

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI**  
**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2012**

**Eva Jandová**

**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

Studijní program: Ošetrovatelství B 5341

**Eva Jandová**

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**STRES A PSYCHICKÉ PŘÍZNAKY U VŠEOBECNÝCH  
SESTER PRACUJÍCÍCH NA JEDNOTKÁCH INTENZIVNÍ  
PÉČE**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: PhDr.Mgr.Monika Kopárková

PLZEŇ 2012

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne: 28.2.2012

.....

vlastnoruční podpis

#### Poděkování:

Ráda bych poděkovala své školitelce PhDr.Monice Kopárkové za cenné informace z psychologické praxe a za vedení mé práce. Za odbornou pomoc při zpracování a analýze statistických údajů a dotazníků děkuji Ing.Stanislavu Kormundovi. Dále můj velký dík patří respondentům průzkumného šetření, kteří se mnou byli ochotni sdílet své pocity a osobní zkušenosti. Za připomínky k práci a překlady dotazníků děkuji mému manželovi.

## **OBSAH**

### **ANOTACE**

**ÚVOD**.....str.12

### **TEORETICKÁ ČÁST**

#### **1 PRACOVNÍ PROSTŘEDÍ**

1.1 Specifika pracovního prostředí jednotek intenzivní péče.....str.15

1.2 Specifika pracovního prostředí standardních oddělení.....str.17

#### **2 STRES**

2.1 Co je to stres.....str.18

2.2 Druhy stresu.....str.19

2.3 Stresory.....str.20

2.4 Příznaky stresu.....str.20

2.5 Stres u všeobecných sester.....str.21

2.5.1 Druhy zátěže v práci zdravotních sester.....str.22

#### **3 PSYCHICKÉ PROJEVY SOUVISEJÍCÍ SE STRESEM**

3.1 Emoce.....str.23

3.2 Frustrace a deprivace.....str.23

3.3 Úzkost a úzkostné stavy..... str.24

3.4 Strach.....str.25

3.5 Deprese.....str.25

#### **4 POSTTRAUMATICKÁ STRESOVÁ PORUCHA**

4.1 Definice posttraumatické stresové poruchy.....str.26

4.2 Typický průběh posttraumatické stresové poruchy.....str.27

4.3 Hlavní příznaky posttraumatické stresové poruchy.....str.27

4.4 Kdo je zranitelný vůči posttraumatické stresové poruše.....	str.28
4.5 Posttraumatická stresová porucha u zdravotnického personálu.....	str.29
4.6 Léčba potraumatické stresové poruchy.....	str.29

## **5 VZTAHY NA PRACOVÍŠTI A PRACOVNÍ SPOKOJENOST**

5.1 Vztah sestra - lékař.....	str.30
5.2 Vztah sestra - sestra.....	str.30

## **PRAKTICKÁ ČÁST**

### **1 FORMULACE PROBLÉMU**

1.1 Hlavní problém.....	str.32
1.2 Dílčí problémy.....	str.32

### **2 CÍL A ÚKOL PRŮZKUMU.....**

str.33

### **3 METODIKA.....**

str.34

3.1 Dotazníky.....	str.34
3.2 Metoda zpracování dat.....	str.35

### **4 HYPOTÉZY.....**

str.36

### **5 VZOREK RESPONDENTŮ.....**

str.37

### **6 PREZENTACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ.....**

str.38

6.1 Základní charakteristika souborů.....	str.38
---	--------

6.2 Porovnání výskytu příznaků potraumatické stresové poruchy, úzkosti, deprese.....	str.38
---	--------

6.3 Otázky na vybrané traumatizující faktory.....	str.39
---	--------

6.4 Vztah určitých traumatizujících faktorů a výskytu patologického skóre příznaků posttraumatické stresové poruchy, úzkosti a deprese.....	str.39
--	--------

6.4.1 u sester JIP.....	str.39
-------------------------	--------

6.4.2 u sester standardních oddělení.....	str.40
---	--------

6.5 Pocit pracovního uspokojení.....	str.41
6.6 Otázky na příčiny nespokojenosti v práci plynoucí z pracovní náplně a problematických mezilidských vztahů.....	str.41
6.7 Vztah neuspokojení v práci plynoucího z pracovního přetížení, náplně práce nebo nedostatečných znalostí a zkušeností a výskytu patologického skóre příznaků posttraumatické stresové poruchy, úzkosti a deprese.....	str.42
6.7.1 u sester JIP.....	str.42
6.7.2 u sester standardních oddělení.....	str.42
6.8 Vztah problematických mezilidských vztahů jako příčiny pracovního neuspokojení a výskytu patologického skóre příznaků posttraumatické stresové poruchy, úzkosti a deprese.....	str.42
6.8.1 u sester JIP.....	str.42
6.8.2 u sester standardních oddělení.....	str.43
<b>7 DISKUZE.....</b>	<b>str.44</b>
<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>str.50</b>
<b>LITERATURA A PRAMENY</b>	
<b>SEZNAM ZKRATEK</b>	
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b>	
<b>PŘÍLOHY</b>	

## ANOTACE

Příjmení a jméno : Jandová Eva

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Stres a psychické příznaky u všeobecných sester pracujících na jednotkách intenzivní péče

Vedoucí práce: PhDr.Mgr.Monika Kopárková

Počet stran : číslované ....41, nečíslované ....28

Počet příloh: celkem 7. 4 tabulky a 3 kopie použitých dotazníků

Počet titulů použité literatury: 38

Klíčová slova: zdravotní sestry – stres - jednotka intenzivní péče - standardní oddělení - posttraumatická stresová porucha – úzkost - deprese

Souhrn:

S rostoucím trendem modernizace technologií v ošetrovatelství a medicíně se neustále zvyšují nároky na práci zdravotníků a tím se zvyšuje psychická a fyzická zátěž v souvislosti s povoláním. V úvodu bakalářské práce jsem se zabývala nastíněním specifik a rozdílů mezi jednotkou intenzivní péče a standardním oddělením a objasněním základních pojmů týkajících se stresu, stresorů a vlivu stresu na zdravotní personál. Větší část jsem věnovala objasnění vzniku posttraumatické stresové poruchy u všeobecných sester a souvisejícím psychickým příznakům úzkosti a deprese.

V praktické části sleduji výskyt psychických příznaků posttraumatické stresové poruchy a souvisejících příznaků úzkosti a deprese u dvou souborů všeobecných sester z velké fakultní nemocnice. Došla jsem k zjištění, že zmiňované psychické příznaky se vyskytují často. Kromě příznaků úzkosti, které jsou více vyjádřeny na standardních odděleních, jsem překvapivě nenalezla rozdíly mezi jednotkami intenzivní péče a standardními odděleními. Celkový výskyt příznaků posttraumatické stresové poruchy byl u našich všeobecných sester ve srovnání s dostupnou literaturou taktéž překvapivě



nízký. Pokusila jsem se nalézt konkrétní stresující faktory vedoucí k rozvoji psychických příznaků. Dále jsem se tázala na pocit pracovního neuspokojení a pokusila se odhalit některé jeho příčiny.

# ANNOTATION

Surname and first name: Jandová Eva

Department: Nursing and midwifery

Title of thesis: Stress and psychiatric symptoms in Critical Care nurses

Consultant: PhDr.Mgr.Monika Kopárková

Number of pages: ....41, unnumbered pages ....28

Number of appendices: 7

Number of literature items used: 38

Key words: nurses – stress - intensive care unit – wards -posttraumatic stress disorder – anxiety - depression

Summary:

In a time of rapid medical progress, the workload of nurses is increasing. Concomitantly, of nurses is increasing. Concomitantly, the level of psychological stress is growing. This may vary depending on the type of work environment. At the beginning of my thesis I focused on outlining the specifics and differences between intensive care unit and medical and surgical wards. Also, I tried to clarify the basic concepts relating to stress and stressors and the effects of stress on nursing staff. Most of the attention was given to posttraumatic stress disorder and related symptoms of anxiety and depression.

In the practical part I was interested in the occurrence of psychological symptoms of posttraumatic stress disorder and related symptoms of anxiety and depression of two groups of nurses from a large teaching hospital. I came to the conclusion that the mentioned psychological symptoms occur frequently. With the exception of anxiety symptoms, that are more expressed in standard units, surprisingly, no differences between intensive care units and floors were found. The overall incidence of symptoms of posttraumatic stress disorder among our nurses was compared with the available literature and-also surprisingly-it was found to be markedly lower. I tried to find a

specific stressful factors leading to the development of psychological symptoms. Also, I asked questions of job satisfaction.

## ÚVOD

Práce všeobecných sester je velmi náročná, jak fyzicky, tak i psychicky. Jsou vystavovány vysoké zátěži plynoucí z jejich specifické role. Většinu svého času tráví s nemocnými, kteří od nich čekají nejen odbornou, ale i psychologickou péči a podporu. Setkávají se při své práci s tragickými lidskými osudy, bolestí a utrpením a mnohdy se cítí bezmocné. Práce s nemocnými klade nároky na jejich osobnost, protože intenzivní péče o pacienty, kteří jsou sami ve stresu, je velmi zatěžující. V poslední době jsou na všeobecné sestry také kladeny stále větší nároky na odbornost, vzdělávání a na administrativní dovednosti.

Jeden z důvodů, proč jsem si zvolila téma psychických následků stresu je také to, že v současné době se kromě zvyšování odborných nároků kladených na práci všeobecných sester objevuje trend v navyšování jejich kompetencí. To znamená větší odpovědnost nejen k pacientům, ale i ke kolegům a tak se dále navyšuje míra stresu. Jelikož jsem několik let pracovala na jednotce intenzivní péče (dále *JIP*), rozhodla jsem se svoji bakalářskou práci zaměřit na všeobecné sestry pracující na těchto jednotkách a porovnat jejich problémy se všeobecnými sestrami ze standardních oddělení.

Specifické prostředí *JIP* klade na personál velké odborné požadavky. Vyžadovány jsou zkušenosti, spolehlivost, odpovědnost a připravenost na práci v zátěžových podmínkách. Proto je toto prostředí z hlediska dopadů stresu na psychickou kondici všeobecných sester považováno za zvláště rizikové. Prostředí standardních oddělení je tradičně vnímáno jako méně stresující. V zahraničních studiích věnujících se studiu psychických příznaků u všeobecných sester je personál standardních oddělení zařazován do kontrolních skupin.

Nemocní na *JIP* jsou omezeni v soběstačnosti a sebeobsluze a často nemají možnost sami uspokojovat své základní fyziologické potřeby (dýchání, výživu, vyprazdňování, hygienu), ani psychologické potřeby a jsou proto odkázáni na ošetřující personál. U kriticky nemocných je tato péče velmi významná a musí proto být na profesionální úrovni. Psychická vyrovnanost všeobecných sester je předpokladem pro správnou komunikaci s nemocnými, u kterých pomáhá zvýšit pocit bezpečí a jistoty.

Tradičně je u sester na JIP popisován syndrom vyhoření (*burn – out*) (1). Nověji je studován výskyt příznaků posttraumatické stresové poruchy (dále *PTSD*) a často současně přítomných příznaků úzkosti a deprese (2, 3) a jejich kombinace s příznaky syndromu vyhoření (4). Neschopnost čelit negativním vlivům, které náročná práce přináší, neschopnost vyrovnat se s krizovými situacemi a z toho plynoucí dlouhodobé psychické a somatické problémy jsou jednou z příčin fluktuace personálu jednotek intenzivní péče (5). Dopad na kvalitu poskytované péče se nabízí. Problém je ve vyspělých zemích vnímán jako podstatný (6). Vlivu zátěžových pracovních stresorů na výskyt psychických příznaků u všeobecných sester pracujících na JIP a standardních odděleních se v anglosaské literatuře věnují tři větší práce. Ve všech tvořily všeobecné sestry standardních oddělení kontrolní skupinu. Dvě velké studie Mealerové (3, 4) našly shodně vysoký výskyt psychických příznaků zejména u všeobecných sester JIP. Převládá vysoký výskyt příznaků posttraumatické stresové poruchy. Menší studie Kerasiotisové (2) nenalezla rozdílný výskyt těchto příznaků u všeobecných sester JIP, Emergency ani standardních oddělení. Užila však jinou sadu psychologických testů. Studiu tzv. „kritického incidentu“ souvisejícího s prací, resp. vlastního zátěžového faktoru (7,8) je v poslední době věnována vyšší pozornost. Kromě prací z prostředí všeobecné intenzivní péče (2, 3, 4), byly studovány dopady péče o nemocné s vysoce nakažlivou smrtelnou chorobou SARS (9), péče o oběti teroristických útoků (10). Studie na toto téma byly podrobeny metaanalýze, která potvrdila vliv kritického incidentu na výskyt příznaků PTSD, příznaků úzkosti a příznaků deprese (11).

Na standardních odděleních pečují všeobecné sestry o větší počet nemocných a kromě odborné zdravotní péče musí také umět rozpoznat a uspokojit psychologické potřeby všech pacientů. Nemohou být u každého pacienta nepřetržitě celou službu, musí si umět práci rozdělit tak, aby zbyl čas i na podporu a naslouchání pacientům, což je nelehký úkol v množství odborných úkonů, které musí vykonat. Často mají v péči chronicky nemocné pacienty, u kterých ale dochází k akutním zvrátům v průběhu onemocnění a všeobecné sestry musí umět včas a správně zasáhnout. Mohou být tedy nárazově vystaveny akutním situacím podobným těm, které se vyskytují na JIP, přitom nejsou na tyto situace primárně trénovány.

