, fyzické a psychické stránce (19).

1.4.2.2 Charakteristika práce sestry ve směném provozu

Směnný provoz je charakteristickým rysem povolání sestry. Sestra pracuje v pravidelných cyklech střídá ranní, odpolední a noční službu včetně sobot, nedělí a svátků. To je třeba si uvědomit již v přípravě na toto povolání. V každé směně má sestra vymezeny určité povinnosti, které jsou vedle ošetrovatelské péče o pacienta i součástí harmonogramu práce na oddělení. Největší pracovní zatížení kladené na sestru je při ranní směně, proto je obsazena největším počtem pracovníků. Ranní služba začíná sestře v 6.hodin až 6.30 hodin po předání informací o pacientech noční sestrou. Ošetrovatelský tým zahájí buzení pacientů, zajistí ranní toaletu, přestele lůžka a připraví pacienty k lékařské vizitě. Převaha sesterských prací při této směně má charakter diagnosticko – terapeutických činností (19).

Při odpolední směně sestra pokračuje v terapii na zajišťování základních potřeb pacientů, připravuje pacienty na následující vyšetření. Může také využít odpolední služby ke sbírání ošetrovatelské anamnézy od pacientů a k tvorbě ošetrovatelského procesu. Při odpolední směně má sestra také šanci pro rozhovor s příbuznými pacienta a může tedy získat více dalších informací potřebné pro ošetrovatelskou anamnézu pacienta (19).

Při noční směně sestra provádí pacientům večerní hygienu. Provede ordinace lékaře a připraví nemocné ke spánku. Před usnutím instruuje příslušné nemocné o jejich dalším ranním programu např. aby zůstali lační. V průběhu noci pravidelně obchází

pokoje a kontroluje nemocné. Směnný provoz u sestry narušuje biologický rytmus. Při směnové práci trvá přizpůsobení biologických hodin několik dnů po změně rytmu práce (19).

1.4.3 Psychická zátěž sester a stres

Povolání sestry klade značné nároky na psychickou odolnost, zejména v lůžkových zařízeních je práce sester i fyzicky namáhavá. Veřejnost samozřejmě očekává vysokou morální odpovědnost a osobní nasazení v práci s nemocnými lidmi. Sestra přichází do styku s lidmi trpícími bolestí, úzkostí, depresí, s lidmi doufajícími i frustrovanými, s umírajícími. To vše může aktivovat její vlastní nevyřešené problémy a konflikty. Vyhledat pomoc pro vlastní zdravotní nebo psychické problémy se mnohé sestry ostýchají, protože by to považovaly za „zradu“ vlastní profese a kompetence, je tedy pro ně snazší samoléčba (16).

Sestra je s pacientem ve větší míře než lékař, a proto se s problémy pacientů setkává vlastně neustále a pomáhá mu je řešit. Bližší kontakt pacienta se sestrou může vést k větší důvěře a otevřenosti, takže sestra mnohdy zná i osobní život pacienta, jeho starosti a problémy, což prohlubuje její pochopení nemocného, ale také ji to může psychicky více zatížit. Menší odstup mezi sestrou a pacientem také způsobí, že pacient si k sestře „dovolí“ více než k lékaři – a sestra často musí snášet nespokojenost, aroganci až agresivitu pacienta, aniž by měla možnost nějak situaci ovlivnit (16, 19).

Mezi nejnáročnější zátěžové situace, se kterými se sestra setkává denně, lze zařadit kontakt s nadřízenými – vztah sestra a lékař, asistence při umírání pacienta (dlouhodobé umírání, pocit bezmoci, resuscitace, smrt nemocného), nedostatky v organizaci práce sestry, mnoho činností najednou, nadměrná administrativa, nedostatek pomocného personálu, nedostatek pomůcek v časové tísní a kritická náhlá situace ve změně zdravotního stavu pacienta. Tyto zátěžové situace jsou tedy pak vyvolavateli stresu, který je podmíněn psychickou a fyzickou zátěží sestry (17).

1.4.4 Stres jako reakce na psychickou a fyzickou zátěž u sester

Hans Selye, otec stresové teorie, definuje stres jako nespecifickou odpověď organismu na zátěž, respektive na jakýkoliv požadavek, který je kladen na organismus.

Stresová situace má za následek stresovou odpověď neboli všeobecný adaptační syndrom, který v roce 1956 Hans Selye rozčlenil jako první do třech fází. První fáze se nazývá poplachová reakce, druhá fáze se týká rezistence na stres a třetí fáze popisuje fázi vyčerpání (24).

Stres vyvolává v somatické oblasti mnoho symptomů, které se týkají bolesti hlavy, bolesti zad, sexuální poruchy, únavy, zácpy nebo naopak průjmy, nespavost, nechutenství či přejídání. Jako emocionální reakce na stres může být deprese, zlost, hněv, frustrace, fobie, pocity bezmocnosti a beznaděje. V rodinném životě může působení stresu vyvolat napětí, nedostatek času na ostatní členy rodiny, zanedbávání dětí a jejich citová deprivace a odcizení manželů. V pracovním životě se může stres u sestry projevovat problémy při týmové práci, pracovními konflikty, manipulativními tendencemi, ztrátou výkonnosti, poklesem sebedůvěry a energie, apatií, později soustavným zanedbáváním povinností a syndromem vyhoření (16).

Během svého povolání se sestra setkává se zátěžovými situacemi, které se již do určité míry naučila akceptovat. Tyto situace mají pro sestru charakter lehké nebo střední zátěže, ačkoliv pro člověka mimo zdravotnictví často znamenají těžký psychický otřes (např. práce s trpícím, nařikajícím člověkem, pohled na kachektického pacienta, pohled na pacienta s traumaty nebo popáleninami, ošetřování umírajících, péče o agresivní pacienty, neúspěšná resuscitace a mnoho dalších situací.) V práci sestry se mohou vyskytnout i situace, které pro ni znamenají vysoký stupeň psychické zátěže, pro který se pojem stres běžně používá. Mezi stresové situace patří například pracovní selhání sestry se závažným poškozením pacienta nebo situace, kdy vlastní bolestná zkušenost je aktivována podobnou situací v zaměstnání (např. sestra, jejíž tříleté dítě trpí těžkým diabetem, pláče při přijetí mladých pacientů se stejnou diagnózou). Je přitom těžké rozlišit, jaký stupeň psychické zátěže bude konkrétní situace pro sestru znamenat (5, 6).

Nejčastější stresové faktory, které působí na sestru během jejího povolání jsou kontakt s bolestí pacientů, se smrtí, depresí a podrážděností pacientů, vyčerpáním

pacientů, velká odpovědnost morální i právní, nedostatečná pozornost vlastním neřešeným problémům, které se stykem s nemocnými často aktivují, ostrý životní styl a malá připravenost uspokojovat vlastní psychické potřeby, směnný provoz, noční práce, někdy i spánková deprivace, nutnost rozhodovat se i při neúplných informacích, časové i jiné nároky na průběžné vzdělávání, nutnost adaptovat se nové situaci a novým přístupům, nároky plynoucí z týmové práce a interpersonálních problémů, nárazový charakter práce v mnoha oborech (16).

Nadměrný stres u sestry zvyšuje počet chybných výkonů a rozhodnutí, pracovních úrazů a psychosomatických onemocnění. Zhoršuje tedy zdravotní stav i produktivitu práce sestry a nepříznivě působí na její rodinné prostředí (16).

1.4.5 Fyzická zátěž sester

Mnoho činností, které musí sestra provádět při ošetřování těžce nemocných pacientů nebo imobilních pacientů, je velmi tělesně namáhavých. Nejvyšší energetický výdej (až 32 kJ/min) se zjistil při výkonech týkajících se hygieny a manipulace s pacientem. Proto si musí sestra osvojit řadu dovedností, které jí umožní vykonávat tyto práce snadněji. Správná mechanika těla sestry při práci umožňuje bezpečně a efektivně využívat příslušných svalů. Je základním předpokladem prevence nadměrné fyzické zátěže sestry, poranění a únavy. Mechanika těla zahrnuje tři komponenty: držení těla, rovnováhu a koordinovaný pohyb (10).

Rovnováha vyjadřuje stav, kdy působení jedné síly, vyvažuje působení druhé síly. Základem rovnováhy je správné držení těla. Pro práci sestry je velice důležité poznat a ovládat vztahy linie gravitace při pohybu a bázi opory ve vztahu k rovnováze a stabilitě. Při sesterských úkonech, které vyžadují velkou fyzickou námahu, se může rovnováha těla zlepšit tím, že se rozšíří báze opory, tj. sestra se rozkročí a sníží těžiště těla např. pokrčením v kolenou (10).

Koordinované pohyby mají velký význam pro účelné a vyvážené pohyby opačně účinkujících svalů ovlivňovaných vůlí. Při manipulaci s pacienty, zvedání předmětů a jejich přemísťování je důležitá podstata páky, síly, tření a setrvačnosti. Pro správné zvládnutí fyzické zátěže, je pro sestru důležitá znalost Kinestetiky. Je to program vývoje manipulačních a pohybových schopností sester. Je to kreativní koncepce úkonů mezi

sestrou a pacientem. Kinestetika vnáší do ošetrovatelské praxe rozvíjení pozorovacích schopností, rozvíjí pacienta pro spolupráci se sestrou, dosahuje toho, aby každý pohyb vnímal pacient jako proces edukace, který mu pomáhá vnímat lépe sebe samého, a tak využívá své vlastní schopnosti (10).

Práce na velmi nízkých nemocničních postelích, zvedání pacienta, práce při nevhodně nastavené výšce pracovní desky, ale i nevhodný tvar a výška židle často vede k nadměrnému fyzickému zatěžování. To souvisí s bolestí hlavy, krční páteře i zad. Sestra by měla všechny tyto skutečnosti znát a naučit se jim předcházet. Ulehčením těchto skutečností vynakládá sestra menší fyzickou námahu. Z hlediska Kinestetiky je nejdůležitější pokyn vyhýbat se zvedání hmotnosti. Tu je možno spíše usměrňovat či posouvat. Sestra by měla znát, aby hmotnost pacienta přenášela prostřednictvím podložky, ne však prostřednictvím svého těla. Dále by měla mít na mysli, že svaly není třeba používat na držení těla pacienta, nýbrž na pohyb. Ruce na pacienta má pokládat asymetricky tj. jednu výše, druhou níže, jednu na přední, druhou na zadní stranu těla. Asymetrický kontakt rukou umožní sestře realizaci třídimenzionálního pohybu. Nohy sestry by měly vždy zaujímat asymetrické postavení. Při paralelním postoji se sestra více fyzicky namáhá (10).

Vysoký stupeň fyzické zátěže je na sestru kladen zejména při ranních službách. Při současných technických možnostech zůstává fyzická zátěž zbytečně vysoká jen proto, že ergonomické řešení pracovišť přesahuje finanční možnosti zdravotnických zařízení. Není třeba připomínat, že nadměrná somatická zátěž negativním způsobem ovlivňuje i psychický stav sester. Největší odměnou za těžkou práci sestry je zjištění, že přispěla k uzdravení pacienta, který byl propuštěn domů, nebo že zmírnila jeho trápení a bolesti, stála při něm, když na konci svého života potřeboval nebýt sám (17, 19).

1.4.6 Úplné pracovní vytížení sester

Úplné pracovní vytížení sester lze vyjádřit jako povolání placené a neplacené. Neplacené povolání je povinnost spojená s rodinou a domovem (péče o děti, stárnoucí rodiče, chod domácnosti, finanční otázky a mnoho dalších činností). Sestra má nejen svou funkci v povolání, ale je to i manželka (partnerka) a matka. Vysoká míra zátěží kladených na sestru má potom za následek např. bolesti hlavy, podrážděnost, nervozitu,

psychickou labilitu, nespavost, potíže gastrointestinální, poruchy krevního tlaku a vertebrogenní obtíže, pocit tíhy v ramenou, pocit těžkých nohou (4).

Velikost úplného pracovního vyčerpání sestry (především neplaceného povolání) je závislá do velké míry na rodinném zázemí sestry (zda jde o ženu žijící osaměle nebo s partnerem/manželem, zda má děti, kolik a v jakém věku, zda může počítat s podporou širší rodiny) [4].

1.4.7 Vliv správné životosprávy na prevenci bolestí hlavy u sester

K tomu, aby mohla sestra vykonávat své náročné povolání, je třeba dodržovat správné zásady životosprávy. Není snadné najít takovou úpravu životního rytmu, která by předcházela fyzickým nebo psychickým vyčerpáním sestry. Kromě plnění základních samozřejmých pravidel týkající se udržování osobní hygieny, péči o vlasy, péči o správnou pracovní obuv, je velice důležité, aby se sestra správně stravovala, aktivně odpočívala a alespoň ve volných dnech se snažila dodržovat pravidelný životní rytmus (19).

Střídavé služby vedou často k tomu, že se sestry stravují nepravidelně a ve spěchu. Práce sestry by měla být tak zorganizována, aby sestra měla dostatek času ke klidnému a hodnotnému stravování. Strava by měla být bohatá na bílkoviny, mít dostatek vitamínů, minerálů, ovoce a zeleniny. Velmi důležitý je dostatečný příjem tekutin, který by sestra měla mít kdykoli na pracovišti dostupný (19).

Namáhavá a často vyčerpávající práce sestry, která vede u většiny sester k výskytu bolestí hlavy, zejména migrén, vertebrogenním obtížím, nespavosti a gastrointestinálním potížím předpokládá správný odpočinek. K obnovení fyzických a psychických sil dochází především při aktivním vyplnění volného času. Podle vlastních zálib by sestra měla pěstovat různé sporty, navštěvovat divadla, koncerty a číst přínosnou literaturu. Aktivní odpočinek napomáhá sestře obnovit ztracené síly, zvyšuje i smysl života a napomáhá sestře k laskavému jednání s pacienty (19).

Sestra by se měla pokusit, aby alespoň ve volných dnech dodržovala určitou pravidelnost ve svém stylu života, nezapomínala na pravidelné stravování, odpočívala zejména po noční službě, pobývala často na čerstvém vzduchu aj. Dodržování zdravého

životního stylu ovlivňuje výskyt bolestí hlavy. Sestra bez zdravotních a psychických problémů je schopna poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči (19).

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit, jaké vyvolávající rizikové faktory se podílí na bolesti hlavy u sester.

Cíl 2: Zjistit, zda bolesti hlavy u sester ovlivňují jejich pracovní výkon.

2.2 Hypotézy

Z cílů byly stanoveny následující hypotézy:

H1: Výskyt bolestí hlavy u sester je ovlivněn směnností provozu.

H2: Výskyt bolestí hlavy u sester je ovlivněn stresem v pracovním procesu.

H3: Bolest hlavy má negativní dopad na pracovní výkon sester.

3. Metodika

3.1 Metodika práce

Pro dosažení stanoveného cíle byl použit kvantitativní výzkum. Téma bylo zpracováno na základě sebraných dat ze strukturovaného dotazníku, který byl anonymní. Skládal se z 31 otázek. Otázky byly uzavřené a polootevřené. U otázek 11, 14, 15, 17 a 31 mohly sestry zvolit více odpovědí.

Na otázky měly sestry možnost odpovídat převážně jednu z nabízených možností. Otázky 1 – 10 byly identifikační, zjišťovaly nám vzdělání sester, délku praxe ve zdravotnictví, typ zdravotnického zařízení, na kterém sestra pracuje a zda sestra trpí či netrpí bolestí hlavy. Otázky 11 – 15 se týkaly bolesti hlavy. Byly zaměřeny na typ bolesti hlavy u sester, délku a charakter bolesti, vyvolávající faktory bolesti hlavy. U otázek 16 – 18 jsme zjišťovali, zda sestry považují své zaměstnání za stresové i to, je-li stres příčinou bolestí hlavy.

Otázky 19 – 30 byly zaměřeny na zjištění souvislostí mezi bolestí hlavy a směnným provozem, dále pak na ověření, zda bolest hlavy u sester negativně ovlivňuje jejich pracovní výkony, jak se sestra chová při bolesti hlavy k pacientům a ostatním členům v ošetrovatelském týmu. Závěrečná otázka 31 se týkala opatření, po kterých si sestry myslí, že by se jim bolest hlavy zlepšila.

Průzkumné šetření probíhalo během ledna a února v roce 2009 v Oblastní nemocnici Příbram, a.s., na Středisku zdraví, spol. s r.o. na Dobříši. S personály těchto dvou zdravotnických zařízení nebyl jakýkoliv problém ve spolupráci. Dále výzkum probíhal ve Fakultní nemocnici v Motole, kde byla spolupráce se zdravotnickým personálem obtížnější. Rozdáno bylo celkem 150 dotazníků. Vrátilo se 110 (73,3 %) dotazníků.

Pro zpracování sebraných dat sloužilo 110 vyplněných dotazníků, které tvořily celkový počet 100 % pouze pro otázky 1 – 10. Otázkou 10 byl vyčleněn výzkumný soubor sester trpících bolestmi hlavy (60 sester), s kterými jsme se zabývali dále.

