

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra psychologie

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Zdroje stresu, zátěže a nespokojenosti v práci zdravotních sester

Sources of stress, workload, and dissatisfaction in the work of nurses

Renáta Hrdličková

Vedoucí práce: PhDr. Veronika Francová, Ph.D.

Studijní program: Psychologie

Studijní obor: Psychologie s rozšířením o speciální pedagogiku

Odevzdáním této bakalářské práce na téma Zdroje stresu, zátěže a nespokojenosti v práci zdravotních sester potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze 9.7. 2021

.....

Renáta Hrdličková

Děkuji vedoucí práce PhDr. Veronice Francové, Ph.D. za její cenné rady, připomínky, trpělivost a podporu při realizaci výzkumu a psaní bakalářské práce. Ráda bych poděkovala všem svým respondentkám a respondentům, kteří ač pracují ve zdravotnictví si přesto našli čas se mnou uskutečnit rozhovor.

ABSTRAKT

Pokud se ocitneme v roli pacienta, každý z nás bude jistě očekávat poskytnutí té nejlepší péče. Chronicky přetížená zdravotní sestra nemůže dostatečně saturovat potřeby svých pacientů a poskytovat prvotřídní ošetrovatelskou péči. Naším cílem je prozkoumat zdroje stresu, zátěže a nespokojenosti v práci zdravotních sester. Teoretická část seznamuje čtenáře se současnými vědeckými poznatky o pracovním stresu a vyhoření u zdravotníků. Druhá kapitola se mj. zabývá rozborem psychických, sociálních a fyzických předpokladů, které jsou nutné pro výkon profese zdravotní sestry. Empirická část je založena na kvalitativním výzkumu. Pomocí polostrukturovaných rozhovorů nahlížíme do unikátní profesní zkušenosti sedmi respondentů, kteří pracují v českém zdravotnictví na pozici zdravotní sestry. Centrem analytického postupu je tematická analýza. V našem šetření vyšlo najevo, že sestrám ubírá nejvíce energie nedostatek psychické podpory a ocenění ze strany managementu a spolupracovníků. Naši respondenti se setkávají na svých pracovištích s vyhořelými zdravotníky. Sami však možnost určitého stupně vlastního vyhoření během rozhovorů nedeklarovali. Zdravotní sestry jsou ve své profesi vystaveny enormnímu množství pracovních a profesních stresorů, které pak vedou k jejich pracovní nespokojenosti. Dochází k dlouhodobému přetěžování a chronickému stresu, který může u této profese vyústit až v syndrom vyhoření. A tak jednoznačně platí: zdravotní sestra je vysoce stresová profese.

KLÍČOVÁ SLOVA

Stres, syndrom vyhoření, pracovní zátěž, interpersonální vztahy, management.

ABSTRACT

If we happen to be a patient we expect nursing staff to provide us with the best care. But an overloaded nurse cannot meet all needs of all her patients sufficiently and provide the first – class nursing care. The aim is to look into the source of stress, strain and dissatisfaction in a work of nurses. Theoretical part acquaints the readers with the contemporary scientific findings in work stress and burnout syndrome of nursing staff. The second chapter deals besides other things, with analysis of mental, social and physical requirements which are necessary for the nursing profession. The empirical part is based on a qualitative research. With the help of semi-structured interviews we receive unique professional experience of seven respondents who work for the Czech Health Service on the nurse position. The centre of analytical procedure is a thematic analysis. In our research we find out that nurses lose their energy due to the lack of mental support and appreciation from the side of management and fellow workers. Our respondents meet health workers suffering from burnout syndrome at their workplace. However, they did not admit the possibility of a certain degree of their burnout syndrome in the course of the dialogs. Nurses are exposed to many work and professional stressors which can result in their professional dissatisfaction and burnout syndrome. It definitely holds true that a nurse is a highly stressful profession.

KEYWORDS

Stress, burnout syndrome, workload, interpersonal relationships, management.

Obsah

Úvod	7
TEORETICKÁ ČÁST	
1. Stres.....	8
1.1 Příčiny stresu	9
1.2 Pracovní stres	10
1.3 Syndrom vyhoření u zdravotníků.....	13
2. Profese zdravotní sestry.....	15
2.1 Psychické, sociální a fyzické předpoklady pro výkon profese.....	15
2.2 Základní role sestry v moderním ošetrovatelství.....	20
2.3 Druhy zátěže v práci zdravotní sestry.....	23
2.4 Pracovní spokojenost sester.....	26
2.5 Zdroje nespokojenosti u zdravotních sester.....	27
2.6 Výzkumná šetření v oblasti pracovní zátěže a syndromu vyhoření u zdravotních sester.....	30
EMPIRICKÁ ČÁST	
3 Předmět a cíle výzkumu.....	35
3.1 Oblast zkoumání.....	35
3.2 Cíle a výzkumné otázky.....	35
4 Výzkumný vzorek výzkumné metody.....	36
4.1 Sběr dat a výzkumný vzorek.....	36
4.2 Etické aspekty výzkumu.....	37
4.3 Výzkumný postup a použité metody.....	38
5 Výsledky výzkumu a prezentace dat	41
5.1 Interpersonální vztahy.....	43
5.2 Samotné pracoviště.....	48
5.3 Sociální klima společnosti.....	53
5.4 Fyzická zátěž.....	55
5.5 Psychická zátěž	58
Diskuse.....	61
Závěr.....	70
Seznam použité literatury.....	71
Přílohy	79

Úvod

Již desítky let se české zdravotnictví potýká s dlouhodobým nedostatkem zdravotníků, zvláště pak s nízkým počtem zdravotních sester. Toto konstatování jsme již mnohokrát četli nebo slyšeli v našich médiích; v době současné krize může působit zvláště ohrožujícím dojmem. Proto se domníváme, že může být užitečné seznámit čtenáře s výsledky kvalitativní studie založené na rozhovorech, která si kladla za úkol, zjistit zdroje profesního stresu a jejich vliv na pracovní nespokojenost zdravotních sester.

S neustálým pokrokem medicíny vzrůstají nároky nejen na lékaře, ale také na další zdravotnické pracovníky, a to hlavně na zdravotní sestry. Jak víme, naše zdravotnictví je na vysoké úrovni. Pacientovi můžeme poskytnout nadstandardní operaci nebo mu provést náročná vyšetření všech jeho orgánů tou nemodernější technikou. Musí zde být ale ještě schopný a zodpovědný odborník, který se o něj postará v pooperačním období či ho vzorně připraví na plánované vyšetření. Profese sestry nás provází od našeho narození, ale i v posledních hodinách našeho života. Sestra je v očích nemocného člověk, který je s ním v době nejtěžší, hlavně v době nemoci. Měla by mít pochopení pro jeho potřeby, problémy a emocionální stav. Tráví s ním i poměrně mnoho času na rozdíl od jiných zdravotníků. V každodenní praxi to pak znamená, že musí přijímat stále náročnější profesní úkoly. Povolání sestry je z hlediska celoživotní odborné přípravy a profesionálního výkonu velmi náročnou profesí. (Zacharová a kol., 2007; Staňková, 2003).

V teoretické části bakalářské práce představíme současné vědecké poznatky o stresu, druzích stresu, krátce se zmíníme o problematice vyhoření zdravotníků, seznámíme mj. čtenáře se základními rolemi zdravotní sestry, dále pak jaké psychické, sociální a fyzické předpoklady jsou nutné pro výkon této profese. V empirické části se zaměříme na konkrétní analýzu pracovní zátěže a nespokojenosti zdravotních sester pracujících v českém zdravotnictví v nemocnicích a v ambulantní složce. Budeme tedy hledat zdroje pracovní zátěže a chronického stresu v reálné praxi. Pokusíme se zodpovědět následující otázky: Jaká je osobní zkušenost zdravotních sester s pracovním stresem? Jaké jsou zdroje jejich pracovní nespokojenosti? Cítí se respondenti psychicky či fyzicky vyčerpaní ze své profese? Mají sestry pocit, že jsou jejich kolegyně a kolegové již vyhořeli? Pociťují ony samy na sobě příznaky dlouhodobého přetížení, nespokojenost či dokonce syndrom vyhoření? Kdyby měly respondenti znovu na výběr, rozhodli by se opět pro tuto náročnou profesi?

TEORETICKÁ ČÁST

*K narození patří smrt.
K nádechu patří výdech.
K dávání patří přijímání.
K výkonu patří odpočinek.
K bezpečí patří osamělost.
K napětí patří uvolnění.*

Čínská moudrost.

1 Stres

Samotný pojem „stres“ pochází pravděpodobně z latinského slova „*stringo*, - *ere*“ (poškodit, škrábnut či otrhat) a ve středověku, asi od přelomu 14. a 15. století, se objevuje v angličtině slovo „stress“. Toto slovo bylo převzato do češtiny a objevuje se v prvních a dosud nejvýznamnějších českých pracích o stresu v monografii akademika J. Charváta z roku 1969 „*Život, adaptace, stress*“, nese v názvu tuto podobu slova stres. Původně sloužil pojem stress ve středověké angličtině k vyjadřování strasti, útrap či těžkostí (hardship), obtížných situací či tísně, protivenství, neštěstí či nepřízně osudu. (Kebza a kol., 2012, s. 14). V současné době stres chápeme jako psychický a somatický stav, který znamená déletrvající a/nebo silnější odchylku od obvyklé úrovně excitace (Bartošíková, 2006). Slovo stres překládáme jako zátěž, nápor, tlak a může mít mnoho podob. Za zakladatele učení o stresu je považován kanadský lékař Hans Selye, který napsal několik prací o stresu z nichž nejznámější je kniha *Poznámky o adaptačním syndromu*. Selye popsal a zavedl také tři základní fáze stresu: stádium rychlé poplachové reakce, stádium rezistence a stádium vyčerpání (Kebza a kol., 2012). Ve svých pozdějších výzkumech Selye předpokládal, že psychosociální stres má stejné důsledky pro organismus jako stres fyzický. Již v roce 1942 se stal stres oficiálně užívaným pojmem v oblasti psychologie (Večeřová-Procházková & Honzák, 2008). Pro definování stresu vzniklo nespočet definicí, například: Stres je nespecifická obranná reakce (odpověď) organismu na jakýkoliv požadavek (zátěž), kterým byl organismus zatížen. Můžeme se setkat i s touto definicí: Stres je setrvalá a dlouhodobá tělesná nebo duševní zátěž vznikající v důsledku přehnaných vysokých nároků či škodlivých podnětů (Kraska – Lüdecke, 2007).

V literatuře se setkáme s pojmem eustres (stres příjemný). K němu může dojít také k přetížení člověka, ale v kladném smyslu. Bakalářská práce se bude zabývat stresem, který je nepříjemný

(distresem) a vede k přetížení člověka a v dané situaci již převyšuje jeho možnosti. Stres může být dle Venglářové (2011, s. 49) chápán jako silná frustrace. V tomto stavu jedinec nemůže dosáhnout vytyčeného cíle z důvodu překážek, které se mu staví do cesty. Jedná se tedy o chronické neuspokojování potřeb, které může mít i zdravotní následky.

1.1 Příčiny stresu

Zátěž organismu je vyvolána působením zátěžového faktoru – stresoru. Stresorů může být více a jejich účinek se může kombinovat. Můžeme je definovat jako negativní životní faktory. Stresorem je dle Venglářové (2011, s. 50–51) navozen pocit ohrožení, strach, že se něco stane a pocit, že ztrácíme nad sebou kontrolu. Na člověka působí buď jeden stresor nebo více stresorů. Mohou být malé – ministresory (drobné nesnáze například pozdní příchod z důvodu nefungující MHD). Jejich vliv se sčítá, nemá-li člověk dostatečnou podporu, účinek mikrostresorů se kumuluje, ministresory mohou být i zdrojem deprese. Makrostresory jsou děsivě působící, ničící vlivy, které přesahují hranici, kterou člověk není schopen zvládnout.

Mezi nejčastější stresové faktory (stresory) s kterými se člověk může setkat v osobním a profesním životě patří:

- Fyzikální faktory – prudké světlo, nadměrný hluk, RTG záření
- Fyziologické faktory – nedostatek pohybu, nevhodné stravování, nedostatek spánku
- Psychické faktory – absence pozitivního myšlení, vysoká zodpovědnost, nesplněná očekávání
- Sociální faktory – osobní vztahy (konflikty, nevěra), profesní perspektiva (nevyužitá kvalifikace)
- Traumatické faktory – události (úmrtí, rozvod, chronické onemocnění, ztráta životní role) (Venglářová, 2011).

Venglářová (2011) se dále zamýšlí nad stresovými událostmi, které nás přivádí do stresu. Jedná se v podstatě o tyto možnosti:

- naše nadměrná touha po společenském uznání
- přebírání a řešení problémů druhých
- negativní myšlenky, že vše špatně dopadne
- události, které nemáme pod kontrolou
- negativní události přisuzujeme vlastnímu selhání
- událost, která ohrožuje naše sebevědomí

- situace, které vyvolají nepohodlí a my je špatně snášíme (Venglářová, 2011).

1.2 Pracovní stres

Je zvláštní vyčleněná skupina, která představuje zátěž a stres, který na člověka působí během výkonu povolání. Týká se pracovních podmínek, které ovlivňují fyzický a psychický stav pracujících. Fyzická zátěž v zaměstnání především působí na pohybový aparát a na výdej energie. Psychická zátěž v pracovním procesu se týká získávání, zpracovávání a nakládání s informacemi (Hladký & Židková, 1999).

Nepřiměřená pracovní zátěž je zátěž, která svými požadavky může působit zdravotní obtíže. V tomto případě již nehovoříme o zátěži, ale o pracovním stresu. Pracovní stres může být dvojího charakteru. Buď ve smyslu podtížení, monotonie anebo ve smyslu přetížení. Přetížení dále rozdělujeme na kvalitativní, které se týká vysoké pracovní náročnosti ve smyslu obtížnosti v zadaných úkolech a na kvantitativní, kde dochází k nahromadění množství úkolů či informací (Hladký & Židková, 1999).

Dle Mikuláščíka (2007) je největším faktorem vyvolávajícím pracovní stres tzv. faktor změny tj. změna obsahu práce, změna rychlosti výkonu, změna osvětlení, změna v intenzitě hluku, změna vztahů mezi zaměstnanci, změna motivace, změna vlastních schopností. Podle tohoto autora mohou jako stresující podněty působit i představy a zkušenosti, které evokují negativní reakce. Patří sem i ambice, snaha dosáhnout určitého postavení, které nejsou naplněné. Patří sem i pocity nespravedlnosti ze strany nadřízeného, diskriminace, nedostatek autonomie a nedostatečná komunikace.

Na pracovišti z výše uvedeného, působí mnoho stresorů, které dosahují a často překračují míru únosnosti a vyvolávají dlouhodobý stres. V pracovním prostředí jde často o události a situace, kterým by bylo možné předejít. Níže uvádíme zdroje zbytečného stresu:

- pracovní nejistota (nedostatečná informovanost, nejasné pracovní požadavky a pravomoci, nedostatečná komunikace se zaměstnanci, nedostatečné hodnocení)
- konflikty (jsou nevhodně řešené nebo příliš časté, dochází k nim vlivem nevhodné personální politiky a nejasně upravených organizačních pravidel)
- způsob hodnocení a odměňování (neobjektivní a nejasné hodnocení, které vytváří rivalitu mezi zaměstnanci, narušuje tak osobní vztahy)
- nevhodný styl řízení (např. zákulisní jednání, přílišné kontroly plynoucí z nedůvěry ve schopnosti podřízených)

- nevhodné osobnostní rysy (osoby, které samy snadno podléhají stresu, mají sklon k perfekcionismu a nadměrné soutěživosti) (Urban, 2008, in Dučalová & Litvínová, 2013).

Pracovní stres klasifikujeme do pěti kategorií:

- problémy související s rolemi, které jedinec zastává (konflikty rolí)
- nároky související s obsahem práce (pracovní zatížení a odpovědnost)
- organizace práce (potíže s komunikací, nejasné vymezení kompetencí a odpovědností)
- profesní perspektivista (nejasný kariérní řád, nevyužití kvalifikace)
- fyzikální prostředí (hluk, prach, teplota, bezpečnost práce) (Bartošíková, 2006, s. 9-10).

Podle Kebzy a Šolcové (1998) se ukázalo, že: *„vysoce stresogenní je práce charakterizovaná vysokými nároky na kvalitu, odpovědnost a nasazení pracovníka při současně nízké autonomii pracovní činnosti. Autonomie pracovní činnosti představuje možnost pracovníka rozhodovat o tempu práce, její povaze a podmínkách“* (Kebza & Šolcová, 1998, in Bartošíková, 2006, s. 10).

Negativní vliv všech těchto faktorů významně ovlivňuje efektivitu pracovníka a kvalitu odvedené práce. Aby mohlo dojít k ovlivnění působících negativních faktorů, je důležité provádět hodnocení pracoviště. Kožená, Matoušek (2001) uvádějí, že je žádoucí na pracovišti analyzovat: *„charakter a podmínky vlastní pracovní činnosti, způsob organizace práce a sociálně-psychologické aspekty pracovní činnosti.“* (Kožená & Matoušek, 2001, s. 131).

Ještě je zde nutné se zmínit o tzv. celkové pracovní zátěži (total work load – TWL). Jedná se o ukazatel úrovně psychosociálního stresu. Tento ukazatel vznikl v souvislosti s výzkumy Roberta Kahna, který zavedl pojem produktivní činnost. Tím upozornil na fakt, že je často podhodnocená neplacená práce žen ve prospěch placené práce. Celkovou pracovní zátěž můžeme tedy chápat jako součet zátěže představované placenou a neplacenou prací. Neplacená práce jsou povinnosti související s domovem a rodinou. Spadá tam i péče o děti, péče o stárnoucí rodiče, povinnosti související s chodem domácnosti nebo se zahradou. Ze studie Frankenhaeuserové (1993) vyplynulo, že celková pracovní zátěž mužů představuje 68 hodin za týden, zatímco pracovní zátěž žen je již 78 hodin. Rozdíly mezi muži a ženami narůstají s počtem dětí. Z těchto údajů vyplývá, že muži mají pro sebe denně o 2-2,5 hodin více času (Frankenhaeuser, 1993, in Kebza a kol., 2012).

Někteří autoři rozlišují stres pracovní, který vychází z pracovních podmínek a stres vyplývající ze specifík dané profese, tedy stres profesní. O stresu profesním bude hovořeno v kapitole 2.3 Druhy zátěže v profesi zdravotní sestry. K zamyšlení předkládáme modifikovanou tabulku

z knihy V Kebzy (2012, s. 75), která se snaží shrnout příčiny zatížení lékařů, níže uvedené je však možné aplikovat na příčiny stresu u jakéhokoliv nelékařské profese, tedy i u zdravotní sestry.

Zátěž vycházející z podstaty profese (profesní stres)

- vysoké statické zatížení (např. operační sál)
- narušení spánkového rytmu (noční služby)
- nepravidelná strava
- kontakt s léky, chemikáliemi (s dezinfekcí, s cytostatiky)
- vysoké riziko infekce
- vysoké pracovní tempo
- vysoká zodpovědnost
- nutnost se neustále rychle rozhodovat a reagovat bez dostatečných informací
- kontakt s utrpením, bolestí, smrtí
- nutnost komunikace s pacientem a rodinou

Zátěž vycházející z pracovních podmínek (pracovní stres)

- vysoké nároky na pracovní tempo
- špatné finanční ohodnocení
- časté nebo neefektivní organizační změny
- nárůst administrativy
- nízká podpora profesního růstu
- nejasnost a nesrozumitelnost probíhajících změn
- profesní nejistota
- zevní rušivé vlivy (např. telefonáty, multitasking)
- nároky týmové práce
- nevhodné vedení
- interpersonální problémy (Kebza, 2012)
- práce přesčas

Osobní zátěž

- nedostatek odpočinku
- nedostatek času na rodinu
- nedostatek volného času na záliby

- omezené sociální kontakty
- domnělá nebo skutečná profesionální selhání, která si zdravotníci prožívají intenzivněji než jiné profese (Kebza, 2012).

Výše uvedená fakta nás vedou ke konstatování, že práce ve zdravotnictví je spojena s vysokou mírou stresu a pracovní zátěže. Pracovní stres se může projevit těmito příznaky:

- negativní postoj k práci
- pokles výkonnosti pracovníka
- nechut' docházet do zaměstnání
- tendence prodlužovat přestávky
- pozdní příchody na pracoviště
- celkový sociální útlum
- nárůst konfliktů mezi kolegy
- obtíže s rozhodováním, nejistota v řízení práce, domácnosti
- zvýšená péče o každou maličkost, lhostejnost k práci a k povinnostem
- týmový hráč se stává samotářem
- sociální izolace (Mlýnková, 2010).

Pomáhající profese vstupují do profese s nadšením a s velkými ideály a teprve postupně zjišťují, s jak velkým výkonovým a emočním nasazením musí počítat. Poměr mezi investicí do práce a ziskem z ní se snadno stane nerovným. Pomáhající více vydává než dostává, emoční nebo osobní zisk z práce nemusí být tak velký. Ve spojení velkých nároků s nízkým oceněním pak snadno dochází k jevu, pro který se u nás vžil pojem syndrom vyhoření (Simonová, 2010).

1.3 Syndrom vyhoření u zdravotníků

„Sáhla jsem si na své dno, jsem vyčerpaná, tělo mě zradilo, jsem slaboch, nezvládla jsem situaci.“

Vyjádření vyhořelé zdravotní sestry (In Venglářová a kol., 2011, s. 25).

„Pojem syndrom vyhoření (z angl. burn – out, později burnout syndrome) je založen na metafoře: původně vysoce plápolající plameny, symbolizující aktivitu, zájem a motivaci, postupně stravují své zdroje a vyhasínají.“ (Kebza a kol., 2012, s. 55)

Syndrom vyhoření byl uveden do literatury H. Freudenbergerem v jeho stati, publikované v časopise „Journal of Social Issues“ v roce 1974, a to v podstatě v rozměrech současného pojetí. Hlavní vlna zájmu o tuto problematiku se začala zvedat vzápětí, tj. na přelomu 70. a 80. let, ve vztahu k převážné většině profesí, u nichž lze výskyt syndromu vyhoření předpokládat (Kebza & Šolcová, 1998).

Samotný Freudenberger popisuje syndrom následovně: *„U někoho jsou to pocity únavy a exhausce, neschopnost setrát pociť chladu, pociť fyzické vyčerpání, u druhého řada tělesných obtíží počínajících opakovanými bolestmi hlavy, dechovou tísní, přes gastrointestinální obtíže doprovázené poklesem váhy, až na nespavost a depresi. Ve stručnosti lze říci, že tento syndrom zasahuje na nejrůznějších místech celou psychosomatickou oblast.“* (Freudenberger, 1974).

Syndrom vyhoření tedy můžeme definovat jako psychosomatické onemocnění, při kterém dochází k fyzickému, psychickému (mentálnímu) a emocionálnímu (citovému) vyčerpání organismu. Pokud jde o patofyziologické mechanismy, je zcela jednoznačné, že je projevem dlouhotrvajícího a nadměrného stresu (Křivohlavý, 2009).

Uznanou definici a diagnostickou metodu (dotazník Maslach Burnout Inventory) přinesly Maslachová a Jacksonová (1981). V rámci této tradice byly v syndromu vyhoření identifikovány následující tři úrovně: fyzické a emoční vyčerpání, snížená pracovní výkonnost, zvýšený cynismus a odcizení (Smetáčková a kol., 2020).

Jiní autoři příznaky syndromu vyhoření rozdělují do tří oblastí:

1. Fyzické (tělesné) vyčerpání

projevuje se chronickou únavou, nedostatkem energie, pocitem tělesné slabosti, změnami tělesné hmotnosti. Ráno se budíme nevyspalí, neodpočatí. Fyzická únava po odpočinku přejde, v případě vyhoření je spojena s pocitem viny a selhávání (Venglářová, 2011; Gažiová, 2004; Nótová, 2004; Heftyová, 2002).

2. Kognitivní (psychické) vyčerpání

se odráží v negativních postojích k sobě i k jiným. Dochází k iritabilitě, cynismu, negativismu. Člověk se stává pesimistický, nechce již žádné změny, přestává si věřit. Objevují se poruchy soustředění, zapomnětlivost, nižší motivace, pocity bezmocnosti, sebelítosti. Dojde k celkovému útlumu aktivity.

3. Emoční vyčerpání

člověk ztrácí kapacitu pro lidi. Přestává být empatický, objevuje se snížený zájem o pacienty a o svou profesi. Pokud se nemůže vyhnout emoční distanci, začíná být podrážděný, nepřátelský a necitlivý (Bartošíková, 2006; Venglářová, 2011; Gažiová, 2004; Nótová, 2004; Heftyová, 2002).

Další tradice navazuje na psychology Shiroma a Malameda (2006), kteří rozvíjeli Hobfollovu teorii zachování zdrojů (Hobfoll, 2002). Podle ní vzniká vyhoření tehdy, když vydáváme velké množství energie, ale přijímáme ji příliš málo. Vyhoření tedy nastane jako důsledek silného a dlouhodobého stresu. Pokud se tedy pracovník dostává do stresu, který mu ubírá síly, musí je opět někde načerpat. Může to být v práci, která nám vedle stresu může přinášet radost a uspokojení, tuto energii může načerpat i v soukromém životě. Pokud již žádné zásoby energie nemáme, jedeme na dluh a nakonec se dostaví syndrom vyhoření (Smetáčková a kol., 2020).

Vyhoření není popisováno nikoliv jako stav, ale jako neustále se vyvíjející proces, který může trvat několik měsíců až let. Na počátku bývá emoční vyhoření, dále může docházet k psychickému vyčerpání a ztrátě inspirace. Nakonec může dojít k fyzickému vyčerpání, které může přejít do psychosomatického onemocnění. Jde o následek dlouho potlačovaného stresu. V literatuře lze nalézt různá členění fází vyhoření. Lze hovořit i o tzv. stagnaci, kdy pracovník již slevuje ze svých ideálů. Je však schopný zachovat si profesionální chování. Pacientovi se dostává odpovídající péče. Tímto stavem trpí zdravotník. Poté nastává frustrace, zdravotník se zajímá o efektivitu a smysl své práce. Nic jiného ho nezajímá, cítí se osamělý se svými problémy, prožívá velkou deziluzi a zklamání. Třetí fáze je v odborné literatuře popisována jako apatie, zdravotník vnímá své povolání jen jako zdroj obživy, dělá jen nejnutnější práce, vyhýbá se komunikaci s nemocnými a dalšímu vzdělání, může se vyskytnout i tzv. HH – syndrom (z angl. helplessness: bezmoc a hopelessness: beznaděj). Syndrom vyhoření, pokud není včas zpozorován, může přerůst v profesionální deformaci, ta se již vyznačuje citovou otrlostí zdravotníka vůči nemocnému (Kráska-Lüdecke, 2007; Mellanová, 2017).