Práce je rozdělena do dvou částí. Teoretická část je věnována specifikům JIP, problematice stresu obecně a stresu u všeobecných sester. Dále pak objasňují psychické příznaky PTSD, úzkosti a deprese. V praktické části prezentují průběh a výsledky konkrétního výzkumného šetření. Vlastním cílem šetření bylo zjištění, zda existují rozdíly ve výskytu psychických příznaků u všeobecných sester na JIP a standardních odděleních. Zajímalo mne, zda se některé specifické stresové faktory vyskytují na uvedených odděleních častěji a zda některé z nich významně zvyšují riziko výskytu psychických příznaků PTSD, úzkosti a deprese. Nezabývala jsem se syndromem vyhoření. Dále mě zajímaly míra a příčiny pracovního neuspokojení všeobecných sester pracujících na obou typech oddělení. Mnou zvolená problematika nebyla zatím v České republice podrobně studována.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 PRACOVNÍ PROSTŘEDÍ

### 1.1 Specifika pracovního prostředí jednotek intenzivní péče

JIP je specializované oddělení nemocnic. Poskytuje kriticky nemocným intenzivní zdravotnickou péči. Intenzivní péče je v České republice poskytována na odděleních anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny a v systému tzv. oborových JIP. Personál JIP zahrnuje tým lékařů – intenzivistů školených v anesteziologii a resuscitaci, vnitřním lékařství, chirurgii, pediatrii a vyjíměčně v dalších oborech. Dále personál tvoří registrované všeobecné sestry se specializací Sestra pro intenzivní péči (SIP nebo ARIP), s vysokoškolským vzděláním v oboru (Bc.a Mgr.)\*, nižší zdravotnický personál, administrativní a techničtí pracovníci. Nedílnou součástí týmu je fyzioterapeut a nutriční terapeut. Samozřejmě je spolupráce se všemi oborovými specialisty.

Většina pacientů na JIP bývá ohrožena na životě selháváním některých základních životních funkcí, často jsou nemocní v umělém spánku nebo mají poruchy vědomí, jsou napojeni na umělou plicní ventilaci a jsou trvale monitorováni. To vše musí všeobecné sestry sledovat, umět zhodnotit a případně informovat lékaře. Důraz je na JIP kladen i na problematiku kardiopulmonální resuscitace (dále jen *KPR*). Týmy JIP jsou pravidelně vzdělávány a přezkušovány ve své odbornosti, musí se učit nové postupy a metody. Vzhledem k náročnosti péče o nemocné na JIP a nutnosti neustálé monitorace připadá na jednu všeobecnou sestru většinou jeden nebo dva pacienti. U lůžka pacienta je přítomna sestra 24 hodin, bezprostředně k dispozici je služba konající lékař. Kromě sledování a hodnocení monitorovaných parametrů a podávání léků zajišťuje všeobecná sestra odběry krve na biochemická vyšetření, odebírá biologický materiál pro potřebu mikrobiologických vyšetření, provádí bilanci tekutin a plní ordinace lékaře.

---

\* Pro tyto pracovníky byl užíván v minulosti výraz „střední zdravotnický personál“, nyní dle platného zákona č.96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, platí označení „zdravotnický pracovník vykonávající nelékařské zdravotnické povolání“. Pro moji práci však není stoprocentní terminologická návaznost na platné právní předpisy, a proto jsem zde uváděla termíny „zdravotní sestra“ a „všeobecná sestra“.

Také pečuje o dýchací cesty intubovaného pacienta, pečuje o venózní a arteriální vstupy, o katétry a operační rány a zajišťuje základní potřeby pacienta, hygienu, převazy, polohování, informuje rodinu nemocného o ošetrovatelské činnosti, která se u nemocného provádí a zároveň získává informace pro sestavení anamnézy. Většinou všeobecné sestry na JIP pečují o imobilní pacienty, takže jsou vystaveny velké fyzické zátěži, zvláště při polohování a hygieně nemocných.

O fyzické zátěži všeobecných sester nikdo nepochybuje, nicméně psychická zátěž kladená na sestry je také zřejmá, ale stále celkem opomíjená, jelikož je, spolu se stresem, těžce měřitelná. Je známo, že lidský organismus reaguje na psychickou zátěž, včetně pracovní zátěže, objektivními i subjektivními projevy. Tyto projevy lze kategorizovat a kvantifikovat. Světová zdravotnická organizace zavedla pojem „*onemocnění mající vztah k práci*“ a ten zahrnuje oblast nemocí, které mají vztah k zaměstnání, pracovním podmínkám a činnosti. Nemusí se vždy jednat přímo o vztah příčiny a následku, ale onemocnění vzniká za určitých podmínek a podíl pracovních faktorů je zřejmý. Jsou známy tzv. *nespecifické faktory pracovní zátěže*. Jde o stresory, které mají vliv na vznik nespecifických (tzv. *psychosomatických*) chorob a ovlivňují pracovní pohodu (12).

Zadák a Havel popisují práci na JIP jako velice stresující a zatěžující povolání, kdy často dochází k onemocnění personálu ve smyslu psychologických a kognitivních poruch (deprese, úzkosti, podrážděnost, nervozita, narušení interpersonálních vztahů), emocionálních poruch (pocity selhání, pocity viny, emocionální labilita nebo zploštělost, ztráta smyslu pro humor) a poruch chování (nechuť ke kontaktu s pacientem, ztráta sebevědomí, nejistota, neschopnost se samostatně rozhodnout, pocity sociální izolace). Z fyziologických poruch je častá únava, poruchy spánku, bolesti hlavy a gastroduodenální vředy (13).



## 1.2 Specifika pracovního prostředí standardních oddělení

Tato oddělení pečují většinou o nemocné přijaté k diagnostice a terapii chronických obtíží. Jsou tam také často překládáni nemocní z JIP. Zátěž personálu je vysoká. Počet nemocných na jednu sestru je významně vyšší na JIP. Vychází se z předpokladu, že pokud se nejedná o stavy ohrožující život, tak je vyžadovaná péče méně náročná. Opak je často pravdou. Všeobecné sestry jsou zde zatíženy péčí o imobilní pacienty a nemocné vyžadující častou pozornost. Navíc se stav těchto pacientů může akutně měnit a personál je tak vystaven situacím podobným těm na JIP. Tyto stavy vznikají zcela nepravidelně a nečekaně, nejsou časté, ale svou závažností jsou srovnatelné se situacemi na JIP nebo Emergency. Všeobecné sestry na ně nemohou být adekvátně připraveny. Zejména ve službách, kdy je ve směně nižší počet všeobecných sester a dostupnost lékařů, zejména na chirurgických oborech, může být problematická, je personál standardních oddělení významně fyzicky i psychicky zatížen. Zajištění pomocným personálem je často nedostatečné, což dále zvyšuje zatížení všeobecných sester. Rozdíly v personálním zajištění těchto oddělení v západních a našich nemocnicích jsou známy. Ve studiích z velkých amerických nemocnic citovaných v mé práci jsou poměry počtu nemocných na jednu všeobecnou sestru (většinou 6 - 4:1) významně odlišné od našich (15:1) (4, 5).

## 2 STRES

### 2.1 Co je to stres

Stres je nadměrná zátěž, která vede k vnitřnímu napětí a narušení organismu (14). Pojem stres zavedl do medicíny v roce 1939 Hans Selye. Původně tento termín sice pocházel z technické oblasti a týkal se nadměrné zátěže a namáhání, ale tento vědec ho použil pro nespecifickou reakci lidského organismu, která se objevuje při nadměrné zátěži - tzv. všeobecný (generalizovaný) adaptační syndrom (GAS).

Rozlišují se tři fáze stresové reakce:

*Poplachová reakce:* nastává aktivace autonomního nervového systému, dochází k mobilizaci všech obranných možností organismu. Původně příprava na útok, boj nebo útek. Dnes k těmto reakcím dochází také, i když nebezpečí je jen potenciální, způsobené např. interpersonálními vztahy na pracovišti nebo konflikty v soukromém životě apod. Organismus se díky těmto poplachovým reakcím uvede do pohotovosti.

*Rezistence:* organismus se začíná se stresem vyrovnávat. Stresor vyvolá stresovou reakci a jedinec reaguje vědomě či podvědomě a snaží se přizpůsobit dané situaci.

*Vyčerpání:* jestliže se člověk se situací nevyrovná nebo fáze adaptace neproběhne, mohou nastat fyzické nebo duševní poruchy. Trvá-li stres dlouhou dobu nebo se často opakuje, může dojít k vyčerpání adaptačních schopností. Jestliže jedinec nemá dostatečné adaptační rezervy, pak není schopen se stresu ubránit a může reagovat i pasivitou. Jde o stav přechodný, spojený s bezmocností a beznadějí až depresí. Naproti tomu existuje aktivní a vlastní vůlí ovladatelná odpověď na stres. Sem patří aktivní předcházení stresu jinou činností, tzv. *aktivní relaxační odpověď*. Ta posílí přirozenou psychickou a fyzickou adaptaci člověka (14).

Mechanismy reakce člověka na stresový podnět jsou různorodé. Hranice mezi zvladatelnou a stresovou zátěží jsou velmi individuální a nejsou objektivně definovatelné.

Prožívání situací také záleží na aktuálním rozpoložení jedince a na předchozích zkušenostech s podobnými situacemi. V hodnocení stresu se setkáme s různými pojmy v literatuře a s odlišným pojetím každého autora. Někteří autoři se domnívají, že určitá míra stresu je vždy na místě a člověk ji potřebuje, aby mohl existovat.

## 2.2 Druhy stresu

Rozlišujeme čtyři typy stresu dle kvantitativního a kvalitativního hlediska:

1. *Hyperstres* – stres překračující hranice adaptability, schopnost se s ním vyrovnat
2. *Hypostres* – stres, který ještě nedosáhl obvyklých tolerancí
3. *Distres* - negativní stres, který je spojen s negativně laděnými a prožívanými emočními procesy (zklamání, strach, leknutí, obavy, vztek, úzkost apod.)
4. *Eustres* – kladně působící stres, kdy se jedná naopak o zátěž příjemnou a radostnou (radostné vzrušení, očekávání příjemné události, nadšení). Ale i tato zátěž v silnější míře škodí, protože eustresové podněty vyvolávají stejné reakce v organismu jako distresové, jelikož také vyžadují velkou míru přizpůsobení (15).

Dále můžeme rozlišovat akutní, chronický a intermitentní stres: *Akutní stres* prožíváme, působí-li na nás stresové podněty krátkou dobu (řádově minuty až hodiny). Vyvolá v nás náhlé, někdy až nečekané reakce. Může se zde objevit akutní reakce na stres, odborníci o ní mluví jako o *neurotické poruše*. Ta se projeví do několika minut a odezní během pár hodin až dnů. Jejimi příznaky mohou být strnulost, snížené vnímání, dezorientace, apatie, někdy se objeví ztráta paměti na danou událost. *Chronický stres* působí trvale, můžeme se na něj adaptovat, ale může způsobovat nejrůznější psychické i fyzické obtíže. Často je to pocit frustrace a nespokojenosti (16). *Intermitentní stres* je nejnáročnější pro náš organismus, jelikož se objevuje nepravidelně a tudíž je nepředvídatelný a těžko se na něj adaptuje (14).

## 2.3 Stresory

Linhart (17) poukazuje na to, že stresové faktory (stresory) v běžném životě najdeme v několika oblastech, např. fyzikální faktory (prudké světlo, hluk, nízká nebo vysoká teplota), psychické faktory (zodpovědnost, práce, škola, frustrace, nesplněná očekávání, věk), sociální (osobní vztahy, životní styl), traumatické faktory (životní události), dětské faktory (vystavení stresu v raném věku). Stresory můžeme rozlišovat podle délky trvání na krátkodobé nebo dlouhodobé a podle zdroje působení na vnější a vnitřní. Ohrožující vlivy můžeme dělit na reálné a domnělé.

Opakem stresorů jsou tzv. *salutory*, což jsou faktory pozitivně ovlivňující zdraví jedince ve smyslu vysoké výkonnosti, odolnosti vůči chorobám a dávající důraz na zdraví, např. relaxace, pohybové aktivity, zdravá strava, přiměřená tělesná hmotnost a jiné (15).

## 2.4 Příznaky stresu

Dle Křivohlavého (15) lze příznaky stresu rozdělit na:

*Fyziologické* - bolest a sevření na hrudi, palpitace, nechutenství, plynatost, průjem, křečovitě bolesti břicha, časté nucení na močení, menstruační bolesti a obtíže, sexuální dysfunkce, svalové napětí v oblasti krční páteře, bolesti hlavy, migrény, exantém, dvojitě vidění.

*Emocionální (psychologické, citové)* - změny nálad, neschopnost projevit emoce, omezení kontaktu s jinými lidmi, nadměrná únava, zvýšená reaktivita, nadměrná starost o vlastní zdraví, přikládání větší důležitosti některým věcem.

*Behaviorální* - zvýšená nemocnost, časté absence, zhoršená kvalita práce, vyšší sklon k návykovým látkám a alkoholu, poruchy příjmu potravy, změna denního režimu.

## 2.5 Stres u všeobecných sester

Ošetrovatelství je nepochybně emočně a psychicky náročné povolání. Většina všeobecných sester chce pomáhat nemocným, zachraňovat životy a pečovat o pacienty a vstupuje do tohoto zaměstnání s nadšením a ideály. Teprve s postupem času si uvědomí, jak velký emoční a výkonostní vklad tato profese vyžaduje. Někdy mohou sestry pociťovat nepoměr mezi investicí a ziskem z práce a zjistí, že emoční či osobní zisk z vykonávaného zaměstnání nemusí být tak velký, jak čekaly. Nadměrný stres způsobuje vyšší rizika chybných rozhodnutí a výkonů, unáhlených reakcí, pracovních úrazů a psychosomatických onemocnění. Navíc může zvýšená míra stresu způsobovat závislosti na alkoholu a omamných látkách. Stres způsobuje také to, že všeobecné sestry a lékaři ze zdravotnictví odcházejí, jelikož se problémy v zaměstnání a psychická zátěž přenášejí do jejich soukromého života, zhoršuje se jejich zdravotní stav a snižuje produktivita práce. Nejenže se musí sestry adaptovat na zvýšený stres, ale i vzniklou situaci profesně zvládnout a vyřešit daný problém tak, aby nedošlo k chybám nebo poškození pacientů (18). V krajním případě se mohou objevit psychické příznaky jako důsledky stresových vlivů a v extrémních případech dochází k vzniku psychických onemocnění jako je PTSD a syndrom vyhoření. Tyto stavy zvyšují riziko odchodu zdravotnického personálu ze svých pracovních pozic nebo dokonce vedou k odchodu ze zaměstnání. Obecně stresující vliv na pracovníky mají špatné vztahy na pracovišti, neadekvátní finanční ohodnocení, nevyhovující pracovní prostředí, neustálé soupeření mezi kolegy, ztráta zaměstnání a jiné. Dále podněty ve vztazích v rodině, v manželství apod. Mezi stresory způsobené nevyhovujícími životními podmínkami nebo životním stylem patří samotná nespokojenost se svým životem, nesplněná očekávání, nedostatek prostoru pro sebe samého. Způsob jakým vnímáme podněty jako stresující, jsou dány nejen geneticky, ale i výchovou, naší osobností a kulturou, v které žijeme (19).