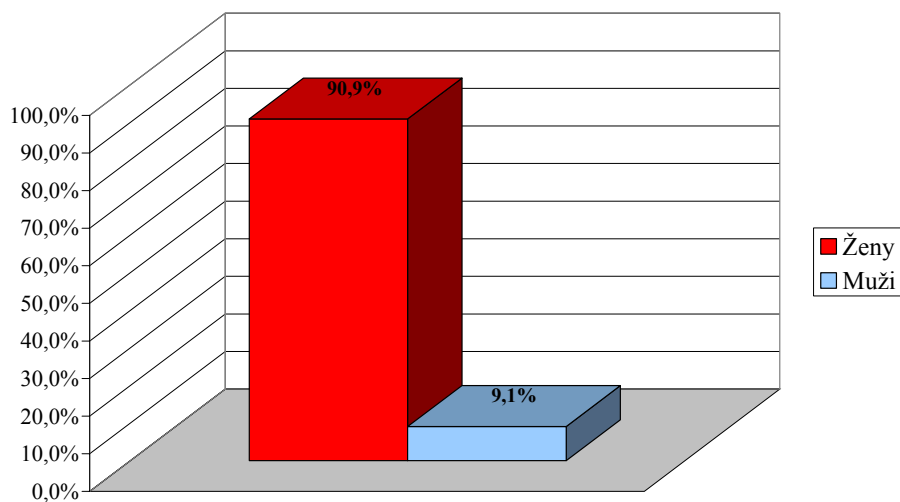
Údaje získané z dotazníků byly zpracovány pomocí počítačového programu Microsoft Excel. Pro přehlednost byly vybrány sloupcové grafy, kde jsou znázorněny výsledky průzkumného šetření.

3.2 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvořily sestry, které pracovaly v ambulanci a ve směnném provozu ve Fakultní nemocnici v Motole, Oblastní nemocnici Příbram, a.s. a na Středisku zdraví, spol. s r.o. na Dobříši. Byl vybrán náhodným způsobem.

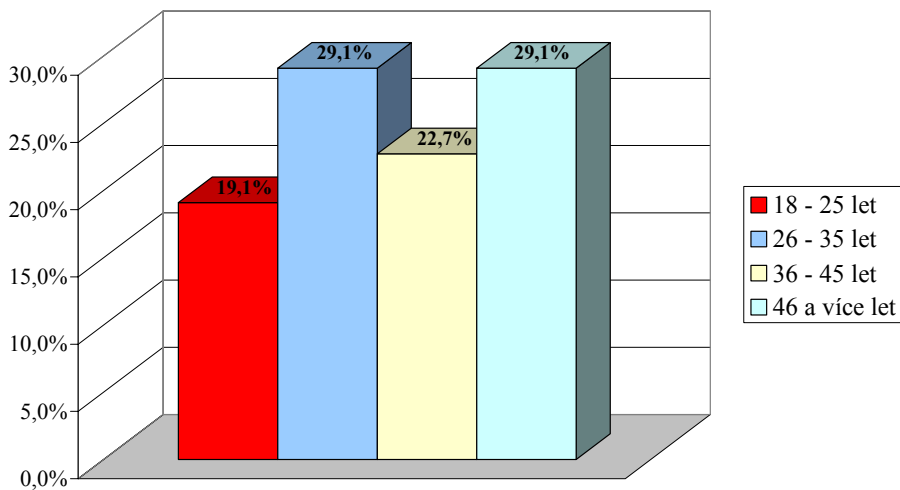
4. Výsledky

Graf 1 **Pohlaví (n=110)**

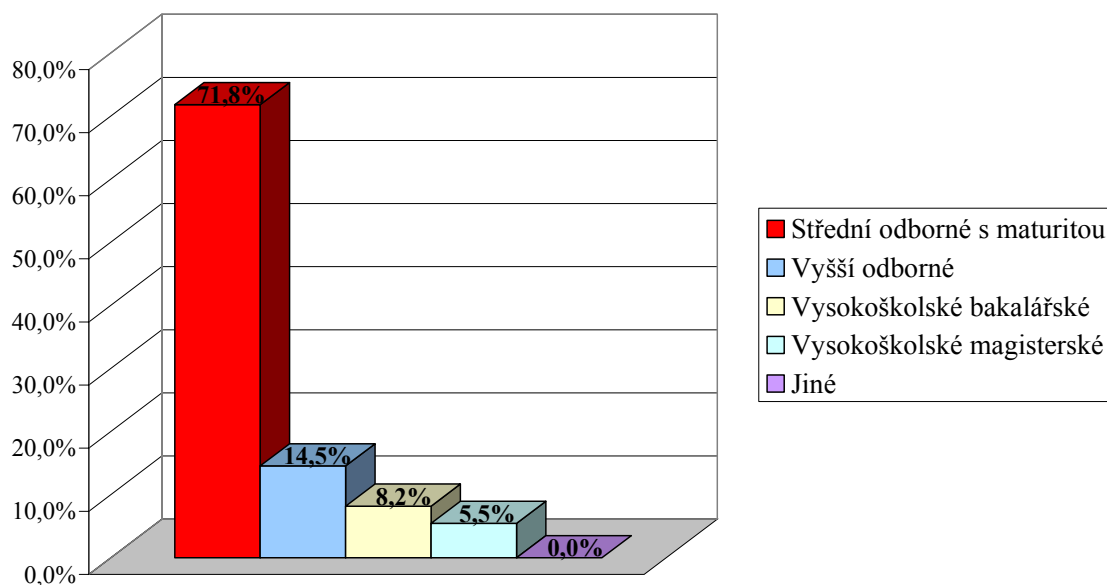


Z celkového počtu 110 (100 %) sester je 100 (90,9 %) sester žen a 10 (9,1 %) mužů.

Graf 2 **Věk (n=110)**

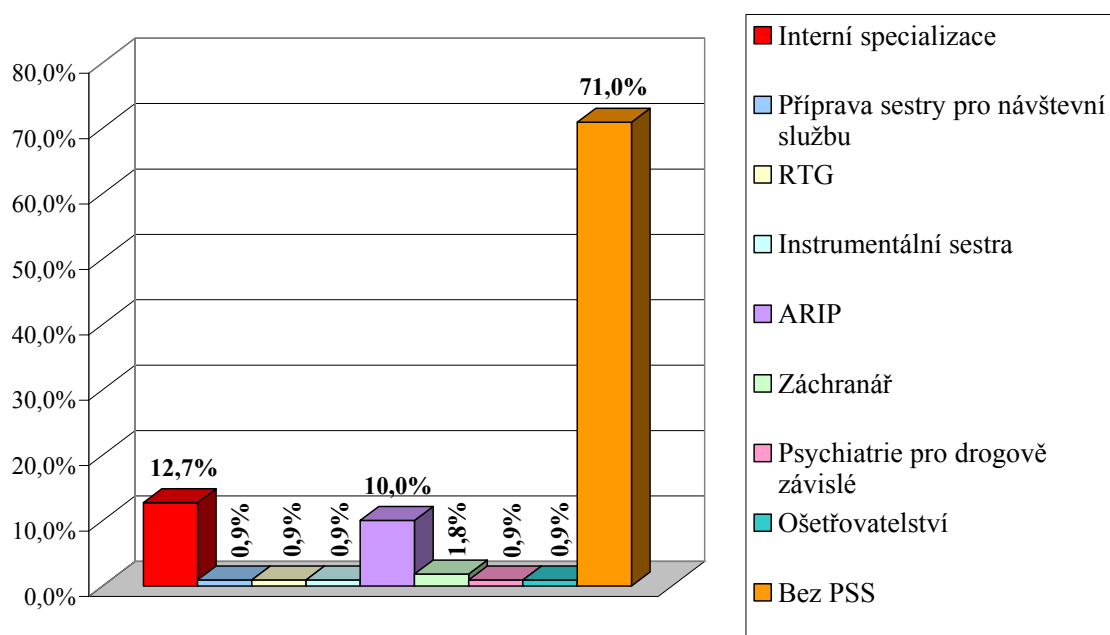


Z celkového počtu 110 (100 %) sester je 21 (19,1 %) sester ve věku 18 – 25 let, 32 (29,1 %) sester je ve věku 26 – 35 let, 25 (22,7 %) sester je ve věku 36 – 45 let a 32 (29,1 %) sestrám je více než 46 let.

Graf 3**Nejvyšší dosažené vzdělání (n=110)**

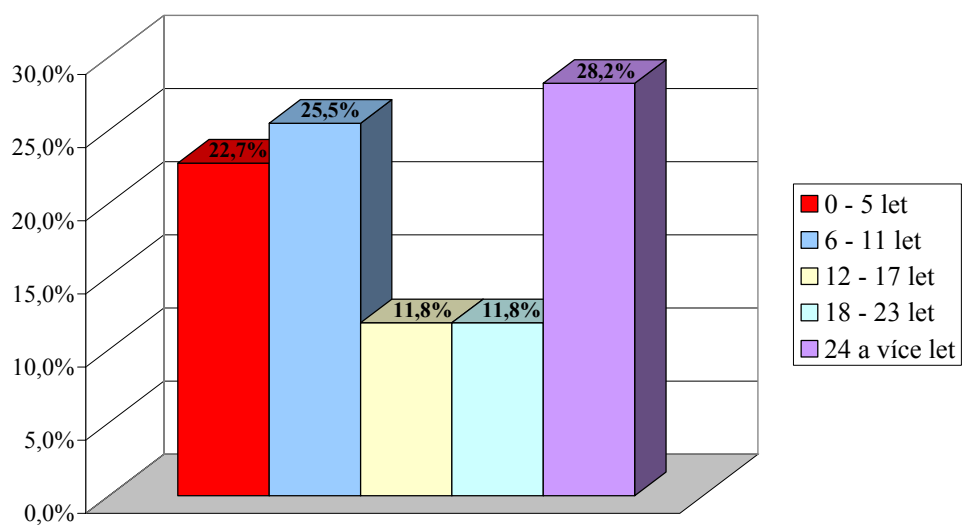
Z celkového počtu 110 (100 %) sester má nejvyšší dosažené ukončené vzdělání střední odborné s maturitou 79 (71,8 %) sester, vyšší odborné 16 (14,5 %) sester, vysokoškolské bakalářské 9 (8,2 %) sester, vysokoškolské magisterské 6 (5,5 %) a jiný typ vzdělání z dotazovaných respondentů nemá žádná sestra.

Graf 4 Pomaturitní specializační studium (n=110)



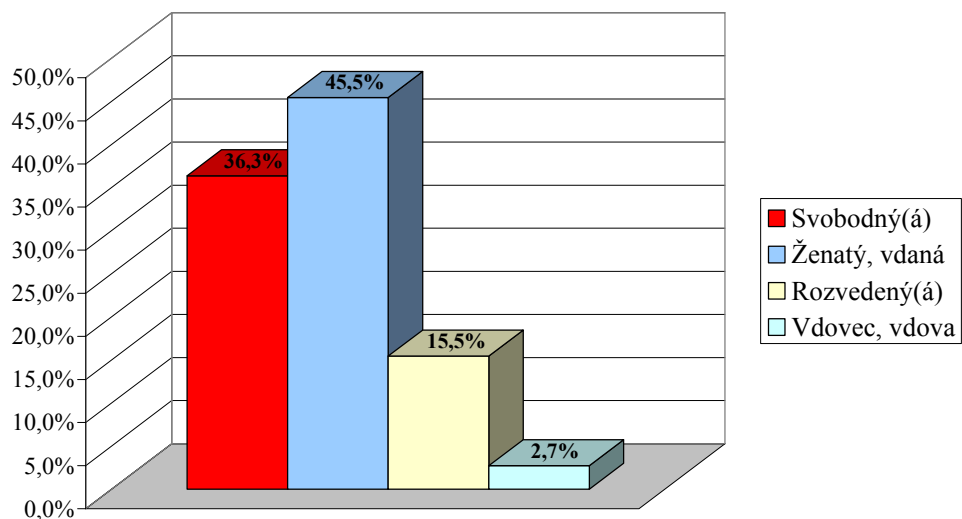
Z celkového počtu 110 (100 %) sester má 14 (12,7 %) sester pomaturitní specializační studium (PSS) Interní specializace, 1 sestra (0,9 %) má PSS – Příprava sestry pro návštěvní službu, 1 sestra (0,9 %) má PSS – Radiodiagnostika, 1 sestra (0,9 %) má PSS – Instrumentální sestra, 11 (10,0 %) sester má PSS – ARIP, 2 sestry (1,8 %) mají PSS – Zdravotnický záchranář, 1 sestra (0,9 %) má PSS – Psychiatrie pro drogově závislé, 1 sestra (0,9 %) má PSS – Ošetřovatelství a 78 (71,0 %) sester neabsolvovalo dosud žádné pomaturitní specializační studium.

Graf 5 Délka praxe ve zdravotnictví (n=110)



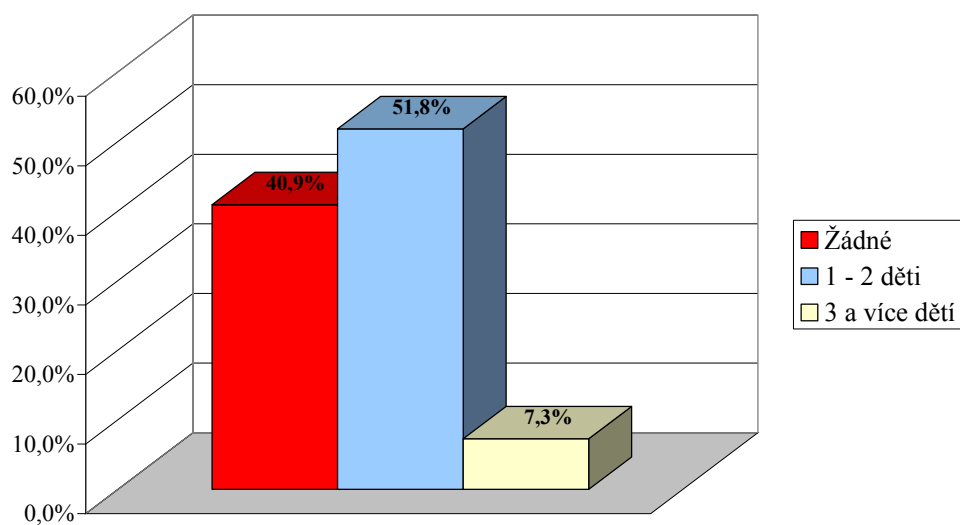
Z celkového počtu 110 (100 %) sester pracuje celkově ve zdravotnictví 25 (22,7 %) sester 0 – 5 let, 28 (25,5 %) sester 6 – 11 let, 13 (11,8 %) sester 12 – 17 let, 13 (11,8 %) sester 18 – 23 let a 31 (28,2 %) sester 24 a více let.

Graf 6 Rodinný stav (n=110)



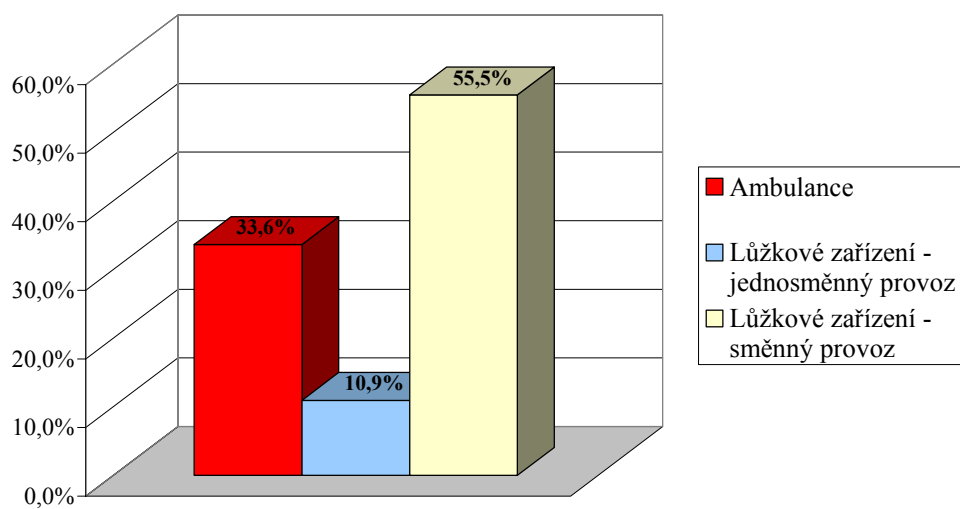
Z celkového počtu 110 (100 %) sester je 40 (36,3 %) sester svobodných, 50 (45,5 %) sester vdaných, 17 (15,5 %) sester rozvedených a 3 sestry (2,7 %) jsou vdovy.

Graf 7 Počet dětí (n=110)

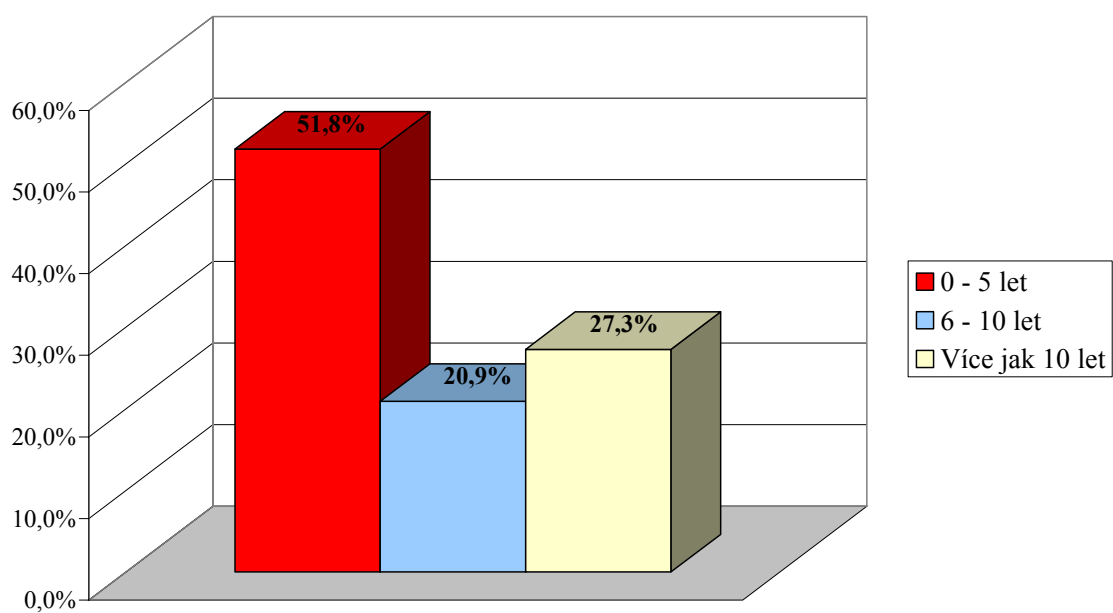


Z celkového počtu 110 (100 %) sester nemá 45 (40,9 %) sester žádné dítě, 57 (51,8 %) sester má 1 – 2 děti a 8 (7,3 %) sester má 3 a více dětí.