2 Profese zdravotní sestry

2.1 Psychické, sociální a fyzické předpoklady pro výkon profese

Ještě dříve, než se pokusíme charakterizovat typické psychické a sociální předpoklady, které jsou nutné pro výkon sesterského povolání, je potřeba definovat ošetrovatelskou profesi. Dle Mezinárodní rady sester (ICN):

„Sestra je osoba s ukončeným základním všeobecným ošetrovatelským vzděláním, která smí na základě souhlasu regulačního orgánu ve své zemi pracovat jako sestra. Základní ošetrovatelské vzdělání je formálně uznaný studijní program, který studentovi poskytne široký a důkladný základ ve znalostech ošetrovatelství, který student potřebuje pro všeobecnou ošetrovatelskou praxi, pro řídicí úlohu a pro navazující specializační studium potřebné k výkonu odbornější ošetrovatelské praxe.“ (In Alexander& Runciman, 2003).

Sestra je připravena a oprávněna:

- (1) zapojovat se do všeobecné ošetrovatelské praxe, včetně podpory zdraví, prevence nemocí a péče o fyzicky a duševně choré a postižené osoby různého stáří ve všech zdravotnických a komunitních zařízeních;
- (2) vyučovat témata spadající do zdravotnické péče;
- (3) plně se zapojovat do zdravotnického týmu;
- (4) dohlížet nad pomocnými pracovníky v ošetrovatelství a zdravotnické péči a školit je;
- (5) zapojovat se do výzkumu“ (Alexander& Runciman, 2003).

Podle Mellanové (2017) můžeme považovat za dobře zadaptovanou tehdy, je-li nositelkou tří hlavních znaků profese. Jedná se o kolektivní orientaci, univerzalismus a emocionální neutralitu.

Kolektivní orientace je považována za centrální hodnotu profese. Vychází z předpokladu, že zdravotník je připraven a schopen vždy preferovat potřeby nemocného před svými vlastními. Pomáhající pracovníci by tedy měli být ve svém psychosociálním vývoji na takovém stupni, aby pro ně byla samozřejmá orientace na potřeby druhého člověka (Mellanová, 2017). Zdravotní sestra musí být sociálně vyzrálá osobnost, která je schopna nacházet profesní a životní smysl v ošetrování nemocných, jedná se tedy o určité sebeobětování ve prospěch druhého člověka. Měla by být schopna ztotožnit se s touto rolí, pokud bychom šli do historie jedná se o podobnost s církevními řeholnicemi. Jak dále konstatuje Mellanová (2017), sestra by neměla prožívat pocity nespokojenosti, nespravedlnosti či křivdy.

Další vlastností psychicky vyzrálé zdravotní sestry by měl být **univerzalismus**. Zde se předpokládá, že sestra bude schopna plnit svou roli vůči pacientům a jejich příbuzným bez ohledu na vlastní osobní postoj. Jinými slovy zdravotní sestra či jiný zdravotník se má chovat ke každému pacientovi stejně bez projevení jakékoliv antipatie, předsudku a odsouzení.

Dalším důležitým požadavkem je **emoční neutralita**. Jedná se o schopnost podřídit své emoce racionální kontrole. Činnost ve zdravotnictví je mnohdy doprovázena intenzivní citovou

odezvou a tenzí. Jak dále uvádí Mellanová (2017, s. 83) zdravotníci každodenně prožívají vysokou zodpovědnost za stav a život druhého člověka. Emoční neutralita umožňuje výkon profese bez vnitřních konfliktů. Sestra tedy musí své emoce vždy podřídit rozumové kontrole. Ke splnění tohoto požadavku je nutné, aby setra byla emocionálně stabilní osobností s výraznými autoregulačními předpoklady.

Z výše řečeného vyplývá jeden důležitý poznatek, že pouze citově a osobně zralý člověk má předpoklady kvalitně vykonávat profesi zdravotní sestry. Znak citově zralé osobnosti jsou dle Skaličanové (1999)

- citová nezávislost
- samostatnost a zodpovědnost
- schopnost se pružně přizpůsobit realitě
- zodpovědný vztah k partnerovi
- schopnost navázat kontakt s osobami o hodně mladšími či staršími
- umění hospodařit s časem
- umět dát víc než dostávat.

Damboráková (2000) mluví o vlastnostech tzv. **kooperujících sестry**, které rozděluje na :

- vlastnosti, které jsou důležité v *mezilidských vztazích* (např. trpělivost, obětavost, zájem o člověka, ohleduplnost, ochota, přístupnost k dialogu, schopnost dělat kompromisy)
- vlastnosti, které charakterizují *společenské chování* člověka (např. slušnost, takt, diskrétnost).

Dluholucká (2001) se zamýšlela nad současnými požadavky na budoucí adeptky a adepty ošetrovatelství. Jako důležité aspekty označila především:

- rychlou adaptaci na náročné a komplikované pracovní podmínky
- rychlé zvládnutí přibývajících diagnostických a terapeutických postupů
- zvládnutí práce s příbuznými pacientů
- požadavek celoživotního studia
- zachovávání etických principů

- důraz na charakterové a intelektové vlastnosti (hlavně talent pro pozorování a správné hodnocení pacienta).

Dle Dluhocké (2001) má mít současná sestra vysokou frustrační toleranci, pracovat bez maladaptivních reakcí a chyb, mít dostatečnou (emoční) inteligenci a sociální kompetenci. Potvrdilo se také, že dobré výsledky ve škole pro úspěšný výkon profese zdravotní sestry nestačí.

Černay (2001) srovnává sesterské povolání s určitým typem „řeholního života“, protože ke své profesi sestra potřebuje vysokou dávku altruismu a empatie. Pacient je totiž nejen bolavý na těle, ale i na duši. Kořenek (2002) hovoří o tzv. sesterských stavovských ctnostech jako o ideálu sesterské péče. Mezi ně mimo jiné patří: láska k nemocnému, odpovědnost, obětavost, vlídnost, taktnost, poctivost, spolehlivost, ochota, optimismus, sebeovládání, kolegiálnost (Kořenek, 2002, s.13).

Práce klade dle Mellanové (1989) zvláštní nároky na vnímání, ale neklade mimořádné nároky na čivost (zrak, sluch, hmat, čich).¹

Činnost zdravotní sestry bývá často spojena se vstupem do intimní zóny nemocného. Sestra zavádí různé katétry do těla, cévkuje nemocného, podává klysmata. Svými výkony způsobuje pacientovi bolest (například odběry krve). Její činnost je často spojena s neestickými zážitky, asistuje ležícímu nemocnému při vyprazdňování stolice, omývá znečištěného nemocného, ošetřuje otevřené rány, pracuje se znečištěným prádlem a s exkrementy nemocného.

Z výše uvedeného vyplývá, že pro úspěšnou činnost sestry jsou nutné osobnostní předpoklady

- a) senzomotorické
- b) intelektové
- c) autoregulační
- d) sociální
- e) estetické (Mellanová, 1989).

¹ Přesto jsou smysly pro sestru nesmírně důležité. Musí být schopna správně přečíst ručně psané ordinace, nesmí přeslechnout dávkování léků, které je v nočních hodinách často ordinováno lékařem po telefonu. Není možné se nezmínit o důležitosti sluchu u tiše mluvícího pacienta nebo u pacienta jehož řeč je setřelá a je mu celkově špatně rozumět.

Můžeme konstatovat, že sociální předpoklady jsou požadovány v nadprůměrné výši. Sestra je na rozdíl od jiných členů zdravotnického týmu v neustálé interakci s pacienty. Mezi základní dovednosti mj. patří umět navázat dobře kontakt s různými typy osobností, mít pozitivní vztah k druhým lidem, schopnost kooperace s ostatními členy týmu. Za druhý nejdůležitější předpoklad považujeme autoregulační schopnosti. Jak již zde bylo řečeno, je požadována zvýšená odolnost ke stresu a frustraci, schopnost plnit důsledně a zodpovědně všechny úkony a to i ve ztížených a stresových situacích. Do autoregulačních schopností patří i sebezapření při výkonech neestetických a odpuzujících (Mellanová, 1989).

Estetickými předpoklady je zde míněna úprava zevnějšku samotné sestry, ale stejně tak úprava okolí nemocného.

V literatuře a ve výzkumech se diskutuje také otázka intelektové úrovně budoucích sester. Touto problematikou se u nás zabývala například Mellanová (1989, 2017). Ta došla k závěru, že dívky, které jsou studijně a intelektově nadprůměrné se nejlépe uplatní na vysoce specializovaných pracovištích nebo ve funkčních místech. Je nutné konstatovat, že se nároky na celoživotní vzdělávání sester budou s dalším pokrokem medicíny nadále zvyšovat. Sestry si již na některých pracovištích nevystačí s pouhým odborným středoškolským vzděláním.

Již v akademickém roce 1992/93 byl v Praze otevřen první ročník bakalářského studia ošetrovatelství (Mellanová, 1993), který byl iniciován pracovníky Ústavu teorie a praxe ošetrovatelství na 1. LF UK. Nabídky bakalářského studia ošetrovatelství najdou sestry nejen na Karlově univerzitě. V současné době si sestra bakalářka může doplnit magisterské vzdělání nebo obhájit rigorózní či disertační práci z ošetrovatelství. Vzdělávací ambice některých sester jsou vysoké. Sestra s vysokoškolským vzděláním může ve své praxi narážet na odpor ze strany lékařů, kteří se někdy dost neradi vyrovnávají s faktem, že zdravotní sestra může mít vysokoškolské vzdělání a tím pádem se neostýchá projevit své názory na ošetřování a zdravotní stav pacienta. Tato vysokoškolsky vzdělaná odbornice nemusí být vždy ani dobře přijímána od svých starších kolegyň, které ač služebně zkušenější, mají pouze středoškolské vzdělání.

Profese sestry klade řadu nároků na schopnosti a dovednosti, které se s inteligencí nutně nemusejí pojít, profesionalita, jak jsme viděli, se skládá z celého komplexu schopností a dovedností, a dostatečná intelektová úroveň je jen jedním z dílků skládačky.

2.2 Základní role sestry v moderním ošetřovatelství

Analýza jednotlivých rolí zdravotní sestry vyžaduje nejprve definovat termín „role“ ze sociologického hlediska. Z dostupných definic vybíráme následující:

- souhrn způsobů chování, které se očekává od jedince v určité pozici uvnitř skupiny
- očekávané chování spojené se sociální pozicí (Babincová, 1996),
- očekávané chování jedince, které souvisí s jeho určitým postavením ve společnosti (Farkašová, 2001).

Proč je užitečné zmínit se o současných rolích sestry? Často se totiž stává, že může dojít k tzv. „střetům“ s rolemi jiných zdravotnických pracovníků. Nároky spojené s plněním všech rolí, jsou různorodé, a to samo o sobě může být jedním ze zdrojů zátěže a zapříčinit pracovní nespokojenost až výrazný chronický stres u sester.

Pacovský (1994) rozděluje aktivity sestry kolem nemocného do tří základních okruhů:

- a) léčebně – preventivní či diagnosticko – terapeutický, kde je typickým představitelem lékař
- b) ošetřovatelský, zde by měla dominovat sestra
- c) ekonomicko – provozní zde by měl být hlavním představitelem administrátor.

Pro zdravotní sestru je zvláště typické, že její činnosti spadají do všech tří okruhů a dochází tak dle Pacovského (1994) k vytlačování sestry z ošetřovatelské sféry.

V současné době tedy sestra plní nejčastěji tyto role (Kozierová, et al., 1995):

- a) Sestra – ošetřovatelka a pečovatelka

Role ošetřovatelky a pečovatelky byla již tradičně zahrnutá mezi činnosti sester, které chrání důstojnost člověka. Role ošetřovatelky se dá těžko definovat. Je to role lidských vztahů. Během této role sestra samostatně pečuje o nemocného. Sestra je v této činnosti odborníkem, který plní svoje aktivity nezávisle na jiných členech zdravotnického týmu, například na lékařích. Sestra provádí identifikaci potřeb nemocného (ošetřovatelská diagnostika) a v rámci svých kompetencí tyto potřeby uspokojuje (ošetřovatelská intervence) (Pacovský, 1994).

Je tedy možné konstatovat, že hlavním úkolem ošetřovatelské role je uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb pacienta. Zdravotní sestra uspokojuje potřeby, které je zdravý člověk schopen saturovat sám (sem například patří hygiena, vyprazdňování, hydratace). Pro tento okruh činností platí, že sestra pečuje o pacienta jako matka o dítě. Pokud jde o vážný stav, může se stát, že je nemocný zcela na sestře závislý.

b) Sestra – asistentka lékaře v diagnosticko – terapeutické činnosti

Sestra – asistentka se podílí na diagnosticko – terapeutické péči, připravuje nemocného na vyšetření, asistuje při něm, zajišťuje různé terapeutické činnosti ordinované lékařem. Do těchto činností patří všechny úkony týkající se sledování a léčení nemocného (Staňková, 2002). Pod tímto pojmem si představujeme již odborné, plně kvalifikované a specializované výkony, jako je: odběr biologického materiálu na vyšetření, aplikace injekcí, podávání léků, infuzí, asistence při diagnostických a léčebných výkonech lékařů, ale i přípravu pacienta na vyšetření,

c) Komunikátorka a průvodkyně pacientovou nemocí

Účinná komunikace je základním prvkem všech pomáhajících profesí, tedy i ošetrovatelství. Komunikace formuje vztahy mezi sestrami a pacienty. Hraje důležitou úlohu ve všem, co sestra dělá. Komunikace ulehčuje všechny ošetrovatelské činnosti (Kozierová et al., 1995). Sestra by tedy nikdy neměla podceňovat význam slov, která vysloví. Slova, která byla jednou vyslovena, nemůžeme vzít zpět. Pacient si je může pamatovat celé roky. Mohou být zdrojem povzbuzení, ale také mu mohou způsobit psychickou ujmu.

Sestra během své ošetrovatelské péče o nemocného plní další, velice důležitou roli: komunikuje s pacientem, snaží se porozumět jeho pocitům, problémům, předává mu informace, je průvodkyní jeho nemocí. Komunikace se tak stává neodmyslitelnou součástí ošetrovatelské praxe. Sestry, které komunikují snáze, získávají důvěru pacientů a jsou schopné a dokážou přesně monitorovat potřeby pacientů (Červeňanová, 2001).

Komunikace sestry s pacientem vyžaduje dostatek času; měla by to být právě sestra, která se pro pacienta stane spolehlivou posluchačkou, průvodkyní a poradkyní. Pokud toto neučiní, neuspokojuje pacientovu základní potřebu být informovaný. Je zde však nutné podotknout, že sestra může poskytnout informace pouze v rámci svých kompetencí, nemůže pacienta informovat o jeho diagnóze či zdravotním stavu či dokonce o prognóze onemocnění. Tyto činnosti patří výhradně do kompetence lékařů. Sestra však musí být například schopna poučit pacienta před plánovaným vyšetřením, seznámit ho s předoperační a pooperační péčí. Tato role sestry se prolíná s další její rolí a to se sestrou edukátorkou.

Obzvlášť náročná je komunikace s pacientem trpícím maligním onemocněním. Pro zdravotní sestru je to jedna z nejtěžších úloh a nedostatečná připravenost ošetrovatelského personálu je zdrojem stresů na obou stranách (Ondřejkovičová, 2002; Hořejší, 2001). V ještě těžší situaci se nachází sestra, která ošetřuje umírajícího nemocného a není pro to teoreticky připravena. V průzkumné sondě Jarošové asi třetina sester přiznala, že komunikuje s umírajícími zřídka,

popřípadě vůbec ne. Mnoho z nich provádí mlčenlivě pouze nejnutnější ošetření a rychle odchází pryč (Jarošová, 2001).

d) Sestra – edukátorka

Edukace v ošetrovatelství má nezastupitelné místo.

V tomto procesu je nutné, aby si sestra uvědomila cíle edukace, které jsou:

- kognitivní - „*vědět*“
= poskytnout informace tak, aby jim pacient rozuměl
- afektivní - „*cítit*“
= změna pacientových postojů, přesvědčení, názorů
- cíl behaviorální - „*konat*“
= získání maximální zručností, aby mohl pacient něco vykonávat (Píchová, 2002).

Je nutné podotknout, že sestra nezaměřuje svoji edukační činnost jen na pacienta. Podílí se i na edukaci spolupracovníků a studentek ošetrovatelství. Na oddělení přicházejí každý rok pracovat nové sestry – absolventky. Tradičně jsou zaškolováním nových sester pověřeny sestry-mentorky, které mají již delší zkušenost s provozem oddělení. Sestra by proto měla mít patřičné vědomosti z pedagogiky, vývojové psychologie a sociologie. Edukátorka si musí osvojit specifické pedagogické dovednosti, které jí pomohou dosáhnout výchovně – vzdělávacích cílů. Důležitá je i trpělivost, některé informace musí i mnohokrát zopakovat.

e) Sestra – manažerka

Manažerkou je každá sestra, která plánuje, realizuje a hodnotí péči poskytovanou pacientovi. Lze také hovořit o managementu ošetrovatelského procesu. Tento tzv. ošetrovatelský management vykonává sestra na nejnižší úrovni (Jarošová, 2000). Samotná sestra pověřuje nižší zdravotnický personál jako jsou ošetrovatelky a sanitářky méně složitými ošetrovatelskými výkony.

f) Sestra – advokátka – obhájkyň práva nemocných

V současné době hovoříme o prakticky nové, ale aktuální roli. Sestra je obhájkyň pacienta, respektuje jeho práva, vysvětluje mu je, současně předkládá nebo tlumočí pacientovy zájmy a požadavky ostatnímu zdravotnickému personálu (Farkašová, 2001). Stává se tak i jeho mluvčím, neboť prostřednictvím ošetrovatelského procesu má možnost jej dobře poznat. Tím podporuje jeho pocit bezpečí a jistoty (Staňková, 2002). Sestra by se také měla informovat, zda pacient právům rozumí.

g) Sestra – výzkumnice

Ošetrovatelství má sice dlouholetou tradici, ale jako vědecká disciplína je v podstatě mladým oborem. V posledních letech dochází v oblasti výzkumu k významnému rozvoji. Je to způsobeno novou politikou v oblasti péče o zdraví populace. Nově je kladen důraz na to, aby i ošetrovatelství bylo založeno na vědeckých poznatcích a důkazech (evidence based nursing) (Mastiliáková, 2002).

Sestry výzkumnice najdeme hlavně na univerzitách, například na lékařských fakultách nebo na fakultách zdravotnictví, kde obhájily doktorské či doktorandské tituly. Některé sestry v klinické praxi, mohou také provádět ošetrovatelský výzkum. Za průkopnice výzkumu můžeme pokládat americké sestry. Z USA k nám dorazila metodika ošetrovatelského procesu a ošetrovatelských diagnóz. Není již žádnou vzácností, že se na katedrách ošetrovatelství můžeme potkat se sestrami, které se ošetrovatelskému výzkumu věnují intenzivně a mají dokonce složenou docenturu či profesuru z ošetrovatelství.

Rigorózní práce Hrdličkové (2005) potvrdila pomocí 24hodinového monitoringu několika služeb v jedné fakultní nemocnici na základních odděleních (interna, chirurgie, LDN a JIP), že téměř 1/3 pracovní doby (29 %) tráví současná sestra tím, že je asistentkou či vykonavatelkou ordinací lékaře. Pouze 16 % pracovní doby sestra vstupuje do role ošetrovatelky a pečovatelky, 16 % ji zabírá administrativa. Role sestra – komunikátorka dosáhla v průběhu monitorování pouhé 10 % zastoupení. Role sestry – manažerky, edukátorky a advokátky byly zastoupeny zcela minimálně. Protože došlo i k monitoringu v průběhu nočních směn, byl naměřen poměrně vysoký osobní čas sester (26 %).

2.3 Druhy zátěže v práci zdravotní sestry

Pokusíme se nyní stručně analyzovat druhy zátěže v práci zdravotní sestry, které prezentuje současná odborná literatura. Faktory je možno rozdělit na vnější a vnitřní zdroje stresu. Chtěli bychom zde věnovat větší pozornost vnějším zátěžovým stresovým faktorům. Ty můžeme dále rozdělit na zátěže:

- a) Fyzické, chemické, fyzikální
- b) Psychické, emocionální
- c) Společenské, personální.

Ad a) Práce sestry je spojena s chůzí. Mellanová (1989) uvádí, že sestra během osmihodinové směny ujde 8 až 25 km. Záleží samozřejmě na uspořádání oddělení, ale také na druhu pracoviště. Sestra dost často vykonává práci v nepřírozené vynucené poloze, je skloněna nad pacientem nebo dlouze stojí během asistence lékaři například na operačním sále či v průběhu vizity. Pracovní tempo bývá velmi často rychlé, přestávky na oddych, jídlo jsou nepravidelné, sestry je musí přizpůsobovat provozu oddělení a urgentnosti ošetrovatelské péče o své pacienty. Může se též stát, že se zdravotní sestra nezastaví po celou dobu své dvanáctihodinové služby. Postačí k tomu akutní zhoršení stavu pacienta, několik neplánovaných příjmů najednou či jakákoliv mimořádná situace na jejím pracovišti. V takových situacích sestra mnohdy upořádá své potřeby, včetně těch fyziologických.

V práci zdravotní sestry se můžeme setkat s výrazným statickým zatížením, máme tím na mysli stání při práci, asistenci a provádění různých výkonů u lůžka pacienta. Nelze pominout výrazné zatížení páteře, svalového a kloubního systému při zvedání dost často imobilních a méně spolupracujících pacientů, při jejich polohování a úpravě lůžka.

Sestra, která pracuje ve směnném provozu, slouží v nepravidelných směnách. V současné době se jedná o dvanáctihodinové směny. Zdravotní sestra se potýká ze zcela nepravidelným životním rytmem. V praxi se pak často stává, že sestra absolvuje jednu až dvě noční služby za sebou, poté se její organismus nestačí zrelaxovat a již následující den nastupuje na denní dvanácti hodinovou směnu. K tomuto obrovskému zatížení není ještě započteno její dojíždění do zaměstnání.

Není nic výjimečného, že sestra během jednoho měsíce odslouží sedm až osm nočních dvanáctihodinových služeb. Noční práce klade zvýšené nároky na pracovníky. Příčinou těchto zvýšených nároků není pouze přirozený fyziologický pokles výkonnosti organismu během noci, ale také častá nemožnost dosáhnout plnohodnotného odpočinku v denních hodinách (Němcová, 1987).²

² V době koronavirové pandemie sestrám přibyla další fyzická zátěž. Jsou nuceny po celou svoji dvanáctihodinovou službu nosit respirátory, jejich ruce jsou vystaveny vysokému množství dezinfekce. Ty, které pracují přímo na takzvaných covidových jednotkách, musí vydržet pracovat několik hodin v neprodyšných oblecích, nosit kromě respirátorů ochranné štíty nebo brýle.

V důsledku stále se snižujícího počtu zdravotních sester jsou sestry dost často nuceny pracovat tzv. přesčas. Obvykle jde o 10–20 hodin za měsíc (Mellanová, 1989). Dle šetření Jurzy je průměrná délka pracovní doby 46 hodin a 16 minut za týden. Vyskytují se i případy, kdy sestry odpracují 55 i více hodin za týden. U 1/4 vzorku, který Jurza sledoval, se ukázalo, že sestry pracovaly dvanáct i více dnů bez jediného volna (Jurza, 1979). Pokud přetrvává toto pracovní zatížení, existuje významné riziko, že kvalita ošetrovatelské péče bude významně klesat. Tak dochází k chronické únavě a značné přepracovanosti sester. Mnohdy pak bývá ohroženo i jejich zdraví.

Ad b) Zcela nezanedbatelnými zátěžovými zdroji, které mohou zapříčinit chronický stres, jsou faktory psychické povahy. Během dvanáctihodinové služby sestra musí věnovat zvýšenou pozornost jednotlivým pacientům, sleduje pečlivě jejich zdravotní stav, plní instrukce od dalších zdravotníků, hlavně lékařů. Neustále musí přepojovat pozornost mezi jednotlivými činnostmi, musí pružně reagovat na různorodé požadavky a změny. To vše klade zvýšené nároky na její paměť. Jak již bylo výše řečeno, je od ní očekáváno samostatné rozhodování i v případě nedostatku informací, nese tak vysokou odpovědnost za výsledky své práce. Dost častý je také tzv. multitasking, tj. časté přerušování jedné činnosti a odbíhání k druhé činnosti.

Zdravotní sestra se navíc opakovaně setkává s pacienty v těžkých stavech. Je tak každodenně konfrontována s utrpením, bolestí a dalšími příznaky onemocnění. Ošetřování onkologických a umírajících nemocných pak přivodí pocity bezmoci a tedy významnou emoční zátěž. Zdravotní sestra vykonává řadu činností, které u laiků mohou vzbuzovat odpor. Zdravotníci, jako jedna z mála profesních skupin, pracují s intimitou druhého člověka.

Organismus zdravotní sestry je také významně zatěžován nepravidelným režimem. To se dříve nebo později projeví vystupňovanou fyzickou únavou a emocionálním vyčerpáním. Požadavky na práci přesčas a o víkendech zasahují do rodinného a osobního života sester. Dostávají se tak do konfliktu rolí, kdy jisté nároky ze strany profese nelze uspokojit, aniž by tím trpěla alespoň částečně rodina, a naopak určité nároky rodiny nelze uspokojit, aniž by tím trpěla profese (Bartošíková, 2006).

Ad c) Mezi významné stresové faktory, patří i dost dobře uvědomovaná nízká sociální prestiž z pohledu samotných zdravotních sester (Mellanová, 2017). V roce 1990 proběhl výzkum prestiže 50 povolání v ČR, práce sestry byla zařazena na 9. místo, tj. výše než například práce inženýra ve výzkumu, právníka a projektanta (in Bartošíková, 2006, s. 18). Realita v českém zdravotnictví je však rozdílná. Sestry jsou stále považovány za pouhé asistentky lékaře a některými pacienty mohou být často vnímány i jako pomocná pracovní síla. Pacienti je totiž

dost často mohou vidět při vykonávání nekvalifikovaných prací, které by mohl dobře zvládnout chybějící pomocný personál (Hrdličková, 2005). Sestry se tak nacházejí pod dvojím tlakem, který vychází z hierarchického uspořádání zdravotnictví. Musí dostát požadavkům sesterského managementu (vrchní a staniční sestry) a též požadavkům ze strany lékařů. Ti zpravidla očekávají od sester podřízené postavení a plné respektování jejich příkazů a ordinací (Bartošíková, 2006).