### **2.5.1 Druhy zátěže v práci všeobecných sester**

Rozlišujeme zátěž fyzickou, chemickou, fyzikální (zatížení páteře a kloubů při polohování a zvedání pacientů, dynamické a statické zatížení při asistencích u výkonů, rizika infekcí, narušení spánkového režimu vlivem směnného provozu, kontakt s dezinfekčními látkami a léky, hluk a radiační záření, nepříjemné podněty, nedostatek času na pravidelnou stravu a dodržování pitného režimu aj.).

Dále pak zátěž psychickou, emocionální a sociální (zodpovědnost za výsledky své práce, pečlivé sledování pacientů, nároky na paměť, nutnost samostatného rozhodování, setkávání se s lidmi v těžkých emočních stavech, setkávání se s utrpením, bolestí, smrtí, vyrovnávání se s pocity bezmoci, působení bolestivých zákroků pacientům, konfrontace s vlastními prožitky a postoji, nízké ohodnocení náročné práce a vysoké nároky na vzdělávání, setkávání s intimitou při cévkování apod.) (20). Jednotlivá oddělení mají svá specifika i ve smyslu různých pracovních stresorů, které na sestry působí. Sestry jsou citlivé na emoční stres spojený s jejich rolí a v současné době je nedostatek studií zaměřených na vlivy, které mohou přispět k jejich psychologické odpovědi (2) .

## 3 PSYCHICKÉ PROJEVY SOUVISEJÍCÍ SE STRESEM

### 3.1 Emoce

Emoce (z lat. *e - motio*, pohnutí) jsou psychické jevy nebo procesy, které úzce souvisejí s naším chováním, zahrnují subjektivní zážitky libosti a nelibosti a jsou provázené fyziologickými změnami (změna srdečního tepu, změna rychlosti dýchání), motorickými projevy (mimika, gestikulace), změnami pohotovosti a zaměřenosti. Jednotlivci zaujímají postoje k dané situaci na základě subjektivního zhodnocení skutečnosti, události nebo situace a také ve vztahu k hodnocenému, následně pak vyvolávají nebo ovlivňují další psychologické procesy. Emoční projevy jsou evolučně starší než rozumové jednání, tudíž i jejich intenzita je vyšší a jsou hůře ovlivnitelné. Snadno se přenesou na ostatní. Silné nebo potlačené pozitivní emoce mohou způsobovat únavu, vyčerpání a dlouhodobé změny zdravotního stavu. Jedná-li se o konkrétní pocitový zážitek, hovoříme o *citu* (21).

### 3.2 Frustrace a deprivace

Se stresem se pojí *frustrace*, což je stav neuspokojení z nějaké činnosti, prožívání nezdaru či zklamání ze zmaření nebo nedosažení cíle či neuspokojení důležité touhy, potřeby nebo přání. Lidé pak mohou upadat do depresí, které jsou dlouhodobou a silnou frustrací, kdy mohou úzkostné reakce vést až k fyzickému a psychickému selhání. Další pojem, který náleží ke stresu je *deprivace*. Je to nedostatečné uspokojení důležité psychické či fyzické potřeby jedince, někdy bývá označováno jako *citové strádání* (jakýkoliv nedostatek citu a emocí pocíťovaný jednotlivcem). Někdy se může jednat o nedostatek prokazovaného nebo vnímaného osobního respektu, pocíťovaného bezpečí, sdílené lásky nebo vzájemných sociálních vazeb, ale i osobního strádání z nedostatku dalších smyslových podnětů (22).

### 3.3 Úzkost a úzkostné stavy

Dle Praška (23) je úzkost složitá kombinace emocí, zahrnující strach, zlé předtuchy a obavy. Často je doprovázena fyzickými příznaky jako je bušení srdce, pocit nevolnosti, bolest na hrudi a zkrácené dýchání .

Úzkost je nepříjemný emoční stav, jehož příčinu není možné definovat. Strach je určitou odpovědí na konkrétní nebezpečí. Úzkost může trvat velmi krátce, akutně - nebo dlouhodobě. Intenzita úzkosti je různá, od lehkého neklidu až po stav výrazné paniky. Nejvyšší úzkost se objevuje v případě úzkostných poruch, ačkoliv nemusí být vždy chorobná. Je to běžná emoce, stejně jako strach, vztek, smutek nebo štěstí a je velice důležitá pro přežití.

Složky úzkosti jsou: kognitivní, somatická (tělesná), emocionální a behaviorální. Kognitivní složku tvoří očekávání neurčitého nebezpečí, somatická složka zahrnuje přípravu těla na únik z nebezpečí, emocionální složka se týká pocitu strachu nebo paniky a behaviorální složka zahrnuje únik nebo vyhnutí se zdroji úzkosti. Úzkost sama o sobě člověku neškodí, nezpůsobuje ani tělesné, ani psychické poškození, má adaptivní funkci, umožňuje organismu se přizpůsobit, ale musí ji mít dotyčný pod kontrolou, jinak může bránit přirozenému životu a adaptaci na měnící se podmínky života. Je to přirozená emoce, která má za úkol pomáhat, chránit a připravovat organismus, ale nadměrná úzkost může způsobit, že je pro člověka obtížné přemýšlet a dělat i ty nejjednodušší věci (23) .

Je nutné zmínit i pojem *úzkostné poruchy*.

*„Úzkostné poruchy by se daly zjednodušeně definovat jako různé kombinace tělesných a psychických projevů úzkosti, které nejsou vyvolány žádným reálným nebezpečím. Úzkost se u těchto poruch může objevovat buď v náhlých záchvatech či v typických situacích, nebo jako trvalý fluktuující stav. Míra příznaků je tak velká, že omezují pracovní život, rodinné soužití nebo prožívání volného času“ (23).*



### 3.4 Strach

Strach je zdravá a normální lidská reakce, která umožňuje řadu změn v organizmu, v mysli a v chování a pomáhá jednotlivci co nejlépe reagovat na ohrožení nebo nebezpečí. Tato reakce „ boj nebo útěk “ může být spuštěna reálným ohrožením, ale i duševním nebo tělesným stresem a také ohrožením, které si vytváří jedinec ve svých obavách a starostech. Spouštěčem stresu jsou pak myšlenky a představy. Nesmí se ovšem úzkost nebo strach objevovat příliš často a neměl by tento stav trvat dlouho a intenzita vzhledem k situaci, která ji spustila, by neměla být příliš velká (24) .

### 3.5 Deprese

*„Slovo deprese je latinského původu. Slyšíme v něm sloveso deprimere, depressi, depressus - stlačit. Význam slovesné formy slova deprese současné době vyjadřuje: stisknout, stlačit, snížit. Deprese sama pak znamená : pokles, stísněnost, sklíčenost, krize, stagnace (ustrnutí) atp.“ (25).*

S depresí a bezmocí souvisí pocity viny a následně nereálné sebeobviňování. Dle Praška (26) jsou depresivní myšlenky spouštěny specifickými situacemi, např. kritikou, potlačením vzteku, podceňováním nebo přehlížením ze strany okolí, nedostatkem uznání nebo ocenění, porovnáváním se s druhými, selháním v situaci, chybováním, náhlou změnou situace nepříznivým směrem, odkládáním nebo nedokončením činností, nespravedlností a nedostatkem projevů lásky.

## 4 POSTTRAUMATICKÁ STRESOVÁ PORUCHA

### 4.1 Definice posttraumatické stresové poruchy

*„Posttraumatická stresová porucha je opožděnou, protražovanou odpovědí člověka na traumatizující událost, která v něm vyvolala intenzivní, ochromující úzkost, výraznou nadhraniční stresovou reakci a přetrvávající tíseň“ (27).*

*„Termín posttraumatická stresová porucha je používán pro úzkostnou poruchu, která se typicky rozvíjí po emočně těžké, stresující události, jež svou závažností přesahuje obvyklou lidskou zkušenost a bývá traumatickou pro většinu lidí“ (28).*

Definice posttraumatické stresové poruchy se nejvíce shodují v příčině vzniku, kterou je traumatická událost, ta způsobuje jak psychické, tak i fyzické následky. PTSD je druhem úzkostné poruchy (29). V Mezinárodní klasifikaci nemocí je řazena k poruchám přizpůsobení a spolu s akutními reakcemi na stres spadá pod kategorii F 43. Obvykle vzniká po náhlých, otrěsných a život ohrožujících událostech, které člověk buď sám prožije, nebo je jejich svědkem, a při nichž zažívá silný strach, bezmoc a zděšení. Nejčastěji je to válka, živelné katastrofy, úraz, autonehoda, znásilnění, týrání, únos, smrtelná choroba. Traumatizace však nemusí být jen přímá (primární), kdy je daný jedinec sám cílem agrese nebo útoku, ale i sekundární (kdy člověk získá intenzivní zkušenost s traumatizací jiného člověka) a nebo terciální, kdy nejsou osoby přímo ve vztahu k oběti, ale jsou v úzkém kontaktu s ní (terapeuti, zdravotní sestry, vyšetřovatelé). Podle odborníků je v populaci přes 10% lidí trpících příznaky PTSD, muži, ženy i děti. Nemoc bývá často komplikována depresí, úzkostí, zneužíváním alkoholu a omamných látek. Nicméně zážitek traumatu nemusí vždy automaticky znamenat rozvoj PTSD. Velmi záleží na řadě faktorů, např. na osobnosti člověka, na pomoci druhých, na životních podmínkách, na vnitřní dispozici. Delší časový odstup, až půl roku, je pro PTSD charakteristický a bezpečně jej odlišuje od akutní reakce na stres, která naopak s časem odeznívá. V současnosti nahlížíme na PTSD zjednodušeně řečeno jako na *stav, kdy selže začlenění traumatického zážitku mezi ostatní každodenní činnosti.*

## 4.2 Typický průběh posttraumatické stresové poruchy

Primárně vzniká tzv. *akutní reakce na stres*, která je charakterizovaná ustrnutím, dezorientací, omezením pozornosti až apatií, poruchou spánku, podrážděností, velkou úzkostlivostí, výpadky paměti na určité podrobnosti události, návaly hněvu a nadměrnou úlekovou reaktivitou. K rozvoji těchto příznaků dochází spíše s odstupem času od traumatické události, většinou do 6 měsíců po traumatu, a symptomy přetrvávají minimálně měsíc, přičemž závažnost příznaků v průběhu času kolísá. Někdy na dlouhou dobu vymizí a zůstanou jen vzpomínky, které nemusí vzbuzovat úzkost. Po několika týdnech ústupu obtíží začne druhá fáze, pro kterou jsou typické vracející se bolestivé zážitky, fobie (iracionální strach) a poruchy pozornosti. Třetí fázi PTSD provázejí lhostejnost až apatie a sklony k sebevraždě. Průběh poruchy může být různý, u někoho příznaky odezní v průběhu času samy, u jiných mohou přetrvávat mnoho let, a někdy až celý život. Nejvyšší častost a závažnost příznaků PTSD bývá v prvních měsících a pak v prvních třech až čtyřech letech po traumatizující události. Ukazuje se, že ženy jsou dvakrát náchylnější než muži. Vliv mají i předchozí psychická onemocnění nebo již prožitá traumata z minulosti.

## 4.3 Hlavní příznaky posttraumatické stresové poruchy

Jde o *dotírající vzpomínky a sny, ztráta pozitivních emocí, vyhýbání se, zvýšená tělesná a psychická vzrušivost*. Nemocní mají typicky vtíravé vzpomínky na traumatickou událost, které vyvolávají záchvaty úzkosti, vzteku, bezmoci, pocit odcizení, smutek, marnost. Často dochází k opakovanému znovuprožívání traumatické události na psychické i tělesné úrovni (*flashbacks*). Občas mívají pacienti i symbolické sny a noční můry, při nichž dochází k pocení, bušení srdce apod. K znovuprožití emocí může dojít i náhle bez přítomnosti vzpomínek na trauma. Mohou začít trpět nespavostí, poněvadž se bojí usnout. Často jsou tyto vzpomínky vyvolány čímkoli, co nějak traumatizující událost připomene. PTSD vede ke dvěma základním emočním reakcím. Na jedné straně jsou to prudké výbuchy negativních emocí (jako je strach, hněv, smutek, bezmoc) po aktivaci traumatických vzpomínek, na druhé straně dochází k oploštění emočních reakcí na běžné každodenní situace, které vedou k pocitům odcizení (23).