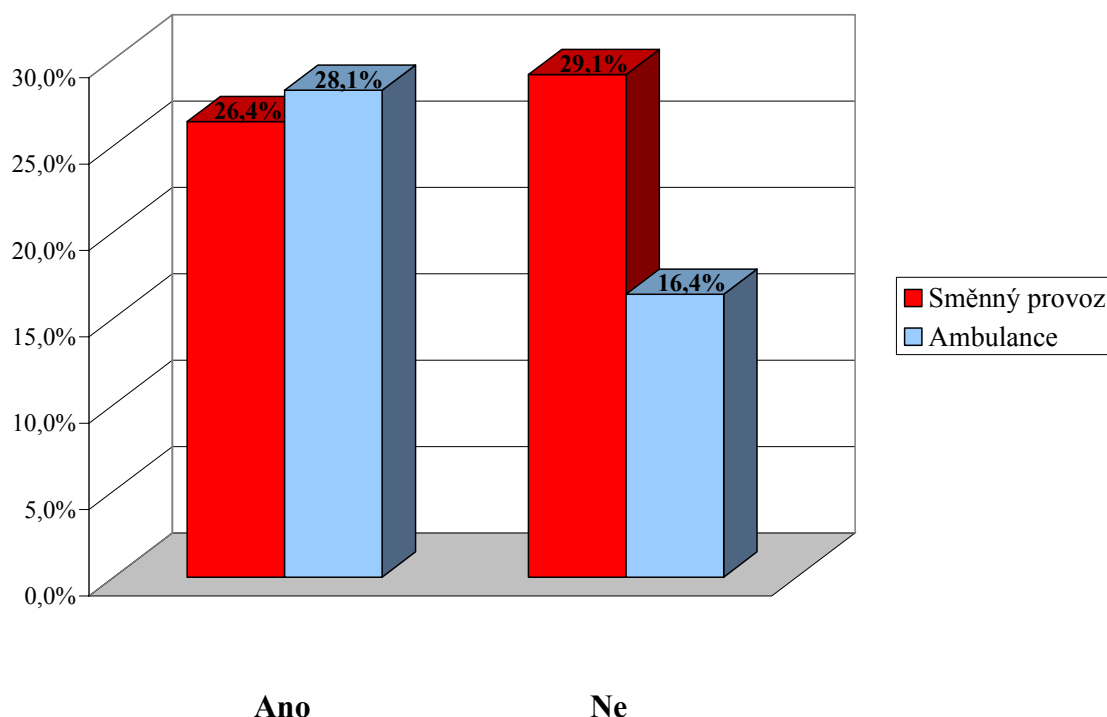
Graf 8 Typ pracoviště (n=110)



Z celkového počtu 110 (100 %) sester pracuje 37 (33,6 %) sester na ambulanci v jednosměnném provozu, 12 (10,9 %) sester na lůžkovém zařízení v jednosměnném provozu a 61 (55,5 %) sester na lůžkovém zařízení ve směnném provozu.

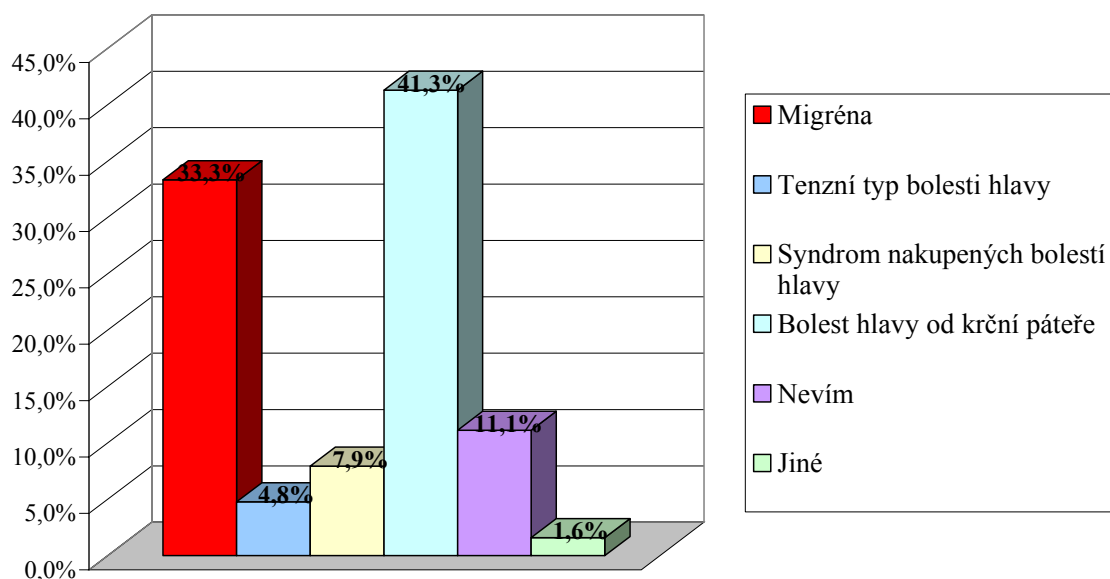
Graf 9**Délka praxe na současném pracovišti (n=110)**

Z celkového počtu 110 (100 %) sester pracuje na současném pracovišti 57 (51,8 %) sester 0 – 5 let, 23 (20,9 %) sester 6 – 10 let a 30 (27,3 %) sester více jak 10 let.

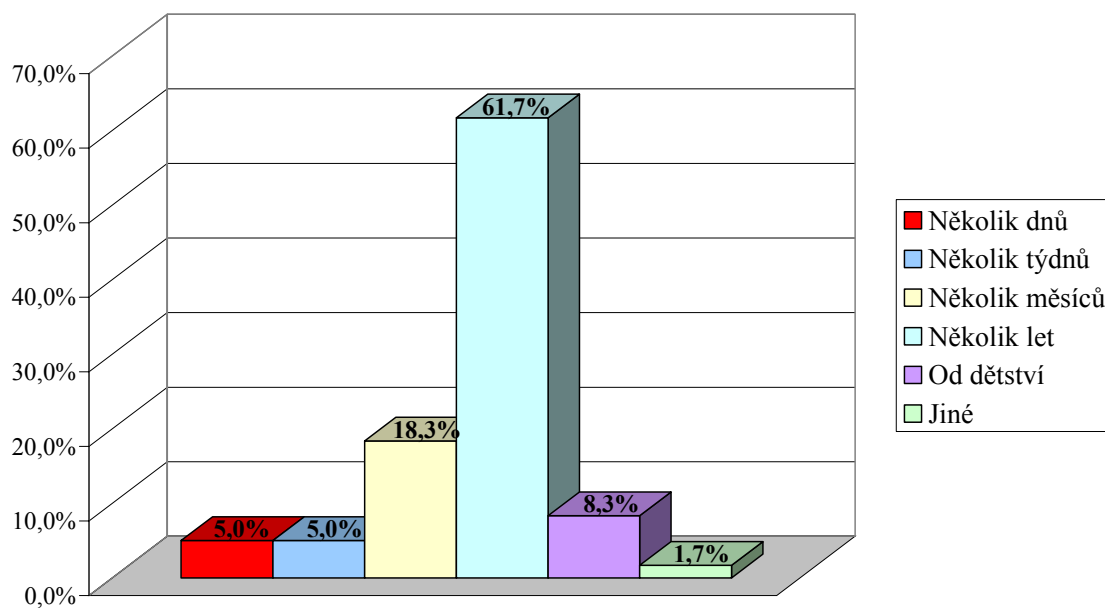
Graf 10**Počet sester trpících bolestí hlavy (n=110)**

Z celkového počtu 110 sester (100 %) bolí hlava 29 (26,4 %) sester, které pracují ve směnném provozu a 31 (28,1 %) sester, které pracují na ambulanci. 32 (29,1 %) sester, které pracují ve směnném provozu netrpí bolestmi hlavy a 18 (16,4 %) sester pracující na ambulanci také netrpí bolestmi hlavy. Z celkového počtu 110 sester vyplývá, že 60 (54,5 %) sester hlava bolí a 50 (45,5 %) sester hlava nebolí. Následující výsledky průzkumného šetření vycházejí ze souboru sester, které trpí bolestí hlavy. Tento soubor se skládá ze 60 (100 %) sester.

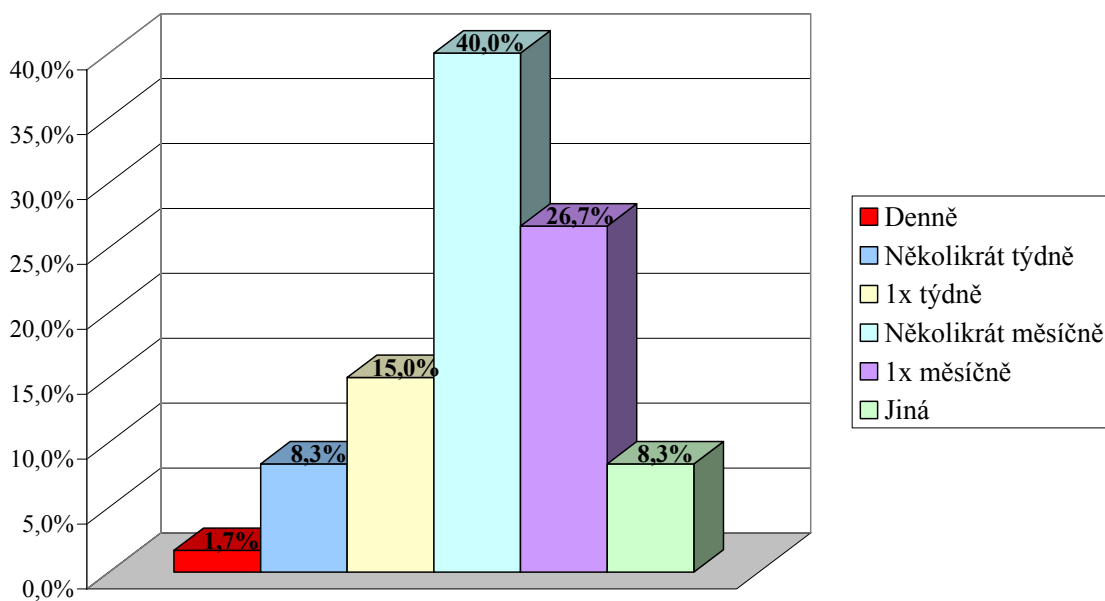
Graf 11 **Typ bolesti hlavy (n=60)**



60 sester, které trpí bolestí hlavy určovaly, o jaký typ bolesti hlavy se u nich jedná. Mohly zvolit více odpovědí. Z celkového počtu 63 (100 %) odpovědí od sester označuje 21 (33,3 %) odpovědí migrénu, 3 (4,8 %) odpovědí tenzní typ bolesti hlavy, 5 (7,9 %) odpovědí uvádí syndrom nakupených bolestí hlavy. Nejvyšší počet odpovědí 26 (41,3 %) je bolest hlavy od krční páteře, 7 (11,1 %) odpovědí od sester zmiňuje, že neví, o jaký typ bolesti hlavy se u nich jedná a 1 (1,6 %) odpovědí patří jinému typu bolesti hlavy, ale není blíže specifikována.

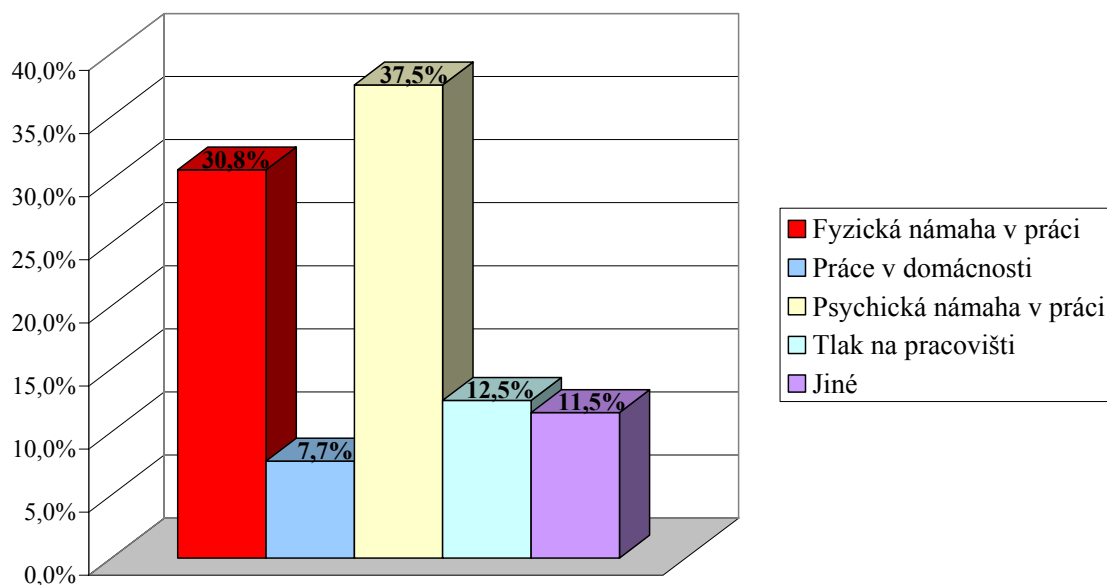
Graf 12**Délka bolestí hlavy u sester (n=60)**

Z celkového počtu 60 (100 %) sester trpí 3 (5,0 %) sestry bolestí hlavy několik dnů, 3 (5,0 %) sestry několik týdnů, 11 (18,3 %) sester několik měsíců. Největší skupina sester 37 (61,7 %) trpí bolestí hlavy několik let, u 5ti sester (8,3 %) se bolest hlavy vyskytuje již od dětství a 1 (1,7 %) sestra neví, jak dlouho bolestí hlavy trpí.

Graf 13**Frekvence záchvatů bolestí hlavy (n=60)**

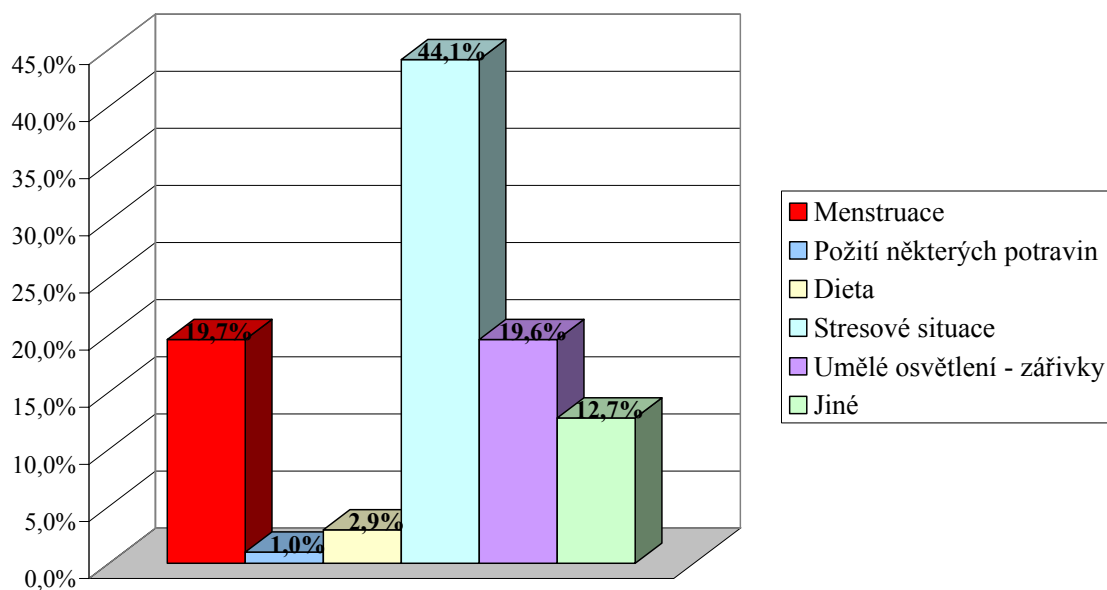
Z celkového počtu 60 (100 %) sester trpí 1 (1,7 %) sestra bolestí hlavy denně, 5 (8,3 %) sester několikrát týdně, 9 sester (15,0 %) bolí hlava 1 x týdně, 24 sester (40,0 %) udává bolesti hlavy několikrát měsíčně. 16 (26,7 %) sester zmiňuje bolest hlavy 1 x měsíčně a pro 5 (8,3 %) sester je frekvence záchvatů bolestí hlavy jiná, než je uvedeno v dotazníku.