2.4 Pracovní spokojenost sester

Pracovní spokojenost chápeme jako opačný pól zdrojů stresu. Na pracovní spokojenost může mít vliv mnoho faktorů. Tyto faktory můžeme rozdělit na vnitřní a vnější. Problematikou pracovní spokojenosti sester se zabývalo velké množství zahraničních průzkumných šetření, ale také některé diplomové a bakalářské práce. Většina prací použila dotazníky, nejvíce nás proto zaujalo kvalitativní šetření autorky McNeese-Smith (1999), která provedla polostrukturovaný rozhovor s 30 sestrami. Pomocí tematické analýzy vzniklo několik kategorií spokojenosti a nespokojenosti sester se svým povoláním. Je nutné podotknout, že průzkumné šetření bylo provedeno v jedné univerzitní nemocnici v Los Angeles v Kalifornii. Zdravotní sestra má v USA odlišné kompetence. O pacienty, ale i o zdravou populaci se stará několik typů ošetrovatelských pracovníků. Dle dosaženého stupně vzdělání (nurse assistant, lincensed practical nurse, registred nurse, nurse practitioner) jsou sestry náležitě finančně oceněny. Na vrcholu vzdělanostního žebříčku jsou doktorandsky připravené sestry (Heřmanová, 2002; Pavlíková, 2004).

Mezi faktory, které mají významný vliv na sesterskou spokojenost, patří uspokojení z péče o pacienta, pracovní prostředí, vybalancované pracovní zatížení, dobré vztahy se spolupracovníky, osobní faktory, plat a benefity, profesionalita, karierní postup. Sestry (McNeese-Smith, 1999) pociťovaly velké uspokojení, když pacient obdržel dobrou péči, když pomohly vyřešit pacientův problém nebo když si všimly problémů, které nikdo před tím nezaznamenal. Sestry pociťují radost, pokud je pacient nebo rodinní příslušníci pochválí a ocení. Výrazně spokojené byly sestry v situacích, kdy se jim podařilo zachránit někoho život nebo když přivedly na svět zdravé dítě. Do této tematiky patřily i situace, kdy se tzv. vyloučila špatná diagnóza a kdy se dítě začalo uzdravovat. Sestry také pociťují hlubokou spirituální odměnu za péči o pacienty. Zdravotní sestry si také cení rozmanitosti pacientů a to jak z hlediska věku, tak i diagnóz. Jedna respondentka dokonce uvedla, že: *“Ošetrovatelství je velmi dynamická, nikdy ne stabilní a neustále se měnící disciplína:“*

Respondentky ve výzkumné studii pociťovaly satisfakci, pokud byla práce rovnoměrně rozdělena, nebylo jí ani moc ani málo, když měly možnost dosáhnout všech cílů, které si předsevzaly. Sestry si vysoce cenily interpersonálních vztahů, spolupráce a pochvaly, kterou obdržely od lékařů. Byly rády, že jsou na sobě vzájemně závislé během ošetřování nemocného. Oceňovaly, když se vzájemně pokryjí během přestávek. Americké sestry si cenily svého platu, dále pak, že nemocnice jim nebrání uskutečňovat jejich osobní cíle. Některé vyzdvihly přednost nočních směn, kde je podle nich méně tlaku, jiné oceňovaly, že po dohodě z vedením mohou mít více víkendů volno. Jako významný faktor satisfakce se u těchto sester jevila profesionalita, tzn. příležitost k nezávislému myšlení, k profesionálnímu růstu. Sestry se také považovaly za pilíře péče o pacienta, cítily se být manažerkami ošetrovatelské péče. Hodně sester ocenilo i možnost dalšího vzdělávání v univerzitním centru (McNeese-Smith, 1999).

2.5 Zdroje nespokojenosti u zdravotních sester

A s čím jsou sestry nespokojeny? Jedná se o některé již výše zmíněné faktory, ale jsou samozřejmě zasazeny v jiném kontextu. Jde například opět o péči o pacienta: o slovní napadení ze strany pacienta nebo pokud nemocný nereaguje na jejich rady či edukaci. I americké sestry ve výzkumném šetření (McNeese-Smith, 1999) prožívají strach, že mohou udělat chybu, která může být dle slov jedné respondentky sice malá a hloupá, ale může být také katastrofální. Nespokojené se americké sestry cítí, pokud se objeví komunikační bariéra. Nelibě nesou vzrůstající administrativu a pozdní příchody lékařů, když je nutně potřebují. 47 % respondentek také popsalo své pocity během přetížení. Jako stresující označily situace, kdy se na oddělení stane příliš mnoho věcí najednou tj. když je sesterský personál přehlacený aktivitami. Frustrace také přichází, když služba byla příliš náročná a ony se cítí po službě vyčerpaný nebo když je k dispozici málo personálu a také, když je personál odborně nevyhovující. Jak jedna respondentka doplnila, její frustrace se zvyšuje, když je náročné oddělení, a přitom se potýkají s malým personálním obsazením. Respondentky pak mají špatné pocity z nedostatečné kvality péče, během přetížení se také obávají, že udělají snadněji chybu. Jako další příčiny nespokojenosti sestry uvedly i špatné interpersonální vztahy. Sestry mrzí, když organizace toleruje, že je pacientovi poskytována špatná péče nebo když jejich spolupracovnice nedodržují zásady při ošetřování pacientů nebo když lékaři sestry z něčeho obviňují či se k nim chovají nezdvořile. Některé respondentky byly znepokojeny kritikou a přílišnými drby svých kolegů. Velice nepříznivě na ně působil nedostatek spravedlnosti a upřednostňování některých jednotlivců. Syndrom vyhoření popsalo jen několik sester, ale jako stav, kterým si respondentky

již prošly. Pomohla jim v tom možnost jít znovu do školy a změnit práci (McNeese-Smith 1999).

Výše uvedené výsledky jsou podpořeny dalšími autory, kteří prováděli metaanalýzu (Blegenová, 1993) kvantitativních výzkumných šetření sesterské spokojenosti s profesí. Výsledky metaanalýzy potvrdily, že pracovní spokojenost pozitivně koreluje s pracovními faktory, s oceněním za vynikající výkony, s komunikací s kolegy, se spravedlností a s profesionalitou. Právě neformální zpětná vazba za dobře odvedenou práci od vrchní sester byla pro sestry nejvíce smysluplná forma uznání. Blegenová (1993) identifikovala negativní vztah mezi pracovní spokojeností a stresem a rutinérstvím. Nejnovější recenze 59 výzkumných studií, která proběhla v roce 2019, ukázala, že pracovní spokojenost sester významně korelovala s pracovním prostředím, s pracovním stresem, se spokojeností pacientů, a dále pak se odvíjela od vztahových poměrů mezi sestrami a pacienty. Byla zde nalezena korelace se styly odměňování. Samotní autoři (Lu, et al. 2019) této metaanalýzy, pak potvrzují, že výzkumné studie věnující se tomuto tématu, přinesly různorodá zjištění. Na pracovní spokojenosti se podílí celá řada faktorů. Autorky Haroková a Gurková (2013) analyzovaly literární přehled faktorů z celkem 29 studií. Byly zjištěny následující prediktory pracovní spokojenosti sester, které ovlivňují jejich záměr setrvat v zaměstnání, jedná se o: pracovní vztahy, pracovní odměny, styl vedení, vztah a podpora manažera, pracovní prostředí, organizační podpora a fyzická a psychická reakce na práci.

I u nás proběhlo několik výzkumných šetření na téma pracovní spokojenosti u sester. Plachá (2015) srovnávala pracovní spokojenost sester pracujících v ambulancích a sester pracujících na lůžkových odděleních nemocnic. Analýza ukázala, že sestry v ambulanci, jsou ve zdravotnictví spíše spokojené (hodnotily ji známkou 1 až 2), tj. že vnímají pozitivněji i pocit uznání a dobrého společenského postavení. 59 % sester na lůžkových odděleních bylo spíše nespokojených se společenským postavením, 48 % bylo nespokojených s finančním hodnocením a 45 % sester bylo spíše nespokojených s interpersonálními vztahy.

Bártlová (2006), která provedla průzkum pracovní spokojenosti sester (n = 982), označila dva nejdůležitější faktory, které podporují spokojenost sester: dobré vztahy na pracovišti a dobrá organizace práce. Opět se potvrdilo, že s prací jsou více spokojené sestry, které pracují na soukromých ambulancích. Nespokojenost se špatným finančním ohodnocením projevilo 79 % sester. Jako druhou nejčastější příčinu nespokojenosti sestry označily nedoceňování práce zdravotních sester nadřízenými (60 %). Třetí nejčastější příčinou nespokojenosti byl nedostatek ošetrovatelského personálu (56 %).

Podobný průzkum pracovní spokojenosti sester provedli autoři Buriánek a Malina (2009), ti mj. zjistili, že hlavními prvky nespokojenosti sester jsou nekvalifikované práce, nedostatek personálu, množství administrativy, nedostatečné ocenění práce sester ze strany lékařů. Výzkumné šetření prokázalo, že sestry téměř ¼ své pracovní doby tráví nekvalifikovanou prací.

Výzkumné šetření Machálkové (2008) potvrdilo znepokojující údaje, sestry jsou nespokojené s pracovními podmínkami, nemají možnost odpočinku během směny. Pouze 12 % sester používá zvedáky. Polohovatelné lůžko s možností nastavení výšky u všech pacientů může využívat pouze 16 % respondentek. Jedna třetina z dotázaných (n=164) označila jako možný důvod odchodu ze zdravotnictví směnný provoz, psychickou a fyzickou náročnost povolání, zdravotní problémy, přesčasy, nevyhovující pracovní podmínky, ale i nedostatečné společenské ohodnocení. Přestávku na odpočinek tráví 80 % respondentek na pracovně sester to znamená, že nemocniční oddělení nejsou vybavena místnostmi, která by byla výhradně určena pro odpočinek sester. Dotazníkového šetření se zúčastnily pouze sestry z interních ošetrovatelských oborů tj. interních, geriatrických, neurologických, hematoonkologických ošetrovacích jednotek a z zařízeních následné péče – LDN, domovy pro seniory, hospicová zařízení.

Výše uvedená průzkumná šetření nám nedodávají moc optimismu, že se v ČR někdy v budoucnu dostatečně zvýší stavy zdravotních sester. Snad zatím nejrozsáhlejší průzkum pracovní spokojenosti v ČR provedl kolektiv autorů (Nakládalová a kol., 2011). Bylo zpracováno 1902 dotazníků. Jednalo se o sestry z 25 nemocnic po celé České republice. Pro sestry byly nejdůležitějšími faktory mzda, práce s pacienty a jistota pracovního místa. Zaměstnavatelem byl nejvíce saturovaný faktor image zařízení a péče o pacienty. Nejsilnější rozpor mezi prioritami sester a saturací byla mzda. Faktor: jistota pracovního místa byl v českém průzkumném šetření, druhým nejvíce divergujícím. Sestry tak prokázaly velkou nejistotu spojenou s budoucností pracovního místa.

Pracovní spokojenost sester proto nelze v žádném případě podceňovat. Další autoři (Aikenová a kol., 2013), provedli rozsáhlý průzkum v 488 nemocnicích ve 12 zemích v Evropě. Jednalo se například o sestry z Velké Británie, Španělska, Německa, Řecka, Polska, Švédska nebo Švýcarska. Naše země nebyla do tohoto průzkumného šetření zařazena. Dotazník vyplnilo celkem 33 659 sester. Více než jedna z pěti zdravotních sester byla nepokojena se svou prací ve většině zemí. Nespokojenost byla zjevně spojena s platovým ohodnocením, se vzdělávacími možnostmi a s příležitostmi v kariérním postupu. V 9 z 12 zemí sestry ohodnotily své pracovní prostředí jako velmi špatné. Respondentky hovořily o vysoké pracovní zátěži, obávaly se zhoršené kvality ošetrovatelské péče. V závislosti na zemi kolem 20 % až 49 %

sester zvažuje odchod ze svého současného pracovního místa. I česká studie z roku 2012 (Ivanová et al.) potvrdila, že při vhodné příležitosti je připraveno rozhodně či spíše odejít 35 % sester (n = 1992).

V roce 2013 Česká asociace sester obdržela několik podnětů od zdravotníků z praxe, kteří upozorňovali na nevyhovující pracovní podmínky sester v českých nemocnicích. Jednalo se o anonymní dotazníkové šetření (n = 5935). Na standartních odděleních se v českých podmínkách téměř všechny sestry starají alespoň o 11 pacientů, třetina dokonce o 24 pacientů. V následné a sociální péči se 80 % sester stará o více než o 24 klientů. Značně alarmující je situace i na jednotkách intenzivní péče, kde se 48 % sester se stará o 3-5 pacientů ohrožených selháním vitálních funkcí. Skoro 70 % zdravotníků se po své službě cítí vždy či často velmi vyčerpano. Tato vyčerpanost se ještě prohlubuje tím, že jsou sestry nuceny sloužit přesčasy z důvodu nedostatku ošetrovatelského personálu. Povinnou přestávku po 6 hodinách nepřetržité práce si nikdy nestihne vyčerpat 7 % respondentů a 21 % zdravotníků to stihne pouze výjimečně. Jako hlavní důvod byly uváděny noční služby, kdy je sestra na oddělení sama a tak ji nemá kdo vystřídat. 81 % zdravotníků uvedlo, že při tak vysokých počtech pacientů na jednoho zdravotníka nemohou aktivně vyhledávat potřeby svých pacientů a poskytovat tak kvalitní a bezpečnou péči. Naprostá většina respondentů (85 %) se shodla s tvrzením, že administrativy v jejich práci přibývá. Znepokojivá část dotazovaných (60 %) uvedla, že se svými nadřízenými spíše nemohou hovořit o svých pracovních podmínkách. 80 % respondentů si myslí, že jde o náročnou a zodpovědnou práci, protože odpovídají za zdraví a životy pacientů a přitom nejsou spravedlivě finančně ohodnoceni (Di Cara et al., 2014).

2.6 Výzkumná šetření v oblasti pracovní zátěže a syndromu vyhoření u zdravotních sester

Problematika fyzické a psychosociální zátěže a syndromu vyhoření je u zdravotníků v současné době velmi aktuálním a diskutovaným tématem. Každý, kdo přichází do zvýšeného kontaktu s lidmi, může vyhořet. V ČR, ale i v zahraničí se tomuto tématu věnuje velké množství autorů. Většina studií však byla kvantitativně zaměřena. Pokusíme se nyní o rekapitulaci zjištěných údajů.

Zahraniční výzkumy jednoznačně potvrdily, že pracovní stres může vést k různým psychosomatickým onemocněním, ale i k duševním poruchám. Duševní potíže začínají představovat jeden z nejčastějších důvodů absence v pracovním procesu (Goetzel et al., 2003). Bylo dokonce identifikováno dvanáct specifických faktorů (Harvey et al., 2009), které mohou přispět k rozvoji symptomatologie z okruhu úzkostně-depresivních poruch. Jedná se o tyto

faktory: vysoké pracovní tempo, nízká míra kontroly, nízká sociální podpora na pracovišti, nerovnováha mezi úsilím a odměnou, nejistota práce, organizační změny, atypická pracovní doba, konflikty na pracovišti a stres spojený s prací. Co nejvíce sužuje zdravotníky a tedy i námi sledovanou profesní skupinu zdravotních sester, je právě časový stres, příliš mnoho povinností, které se kombinují s nízkou autonomií. Z toho pak plynou pocity bezmoci a neschopnosti měnit dění kolem sebe (Ptáček a kol., 2017).

Opakovaně jsou též známy korelace mezi výskytem interpersonálních konfliktů a rozvojem vážných forem depresivních a úzkostných poruch (Hansen, 2006) včetně vysokého rizika infarktu (Kivimäki, 2003). Také se zjistilo, že pracovní zatížení v rozsahu 11 hodin denně nebo 55 hodin týdně po většinu doby v posledním roce představuje velice silný prediktor rozvoje depresivní poruchy (Bannai & Tamakoshi, 2014).

V českém prostředí se pracovní zátěži sester zabývalo několik autorů. Převažovaly kvantitativní studie, které většinou pomocí standardizovaného Meistnerova dotazníku neuropsychické zátěže zjišťovaly stupeň pracovního vytížení. Bylo zjištěno, že dle standardů psychologie práce spadá činnost sester do středně obtížné práce. V daném průzkumném šetření 51 % sester uvedlo, že má menší zdravotní potíže a kolem 25 % sester trpělo chronickými nemocemi. Polovina sester považovala svou pracovní zátěž za vysokou. (Pečenková, 1999). I v dalším průzkumném šetření pomocí Meistnerova dotazníku došlo u 3 dílčích faktorů pracovní zátěže: přetížení, monotonie, nespecifický faktor k překročení kritických hodnot. Zároveň autorky Bártlová a Jobánková (2005) zmapovaly nejčastější stesky sester: nízký počet sester na odděleních, nedostatečné možnosti rekondice a obnovitelnosti pracovních sil v třísměnném provozu. I v šetření autorek Reindlové a Bobárové (2010) 1/3 sester referovala o fyzické vyčerpanosti, více než polovina se cítila psychicky vyčerpaná, 2/3 dotázaných běžně pracovalo přesčas. 67 % respondentek se necítilo být dostatečně finančně ohodnoceno. 74 % dotazovaných přiznalo, že vykonáváním sesterské profese je negativně ovlivněno jejich zdraví. Sestry často přecházely onemocnění. Co je více jak zarážející, 40 % respondentek by si již nezvolilo povolání zdravotní sestry. Další výzkumná sonda (Bilavčíková, 2010) odhalila, že sestry nemají dostatek času k odpočinku před a po práci. Respondentky přiznaly, že často vykonávají práci za ostatní členy zdravotního týmu. Nejhuře sestry ohodnotily místo k odpočinku a technické vybavení ošetrovacích jednotek. Ty nejsou vybaveny žádnou místností, kde by sestry mohly o přestávce oddechnout, chvíli se uvolnit a poobědvat. Sestry jí v čajové kuchyňce ve stísněných podmínkách nebo přestávku tráví v pracovně sester. V jiném šetření má pouze 10 % sester možnost využít místnost, která je vyhrazena pouze pro odpočinek sester (Machálková & Mikšovská, 2013).

Je nutné se zastavit nad faktem, že unavené sestry dělají chyby, které mohou mít stejně smrtelné následky jako chyby lékařů. Sestry pracující ve 12hodinových směnách mají pouze 5,5 hodiny spánku před dalším nástupem do práce. Navíc 1/3 z nich pracuje bez jakékoliv přestávky, nemohou najít další sestru, kt. by za ně zaskočila. Nejde jen o to, že jsou sestry časově přetížené, ale jedním z jejich problémů je, že jsou neustále vyrušované při své práci ať již jde o dotazy či přání pacientů. K tomu lze přidat zvedání telefonů, dotazy příbuzných nebo hovory s kolegy, příliš klidu na práci tedy nemají. Pokud je sestra vyrušena při podávání léků, vzroste riziko chyby o 12 % (Větvíčka, 2011, a, b).

Poruchy spánku bývají při vykonávání této profese časté např. spánek po noční směně bývá kratší (Mlýnková, 2010), po větším počtu nočních směn může dojít k vyčerpání organismu, spánek ve dne není plnohodnotný, ale i brzké nástupy na denní směnu znamenají nefyziologické vstávání. Autorky (Machálková & Mikšovská, 2013) pomocí Morinova spánkového dotazníku zjistily, že 55 % respondentek má lehké až střední obtíže se spánkem. Sestry (bez rozdílu věku) byly nejvíce unavené po noční službě. Spánek po noční službě sestry hodnotily negativně, protože u nich nenavozoval pocit odpočinku a byl v průměru zkrácen o 4 hodiny. Byla potvrzena souvislost mezi sníženou dobou spánku a zvýšeným BMI. Sestry, které již delší čas vykonávají noční práci jsou ohroženy vyšším riskem nadváhy a obezity (Kim et al., 2013).

Některá průzkumná šetření se zaměřila na pracovní stres sester ve vybraných oborech jako je například psychiatrie (Mlýnková, 2007; Ječná, 2009; Opálková, 2012; Dimunová, 2019). Psychickému zatížení a zdravotním potížím musí čelit i psychiatrické sestry. Ty se mimo jiné obávají fyzického napadení ze strany pacientů. Sestry na psychiatrii také znepokojuje nedostatečná prestiž a stigma oboru. Další autoři se zabývali psychickou zátěží sester, které pečují o onkologické pacienty. Všechny studie (Neupauerová, 2002; Blanař, 2014; Zálešáková, 2011; Paprštejnová, 2019) se shodly, že sestry jsou na onkologických a hospicových pracovištích vystaveny neustálé přítomnosti utrpení a zármutku. Nejvíce zatěžující je pro sestry péče o umírajícího pacienta. Jobánková a Kvapilová (2007) zkoumaly pomocí skupinových rozhovorů náročné situace sesterské profese. Sestry si neví rady především s projevy strachu pacienta z blížící se smrti, s jeho stesky a bolestí. Volí raději únikové tendence, které se projevují především přerušením komunikace. Sestra vykonává ošetrovatelské úkony mlčky a svoji přítomnost v těchto zátěžových situacích zkracuje na nezbytné minimum. Sestra pracující na paliativním oddělení musí mít vyřešený postoj k vlastní smrti. (Jankechová, 2011). Při úmrtí dítěte 33 % sester pociťuje bezmocnost. U úmrtí staršího člověka u nich převládá pocit zbavení se utrpení Zrubáková (2011).

Vysoké psychické a fyzické vyčerpání pociťují sestry pracující na geriatrických jednotkách. Byl proveden časový snímek u sester pracujících na LDN, sestry byly zařazeny do kategorie 3 (zvýšená neuropsychická zátěž). Opakované psychické těžkosti uvádělo ve výzkumném vzorku 78 % sester (podrážděnost, vnitřní napětí). Choroby zad uvedlo celkem 44 % sester (Hubáčová 1999). Podobné výsledky potvrdila i další studie. Do souboru bylo zařazeno 98 sester, které pracovaly na gerontopsychiatrickém oddělení a na LDN. U sester, které samy uváděly, že je jejich práce velmi stresující, byl v 81 % potvrzen syndrom vyhoření (Pohlová, 2011). K podobným výsledkům dospěla i Kennedyová (2005), která realizovala výzkum výskytu stresu a burn-outu u amerických zdravotnických pracovníků v dlouhodobé geriatrické péči a dospěla k zjištění, že sestry byly více vyhořelé než ostatní zdravotnický personál.

Šetření v oblasti fyzické zátěže sester se vyskytují méně často. Ošetrovatelský personál je zatěžován při manipulaci s imobilními klienty a překračuje hmotnostní limity pro manipulaci s břemenem ženou (Malíková, 2011). Hignettová (1996) pozorovala 26 sester na geriatrickém oddělení během jejich manipulace s pacientem, ale i jejich pracovní pozice během manipulace s předměty. Zjistila, že škodlivost pracovních pozic je u sester podstatně vyšší při ruční manipulaci s pacienty. Upozornila tak na závažný posturální stres u sester pracujících na těchto odděleních. Autoři Videman, Nurminen, Tola, Kuorinka, Vanharanta a Troup (1984) poukázali na problematiku zvedání, ohýbání a rotace v souvislosti s bolestmi zad ve vztahu k věku, zátěži u ženského pohlaví. Výzkumníci učinili závěr, že prevence by měla směřovat hlavně ke zlepšení profesní zátěže u věkově mladších sester.

V českém výzkumném šetření (n = 164) strávily sestry vstojí 60–80 % pracovní doby, přibližně 10 % pracovní doby vykonávaly práce v předklonu, 11 % pracovní doby polohovaly pacienty. V nepřiměřené poloze pracovaly až 24 % své pracovní doby. Při 8hodinové pracovní době tak sestra stála 4,8–6,4 hodiny, v předklonu pracovala 48 minut, 53 minut polohovala pacienta a v nepřirozené poloze pracovala až 2 hodiny za směnu. Monitorování frekvence zvedání pacienta za směnu se jeví jako ukazatel pro posouzení rizika bolesti bederní páteře. Sestry z českého souboru pracovaly v interních ošetrovatelských oborech (například na geriatrických, neurologických jednotkách nebo na LDN) upozornily na nedostatečné technické vybavení pracoviště, chyběly jim pomůcky pro manipulaci s pacientem (73,8 %). Na odděleních nejenže chybí technické vybavení, které by ulehčilo manipulaci s imobilními pacienty, není zde ani dostatek ošetrovatelského personálu (Machálková & Mikšovská, 2012). V jiném průzkumném šetření (Komačková, 2009) dokonce 96 % sester (n = 225) uvedlo časté bolesti páteře, které souvisely s fyzickou zátěží při vykonávání ošetrovatelské péče.

Jiní výzkumníci zjišťovali zátěž u sester pracujících na ARO. Pomocí Meisterova dotazníku neuropsychické zátěže získali hodnocení od 97 sester. Největšími stresory byla časová tíseň, vysoká zodpovědnost, ale i únava. Byla nalezena vyšší míra psychického stresu v porovnání se sestrami, které pracovaly na neurologii. Intenzivní péče si žádá rychlé a flexibilní myšlení a rozhodnutí a včasné sesterské intervence (Oboročnicková, 2015).

Další studie se věnovaly vzájemné souvislosti mezi pracovním vyčerpáním a interpersonálními vztahy na pracovišti. Bylo potvrzeno, že mezi mírou vyhoření a mírou sociální opory existuje signifikantní negativní vztah. Čím vyšší je u dané osoby sociální opora, tím nižší je riziko vzniku syndromu vyhoření (Vévodová, 2012). Toto zjištění potvrdila i zahraniční studie Jenkinse (2004), participanti jež měli vysokou míru sociální podpory spolupracovníků, měli i nižší míru vyhoření.

Výzkum Bártllové (2010) potvrdil silnou souvislost mezi úrovní vztahů mezi lékaři a sestrami a výskytem pocitů psychického vyčerpání u sester. Sestry, které hodnotily své vztahy jako výborné nebo velmi dobré, významně více uváděly, že se u nich pocity psychického vyčerpání nevyskytují. Problematické vztahů mezi sestrami a lékaři se věnovala řada výzkumů (Krogstad, 2004). Šetření dospěla k podobným výsledkům. Napětí a konfliktnost ve vztahu sestra – lékař způsobuje výrazné riziko syndromu vyhoření u sester.

EMPIRICKÁ ČÁST

3. Předmět a cíle výzkumu

3. 1 Oblast zkoumání

Tématem našeho výzkumu jsou zdroje stresu, zátěže a pracovní nespokojenosti v reflexi zdravotních sester. V žádném případě nebude cílem našeho šetření popisovat jen izolovaná fakta z nemocničního provozu, budeme se zaměřovat na konkrétní lidskou zkušenost. Všechny uvedené studie v teoretické části prokázaly, že jsou na sestry kladeny vysoké psychické a fyzické nároky, a to často bez vnějších motivačních aspektů, jako je například adekvátní platové ohodnocení. Potvrdilo se, že sesterská profese s sebou nese vysokou úroveň stresu a že ošetrovatelství je vysoce stresující povoláním (Gholamzadeh et al., 2011). Předmětem zájmu tohoto průzkumného šetření budou psychologické aspekty prožívání stresu, zátěže u zdravotních sester v nemocničním prostředí a v ambulantní složce.