Pacienti se typicky nechtějí věnovat činnostem a situacím, které trauma připomínají, protože to u nich vede k rozvoji nepříjemných pocitů. Často jsou nervózní, hádaví, vyčítaví, přecitlivělí a obviňují ostatní. Strach svěřit se, mluvit s lidmi a nedůvěra mohou vést až k pocitům odcizení a k sociální izolaci postižených. Někdy se snaží vyhnout převzetí odpovědnosti za druhé, nedokážou zajistit bezpečí svých dětí nebo blízkých. Nesnesou projevy vřelých emocí. Posilující chování ostatních v okolí, jejich nadměrná péče a řešení problémů za pacienta, případně jejich odmítavé chování, posilují úzkost postiženého a pocity bezcennosti. I drobné podněty vedou k opozici, hádání a nervozitě, jsou impulzivní, což následně vede ke konfliktům doma, v zaměstnání i ke ztrátě přátel. Před cizími lidmi se snaží usilovně ovládat, protože se bojí odmítnutí a přehnané reakce okolí. Jsou v neustálém napětí a objevuje se u nich zvýšená citlivost na všechny podněty zevního světa, nadměrná bdělost, vysoká úleková reaktivita. Časté jsou všemožné vegetativní projevy PTSD. Pacienti si stěžují na únavu, nedostatek energie i na běžné denní činnosti, tíhu, malátnost, vyčerpanost. Často jsou neteční, mají porucha spánku ve všech rovinách. Často se pacienti s PTSD chtějí zbavit napětí a užívají drogy a alkohol. Většinou se jedná o sebedestruktivní vzorce chování (23).

#### **4.4 Kdo je zranitelný vůči posttraumatické stresové poruše**

PTSD vzniká nejčastěji u lidí, kteří jsou následkem traumatu pod stálým psychickým nebo fyzickým tlakem. Bylo zjištěno, že pravděpodobnost rozvoje poruchy příliš nezávisí ani na věku, ani na pohlaví jedince. Pro některá traumata je vývoj poruchy typický (mučení, únos), u některých vzniká jen za určitých okolností (dopravní nehody). Schopnost vyrovnat se s těžkou zátěží je u každého jedince jiná a má na ni vliv spousta faktorů, např. vrozená nebo získaná zranitelnost, která může být způsobena odloučením od matky v dětství, nedostatečným pocitem bezpečí apod. Další vliv má výchova, kde dítě napodobuje úzkostné chování rodiče. Stejně tak i trestající, kritizující nebo odmítavá výchova a perfekcionismus ze strany rodičů ovlivňuje postoj ke stresovým situacím. Význam má anamnéza týrání v dětském věku. Po traumatické příhodě je škodlivá event. absence sociálního zázemí postiženého (23).

## **4.5 Posttraumatická stresová porucha u zdravotnického personálu**

Jak již bylo výše řečeno, jsou všeobecné sestry vystaveny vysokému pracovnímu stresu. Výskyt příznaků posttraumatické stresové poruchy a dalších psychických příznaků je u nich tudíž pravděpodobný. Problematika byla zprvu studována hlavně u personálu Emergency (30). Později se objevily práce z prostředí jednotek intenzivní péče (2, 3, 4). Podle těchto amerických studií byl výskyt příznaků PTSD u zdravotních sester JIP vyšší než 20% a byl významně vyšší než u kontrolní skupiny standardních oddělení. Pro konkrétní stresory působící na personál nemocnic je v anglosaských studiích nyní užíván termín „kritický incident související s prací“ (z anglického *work-related critical incident*) (7, 8). Studiu vlivu těchto konkrétních traumatizujících situací na výskyt psychických příznaků není zatím věnována velká pozornost.

## **4.6 Léčba posttraumatické stresové poruchy**

V současné době se zpravidla kombinuje psychoterapie s farmakoterapií. Farmakoterapie přináší většinou rychlejší úlevu, i když je na druhé straně spojena s nežádoucími účinky, k nimž patří útlum, zvýšení tělesné hmotnosti a návyk až závislost. V akutním stádiu po traumatu se dobře uplatňují léky zmírňující úzkost (anxiolytika, antidepresiva). Psychoterapie má pro pacienty velký význam a má trvalejší efekt než farmakologická léčba. Lze léčit řadou psychoterapeutických metod, zejména skupinovou psychoterapií, individuální psychoanalyticky orientovanou a kognitivně-behaviorální terapií. Užívá se i hypnóza a techniky používající vystavení (*expoziční*) nemocného traumatizující situaci v realitě nebo imaginaci (23).

## **5 VZTAHY NA PRACOVIŠTI A PRACOVNÍ SPOKOJENOST**

### **5.1 Vztah sestra - lékař**

Nejčastější problémy v tomto vztahu plynou z nepochopení rolí a odpovědnosti v rámci ošetrovatelství a moderního lékařství. Oba mohou mít rozdílný pohled na důležitost specifické části léčebného procesu. Lékaři se často domnívají, že ošetrovatelství by nemělo zasahovat do lékařské oblasti a sestry nejsou často spokojeny s nižším respektem k ošetrovatelství ze strany lékařů. Spíše jsou vnímány jako odborně podřízené a tudíž by měly plně respektovat ordinace a příkazy lékařů. Ke konfliktu často dochází i z důvodu, že jsou sestry a lékaři v situacích, při nichž mohou sledovat navzájem svůj výkon. Lékaři si spíše přejí, aby sestry zůstaly v submisivní roli. Respektování rolí a klidné vztahy jsou velmi důležité k vytváření celkové atmosféry na pracovišti, jelikož sestry na ně kladou velký důraz, zvláště pak na JIP, kde je větší kolektiv zaměstnanců. Obecně lze říci, že na pracovišti, kde jsou napjaté a konfliktní vztahy, narůstá nespokojenost, s ní spojená větší fluktuace, sestry nemají zájem se více odborně rozvíjet. Důležité je, aby se obě profese seznámily s jejich charakteristickými rolími, jaké odpovědnosti nesou a jaká specifika obnáší, pak lépe pochopí jedna druhou (18).

### **5.2 Vztah sestra - sestra**

Je samozřejmostí, že cílem práce zdravotních sester je dobře ošetřený pacient. Toho lze dosáhnout pouze v případě, že dokonale funguje týmová práce a jednotlivci se vzájemně respektují. Na JIP se bez úzkých vzájemných vztahů a pomoci jeden druhému kolektiv neobejde. Sestry se starají o pacienty 24 hodin denně a předávají si důležité informace a ordinace lékařů, jejich spolupráce je nutná a nesmí být poškozována antipatiemi nebo problémy mezi kolegy. Neshody mohou narušit péči o pacienty. Kvalita týmu závisí na tom, jaké mají jednotlivci pracovní návyky, morální zásady a charakterové vlastnosti. Členové týmu se vzájemně doplňují ve svých dovednostech, mají společný cíl a záměry a v neposlední řadě odpovědnost. Obecně se jedná o vztahy v ženském kolektivu, jelikož je ve zdravotnictví zaměstnána převaha žen a z toho vyplývají určité odlišnosti.

Ženy jsou emotivnější a mají tendence situace spíše dramatizovat a posuzovat pod vlivem subjektivních pocitů, hůře snáší kritiku, jsou vytrvalejší a pozornější než muži, umí lépe přepínat pozornost a mají schopnost pozornost lépe rozdělit, čímž mohou dělat více věcí najednou. Ženy jsou empatičtější a lépe pochopí bolest druhých. Kromě těchto rozdílů hrají samozřejmě roli charakterové vlastnosti, které jsou vrozené a získané výchovou a prostředím. Každý jednatel v týmu svým charakterem může ovlivňovat a utvářet mezilidské vztahy (31).

Nejčastější příčiny konfliktů jsou nedostatky v organizaci práce (způsobeny buď nadřizenými nebo samotnými sestrami), malá disciplinovanost (nedodržování určených pravidel), povrchní vztah k práci (nedbalé plnění pracovních povinností, ordinací, špatná ošetrovatelská činnost), malá objektivita při hodnocení vlastní práce (lidé chtějí kromě výsledků práce i ohodnocení jejich námahy a času, který museli věnovat úkolům) a negativní povahové rysy pracovníků (pomluvy, závist) (18).

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 1 FORMULACE PROBLÉMU

### 1.1 Hlavní problém

Psychickým příznakům u všeobecných sester nemocničních provozů u nás není věnována velká pozornost. Psychická pohoda je přitom základním předpokladem výkonu jejich náročné práce. V zahraniční literatuře je stres působící v pracovním prostředí JIP považován za jednu z hlavních příčin fluktuace personálu a příčinou jeho nedostatku (5, 6).

### 1.2 Dílčí problémy

Odhalit příčiny pracovní nespokojenosti je obtížné. Jistě se uplatňují vlivy samotného pracovního prostředí, ale významné jsou i mimopracovní vlivy a samozřejmě individuální charakteristiky dotazovaného. V zatím provedených zahraničních studiích se diskutuje význam prostředí JIP, které je považováno za velmi stresující ve srovnání s provozy standardních oddělení. Konkrétní stresory většinou nebyly studovány, nebyl porovnán jejich výskyt a ani studován jejich vliv na rozvoj psychických příznaků u všeobecných sester na JIP a standardních odděleních. Úroveň poskytované péče a charakteristiky provozů JIP a standardních oddělení jsou ve vyspělých zemích srovnatelné. K dispozici jsou studie převážně z amerického prostředí (2, 3, 4). Chybí tedy srovnání této problematiky, a to včetně diskuse o vlivech různého sociálně ekonomického a společenského mimo pracovního prostředí, které by mohly ovlivnit reaktivitu zdravotnického personálu.



## 2 CÍL A ÚKOL PRŮZKUMU

V praktické části předkládané bakalářské práce se zabývám studiem výskytu příznaků posttraumatické stresové poruchy, úzkosti a deprese u všeobecných sester na JIP. Výskyt těchto příznaků porovnávám s kontrolní skupinou všeobecných sester standardních oddělení. Dále jsem se zabývala studiem specifických zátěžových faktorů, tedy pracovních stresorů charakteristických především pro akutní provozy JIP, které se ale nárazově a neočekávaně mohou vyskytovat i na standardních odděleních. Snažila jsem se nalézt vztah těchto stresorů k výskytu psychických příznaků. Také jsem se ptala na míru pracovního spokojenosti v práci na JIP a standardních odděleních a na některé možné příčiny pracovní nespokojenosti. V diskusi se snažím zjištěné skutečnosti porovnat s publikovanými zahraničními studii. V závěru se zamýšlím nad možnostmi dalšího výzkumu problematiky a navrhuji některá opatření platná pro prostředí našich provozů JIP a standardních oddělení.

## 3 METODIKA

### 3.1 Dotazníky

Byla informována etická komise fakultní nemocnice, která s provedením vyjádřila souhlas. O výzkumném šetření byly informovány vrchní sestry jednotlivých pracovišť a následně byly prostřednictvím staničních sester rozdány dotazníky. Anonymně vyplněné dotazníky byly opět shromážděny u staničních sester a později mi byly hromadně předány.

Všeobecné sestry byly vyzvány k vyplnění trojdílného anonymního dotazníku. V první části byla zjišťována demografická data (pohlaví, věk), sociální údaje (rodinný stav, péče o děti ve společné domácnosti, podíl výtěžku na rodinném příjmu), zdravotní údaje odkazující na možnost psychických obtíží (psychické obtíže nutící k návštěvě psychologa nebo psychiatra, ano/ne) a pracovní data včetně zátěžových pracovních faktorů (pracovní úvazek 1,0 ano/ne, další pracovní úvazek ano/ne, délka praxe na oddělení nebo JIP v letech, počet denních, nočních a víkendových směn za měsíc, počet nemocných v péči na jednu všeobecnou sestru). Také byl vznesen dotaz na pracovní uspokojení (ano/ne) a na některé možné příčiny nespokojenosti (pracovní přetížení, stres plynoucí z pracovní náplně, nedostatečných znalostí a zkušeností, mezilidské vztahy sestra-sestra, sestra-lékař, sestra-nadřízený, sestra-pomocný personál s návodem jak vyplnit příslušnou eventualitu). Dále byl vznesen dotaz na 15 potenciálně traumatizujících situací hodnocených jednotlivě s přidělením míry závažnosti na stupnici od 1 do 5. Do finálního zpracování byly zařazeny všechny odpovědi se závažností 4 a 5. Charakteristika otázek a odpovědi na ně jsou znázorněny v tabulce č.3.

Ve druhé části dotazníku je užitá česká verze dotazníku PTSS-10 (posttraumatic stress symptoms), který zjišťuje přítomnost příznaků PTSD a je v podobných studiích běžně užíván (3, 4, 32). Dotazník byl přeložen do češtiny. Jde o deset dotazů hodnocených na škále 1-7 bodů. Skóre 35 bodů a více může signalizovat přítomnost PTSD. Ve třetí části byla užitá přeložená česká verze běžně užívaného dotazníku HADS (Hospital Anxiety Depression Scale). Dotazník je složen ze sedmi otázek na příznaky úzkosti (A) a sedmi otázek na příznaky deprese (D). Každá otázka je bodována ve škále 0, 1, 2, 3. Hodnoty 8 a více bodů mohou signalizovat přítomnost úzkosti a deprese. (3, 5, 33).

Užité testy hodnotí příznaky možných chorob. Není jimi možno stanovit diagnózu těchto chorob.

### **3.2 Metoda zpracování dat**

Demografická data získaná z dotazníku 1 byla vložena do tabulky v programu Excel. Tam byly také přidány výsledky dotazníků 2 (PTSS-10) a 3 (HADS A, D). Takto připravená tabulka byla předána statistikovi (tabulka je k nahlédnutí u autorky). Na společné schůzce jsme se domluvili na cílech a záměrech mé práce, hovořili jsme o hypotézách. Statistik pak vyložil svůj přístup k analýze dat a z diskuse vyplynuly drobné změny ve formulaci otázek. Ke studiu rozdílů spojitých parametrů mezi zkoumanými skupinami byla užita neparametrická ANOVA (Wilcoxonův test). K univariátní analýze byla užita kontingenční tabulka, chi-square test a navíc Fischerův exaktní test tam, kde byl nízký počet údajů ve skupinách. Dále byl určen poměr šancí (Odds Ratio) sledovaných parametrů.