Graf 14 **Hlavní vyvolávající faktory bolesti hlavy u sester (n=60)**



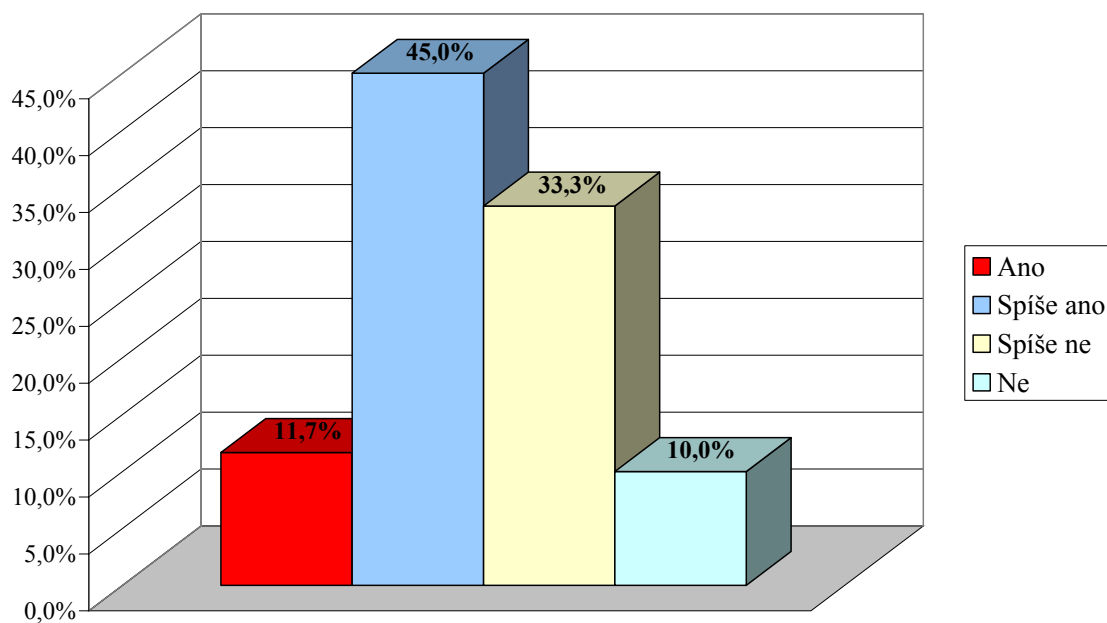
U této otázky mohlo 60 sester trpících bolestí hlavy zmínit více faktorů, které jsou pro ně vyvolavateli bolesti hlavy. Z celkového počtu 104 (100 %) odpovědí připadá 32 (30,8 %) odpovědí fyzické námaze, 8 (7,7 %) odpovědí označuje jako vyvolavatele bolesti hlavy práci v domácnosti. 39 (37,5 %) odpovědí, což je největší skupina, připadá psychické námaze, 13 (12,5 %) odpovědí zmiňuje, že bolest hlavy u sester vzniká v souvislosti s tlakem na pracovišti a 12 (11,5 %) odpovědí udává alternativu jinou (osobní důvody, virosa, únava, změna počasí, děti, deformity krční páteře).

Graf 15 **Další vyvolávající faktory bolesti hlavy u sester (n=60)**



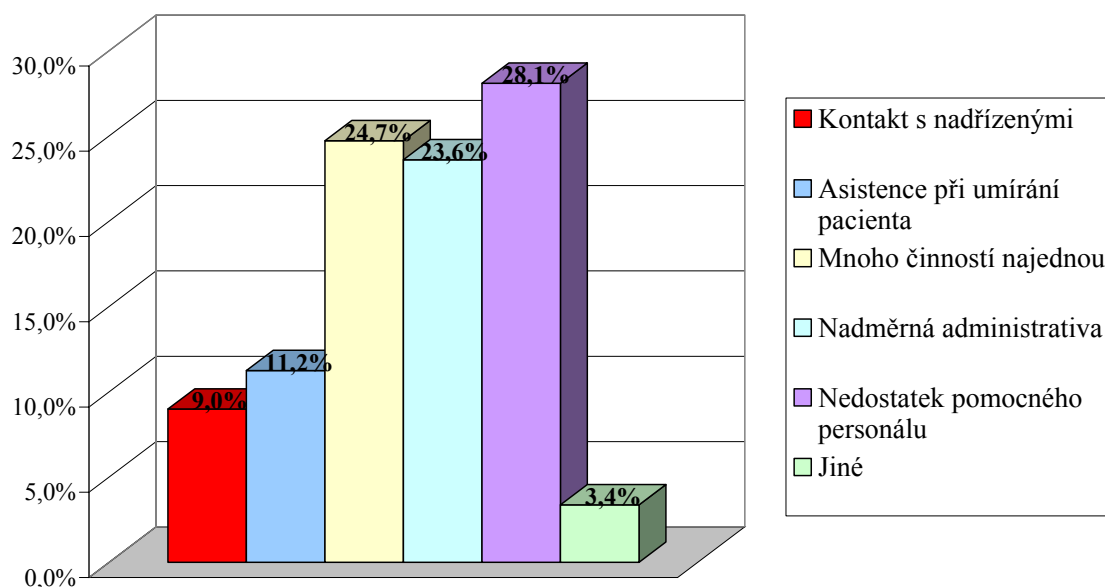
Pro tuto otázku mělo 60 sester, které trpí bolestí hlavy, možnost zaškrtnout více odpovědí. Z celkového počtu 102 (100 %) odpovědí udává 20 (19,7 %) odpovědí jako další vyvolavatele bolesti hlavy menstruaci, 1 (1,0 %) odpověď požití některých potravin, 3 (2,9 %) odpovědi dietu. Nejvíce 45 (44,1 %) odpovědí udává za vyvolavatele bolesti hlavy u sester stresové situace, 20 (19,6 %) odpovědí zmiňuje, že bolest hlavy u sester souvisí s umělým osvětlením – zářivkami a 13 (12,7 %) odpovědí připadá jiné možnosti (dehydratace, nízký tlak vzduchu, nevyvětraná místnost).

Graf 16 Počet sester, pro které je práce ve zdravotnictví stresující (n=60)



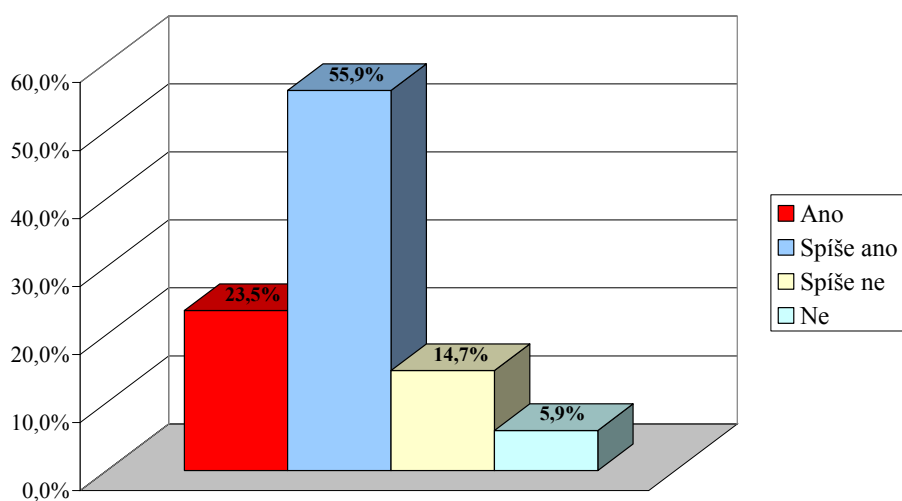
Z celkového počtu 60 (100 %) sester udává 7 (11,7 %) sester, že je pro ně práce stresující, 27 (45,0 %) udává možnost spíše ano. 20 (33,3 %) sester volí možnost spíše ne a pro 6 (10,0 %) sester není práce ve zdravotnictví stresující.

Graf 17 Nejčastější stresové situace v práci sestry (n=34)

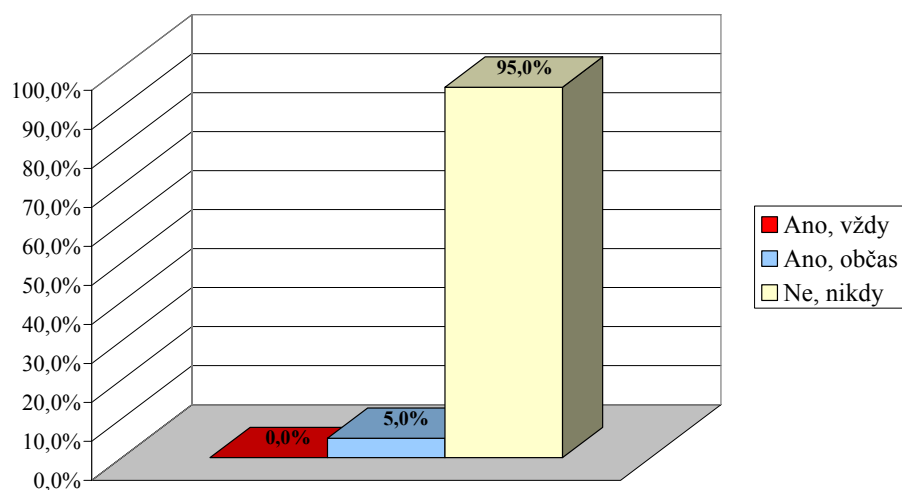


Pro vyhodnocení tohoto grafu 17 tvořil celkový počet 34 sester výzkumný soubor. Tento soubor tvořil ty sestry, které v předešlé otázce označily, že je pro ně práce ve zdravotnictví stresující. Pro označení stresových situací mohly sestry zvolit více možností.

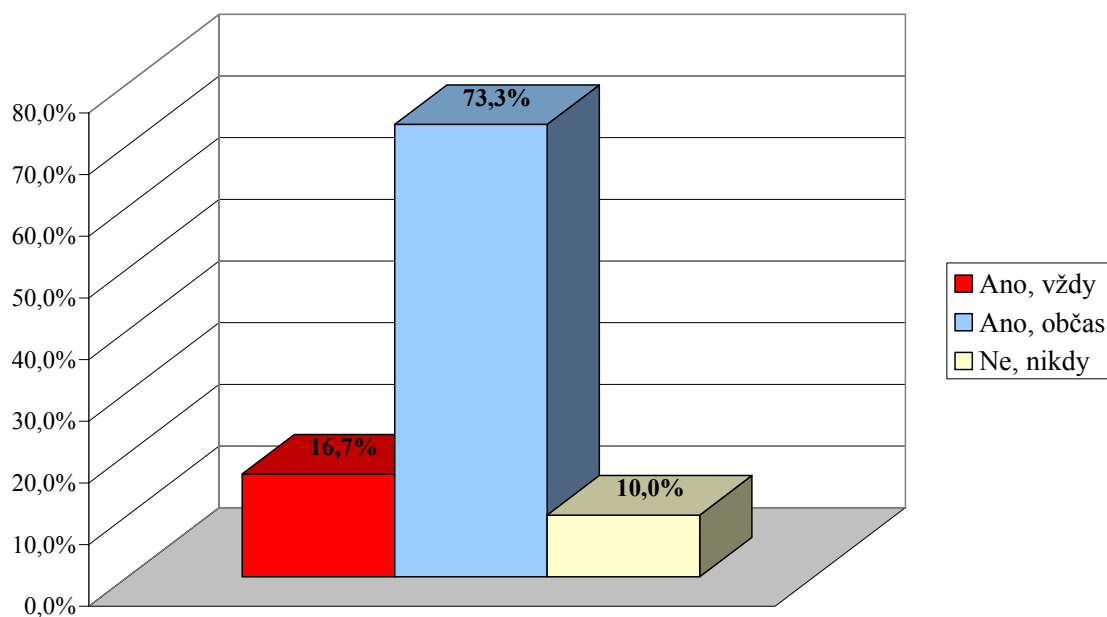
Z celkového počtu 89 (100 %) odpovědí označuje jako stresovou situaci 8 (9,0 %) odpovědí kontakt s nadřízenými, 10 (11,2 %) odpovědí náleží asistenci při umírání pacienta, 22 (24,7 %) mnoho činností najednou, 21 (23,6 %) zmiňuje nadměrnou administrativu. Nedostatek pomocného personálu označuje 25 (28,1 %) odpovědí a 3 (3,4 %) odpovědí tvoří alternativu jinou (kontakt s příbuznými pacientů, zhoršené pracovní podmínky).

Graf 18**Vliv stresu na bolest hlavy u sester (n=34)**

Z celkového počtu sester 34 (100 %) , pro které je práce stresující označuje 8 (23,5 %) sester, že stres u nich má vliv na bolest hlavy, pro 19 (55,9 %) sester má spíše stres vliv na bolest hlavy. 5ti (14,7 %) sestrám stres spíše nevyvolává bolest hlavy a 2 (5,9 %) sestrám nevyvolává stres vůbec bolest hlavy.

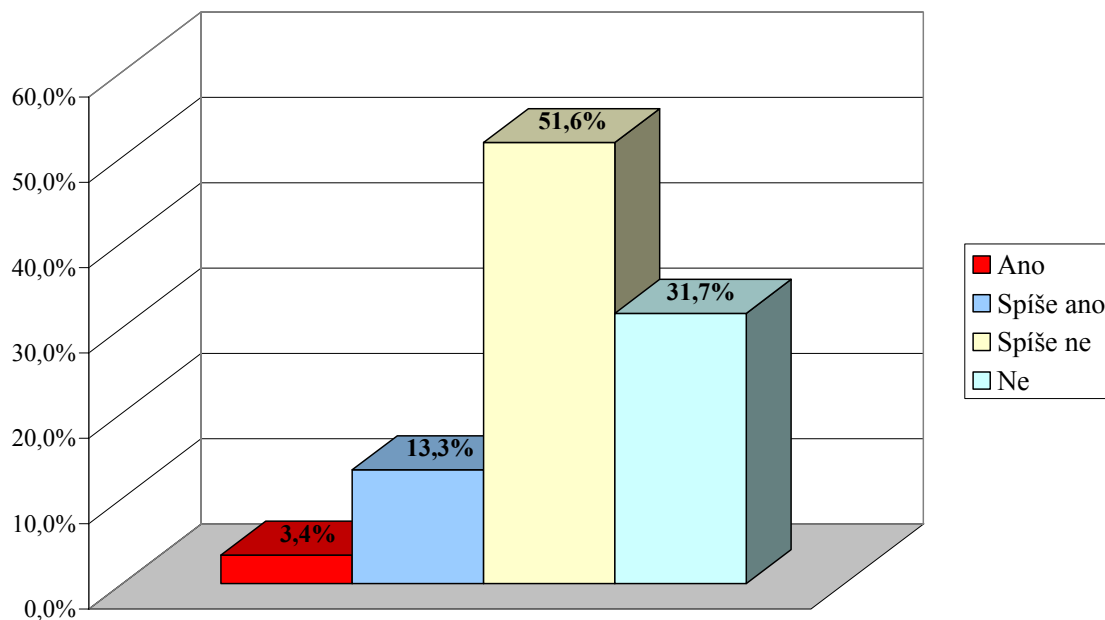
Graf 19**Absence sester v zaměstnání při bolesti hlavy (n=60)**

Z celkového počtu 60 (100 %) sester žádná nezůstane doma vždycky, když jí bolí hlava, 3 (5,0 %) sestry zůstanou doma občas a 57 (95,0 %) sester nezůstane doma nikdy.

Graf 20**Nervozita sester v práci při bolesti hlavy (n=60)**

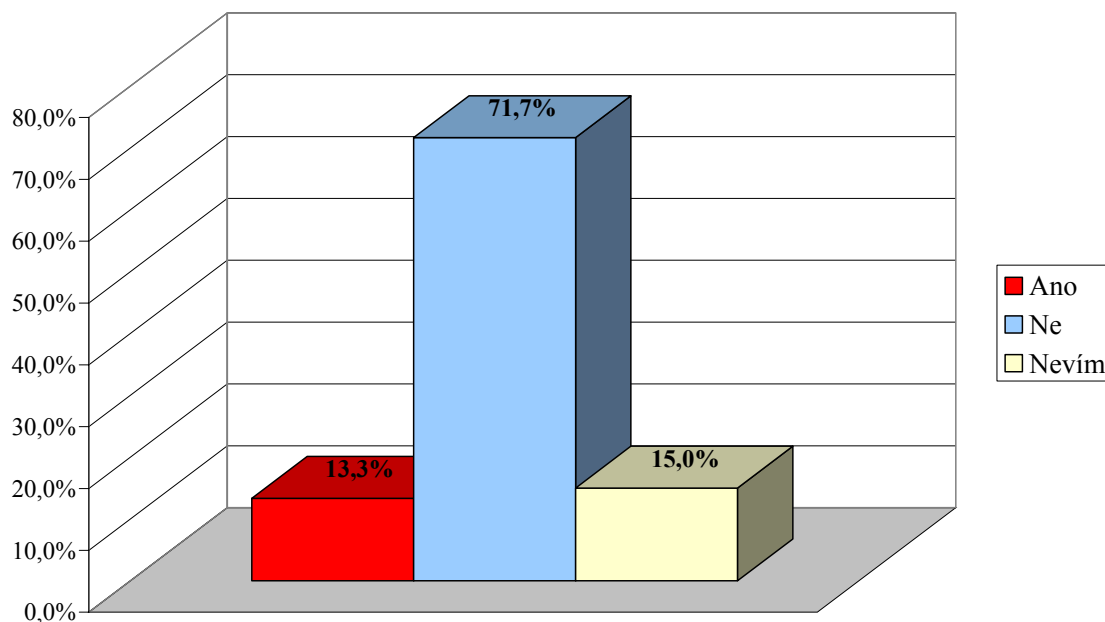
Z celkového počtu 60 (100 %) sester je 10 (16,7 %) sester vždy nervózních při bolesti hlavy, 44 (73,3 %) sester je občas nervózních a 6 (10,0 %) sester bolest hlavy neovlivňuje jejich psychický stav, nejsou tedy nikdy nervózní.