Analýza těchto aspektů může přinést cenné nahlédnutí na vnitřní prožívání oslovených sester. Důraz bude kladen na prožívané profesní zkušenosti participantů. Jejich vyprávění chceme vnímat nejen jako realistickou informaci o pracovním vypětí a stresech uvnitř zdravotnického zařízení, do analýzy zahrneme i zdroje frustrace a nespokojenosti se současným postavením zdravotní sestry ve zdravotnickém týmu. Zdravotní sestry se stanou aktéry reflexe vlastních prožitků ve své náročné profesi.

3. 2 Cíle a výzkumné otázky

Cílem výzkumu je na souboru konkrétních případů identifikovat zdroje stresu, zátěže a pracovní nespokojenosti zdravotních sester při vykonávání jejich profese. Analýza výzkumného problému byla založena na příbězích jednotlivců, zdravotní sestry nám budou vyprávět svůj profesní příběh. Budeme hledat odpovědi na několik výzkumných otázek.

Jaká je osobní zkušenost zdravotních sester s pracovním stresem?

Jaké jsou zdroje nespokojenosti zdravotních sester?

Cítí se zdravotní sestry psychicky či fyzicky vyčerpané ze své profese?

Jaká je zkušenost zdravotních sester s vyhořením?

Setkali se respondenti ve svém zaměstnání se zdravotníkem, který trpěl syndromem vyhoření?

4. Výzkumný vzorek a výzkumné metody

V předkládaném šetření byl analyzován materiál kvalitativní povahy, který byl podroben důsledné analýze. Jednotlivé kroky výzkumu budou popsány v následujícím textu. Pro hlubší vhled do zdrojů stresu a pracovního přetížení sester jsou data kvalitativní povahy vhodná. Po navázání důvěry umožňují respondentovi sdělit vše, co považuje k danému tématu za důležité a relevantní. Použitím induktivního přístupu v analýze nám umožní zkoumat toto téma značně otevřeně.

4.1 Sběr dat a výzkumný vzorek

Těžištěm celého výzkumného šetření v bakalářské práci je analýza rozhovorů se zdravotními sestrami. Materiál pro analýzu tvoří celkem sedm rozhovorů se sedmi respondenty.

Při výběru respondentů jsme se zaměřili především na sestry, které pracují v nemocničním směnovém provozu, pro určitou komparaci jsme oslovili i sestru, která pracuje dlouhodobě v ambulantní složce. Primárním kritériem byla alespoň jednoroční praxe ve směnném provozu v pozici zdravotní sestry. Do výzkumného vzorku byly zařazeny zdravotní sestry s různou délkou odborné praxe. Jednalo se o sestry, které pracují na somatických odděleních, ale i na psychiatrických odděleních. Osloveny byly sestry s různým dosaženým stupněm odborného vzdělání: (vysokoškolské, vyšší odborné nebo středoškolské vzdělání) včetně zdravotních sester, které absolvovaly tzv. pomaturitní specializační studium (PSS) a staly se tak specialistkami v určitém ošetrovatelském oboru.

Výzkumu se zúčastnilo celkem 7 respondentů, čtyři ženy a tři muži ve věku od 22 do 61 let. Všichni respondenti byli české národnosti. Rozhovory byly pořizovány v období od dubna 2020 do září 2020. Z důvodu přísných epidemiologických opatření se pouze dva rozhovory odehrály v rámci osobního setkání, dalších pět rozhovorů proběhlo formou online pomocí aplikace Skype.

Účastníci v době výzkumného šetření pracovali ve čtyřech státních pražských nemocnicích a v soukromém zdravotnickém zařízení nacházejícím se několik kilometrů od Prahy.

Jméno	Věk	Počet let praxe	Vzdělání	Zaměstnání	Současné pracoviště	Délka rozhovoru
Barbora	58	39	VŠ Mgr. Ošetrovatelství PSS ARIP	ZS na urologii	3 roky	0:45
Václav	28	4	VOŠ Diplomovaná ZS VŠ Bc. Ošetrovatelství	ZS na urologii	2 roky	0:46
Magda	61	43	SZŠ Zdravotní sestra PSS Ošetrovatelská péče v interních oborech	ZS na aritmologické ambulanci	25 let	1:06
Anna	58	39	SZŠ Zdravotní sestra PSS Ošetrovatelská péče v psychiatrii	ZS na akutní psychiatrii	39 let	0:59
Hedvika	56	38	SZŠ Zdravotní sestra PSS Ošetrovatelská péče v psychiatrii PSS Management ve zdravotnictví	ZS na psychoterapeutickém oddělení	25 let	1:11
Ladislav	22	1	SZŠ Zdravotní sestra VOŠ Diplomovaný záchranář	ZS na dětské onkologii	1 rok	1:03
Pavel	47	4	VŠ obor (kybernetika) VOŠ Diplomovaná ZS VOŠ Diplomovaný záchranář	ZS v Alzheimer centru 0,5 úvazek + ZS infekční oddělení 0,5 úvazek	4 roky	1:23

Tabulka 1, Popis výzkumného vzorku

(**ARIP** Anestezie a resuscitace v intenzivní péči. **PSS** Pomaturitní specializační studium – zdravotní sestra se stává sestrou specialistkou v daném oboru. **SZŠ** Střední zdravotnická škola. **VOŠ** Vyšší odborná škola. **ZS** zdravotní sestra).

4.2 Etické aspekty výzkumu

V rámci jakéhokoliv výzkumu je nutné zachovávat určitá etická pravidla, mezi něž patří například ochrana účastníků výzkumu, ochrana osobních dat, informovaný souhlas (Miovský, 2006, s. 275-291).

Všichni účastníci průzkumného šetření byli předem a v plném rozsahu informováni o tématu rozhovoru a jeho účelu. Jejich účast byla dobrovolná, všichni respondenti dali souhlas s tím, že některé části rozhovoru budou součástí bakalářské práce a že celý rozhovor bude nahráván na diktafon. Účastníci si byli vědomi, že se bude jednat o citlivé záležitosti týkající se jejich prožívání v oblasti profesní sféry. Byli seznámeni s právem kdykoliv rozhovor ukončit či přerušit. Tohoto práva nevyužil žádný účastník výzkumu. Všem participantům bylo oznámeno, že po přepisu rozhovoru a anonymizaci údajů bude jejich rozhovor smazán. Pokusili jsme se o maximální anonymizaci, všechna křestní jména respondentů byla změněna. Nebudeme proto jmenovat ani konkrétní pracoviště respondentů. Domníváme se, že se podařilo získat důvěru i respekt všech oslovených participantů. Dost často se jednalo o velmi důvěrná až intimní sdělení, která by mohla být dle charakteru a zvyklostí pracoviště dobře rozpoznatelná. Tuto situaci proto považujeme za eticky rizikovou. Z tohoto důvodu najde čtenář v Příloze pouze jeden ukázkový rozhovor.

Důležitým obecným etickým pravidlem je tzv. empatická neutralita. Tento termín znamená, že výzkumník by měl vůči účastníkům výzkumu projevovat zájem, účast a porozumění, ale k zjištěným skutečnostem by měl být neutrální. Měl by získané údaje přijímat, zaznamenávat, měl by být velmi opatrný při jakémkoliv jejich hodnocení a pokud možno se mu v průběhu fáze získávání dat vyhnout (Miovský, 2006, s. 280).

Ohledně tématu výzkumu nepředpokládáme eticky sporné dopady našeho průzkumného šetření. Uvědomujeme si, že se jedná hlavně v současné době o téma společensky aktuální.

4.3 Výzkumný postup a použité metody

1) **Předvýzkum** byl realizován formou dvou krátkých cvičných rozhovorů se dvěma sestrami. Jedna respondentka byla ve výpovědní lhůtě, druhá respondentka zastávala v dané době pozici odborné učitelky na jedné pražské SZŠ a také současně pracovala na zkrácený úvazek jako zdravotní sestra. Mohla nám tedy poskytnout dvojí pohled na profesi zdravotní sestry. Oba rozhovory byly zaměřeny na práci sester a jejich profesionální zátěž včetně osobních profesních zkušeností. Realizace cvičných rozhovorů měla pomoci k získání větší teoretické citlivosti k námi zvolenému tématu. Ta je jedním z předpokladů kvalitativní tematické analýzy (Strauss & Corbin, 1999). Tímto se nám podařilo uvědomit si základní okruhy daného tématu, které se pak následně staly centrem podrobné analýzy. Zmíněný materiál nebyl nakonec použit pro další analýzu neboť nebyl ještě využit polostrukturovaný rozhovor, ale stal se dobrou základnou pro identifikaci otázek, které byly pokládány účastníkům výzkumu.

Kvalitativní výzkum stojí na známém poznatku, že platnost zkušenosti stoupá s mírou subjektivní účasti poznávajícího. Subjektivita badatele je vnímána jako přínos pro pochopení skutečnosti (Švaříček, 2014). Autorka této bakalářské práce vstupovala do výzkumného šetření jako insider. Sama pracuje ve zdravotnictví již osm let na částečný úvazek jako zdravotní sestra. To s sebou přineslo určité výhody i nevýhody. Za výhodu považujeme dostatečnou orientaci v tzv. nemocničním diskursu a to jak znalost odborné terminologie, pracovního prostředí, stejně tak i osobní zkušenosti s pracovními nároky v této profesi. To bylo také i možným důvodem, proč nikdo z oslovených neodmítl svou účast ve výzkumu. Rozhovory byly autentické a probíhaly v příjemné atmosféře. Nevýhodu, kterou bude nutné plně akceptovat, je přílišná zangažovanost a tedy i nedostatečný odstup autorky práce k výzkumnému tématu.

Další významnou fází předvýzkumu bylo i nastudování dostupné literatury, která byla zajištěna prostřednictvím řešerše Lékařské knihovny. Tato fáze byla k přípravě polostrukturovaného rozhovoru nepominutelná, vybavila výzkumníka potřebnou teoretickou znalostí zkoumaného prostředí (Švaříček, 2014).

2) Při výběru potencionálních účastníků byla použita technika „Sněhové koule“ (snow ball), která spočívá v získávání dalších členů cílové skupiny. Důležitou informátorkou pro nás byla právě jedna ze zdravotních sester s kterou byl veden cvičný rozhovor. Následoval sběr a kompletní přepis veškerých dat. V této fázi byly již pořizovány rozsáhlejší rozhovory v intervalu od 45 minut do 1 hodiny 23 minut. Tématem rozhovoru bylo vyprávění profesního příběhu zdravotní sestry na základě **polostrukturovaného interview**. Bylo vytvořeno určité schéma otázek, které bylo pro tazatele závazné. Podnětem k tvorbě otázek se staly dva cvičné rozhovory z předvýzkumu. Otázky uvádíme v tabulce č. 2. na str. 40. Cílem nebylo pouze zjistit negativně prožívané prvky dané profese, ale také pochopit, jak prožívá respondent celkově svou profesi tj. se všemi klady i zápory, které mu povolání zdravotní sestry přináší. Dle potřeby a možností bylo pořadí otázek upravováno, tím jsme maximalizovali výtěžnost interview. Ještě před prvním uskutečněným rozhovorem jsme také definovali tzv. jádro interview tj. minimum témat a otázek, které má tazatel účastníkovi výzkumu položit. Na toto jádro jsme dle výpovědi participanta reagovali adekvátními doplňujícími otázkami. Doplňující otázky se nám ukázaly jako velmi užitečné, a přinesly mnoho kontextuálně vázaných informací. Tazatel má tak možnost si žádat o upřesnění a vysvětlení odpovědi účastníka. Metoda polostrukturovaného interview je téměř ideální výzkumný nástroj pro oblast aplikace většiny výzkumných plánů v rámci kvalitativního výzkumu (Miovský, 2006, s. 159–161).

Kolik je vám let? Jaké je vaše vzdělání? Jaká je celková doba praxe v pozici zdravotní sestry? Kde pracujete nyní? Jak dlouho tam pracujete?
Co vás přimělo stát se zdravotní sestrou? Jaká pozitiva vidíte ve své práci? Jaká jsou negativa v práci zdravotní sestry? Co jste povoláním zdravotní sestry ztratila? Co jste povoláním zdravotní sestry získala? Pokud byste se znovu rozhodovala, zvolila by si toto povolání znovu? Proč ano/ ne? Co vás v profesi nejvíce vyčerpává? Co vás v práci nejvíce štve? Máte někdy chuť odejít z této profese? Co je pro vás nejvíce stresující? Jaká událost(i) vás nejvíce vystresovala (y)? Jsou pro vás oporou: a) vaše kolegyně b) lékaři c) PZP (pomocný zdravotnický personál: př. sanitáři)? Jak jste spokojena s chováním managementu? Jak zvládáte nepřetržitý provoz (noční služby)? Co nejvíce stěžuje vaši práci? Jaký typ pacientů (nebo jejich chování) vám nejvíce vadí? Máte pocit, že některá vaše kolegyně/kolega trpí syndromem vyhoření? Máte pocit, že jste někdy prožíval(a) syndrom vyhoření? Chtěla byste ještě něco říci na závěr k tomuto tématu, na co jsem se vás zapomněla zeptat?

Tabulka 2 Přehled hlavních otázek k semistrukturovanému interview

Nahrané rozhovory byly následně přepsány do textové podoby.

3) **Analýza** sesbíraných rozhovorů

K teoretickému ukotvení výzkumných postupů byly použity techniky zakotvené teorie. Jednalo se hlavně o **otevřené a axiální kódování** (Strauss & Corbin, 1999). V nasbíraných rozhovorech jsme nejprve pomocí otevřeného kódování zaznamenali množství analytických jednotek. Ty měly dostatečný potenciál stát se součástí následného kategoriálního systému. Poté se hledaly mezi nimi souvislosti. Metoda zakotvené teorie nebyla tedy aplikována ve svém celku. Centrem analytického postupu se stala **tematická analýza**, ta představuje vyhledávání obsahových

vzorců v datech kvalitativní povahy a je platnou metodou v širokém rámci kvalitativních analytických metod. Přináší nejen důkladné uspořádání a popis dat, ale umožňuje interpretovat nejrozličnější aspekty výzkumného tématu. Ve výběru a prezentaci témat hraje aktivní roli výzkumník, jenž po celou dobu kódování dat i extrakce témat stále vstupuje do dialogu s výzkumným materiálem a reflektuje analytický proces jako takový (Braun & Clarke, 2006). Takto zavedený metodologický přístup se ukázal jako nejvhodnější nástroj pro zpracování empirické části bakalářské práce. Tematická analýza tak umožnila realizovat analýzu dat a současně dodržet požadavky na precizní kvalitativní analýzu (Braun & Clarke, 2006, s. 96).

4) Fáze **kódování** (jež odpovídá postupům otevřeného a axiálního kódování metody zakotvené teorie) se odehrávala souběžně s vyjasňováním základních témat tematické analýzy. V této fázi jsme vybírali z přepsaných rozhovorů úseky výpovědí, jež se týkaly popisu pracovního prostředí a věnovaly se subjektivnímu prožívání sester. Následující fází analýzy bylo **propojování dat**: hledání spojitostí v datech, mezi jednotlivými kódy; propojování částí ve větší celky na základě různých hledisek (Miovský, 2006, s.220). Vznikaly nám tak první kategorie, které byly dávány do spojitosti na základě tematické podobnosti. Poté došlo k vytvoření tematických celků.

5. Výsledky výzkumu a prezentace dat

Prezentace dat je tvořena pěti kapitolami. V každé kapitole uvádíme úryvky rozhovorů, které empiricky naplňují oblasti vzešlé z tematické analýzy. Jednotlivá témata pak ilustrují námi identifikované kategorie a subkategorie. V první kapitole jsme se soustředili na interpersonální vztahy, v druhé kapitole analyzujeme samotná pracoviště respondentů. Ve třetí kapitole se zamýšlíme nad sociálním klimatem současné společnosti ve vztahu k profesi zdravotní sestry. Čtvrtá a pátá kapitola se věnuje fyzickému a psychickému vyčerpání respondentů. Je nutno podotknout, že se mnoho kategorií hl. uvnitř ukázek prolíná či překrývá. Přesto jsme se snažili jednotlivá témata pokud možno od sebe oddělit a vytvořit tak přehlednou strukturu zkoumané problematiky. Tabulka 3 podává přehled o jednotlivých kategoriích.

Tematické oblasti	Kategorie	Subkategorie
1. Interpersonální vztahy	Zdravotníci Pacienti Příbuzní	povyšující se chování absence týmové práce vyhořelí verbální agrese nadměrná pozornost obtížní a nároční nespolupracující spolu chorobní
2. Samotné pracoviště	Nevhodné pracovní podmínky Časová tíseň Management	neschopný kontroly (oš. péče) neinformovaný o pracovní zátěži sester bez lidskosti neúcta k podřízeným přehnané nároky x podstavu sester nedostatek pomůcek bez ocenění, pochval a zájmu rána pod pás
3. Sociální klima společnosti	Nízké platy Nízká prestiž Degradace profese	stigma psychiatrie úklidové práce vykonávání práce za NZP zdravotní sestra = služka
4. Fyzická zátěž	Fyzické vyčerpání Noční služby Nepravidelný životní režim Ohrožené/zhoršené zdraví Pacient = břemeno ZS = perpetuum mobile	
5. Psychická zátěž	Strach přiznat chybu Obava z chyby Profesionálem za každou cenu Enormní zodpovědnost Smrt a umírání Bezmoc	paliativní pacienti

	Zhoršení stavu pacienta Džbán přetekl	myšlenky na odchod
--	--	--------------------

Tabulka 3, Seznam kategorií

5.1 Interpersonální vztahy

K tomu, aby se zdravotní sestra cítila dobře na svém pracovišti, potřebuje dobré a podporující interpersonální vztahy. Během analýzy dat jsme se setkali s mnoha indiciemi, které vypovídaly spíše o opaku. Kategorii Interpersonální vztahy jsme rozdělili na tři základní subkategorie, jednalo se o zdravotníky, pacienty a příbuzné.

Zdravotníci

Členové zdravotnického týmu by si měli navzájem poskytnout kolegiální podporu a vzájemnou pomoc. Mělo by jít za každých okolností o týmovou práci, kde hlavní prioritou je uzdravení nebo zlepšení zdravotního stavu pacienta a zajištění kvalitní péče. Výzkumné šetření potvrdilo, že vztahy k nejbližším spolupracovníkům mohou být komplikované. Naši participant si stěžovali na nepochopení a nevhodné chování a přehlížení. Partnerský rovnocenný vztah by se měl promítat také do vztahu lékař – zdravotní sestra.

o povyšující se chování

Barbora (urologické oddělení rozhovor 1, str. 2)

No negativa, když se setkáš s blbcem. To je jedno, když se setkáš s kolegou, kolegyní, s doktorem, se sanitářem, s uklízečkou... Když si prostě na tobě snaží zvýšit svoje ego, že oni jsou lepší... Prostě to někdo tak bere, aby měl možnost se nad tebou nebo nad někým povýšit. To jsou ty jejich traumata z mládí.

Václav (urologické oddělení, rozhovor 2, str. 2)

Ale ti doktoři se chovají v praxi povýšeně. Například, že nemluví na vás, ale řeknou: tohle to vám sestra přinese... že vás jako obslouží. Nebo se prostě někdy stane, že ten doktor vyložené seřval sestru před pacientem na pokoji, vyložené před pacientem.

Václav (urologické oddělení, rozhovor 2, str. 3)

No já mám třeba pořád takovej problém s panem doktorem H., ten si furt o mě myslí, že jsem úplný debil. Svým způsobem se mě snažil znalostma shazovat... Je to na něm úplně cejtit. Ale možná to mohlo bejt tím, že jsem tam byl tehdy jedinej kluk a že byl zvyklej na holčičí kolektiv, tak asi nevěděl, jak se chovat. Takže to prostě nefungovalo.

Ladislav (dětská onkologie, rozhovor 6, str. 10)

Volal jsem doktorovi ať prostě přijde, že je tady akutní stav, tak mě do telefonu seřval, že nemá vypít kafe. Pak přišel. A byl strašně arogantní, že si nevypil kafe a proč mu volám a celou cestu vlastně, co jsme převáželi pacienta na ARO, tak měl nějaký poznámky. Například když jsem jel s postelí, jestli mám řidičák.. Tak jsme se potom taky trochu chytli.

Barbora (urologické oddělení, rozhovor 1, str. 5)

Třeba když někam přijdeš na ambulanci nebo na jiný oddělení a předáváš tam pacienta, tak si připadáš jak debil. Hned začnou hledat chyby, když překládám rychle pacienta, protože vím, že je nějaký problém a oni tam začnou hledat jakýkoliv maličkosti... A odneseš to ty v nejlepším případě. Já si vždycky říkám, chudák pacient, taky by to mohl odnést on, když on vlastně za nic nemůže, on se jen zhoršil.

○ absence týmové práce

Anna (akutní psychiatrické oddělení, rozhovor 4, str. 2)

... přijde mi, že to, co sestra říká a píše, že jako opravdu není bráno v potaz. Jo, že je tam strašně velká propast mezi lékařema a středním zdravotnickým personálem a nebere se už vůbec nižší zdravotnický personál. Protože my jsme s těma lidma nejvíc, a my víme, jak se ti lidi chovají, co dělají, co potřebují... Sesterské záznamy nečtou, protože tam je kolikrát něco psanýho a pak za tejden nebo více dní, najednou ten lékař zjistí, že tohle to se děje a když je mu připomenuto, že už to má v záznamu týden, tak se tomu diví.

Anna (akutní psychiatrické oddělení, rozhovor 4, str. 5)

Určitě nejsme dobřej tým. A nemůžu se na nikoho spolehnout, jenom sama na sebe.

V našem výzkumném šetření jsme zachytili i nedostatečný respekt a pochopení školitelky k nově příchozí sestře. Kdo bude novou zdravotní sestru zaškolovat určuje ošetrovatelský management (vrchní sestra). Tato pozice může být i ze strany školitelky vnímaná pouze jako další povinnost navíc, ale i možný stresor. Tato role není zvlášť finančně oceněna. V českém zdravotnictví tak sestra – školitelka předává informace nově příchozí sestře, ale současně pečuje o stejný počet pacientů. K této důležité roli jsou vybírány zdravotní sestry s několikaletou praxí na oddělení, nejsou však k ní speciálně proškoleny.

Ladislav (dětská onkologie, rozhovor 6, str. 6)

(hovořil o své školitelce) ...to jsme si vůbec nesedli, protože vlastně já jsem se zaučoval, hodně věcí jsem nevěděl a nebyla úplně kolegiální vůči mně. Jelikož, když ona byla zaučovaná, tak její školitelka ji trošku šikanovala. To jsem se dozvěděl, tak si to podle mě nesla v sobě. A pak jsem s odstupem času nastoupil a myslím, že jsem byl trošku jako ten nárazník, kde ona si to chtěla trochu na mě vylejt.

Barbora (urologické oddělení, rozhovor 1, str. 6)

Ty oni hele nechtějí vidět, že jako by ti měli pomoci, opravdu některý tak asi 50 % čeká, že jim řekneš a furt doufají, že jim neřekneš, protože mě znaj, že opravdu prostě do poslední chvíle si raději všechno udělám sama, že je s tím nechci zatěžovat. Ale takových 80 % se tě zeptá, jestli nechceš pomoci a jak říkám z těch 80 % tak 60 % čeká, že nechci pomoci a zbytek těch 20 % čeká a ví, že když si řeknu, že už opravdu potřebuju pomoci.

Hedvika (psychoterapeutické oddělení, rozhovor 5, str. 5-6)

... že někdy u těch lidí něco vypožoruješ a chceš to s těma doktorama na té předkomunitě projednat a vidím třeba, že vedoucí lékařka o to třeba vůbec nemá zájem. Chce mluvit o své

kočce a o svém psovi. Ted' když vidím takový to (ukazuje mávnutí rukou)..Tak si pak řekneš, já ten spánek dělám, sleduju a nemám za to ani korunu, dělám něco navíc, co ostatní nedělají... Pak si zas říkám Ježíš Maria, má to vůbec smysl? Není lepší si sednout s časopisem na noční, a ne sedět čtyři hodiny, psát zápisy a stahovat aktigrafy? Když o to ti lékaři nemaj zájem.

Barbora (urologické oddělení, rozhovor 1, str. 4)

Jak jsem se to o sobě dozvěděla, že pacientům dávám hrozně moc na bolest, to jsem jako fakt bouchla, říkala jsem si, ted' se to votočilo proti tobě. Ty holky nikdy nedělaly na JIPu, ty lidi jsou chvíli po operaci a to je fakt hodně bolí a tam se jim vopravdu dává hodně, aby netrpěli. A jestli si myslí, že ty lidi když za jeden den přijdou z JIPu a že tu bolest nemaj, tak jsou prostě úplně vedle.

Naši respondenti se na svých současných a předchozích pracovištích setkali a setkávají s vyhořelými pracovníky. Uvědomují si, že syndrom vyhoření u spolupracovníků se odrazí na zhoršené kvalitě až absenci ošetrovatelské péče. V níže uvedených výpovědích došlo přímo k sororigenii, poškození zdraví pacienta zdravotní sestrou.

○ vyhořelí zdravotníci

Václav (urologické oddělení, rozhovor 2, str. 6)

Jednalo se o bolest u pacienta. Ten člověk ji (zdravotní sestru) prosil na kolenou, aby mu něco dala a ona mu nic nedala, řekla mu, že to musí vydržet a on se v noci sebral a dostal se na sesternu, která by měla bejt zamčená. Naštěstí to nikdo neřešil, že by ta sesterna měla být zamčená, našel si tam mobil, číslo na vedoucího lékaře a zavolał mu... No vona je vyhořelá. Pro ni mají větší smysl zvířátka než pacienti.

Ladislav (oddělení dětské onkologie, rozhovor 6, str. 13)

... což třeba jsem zažil na tom DD..., kde ty sestry, jim bylo kolem šedesáti a ty byly vyhořelý úplně komplet teda. To bylo teda hrozný... když někdo vešel do dveří, tak mu začala říkat: „Vypadni ty hajzle!“ Vopravdu až tak to bylo vulgární a celkově jako před náma vlastně nadávala na ty děti a ty děti to vlastně slyšely, ta sesterna je otevřená a ty děti jsou na chodbě. Takže některý ty holky prostě brečely, byly z toho špatný, že vlastně chtěly od nás tu podporu a naopak ty sestry je vlastně ještě odsuzovaly. Takže ty byly vyhořelý, tak to bylo.