## **4 HYPOTÉZY**

Na základě studia literatury jsem stanovila následující hypotézy:

1. Výskyt příznaků PTSD, úzkosti a deprese u všeobecných sester bude vyšší na JIP než na standardním oddělení
2. Na JIP i standardním oddělení lze vysledovat přítomnost tam se vyskytujících specifických stresujících faktorů
3. Existuje vztah mezi určitými specifickými stresujícími faktory a mezi příznaky PTSD, úzkosti a deprese
4. U všeobecných sester JIP a standardních oddělení bude rozdíl v odpovědi na otázku pracovního uspokojení

## 5 VZOREK RESPONDENTŮ

Byla zpracována data získaná dotazníky od zdravotních sester pracujících na jednotkách intenzivní péče pro dospělé pacienty, kde je poskytován nejvyšší stupeň intenzivní péče. Převážně šlo o sestry pracující ve velké fakultní nemocnici, menší skupina pak z lůžkového oddělení ARO jedné krajské nemocnice. Stejný dotazník obdržely sestry pracující na standardních odděleních pro dospělé pacienty ve fakultní nemocnici a menší skupina sester pracujících na standardním oddělení malé nemocnice. Celkem bylo vydáno 165 dotazníků na JIP a 140 dotazníků na standardní oddělení. Vráceno bylo a k analýze použito 151 z JIP ( $n = 151$ ), resp. 112 ze standardních oddělení ( $n = 112$ ). Návratnost byla 92, resp. 80%. Pokud v některém z dotazníků 1, 2 nebo 3 chyběla některá konkrétní položka, pak nebyl konkrétní dotazník v této položce statistiky hodnocen.

## **6 PREZENTACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ**

### **6.1 Základní charakteristika souborů**

Základní charakteristiky obou souborů jsou znázorněny v tabulce č.1. Soubory se statisticky nelišily v zastoupení žen, nelišily se v počtech vykonávaného plného pracovního úvazku (1,0), ani v počtech vykonávaného dalšího pracovního úvazku, ani v podílu práce všeobecné sestry na hlavním zdroji příjmu její domácnosti. Oba soubory se lišily věkem (na standardních oddělení starší personál,  $p = 0,0006$ ), počtem denních směn za měsíc (na standardních oddělení více směn,  $p < 0,0001$ ). Počet nočních s víkendových směn za měsíc nebyl významně odlišný. Významný rozdíl byl v poměru počtu všeobecná sestra : pacient, který činil 1:1,4 (JIP), resp. 1:15 (standardní oddělení) ( $p < 0,0001$ ). Délka praxe byla hraničně delší u všeobecných sester na standardních odděleních. Rozdíl ale nebyl statisticky signifikantní ( $p = 0,0618$ ). Psychické obtíže, které vedly k návštěvě psychiatra nebo psychologa se objevily u 1 sestry JIP 1/145 (0,7%) (6 odpovědi chybí) a u 7 sester standardních oddělení 7/108 (6%) (4 odpovědi chybí). Rozdíl je statisticky významný ( $p = 0,0001$ ). Soubor všeobecných sester JIP se statisticky významně lišil od standardního oddělení v otázce rodinného stavu. Všeobecné sestry na standardním oddělení byly častěji vdané, rozvedené nebo uvedly stav jako „jiný“ ( $p = 0,007$ ). Všeobecné sestry na standardním oddělení také významně častěji pečovaly o dítě ve společné domácnosti ( $p = 0,044$ ).

### **6.2 Porovnání výskytu příznaků potraumatické stresové poruchy, úzkosti, deprese**

Patologické hodnoty v dotazníku hodnotícího příznaky posttraumatické stresové poruchy (PTSS-10) byly přítomny u 8 všeobecných sester standardních oddělení (7%) a 5 všeobecných sester JIP (3%). Rozdíl není statisticky významný ( $p = .0,25$ ). Patologické hodnoty v dotazníku hodnotícího přítomnost příznaků úzkosti (HADS-A) byly přítomny u 49 ze 112 všeobecných sester standardních oddělení (44%) a 42 ze 151 sester JIP (28%). Rozdíl je statisticky významný ( $p = 0,0087$ , OR = 2,019).

Patologické hodnoty v dotazníku hodnotícího přítomnost příznaků deprese (HADS-D) byly přítomny u 17 všeobecných sester standardních oddělení (15%) a 22 sester JIP (15%). Rozdíl není statisticky významný. Alespoň jeden patologický příznak mělo 74 ze 112 sester standardního oddělení (66%) a 69 ze 151 všeobecných sester JIP (46%). Nejvíce zastoupeným příznakem byla úzkost s maximem na standardním oddělení. Hodnoty jsou znázorněny v tabulce č.2.

### **6.3 Otázky na vybrané traumatizující faktory**

Porovnála jsem odpovědi na 15 otázek týkajících se potenciálně traumatizujících jevů a procesů spojených s prací na standardním oddělení a JIP. Výsledky jsou znázorněny v tabulce č.3. Uvádím jen ty výsledky, které byly všeobecnými sestrami hodnoceny na škále od 1 do 5 jako stupeň 4 a 5. Jako statisticky významné se jeví rozdíly v odpovědích na otázky A, E, CH na standardním oddělení: A (musím být přítomen/přítomna umírání nemocných) s frekvencí pozitivních odpovědí na standardním oddělení, resp. JIP, 28 ze 112 (25%), resp. 16 ze 149 (11%) ( $p = 0,0027$ ), E (musím pečovat o tělo zemřelého) s výsledkem 21 ze 112 (19%), resp. 11 ze 151 (7%) ( $p = 0,0049$ ), CH (podíl na kardiopulmonální resuscitaci) s výsledkem 36 ze 112 (32%), resp. 23 ze 151 (15%) ( $p = 0,0012$ ).

Odpověď na otázku D se významně více vyskytovala na JIP: D (podíl na péči o potenciálního dárce orgánů) s výsledkem 22 ze 151 (15%), resp. 3 ze 112 (3%) na standardním oddělení ( $p = 0,001$ ).

### **6.4 Vztah určitých traumatizujících faktorů a výskytu patologického skóre příznaků posttraumatické stresové poruchy, úzkosti a deprese**

Výsledky jsou shrnuty v tabulce č.4

**6.4.1 u všeobecných sester JIP** byl výskyt příznaků posttraumatické stresové poruchy testované dotazníkem PTSS-10 významně vyšší, pokud odpověděly kladně na otázku H (péče o nemocného s masivním krvácením) ( $p = 0,007$ , OR 17,0), J (obava z přenosu infekce z pacienta na sestru) ( $p = 0,002$ , OR 25), M (slovní napadení lékařem) ( $p = 0,036$ , OR 8,0). Příznaky úzkosti testované dotazníkem HADS-A byly významně více přítomny, pokud všeobecné sestry odpověděly kladně na otázku A (musím být přítomna umírání nemocných) ( $p = 0,0016$ , OR 3,9), CH (podíl na kardiopulmonální resuscitaci) ( $p = 0,04$ , OR 2,9), J (obava z přenosu infekce z pacienta na mě) ( $p = 0,046$ , OR 2,6), L (slovní napadení jinou všeobecnou sestrou) ( $p = 0,007$ , OR 4,6), M (slovní napadení lékařem) ( $p = 0,008$ , OR 3,3), N (stres z přepětí při nedostatečném počtu všeobecných sester) ( $p = 0,003$ , OR 3,1). Příznaky deprese testované dotazníkem HADS-D byly významně více přítomny, pokud všeobecné sestry odpověděly kladně na otázku A (musím být přítomna umírání nemocných) ( $p = 0,016$ , OR 4,4), E (musím pečovat o tělo zemřelého) ( $p = 0,011$ , OR 6,0), F (stres plynoucí z obav o výsledek terapie u konkrétního nemocného) ( $p = 0,04$ , OR 6,63), G (péče o traumatizovaného pacienta) ( $p = 0,04$ , OR 3,5), H (péče o nemocného s masivním krvácením) ( $p = 0,05$ , OR 3,5), CH (podíl na kardiopulmonální resuscitaci) ( $p = 0,047$ , OR 3,3).



**6.4.2 u všeobecných sester standardních oddělení** byly příznaky posttraumatické stresové poruchy přítomny významně častěji, pokud odpověděly kladně na otázku C (pocit, že se podílím na marné a neúčelné terapii) ( $p = 0,001$ , OR 14,0), L (slovní napadení jinou všeobecnou sestrou) ( $p = 0,023$ , OR 8,3), M (slovní napadení lékařem) ( $p = 0,003$ , OR 13,9), N (stres z přepětí při nedostatečném počtu všeobecných sester) ( $p = 0,007$ , OR 9,0). Příznaky úzkosti byly významně více přítomny, pokud sestry odpověděly kladně na otázku N (stres z přepětí při nedostatečném počtu všeobecných sester na počet nemocných) ( $p = 0,02$ , OR 2,9). Výskyt příznaků deprese nebyl významně vyšší u žádné z odpovědí.

## **6.5 Pocit pracovního uspokojení**

Na otázku, zda všeobecnou sestru uspokojuje současná práce na standardním oddělení nebo JIP, odpovědělo negativně 29 ze 111 sester standardních oddělení (26%), resp. 24 ze 151 sester JIP (16%). Rozdíl je statisticky významný ( $p = 0,042$ ). Pracovní uspokojení bylo tedy významně nižší u všeobecných sester standardních oddělení.

## **6.6 Otázky na příčiny nespokojenosti v práci plynoucí z pracovní náplně a problematických mezilidských vztahů**

Porovnáním odpovědí na otázku příčiny nespokojenosti v práci na JIP nebo standardním oddělení (alespoň jedna z odpovědí: A = pracovní přetížení - nezvládám objem práce, B = stres plynoucí z pracovní náplně - spěch, přesnost, pohotovost při práci, C = stres plynoucí z nedostatečných znalostí a zkušeností v oboru) nebyl nalezen významný rozdíl. Frekvence odpovědí byla 52 ze 149 (35%) na JIP, resp. 47 ze 112 (42%) na standardním oddělení ( $p = 0,25$ ).

Odpovědi na otázku, zda příčinou nespokojenosti v práci byly mezilidské vztahy stupně sestra-sestra, sestra-lékař, sestra-pomocný personál, sestra-nadřízený, byly významně rozdílné jen v případě vztahu sestra-sestra na JIP, kde odpovědělo kladně 32 ze 151 (21%) oproti 10 ze 112 (9%) na standardním oddělení ( $p = 0,007$ ).

## **6.7 Vztah neuspokojení v práci plynoucího z pracovního přetížení, náplně práce nebo nedostatečných znalostí a zkušeností a výskytu patologického skóre příznaků posttraumatické stresové poruchy, úzkosti a deprese**

**6.7.1 u všeobecných sester JIP** nebyl výskyt příznaků PTSD významně vyšší, pokud odpověděly na otázku pracovního přetížení (alespoň jedna z odpovědí: A = pracovní přetížení - nezvládám objem práce, B = stres plynoucí z pracovní náplně - spěch, přesnost, pohotovost při práci, C = stres plynoucí z nedostatečných znalostí a zkušeností v oboru) kladně nebo záporně. Výskyt příznaků úzkosti byl významně vyšší, pokud odpověděli kladně ( $p = 0,002$ , OR 3,3), stejně tomu bylo i u příznaků deprese ( $p = 0,01$ , OR 5,2).

**6.7.2 u všeobecných sester standardních oddělení** nebyl nalezen statisticky významně vyšší výskyt příznaků posttraumatické stresové poruchy, úzkosti nebo deprese související s typem odpovědi.

## **6.8 Vztah problematických mezilidských vztahů jako příčiny pracovního neuspokojení a výskytu patologického skóre příznaků posttraumatické stresové poruchy, úzkosti a deprese**

**6.8.1 u všeobecných sester JIP** byl hodnocen vztah mezi pozitivní odpovědí na otázku, zda příčinou nespokojenosti v práci může být stav mezilidských vztahů úrovně sestra-sestra, sestra-lékař, sestra-pomocný personál, sestra-nadřízený, a výskytem patologického skóre příznaků posttraumatické stresové poruchy, úzkosti a deprese. Významný vztah byl prokázán pro přítomnost příznaků úzkosti a deprese, pokud šlo o narušený vztah úrovně sestra-sestra ( $p = 0,001$ , OR 3,0, resp.  $p = 0,008$ , OR 4,0).

**6.8.2 u všeobecných sester standardních oddělení** byl prokázán významný vztah mezi přítomnými příznaky posttraumatické stresové poruchy a narušenými vztahy úrovně sestra-nadřízený ( $p = 0,04$ , OR 5,0), mezi přítomnými příznaky úzkosti a narušenými vztahy úrovně sestra-sestra a sestra-nadřízený ( $p = 0,032$ , OR 2,0, resp.  $p = 0,008$ , OR 5,8) a mezi přítomnými příznaky deprese a narušenými vztahy úrovně sestra-lékař a sestra-nadřízený ( $p = 0,011$ , OR 4,0, resp.  $p = 0,038$ , OR 4,0).

## 7 DISKUZE

V předkládaném šetření nebyl nalezen statisticky významný rozdíl ve výskytu příznaků PTSD u všeobecných sester pracujících na JIP a na standardních odděleních. Získaná data nejsou ve shodě s publikovanými studii Mealerové, která zjistila významně vyšší výskyt příznaků PTSD u všeobecných sester JIP a navíc našla podstatně vyšší zastoupení těchto příznaků na obou typech oddělení (3, 4). Příznaky úzkosti byly v mém šetření přítomny významně více než v Mealerové studiích. Byly nejčastěji se vyskytujícím psychickým příznakem u všeobecných sester na standardním oddělení. Zde je nutno připomenout, že PTSD je druhem úzkostné poruchy. Příznaky úzkosti ji typicky doprovázejí. Na druhou stranu se úzkostné příznaky nevyskytují jen u PTSD, ale mohou být, podobně jako příznaky deprese, vyjádřeny samostatně nebo v kombinaci s dalšími chorobnými stavy. Výskyt příznaků deprese se v mém šetření na obou typech pracovišť nelišil a shodoval se s novějšími zahraničními výsledky (4). Výsledky, s výjimkou výskytu příznaků úzkosti na standardních odděleních, naopak potvrzují závěry jiné studie, která nenalezla rozdílné zastoupení psychických příznaků v populacích všeobecných sester JIP, Emergency a standardních oddělení (2). V uvedené práci byla použita jiná sada testů než v mém šetření a Mealerové studiích. Návratnost dotazníků mého šetření byla vysoká, což může ukazovat na spolehlivost získaných dat.