Graf 21 **Vliv bolesti hlavy u sester na přesnost plnění
ošetřovatelských úkonů (n=60)**



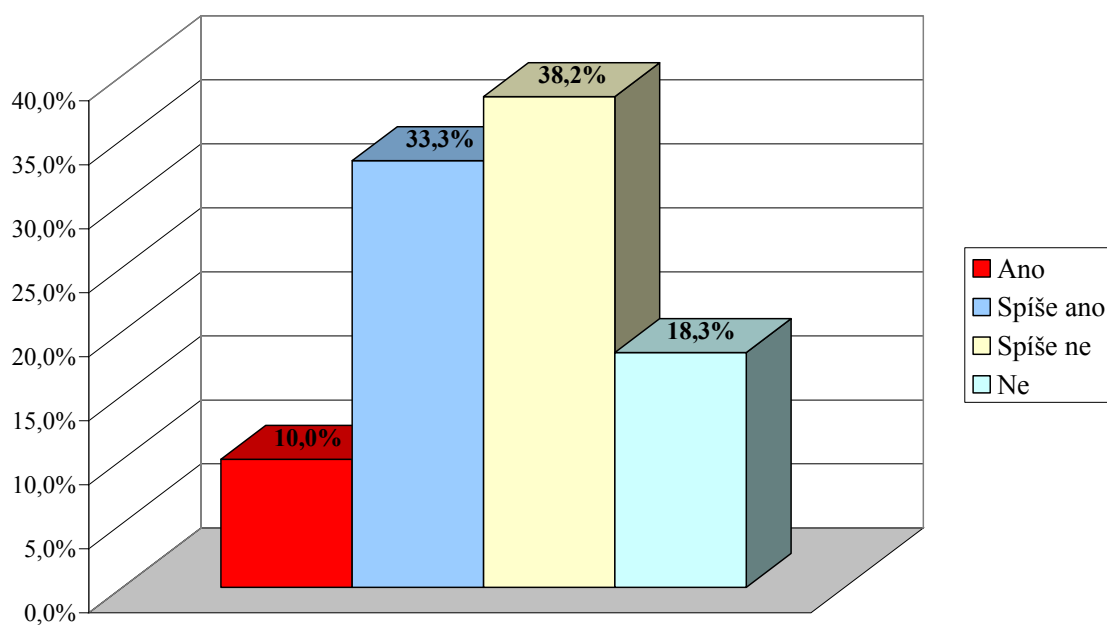
Z celkového počtu 60 (100 %) sester má u 2 (3,4 %) sester bolest hlavy jednoznačně vliv při plnění ošetřovatelských úkonů, u 8 (13,3 %) sester má bolest hlavy spíše vliv na plnění ošetřovatelských úkonů. Pro 31 (51,6 %) sester bolest hlavy spíše nemá vliv na přesnost plnění úkonů a 19ti (31,7 %) sestrám bolest hlavy žádným způsobem neovlivňuje splnění ošetřovatelského úkonu.

Graf 22 Tendence sester při bolesti hlavy přesouvat své pracovní povinnosti na kolegyně (n=60)



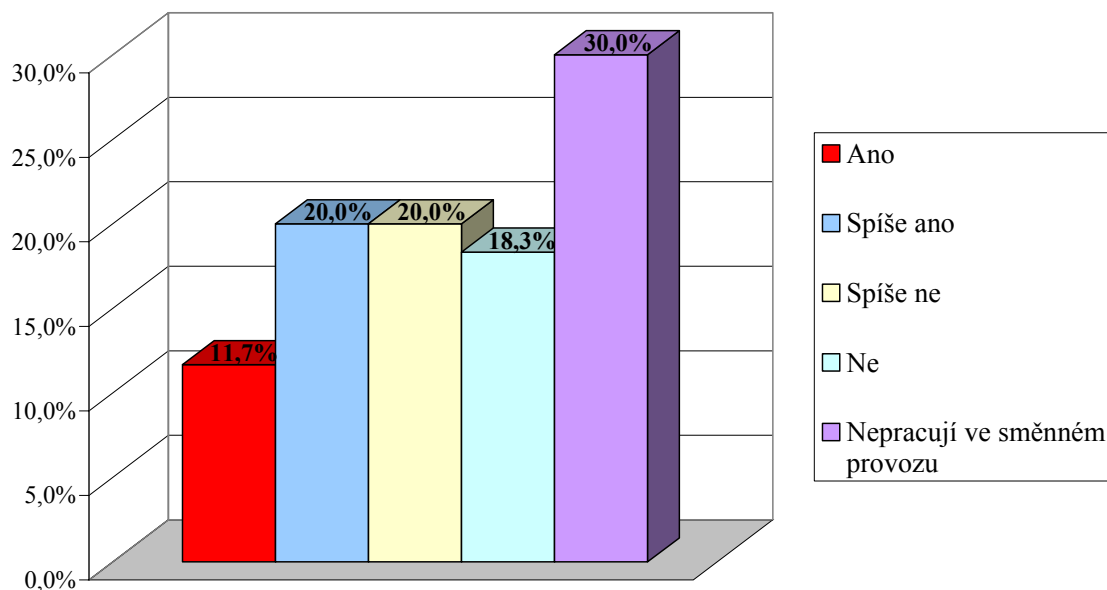
Z celkového počtu 60 (100 %) sester přesouvá 8 (13,3 %) sester své pracovní povinnosti na ostatní kolegy / kolegyně, největší skupina sester 43 (71,7 %) sester nepřesouvá své pracovní povinnosti na ostatní kolegyně a práci si zvládnou samy a 9 (15,0 %) sester nedokáže zcela odhadnout, zda při bolesti hlavy mají tendenci svou práci na kolegyni přesunout.

Graf 23 Počet sester mající bolest hlavy po denní směně (n=60)



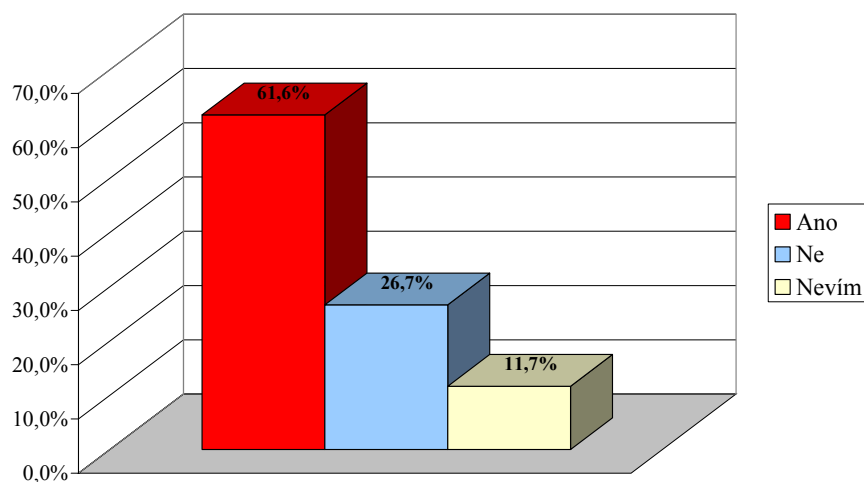
Z celkového počtu 60 (100 %) sester bolí hlava 6 (10,0 %) sester po denní směně, 20 (33,3 %) sester hlava spíše bolí po ukončení denní směny. U 23 (38,2 %) sester denní směna spíše nevyvolává bolest hlavy a 11 (18,3 %) sester hlava po denní směně nebolí.

Graf 24 Počet sester mající bolest hlavy po noční směně (n=60)



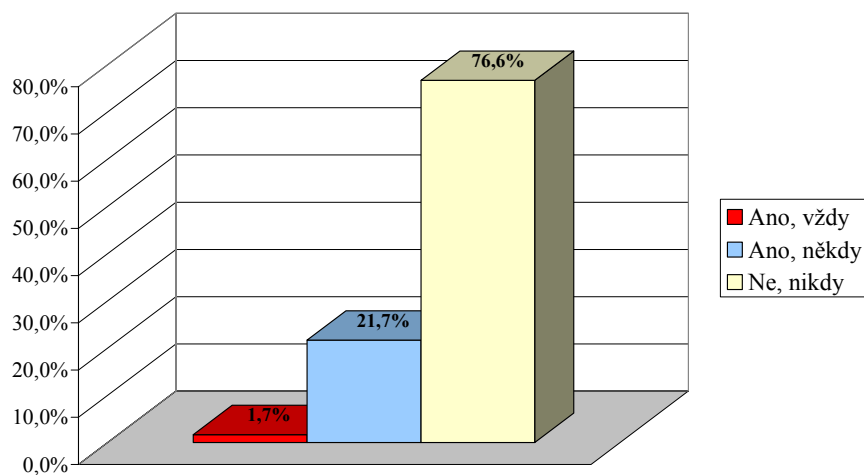
Z celkového počtu 60 (100 %) sester bolí hlava 7 (11,7 %) sester po noční směně, 12 (20,0 %) sester spíše bolí hlava, stejnou skupinu sester 12 (20,0 %) sester hlava spíše nebolí, 11ti (18,3 %) sestřám noční směna vůbec nevyvolává bolesti hlavy a 18 (30,0 %) sester, které bolí hlava, nepracuje ve směnném provozu.

Graf 25 Bolest hlavy u sester ve dnech volna (n=60)



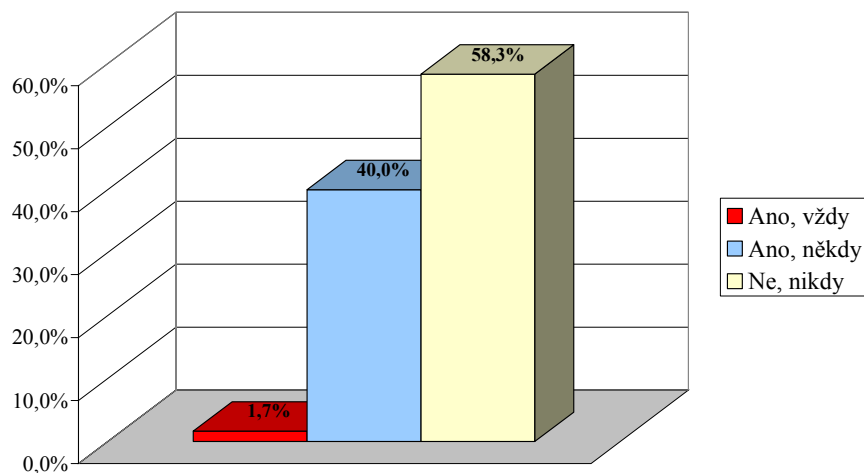
Z celkového počtu 60 (100 %) sester bolí hlava největší skupinu 37 (61,6 %) sester i ve dnech volna, 16 (26,7 %) sester hlava nebolí a 7 (11,7 %) sester nedokáže blíže určit, zda u nich bolest hlavy připadá spíše na dny volna.

Graf 26 Chybování sester v ošetrovatelských výkonech při bolesti hlavy (n=60)



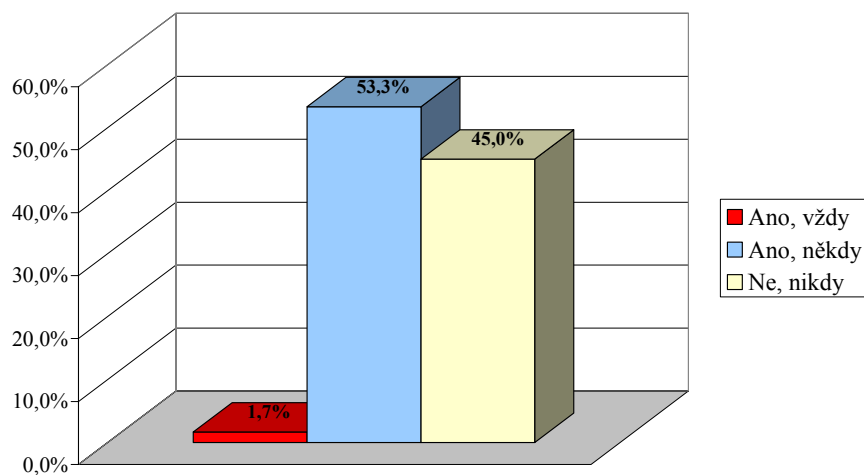
Z celkového počtu 60 (100 %) sester chybuje vždy 1 sestra (1,7 %) v ošetrovatelských výkonech, 13 (21,7 %) sester udává, že někdy udělá chybu v ošetrovatelském výkonu a 46 (76,6 %) sester nedělá chyby nikdy v ošetrovatelských výkonech.

Graf 27 Chybování sester ve zdravotnické dokumentaci při bolesti hlavy (n=60)



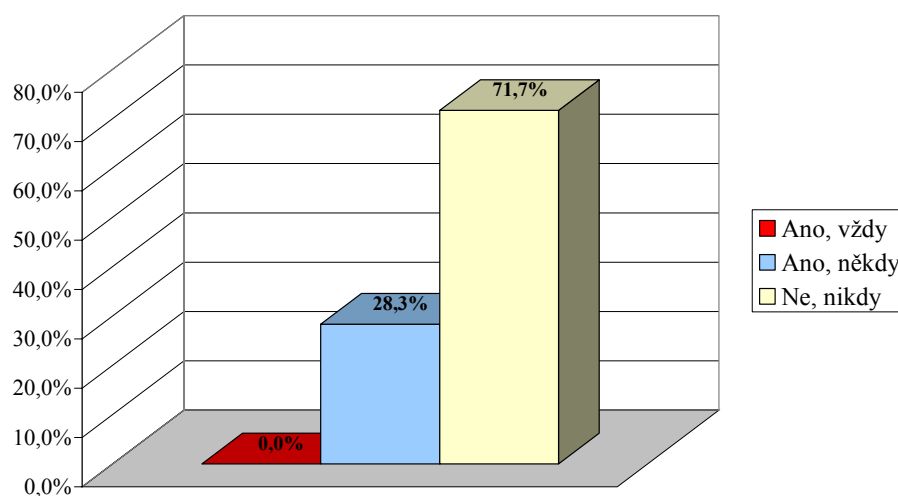
Z celkového počtu 60 (100 %) sester chybí ve zdravotnické dokumentaci vždy 1 sestra (1,7 %), 24 (40,0 %) sester chybí někdy a největší skupina sester 35 (58,3 %) nedělá ve zdravotnické dokumentaci chyby nikdy.

Graf 28 Vliv bolesti hlavy u sester na chování k pacientovi (n=60)



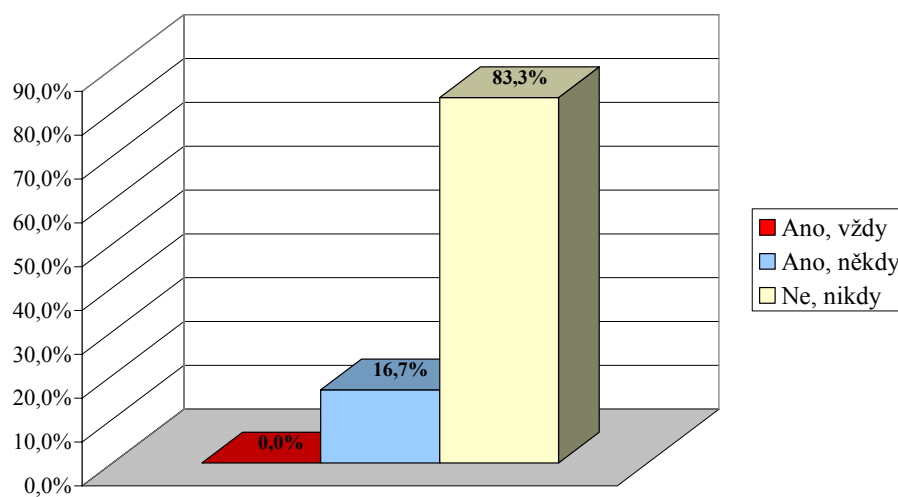
Z celkového počtu 60 (100 %) sester má u 1 (1,7 %) sestry bolest hlavy vliv vždy na chování k pacientovi, 32 (53,3 %) sester někdy ovlivňuje jejich chování k pacientovi a pro 27 (45,0 %) sester bolest hlavy nikdy nemá vliv na změnu chování k pacientovi.

Graf 29 Vliv bolestí hlavy na vyvolání konfliktů mezi sestrami (n=60)



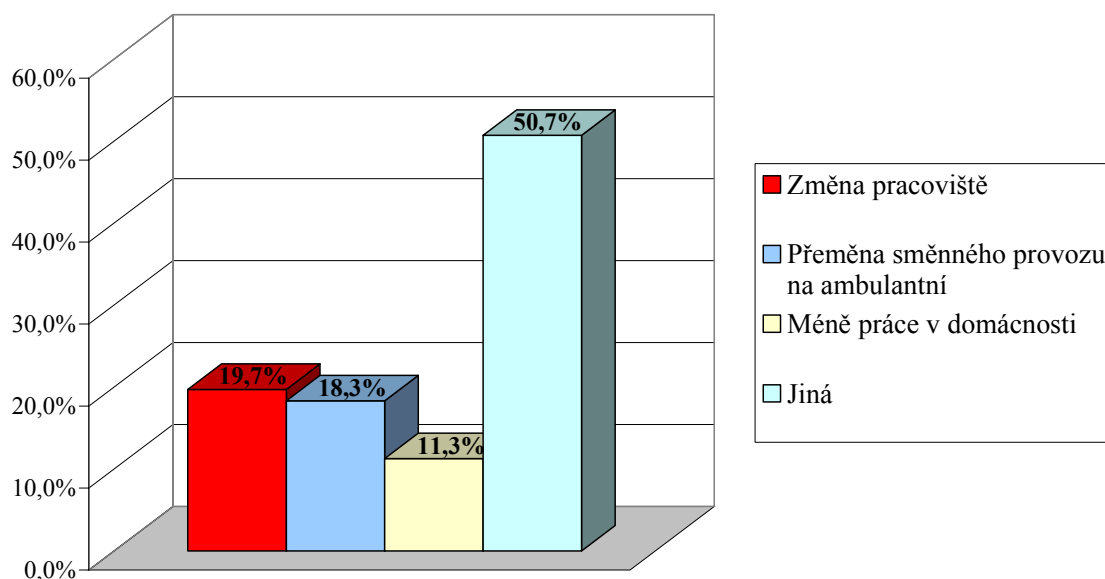
Z celkového počtu 60 (100 %) sester na variantu ano neodpověděla žádná z dotazovaných sester, pro 17 (28,3 %) sester bolest hlavy vyvolává někdy konflikty mezi ostatními sestrami. U 43 sester (71,7 %) nevznikne konflikt nikdy.