Hedvika (psychoterapeutické oddělení, rozhovor 5, str. 12)

U nás na oddělení jsou vyhořelí tak jeden nebo dva lidi. Jeden z nich je lékař si myslím.

Barbora (urologické oddělení, rozhovor 1, str. 3,7 a str. 8)

Ježíš! Tam, je jich vyhořelej! Je jedno, jestli jsou mladý nebo starý! No jsou unavený no prostě už po obědě! Vrchnosti říkají pohádky, jak se starají o lidi, a přitom to není pravda, prostě vykládají jim pohádky, a nedávají jim léky na bolesti i když je ti lidi mají napsaný. Doktoři si myslí, že je to napsaný, tak že to dostávají. A není to pravda! A pak když pacient napíše písemnou stížnost, ale jako opravdu jako dost drsnou.. No bylo to kvůli bolestem, von tam lez a prosil ji na kolenou, aby mu dala něco na bolest a ona mu nedala, že jo, a trvalo to několik nočních, co ona měla, a pak napsal opravdu stížnost, napsal tam, že opravdu před ní klečel na kolenou bolestma a ona mu řekla, že ne a ať si jde lehnout. A pak se jí potom zastával i primář. To prostě nemá cenu (zklamaně).

Pacienti

Další velice významnou subkategorii v rámci interpersonálních vztahů v pozici zdravotní sestry, byli pacienti. Respondenti se setkali s verbální agresí, s absencí slušného chování. Někteří pacienti bojkotovali zcela vědomě pomoc ze strany zdravotníka.

Například ale i dlouhé čekání v přeplněných čekárnách může vést k slovnímu odreagování ze strany pacientů. Zdravotní sestry se tak snadno stanou hlavním terčem patientské frustrace.

o verbální agrese – vybití si frustrace na zdravotní sestře

Magda (aritmologické ambulance, rozhovor 3, str. 4)

Samozřejmě najdou se tady pacienti, kteří mě tady seřvou do bezvědomí, sprostě mě vynadají. Vteřinu se nezastavíte a jedete... Takže ti lidi pak řeknou, takže vy jste mě objednala na devátou, podívejte se se, je deset, tak když to neumíte, tak to nedělejte. Když to prostě nezvládáte, tak proč jich tolik objednáváte? A tak dále a tak dále Někdy je to opravdu strašně těžký ustát, vy berete kartičky a vy stěžíte koho máte... Pacienti se vybíjejí na nás a na doktorovi nikdy samozřejmě. No tam je aura.

Zvláště práce na psychiatrických pracovištích je v tomto směru značně náročná. Psychiatrická sestra se často setkává s pacienty s nízkou mírou frustrační tolerance. Její činnost je specifická a náročná například v oblasti komunikace s duševně nemocnými lidmi. V této souvislosti je nutné připomenout fakt, že sestra bývá pro pacienta snadno dosažitelná na rozdíl od lékaře.

Anna (akutní psychiatrické oddělení, rozhovor 4, str. 8)

Stane se na psychiatrii a myslím si dost často zažívám verbální agresi, ale můžu říct, že za ty leta jsem na to tak nějak zvykla, nechci tím říct, že mi to nevadí, samozřejmě, že mi to vadí... Pokud je to porucha osobnosti, která si na mě vylívá vztek, že jsem jí třeba nevyhověla v jejím požadavku, tak to se musím strašně moc zapírat.

Pavel (Alzheimer centrum, rozhovor 7, str. 15)

...vono je spíš blbý, když vám ten pacient nadává, vono je to nepříjemný, každý řekne, že je mu to jedno, když mu někdo nadává, ale když von vám někdo bude nadávat hodinu, kdykoliv k němu přijdete, tak to přeci jenom příjemný není.

o vyžadování nadměrné pozornosti

Anna (akutní psychiatrické oddělení, rozhovor 4, str. 5)

Psychicky si myslím, že je to velice náročný, protože v současné době lidi, kteří jsou hospitalizováni na psychiatrii vyžadují velikánskou pozornost. A protože se jim nedostává od lékařů, tak ji vyžadují od středního a nižšího zdravotnického personálu. Těžký je to, když je ve službě jen jedna sestra, na kterou se můžou obracet, protože nižší zdravotnický personál by neměl vést pohovory s pacienty.

Hedvika (psychoterapeutické oddělení, rozhovor 5, str. 11)

Ubírá mi hodně energii pacienti, který nemají hranice – to znamená poruchy osobnosti, kde člověk musí strašně dávat pozor na to co řekne, aby nezavdal příčinu nějakému konfliktu, ale co mě ještě víc vadí a co jsem ti už říkala, je teď ten trend, prostě těmhle těm lidem, aby si nestěžovali, nepsali stížnosti, nepsali o nás špatně na sociálních sítích jakoby ve všem vyhovět.

Anna (akutní psychiatrické oddělení 4. rozhovor, str. 7)

Nerada pracuju s pacientama s poruchami osobnostmi. Pracuji s ženama, takže se bavím o ženách a ne o mužích. Muži jsou úplně něco jinýho než ženy. Ženy neskutečně vyžadují pozornost a je to čtyřicet hodin denně, kdy mají potřebu vyhledávat ten ošetrovatelský personál a (pomlka) hovořit o svých problémech, který dle mně nemají snahu ani moc řešit, ale jenom využívají toho kontaktu, kdy jsou středem pozornosti. Pro mě je to neskutečný zdroj vyčerpání.

- **práce s určitými pacienty**

Hedvika (psychoterapeutické oddělení, rozhovor 5, str. 13)

Dřív bylo běžný, že jsi přišla na ten pokoj a rozsvítila jsi to noční osvětlení a zkontrolovala jsi pacienty. Dneska si pacienti stěžují, že sestra je budí, tak ty tam někde ve tmě šátráš. Toto je strašně náročný. Když si řekneš, relativně je klid, ale když tam máš poruchy osobnosti, tak je to pro tebe náročný, ať jsi jim stokrát prohlídla věci, ale oni si z propustky mohou přinést cokoliv.

Ladislav (oddělení dětské onkologie, rozhovor č. 6, str. 11-12)

No, jsou to ty malé děti, ty od novorozenců po ty batolata, kdy vlastně ty děti nespolupracují a jak vlastně nemluví, tak nám ani pořádně nemůžou říct, jestli je něco bolí a musíme hodně intuitivně a podle různých tabulek rozeznávat bolesti, jestli je to fakt bolest, co by to mohlo bejt a i ta manipulace s těma malinkýma dětma, ta ošetrovatelská péče od přebalování, oni mají třeba nefrostomie, takže třeba ta manipulace s těma hadičkama, jak jsou křehký ty děti, ono jim třeba chybí i kus lebky, když jim třeba vyjmou nějaký mozkovej nádor, tak vlastně celková péče o to dítě je velmi náročná, s tím, že ty děti furt brečí a vlastně jsou frustrovány, bojí se nás. Člověk prostě přijde do pokoje, ony nás ani ještě nevidí a už prostě řev. A už je to takový celkově, oni kopou, když jim jdu změřit tlak nebo teplotu, voni sebou melou, řvou fakt jako kdyby sme je tam týrali. Takže je to fakt takový hodně náročný, no. No někdy i holky si myslěj, jestli jim tam napíchávám pět kanyl nebo něco. Já říkám: „Ne, pokusil jsem se změřit tlak.“

Pavel (Alzheimer centrum, rozhovor č. 7, str. 6)

Samozřejmě potom vyčerpávaj ty lidi, protože prostě když někdo desetkrát za půl hodiny za váma přijde, že nedostal večeři a vy řeknete: „Ale paní Nováková, vždyť jste před chvílí jedla.“ ... tak jako taky to může nějakým způsobem vyčerpávat.

Hedvika (psychoterapeutické oddělení, rozhovor 5, str. 2)

Já si myslím, že je to trošku tou dobou, že ty lidi mají tu představu, platím si zdravotní pojištění, tak se snažte. Jako kdyby ty lidi očekávali od toho zdravotnictví sebespasení... Já můžu pacientovi ukazovat cestu, můžu ho doprovázet, můžu mu pomáhat, ale na té změně se musí ve velké většině podílet on... ale pak je spousta lidí, kteří už dneska jako ví, co po nich chceme, rozumí té cestě, ale zisky z nemoci jsou pro ně daleko větší než to, aby se uzdravili. A mám pocit, že těchto začíná přibývat. Hrozně to odebírá energii. Odebírá to energii v tom, že (pomlka) vím, že by se těm lidem dalo pomoci, vím, že by se zlepšila kvalita života a oni to bojkotují, oni to nechťej, protože zisky z toho, že dostanou důchod jsou pro ně lepší než se vrátit do pracovního procesu.

Zdravotní sestry se ve své práci setkávají i s příbuznými pacientů. Zdravotníci očekávají spolupráci z jejich strany, neboť by mělo jít o společný cíl. Ne vždy se to podaří, zvláště pokud rodiče nejsou ještě ve stavu přijetí diagnózy u svého dítěte.

○ příbuzní

Ladislav (oddělení dětské onkologie, rozhovor 6, str. 5)

Je to hodně náročný, vlastně nejnáročnější část asi toho oddělení jsou ti rodiče. Ti když se v těch prvopočátcích vlastně, kdy se dozví tu diagnózu, tak logicky jsou frustrováni, nepřiznávají si vlastně tu diagnózu. Někteří rodiče si vlastně nepřiznají, proč tam jsou. A my sloužíme vlastně jako takový ten první nárazník, na kterém si oni vlastně vybíjejí ty svoje emoce, což úplně chápu, rozumím tomu, ale bohužel ty rodiče někdy úplně nespolupracují. Je to s nima složitý, jsou na medikaci, psychiatrické, takže jsou utlumený lékama, takže to je všechno do kolečka a je to náročný s těma rodičema. Hodně.

Ladislav (oddělení dětské onkologie, rozhovor 6, str. 6)

A tatínek byl nějaký generální ředitel nějaký banky na Slovensku. Takže takový pán, takový arogantnější s nosánkem nahoru. Absolutně odmítal se účastnit nějaký tý ošetrovatelský péče toho dítěte a když jsem tam šel, tak chtěl po mě, jaký léky dávám, jaký dávky. Všechno si to chtěl psát na papírek a koukal mi pod ruce a bylo to hodně nepříjemný teda, protože furt měl nějaký poznámky... a po čase mu teda došlo, že musí spolupracovat a účastnit se péče o toho syna, takže potom se účastnil, ale bylo to náročný, ty začátky, protože neměl důvěru k nám a snažil se ve všem hledat chyby.

Zhoršující zdravotní stav pacientů s chronickým a neléčitelným onemocněním může psychicky zasáhnout samotné zdravotníky, ale i příbuzné. To si uvědomil náš respondent z Alzheimer centra.

Pavel (Alzheimer centrum, rozhovor 7, str. 6)

V podstatě ti blízcí jsou jak bych to řek, spoluzávislí nebo spolu chorobní, spolu onemocňující. No samozřejmě oni na to různě reagují, různě se chovají, takže tohle může být vyčerpávající a hlavně u toho Alzheimer centra je hrozně složitý, když to řeknu, vy když navštívíte v nemocnici nějakýho příbuzného s nějakou chorobou, tak ho prostě vidíte v nějakém stavu na nějakém oddělení... Ted' si představte, že dáte svoji maminku do Alzheimer centra v relativně řekneme v nějaký tý jedničce dvojce v tom stádiu, kdy je jen dezorientovaná a potřebuje dozor a vy se během té návštěvy projdete mezi ostatními klientama, třeba po tý jídelně a vidíte tu budoucnost. Jestli mi rozumíte. Vidíte ted'ka maminku, jak je dezorientována, pak tam vidíte ty lidi, který když to řeknu lidově blbnou, pak tam vidíte ty lidi, který slintají, nedokážou se najíst a pak tam vidíte ty lidi, který už jen bezmocně ležej a vy vidíte tu budoucnost, když se takhle projdete. To je hrozně těžký pro ty lidi, když takhle přijdou na tu návštěvu, ty lidi samozřejmě na to reagují různě, ale oni trpěj, jako ty návštěvy.

5.2 Samotné pracoviště

V této kategorii jsme pomocí dalšího kódování určili další subkategorie. Jedná se o nevhodné pracovní podmínky, časovou tíseň a management.

Na výše uvedené stresory se se úzce váží nevhodné pracovní podmínky. Z výpovědí participantů je zřejmé, že se někteří zaměstnavatelé nedokážou o své zaměstnance dostatečně postarat a zajistit jim vhodné pracovní podmínky.

Nevhodné pracovní podmínky

Magda (aritmologické ambulance, rozhovor 3, str. 5)

Pracovní podmínky. Nemáme klimatizaci. Já Vám pak ukážu, v čem děláme. Tak třeba na tý chodbě (čekárna před ambulancí) je chládek, ať se Vám to nezdálo, tak to je krásnej chládek. Na tom sále jsme neměli klimatizaci. Olověná zástěra, jste kompletně oblečená, stojíte tam tři hodiny!

Anna (akutní psychiatrické oddělení, rozhovor 4, str. 3)

Každý bysme chtěli pracovat v takových podmínkách, abychom měli, já nevím, kvalitní odpočívárnu, kde mě nikdo nebude rušit, budu se moc v klidu najíst, nebudu mít společný záchod s pacientama, ve stejný místnosti! Budu ho mít úplně někde jinde. Ono se řekne, že jsou to takový malichernosti. Děláš na ženském oddělení, tak jdeš na záchod mezi ženský. Byla jsem na mužském oddělení a bylo to to samý. Konkrétně ten záchod má otevřený strop a z druhý strany je koupelna! Jo, jsme ženy a je nám taky žinantní udělat si potřebu, aniž bychom nebyly slyšet a ani někdy to nejde, že jo. A takovýhle pracovní podmínky se řešily mockrát. Nikdy se to nedořešilo a myslím, že to patří do základních věcí. Prostě personál je tam 12 hodin denně, 12 hodin v noci, takže to není málo.

Naši respondenti pocítují časový tlak, který si vysvětlujeme nedostatečným personálním obsazením během denních i nočních služeb na ošetrovacích jednotkách. Ve výzkumném šetření jsme však zachytili i nedostatek ambulantních sester. Na zdravotnických pracovištích je v současné době výrazný podstav sester, který se například ještě zhoršuje v době letních dovolených. Sestry jsou tak mnohdy nucené vykonávat práci za několik chybějících kolegyně. Dochází k dlouhodobému přetěžování a porušování Zákoníku práce. Sestry nemají možnost si vybrat zákonné přestávky. Stále se zvyšující tlak na výkon při nedostatečném počtu sester vede k chronické únavě a stresu.

Časová tíseň

Magda (aritmologické ambulance, rozhovor 3, str. 9, 18)

To mě prostě opravdu vyčerpává a vadí mi to, že nemám čas na toho pacienta. No ty skluzy mě samozřejmě drtí... Na oběd jdu, protože chci vidět jiný lidi, na ten jdu každý den. No a děvčata mi tu prostě vařej čaj, protože se stane, že prostě nemůžu ani odejít, aniž bych si ten čaj uvařila.

Hedvika (psychoterapeutické oddělení, rozhovor 5, str. 17)

Terapeutický dopis za dvacet minut nepřečteš. Já teda ne.. Protože než vůbec toho člověka uvedeš, posadíš, ted' to čteme a než to zpracujeme, tak hodina je málo. A vedoucí lékařka ti řekne: „Ty se s tím táhneš, stačí dvacet minut.“ Nedokážu to za dvacet minut.

Nezajištění dostatečného počtu personálu má ještě další důsledky. Zdravotní sestry jsou nucené poskytovat nekvalitní ošetrovatelkou péči svým pacientům. Tento fakt jsme zaznamenali jak ve státním i nestátním zdravotnickém sektoru.

Pavel (Alzheimer centrum, rozhovor 7, str. 4, 10)

Když to vezmu prakticky, je třeba nakrmit deset lidí, ale vy na to máte nějaký časový penzum. No není možný tři lidi nakrmit pořádně a pečlivě a sedm lidí nechat hladý. Já musím deset lidí odbýt a nakrmit je všechny. A já jsem osobně přesvědčený, že je nutný v týhle chvíli těch deset nakrmit trochu hůř na 80 % než nakrmit tři lidi na 100 % a sedm jich nechat hladý. Nevím, jestli to nazvat časovej stres, já nevím, jak to nazvat, to si ňák musíte rozmyslet, prostě jde o to, že ...jde prostě o problém zdrojů, já jako můžu odvést nějaký penzum práce a mám nějaký počet lidí a já prostě musím začít lidi šdit, když chci obsloužit všechny.

Václav (urologické oddělení, rozhovor 2, str. 7, 8)

No když ty práce je moc. Když tam přijdou třeba tři příjmy naráz. A člověk nestíhá. Ted', jsme měli fakt hromadu příjmů a ty sestry nebyly a my jsem tam místo ve třech sloužili ve dvou a někdy to šlo do krajních mezí a pak jsme někdy neměli ani sanitáře. Tak to se jelo do krve. I sanitáři si pak brali dovolenou a řešili si svoje zdravotní problémy, tak pak to vypadalo, že budeme sami dělat sanitáře a do toho přišla covidová krize.

Magda (aritmologické ambulance, rozhovor 3, str. 9)

Takže ted' je devět ambulancí. A sester je tu pět! V některých jsou tam doktoři sami. Ta práce vám tam zůstane a vy to pak musíte nějak dodělat. Musíte vyúčtovat a tak dále.

Hedvika (psychoterapeutické oddělení, rozhovor 5, str. 10)

Protože chtějí o deset pacientů rozšířit denní stacionář, ale personálně ne! A ted' nikdo nechápe, že ta jedna sestra na těch dvacet lidí personálně nemůže být!

Identifikovali jsme několik znepokojujících stresorů u kategorie management. Docházíme k závěru, že ošetrovatelský management si dostatečně neuvědomuje, že sestry za svou práci očekávají i určitou formu odměny. Nejedná se pouze o navýšení platu, ale také o morální ocenění a pochvalu. Toho se našim respondentům moc nedostává. Zaznamenali jsme také, že někteří nadřízení pracovníci nejsou schopni dostatečně kontrolovat kvalitu ošetrovatelské péče.

Management

o neschopnost kontroly ošetrovatelské péče

Barbora (urologické oddělení, rozhovor 1, str. 3)

Ne, u nás je to lenost sester, ten management to u nás neohlídá. Kouknu se na teplotu, pacient má 38 C, Paracetamol mu dávali, kouknu se kolikátý den má kanylu, vidím čtvrtý nebo pátý, tak se mohla rovnou přepíchnout kanyla. Oni to stejně prostě neudělají...Za týden, když se prostě ta situace opakuje, tak to prostě zase neudělají.

Pavel (Alzheimer centrum, rozhovor 7, str. 10)

Když to řeknu takhle, mým nadřízeným je vrchní sestra, jejím nadřízeným je ředitelka toho domova. Tu sem v životě neviděl v práci. Kdyby tam fungoval místo ní počítač, který nám posílá výplaty, tak by to bylo úplně stejný, to mě štve nejvíc.

o neinformovanost o pracovní zátěži sester

Václav (urologické oddělení, rozhovor 2, str. 5)

Měl jsem tři noční dvanáctky, a ještě k tomu tři céda (denní dvanáctky). Ted' jak jsme byli v tom svrabu, že vrchní otěhotněla, staniční onemocněla. Hlavní sestra při první příležitosti přehodila

jednu sestru na jiné oddělení kvůli průseru. Hlavní sestra vůbec neví, jak to na těch odděleních vypadá.

Hedvika (psychoterapeutické oddělení, 5. rozhovor, str. 9–10)

Tak se rozhodlo, že bude v denním stacionáři skupina dvaceti lidí. Chápeš to? Že ti sedí ve skupině 20 lidí! Když deset je moc! A ty si řekneš, dyť tam sedí na tom ředitelství lidi, ne všichni, ale někdo přeci, který přece psychoterapii rozumí. Je jasný, že ve skupině dvaceti lidí, nic nezvládneš, jo... Takže je to na úkor kvality. Ale řekne se, bude to tak, protože se potřebují peníze! Chápeš? Vždyť si to dovedeš představit, když se dělá komunita s 23 lidma, tak to jen dvě hodiny trvá, když každé něco řekne! A ten, co mluví prvních třicet sekund, tak tam dalších dvě a půl hodiny sedí! A toto nikomu nevysvětlíš, protože management řekne, potřebujeme peníze.

Ošetrovatelský management by měl být pro sestry morální oporou. Pokud správně plní svou funkci, pak se sestry neobávají obrátit se svými profesními problémy i na nejvyšší ošetrovatelský management. Tím je hlavní sestra

- **management bez lidskosti**

Václav (urologické oddělení, rozhovor 2, str. 6)

No hlavní sestra nemá tu lidskou stránku. Já chápu, že má výbornou tu manažerskou stránku, ale tu emocionální... to jí chybí. Ale já jsem teď ve stavu, kdy s ní budeme mít nějakou supervizi. Ale ty lidi jí to prostě neřeknou, protože se jí prostě bojeje. No prostě, když je člověk před ní postavený, tak to prostě v tu chvíli neřekne. Jak přehodila tu sestřičku na jiný oddělení, tak to byl velký psychologický efekt a v tu chvíli ona vlastně umlčela toho největšího rebela, který tam byl a poslala ho jinam. Tak asi odpor v týhle té chvíli je zbytečný a hromada lidí si to rozmyslela..

- **neúcta k podřízeným**

Václav (urologické oddělení, rozhovor 2, str. 8)

Byli jsme na školení, jak se máme oblikat ke covidovému pacientovi. My jsme tam přišli, ona (hlavní sestra) nás nechala rozesadit, aby sme měli bezpečný rozestupy v lavicích a začala tam nadávat sestřičce, proč tam má tu roušku, přes ty ústa a přes nos, jestli jako má rýmu. V tu dobu se právě ještě roušky nenosily. No to je právě ten paradox. A ta sestra řekla, že ne. A hlavní sestra ji řekla, ať ji dá pryč a proč plejtvá zdravotnickým materiálem, a přesně ten den vyšlo nařízení, že všichni musí nosit roušku. No a ta věrohodnost toho vedení dostala v tu chvíli dost na prdel.

- **přehnané nároky x výraznému podstavu sester**

Václav ((urologické oddělení, rozhovor 2, str. 9)

Nemá ten přehled (hlavní sestra). A díky tomu má ty nároky vyšší, než by podle mě měly být. Věřím, že si to vůbec neuvědomuje, ve chvíli, kdy nám vzala sestru a nedala nám nikoho jiného. V tu chvíli rozhodně ne!

I když se změnilo složení pacientů na určitých pracovištích, ošetrovatelský management nezajistil vhodné pomůcky, které by ulehčovaly práci s imobilními pacienty.

- **nezajištění pomůcek**

Anna (akutní psychiatrické oddělení, rozhovor 4, str. 6)

Nelíbí se mi, jaký pacienty na oddělení poslední dobou přijímáme, protože jsme akutní oddělení pro ženy. Jsou to nechodící babičky, nejsou uloženy na oddělení, kam správně patří. Nejsme vybavený pomůckama pro starý lidi a tím pádem je to velice náročná práce.

V našem výzkumném šetření se sestry cítí morálně nedocenené. Management od nich očekává plné nasazení i při nezajištění dostatečného počtu sester. Často management působí svými činy kontraproduktivně, což ještě značně prohlubuje nespokojenost sester.

○ **nedocenení práce, bez zájmu a pochval**

Hedvika (psychoterapeutické oddělení, 5.rozhovor, str. 3, 8, 11)

Třeba, že tam nejsou žádné benefity... Mám jako pocit, že čím dál míň je ta sesterská práce hodnocena i u těch vlastních. V tom vlastním zařízení. Ale, že zvlášť co my jsme starší, že vedení má pocit, že nás mají jistý... No, my jsme na jednu stranu drahý, ale bohužel, ale za ty drahý peníze nás tam nemůžou udržet, tak někde je nějaká chyba! Taková ta nespokojenost těch našich šéfů, že my děláme na hranici našich možností a pořád je to ještě jako málo. Ještě to by se mělo...tamto by se mělo.

Pavel (Alzheimer centrum, rozhovor 7, str. 8)

My jako personál jsme pro ně jenom nákladová položka. Takže oni se snažej, taková je podstata každý ekonomický činnosti, s minimem nákladů dosáhnout maxima zisku. To je prostě princip fungování ekonomiky. A tady v tomhle tom oboru to má strašlivý důsledky! Realita je taková, že potom se stane, že je tam jedna zdravotní sestra na šedesát klientů, fyzioterapeut je tam třikrát tejdne pro 60 lidí a praktickéj lékař tam dochází jednou za měsíc, takže si prohlídne papíry a ani ty lidi nevidí. To samozřejmě v těch informačních prospektech nevidíte.

Anna (akutní psychiatrické oddělení, rozhovor 4, str.5-6)

No myslím si, že ten management by měl taky trochu pracovat pro lidi, s kterejma pracuje, ale myslím si, že ten současnej management si jde čistě po tý svý linii. Dělá to, co musí, nedívá se doleva doprava. Jemu záleží jen na tom, aby to oddělení šlapalo na sto procent, ale v jakých podmínkách nebo jestli vytváří nějaký dobrý pracovní podmínky pro ty lidi, to už tomu managementu je jedno... Přibyla práce, většinou papírová práce. Tý práce si vedení neváží a nevážilo.

○ **zatajování informací, rána pod pás**

Václav (urologické oddělení, rozhovor 2, str. 8)

A z toho oblékání ke covidovi se vyklubal nábor do stanu (pozn. provádět stěry na vyšetření Covid 19). Tak to mě docela dostalo. A teď jako potřebujeme „dobrovolníky“ do toho stanu a my vám to pak v tom stanu ukážem. Slyšel jsem, že to některé vrchní těm lidem řekly. Aby ty lidi věděli, co je čeká, ale my jsme to nevěděli, takže pro nás to byla rána. Jo. S tím je vidět, jak hlavní sestra dokáže měnit věci během chvíle.

Václav (urologické oddělení, rozhovor 2, str. 8-9)

Jsem teď pořád na karanténním oddělení. Tam se to taky každou chvílí mění jako na běžícím páse. Tam se každou chvílí děje něco jinýho. Třeba jsme tuhle přišli na noční a zjistili jsme, že nám otevřeli i chirurgickou část, kde se pacienti připravují k chirurgickým výkonům. A najednou z těch třech sester na noc, které měly mít na starosti dvě křídla na noc s tím, že si vypomůžou plus ještě jeden sanitář, tak tam jeden musel jít na tu chirurgickou část, což jsem byl samozřejmě já. Ale vedení nám mohlo říct, že jdeme na jiný oddělení. Ty tam čekali, že si někdo převezme noční, nakonec jsme to zjistili my, kdo tam půjde na tu noční.