Z literatury je známo, že ke vzniku PTSD jako úzkostné poruchy mohou přispět hlavně tři faktory: anamnéza psychiatrického onemocnění u sledované osoby, rodinná anamnéza psychického onemocnění a zneužívání v dětství. Význam faktorů jako pohlaví, věk, rasa, problematické dětství je vyjádřen jen v některých populacích, zatímco socio-ekonomická situace, vzdělání, inteligence, předchozí trauma a jeho intenzita, sociální zázemí, úroveň stresu a uspokojení v běžném životě předvídají riziko vzniku poruch významněji. Za významnější jsou obecně považovány faktory, které jsou přítomny během a po vlastní traumatizující situaci (intenzita traumatu, chybějící sociální podpora, současně přítomný jiný stresor), než faktory předcházející traumatické situaci (34). Minimální pozornost byla zatím věnována významu vlastních traumatizujících inzultů. V našem případě jde o "kritické incidenty související s prací", kterým se věnuji v pozdější části diskuse.

V šetření jsem použila dotazníky běžně užívané v anglosaské literatuře. Otázky v originálních verzích dotazníků jsou jednoduše a srozumitelně formulovány. Jejich české verze však neexistují. Požádala jsem proto o pomoc lékaře, který delší dobu pracoval v anglicky hovořící zemi. Ten pak provedl překlad. Překlad je vždy třeba považovat za možný zdroj nepřesností v porozumění obsahu.

Pohledem na demografická data z mé a z uvedených amerických studií (2, 3, 4) nacházíme některé rozdíly. Všeobecné sestry na JIP v mém šetření jsou mladší a mají kratší dobu praxe než v citovaných zdrojích. Věk všeobecných sester na našich standardních odděleních a délka jejich praxe jsou obdobné jako v uvedených zahraničních studiích. Všeobecné sestry na našich standardních odděleních jsou významně starší než na našich JIP, délka vykonávané praxe na obou typech našich pracovišť se ale nelišila. Data o vztahu délky praxe na výskytu psychických příznaků u zdravotnického personálu jsou sporá. Jedna studie z prostředí Emergency ukázala, že výskyt psychických příznaků u personálu narůstal s dobou praxe (35). V jiných studiích byla delší doba praxe spojena s nižším výskytem psychických příznaků, což se vysvětluje tím, že již dříve postižený personál pracoviště opustil nebo tím, že s rostoucí zkušeností se zvyšuje i schopnost personálu čelit stresorům (4). Vztah věku všeobecných sester (starší na standardních odděleních) a výskytu psychických příznaků nebyl v mém šetření ani v zahraničních studiích testován. To platí i u vztahu psychických příznaků a pohlaví. V mém šetření nebyly nalezeny rozdíly v podílu příjmu z práce všeobecné sestry na příjmu rodiny mezi JIP a standardním oddělením, podíl byl podobný jako ve velké americké studii (3). V mé studii je možno vidět rozdíly v rodinném stavu - možném ukazateli sociální stability. Všeobecné sestry našich standardních oddělení byly častěji vdané, ale také častěji rozvedené než všeobecné sestry z JIP. Srovnání s obdobnými studii zde není možné, protože v mnou položené otázce šlo o širší dotaz na rodinný vztah (svobodná, vdaná, rozvedená, jiný vztah ?), zatímco v jiných studiích šlo jen o dotaz na vztah manželský (vdaná ano nebo ne). Tento typ údaje je v každém případě vnímán jako pomocný. Naše všeobecné sestry ze standardních oddělení významně častěji vyhledaly psychologa nebo psychiatra pro své blíže nespecifikované obtíže. Nepoložila jsem ale otázku na přesné časové vymezení vyhledání této pomoci. Nemohu tedy zodpovědně posoudit, zda zmíněné zjištění ukazuje na vztah současného pracovního místa a psychického stavu.

Rozdíl mezi standardním oddělením a JIP je přesto zřejmý. V citované literatuře není věnována přílišná pozornost otázkám stresu a uspokojení v běžném životě mimo zaměstnání a otázkám na míru zvládnutí pracovního stresu. Ani já jsem se jimi nezabývala. Zdá se, že v diskusi zatím uvedené faktory spolehlivě nevysvětlují rozdíly v mém šetření a v Mealerové (3, 4) a Kerasiotisové (2) studiích.

Všimneme-li si významného nepoměru počtu pacientů na jednu všeobecnou sestru ve směně na standardním oddělení a významně vyššího počtu denních směn našich všeobecných sester na standardních odděleních, pak ve srovnání s citovanými studiiemi (2, 3, 4), mají naše sestry na standardních odděleních vyšší pracovní zátěž. V literatuře byl dokumentován vztah mezi pracovním zatížením všeobecných sester, jejich psychickým zdravím a pracovní nespokojeností (36). Nově byl též nalezen vztah syndromu vyhoření, jehož častou příčinou je přepracování, a příznaků PTSD (4). Ve svém šetření jsem přímo nehodnotila vztah počtu nemocných na jednu všeobecnou sestru a počtu směn k výskytu psychických příznaků. Byla zde kladena širší otázka na pracovní neuspokojení zaviněné pracovním přetížením a nedostatkem zkušeností. U respondentek s kladnou odpovědí nebyl nalezen vyšší výskyt psychických příznaků. Otázka významu pracovního přetížení tedy zůstává otevřená.

Mealerová diskutuje výsledek multivariantní analýzy své studie. Podle ní je skutečnost, že všeobecná sestra pracuje na JIP, nezávislým rizikovým faktorem vyšší přítomnosti příznaků PTSD (3). Moje výsledky a výsledky Kerasiotisové (2) ale tuto otázku mohou zpochybňovat. Ukazují na rizika vzniku psychických příznaků, zejména úzkosti i na standardních odděleních. V práci Kerasiotisové je zmiňována skutečnost, že všeobecné sestry na standardním oddělení mohou být v jistém ohledu pod podobným tlakem jako sestry JIP nebo Emergency (2). Neočekávaná změna zdravotního stavu pacienta standardního oddělení staví sestru do „akutní role“ (37, 38). Všeobecné sestry JIP mohou být na řadu stresorů dobře adaptovány. Roli může hrát jejich trénink a připravenost na akutní a dramatické situace (2). Domnívám se, že všeobecné sestry standardních oddělení by mohly mít nižší stupeň sociální adaptace (počet sester ve směně je menší, sdílení reakce na stres je omezené). Předpokládám i nižší dostupnost lékaře k řešení akutních situací.

Položila jsem si otázku, zda lze na konkrétních standardních odděleních a JIP registrovat přítomnost specifických „kritických incidentů“, resp. traumatizujících faktorů souvisejících s tam vykonávanou prací (7, 8), a zda tam mají vliv na výskyt určitých psychických příznaků. Ve snaze podrobněji studovat stresové faktory jsem analyzovala odpovědi na 15 pravděpodobně traumatizujících faktorů. V mém šetření považují zdravotní sestry JIP za významně více traumatizující péči o potenciálního orgánového dárce než všeobecné sestry na standardním oddělení. Toto je pochopitelný nálezný, protože péče o potenciální dárce orgánů nepatří do náplně práce na standardních odděleních. Za podstatný považuji nálezný, že na standardních odděleních je významně častěji zmíněn soubor traumatizujících faktorů spojených s péčí o umírajícího nebo akutně na životě ohroženého nemocného (otázky A, E, CH). Pokud v šetření nebudeme uvažovat o faktoru péče o orgánové dárce na JIP (otázka D), pak se s ohledem na traumatické faktory zdá, že prostředí standardního oddělení se od JIP liší jen v aspektu péče o terminální stavy a resuscitované nemocné. Nabízí se otázka příčinného vztahu těchto traumatizujících situací na standardním oddělení k zjištěnému vyššímu výskytu příznaků úzkosti. Nabízí se též otázka připravenosti všeobecných sester našich standardních oddělení na tyto situace v péči o nemocné.

Dalším cílem mého šetření bylo zjistit, zda existuje vztah mezi konkrétními působícími stresovými faktory a psychickými příznaky. Na JIP byl nalezen významný vztah mezi výskytem příznaků PTSD a třemi konkrétními stresory (H, J, M), mezi příznaky úzkosti a šesti konkrétními stresory (A, CH, J, L, M, N) a mezi příznaky deprese a šesti konkrétními stresory (A, E, F, G, H, CH). U zdravotních sester na standardním oddělení byl nalezen významný vztah mezi výskytem příznaků PTSD a čtyřmi konkrétními stresory (C, L, M, N), mezi příznaky úzkosti a jedním konkrétním stresorem (N). Výskyt příznaků deprese nebyl vyšší u žádné odpovědi. Vztahu studovaných stresorů a psychických příznaků je v literatuře věnována malá pozornost. Mealerová našla korelaci mezi péčí o umírající kriticky nemocné („end of life issues“) na JIP a příznaky PTSD a vztahem mezi pracovním přetížením a úzkostí provázející PTSD (4). Vzhledem k celkově nízkému výskytu příznaků PTSD v mém šetření a podobném výskytu příznaků PTDS a deprese na studovaných typech pracovišť, nechci zde spekulovat o pozadí příslušných (statisticky) významných interakcí.

Za významný však považuji vztah výskytu příznaků úzkosti a vyššího stresu z přepětí při nedostatečném počtu všeobecných sester na počet nemocných na standardních odděleních (odpověď N). Tato data mohou doplňovat obraz pracovního prostředí standardního oddělení. Tam významně pracovní zátížené všeobecné sestry, navíc traumatizované péčí o chronicky nemocné, a problematicky adaptované na tento typ pracovního zatížení, mají významně vyšší výskyt příznaků úzkosti, resp. ve srovnání s JIP celkově vyšší výskyt všech psychických příznaků (alespoň jeden patologický výsledek testu přítomen u 66%, resp. 46% na standardním oddělení, resp. JIP).

Zvláštní pozornost byla v mé práci věnována otázkám pracovního uspokojení. Této problematice je třeba věnovat zvláštní pozornost s ohledem na možný vztah pracovní nespokojenosti a rizik úbytku vzdělaného personálu na nemocničních pracovištích. Analýzou odpovědí na otázku, zda všeobecnou sestru uspokojuje práce na daném oddělení jsem zjistila, že pracovní uspokojení je významně nižší na standardním oddělení než na JIP. Zdá se, že rozdíl není způsoben stresem plynoucím z objemu práce, z její náplně a nedostatečných zkušeností nebo znalostí v daném oboru, protože v odpovědích na tyto otázky nebyl nalezen významný rozdíl mezi oběma typy pracovišť. Nelišily se ani odpovědi na otázku, zda příčinou neuspokojení mohou být porušené mezilidské vztahy. Příčiny pracovního neuspokojení všeobecných sester standardních oddělení je třeba hledat jinde. V úvahu přicházejí ekonomické faktory (ohodnocení za práci), rozdíly v demografické a sociální charakteristice souborů (vyšší věk zdravotních sester na standardním oddělení, vyšší rozvodovost jako ukazatel mimopracovních vlivů). Význam může mít skladba nemocných (kumulace chronicky nemocných a nevléčitelných pacientů), nízký počet všeobecných sester na počet nemocných a vysoká pracovní zátěž. Minimálně byly studovány možné vztahy přítomných psychických příznaků a pracovní nespokojenosti. Příznaky úzkosti, deprese a PTSD se mohou vyskytovat na standardním oddělení bez souvislosti s mírou pracovního neuspokojení. Na druhé straně mohou existovat jejich příčinné vztahy. Na JIP sestry jako příčinu pracovní nespokojenosti uvedly významně častěji narušené vztahy na úrovni sestra-sestra. K narušení vztahů mezi všeobecnými sestrami může na JIP přispět systém organizace péče o nemocné a úroveň péče samotné.



Poměr sestry: pacient na JIP je v mé práci blízký 1:1,5. Je tedy možný střet v kompetencích a přístupu k péči o konkrétního pacienta.

Práce v relativně větším kolektivu může zvyšovat rizika střetů, prestižní prostředí JIP může být personálem vnímáno jako konkurenční, pracovní atmosféra může být napjatá. Duševní pohoda a pocit pracovního uspokojení mohou mít dopad na úroveň mezilidských vztahů a naopak. Dopad těchto faktorů na kvalitu poskytované péče se nabízí. V mém šetření měly všeobecné sestry na JIP, které byly v práci nespokojené z důvodů pracovního přetížení, náplně práce, svých malých zkušeností nebo z přítomného narušení mezilidských vztahů úroveň sestry-sestra, vyšší výskyt příznaků úzkosti a deprese. Výskyt příznaků PTSD nebyl u této skupiny zvýšen. U všeobecných sester standardních oddělení nebyl nalezen vztah mezi pracovním neuspokojením, jehož příčinou mohla být náplň práce, a psychickými příznaky. Byly nalezeny vztahy mezi příznaky PTSD a porušenou úrovní vztahů sestry-nadřízený, mezi příznaky úzkosti a vztahy sestry-sestra a sestry-nadřízený a mezi příznaky deprese a vztahy sestry-lékař a sestry-nadřízený. Jen spekulativně by bylo možno uvažovat o vyšší zranitelnosti mezilidských vztahů na studovaných standardních odděleních.