Graf 30 Vliv bolestí hlavy u sester na vyvolání konfliktů s lékaři (n=60)



Z celkového počtu 60 (100 %) sester na variantu ano neodpověděla žádná sestra. U 10ti (16,7 %) sester bolest hlavy vyvolá někdy konflikt s lékaři a u převážné většiny sester 50 (83,3 %) bolest hlavy nevyvolá nikdy konflikt s lékaři.

Graf 31 Opatření sester pro menší výskyt bolestí hlavy (n=60)



Z celkového počtu 60 sester se nám dostalo celkem 71 (100 %) odpovědí. Změna pracoviště sester vystihuje 14 (19,7 %) odpovědí, přeměna směnného provozu na ambulantní vyjadřuje 13 (18,3 %) odpovědí. 8 odpovědí (11,3 %) zahrnují méně práce v domácnosti. Alternativě „jiná“ připadlo nejvíce odpovědí a to 36 (50,7 %), v nichž byly tyto opatření pro menší výskyt bolestí hlavy (klidnější pracoviště, pravidelné užívání léků jako profylaktická léčba, více pomocného personálu, pravidelné služby v krátkém a dlouhém týdnu, o službách více pít, méně stresu a více odpočinku).

5. Diskuse

Bolesti hlavy rozhodně nemůžeme podceňovat. Je to nemoc jako každá jiná, a proto může mít řadu podob a ještě více příčin. V sesterském povolání pracují převážně ženy. Jelikož se bolest hlavy vyskytuje podle odborné literatury více u žen a počet případů s těmito obtížemi vzrůstá, zajímalo nás tedy, jaký vliv má bolest hlavy na profesi sestry. Kolik sester z našeho výzkumného souboru bude trpět bolestmi hlavy a do jaké míry pak samotná bolest bude ovlivňovat jejich sesterskou profesi.

Pro tento výzkum jsme si zadali dva cíle. Prvním cílem bylo zjistit, jaké vyvolávající rizikové faktory se podílí na bolesti hlavy u sester. Druhý cíl se týkal otázky, zda bolesti hlavy u sester ovlivňují jejich pracovní výkon. Výzkumný soubor se skládal ze sester ambulantních a pracujících na lůžkových zařízeních ve směnném provozu. Tento soubor byl sestaven ze sester z Fakultní nemocnice Motol, Oblastní nemocnice Příbram, a.s. a Střediska zdraví, spol. s r.o. na Dobříši.

Problematiku tohoto výzkumu jsme se snažili zjistit pomocí anonymních dotazníků. Celkem bylo rozdáno 150 dotazníků. Z tohoto počtu se jich vrátilo 145. Jak bylo uvedeno již v kapitole 3.1. s personálem Oblastní nemocnice Příbram, a.s. a Střediskem zdraví, spol. s r.o. na Dobříši nebyl ve spolupráci žádný problém. Sestry se seznámily s naším tématem bakalářské práce a ochotně daný počet dotazníků převzaly. Za tři dny nám byl navrácen plný počet dotazníků z obou zdravotnických zařízení. Do Oblastní nemocnice Příbram, a.s. bylo rozdáno 25 dotazníků a návratnost činila 100 %. Do zdravotnického zařízení na Dobříši byl rozdán stejný počet, tedy 25 dotazníků, stejné množství nám bylo navraceno i zpět. I když jsem nikdy nepracovala v těchto dvou zdravotnických zařízeních, spolupráce sester mne mile překvapila.

Na rozdíl od Fakultní nemocnice v Motole, kde pracuji několik let, stala se spolupráce se zdravotnickými pracovníky obtížnější. Po rozdání 100 dotazníků, se nám 5 dotazníků nenavrátilo vůbec, 35 dotazníků i po opakovaném požádání sester zůstalo nevyplněných. Z Fakultní nemocnice Motol bylo tedy k dispozici pro vyhodnocení dat 60 řádně vyplněných dotazníků. V tomto výzkumu se mi potvrdilo, že spolupráce se sestrami z menších nemocnic je snazší, sestry jsou ochotnější, prostředí je o trochu klidnější a soukromější. Ve velkých nemocnicích pracuje mnoho zdravotnického

personálu. Mnohdy se i personál mezi odděleními nezná. Sestry zde ošetřují pacienty se složitějšími lékařskými diagnózami. Toto vše mohlo být příčinou obtížnější spolupráce se zdravotnickým personálem z Fakultní nemocnice v Motole.

Strukturovaný dotazník obsahoval celkem 31 otázek. Z toho 24 otázek uzavřených a 7 otázek polootevřených. K vyhodnocení výsledků pro tento výzkum jsme měli 110 vyplněných dotazníků, což činilo pro otázky 1 až 10 celkový počet 110 sester 100 %.

První tři otázky v dotazníku byly identifikační. Zjišťovaly pohlaví, věk respondentů a nejvyšší dosažené ukončené vzdělání. Z celkového počtu 110 sester je většina žen, což je 100 (90,9 %) a 10 (9,1 %) mužů. Tento výsledek byl samozřejmě předpokládán, protože v sesterském povolání stále převládá ženské pohlaví. Mužské pohlaví se více vidí pak v profesích lékařů, fyzioterapeutů, rehabilitačních pracovníků, záchranářů a pomocných zdravotnických pracovníků aj.

Ve všech věkových kategoriích byl počet sester podobný. Při pohledu na graf 3 zjistíme, že nejvíce zastoupené vzdělání sester je stále ještě střední odborné s maturitou, jehož je zde 79 případů. Naštěstí je z grafu patrné, že vysokoškolské studium se ve zdravotnictví začíná více vyvíjet a ve výsledcích můžeme sledovat již i ukončená bakalářská a magisterská studia u 15ti sester. To je velmi důležité proto, aby se zvýšila odborná vzdělanost sester. Tím dojde k poskytování kvalitnější ošetrovatelské péče a lepšímu přístupu k pacientovi.

Graf 5, který se týká celkové délky praxe sester ve zdravotnictví, vystihuje největší skupinu sester pracujících 24 a více let. V tomto výzkumu jsou nejvíce zastoupeny vdané sestry s 1 – 2 dětmi. Graf 8 ukazuje na složení výzkumného souboru z 49 ambulantních sester a 61 sester ve směnném provozu. Otázka, která zjišťovala, jak dlouho pracují sestry na současném pracovišti, poukázala na největší skupinu sester pracujících 0 – 5 let.

Z výzkumného souboru 110 sester vyplynulo, že nadpoloviční většina sester 60 (54,5 %) má bolesti hlavy, což je patrné v grafu 10. Zbývajících 50 (45,5 %) sester bolestmi hlavy netrpí. U otázek 11 až 31 jsme se zabývali pouze sestrami, které trpí bolestí hlavy.

Naše předpoklady, že hlava bolí více sestry staršího věku, které pracují delší dobu ve zdravotnictví, jsou tedy i déle ve směnném provozu, mají více let nepravidelnou životosprávu, starají se o rodinu a děti, mohou mít již přidružené choroby např. (hypertenzi, varixy, DM, úzkostlivé stavy, deprese) byly vyvráceny. Počet sester trpících bolestmi hlavy je ve všech věkových kategoriích podobný. Přibývajícím věkem tedy neovlivňuje větší výskyt bolestí hlavy.

Nejčastějšími typy bolestí hlavy u sester je v 41,3 % odpovědích bolest hlavy od krční páteře a 33,3 % odpovědí patří migréně. Musíme zde zmínit, že od 60 dotazovaných sester se nám dostalo 63 odpovědí, což bohužel předpokládá kombinaci bolestí hlavy u sester. Jak uvádí Taubert (25) migrénou trpí podle statistických údajů v lidské populaci 12 – 14 % žen, mužů 6 – 8 %. Zde je názorné, že náš výzkum se s Taubertovým (25) tvrzením shoduje, protože migréna je podle našich výsledků druhý nejčastější typ bolesti hlavy.

S touto otázkou souvisí následující problematika, která byla zaměřena na to, jak dlouho a často sestry trpí bolestmi hlavy. Bolesti hlavy od krční páteře přecházejí dle Waberžinka (29) často do chronického původu. Krišková (10) uvádí fakt, který poukazuje na to, že sestry obvykle pracují na velmi nízkých nemocničních postelích, zvedají pacienty, pracují při nevhodně nastavené výšce pracovní desky, mají i nevhodný tvar a výšku židle. Toto vše pak vede k nadměrnému fyzickému zatěžování sester. To souvisí s častými bolestmi hlavy od krční páteře i zad a velkou fyzickou zátěží.

Je zde na místě si připomenout, že námi zjištěná druhá nejčastější bolest hlavy (migréna), začíná často v pubertě, jak uvádí v odborné literatuře Ambler (1). Výsledky vyplývající z našeho výzkumu a délka zmiňovaných typů bolestí hlavy trvající několik let spolu tedy souvisí. U více než poloviny sester převládá frekvence záchvatů bolestí hlavy několikrát měsíčně. To souvisí s tím, že standardně se objevují záchvaty migrény 2krát až 5krát za měsíc, což uvádí Taubert (25). Tento fakt je v rovnováze s naším výzkumným šetřením.

Z výzkumu nám dále vyplynulo, že téměř poloviční zastoupení bezdětných sester trpí bolestmi hlavy. Podobný počet sester se týkal matek, což nám podle našeho výzkumu dodalo přesvědčení, že počet dětí nesouvisí se vznikem bolestí hlavy u sester.

Jak uvádí odborná literatura (11, 30), že děti jsou jedním z mnoha faktorů, které se podílejí na vzniku bolesti hlavy, nemůžeme z výsledků tohoto výzkumu potvrdit.

Nyní je již na místě zabývat se první hypotézou. První hypotéza předpokládala, že výskyt bolestí hlavy u sester je ovlivněn směnností provozu. Je důležité zde zmínit, že lidskou přirozeností je ve dne pracovat a v noci odpočívat. Jedinec se v běžném životě řídí 24hodinovým rytmem, který je mu vrozený a je řízen tzv. biologickými hodinami. Směnný provoz však nemusí snést každý. Určité skupiny lidí, zejména s vážnými onemocněními, by měli volit jednosměnnou pracovní dobu zcela automaticky. Práce na směny je zcela nevhodná například pro diabetiky, osoby s poruchami spánku a s trávicími potížemi.

Směnný provoz vede u sestry ke změnám spánku, stravování, společenského a rodinného života. Může působit i na psychiku sestry tím, že je pak více psychicky labilnější. Já sama již 11 let pracuji ve směnném provozu na intenzivní péči. Z vlastní zkušenosti mohu potvrdit, že směnný provoz u mě přeměnil stravovací návyky. Při noční směně se bohužel stravuji i přes noc, ráno nesnídám a po probuzení v odpoledních hodinách jím tedy mé první jídlo. Toto následuje po všechny tři dny, ve kterých mám noční směnu. Následující den se potom cítím zesláblá a trpím nechutenstvím. Práce ve směnách u mě ovlivnila i poruchy spánku a nálad. Jelikož od dětství trpím migrénami, častý výskyt těchto obtíží je u mě bohužel také tímto typem práce způsoben.

Abychom si první hypotézu ověřili, položili jsme sestrám několik otázek týkajících se této problematiky. Sestry byly dotazovány, zda je bolí hlava spíše po denní nebo noční směně. Co se týče odpovědí sester po denní směně, na více než polovinu sester nemá denní směna vliv na vznik bolestí hlavy. Shodně odpovídaly i sestry po noční směně, kdy graf 10 názorně vystihuje fakt, že hlava bolí více sestry pracující na ambulanci než ve směnném provozu.

Je to velmi překvapivé zjištění, protože směnný provoz jsme jako první považovali za příčinu bolestí hlavy u sester. Rozsypalová (19) ve své knize uvádí směnnost sester jako příčinu bolestí hlavy. Tento fakt nemůžeme naším výzkumem potvrdit. Bylo by zde na místě určitě zmínit, že na otázku, jestli bolí hlava sestry i

ve dnech volna, odpověděla převážná většina kladně. Z výsledků je patrné, že směnnost neovlivňuje častější výskyt bolestí hlavy u sester. První hypotéza nebyla potvrzena.

Skutečné příčiny bolestí hlavy u sester je někdy obtížné určit. Může jich být mnoho. Problémy s krční páteří, nadměrné psychické napětí, únava nebo přepracování. Bolesti hlavy může způsobit i příčina zdánlivě banální, jako je nedostatek tekutin. Mohou být i projevem některých psychických onemocnění (deprese). Vznikají také působením stresu upozorňuje ve své knize Šnýdřová (24). Velké množství odborné literatury, která se zabývá bolestmi hlavy, udává bolest hlavy jako následek mnohých onemocnění. Waberžinek (29) a Ambler (1) uvádí přítomnost bolestí hlavy u onemocnění krční páteře. Taubert (25) a Waberžinek (30) uvádí výskyt bolestí hlavy v souvislosti s různými chronickými nemocemi (migréna, syndrom nakupených bolestí hlavy, tenzní bolesti hlavy).

Domnívali jsme se, že bolest hlavy by mohla mít i souvislost s celkovou délkou praxe sester ve zdravotnictví. Pokud sestra pracuje ve zdravotnictví déle, tím je její psychická stránka více zatěžována a působením stresu pak může docházet k většímu výskytu bolestí hlavy. Ovšem zjištěné výsledky dokázaly, že délka praxe sester ve zdravotnictví nemá zásadní vliv na vznik bolestí hlavy u sester.

Přestože se sestra setkává při své profesi denně s prováděním hygieny pacientů, pracuje spíše na nižších nemocničních postelích, přemísťuje pacienty, ošetřuje a polohuje imobilní pacienty, nese za pacienty odpovědnost po celou dobu péče, patřilo pouze 30,8 % odpovědí od sester fyzické námaze v práci jako vyvolavatele bolestí hlavy. Krišková (10) popisuje, že nejvyšší fyzická námaha se zjistila při výkonech týkajících se hygieny a manipulace s pacientem.

Další příčiny vzniku bolestí hlavy sestry uváděly menstruaci a umělé osvětlení – zářivky na pracovišti, virózu, počasí, deformity obratlů krční páteře, dehydrataci, dietní stravu a asistenci při chirurgických výkonech – převazy, jak znázorňuje graf 14 a graf 15. Jelikož je z našeho výzkumného souboru převážná většina sester žen, předpokládali jsme zařazení domácích prací na přední místa v odpovědích sester. Přesto bylo tímto výzkumem zjištěno, že práce v domácnosti, jako vyvolavatel bolestí hlavy u sester, zaujímá nejmenší počet odpovědí 7,7 %.

Na sestru však působí denně v zaměstnání mnoho různých zátěžových situací. Lze sem zařadit kontakt s nadřízenými – vztah sestra a lékař, asistence při umírání pacienta (dlouhodobé umírání, pocit bezmoci, resuscitace, smrt nemocného), nedostatky v organizaci práce sestry, mnoho činností najednou, nadměrná administrativa, nedostatek pomocného personálu, nedostatek pomůcek v časové tísní a kritická náhlá situace ve změně zdravotního stavu pacienta. Převážný počet odpovědí, které označily nejčastější příčiny bolestí hlavy u sester, poukázaly v tomto výzkumu na psychickou námahu v práci. Té patřilo 37,5 % odpovědí.

Rozsypalová (19) ve své knize udává, že sestra má velmi krásné, ale i náročné úkoly – pečovat o zachování lidského zdraví a snažit se předcházet nemocem, podílet se na procesu uzdravení nemocného člověka nebo v případech, kdy nemocného nelze uzdravit, poskytnout mu takovou péči, aby se zmírnily jeho obtíže a mohl důstojně zemřít. Tyto náročné úkoly mohou však sestru během života zatěžovat po fyzické a psychické stránce. S tímto tvrzením je nezbytné souhlasit, protože z mých zkušeností z praxe i z výsledků získaných tímto výzkumem je zřejmé, že povolání sestry je opravdu náročné jak v oblasti psychické, tak fyzické. Tyto zátěžové situace jsou tedy pak vyvolavateli stresu, který je podmíněn psychickou a fyzickou zátěží sestry.

Na předchozí problematiku navazuje druhá hypotéza, která předpokládala, že výskyt bolestí hlavy u sester je ovlivněn stresem v pracovním procesu. Jak bylo uvedeno již výše, z výsledků je patrný největší počet odpovědí patřící psychické námaze, což je vlastně stres. Příčinu bolestí hlavy u sester následkem stresu jsme si ověřovali otázkou 15. Výzkumem bylo zjištěno, že stres tvoří tři čtvrtiny odpovědí jako příčinu bolestí hlavy u sester. V literatuře (16, 17) se uvádí, že psychika sestry je značně zatěžována z důvodu každodenního styku s lidmi trpícími bolestí, úzkostí, depresí, s lidmi doufajícími i frustrovanými, s umírajícími. Toto vše způsobuje stres.

Nešpor (16) ve své knize dále zmínil bohužel fakt, že vyhledat pomoc pro vlastní zdravotní nebo psychické problémy se mnohé sestry ostýchají, protože by to považovaly za „zradu“ vlastní profese a kompetence, je tedy pro ně snazší samoléčba. Myslím si, že pokud na sobě sestra cítí, že je delší dobu ve stresu, má tedy narušenou psychickou stránku, neměla by se stydět vyhledat odbornou pomoc.