5.3. Sociální klima společnosti

Ačkoliv se všeobecně má za to, že zdravotní sestra je uznávaná a oceňovaná profese zvláště v současné době koronavirové pandemie, naši respondenti smýšlejí o své profesi v podstatě značně rozdílně. V této kategorii se nám podařilo vyčlenit tři další subkategorie.

Nízké platové ohodnocení

Magda (aritmologické ambulance, rozhovor 3, str. 18)

No já si prostě myslím jako, že ty sestry by měly mít opravdu ty platy vyšší, mluvím teď za ambulantní složku. Protože na těch odděleních přeci jen dostali přidáno. No dělají v trojměnném provozu, to ano, ale dostanou to zaplacený. A proto na tý ambulanci, když holky zjistí ten plat, tak řeknou já půjdu dělat na půl úvazku a jsem na stejným, a ještě budu půl měsíce doma. Každý den jsem tady od půl sedmý do půl čtvrtý. Nic si nezařídíte. Chcete taky prostě někam jít, chcete na úřad a to je problém.

Anna (akutní psychiatrické oddělení, rozhovor 4, str. 2)

Já si zase tak moc nemyslím, že by sesterská práce byla až tolik moc oceněna. Protože mám dlouhou praxi a dělám u jednoho zaměstnavatele, tak samozřejmě ty peníze mám trochu vyšší, ale já bych se cítila ještě navíc.

Hedvika (psychoterapeutické oddělení, rozhovor 5, str. 8)

Ale rozumíš já jsem tam pět let a za pět let jsme nedostali žádnou odměnu! A furt se nám říká jste drahý, nejsou peníze a furt dokola! A já si říkám, dyť jako my tady nemáme nic navíc a furt jako že, my už jsme starý. Ale my už bychom tam nebyly, kdybychom nemusely, ale stát chce, abychom tam ještě byly!

S nízkým platovým ohodnocením úzce souvisí i nízká společenská prestiž, ta se odvíjí od sociálně-ekonomického statusu jednotlivce. Z úryvků rozhovorů plyne, že naši participanti prožívají ve své profesi řadu zklamání. Jsou přesvědčení že jejich pracovní situace se postupem času zhoršuje jak v otázce společenské prestiže, tak i v konkrétním chování jednotlivých lidí.

Nízká společenská prestiž

Anna (akutní psychiatrické oddělení, rozhovor 4, str. 4, 5)

Ne, už bych se pro to povolání nerozhodla. Nikdy! Protože to povolání je strašně nevděčný. Lidi jsou strašně nevděčný. Myslím si, že zdravotník by měl být na větší výši, měl by mít lepší životní úroveň, než má a než je v současné době. A měl by být víc považovaněj ve společnosti. Dneska tohle to povolání nemá naprosto žádnou prestiž. A v tý prestiži jsou samozřejmě i ty finance, ten, kdo je na výši, má i ty finance. Ten kdo je dole, tak ty finance nemá.

Hedvika (psychoterapeutické oddělení, rozhovor 5, str. 1)

Já si pamatuju, když jsem nastoupila do praxe a bylo mi tenkrát devatenáct let a šla jsem oddělením a tenkrát na rozdíl ode dneška jsem skoro nic neuměla, tak spoustu lidí obdivně říkalo: „Jé sestřička.“ A poslední dobou bych řekla skoro vůbec žádný společenský ohodnocení.

Překvapivě jsme identifikovali i subkategorii: stigma psychiatrie. Tato specializace je nadále vnímána širokou veřejností, ale i samotnými zdravotníky jako méně prestižní medicínský obor.

- **stigma psychiatrie**

Anna (akutní psychiatrické oddělení, rozhovor 4, str. 4, 5)

Práce na psychiatrii je nesmírně těžká a nikdo si ji myslím až tolik neváží, protože psychiatrický pacient, je to pořád takovej pacient, kterej de facto jako není pacient. Je to člověk kterej je v očích veřejnosti v blázinci. Lidi to pořád odsuzujou a myslej si, že ta psychiatrie nemá takovou váhu jako jiný zdravotnický obory, ale nikdo si neuvědomuje, že psychiatrie zahrnuje od A do Z úplně všechny somatický obory.

Hedvika (psychoterapeutické oddělení, rozhovor 5, str. 3)

K nám přicházela sestra ze školy, ale už s psychiatrickým vzděláním nebo někdo přicházel z jiný psychiatrie k nám. A dneska je stav takovej, že se bere každěj, jen aby tam někdo byl. Když už se sestra ohlásí a trochu odpovídá, tak se bere a jedno, jestli je od zubaře... A nehledě na to, jestli se osobnostně na tu práci hodí. Jiná sestra bude na ARO, jiná sestra bude na psychiatrii a jiná bude na dětským.

Degradace profese zdravotní sestry

Degradace profese zdravotní sestry přichází jednoznačně ze strany managementu. Z důvodu nedostatku nižšího zdravotnického a pomocného personálu, jsou zdravotní sestry často nuceny vykonávat pomocné a úklidové práce. Tento fakt může u samotných sester výrazně snížit vnímanou sociální prestiž tohoto povolání.

- **úklidové práce**

Magda (aritmologické ambulance, rozhovor 3, str. 17)

Taky jsem uklízečka. No každý den to tady musím prostě umejt. Všechny přístroje, povrchy. To bych opravdu nemusela dělat. A když to nestihnu, tak přijdu druhý den ráno dřív. No v době covidu jsem hodinu myla všechny židle v čekárně.

Hedvika (psychoterapeutické oddělení, rozhovor 5, str. 16)

Vidí-li pacient, že vynášíš odpadky, že vytahuješ nádoby z myčky, tak on se na tebe dívá přes tuto optiku. Ano a ty můžeš být stokrát erudovaná, psychoterapeuticky, ale on tě vidí touhle tou optikou, on tě vidí s tím pytlem, s těma plastama, on tě vidí s tím, že vaříš v tom barelu ten čaj, že něco uklízíš. A teď si řeknou, když to tady ta sestra dělá, jaké ona má vzdělání. Co to tady je vůbec zač. To je to samý, jako kdyby přišel doktor a nebyla sestra a oni by mu řekli, rozdej jídlo. Takže kdyby lékař pacientům rozdával jídlo a nebyl výjimečný nebo válečný stav nebo něco takovýho, tak si všichni řeknou, co jsou to tady za pořádky. Jaký ten doktor je, když tady rozdává jídlo nebo vynáší pytel s odpadem.

- **vykonávání práce za NZP (nižší zdravotnický personál)**

Magda (aritmologické ambulance, rozhovor 3, str. 8)

Tahám lidi, vozím postele, vozíky, taháte lidi pořád na postel nahoru dolů. Nemáme žádného sanitáře a nikdy jsme neměli! Saniták mi přiveze pacienta, ale musíte ho přendat na lehátko. Já si toho pacienta musím dotlačit sama do tý naší poradny... Pacient je břemeno. No prostě na ambulanci sanitář není. Nikdy nebyl a nikdy nebude!

Respondentky z psychiatrických oddělení jsou zklamané z chování některých plně soběstačných pacientů. Níže vyjadřují své rozhořčení nad tím, že pacienti nepochopili jejich role a pracovní povinnosti.

- **zdravotní sestra je služka**

Hedvika (psychoterapeutické oddělení, rozhovor 5, str. 2)

A dneska bych řekla, že jsem pro spoustu lidí přines, odnes, podej. Taková služka, jako neříkám u všech, to neříkám, ale že vůbec se vytrácí vůči nám takový to slušný chování. Pozdravit, za něco poděkovat. Chvilku počkat, když vidí, že pracuju s jiným pacientem.

Anna (akutní psychiatrické oddělení, rozhovor 4, str. 4)

Naopak dneska je sestra považována za služku, dle mého názoru. Proto bych si znova tohleto povolání ne zvolila. V žádném případě ne!

5.4. Fyzická zátěž

Během rozhovorů každý respondent uvedl, že se cítí fyzicky vyčerpan. Během kódování jsme identifikovali další subkategorie, které fyzicky zatěžují zdravotní sestry: noční služby, nepravidelný životní režim, ale i starosti o své vlastní zdraví. Šest našich respondentů pracuje ve směnném provozu což znamená, že pracují i na nočních směnách. Bylo potvrzeno, že tito pracovníci jsou více ohroženi kardiovaskulárními onemocněními, obezitou, metabolickým syndromem a nádorovými onemocněními, ale i psychickými obtížemi jako je deprese a úzkostné poruchy (Betlehem, 2005; Kim, 2013). Pro směnný provoz ve zdravotnictví je také charakteristická dvanáctihodinová pracovní doba, práce o víkendech a svátcích. Neobvyklá pracovní doba směnových sester jde na úkor rodiny a přátel.

- **fyzické vyčerpání**

Magda (aritmologická ambulance, rozhovor 3, str. 11)

Tak ta kardiologie je náročná. V každé místnosti máte jiné přístroje. A ne jeden. Bere se, že do ambulance, že tam jdou jako ty starý sestry si odpočinout. Ne, ale tak to fakt není. Ne, pozor nejsem ve skvělý kondici! Já zvládnu jen tu práci. Pozor! Doma už nic, jenom práci. Doma nemám naklizené. Takže opravdu doma nezvládám! No a ten pátek jsem naprosto vyčerpaná. No a jak já chodím spát pozdě a brzo ráno vstávám, tak v pátek ležím už v osm hodin v posteli a jsem naprosto vyřízená.

Hedvika (psychoterapeutické oddělení, rozhovor 5, str. 5)

Jdeme z noční do noční nebo z denní zase na denní, to je hodně vyčerpávající. Já spím dobře, já se zvládnu vyspat, ale je to takový, že prostě spím a jenom chodím do práce.. Tak pak když už ten čas je, pak už zase není energie. Já žiju sama, tak si mohu dělat co chci, ale myslím si, že kdybych měla rodinu, třeba školáka, že je to náročný... Takže svým způsobem je to fyzické vyčerpání. A co se mi někdy zdá, takový to fyzické vyčerpání z toho, že někdy jsou nároční ti pacienti.

Ladislav (oddělení dětské onkologie, rozhovor 6, str. 13, 14)

Tak bylo strašně moc práce a člověk se už viděl na tý dovče a bylo to takový jako, že jsem se strašně cítil, proč tady ještě jsem, tak to bylo takový na prd... No někdy jsme sloužili šest služeb za týden. Někdy pět. Jak kdy. Většinou se snažíme mít krátký a dlouhý týden, ale v tom létě to byl vlastně dlouhý týden šest služeb a krátký třeba pět služeb nebo čtyři. Takže defacto to byly třeba dva dlouhý týdny, kdy člověk jede v kuse celejch dvanáct hodin... Někdy se to sejde prostě, což byly třeba ty předloňský Vánoce, kdy bylo natřískaný oddělení a měli jsme každé čtyři děti a všechny ty děti byly fakt špatný, že jsme v sedm přišli do práce a třeba já jsem měl na mobilu dvacet pět tisíc kroků, že to bylo fakt šílený, že jsem měl nohy jako konve.

Anna (akutní psychiatrické oddělení, rozhovor 4, s. 5)

Dělám na příjmovém oddělení, přijímám, myslím si, že je to psychicky a fyzicky velice náročný. A čím jsem starší, tak to víc vnímám, protože na tu regeneraci člověk potřebuje víc času a tolik času nemá.

○ **noční služby**

Barbora (urologické oddělení, rozhovor 1, str. 7)

Tak ty noční už mě zmáhaj. No já to znám z těch akutních lůžek. No a když je hodně práce, tak si vždycky vzpomenu, že jsem zažila mnohem horší noční a je to furt pro mě v klidu.

Václav (urologické oddělení, rozhovor 2, str. 4)

Tak třetí noční to jsem zombii. Zrovna teď, když jsem nastupoval na to karanténní oddělení, tak se mě ptali, jestli zvládnou čtyři noční za sebou, tak to jsem řekl, že ani náhodou. Ted'ka jsme třeba jeli na tý karanténě, že jsme měli tři noční, volno a tři céda (pozn. tři denní dvanáctky) za sebou). Takže si mě asi dokážete představit po třetím cédu.

Magda (aritmologická ambulance, rozhovor 3, str. 3)

Na noční jsme chodila jenom 5 roků. Jenom těch prvních pět let, než jsem měla první dítě a pak už to byla jenom ambulantní složka. Jsem skřivan, mě vadily ty noční.

Anna (akutní psychiatrické oddělení, 4. rozhovor, str. 7)

No tělo mi určitě říká, že noční služby jsou pro mě vyčerpávající. Cítím to tak, myslím si, pět let nazpátek. Protože dříve mi nedělalo problém dvě, tři noční po sobě. Dneska mi stačí dvě noční a rozhodí mi to naprosto režim. Pak nemůžu spát ve dne, nemůžu spát v noci. Většinou to doženu tím, že prospím jeden celej den, abych se srovnala. Ty noční služby, myslím si, že čím je člověk starší, tak jsou zátěžový asi pro všechny.

Hedvika (psychoterapeutické oddělení, rozhovor 5, str. 3, 5)

To asi čím jsem starší bych řekla, že ty noční jsou náročnější, to určitě. Nejvíc mě vyčerpává, když mám tři noční za sebou. Když je toho tak hodně. Že třeba máme mezi službama ani ne 12 hodin odpočinku.

○ **nepravidelný životní režim**

Václav (urologické oddělení, rozhovor 2, str. 3)

Jo. kdybych chtěl na ranní služby, tak mám pravidelnost, takhle jsem prostě odkázaný na to, jak mi napíšíou ty služby.

Hedvika (psychoterapeutické oddělení, rozhovor 5, str. 1)

Ty služby jsou velmi nahodilý, že to nemá žádný rytmus, ať už kvůli spaní, tak i kvůli chodu té rodiny.

○ ohrožené nebo zhoršené vlastní zdraví

Václav (urologické oddělení, rozhovor 2, str. 3)

No prostě střídání těch denní a nočních to mi prostě taky moc nedává. Svým způsobem je to na úkor vlastního zdraví, že vydělám peníze.

Hedvika (psychoterapeutické oddělení, rozhovor 5, str. 3)

Částečně bych řekla, že mi to vzalo zdraví. Léčím se s tlakem.

Ladislav (oddělení dětské onkologie, rozhovor 6, str. 15)

No rozhodně, pracujeme s těma cytostatikama, tak už jenom to riziko s těma chemoterapiema, je tam teda. Ted'ka jsme tam měli zrovna kolegyni, byla na prevenci, jako na prohlídce u našeho závod'áka a zjistili jí, že má nižší počet bílých krvinek, tak musela jít na odběr kostní dřeně, kde se vlastně dál zjišťovalo, čím by to mohlo být způsobený a nejspíš to bylo způsobený tím, že byla vystavená cytostatikám. Takže už jenom to, že tam vlastně pracuju a cytostatika způsobují neplodnost, přispívají vlastně celkově k rakovině, takže už jenom to, že tam s tím pracuju, tak mám vlastně větší predispozici k tomu, že bych mohl mít nějaký takový onemocnění. No a potom když to vezmu, kdybych šel na tu záchranku, co jsem tam jezdil v rámci stáží, tak ono to tam je hodně rizikový, už jenom z toho pohledu, že se tam vozí vlastně ty lidi, který jsou sociálně slabší, že jo, jak bezdomovci, tak feťáci a ty mají nespočet různých nemocí od žloutenky po svrab, takže to je jedno velký riziko.

Magda (aritmologická ambulance, rozhovor 3, str. 5)

Zdraví. Mám vyjetý tři plotýnky, protože jsem zvedla stařenku, která zkolabovala, mám vyjetej obratel. Potýkám se s bolestmi zad. Skončila jsem v nemocnici, nechodila jsem. Potýkám se s bolestmi zad jako už strašně let. Ano, zdraví. Kdyby mě muž nepomáhal, tak bych to už dávno dělat nemohla, protože v současné době přijdu z práce a ta žádá mě fakt prostě tak bolejš, že doma ležím třeba dvě hodiny.

I v době široké nabídky pomůcek pro imobilní pacienty zdravotnický management spoléhá na fyzickou sílu sester. Těžká fyzická práce v ošetrovatelské péči je spojena hlavně s manipulací s pacienty. Dochází tak dlouhodobému neúměrnému zatížení pohybového aparátu sester. Současným trendem by pak měla být minimalizace výkonů spojených s vertikálním zdviháním a přenášením pacienta, uplatnění manipulačních technik a využívání technických pomůcek (Komačková, 2009).

○ pacient je břemeno

Magda (aritmologická ambulance, rozhovor 3, str. 5)

Že člověk musí manipulovat s těma pacientama. Pacient je břemeno

Pavel (Alzheimer centrum, rozhovor 7, str. 3-4)

Tak je to strašlivá dřina. A je to mnohem větší dřina, než když někdo dělá kopáče. Já to řeknu prakticky ... tam, kde dělám já je zhruba 60 klientů, zhruba třetina jsou lidi, kteří jsou chodící. Řekněme 40 ležících lidí. Ty lidi, všichni se musej ráno umejt, posadit do křesel, svést dolů, dát na oběd, v poledne a večer vyvést nahoru, přebalit zase dát do postelí, odpoledne tam a zpátky. Takže když si vezmete, že ten jeden klient váží, řekněme 60 až 70 kilo, a tak vy těch lidí zvednete za den třeba toho člověka, to šedesátikilové břemeno zvednete za den 80x. Ta fyzická zátěž je strašlivá a vzhledem k tomu, že to z 80 % dělají ženy, tak je to jako obdivuhodný, protože prostě

když si představíte, že zvednete 50 x za den nebo 80x osmdesátikilový břemeno, tak to je práce, kterou by vám nedělal ani chlap.

Anna (akutní psychiatrické oddělení, rozhovor 4, str. 5)

Nejsme vybavený pomůckama pro starý lidi a tím pádem jako je to velice náročná práce, protože s těma lidma se musí manipulovat a zacházet úplně jinak než s člověkem, kterej je chodící.

Naši respondenti během výkonu svého náročného povolání nemají dost často čas uspokojit své primární životní potřeby. Mnohdy nejsou schopni v návalu práce se v klidu najíst ani napít. Proto jsme nazvali tuto subkategorii výstižným názvem sestra perpetuum mobile.

- **nezajištění si svých základních potřeb** (sestra jako perpetuum mobile)

Magda (aritmologická ambulance, rozhovor 3, str.3, 4, 18)

Na oběd si dojdu, to už jsem se taky naučila. I za cenu, že tu budu dýl. Určitě tam nejsem těch třicet minut. to vám každou chvíli zvoní telefon: „No prosím Tě přijď už nahoru, máš tady pacienta!“ Vteřinu se nezastavíte a jedete. Ta sestra tady musí organizovat, pořád organizuje celý den.

Hedvika (psychoterapeutické oddělení, rozhovor 5, str. 15)

Ta sestra má mít prostě právo sednou si, najíst se, učesat se... všichni mají představu, že ta sestra je tam proto, že musí být dvanáct hodin v běhu. A nikdo si neuvědomí, že když se ji dopřeje, aby se najedla, dala si kafe, a sebralo to patnáct minut z té pracovní doby, kdy nemusí jít ke dveřím, zvednout telefon nebo chvíli neodpovídat, protože ti lékaři se zavřou do svých pracoven. A aby ti pacienti věděli, že jestli teď oni měli ten oběd, že ta sestra se chce taky najíst. Vždyť jsem s vámi byla celou dobu, vždyť jste mě pořád viděli. Vy máte hlad, ale já ho mám taky. Nebo, že se vyčuráš nebo já nevím, když je velký vedro, že v polovině směny máš možnost se vysprchovat. Takový to, co jsou desetimínutový pauzy. Já si myslím, že pacienti to vůbec nevnímají. Nebo to vnímá ten, kdo v podobné profesi buď pracuje a ví, jaký to je. Bude to vnímat pokladní v samošce, když ví, že pořád jede ten pás a že ona taky jede a že by taky někdy potřebovala na záchod. A že všichni jenom dávají najevo, koukejte jste pomalá, rychle, zrychlete.

5. 5 Psychická zátěž

- **strach přiznat chybu**

Barbora (urologické oddělení, rozhovor 1, str. 2)

...a ne že když třeba já na něco zapomenu, že se na mě začne hned vejskat. Nebo něco se stane, něco můžeš udělat špatně, stane se to a já nemám strach přijít za tím doktorem a říct, ježiš já jsem tady něco popletla. Já mu to řeknu, aby se eventuálně zamezilo nějakýmu většímu problému, on to vyřeší a ne že na mě okamžitě napíše mimořádnou událost...A pro mě už to, že bych udělala nějakou chybu, tak mě to prostě nakopne, abych si příště dávala větší pozor a ne že budu mít příště strach, že mě napráší doktor, kolegyně, vrchní, staniční, primář.

- **obava z chyby**

Václav (urologické oddělení, rozhovor 2, str. 7)

No samozřejmě, co mě děsí, že pokud toho bude furt hodně, tak je tam větší šance, že něco podělám.

- **sáhnutí si na dno**

Václav (urologické oddělení, rozhovor 2, str. 5)

Tak to bylo tehdy když jsem se svou kolegyní z operativního týmu nastoupil na internu, kde jsem byl vlastně první den. Vím, že jsem si popletl Furosemid (pozn. diuretikum, lék na odvodnění) a dal jsem silnější (pozn. byl podán Furosemid forte). Já jsem to té doktorce řekl. Ona si toho člověka pohlídala. No a říkal jsem si, mám se vrátit na to oddělení a jestli ten člověk bude ještě vůbec žít a on naštěstí přežil. No tak v té chvíli jsem si sáhl opravdu na dno. V tu chvíli večer, kdy jsem vyloženě věděl, že to tak je a očekával jsem vlastně výsledek, jak to dopadne, tak v tu chvíli. Protože člověk si představí, že by vlastně mohl někoho zabít.

Krom toho, že u našich participantů převažuje často výdej energie nad zisky, může se stát, že tuto energii vynakládají na vlastní obranu. Máme tím na mysli identifikovanou kategorii: být profesionálem za každou cenu. Sestry se dost často snaží skrýt svou psychickou a fyzickou vyčerpanost a dostat ideálu neúnavného bezchybného profesionála.

- **být profesionálem za každou cenu**

Anna (akutní psychiatrické oddělení, rozhovor 4, str. 8)

Pokud, pokud je to dekompenzovaný psychotik, kterej ve mně vidí něco a prostě bojuje s tím, tak jsem schopná tomu rozumět, chápu to a cítím s ním. Nemám s tím naprosto žádný problém. Pokud je to porucha osobnosti, která si na mě vylejvá vztek, že jsem jí třeba nevyhověla v jejím požadavku, tak to se musím strašně moc zapírat, abych ji něco neřekla, ale protože jsem profesionál, tak si myslím, že se většinou udržím, ale neskutečným způsobem to se mnou cloumá.

Hedvika (psychoterapeutické oddělení, rozhovor 5, str. 17, 20)

Všichni si myslí, že vydržíš všechno a že se nás vůbec nedotkne, když nám někdo spáchá sebevraždu. To je velmi stresující,, to jsem zapomněla říct, když pacient, o kterého se staráš na propustce spáchá sebevraždu. To je to, co zaskočí celej ten tým. Nikdo si neuvědomuje, že i ten personál ať v tom zdravotnictví pracuje, kde chce, někdy potřebuje pomoci, že si o tom může promluvit a někdo tě slyší a nebere to jako, že si stěžuješ. Jenom, že řekneš ty svoje pocity...My nemáme supervize.

Zdravotní sestry na psychiatrických odděleních se často setkávají s pacienty, kteří mají sebevražedné myšlenky nebo mají tendence se sebepoškozovat. Zvláště náročné je tyto pacienty sledovat o nočních službách. Pouze některá psychiatrická oddělení akutní péče mají možnost monitorovat své pacienty přes kamerový systém. Schopnost správně posoudit zhoršení duševního stavu je u těchto nemocných životně důležité.

- **enormní zodpovědnost**

Hedvika (psychoterapeutické oddělení, rozhovor 5, str. 20)

Je to jeden ze stresorů, sledovat ty lidi, kteří se sebepoškozují,, aby ti na té službě něco nevyvedli. Mohou se popálit cigaretou, já nevím, co se stane, že jo. Toto bych teda řekla, že je nadměrně stresující. U někoho máš takovej ten šestej smysl, přijdeš do služby, znáš toho člověka a dneska je ti nějak podezřelej. Nevíš proč, ale je nějakej divnej a tak si řekneš na toho si dám pozor. Nebo z anamnézy už víš, že tam něco bylo nebo se ho i zeptáš a on konfabuluje. Jo, ale

někdy se ti to nepodaří.. Někdy ti to unikne, z důvodu jiné práce. Tak toho se vždycky bojím. Vždycky je furt procházím a dívám se na ně...

Zvláště náročné může být pro zdravotníka dlouhodobé setkávání se s utrpením a se smrtí pacientů. Domníváme se že například na onkologických a paliativních odděleních může pracovat pouze vyzrálá osobnost, která je vyrovnána se svou vlastní smrtí.

- **setkání se smrtí a umíráním**

Ladislav (oddělení dětské onkologie, rozhovor 6, str. 2-3)

Toho jsem se právě jako nejvíc bál, co to se mnou udělá, když prostě budu vidět to umírající dítě. Nicméně první takový případ přišel po tom, co jsem nastoupil. A byla to holčička s retinoblastomem (pozn. zhoubný nádor) v oku a najela na sál, aplikace chemoterapie přímo do arterie oftalmica. Když se neprobouzela, tak se vlastně udělalo kontrolní CT a tam se zjistilo, že má masivní krvácení do hlavy a vlastně zemřela. Tak to bylo psychicky náročný, že vlastně tu holčičku jsem viděl poměrně zdravou a vzápětí zemřela. Byla tam ta maminka. Strašně mi bylo líto té maminky, že my jsme ji od ní odváželi a tam si hrála holčička de facto jako zdravý dítě. Vypadala jako úplně zdravá, ale bohužel, bohužel teda zemřela. Tak jsme potom jeli na kontrolní CT a jakmile jsme udělali to CT, tak jsme stáli před tím počítačem, teď se začala vlastně vykreslovat ta hlava a hned jsme viděli to masivní krvácení. Tak já jsem tam začal hned brečet. Byl jsem z toho moc špatnej. Takže jako pláč. Bylo mi to tak strašně líto. Když jsme přijížděli na to oddělení s prázdnou postelí, tak mamka se ptala, kde je holčička a já jsem sám z toho byl hodně rozloženej. Já jsem se potom snažil to vzít, že to tak prostě je a nic s tím jako nenadělám. Ale jako nějaký přesnej časovej úsek, že by to jako odeznělo tam asi není. Furt to mám v hlavě a občas nad tím přemýšlím, nejenom nad tou pacientkou, ale i nad ostatními. Ale snažím si to nepřipouštět. Tak asi nemůžu říct nějaký časovej úsek, že bych se třeba po měsíci s tím vyrovnal... A ono to v tom člověku asi pořád zůstane.