K hlavním omezením mého šetření patří rizika spojená s českým překladem dotazníků. Tyto nebyly, ale nejspíše ani nebudou v našem prostředí validovány. Výsledky práce zapadají do kontextu studované problematiky v anglosaských zemích, nepředpokládám proto, že by poměrně jednoduchý český překlad otázek dotazníků neodpovídal kontextu. Vzhledem k způsobu distribuce dotazníků (nebyly vydávány a odevzdány přímo mnou, ale prostřednictvím staničních sester), nevylučuji nižší ochotu dotazovaných všeobecných sester odpovědět na všechny otázky otevřeně. Na druhé straně vysoká návratnost rozdaných dotazníků ukazuje na možnou vysokou spolehlivost získaných dat. Šetření bylo provedeno především u všeobecných sester na velkých odděleních univerzitní nemocnice. Je otázka, zda jsou jeho závěry přenositelné do menších nemocnic. V dotazníku jsem nezjišťovala zda všeobecná sestry JIP dříve nepracovala na standardním oddělení a naopak. Nebyly zkoumány otázky kvality života mimo nemocnici, jako jsou volný čas, koníčky, rodinná pohoda, otázky sexuálního života, přítomnost významných mimopracovních stresorů apod. Znalost těchto faktorů by umožnila lépe odhadnout vliv prostředí mimo zaměstnání na schopnost vyrovnat se s pracovními stresory.

## ZÁVĚR

V mém šetření jsem zjistila, že výskyt psychických příznaků u všeobecných sester pracujících na standardních odděleních a JIP ve velké české nemocnici je vysoký. Alespoň jeden patologický příznak (PTSD, úzkost, nebo deprese) byl přítomen u dvou třetin všeobecných sester standardních oddělení a téměř u poloviny sester JIP. Celkový výskyt psychických příznaků byl tedy vyšší na standardních odděleních, převládaly tam příznaky úzkosti. Vyšší výskyt psychických příznaků, zejména úzkosti, na standardních odděleních je vlastně hlavním a překvapivým výsledkem mého šetření. Příznaky deprese se vyskytovaly obdobně na JIP i na standardních odděleních. Výskyt příznaků PTSD se také překvapivě nelišil mezi JIP a standardními odděleními a byl významně nižší, než v publikovaných amerických studiích (3% versus 7%, resp. 22%). Výskyt příznaků PTSD u našich zdravotních sester korespondoval s odhadovaným výskytem v běžné populaci.

Vysvětlení vyššího výskytu příznaků úzkosti v prostředí našich standardních oddělení jsem hledala v charakteristikách tohoto prostředí. Pracovní zátěž je zde významně vyšší ve srovnání s daty z citovaných studií. Přípravenost všeobecných sester k řešení stresujících stavů tady může být nižší i kvůli jejich nedostatečné edukaci. V určitém slova smyslu se mohou nacházet v izolaci – menší kolektivy, menší možnost sdílet problémy v péči o nemocné, menší dostupnost lékaře. Jasně definovaným traumatizujícím faktorem zde je vyčerpání z nepoměru mezi počtem sester a nemocných, které vede k vysokému výskytu příznaků úzkosti. Fakt, že se vysoký výskyt úzkostných příznaků na standardním oddělení, statisticky významnější než na JIP, nepromítl i do vyššího celkového výskytu příznaků PTSD, by mohl ukazovat na specifickou hraniční schopnost vyrovnat se s určitou mírou stresu. Toto by mohlo být umožněno vlivem výše uvedených mimo pracovních faktorů a individuálních schopností vyrovnávat se s přítomným stresem v práci. Hypoteticky řečeno: na jedné straně jsou dobře odborně připravené a kompaktní týmy JIP, na druhé velmi zatížený, personálně oslabený a náhlým stresovým situacím vystavěný tým standardního oddělení. Stresující faktory na JIP jsou mnohočetné, ale tým všeobecných sester za těsné spolupráce s lékaři s nimi umí uspokojivě pracovat.

Tým standardního oddělení se potýká v akutních stavech s náhlými situacemi, na které není vytrénován, a navíc je přetížen specifickými problémy chronicky nemocných a umírajících pacientů. Na tuto zátěž frekventně reaguje úzkostnými stavy a příznaky. Intenzita tohoto stresu však nedosahuje míry, která by vyvolala specifické příznaky v reakci na stres, resp. příznaky posttraumatické stresové poruchy.

Důvody překvapivě rozdílného výskytu příznaků PTSD v populacích našich a amerických zdravotních sester nejsou jasné. Domnívám se, že možné příčiny je nutno hledat v rozdílných parametrech života mimo nemocnici (volný čas, rodina, socioekonomické vlivy, společenské vlivy, rozdílně vyjádřené přidružené stresory), které mohou být rozdílné v naší a srovnávané populaci. Těmto specifickým faktorům zatím nebyla věnována dostatečná pozornost. Zásadní mohou být dosud nepoznané vztahy mezi uspokojením z práce a s tím související reaktivita na zátěžové a stresující situace, která pak může nebo nemusí vést k vyjádření patologických psychických příznaků včetně PTSD. Tyto faktory mohou být opět rozdílně vyjádřeny v různých studovaných populacích. S velkým zjednodušením a vysokou mírou spekulace řečeno: české mimopracovní prostředí může být z ohledem na míru stresu příznivější než americké a uspokojení z práce české všeobecné sestry může být vyšší než u americké. Tyto faktory by mohly modulovat míru působících pracovních stresorů a výsledkem by mohl být nízký výskyt příznaků PTSD u mnou sledovaného souboru všeobecných sester.

Na základě nálezů v mém šetření by bylo možno uvažovat o některých systémových opatřeních. Uvědomuji si, že jejich realizace v prostředí našeho zdravotnického systému by byla obtížná. Především by bylo třeba zaměřit pozornost na problematiku standardních oddělení. Dále v bodech: 1. potřeba zajistit adekvátní personální vybavení na standardních odděleních a snížit tak stupeň zátěže na jednotlivou všeobecnou sestru, 2. v prostředí standardního oddělení i JIP konkrétně rozebrat zjištěné traumatizující situace a nalézt, adekvátním přístupem k nim, zlepšení komfortu personálu a nemocných, 3. zlepšit spolupráci všeobecných sester a lékařů v otázkách péče o chronicky nemocné a umírající pacienty na standardních odděleních i JIP, 4. ptát se na úroveň poskytování, postup, kompetence a úkoly členů týmu při srdeční zástavě na standardním oddělení, posílit edukaci a trénink v resuscitaci,

5. věnovat zvláštní pozornost komplexu mezilidských vztahů na JIP i standardních odděleních.

Předložené šetření by mohlo vést k rozsáhlejšímu výzkumu problematiky v prostředí našich nemocnic. V dalším výzkumu by bylo nejprve vhodné ověřit mnou nalezené výsledky. V dalších studiích je třeba se zaměřit na zmíněné modifikující faktory z mimopracovního prostředí a individuální faktory modifikující reakci na zátěžové situace v pracovním prostředí. Za zajímavá považuji šetření v oblasti pracovního uspokojení, jeho vztahu k psychickým příznakům a k trendu k opuštění nebo setrvání ve vykonávané pracovní pozici.

## LITERATURA A PRAMENY

1. PONCET, M.C., P.TOULLIC, L.PAPAZIAN et al. Burnout syndrome in critical care nursing staff. *Am J Respir Crit Care Med.* 2007, 175:698–704.
2. KERASIOTIS, B a R.W MOTTA. Assessment of PTSD symptoms in emergency room, intensive care unit, and general floor nurses. *International Journal of Emergency Mental Health Systems.* 6(3), 121e133.
3. MEALER, M, A. SHELTON, B. BERG, B.ROTHBAUM, M.MOSS. Increased prevalence of post-traumatic stress disorder symptoms in critical care nurses. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine.* 175(7), 693e697.
4. MEALER, M, E.L. BURNHAM, C.J. GOODE, B. ROTHBAUM, M. MOSS. The prevalence and impact of post traumatic stress disorder and burnout syndrome in nurses. *Depress. Anxiety,* 26: 1118–1126.
5. STECHMILLER, J.K. The nursing shortage in acute and critical care settings. *AACN Clin Issues.* 2002,13:577–584.
6. STEINBROOK, R. Nursing in the crossfire. *N Engl J Med.* 2002,346:1757–1766.
7. CAINE, R. N a L.TER-BAGDASARIAN. Early identification and management of critical incident stress. *Critical Care Nurse.* 23(1), 59e65.
8. KLEBER, R. J a P.G VAN DER VELDEN, (Eds.). *Acute stress at work.* New York:Wiley.
9. McALONAN, G. M., A.M.LEE, V. CHEUNG, C. CHEUNG, K.W TSANG, K. SHAM et al. Immediate and sustained psychological impact of an emerging infectious disease outbreak on health care workers. *Canadian Journal of Psychiatry.* 52(4), 241e247.

10. LUCE, A., J.FIRTH-COZENS, S.MIDGLEY, C. BURGESS. After the Omagh bomb: posttraumatic stress disorder in health service staff. *Journal of Traumatic Stress*.15(1), 27e30.
11. de BOER, J., A.LOK, E.van't VERLAAT, H.J.DUIVENVOORDEN, A.B. BAKKER, B.J.SMIT. Work-related critical incidents in hospital-based health care providers and the risk of post-traumatic stress symptoms, anxiety, and depression: A meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 73(2) , 316-326
12. ŽIDKOVÁ, Z. Práce sester na operačním sále z pohledu psychologa v hygieně. *Časopis společnosti instrumentářek*. roč. 2001, č. 1.,s.12-15. ISSN 1213-1350
13. ZADÁK, Z a E HAVEL. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2099-9.
14. BAŠTECKÁ, B a P GOLDMANN. *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-550-4.
15. KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada, 1994. ISBN 80-7169-121-6.
16. VINAY, J. *Stres a zdraví*. Praha: Portál, 2007. ISBN 80-7367-211-9.
17. LINHART, J. A KOLEKTIV AUTORŮ. *Slovník cizích slov pro nové století*. Dialog, 2004. ISBN 80-85843-61-7
18. ŠNAJDROVÁ,L.*Stresové faktory v práci sester na jednotce intenzivní péče*.Brno,2008. 86str.Bakalářská práce.Masarykova univerzita. Lékařská fakulta.Katedra ošetrovatelství.Školitelka PhDr.Zdeňka ŽIDKOVÁ
19. DOHNALOVÁ,Z.,*Syndrom vyhoření u zdravotních sester*,bakalářská práce,Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně,Fakulta humanitních studií,Institut mezioborových studií Brno,2011.Školitelka Mgr.Olga Doňková
20. BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-439-9.

21. HARTL, P a H HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.
- .
22. LANGMEIER, Z a Z MATĚJČEK. *Psychická deprivace v dětství*. Praha:SZN, 1963.
23. PRAŠKO, J. *Stop traumatickým vzpomínkám: jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-811-2.
24. NAKONEČNÝ, M. *Lidské emoce*. Praha : Academia, 2000. ISBN 80-200-0763-6
25. KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat depresi*. 2.rozšířené vydání. Praha: Grada, 2003. ISBN 978-80-247-0575-0.
26. PRAŠKO, J, H PRAŠKOVÁ a J PRAŠKOVÁ. *Deprese a jak ji zvládat: Stop zoufalství a beznaději*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-809-0.
27. VAŠINA, L. *Základy psychopatologie a klinické psychologie*. 1. vyd. Brno: Institut mezioborových studií Brno, 2008. ISBN 978-80-87182-00-0.
28. HÖSCHL,C,LIBIGER,J,ŠVESTKA,J,a kol.*Psychiatrie*. 2. doplněné a opravené vydání. Praha: Tigris,2002.ISBN 82-900130-7-4.
29. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed.: DSM-IV.Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1994.
30. LAPOSA, J.M a L.E ALDEN. Posttraumatic stress disorder in the emergency room: exploration of a cognitive model. *Behav Res Ther*.2003,41:49-65.
- 31.ROZSYPALOVÁ, M; HALADOVÁ, E, *O sestřích pro sestry*. Praha: Avicenum, zdr. nakladatelství, n.p.,1981.

32. SCHELLING,G., C. STOLL, M.HALLER, J. BRIEGEL,W.MANERT, T. HUMMEL, A. LENHART, M. HEYDUCK, J.POLASEK, M.MEIER et al. Health-related quality of life and posttraumatic stress disorder in survivors of the acute respiratory distress syndrome. *Crit Care Med.* 1998,26:651–659
33. ZIGMOND, A.S a R.P SNAITH. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983,67:361–370.
34. BREWIN, R. C., B.ANDREWS,J.D. VALENTINE. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 68(5), 748e766.
35. MILLS, L.D a T.J MILLS. Symptoms of post-traumatic stress disorder among emergency medical residents. *The Journal of Emergency Medicine.* 28(1), 1e4.
36. AIKEN, L.H., S.P. CLARKE, D.M. SLOANE et all. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA.* 1987-1993.
37. FIGLEY,C.R.(Ed.). *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized.* Brunner/Mazel, New York.
38. URSANO, R.J a J.E McCARROLL. The nature of the traumatic stressor: Handling dead bodies. *J Nerv Ment Dis .*178:396-398.