Navštívením psychologa či psychiatra se může sestra svěřit se svými problémy a naučit se, jak se chovat v určitých zátěžových situacích. Může se naučit i mnohé relaxační techniky k uvolnění napětí. Domnívám se, že návštěvami psychologů nebo psychiatrů a naučením správných relaxačních technik se předchází vzniku syndromu vyhoření. Naštěstí se stává již pravidlem, že mnohá zdravotnická zařízení zaměstnávají psychology za účelem, aby zdravotničtí pracovníci mohli vyhledat jejich pomoc.

Pro více než polovinu sester je jejich práce stresující. Ty sestry, které označily svou profesi za stresující dále odpovídaly, které ze zátěžových situací v pracovním procesu jsou pro ně stresující. Na prvním místě sestry označily nedostatek pomocného personálu, druhé místo přiřadily více činností najednou, jako třetí alternativu udaly nadměrnou administrativu. Další v pořadí se výzkumem ukázaly najevo tyto stresové situace – řazeny sestupně: asistence při umírání pacienta, kontakt s nadřízenými, zhoršené pracovní podmínky a zvýšená nemocnost zdravotnického personálu, jak je patrné z grafu 17.

Druhou hypotézu nám také blíže pomůže zodpovědět otázka, považují-li sestry stres v práci za příčinu bolestí hlavy. Nešpor (16) uvádí, že stres vyvolává v somatické oblasti mnoho symptomů, které se týkají bolesti hlavy, bolesti zad, sexuální poruchy, únavy, zácpy nebo naopak průjmy, nespavost, nechutenství či přejídání. Jako emocionální reakce na stres může být deprese, zlost, hněv, frustrace, fobie, pocity bezmocnosti a beznaděje. 79,4 % sester odpovědělo, že u nich stres vyvolává bolest hlavy. Tento výsledek úzce souvisí s tvrzením, které vyplynulo z grafu 14. Všechna tato přesvědčení z našeho výzkumu vedou k potvrzení druhé hypotézy.

Nadměrný stres u sestry zvyšuje počet chybných výkonů a rozhodnutí, pracovních úrazů a psychosomatických onemocnění. Zhoršuje tedy zdravotní stav i produktivitu práce uvádí ve své publikaci Nešpor (16). Farkašová (3) ve své knize zdůrazňuje fakt, že povolání sestry se v rámci 70. zaměstnání umísťuje na 7. – 10. místě, což naznačuje jeho významnou pozici a prestiž. Profese sestry na ni klade mnoho nároků. Je důležité, aby byla dostatečně odborně kvalifikovaná, uměla pracovat v týmu, byla schopna empatie, rychlého rozhodování, kritického a analytického myšlení. Také si musí umět získat důvěru pacienta, správně a klidně s ním komunikovat, musí mít

edukační schopnosti, účastnit se výzkumné činnosti, celoživotně se vzdělávat, musí pracovat morálně správně.

Sestra denně pracuje s tím nejcennějším, co na světě existuje. Je to lidský život. Pochybení sestry by mohlo vážně ohrozit zdravotní stav pacienta. K této problematice se vztahuje třetí hypotéza, kterou jsme se snažili zjistit, zdá má bolest hlavy negativní dopad na pracovní výkon sester.

Pro téměř všechny sestry neznamena bolest hlavy absenci v zaměstnání. To ukazuje obětavost dotazovaných sester, které si s vědomím nedostatečného personálního stavu v nemocnicích nedovolí zůstat doma. Další otázkou může být finanční situace sester, která i z mých osobních zkušeností není za tak náročnou práci odpovídající. Každý z nás ví, že pokud ho něco bolí, je nervóznější a nesoustředěný. Proto jsme předpokládali větší nervozitu u sester při bolesti hlavy.

Z grafu 20 je patrná nervozita u převážné většiny sester, které bolí hlava. Je třeba zde opět upozornit na vzájemné propojení mezi výsledky našeho výzkumu. Nervozita sester souvisí s bolestmi hlavy, ty jsou následkem častého působení stresu na sestry, stres je celková psychická námaha sester, která nám ve výzkumu vyšla jako největší vyvolávající faktor bolestí hlavy u sester. Viditelná shoda se projevuje u otázek 14, 15, 16, 18 a 20.

V pracovním životě se může nervozita (stres) u sestry projevovat problémy při týmové práci, pracovními konflikty, manipulativními tendencemi, ztrátou výkonnosti, poklesem sebedůvěry a energie, apatií, později soustavným zanedbáváním povinností a syndromem vyhoření, jak uvádí ve své publikaci Nešpor (16).

Nervozita sester se pak přenáší nejen na kolegy, ale především také na pacienty, což není při léčbě přínosné. Musíme mít vždy na mysli, že pacient, který do nemocnice přichází, není nemocen pouze po somatické stránce, ale i po stránce, psychické a sociální. Tyto biopsychosociální faktory se u pacienta navzájem prolínají, jak uvádí ve své knize Trachtová (27). Není-li pak pacient v psychické pohodě, léčba somatických obtíží je značně zpomalená. S tvrzením, které uvádí Trachtová (27) za správné, jistě souhlasíme.

Podle výsledků našeho výzkumu, nemůžeme však s některými tvrzeními Nešpora (16) souhlasit. Nervozita sester při bolesti hlavy nevyvolává konflikty mezi sestrami v 71,7 % a mezi sestrami a lékaři v 83,3 %. Při pohledu na graf 29 a graf 30, je však možné, že výsledky těchto dvou grafů mohou být ovlivněny větší autoritou nadřízených lékařů. Na výsledky problematiky týkající se toho, zda sestry přesouvají své pracovní povinnosti na ostatní kolegyně, jsme byli zvědaví a zároveň jsme chtěli porovnat i s mými vlastními zkušenostmi.

Na našem oddělení intenzivní péče je počet sester rozdělen přesně na počty lůžek s pacienty. Po příchodu do služby dostaneme přiděleny dva pacienty, kteří jsou v těžším stavu na umělé plicní ventilaci nebo tři pacienty lehčího zdravotního stavu. S těmito pacienty jsme na ošetrovatelských boxech a staráme se o ně po celou dobu směny až do předání jiné sestře.

Z tohoto vyplývá, že když mám při směně migrénu, nemohu si dovolit přesouvat mé pracovní povinnosti na ostatní kolegyně, protože ony se starají také o své svěřené pacienty. Samozřejmě, když se na oddělení řeší akutní situace (resuscitace, akutní příjem aj.) s ostatními kolegyněmi si samozřejmě pomáháme. Mé zkušenosti se shodují s výsledky dotazovaných sester, které si v 71, 7 % nedovolí přesouvat své pracovní povinnosti na ostatní kolegyně jistě ze stejného důvodu jako já, ať pracují na ambulanci nebo ve směnném provozu.

V odborné literatuře je řada studií, které sledují roli lidského faktoru a faktoru prostředí při vzniku pochybení ve zdravotnictví. Hlavními příčinami pochybení sestry mohou být únava, stres, bolesti hlavy, nadměrná nebo nepravdělná pracovní zátěž a kvalita pracovního prostředí. Abychom si blíže ověřili třetí hypotézu, zeptali jsme se přímo sester, zda při bolesti hlavy chybují v ošetrovatelských výkonech, zdravotnické dokumentaci pacienta či neplní ošetrovatelské úkony u pacientů podle přesných pravidel.

Následující zjištění jsou alarmující. Z dotazovaných sester odpovědělo kladně bohužel 16,6 % sester, že neplní přesně daný ošetrovatelský výkon, jak ukazuje graf 21. Mnoho lidí by mohlo namítnout, že je to malá skupina nebo z numerického pohledu nízké procento sester. Je zde důležité zmínit, že se sestra stará o lidský život! I malá

chyba může pacienta vážně ohrozit na životě. Proto tento výsledný počet sester je pro nás varovný. Jelikož je patrné zjištění, že každá 6 sestra při bolesti hlavy neplní přesně ošetrovatelský výkon.

Výsledky z grafu 21 se shodují s grafem 26, který nám znázorňuje vzniklé chyby sester již v samotných ošetrovatelských výkonech. Chybujících sester je téměř čtvrtina, což je dle mého názoru neuspokojivé a potvrzuje to skutečnost, že bolesti hlavy u sester, avšak i u dalších členů ošetrovatelského týmu není možné podceňovat, jelikož mají zásadní vliv na péči o zdraví pacientů. Při záchvatu migrény, tenzních bolestí hlavy a syndromu nakupených bolestí hlavy je postižený nesoustředěný, zpomalený, unavený, jak je uvedeno v mnohých odborných literaturách (25, 29, 30). S těmito fakty je na místě souhlasit, jelikož to vystihují i výsledky našeho výzkumu.

Zjištění znázorněná grafem 27 jsou ještě závažnější. Chyby ve zdravotnické dokumentaci pacienta udělá při bolesti hlavy téměř polovina sester. Přitom pochybení ve zdravotnické dokumentaci pacienta nelze podceňovat, jak ukázaly některé tragické mediální případy (záměna novorozenců, vyoperování pacientovy zdravé ledviny). Bohužel tato všechna fakta poukazují na to, že třetí hypotéza nám byla potvrzena.

Jistě se nyní shodnu s převážnou většinou nejen zdravotníků, ale i laiků, když budu tvrdit, že tyto všechny skutečnosti, které jsme získali třetí hypotézou, jsou varovné. Pochybení v jakémkoliv slova smyslu v ošetrovatelském postupu u pacienta, či pochybení ve zdravotnické dokumentaci, znamená pro pacienta velké riziko ohrožení jeho zdraví!

Pokud sestru bolí hlava, stává se z ní vlastně pacient. Má narušenou celkovou biopsychosociální pohodu. Je více nesoustředěná, nervóznější, méně výkonná a chybuje. Sestra by při velkém záchvatu bolesti hlavy měla zůstat v pracovní neschopnosti. Jak je známo z praxe, ve většině případů to není možné vzhledem k nedostatečnému personálnímu stavu v nemocnicích. Dalším řešením bych navrhovala více pomocného personálu v nemocnicích, aby sestry měly čas vykonávat ty činnosti, na které jsou kvalifikované. Sestry s bolestmi hlavy by měly také dodržovat správnou

medikamentózní a profylaktickou léčbu, která by znatelně omezila výskyt bolestí hlavy. Tím u nich dojde ke zlepšení osobního, ale i pracovního života.

6. Závěr

Bolest hlavy se stala nejčastějším neurologickým onemocněním v lidské populaci. Různé typy bolestí hlavy postihují až 90 % populace. Nedostatečně léčená bolest mění kvalitu života pacienta. Ovlivňuje nejen jeho osobní, ale i pracovní život. Povolání sestry vyžaduje velké nároky na její odborné znalosti, být schopna spolupráce s ošetrovatelským týmem, získat si důvěru pacienta správnou komunikací, být empatická a vést preventivní péči. Toto vše zatěžuje sestru po fyzické a psychické stránce.

Výzkum nám prokázal, že nadpoloviční většina sester trpí bolestmi hlavy. Bylo zjištěno mnoho hlavních vyvolávajících faktorů bolestí hlavy, jako je psychická námaha, fyzická námaha, stres a tlak na pracovišti. Je překvapivé, že směnnost nemá zásadní vliv na vznik bolestí hlavy u sester. Předpokládali jsme, že sestry, jelikož jsou většinou ženy a starají se o rodinu, zařadí i na přední místo práci v domácnosti, což nebylo naším průzkumným šetřením zjištěno. Bohužel varovné výsledky prokázaly negativní vliv bolesti hlavy na pracovní výkony sester. Bolesti hlavy u sester mění chování k pacientům a jsou vyvolavateli konfliktů mezi ostatními členy ošetrovatelského týmu. Dochází k chybám v přesnosti plnění ošetrovatelských výkonů a ve zdravotnické dokumentaci pacienta. Toto vše je varovné, jelikož se jedná o jeho zdraví!

V bakalářské práci byly stanoveny dva cíle. První cíl se zabýval, jaké vyvolávající rizikové faktory se podílí na bolesti hlavy u sester. Druhým cílem práce bylo zjistit, zda bolesti hlavy u sester ovlivňují jejich pracovní výkon. Oba cíle byly splněny.

První hypotéza předpokládala, že výskyt bolestí hlavy u sester je ovlivněn směnností provozu. Není tomu tak. Tato hypotéza nebyla potvrzena. Ve druhé hypotéze se předpokládalo, že výskyt bolestí hlavy u sester je ovlivněn stresem v pracovním procesu. Druhá hypotéza byla potvrzena. Třetí hypotéza předpokládala, že bolest hlavy má negativní dopad na pracovní výkon sester a byla výzkumem potvrzena.

Výsledky tohoto výzkumu prezentuji na sesterských seminářích a kongresech. Dále by bylo zajímavé práci publikovat v odborných časopisech zaměřených na ošetrovatelství.

7. Seznam použitých zdrojů

1. AMBLER, Z. *Základy neurologie*. 6. vyd., Praha: Galén, 2006. 351 s. ISBN 80-7262-433-4.
2. DYLEVSKÝ, I. *Somatologie*. 2. vyd., Olomouc: Epava, 2000. 480 s. ISBN 80-862-97-05-5.
3. FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Ošetrovatelství – teorie*. 1. vyd., Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
4. FELDMAN R.S. *Essentials of Understanding Psychology*. 7.vyd., University of Massachusetts: McGraw-Hill, 2006. 553 s. ISBN 0073405493.
5. HLADKÝ, A. *Zdravotní aspekty zátěže a stresu*. 1. vyd., Praha: Karolinum, 1993. 173 s. ISBN 80-7066-784-2.
6. HLADKÝ, A., ŽIDKOVÁ, Z. *Metody hodnocení psychosociální pracovní zátěže*. 1. vyd., Praha: Karolinum, 1999. 78s. ISBN 80-7184-890-5.
7. KOLEKTIV AUTORŮ. *Vše o léčbě bolesti*. 1. vyd., Praha: Grada, 2006. 355 s. ISBN 80-247-1720-4.
8. KOZÁK, J. *Kapitoly z léčby bolesti*. Praha: Maxdorf, 2002. 120 s. ISBN 80-85912-90-2.
9. KOZIEROVÁ, B. a kol. *Ošetrovatelstvo 2*. 1.vyd., Martin: Osveta, 1995. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.
10. KRIŠKOVÁ, A. a kol. *Ošetrovatel'ské techniky – metodika sesterských činností*. 2. vyd., Martin: Osveta, 2006. 804 s. ISBN 80-8063-202-2.
11. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1.vyd., Praha: Grada, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
12. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 1.vyd., Praha: Portál, 2001. 280 s. ISBN 80-7178-551-2.
13. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatel'ské diagnózy v Nanda doménách*. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
14. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatel'ství*. 1. vyd., Praha: Karolinum, 2005. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.

15. MIKŠOVÁ, Z. a kol. *Kapitoly z ošetrovateľskej péče I.* 1. vyd., Praha: Grada, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1442-6.
16. NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Návyková rizika a stres u zdravotníckých profesí.* Praha: Ministerstvo zdravotníctví ČR, 2001. 36 s. ISBN neuvedeno.
17. PEČENKOVÁ, J. a kol. Pracovní zátěž sester z jejich pohledu. *Ošetrovateľství*, 1999, roč. 1, č. 1 s. 12-15. ISSN 1212-723X.
18. RIGUTTI, A. a kol. *Ilustrovaný atlas anatomie.* 1. vyd., Praha: Sun, 2006. 239 s. ISBN 80-7371-142-7.
19. ROZSYPALOVÁ, M. a kol. *Ošetrovateľství I.* Praha: Informatorium, 1996. 234 s. ISBN 80-85427-93-1.
20. SLEZÁKOVÁ, L. a kol. *Ošetrovateľství pro zdravotnické asistenty II.* 1. vyd., Praha: Grada, 2007. 199 s. ISBN 80-247-2040-1.
21. SOFAER, B. *Bolest - příručka pro zdravotní sestry.* Praha: Grada, 1997. 144 s. ISBN 80-7169-309-X.
22. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovateľství 4: Jak provádět ošetrovateľský proces.* 1.vyd., Brno, 2005. 66s. ISBN 80-7013-283-3.
23. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. *Interní ošetrovateľství I.* Praha: Grada, 2006. 284 s. ISBN 80-247-1148-6.
24. ŠNÝDROVÁ, I. *Manažerka a stres.* 1. vyd., Praha: Grada, 2006. 173 s. ISBN 80-247-1272-5.
25. TAÚBERT, K. *Migréna.* 1. vyd., Brno: Computer Press, 2007. 208 s. ISBN 978-80-251-1604-3.
26. TÓTHOVÁ, V. *Ošetrovateľství.* 1. vyd., České Budějovice: JU-ZSF, 2000. 218 s. ISBN 80-7040-454-X.
27. TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovateľském procesy.* 2. vyd., Brno: NCO-NZO, 2006. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
28. VELEMÍNSKÝ, M. a kol. *Klinická propedeutika.* 5. vyd., České Budějovice: JU-ZSF, 2007. 144 s. ISBN 80-7040-837-5.
29. WABERŽINEK, G. a kol. *Základy speciální neurologie.* 1. vyd., Praha: Karolinum, 2006. 396 s. ISBN 80-246-1020-5.

30. WABERŽINEK, G. *Bolesti hlavy*. 1. vyd., Praha: Triton, 2000. 191 s. ISBN 80-7254-158-7.
31. ZACHAROVÁ, E. a kol. *Zdravotnická psychologie*. 1.vyd., Praha: Grada, 2007. 232 s. ISBN 987-80-247-2068-5.
32. ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatel'stve*. 2. vyd., Martin: Osveta, 2005. 117 s. ISBN 80-8063-193-X.