- **bezmoc při ošetřování paliativních pacientů**

Ladislav (oddělení dětské onkologie, rozhovor 6, str. 8)

No, když jsou tam prostě pacienti, kteří jsou už v paliaci a vlastně vidíme to dítě v těch bolestech, kdy vlastně křičí, dáváme mu obrovský dávky analgetik, opiátů a to dítě už má vlastně tak vysokou rezistenci vůči všem těm lékům, že už to ani nezabírá a my zas nesmíme opakovat ty dávky kvůli těm odstupům a předávkování. Potom je tam ta bezmoc, že vlastně ani tomu dítěti nemůžeme moc pomoci a to je to asi nejvíce stresující, když vidíme, že to dítě stejně umře, když už moc nejde pomoci ani symptomaticky, to je hodně stresující.

Zdravotní sestra musí být schopná zvládnout nejen každodenní pracovní zátěž, ale musí se umět vyrovnat i s náhlou změnou stavu nemocného.

- **zhoršení stavu pacienta**

Ladislav (dětská onkologie, rozhovor 6, str. 16)

Jako stresující je tam asi každý stav, který tam vznikne akutně, nějaká komplikace, když třeba dítě začne krváčet z očí, z různých ran, z nosu, protože oni mají málo krevních destiček a pořád je vlastně substituujeme transfuzema, a některý ty děti mají masivní krvácivé projevy nebo mají nějaké otoky, špatně se jim dýchá. Když někdo krvácí, dáme mu tam tlakový obvaz, člověk ví ten postup, ale najednou když jsem viděl krváčet dítě ze všech otvorů, tak jak to mám sakra zastavit, tak co teď mám dělat...

Pavel (Alzheimer centrum, rozhovor 7, str. 15)

Prostě začne se měnit osobnost, můžou začít být agresivní, což je asi ta fáze, která je pro tu ošetrovatelskou péči nejnáročnější. Jednak tam mohou být nějaký špatný reakce vůči vám, ty lidi se k nám pak chovají špatně.

Někteří participantů nám v průběhu rozhovoru naznačili, že přemýšlí o odchodu ze svého současného pracoviště. Podařilo se nám je po roce opět zkontaktovat. Zjistili jsme, že kromě jedné respondentky, všichni zůstali na stejných pracovních pozicích.

○ džbán přetekl – myšlenky na opuštění pracovního místa

Václav (urologické oddělení, rozhovor 2, str. 4, 12)

No teď když to oddělení jde v uvozovkách do kytek, tak lidi odcházej. Teď vlastně nevíme, co nás čeká, od zítřka by měla vlastně nastoupit nová vrchní. Tu si tam dohodil primář, ono se to tam mění jak na běžícím páse... Ale taky jsem pokukoval na V. Teď tady vyrostlo soukromé zařízení operativy. Kdyby došlo k úplně nejhoršímu. Takhle dojíždím tři čtvrtě hodiny, tak bych to tady měl za rohem.

Ladislav (oddělení dětské onkologie, rozhovor 6, str. 7)

To bylo to období s tou kolegyní zrovna a celkově, tak ta práce byla složitá a pořád jsem se zaučoval, tak jsem ztrácel trošku nervy, že jsem si říkal, proč tam vůbec chodím, jestli mi to za to stojí. Bylo to náročnější, takže jsem jako uvažoval, ať už ten rok uběhne a ať už jdu pryč.

Anna (akutní psychiatrické oddělení rozhovor 4, str. 1)

No myslím, že čím dýl pracuju, tak kdybych měla možnost se znova rozhodovat, jestli budu tenhle obor dělat (pomlka), tak bych se už pro to nikdy nerozhodla. Myslím, že to dělám opravdu docela dlouho, ta práce mě baví pořád, ale ty pracovní podmínky, který jsou v současné době nastavený a ty lidi, jakým způsobem se ke zdravotníkům chovají, mluvím teda o svojí práci, o psychiatrii, jinde zkušenosti ani sama se sebou moc nemám.

Diskuse

V rámci našeho kvalitativního šetření jsme měli možnost nahlédnout do unikátní profesní zkušenosti čtyř respondentek a tří respondentů, kteří pracují v českém zdravotnictví na pozici zdravotní sestry. Motivace těchto žen a mužů je dosti podobná, jde jim o poskytnutí kvalitní ošetrovatelské péče. Tito pracovníci vstupovali do své profese s obrovskou energií, empatií, nadšením a ideály. Během své někdy i mnohaleté praxe zjišťují, jak vysoké výkonové a emoční nasazení jejich profese vyžaduje. I když se jim zpočátku daří se s těmito mnohočetnými pracovními stresory určitým způsobem vyrovnávat, začnou si uvědomovat, že poměr mezi vydanými silami do práce a ziskem se stává značně nerovný. Může dojít k tomu, že pomáhající více vydává, než získává. Naše šetření je nové hlavně tím, že většina předešlých výzkumů se této problematice věnovala kvantitativním přístupem.

Na základě získaných dat pomocí polostrukturovaných rozhovorů, jsme provedli důslednou analýzu. Podařilo se nám tak identifikovat důležitá témata, která byla u většiny respondentů společná. Ačkoli není možné naše výsledky, vzhledem ke kvalitativní povaze zobecnit na celou populaci zdravotních sester, vidíme je v kontextu současných výzkumů, které se profesním stresem zdravotních sester zabývaly. Uvědomujeme si, že jiný výzkumník by již v průběhu rozhovorů či během tematické analýzy, mohl klást důraz na jiné aspekty. Domníváme se, že být insider, bylo velkou výhodou. Rozhovory probíhaly ve velice přátelské atmosféře i když se se čtyřmi respondenty autorka výzkumného šetření viděla poprvé. Zdravotníci velice brzy odhodili masku bezchybného vševědoucího profesionála, dokázali se rozhovořit o svých profesních problémech, pracovních podmínkách, obavách, ale i o radostech, která jim zvolená profese přináší. Jednalo se nejen o hledání odpovědí na stanovené výzkumné otázky, ale šlo o lidské sdílení. Rádi bychom zde přiblížili některá všeobecná zjištění, která z naší práce vyplývají a tím i odpověděli na naše výzkumné otázky. Identifikovali jsme následující tematické kategorie: interpersonální vztahy, samotné pracoviště, sociální klima společnosti, fyzická a psychická zátěž.

Interpersonální vztahy

Tuto tematiku jsme rozdělili do tří základních subkategorií. Jednalo se o **zdravotníky, pacienty** a jejich **příbuzné**. Sestry si vysoce cení interpersonálních vztahů a týmové spolupráce. Velice je mrzí když je jiné sestry nebo lékaři z něčeho obviňují. Sestry také trápí, když organizace toleruje, že je pacientovi poskytována špatná péče nebo jejich kolegyně nedodržují důležité zásady při ošetřování pacientů. Naše zjištění jsou v souladu se zahraničními výzkumy (Mcneese Smith, 1999). Tyto teze byly potvrzeny v našem výzkumném šetření. Například respondentka Barbora je obviněna ostatními kolegyněmi, že na rozdíl od nich podává více analgetik u pooperačních pacientů. Tuto sestru naopak frustruje, že její kolegyně nejsou schopné při zvýšené tělesné teplotě u pacienta přepíchnout permanentní žilní katétr, což plně náleží do kompetence zdravotní sestry.

Naši participanti se setkali s povyšujícím se chováním jak ze strany samotných sester, tak i ze strany lékařů. Tyto skutečnosti patří mezi významné stresory zdravotní sestry. Dle našich respondentů je toto arogantní jednání spojeno i s výraznou nespokojeností a to hlavně v případě lékařů. Uznání sestry jako plnohodnotné partnerky ve zdravotnickém týmu na některých pracovištích není v současné době samozřejmostí. Řada interpersonálních problémů často vyplývá ze vzájemného nepochopení rolí. Pokusili jsme se zjistit pomocí literatury, proč tomu tak je. Souhlasíme s vysvětlením Freidsona (1988, in Bártlová, 2007), který tvrdí, že

ošetřovatelství není profese v plném slova smyslu. Tato profese sice vyžaduje dlouhodobé vzdělávání, ale chybí ji dostatečná autonomie a dominance. Lékaři jsou odpovědní za diagnózu, terapii a tedy za své pacienty a tím pádem mají velký vliv na ošetřovatelskou praxi. Freidson (1988) pak dále konstatuje, že ošetřovatelství nebude nikdy nic jiného než jakási poloprofese. Další autorka Rafferty (1996) nahlíží na ošetřovatelství jako na podřízenou profesi (In Bártlová, 2007). Bártlová (2006), která se pracovními vztahy mezi lékaři a sestrami dlouhodobě zabývala, upozorňuje ještě na další důležitý fakt: na vedoucích lékařských místech najdeme převážně muže. Někteří vedoucí lékaři berou ošetřovatelství jako pomocnou disciplínu při péči o nemocného. I dnes tedy vnímají někteří lékaři sestru jako odborně podřízenou pracovníci. Ta má bez otálení respektovat jejich příkazy a ordinace. Ještě v 70. letech minulého století tomu tak opravdu bylo, sestry se učily na zdravotnických školách, že podávat nápadům lékařům se rovnalo inzultaci. Naučily se tak dávat svá doporučení lékařům nepřímo, nenápadně, v souladu s hrou doktor – sestra. Je nutné zde podotknout, že i dnes se sestry cítí podřízené a lékaři jsou pak zmateni jejich úsilím a bojem o rovnoprávnost (Stein, 1967).

Nejedená se však jen o absenci týmové práce, během rozhovorů jsme zaznamenali osobní zkušenost respondentů s vyhořelými kolegy. Pokud šlo o publikovaná kvantitativní anonymní šetření, zdravotní sestry se nebojí přiznat, že se cítí vyhořelé. Například ve výzkumném šetření Berešové (2011) byly nalezeny známky syndromu vyhoření různé intenzity u 49 % zdravotních sester (n = 218). Naši respondenti však možnost určitého stupně vlastního vyhoření veřejně nedeklarují, přestože v rozhovorech uvedli značné množství pracovních a profesních stresorů. Je nutné na tomto místě připomenout, že burn out je následek dlouhodobého chronického stresu. Tuto skutečnost je třeba mít na paměti, když analyzujeme prožívání respondentů. Je pak nutné si položit otázku, zda je míra zklamání, které je z citací více než zřejmé, je spíše příčinou stresu a tudíž můžeme například subkategorii management bez lidskosti a další považovat za stresor, anebo zda je spíše důsledkem negativního náhledu, který je typickým příznakem vyhoření. Je tu řada kategorií, které jsou na pomezí těchto dvou výchozích bodů. Zařazujeme je tedy mezi stresory. Současně se zamýšlíme nad tím, proč je pro naše respondenty tak náročná hlubší sebereflexe, přestože některé pracovní situace považují za bezvýchodné a nezměnitelné. Je zcela možné, že se jedná o předem daný a všeobecně uznávaný nemocniční étos, který podporuje a prosazuje představu **neomylného zdravotníka**. Ten si musí poradit i v té nejnáročnější situaci. Na tento skrytý kontext narážíme i v jiné námi nakódované subkategorii: **obava z chyby**. Ve zdravotnictví je chyba považována za naprosto nepřípustný fenomén. Zdravotníci si dobře uvědomují, že svou chybou mohou poškodit nebo přímo ohrozit život

pacienta. Zde připomínáme úryvek rozhovoru Václava, který se strchoval o život svého pacienta při podání stejného, ale silnějšího léku: „*No a v té chvíli jsem si sáhl opravdu na dno...očekával jsem vlastně výsledek, jak to dopadne. Protože člověk si představí, že by vlastně mohl někoho zabít.*“ Ve zdravotnictví tak dochází k **nulové toleranci k chybě**. Tento diskurz je pak často transferován do každé činnosti zdravotní sestry. To však paradoxně nesmírně zatěžuje zdravotnický personál, který se pod tíhou podsouvané neomylnosti může snadno psychicky vyčerpat.

K tomu, aby se sestry cítily dostatečně kompetentní a přijaté ve své roli potřebují spolupracující nejen ostatní členy zdravotnického týmu a pokud možno také pacienty a jejich příbuzné. S nemocnými na rozdíl od jiných zdravotnických profesí, tráví sestra značnou část svého pracovního času a proto se také častěji setkávají s verbální agresí. Sestry působí jako snadno dostupný nárazník, který je k dispozici při vypouštění negativních pocitů a vybití frustrace ze strany pacientů i jejich příbuzných. Z naší analýzy vyplývá, že tato skutečnost je významným stresorem v práci sestry.

Překvapivou subkategorii jsme získali u psychiatrických sester. Obě respondentky nerady pracují s pacienty s poruchami osobnosti. Jeví se jim jako nároční, nespolupracující a vyžadující vysokou míru pozornosti. Stejně pocity má však i Václav, pracující na dětské onkologii. Jako značně náročnou popisuje práci s novorozenci, kojenci a batolaty. Tito malí pacienti se zdravotních sester anticipačně bojí, protože jim provádějí i bolestivé invazivní výkony, často pláčou a nelze se s nimi domluvit. Jako nároční pacienti se mohou sestrám jevit i klienti z Alzheimer centra. Je známo, že vysoce zatěžující je péče o pacienty s infaustní diagnózou, péče o chronicky nemocné a práce na psychoterapeutických odděleních (Venglářová, 2011).

Samostatné pracoviště

Dalšími zatěžujícími faktory s kterými se zdravotní sestra ve své profesi setká jsou **nevhodné pracovní podmínky**. V našich rozhovorech jsme zaznamenali, že sestry postrádají místnost, která je určena pouze pro ně, jiná respondentka má společnou toaletu s pacienty. Na jiném pracovišti nebyla klimatizace. Toto naše zjištění plně koresponduje s jiným výzkumným šetřením. Dle Machálkové (2008) přestávku na odpočinek tráví 80 % respondentek na pracovně sester, nemocniční oddělení tedy nejsou vybavena místností, která je výhradně určena pro sestry. Dalším stresorem, který se na pracovištích našich respondentů pravidelně objevuje je **časová tíseň** (viz úryvky rozhovorů str. 49). Tento faktor byl označen jako stresující i v mnoha dalších výzkumech (Mc Neese-Smith, 1999) a dost často souvisí s malým personálním

obsazením. Ve výzkumu Bártlové (2006) byl třetí nejčastější příčinou nespokojenosti sester nedostatek ošetrovatelského personálu.

Nejvíce překvapujícím zjištěním byla kategorie **management**. Zde se nám podařilo identifikovat několik subkategorií, které dávají znepokojivý obrázek o vedoucích pracovnících. Ve výzkumu Bártlové (2006) byli nadřízení druhou nejčastější příčinou pracovní nespokojenosti sester. Naši respondenti v této kategorii referují o neschopnosti managementu dohlížet na kvalitní ošetrovatelskou péči. Sestry si také stále více uvědomují, že management nebere v potaz jejich zvyšující se pracovní zátěž při sníženém počtu sester na směně.

Zdravotnictví je silně hierarchizováno, a tak se zdravotní sestry ocitají v tlaku dvojího managementu, a to jak ošetrovatelského, tak i lékařského. Identifikovali jsme subkategorie management bez lidskosti, neúcta k podřízeným, přehnané nároky vůči výraznému podstavu sester. Naše zjištění byla dříve potvrzena i v rozsáhlém kvantitativním šetření (n = 5935). Znepokojivá část dotazovaných (60 %) uvedla, že se svými nadřízenými nemohou mluvit o svých pracovních podmínkách (Di Cara et al., 2013). Sestry se cítí od managementu nedostatečně podporovány a oceňovány. Pozornost managementu se soustřeďuje hlavně na bezchybný chod oddělení: „*Současnej management si jde čistě po tý své linii... Jemu záleží jen na tom, aby to oddělení šlapalo na sto procent... jestli vytváří nějaký dobrý pracovní podmínky pro ty lidi, to už je tomu managementu jedno.*“ (respondentka Anna). Z rozhovorů vyplynulo, že ošetrovatelský **management** je **výrazným stresorem** pro české sestry. To se ostatně potvrdilo i v kvantitativním výzkumu provedeném pomocí dotazníku KP-SF (Kranken-Phlege – Stress – Fragebogen) v němž proběhlo komparativní šetření pracovní spokojenosti mezi českými a rakouskými sestrami (Mellanová, 2017, s.101).

Sociální klima společnosti

Sestry si často stěžují na nízké společenské hodnocení profese. Jako důvod uvedli naši respondenti tři základní kategorie: **nízké finanční ohodnocení, nízká prestiž, degradace profese**. Naše otázka zněla, jak je tato profese vnímána širokou veřejností? „*Lékaři, vědci, všeobecné sestry, učitelé na vysokých a základních školách, to je pět nejprestižnějších povolání podle průzkumu Centra pro výzkum veřejného mínění (CVVM) z roku 2016. Mezi vybranými 26 profesemi si uvedená pětice drží v žebříčku své pevné místo a je dlouhodobě pozitivně vnímána v očích české veřejnosti. Profese všeobecných sester zaujímá v posledních třech letech stabilně třetí pozici a dosáhla průměrného hodnocení 73,9 bodu ze sta možných. Mezi lety 1990 a 2013 se popularita sester zvýšila o devět procentních bodů.*“ (dostupné na www.obestof.cz).

Toto je v rozporu s vnímáním našich participantů, ti naopak pocítují nízkou společenskou prestiž.

V našem šetření se respondenti cítí nedostatečně finančně ohodnoceni, to se například potvrdilo i v průzkumném šetření Reindlové a Bobárové (2010), kde se 67 % respondentek necítilo být dostatečně ohodnoceno. Zdravotní sestry se na rozdíl od sociologických (Tuček & Machonin, 1993) a psychologických průzkumů cítí být společností nedocenené. Určité vysvětlení jsme našli u respondentky Anny: „*Dneska tohle to povolání nemá naprosto žádnou prestiž. A v té prestiži jsou samozřejmě i ty finance. Ten, kdo je na výši, má i ty finance. Ten, kdo je dole, tak ty finance nemá.*“

Domníváme se, že to souvisí i s dalším pro nás důležitým jevem. Pokud se nezmění současná běžná situace, kdy sestra supluje pomocný a nižší zdravotnický personál, bude se jen těžko měnit subjektivně vnímaná nízká prestiž ze strany sester. Tento jev jsme identifikovali jako **degradaci profese** zdravotní sestry. Z důvodu nedostatku pomocného personálu sestry provádí úklidové a pomocné práce jako je například dezinfekce povrchů, vynášení odpadů, starají se o kuchyňku na oddělení. Velice trefně to vyjádřila naše respondentka Hedvika: „*Vidí-li tě pacient, že vynášíš odpadky, že vytahuješ nádoby z myčky, tak on se na tebe dívá přes tuto optiku. Ano a ty můžeš být stokrát erudovaná, psychoterapeuticky, ale on tě vidí touhle tou optikou, on tě vidí s tím pytle, s těma plastama, on tě vidí s tím, že vaříš v tom barelu ten čaj, že něco uklízíš.*“

Sestry se také někdy cítí jako služky: „*A dneska bych řekla, že jsem pro spoustu lidí přines, odnes, podej. Taková služka, jako neříkám u všech, to neříkám, ale že vůbec se vytrácí vůči nám takový to slušný chování.*“ Výzkumné šetření Buriánka a Maliny (2009) prokázalo, že sestry téměř ¼ své pracovní doby tráví nekvalifikovanou prací.

Setkali jsem se také se **stigmatem psychiatrie**: I výzkum Ječné a kol. (2009) potvrdil, že psychiatrické sestry to vnímají jako další stresor, protože psychiatrie není ve srovnání s některými jinými medicínskými obory oceňována a nemá takovou vážnost mezi zdravotníky i širokou veřejností. Ve výzkumu prestiže, který byl proveden v rámci diplomové práce v roce 2004 na 1. LF UK v Praze, se psychiatrická sestra umístila na 11. místo z 18 nelékařských profesí ve zdravotnictví (Janoušková, 2004).

Fyzická zátěž

Naši respondenti pocítují velice často ve své profesi fyzické vyčerpání. Je to způsobeno hlavně velkým množstvím služeb, které jsou z důvodu nedostatečného počtu sester nuceni odsloužit, aby byl zajištěn plynulý provoz oddělení. Během dovolených nebo když některá sestra

dlouhodobě onemocní či v průběhu současné epidemiologické krize naše sestry odsloužily i šest dvanáctihodinových služeb za týden. Stejně závěry potvrzuje rozsáhlé kvantitativní šetření (n = 5935) z roku 2013, kdy se 70 % zdravotníků cítí po své službě vždy či často vyčerpano (Di Cara et al., 2013). Respondenti pokládají za zvláště zatěžující **noční služby** a **nepravidelný životní režim**. Všichni zdravotníci si uvědomují, že střídáním nočních a denních služeb je ohroženo jejich zdraví. Někteří respondenti nám přiznali, že práce ve zdravotnictví jim zhoršila jejich zdravotní stav. Například Hedvika se léčí s vysokým tlakem, Magda trpí dlouhodobě bolestmi zad. Ladislav si uvědomuje velké zdravotní riziko při práci s cytostatiky. Nezanedbatelná je i námi identifikovaná subkategorie pacient je břemeno. Na odděleních nejsou vhodné pomůcky například zvedáky, které by usnadnily manipulaci s imobilními pacienty.

Černay (2001) srovnává sesterské povolání s určitým typem „řeholního života“. Mellanová (1984) v této souvislosti hovoří o autoregulačních předpokladech. V našem výzkumném šetření jsme nakódovali subkategorii **sestra – perpetuum mobile**. Co tím máme na mysli? Běžně se stává, že si sestra během dvanáctihodinové služby nezvládne zajistit své základní životní potřeby, nezvládne si dojít například na oběd či vyčerpat přestávku po 6 hodinách práce. Jak referují naši respondenti: „*Vteřinu se nezastavíte a jedete.*“ (Magda), „*Ta sestra má mít prostě právo sednou si, najíst se ... všichni mají představu, že ta sestra je tam proto, že musí být dvanáct hodin v běhu.*“

Psychická zátěž

V našem výzkumném šetření se sestry obávají, že udělají chybu zvláště pokud budou unavené a vyčerpané z velkého množství služeb. Na zdravotníky je vyvíjen obrovský tlak být tzv. **profesionálem za každou cenu**. Z rozhovorů vyplynulo, že si nemohou dovolit dát najevo své zklamání, bezmoc, smutek, ale musí se naučit podřít své emoce racionální kontrole. Mellanová (2017) hovoří o emoční neutralitě. Kontraproduktivitu tohoto ne vždy splnitelného požadavku nám odkrývá úryvek z rozhovoru s Hedvikou: „*Všichni si myslí, že vydržíš všechno a že se nás vůbec nedotkne, když nám někdo spáchá sebevraždu. To je velmi stresující ... To je to, co zaskočí celej ten tým. Nikdo si neuvědomuje, že i ten personál ať v tom zdravotnictví pracuje kde chce někdy potřebuje pomoci, že si o tom může promluvit a někdo tě slyší a nebere se to jako, že si stěžuješ.*“

Značným stresorem může být i **enormní zodpovědnost**. Tu pociťují hlavně naše respondenty pracující na psychiatrickém oddělení. Jedná se například o pacienty kteří se sebeпоškozuji nebo mají sebevražedné myšlenky. Sestry špatně prožívají setkání s **umíráním a se smrtí**. Značně náročné je to v případě umírání a smrti dítěte (viz úryvek rozhovoru s respondentem Václavem, pracujícím na dětské onkologii, str. 60).

Dva respondenti z našeho průzkumného šetření se na svém oddělení setkávají s paliativními pacienty (Václav) nebo s neléčitelným a zhoršujícím se onemocněním jakým je Alzheimerova choroba (Pavel). Bývají tak často vystaveni přítomnosti utrpení a smutku. Při ošetřování těchto pacientů pociťují **bezmoc**.

Poslední subkategorii o které je nutno se zmínit jsou myšlenky na opuštění pracovního místa. Z výše uvedených početných stresorů, které každodenně doléhají na naše respondenty je pochopitelné, že se u nich mohou objevit myšlenky na odchod. V rozsáhlém kvantitativním šetření, které proběhlo v roce 2013 ve 12 zemích, vyplnilo anonymní dotazník celkem 33 659 sester, v závislosti na zemi šlo o 20 % až 49 % sester, které zvažuje odchod ze svého pracovního místa (Aikenová, 2013). Domníváme se, že tu nejde o zanedbatelná procenta. Jedna z našich respondentek, pokud by u ní nastala znovu možnost volby by se již pro tuto profesi nerozhodla.

V našem výzkumném šetření jsem nezachytili pro nás další zatěžující požadavek, který je na sestry vyvíjen a tím je potřeba neustálého vzdělávání a učení se novým postupům a informacím v oboru. Nikdo z našich respondentů nereferoval o přebujelé administrativě jako o dalším druhu pracovní zátěže. Domníváme se, že zdravotní sestra musí být mj. také schopná a výkonná administrátorka. Tato část její práce bývá nejčastěji kontrolována ošetrovatelským managementem. Obavy ze stížností pacientů a z možného právního stíhání tak vedou k neustálému navyšování administrativy a tím dochází k dalšímu neadekvátnímu zatěžování sester.

Na závěr Diskuse bychom chtěli provést krátkou komparaci pracovní nespokojenosti ze strany zdravotních sester a lékařů. Oslovily nás výsledky z anonymního kvalitativního šetření z roku 2016. Výzkumný tým (Smetáčková a kol., 2016) mj. provedl tematickou analýzu 43 textů, které byly napsány lékaři. Ti se vyjadřovali k tématu nespokojenosti a vyhoření ve své profesi. Z analýzy vyplynulo, že některé stresory byly pro obě skupiny zdravotníků společné. Jedná se zejména o nízké platové ohodnocení. Sestry i lékaři se cítí finančně podhodnoceni. U obou skupin se potvrdilo i to, že plat je úzce svázán se společenskou prestiží. A tak u některých lékařů i sester nastaly pochybnosti o jejich společenském postavení.