## **SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK:**

JIP (jednotka intenzivní péče)

PTSD (z angl. posttraumatic stress disorder) posttraumatická stresová porucha

PTSS-10 (z angl. posttraumatic stress symptoms) test 10 příznaků posttraumatické stresové poruchy

HADS (z angl. Hospital Anxiety Depression Scale) test příznaků úzkosti a deprese

GAS (generalizovaný adaptační syndrom)

SARS (syndrom akutního respiračního selhání)

SIP (sestra pro intenzivní péči)

ARIP (anestezie, resuscitace a intenzivní péče)

Bc. (titul bakalář)

Mgr. (titul magistr)

KPR (kardiopulmonální resuscitace)

F 43 (číselná diagnóza, akutní reakce na stres )

## **SEZNAM PŘÍLOH:**

Tabulka 1. Demografická a pracovní data

Tabulka 2. Výskyt patologického skóre příznaků PTSD, úzkosti a deprese

Tabulka 3. Výskyt vybraných traumatizujících faktorů

Tabulka 4. Vztah určitých traumatizujících faktorů a výskytu patologického skóre příznaků posttraumatické stresové poruchy, úzkosti a deprese

Dotazník č. 1 Demografická, sociální a pracovní data, pracovní uspokojení

Dotazník č.2 Příznaky posttraumatické stresové poruchy (PTSS-10)

Dotazník č.3 Příznaky úzkosti a deprese (HADS)

## PŘÍLOHY

**Tabulka 1. Demografická a pracovní data**

	Sestry JIP (n=151)	Standard (n=112)	P-value
Věk (v letech)	31,2 (+- 7,0)	35,8 (+-10,2)	0,0006
Pohlaví, % žen	91 (138/151)	95 (106/112)	0,314 NS
Rodinný stav, %			
Svobodná/ý	55,6 (81/151)	38,4 (43/112)	0,0064
Vdaná/ženatý	36,4 (55/151)	42,0 (47/112)	
Rozvedená/ý	7,3 (11/151)	15,2 (17/112)	
Jiný	0,7 (1/151)	4,5 (5/112)	
Délka praxe (roky)	7,1 (+-7,7)	9,3 (+- 8,0)	0,062 NS
Práce v plném úvazku, %	83 (124/150)	95 (106/112)	0,0038
Další pracovní úvazek, %	9,3 (14/150)	6,3 (7/112)	0,49 NS
Práce sestry jako hlavní zdroj domácího příjmu, %	75 (113/150)	70,5 (79/112)	0,40 NS
Péče o dítě ve společné domácnosti, %	37 (56/151)	50 (56/112)	0,044
Počet denních směn za měsíc	8,0 (+- 2,3)	9,9 (+-3,7)	< 0,0001
Počet nočních a víkendových směn za měsíc	6,8 (+-1,9) 3,9 (+-1,3)	6,5 (+- 2,3) 3,7 (+- 1,4)	0,27 NS 0,29 NS
Poměr sestra-pacient, %	1:1,4 (+-0,4)	1:15,3 (+-7)	< 0,0001

**Tabulka 2. Výskyt patologického skóre příznaků PTSD, úzkosti a deprese**

	Sestry JIP (n=151)	Standard (n=112)	P-value	OR
PTSS-10 ( rovno a vyšší 35 bodů), %	3,3 (5/151)	7,1 (8/112)	0,249 NS	
HADS-A (rovno a vyšší 8 bodů), %	27,8 (42/151)	43,8 (49/112)	0,009	2,02
HADS-D (rovno a vyšší 8 bodů), %	14,6 (22/151)	15,2 (17/112)	0,891 NS	
Alespoň 1 příznak přítomen, %	46,0 (69/151)	66 (74/112)		

**Tabulka 3. Výskyt vybraných traumatizujících faktorů**

Traumatizující faktor A-N, %	Sestry JIP (n=151)	Standard (n=112)	P-value
A. Musím být přítomna umírání nemocných	10,7 (16/149)	28 (25/112)	0,0027
B. Jsem žádána o názor v otázce nerozšiřování, Nezahajování nebo ukončení terapie	2,0 (3/151)	7,1 (8/112)	0,0058 NS
C. Mám pocit, že se podílím na marné a neúčelné terapii u nevléčitelných nemocných	29,8 (45/151)	21,4 (24/112)	0,156 NS
D. Podíl na péči o potenciálního „dárce orgánů“	14,6 (22/151)	2,7 (3/112)	0,0011
E. Musím pečovat o tělo zemřelého	7,3 (11/151)	18,8 (21/112)	0,007
F. Stres plynoucí z obav o výsledek terapie u konkrétního nemocného	4,0 (6/151)	2,7 (3/112)	0,739 NS
G. Péče o traumatizovaného pacienta	4,0 (6/151)	5,4 (6/112)	0,766 NS
H. Péče o pacienta s masivním krvácením	9,9 (15/151)	16,0 (18/112)	0,1870 NS
CH. Podíl na kardiopulmonální resuscitaci	15,2 (23/151)	32,1 (36/112)	0,0016
I. Péče o nemocného s otevřenou ranou	4,0 (6/151)	5,4 (6/112)	0,766 NS
J. Obava z přenosu infekce z pacienta na mě	15,9 (24/151)	15,2 (17/112)	1,0 NS
K. Slovní napadení příbuznými pacienta	9,9 (15/151)	15,2 (17/112)	0,252 NS
L. Slovní napadení jinou sestrou	11,3 (17/151)	8,9 (10/112)	0,682 NS
M. Slovní napadení lékařem	17,2 (26/151)	9,8 (11/112)	0,107 NS
N. Stres z přepětí při nedostatečném počtu sester na počet nemocných	37,8 (57/151)	28,6 (32/112)	0,147 NS

**Tabulka 4. Vztah určitých traumatizujících faktorů a výskytu patologického skóre příznaků posttraumatické stresové poruchy, úzkosti a deprese**

	PTSS-10 JIP	HADS-A JIP	HADS-D JIP	PTSS-10 STAND.	HADS A STAND.	HADS D STAND.
A.	40% (2/5) P= 0,09 NS	21,4% (9/42) P= 0,016 OR=4	27,3% (6/22) P= 0,016 OR= 4,4	25% (2/8) P= 1,0 NS	24,5% (12/49) P= 1,0 NS	23,5% (4/17) P= 1,0 NS
B.	0	2,4% (1/42) P= 1,0 NS	0	0	4% (2/49) P= 0,46 NS	11,8% (2/17) P= 0,349 NS
C.	40% (2/5) P= 0,635 NS	38 % (16/42) P= 0,172 NS	40,9% (9/22) P=0,22 NS	75% (6/8) P= 0,001 OR= 14,3	28,6% (14/49) P= 0,11 NS	23,5% (4/17) P= 0,758 NS
D.	0	19% (8/42) P= 0,44 NS	18,2% (4/22) P= 0,53 NS	0	2% (1/49) P= 1,0 NS	5,9% (1/17) P= 0,392 NS
E.	0	14,3% (6/42) P= 0,073 NS	22,7% (5/22) P=0,011 OR= 6	12,5% (1/8) P= 1,0 NS	16,3% (8/49) P= 0,63 NS	11,8% (2/17) P= 0,736 NS
F.	0	7 % (3/42) P= 0,35 NS	13,6% (3/22) P=0,04 OR= 6,6	0	4% (2/49) P= 0,58 NS	5,9% (1/17) P= 0,392 NS
G.	0	9,5 % (4/42) P= 0,051 NS	13,6% (3/22) P= 0,04 OR= 6,6	0	4% (2/49) P= 0,69 NS	11,8% (2/17) P= 0,225 NS
H.	60% (3/5) P = 0,007 OR=16,7	29 % (12/42) NS	22,7% (5/22) P= 0,04 OR= 3,5	12,5% (1/8) P= 1,0 NS	12,2 % (6/49) P= 0,43 NS	17,7% (3/17) P= 1,0 NS
C H.	40% (2/5) P= 0,167 NS	26%(11/42) P= 0,04 OR= 2,9	31,8% (7/22) P= 0,048 OR= 3,3	50% (4/8) P= 0,267 NS	30,6% (15/49) P= 0,84 NS	23,5% (4/17) P= 0,575 NS
I.	0	9,5%(4/42) P= 0,051 NS	9% (2/22) P= 0,211 NS	12,5% (1/8) P= 0,366 NS	4% (2/49) P= 0,69 NS	5,9% (1/17) P= 1,0 NS
J.	80% (4/5) P= 0,002 OR= 25	26 % (11/42) P= 0,046 OR= 2,62	18,2% (4/22) P= 0,755 NS	37,5% (3/8) P= 0,1 NS	16,3% (8/49) P= 0,796 NS	11,8% (2/17) P= 1,0 NS
K.	20 (1/5) P= 0,412 NS	9,5% (4/42) P= 1,0 NS	4,6% (1/22) P= 0,698 NS	37,5% (3/8) P= 0,1 NS	18,9% (9/49) P= 0,437 NS	11,8% (2/17) P= 1,0 NS
L.	40% (2/5) P= 0,098 NS	24 % (10/42) P=0,007 OR= 4,6	4,6% (1/22) P= 0,469 NS	37,5% (3/8) P= 0,023 OR= 8,3	10,2% (10/49) P= 0,746 NS	5,9% (1/17) P= 1,0 NS
M.	60% (3/54) P= 0,036 OR= 8	31%(13/42) P= 0,008 OR= 3,3	13,6% (3/22) P= 0,768 NS	50% (4/8) P= 0,003 OR= 13,9	14,3% (7/49) P= 0,207 NS	17,7% (3/17) P= 0,368 NS
N.	40% (2/5) P= 1,0 NS	57% (24/42) P= 0,003 OR= 3	54,6% (12/22) P= 0,098 OR= 2,2	75% (6/8) P= 0,007 OR= 9	40,9% (20/49) P= 0,02 OR= 2,9	35,3% (6/17) P= 0,563 NS



14. Považujete některý z níže uvedených problémů za traumatizující a jak

(zaškrtněte, přiřďte číslo na stupnici podle míry závažnosti 1-5, přičemž 5 je nejvyšší):

A. musím být přítomna/přítomen umírání nemocných

B. jsem žádána/n o názor v otázce nerozšiřování, nezahajování nebo ukončení terapie

C. pocit, že se podílím na marné a neúčelné terapii u nevléčitelných nemocných

D. podíl na péči o potenciálního „dárce orgánů“

E. musím pečovat o tělo zemřelého

F. stres plynoucí z obav o výsledek terapie u konkrétního nemocného

G. péče o traumatizovaného pacienta

H. péče o nemocného s masivním krvácením

CH. podíl na kardiopulmonální resuscitaci

I. péče o nemocné s otevřenou chirurgickou ránou

J. obava z přenosu infekce z pacienta na mě

K. slovní napadení příbuzným pacienta

L. slovní napadení jinou sestrou

M. slovní napadení lékařem

N. stres z přepětí při nedostatečném počtu sester na počet nemocných

## DOTAZNÍK č.2 (PTSS-10)

V odpovědi na níže položené otázky zakroužkujte stupeň pravděpodobného výskytu příznaku. Stupnice od 1(=příznak není nikdy přítomen)...2..3..4..5..6...do 7(=příznak je přítomen trvale).

V současné době

1. Mám poruchy spánku      1   2   3   4   5   6   7
  
2. Mám „noční můry“, resp. strašidelné, děsivé sny
  
3. Mám „deprese“, resp. cítím se nešťastná/ý, neuspokojená/ý, bez naděje, utiskovaná/ý
  
4. Snadno mě vystraší náhlé, nečekané zvuky nebo pohyby
  
5. Stráním se ostatních, potřebuji samotu
  
6. Snadno se rozruším, zneklidním, naštvu, rozzuřím
  
7. Často kolísají mé nálady
  
8. Objevují se stavy sebeobviňování, pocitů viny, sebe odsuzování
  
9. Mám strach z míst a situací připomínajících mi prostředí nemocničních oddělení
  
10. Mám svalové napětí (tenzi)





## DOTAZNÍK č.3 (HADS)

V odpovědi na otázky zakroužkujte číslo vpravo. Nepřemýšlejte dlouho.

### 1.A Cítím napětí a nervozitu

Většinu času	3
Často	2
Občas	1
Vůbec	0

### 2.D Stále se dovedu radovat ze stejných věcí jako dříve

Ano, jistě	0
Již ne tolik	1
Jen trochu	2
Skoro vůbec	3

### 3.A Mám stavy, kdy se obávám, že se přihodí něco nepříjemného( špatného)

Mám je. Jsou naléhavé a intenzivní	3
Mám je, ale nejsou tak intenzivní	2
Trochu.Občas.Nevadí mi	1
Vůbec je nemám	0

### 4.D Umím se zasmát a vidět na věcech to legrační

Tak jako dříve	0
Nyní již ne tolik	1
Nyní již určitě méně	2
Vůbec	3

### 5.A Mou myslí procházejí zneklidňující myšlenky

Většinu času	3
Často	2
Čas od času, ne příliš často	1
Jen zřídka	0

### 6.D Cítím se šťastně, jsem spokojený/á

Vůbec	3
Málokdy	2
Někdy	1
Většinu času	0

**7.A Dokážu se dát „do pohody“ a uvolnit se**

Ano, vždy	0
Obvykle ano	1
Málokdy	2
Vůbec to nedokážu	3

**8.D Cítím, že jsem v útlumu. Má aktivita je snížena.**

Téměř neustále	3
Velmi často	2
Občas	1
Vůbec ne	0

**DOTAZNÍK č.3 (HADS) pokračování****9.A Prožívám stavy strachu s chvěním žaludku**

Vůbec ne	0
Občasně	1
Docela často	2
Velmi často	3

**10.D Ztrácím zájem o svůj zevnějšek**

Ano. Určitě	3
Nestarám se o sebe tak, jak bych měl/měla	2
Asi o sebe tolik nepečuji	1
Neztrácím zájem o svůj zevnějšek	0

**11.A Cítím neklid, nutí to do pohybu**

Ano, velmi	3
Docela dost	2
Trochu	1
Vůbec	0

**12.D Těším se, že si věci užiji**

Tak jako dřív	0
Trochu méně než obvykle	1
Určitě méně než obvykle	2
Téměř vůbec	3

**13.A Mám stavy náhlé úzkosti**

Velmi často	3
Občas	2
Zřídka kdy	1
Vůbec ne nemám	0

**14.D Dokážu si užít dobrou knihu, rozhlasový nebo televizní pořad**

Často	0
Někdy	1
Málo kdy	2
Velmi zřídka	3