8. Klíčová slova

Bolest hlavy

Sestra

Psychická zátěž

Fyzická zátěž

Pochybení sestry

9. Přílohy

Příloha 1 - Dotazník pro sestry

Příloha 2 - Pomocné škály hodnotící bolest

Příloha 3 - Edukace pacienta při akutním záchvatu migrény

Příloha 4 - Další pomocné techniky ulevující bolesti hlavy

Příloha 1 - Dotazník pro sestry

Dotazník

Vážení respondenti,

jsem studentkou oboru Všeobecná sestra na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Předkládám Vám dotazník, který je součástí mé bakalářské práce. Cílem tohoto dotazníku je analyzovat vliv bolesti hlavy u sester na výkon profese. Dotazník je zcela anonymní a získané informace budou použity pouze pro zpracování mé bakalářské práce. Vyberte si prosím jednu z nabízených možností a označte ji, pouze u otázek č. 11, 14, 15, 17 a 31 je možnost více odpovědí. Pokud označíte odpověď „jiné“, prosím doplňte odpověď. Předem Vám děkuji za ochotu, spolupráci a trpělivost při vyplňování dotazníku.

Iveta Brožovská

1. Jste?

- a) žena
- b) muž

2. Kolik je Vám let?

- a) 18 – 25 let
- b) 26 – 35 let
- c) 36 – 45 let
- d) 46 a více let

3. Vaše nejvyšší dosažené ukončené vzdělání?

- a) střední odborné s maturitou
- b) vyšší odborné
- c) vysokoškolské bakalářské
- d) vysokoškolské magisterské
- e) jiné

4. Máte pomaturitní specializační studium?

- a) ano – doplňte jaké
- b) ne

5. Celková délka praxe ve zdravotnictví?

- a) 0 - 5 let
- b) 6 - 11 let
- c) 12 - 17 let
- d) 18 – 23 let
- e) 24 a více let

6. Rodinný stav?

- a) svobodná (ý)
- b) vdaná, ženatý
- c) rozvedená (ý)
- d) vdova, vdovec

7. Počet dětí?

- a) žádné
- b) 1 – 2 děti
- c) 3 a více dětí

8. Typ zařízení, ve kterém aktuálně pracujete?

- a) ambulance – jednosměnný provoz
- b) lůžkové zařízení – jednosměnný provoz
- c) lůžkové zařízení – směnný provoz

9. Jak dlouho pracujete na nynějším pracovišti?

- a) 0 – 5 let
- b) 6 – 10 let
- c) více jak 10 let

10. Trpíte bolestmi hlavy?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

Pokud jste odpověděli ano, prosím dotazník vyplňujte dále. Pokud jste odpověděli ne, tímto Vám děkuji za vyplnění předešlých otázek v dotazníku.

11. Můžete určit typ bolestí hlavy? U této otázky je možnost zaškrtnutí více odpovědí.

- a) migréna
- b) tenzní typ bolesti hlavy
- c) syndrom nakupených bolestí hlavy
- d) bolest hlavy od krční páteře
- e) nevím
- f) jiné

12. Jak dlouho již trpíte bolestmi hlavy?

- a) několik dnů
- b) několik týdnů
- c) několik měsíců
- d) několik let
- e) od dětství
- f) jiné.....

13. Frekvence záchvatů bolestí hlavy?

- a) denně
- b) několikrát týdně
- c) 1 x týdně
- d) několikrát měsíčně
- e) 1 x měsíčně
- f) jiná

14. Myslíte si, že Vám bolest hlavy vyvolává? U této otázky je možnost zaškrtnutí více odpovědí.

- a) fyzická námaha v práci
- b) práce v domácnosti
- c) psychická námaha v práci
- d) tlak na pracovišti
- e) jiné.....

15. Jaké jsou u Vás další vyvolávající faktory bolesti hlavy? U této otázky je možnost zaškrtnutí více odpovědí.

- a) menstruace
- b) požití některých potravin
- c) dieta
- d) stresové situace
- e) umělé osvětlení – zářivky
- f) jiné.....

16. Je pro Vás Vaše práce stresující?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

Pokud jste odpověděli ano a spíše ano, pokračujte otázkou č. 17. pokud jste odpověděli spíše ne a ne, přejděte na otázku č. 19.

17. Označte prosím, které z následujících zátěžových situací v pracovním procesu jsou pro Vás stresující. U této otázky je možnost zaškrtnutí více odpovědí.

- a) kontakt s nadřízenými
- b) asistence při umírání pacienta
- c) mnoho činností najednou
- d) nadměrná administrativa
- e) nedostatek pomocného personálu
- f) jiné.....

18. Myslíte si, že stres v práci u Vás vyvolává bolesti hlavy?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

19. Pokud Vás ráno po probuzení bolí hlava, zůstanete doma?

- a) ano, vždy
- b) ano, občas
- c) ne, nikdy

20. Pokud Vás v práci bolí hlava, jste nervóznější?

- a) ano, vždy
- b) ano, občas
- c) ne, nikdy

21. Má u Vás vliv bolest hlavy na přesnost plnění ošetrovatelských úkonů?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

22. Pokud Vás bolí hlava, máte tendenci přesouvat své pracovní povinnosti na kolegy / kolegyně?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

23. Bolí Vás hlava po denní směně?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

24. Bolí Vás hlava po noční směně?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nepracuji ve směnném provozu

25. Bolí Vás hlava i ve dnech volna?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

26. Chybujete při bolesti hlavy v ošetrovatelských výkonech?

- a) ano, vždy
- b) ano, někdy
- c) ne, nikdy

27. Chybujete při bolesti hlavy v dokumentaci?

- a) ano, vždy
- b) ano, někdy
- c) ne, nikdy

28. Mají Vaše bolesti hlavy vliv na chování k pacientovi?

- a) ano, vždy
- b) ano, někdy
- c) ne, nikdy

29. Je u Vás bolest hlavy vyvolavatelem konfliktů mezi dalšími sestrami?

- a) ano, vždy
- b) ano, někdy
- c) ne, nikdy

30. Je u Vás bolest hlavy vyvolavatelem konfliktů mezi Vámi a lékaři?

- a) ano, vždy
- b) ano, někdy
- c) ne, nikdy

31. Po jakých opatřeních si myslíte, že by se bolest hlavy zlepšila? U této otázky je možnost zaškrtnutí více odpovědí.

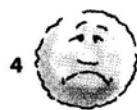
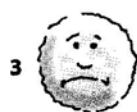
- a) změna pracoviště
- b) přeměna směnného provozu na ambulantní
- c) méně práce v domácnosti
- d) jiná.....

Příloha 2 - Pomocné škály hodnotící bolest

Použití škály hodnotící intenzitu bolesti

Pediatrický pacient
nebo dospělý, který
má problémy s řečí,
možná nedokáže
vyjádřit, jakou bolest
cítí. V takovém pří-
padě můžete použít
škálu na hodnocení
intenzity bolesti,
uvedenou níže.

Požádejte pacienta,
aby si vybral obličej,
který nejlépe vyja-
dřuje závažnost jeho
bolesti, na škále 0–5.





Špičková technika

Použití číselné hodnotící škály

Číselná hodnotící škála může pacientovi pomoci kvantifikovat jeho bolest. Požádejte ho, aby si vybral číslo od 0 (znamenající „žádná bolest“) do 10 (znamenající „nejhorší představitelná bolest“), které představuje jeho současnou bolest. Číslo vyjadřující bolest může buď zakroužkovat, nebo vyslovit.

Žádná bolest	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Nejhorší možná bolest
-----------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	-----------------------------

Vizuálně analogová škála

Jestliže použijete vizuálně analogovou škálu, požádejte pacienta, aby nakreslil na úsečku značku indikující jeho současnou intenzitu bolesti. Hodnota intenzity bolesti pacienta je číslo, které získáte změřením úseku od „žádná bolest“ po pacientovu značku (v milimetrech).



Zdroj: KOLEKTIV AUTORŮ. *Vše o léčbě bolesti*. 1. vyd., Praha: Grada, 2006. 355 s.
ISBN 80-247-1720-4.

Příloha 3 - Edukace pacienta při akutním záchvatu migrény

Edukace je celoživotní rozvíjení osobnosti působením formálních institucí, profesionálů a neformálního prostředí. Edukace vytváří prostor pro osvojení si nových poznatků, získání zručnosti, vytváření si hodnotových, postojevých, emocionálních, volních struktur osobnosti a dosažení pozitivní změny chování. Představuje významný způsob zlepšení kvality života pacienta nebo skupiny. Edukant je subjekt edukace bez ohledu na věk či typ člověka např. dospělý pacient, dítě nebo senior. Edukátor je aktér edukace, např. učitel, sestra, lektor, instruktor či školitel (32).

V ošetrovatelství představuje edukační proces určitou formu předávání konkrétních informací, které se uskutečňuje v připraveném prostředí v rámci vzájemné interakce sestry a pacienta. Edukační proces je výchovný vzdělávací proces a je vytvořený záměrně na to, aby se pacient něco naučil. Edukační proces může být součástí ošetrovatelského procesu. Skládá se z fáze projektování, realizace a hodnocení (32).

Při projektování si sestra určí smysl edukace, jaké se má u pacienta dosáhnout. Při práci s pacientem zjišťuje jeho stav, spolupráci na léčbě, reakci na léčbu, úroveň jeho vědomostí a schopností. Určí si, jaké informace pacient neví, na které se má tedy zaměřit. Sestra si musí určit i způsob edukace, potřebné pomůcky k provedení, edukační prostředí a přiměřené edukační intervence (32).

Fáze realizace spočívá ve schopnostech sestry motivovat pacienta nebo skupinu k učení se něčemu novému. Pacient při hospitalizaci může dané aktivity vykonávat správně. V domácím prostředí může ale motivace u pacienta poklesnout, a proto je důležité, aby sestra u pacienta posilovala volní složku osobnosti. Ve fázi realizace sestra názorně ukazuje, slovně popisuje a umožňuje pacientovi praktický nácvik (32).

Hodnocením sestra posuzuje stav znalostí pacienta dosažený edukačním procesem. Jestliže sestra nezhodnotí proces edukace, nezjistí si její efektivnost. Na hodnocení je potřebný prostor a čas. Na základě hodnocení se může rozhodovat o změně procesu edukace (32).

Mezi faktory, které napomáhají edukaci se řadí ochota osvojování si vědomostí či zručností, poddajnost, motivace k edukaci, připravenost být edukován, zpětná vazba, opakování si informací a zručností (32).

Edukační prostředí je místo, kde edukace probíhá. Místnost musí mít správné osvětlení, teplotu, být bez hluku a v nemocničním prostředí musí zaručovat i případnou intimitu. Edukační faktory jsou všechny plány, předpisy, scénáře, modely a teorie, které určují edukační proces. V edukační činnosti sestry to jsou knihy, standardy, edukační plán, filmy aj. (32).

Edukace pacienta zahrnuje nejen informace, jaké si má pacient během hospitalizace osvojit, ale také informace týkající se propuštění do domácího prostředí. V ošetrovatelské péči se edukace rozděluje na základní (pacient nebo skupina lidí, kteří nebyli ještě s problémem seznámeni, např. zjištění nového onemocnění). Dále se edukace dělí na komplexní (realizovaná v edukačních kurzech) a reedukační (pokračující edukace, která navazuje na předchozí vědomosti a doplňuje aktuální informace) [32].

Edukaci pacienta s bolestí hlavy sestra provádí rozhovorem. Je důležité, aby edukace probíhala v příjemné, klidné místnosti pro pacienta a vyhovovala mu časově. Během edukace se sestra přesvědčuje, zda pacient všemu rozumí a dává mu prostor na otázky, které mu ochotně zodpoví. Při rozhovoru sestra zjistí rodinnou, sociální a nynější anamnézu pacienta (25, 32).

Zjistí si také u pacienta přítomné spouštěče migrény. Edukaci zahájí sestra tím, že vysvětlí pacientovi, kterým faktorům vyvolávajícím migrénu se má vyvarovat v jeho každodenním životě. Zdůrazní pacientovi včasné zahájení léčby, již při rozvíjejícím se záchvatu. Sestra seznámí pacienta se standardními opatřeními u rozvíjejícího se akutního záchvatu migrény např. jít se projít na čerstvý vzduch, vypít alespoň dvě sklenice čisté vody, vypít kávu se šťávou jednoho citrónu, lehnout si do tmavé místnosti, na bolavá místa si může pacient položit studený obklad a pokusit se usnout, odstranit z místnosti všechny zvukové rušiče – vypnout rádio, tv, odnést tikající budík (25).

Zdroj: 25, 32

Příloha 4 - Další pomocné techniky ulevující bolesti hlavy

Některé další techniky, které mohou bez problému používat všichni pacienti k doplnění medikamentózní léčby:

1) Obklady na bolestivá místa

- Dejte si studený obklad na spánkovou část.
- Masírujte si spánkovou část ledem 5 minut, poté následujte 15 minutovou pauzou.

2) Obklady šíje

Odstranit bolest hlavy mohou ledové obklady.

- Na týl si přiložte studený polštář a lehněte si.

3) Studená koupel rukou

Zúžením krevních cév při studené koupeli rukou dojde k reflexnímu zúžení bolestivě roztažených hlavových tepen.

- Položte ruce na 10 sekund do studené vody (asi 15°C) a následně je oteplujte pohybem nebo třepáním.

4) Protahování krční páteře

K této metodě je potřebná přítomnost druhé osoby.

- Osoba položí předloktí na ramena pacienta, palce se opírají o týl, ostatní prsty jsou položeny přes obličej. Pacient drží hlavu zpříma.
- Osoba velmi jemným tlakem protahuje krční páteř směrem vzhůru.

5) Autogenní trénink

Speciálně při záchvatu migrény může k odstranění migrenózních obtíží pomoci autogenní cvičení.

- Představte si, že bolest putuje z hlavy, přes krk, hrudník, břicho do nohy, která je na bolestivé straně, a pak dále k palci u nohy.

- Dále si představte, že bolest z palce odchází do vzduchového balónu. Když se bolest dostane do balónu, tak balón stáhněte a tím odeberete bolest.

Zdroj: TAÚBERT, K. *Migréna*. 1. vyd., Brno: Computer Press, 2007. 208 s. ISBN 978-80-251-1604-3.

Abstrakt

Bakalářskou práci na toto téma jsme si zvolili z důvodu, protože počet lidí s bolestmi hlavy v populaci stále stoupá. Bolest hlavy výrazně ovlivňuje kvalitu života pacienta. Tímto výzkumem bylo zjištěno, že nadpoloviční většinu sester bolí hlava, což je alarmující. Jelikož je sesterské povolání velmi náročné na fyzickou a psychickou stránku osobnosti, zajímalo nás tedy, jak bolest hlavy ovlivňuje pracovní výkony sester, zda-li negativně nebo na profesi nemá vliv.

První cíl práce měl zjistit, jaké vyvolávající rizikové faktory se podílí na bolesti hlavy u sester. Druhý cíl měl za úkol zjistit, zda bolesti hlavy u sester ovlivňují jejich pracovní výkon. Oba cíle byly splněny. Použili jsme kvantitativní výzkum. Bylo rozdáno celkem 150 dotazníků. Pro analýzu dat bylo použito 110 řádně vyplněných dotazníků. Výzkumný soubor byl vybrán náhodným způsobem. Skládal se ze sester ambulantních a pracujících ve směnném provozu. Tvořily ho sestry z Oblastní nemocnice Příbram, a.s., Střediska zdraví spol. s r.o. na Dobříši a Fakultní nemocnice Motol.

Hypotéza H1, výskyt bolestí hlavy u sester je ovlivněn směnností provozu, se nepotvrdila, zatímco hypotéza H2, výskyt bolestí hlavy u sester je ovlivněn stresem v pracovním procesu se potvrdila. Hypotéza H3, bolest hlavy má negativní dopad na pracovní výkon sester byla také potvrzena.

Tato práce poukáže na to, že počet případů s bolestí hlavy stále stoupá. Zaměří se i na charakteristiku sesterského povolání a zdůrazní hlavní zátěže kladené na sestru v této profesi. Upozorní na chyby v ošetrovatelské praxi, které vznikají vlivem bolestí hlavy u sester. Výsledná zjištění jsou varovná, protože pochybení sestry v ošetrovatelském výkonu či nesprávný záznam do zdravotnické dokumentace pacienta může znamenat vážné ohrožení jeho zdraví.

Abstract

We have selected this topic of the bachelor's thesis because the number of people suffering from headaches has been increasing in the population. Headaches affect quality of life of patients to a considerable degree. This research has revealed that more than a half of nurses suffer from headaches, which is alarming. The nursing profession is very demanding in physical and psychical terms so we were interested how headaches affect labour performance of nurses, whether their impact is negative or whether headaches have no effect on the performance of nurses.

The first objective of the thesis was to ascertain what risk factors evoke headaches of nurses. The second objective was to ascertain whether headaches of nurses affect their labour performance. Both objectives have been fulfilled. We have used a quantitative research and distributed the total number of 150 questionnaires. 110 duly completed questionnaires were used for the data analysis. The research set was selected at random and consisted of nurses working in out-patient wards and in multi-shift operation, namely in hospitals and health centres Oblastní nemocnice Příbram, a.s., Středisko zdraví spol. s r.o. in Dobříš and Fakultní nemocnice Motol (Motol University Hospital).

Hypothesis H1 stating that occurrence of headaches with nurses is influenced by the multi-shift character of the operation has not been confirmed while hypothesis H2 stating that occurrence of headaches with nurses is influenced by stress at work has been confirmed. Hypothesis H3 stating that headaches have a negative impact on labour performance of nurses has also been confirmed.

This thesis will refer to the fact that the number of people suffering from headaches has been growing. It will also focus on the characteristics of the nursing profession and emphasize the main strains laid on nurses in this occupation. It will draw attention to faults in nursing practice that occur due to headaches of nurses. The resulting findings are alarming since mistakes made by nurses in their nursing performance or incorrect records in health documentations of patients may result in a serious risk to the health of patients.