V rámci zdrojů nespokojenosti jsme v rozhovorech identifikovali shodné kategorie, které se vyskytly i u lékařů. Jednalo se o: lékařskou komunitu (např. hloupost kolegů), zdravotnický management, pacienty (lékaři: neúměrné požadavky, sestry: nároky na zvýšenou pozornost), pocit nedostatečného ocenění a pochopení a celkové fyzické a psychické vyčerpání. Sestry si nejvíce stěžovaly na ošetrovatelský management, zatímco lékařská kritika směřovala k zdravotním pojišťovnám, které vyvíjí nekompromisní tlak při stále se měnících podmínkách (Smetáčková a kol., 2016). U zdravotních sester se navíc objevily následující stresory: nevhodné pracovní podmínky, degradace profese, časová tíseň z důvodu sníženého počtu personálu během služby. Spolu se sílící nespokojeností a možným stupněm určitého vyhoření byly zdůrazňovány u obou skupin zejména vnější příčiny. Ty souvisejí s nastaveným zdravotnickým systémem a celkovým sociálním klimatem společnosti. Lékaři prezentovali ve výzkumném šetření frustraci z přístupu společnosti. V sedmi textech dokonce za zdroj frustrace byla označena snaha médií o diskreditaci lékařské profese (Smetáčková a kol., 2016). I lékaři se setkávají ve své praxi s tzv. nulovou tolerancí k chybě. Zdravotní sestry jsou nejvíce zklamány z nedostatečného ocenění od ošetrovatelského managementu a ostatních zdravotníků, lékaři pociťují nevděk od lékařské komunity a od svých pacientů.

Závěr

Prezentované výzkumné šetření je zaměřeno na tematickou analýzu osobních výpovědí zdravotních sester. Analýza výpovědí ukázala, že jsou respondenti ve své profesi vystaveni rozsáhlé škále pracovních a profesních stresorů, které pak vedou k jejich dlouhodobé pracovní nespokojenosti. Zdravotní sestry jsou velmi často přetěžovány velkým množstvím služeb na úkor osobního volna a času pro regeneraci. Jsou pak psychicky a fyzicky vyčerpané. V naší výzkumné sondě jsme však našli další stresory o kterých se domníváme, že by mohly být podstatně zredukovány společným úsilím aktérů. Jedná se o hlavně o management a interpersonální vztahy mezi zdravotníky.

V rámci zdrojů pracovní nespokojenosti dominovaly hlavně okolnosti, za kterých sestry své povolání vykonávají jako jsou například nízké platy, společenský pohled na sesterskou profesi, nutnost vykonávat pomocné a nekvalifikované práce. Na ně pak navazuje chybějící ocenění a absence týmové práce. Hlavní příčinou pracovní nespokojenosti u dotazovaných sester se stal management. Vedoucí pracovníci nejsou dost často schopni poskytnout pozitivní zpětnou vazbu a nejsou dostatečně informováni o vysoké pracovní zátěži svých podřízených.

Naši respondenti se setkali na svých pracovištích s vyhořelými zdravotníky a uvedli na toto téma řadu příkladů. Sami však možnost určitého stupně vlastního vyhoření během rozhovorů nedeklarovali. Sestry si uvědomují svoji vysokou odbornost při ošetřování nemocných, kterou získaly na základě svých mnohaletých zkušeností a dalším vzděláváním.

Při spojení vysokých nároků s nízkým sociálním a finančním ohodnocením, dochází k dlouhodobému přetěžování a k ohrožení profesní spokojenosti a tedy i k chronickému stresu. Ten může vyústit až v syndrom vyhoření. A tak jednoznačně platí, že profese zdravotní sestry je vysoce stresová.

Analýza podmínek v českém prostředí, kterou jsme prezentovali, dále ukazuje na nutnost psychologické péče o duševní zdraví a osobní pohodu u této zdravotnické profese. Je na místě uvažovat o psychologické podpoře zaměstnanců a to například formou skupinové intervize či supervize. Stejně jako se proměňuje společnost, proměňuje se zdravotnictví a je třeba přizpůsobit se potřebě o duševní zdraví a profesní sebereflexi.

Seznam literatury

- Aiken, L. H. , Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K. & Sermeus, W. (2013). Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 143-153.
- Alexander, M. F. & Runciman, P. J. (2003). *Struktura kompetencí všeobecné sestry podle ICN: zpráva o postupu přípravy ICN struktury kompetencí a konzultací*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.
- Babincová, R. (1996). *Společenská prestiž profese zdravotní sestry*. Praha: Diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova, Filozofická fakulta.
- Bannai A. & Tamakoshi A. (2014) The association between long working hours and health: a systematic review of epidemiological evidence. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 40(1), 5–18.
- Bártlová, S. & Jobánková, M. (2005). Metody posuzování psychosociální zátěže a jejich užití u souboru sester v českém zdravotnictví. In Čáp, J. (Ed.), *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatel'stve 2005* (224–229). Martin: Jeseniova lékarská fakulta Martin.
- Bártlová, S. (2006). Pracovní spokojenost zdravotních sester v České republice. *Zdravotnictví v České republice*, 9(4), 128, 166-169.
- Bártlová, S. (2006). Vliv pracovních vztahů mezi lékaři a sestrami na péči o pacienta. *Kontakt*, 8(1), 31-35.
- Bártlová, S. (2007). Profese sestry. Profesionalizace a elitářství v ošetrovatelství ze sociologického pohledu. *Kontakt*, 9 (2), 254-259.
- Bártlová, S. (2010). Psychofyzická zátěž a příčiny fluktuace sester. *Zdravotnictví v České republice*, 13(3), 110-115.
- Bartošíková, I. (2006). *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských oborů.
- Berešová, A. (2011). Zátěž v práci sestier a rizika syndromu vyhorenia. In: Manus (Ed.), *Aspekty práce pomáhajících profesí 2011*. Konference AWHP (24-31). Praha.
- Betlehem, J. Who care about nurses? *Kontakt*, 17(1), 1-2.
- Bilavčíková, P. & Karafiátová, M. (2010). Jak vnímají sestry pracovní podmínky a psychosociální zátěž. *Sestra*, 20(9), 26-28.
- Blanař, V., Čermáková, K. & Jedlinská, M. (2014). Syndrom vyhoření u všeobecných sester pečujících o onkologicky nemocné. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 10(2), 1-4.

- Blegen, M. A. (1993). Nurses' job satisfaction: a meta-analysis of related variables. *Nursing Research*, 42(1/2), 36-41.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Buriánek, J. & Malina, A. (2009). Pracovní spokojenost zdravotních sester. *Zdravotnictví v České republice*, 12(3), 82-88.
- Černay, J. (2001). Sestra – povolanie, ale najmä poslanie. *Revue profesionálnej sestry*, 8(5), 1.
- Červeňanová, E. (2001). Komunikácia v ošetrovatel'stve. *Revue profesionálnej sestry*, 8(3), 8-9.
- Damboráková, B. (2000). Význam spolupráce sestry, pacienta a rodinných príslušníkov. *Moderný medicínsky manažment*, 7 (4), 23-24.
- Di Cara, V., Charvátová, P., & Petr, T. (2014) Pracovní podmínky zdravotníků v ČR Průzkum ČAS 2013. *Florence*, 10(1-2), 35-36.
- Dimunová, L., Raková, J., & Zamboriová, M. (2019). Hodnotenie psychickej pracovnej záťaže sestier. *Pracovní lékařství*, 71(1-2), 25-28.
- Dluholucká, D. (2001). Kvalita ošetrovatel'skej starostlivosti a osobnosť sestry. *Revue profesionálnej sestry*, 8 (1), 5-6.
- Dučalová, J., & Litvínová, B. (2013). Fenomén pracovného stresu a možnosti jeho prevence. *Sestra*, 23 (4), 21-22.
- Farkašová, D. (2001). *Ošetrovatel'stvo-teória*. Martin: Osveta.
- Freidson, E. (1988). *The profession of Medicine. A Study of the Applied Sociology of Knowledge*. Chicago: University of Chicago Press.
- Freundenberger, H. J. (1974). Start burn-out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165.
- Gažiová, M. (2004). Syndróm vyhoření u sestier. Bratislava: *Sestra*, 3(3), 44-45.
- Gholamzadeh S., Sharif, F., & Rad, F.D. (2011) Sources of occupational stress and coping strategies among nurses who work in Admission and Emergency Departments of Hospitals related to Shiraz University of Medical Sciences. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 16(1), 41–46.
- Goetzel R. Z., Hawkins K., Ozminkowski R. J. , & Wang S. (2003) The health and productivity cost burden of the “top 10” physical and mental health conditions affecting six large US employers in 1999. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 45(1). 5–14.

- Hansen Å. M. , Hogh, A., Persson, R., Karlson, B., Garde, A. H., & Ørbaek, P. (2006). Bullying at work, health outcomes, and physiological stress response. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(1), 63–72.
- Haroková, S., & Gurková, E. (2013). Pracovní spojenost jako prediktor setrvání sester na pracovišti- literární přehled. *Ošetrovatelství a porodní asistence*, 4(2), 573-582.
- Harvey S. B, Henderson M, Lelliott P., & Hotopf, M. (2009). Mental health and employment: much work still to be done. *The British Journal of Psychiatry*, 194. 201–203.
- Heftyová, E. (2002). Hrozí sestrám vyhorenie? Bratislava: *Sestra*, 1(2), 44-46.
- Heřmanová, J. (2002). Sestra v USA- téměř doktor? *Zdravotnické noviny*, 51(4), 24.
- Hignett, S. (1996). Postural analysis of nursing work. *Applied Ergonomics*, 27(3), 171–176.
- Hladký, A., & Židková, Z. (1999). *Metody hodnocení psychosociální pracovní zátěže*. Praha: Karolinum.
- Hobfoll, S. E. (2002). Social and Psychological Resources and Adaptation. *Review of General Psychology*, 6(4), 307-324.
- Hořejší, J. (2001). Komunikace s nemocným jako nedílná součást lékařské a ošetrovatelské péče v onkologii. *Onkologická péče*, 5(3), 21-24.
- Hrdličková, R. (2005). *Ošetrovatelství v kontextu súčasnej doby*. Rigorózní práce. Trnava: Trnavská univerzita. Fakulta zdravotníctví a sociální práce.
- Hubáčová, L., Roda, Š., Šulcová, M., Janoušek, M., Vargová, M., Henčeková, D., & Fejdová, K. (1999). Fyzická a neuropsychická náročnosť práce na oddelení pre liečenie dlhodobých chorých pacientov. *Pracovní lékařství*, 51(3), 107-113.
- Ivanová, K., Nakládalová, M., & Vévoda, J. (2012). Pracovní satisfakce všeobecných sester v ČR podle hodnot distancí. *Pracovní lékařství*, 64(4), 156–163.
- Jankechová, M. (2011). Psychická záťaž sestier v paliatívnej starostlivosti. In Čáp, J. (Ed.), *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatel'stve 2011* (135–142). Martin: Jeseniova lekárska fakulta Martin.
- Janoušková, H. (2004) *Prestiž povolání sestry ve zdravotnictví*. Diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova. 1. lékařská fakulta.
- Jarošová, D. (2000). *Teorie moderního ošetrovatelství*. Praha: ISV.
- Jarošová, D. (2001). *Umírání z pohledu sestry*. Ostrava: Ostravská univerzita. Zdravotně sociální fakulta.
- Ječná, V., Hosák, L., & Čermáková, E. (2009). Stres v povolání psychiatrické sestry. *Česká a slovenská psychiatrie*, 105(1), 27-31.

- Jenkins, R., & Elliot, P. (2004). Stressors, burnout and social support: nurses in acute mental health settings. *Journal of Advanced Nursing*, 48(6), 622–631.
- Jobánková, M., & Kvapilová, J. (2007). Zdroje psychosociální zátěže v sesterské profesi. *Sestra*, 17 (7-8), 18-19.
- Jurza, M. (1979). *Organizace pracovní doby ve zdravotnictví*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí.
- Kim, M. J., Son, K. H., Park, H. Y., Choi, D. J., Yoon, Ch. L., Lee, H. Y., Cho, E.Z., & Cho, M.CH. (2013). Association between shift work and obesity among female nurses: *Korean Nurses' Survey*. *BMC Public Health*, 13(1), 1204-1211.
- Kivimäki, M., Virtanen, M., Vartia, M., Elovainio, M., Vahtera, J., & Keltikangas – Jarvinen, L. (2003). Workplace bullying and the risk of cardiovascular disease and depression. *Occupational & Environmental Medicine*, 60(10), 779-783.
- Kebza, V., Kuželová, H., Paclt, I., Ptáček, R., & Šolcová, I. (2012). *Psychická zátěž, stres a psychohygienu v lékařských profesích*. Praha: Grada Publishing.
- Kebza, V., & Šolcová, I. (1998). *Syndrom vyhoření*. Praha: Státní zdravotní ústav.
- Kebza, V., & Šolcová, I. (2013). Současné změny, jejich důsledky a syndrom vyhoření. *Československá psychologie*, 57 (4), 329-341.
- Kenendy, B. R. (2005). Stress and Burnout of Nursing Staff Working With Geriatric Clients in Long-Term Care. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(4), 381-382.
- Komačková, D. (2009). Fyzická a psychická zátěž při poskytování ošetrovatelské péče – prevence, ochrana a podpora sestry. *Sestra*, 19 (7-8), 26-28.
- Kořenek, J. (2002). Sesterské stavovské ctnosti. *Sestra*, 12 (7-8), 13.
- Kozierová, B., Erbová, G., & Olivierová, R. (1995). *Ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta.
- Kožená, L., & Matoušek, O. (2001). Důsledky psychického pracovního stresu pro výkonnost a zdravotní stav. *České pracovní lékařství*, 2(3), 129-134.
- Krogstad, U., Hofoss, D., & Hjortdahl, P. (2004) Doctor and nurse perception of inter-professional co-operation in hospitals. *International Journal for Quality in Health*, 16,(6), 491-497
- Kraska – Lüdecke, K., (2007). *Nejlepší techniky proti stresu*. Praha: Grada Publishing
- Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví*. 3.vyd. Praha: Portál.
- Lu, A., Zhao, Y., & While, A. (2019). Job satisfaction among hospital nurses: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 94 (6). 21-31.

- Machálková, L. (2008). Jaká je pracovní spokojenost sester? *Diagnóza v ošetrovatelství*, 4(10), 26.
- Machálková, L., Mikšovská, Z., & Mazalová, L. (2012). Hodnocení tělesných charakteristik a fyzické zátěže všeobecných sester. *Česká antropologie*, 62(1), 24-29.
- Machálková, L., & Mikšovská, Z. (2013). Percepce únavy a hodnocení spánku v kontextu pracovního režimu všeobecných sester. *Medicína pro praxi*, 10 (8-9), 308-310.
- Malíková, L. (2011). Pracovní zatížení ošetrovatelského personálu při polohování. *Ošetrovatelská péče*. 2011(6), 12-13.
- Maslach, Ch., & Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of occupational behavior*, 2, 99-113.
- Mastiliáková, D. (2002). *Úvod do ošetrovatelství*. 1.díl. Praha: Karolinum.
- McNeese-Smith, D. (1999) A content analysis of staff nurse descriptions of job satisfaction and dissatisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 29 (6), 1332-1341.
- Mellanová, A. (2017). *Psychosociální problematika v ošetrovatelské profesi*. Praha: Grada Publishing.
- Mellanová, A. & Škubová, J. (1993). První bakalářky. *Sestra*, 3(1), 2-3.
- Mellanová, A. (1989). *Psychologie v ošetrovatelství*. Praha: SPN.
- Mellanová, A. (1984). *Psychické předpoklady pro práci zdravotní sestry*. Nepublikovaná kandidátská disertační práce. Praha: Univerzita Karlova, Filozofická fakulta.
- Mioviský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- Mikuláščík M. (2007). *Manažerská psychologie*. Praha: Grada.
- Mlýnková, J. (2007). Stres v práci sester pracujících na psychiatrickém oddělení. *Duševní a fyzické zdraví, předpoklad úspěchu sesterské profese*. Konference pro sestry. 12. - 13. září 2007, Ostrava : Dům techniky Ostrava.
- Mlýnková, J. (2010). Jak nevyhořet v ošetrovatelské profesi. *Sestra*. 9 (1-2). 44-45.
- Nakládalová, M., Vévoda, J., Ivanová, K., & Marečková, J. (2011). Pracovní spokojenost všeobecných sester na lůžkových odděleních nemocnic. *Pracovní lékařství*, 63.(1), 18-23.
- Němcová, J. (1987). *Profesionální deformace zdravotních sester*. Diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova. Filozofická fakulta.
- Neupauerová, G., & Košč, M. (2002). Pracovní zátěž u lékařů a zdravotních sester onkologických oddelení na Slovensku. *Pracovní lékařství*, 54 (3), 120-124.
- Nôtová, P. (2004). Syndrom vyhorenia – pilotná štúdia. Bratislava: *Sestra*, 3(4). 44-45.

- Obročníková, A, Magurová, D., Majerníková, L. Kaščáková, M., & Harčariková, M. (2015). Psychological strain between nurses. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 6 (4), 352-359.
- Opálková, P., & Myslivcová, A. (2012). Psychiatrická zátěž personálu psychiatrického oddělení. *Sestra*. 22(4), 25-27.
- Ondrejčovičová, J., & Kočanová, B. (2002). Komunikacia s pacientmi s malígnym ochorením. *Sestra*, 12(1), 35.
- Pacovský, V. (1994). *Ošetrovateľská diagnostika (Teorie a praxe)*. Praha: Karolinum. Univerzita Karlova. 1. lékařská fakulta.
- Paprštejnová, M., Faltová, B. & Holá, B., (2019). Hodnocení psychické zátěže u všeobecných sester pracujících na oddělení dětské onkologie. *Hygiena*. 64(4), 141-146.
- Pavlíková, S., & Slezáková, Z. (2004) Práca a postavenie sestry v USA. Bratislava: *Sestra*, 3 (1). 6-7.
- Pečenková, J., Strnad, L., & Milka, D. (1999). Pracovní zátěž sester z jejich pohledu. *Ošetrovateľství (teorie a praxe moderního ošetrovateľství)*, 1(1), 12-14.
- Píchová, L. (2002). Sestra v úlohe pedagoga. *Sestra*, 12 (12). 16-17.
- Plachá, H. (2015). Pracovní nespokojenost sester v České republice. *Praktický lékař*, 9 (2). 59-64.
- Pohlová, L. Kozáková, R ., & Jarošová, D. (2011). Syndrom vyhoření u sester pracujících se seniory. *Praktický lékař*, 91(5), 274-277.
- Ptáček, R., Vňuková, M. & Raboch, J., (2017). Pracovní stres a duševní zdraví – může práce vést k duševním poruchám? *Časopis lékařů českých*, 156 (2). 81-87.
- Rafferty, A. M. (1996). *The Politics of Nursing Knowledge*. London: Routledge.
- Reindlová, V., & Bobárová, S. (2010). Přetížení zdravotnického pracovníka-ano, nebo ne? *Sestra*, 17(12), 22-23.
- Shirom, A., & Melamed, S. (2006). A Comparasion of the Construct Validity of Two Burn Measures in Two Groups od Professionals. *Interantional Journal of Stress Management*, 13 (2), 176-200.
- Simonová, I., & Ozorovský, V. (2010). Role stresu v práci zdravotnických pracovníků. *Sestra*, 20 (7-8), 24-25.

- Skaličanová, E. (1999). Osobnost sестry a seřavýchova. *Revue ošetřovatel'stva a laboratorňnych metodik*, 5 (2). 62 – 64.
- Smetáčková, I., Francová, V., Raboch, J. & Ptáček, R., (2016). Lékařské vyhoření: Kvalitativní studie. *Českolovenská psychologie*, 60(5), 510-524.
- Smetáčková, I., Štech, S., Viktorová, I., Martanová Pavlas, V., Páchořá, A., & Francová, V. (2020). *Učitel'ské vyhoření*. Praha: Portál.
- Staňková. M. (2002). *Sestra - reprezentant profese*. Brno: Institut dalšího vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.
- Staňková, M. (2003). *Koncepce českého ošetřovatel'ství. Základní terminologie*. Brno: Institut dalšího vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.
- Stein, L. I. (1967). The doctor- nurse game. *Arch Gen Psychiatry*, 16, 699-703.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1999): *Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovicke: Albert
- Šřariček, R., & Šedřová, K. (2014). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál.
- Tuček, M., & Machonin, P. (1993). Prestiž povolání v České republice 1992. *Sociologický časopis*, 29 (3), 367-382.
- Večeřová-Procházková, A., & Honzák, R. (2008). Stres, eustres, distres. *Interní medicína pro praxi*, 10 (4), 188-192.
- Venglářová, M. (2011). *Sestry v nouzi. Syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: GRADA Publishing.
- Větvička, V. (2011). Také sestry potřebují klid. *Sestra*, 21(9), 19-20.
- Větvička, V. (2011). Unavené sestry. *Sestra* 21(4), 19.
- Véřodová, Š., Kozyková, J., & Chřastina, J. (2012). Syndrom vyhoření u všeobecných sester pracujících s onkologickými nemocnými. *Ošetřovatel'stvo*, 2 (2), 56-62.
- Videman, T., Nurminen, T., Tola, S., Kuorinka, I., Vanharanta, H., & Troup. J. D.G. (1984). Low-back pain i nurses and some loading factors of work. *Spine*, 9(4). 400-404.
- Zacharová, E., Hermanová, M., & Šřámková, J. (2007). *Zdravotnická psychologie. Teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada Publishing.

Zálešáková, J., & Bužgová, R. (2011). Psychická zátěž sester pečujících o onkologicky nemocné. *Pracovní lékařství*, 63 (3-4), 113-118.

Zrubáková, K., Jadvišová, J., & Gilanová, V. (2011). Smrt jako stresoidný faktor v práci sestry. In Čáp, J. (Ed.), *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatel'stve 2011* (479-491). Martin: Jeseniova lekárska fakulta Martin.

Webové zdroje

Kol. (2016). Všeobecné sestry si drží třetí příčku v žebříčku prestižních povolání. *Profesní magazín*. Best of...o lidech vynikajících ve svých profesích [on line]. Přístup dne 03.07.2021 z <http://www.ibestof.cz/stripsy-ze-spolecnosti/vseobecne-sestry-si-drzi.treti-pricku-v-zebricku-prestiznich-povolani.html>

Příloha 1

Přepis rozhovoru: MAGDA

délka rozhovoru 1 hodina 6 minut

zdravotní sestra

vzdělání: SZŠ + specializace Ošetrovatelská péče v interních oborech

celková délka praxe: 43 let

nyní: 25 let ambulantní sestra na ambulanci aritmologie (kontrola kardiostimulátorů)

předchozí pracoviště: 3 roky na onkologii lůžkové oddělení.

Ráda bych se Vás zeptala, co Vás přimělo stát se zdravotní sestrou?

No tak zdravotní sestrou. No já sem vůbec nechtěla být zdravotní sestrou. Já jsem chtěla být učitelkou v mateřské školce, ale protože pocházím z malé vesnice, byly přijímačky tenkrát, že jste musela umět hrát na hudební nástroj. V naší malé vesnici nic takového nebylo, tak trošku nastalo otázka, co s tím. Takže nějak jako mi bylo doporučeno, že když mám blízko k těm dětem, takže abych zkusila tu zdravotní školu. Takže jsem ji zkusila. Cesta nebyla úplně přímočará, protože jsem měla trojku z matematiky, tudíž pan ředitel mi nedovolil dělat přijímačky na čtyřletou zdravotní školu. Takže já jsem musela vystudovat nejdřív dvouletou zdravotní školu. Pak jsem šla pracovat do Prahy, protože po roce jsem směla nastoupit do večerního studia. Takže moje zdravotnické vzdělání, asi mě to muselo hodně chytout, protože jsem studovala zdravotní školu sedm roků. To znamená pět let večerní studium a k tomu ta dvouletá. Takže řekla bych, že mě na tom chytlo to, že vlastně mohu vděčit své učitelce, profesorce paní F., která mě hrozně zaujala. Byla to tehdy starší dáma. Měli jsem ji na tu praxi a na tu Teorii ošetrovatelství. Byla velice příjemná, přísná, ale spravedlivá. No prostě mě to chytlo hned první den, když jsem přišla na tu praxi. No teď si nedovedu představit takhle svou patnáctiletou dceru, protože my jsem šly po půl roce na praxi. To mě bylo patnáct a půl. Do té doby jsem v životě nebyla v nemocnici. Nikdy jsem neměla injekci, odběr a vůbec jsem nevěděla co to obnáší ani nikdo z naší rodiny.

Přesto Vás to neodradilo a pokračovala jste dál ?

Přesto mě to neodradilo a když jsem pak nastoupila na Vinohrady. Moje první staniční Zdenička, to byla moje máma, která se za mě musela podepsat, mě nebylo 18, byla jsem nezletilá, přebrala za mě odpovědnost a díky tý Zdeničce a díky tomu kolektivu, kde tam ta

jedna sestřička se mi věnovala no a já jsem po půl roce sloužila sama noční a na 35 lidí a byla jsem tam byla úplně sama.

To bylo jaké oddělení?

Interna. No já, když si na to vzpomenu a vyprávím to někomu. No takhle by to vůbec teď nešlo. No nastoupila jsem do té večerní školy a to znamenalo, že jste si odsloužila noční soboty neděle a za to jste neměla nic, protože vám zaměstnavatel za to umožnil prostě studovat. Takže běžný bylo, že jsem prostě celý čtvrtek byla ve škole a hned jsem běžela, šla jsem teda na noční.

Takže hodně náročné a přesto Vás to neodradilo?

Přesto mě to neodradilo (*smích*).

Já se Vás zeptám na druhou otázku. Jaká pozitiva vidíte ve své práci?

Pozitiva? Hm..

Co Vás těší?

Co mě těší? Já mám ráda, jak já říkám, staříky. Odjakživa. Nejdřív to byly ty děti, byla jsem taková obecná chuva, která každému opatrovala děti, ale já mám prostě ráda ty staříky.

Jak to cítíte, jak je vidíte? Pro jejich moudrost?

Asi i ta jejich moudrost, ale určitě i ten jejich nadhled a tu laskavost. Neříkám, že u všech. Ale ty staříci je to prostě úplně jiný zdravotnický obor. Neříkám, že bych chtěla úplně pracovat třeba na LDN. To se obávám, že bych asi úplně psychicky neunesla.

Myslíte, že byste jako sestra na té LDN nějak časem vyhořela?

Já bych řekla, že jsem skoro mohla vyhořet na té interně. Nesu si takový celoživotní stigma. Pod nás tenkrát patřil Žižkov a jeden měsíc nám tam zemřelo 35 lidí. Mě bylo 17. A já jsem neviděla před tím někoho nemocného nebo někoho umřít.

Aha, takže vlastně v 17 letech jste viděla nějakého člověka umřít?

Viděla jsem jich tam desítky. Přesto jsem se rozhodla pokračovat dál, byly jsme tam báječný kolektiv.

Držel Vás tam ten kolektiv?

Ten určitě, byl to ten kolektiv a nebudu říkat, že všechny sestry k Vám byly laskavé, to není pravda.

Chci se Vás právě na to zeptat, protože Vy jste předtím řekla, že staniční sestra byla na Vás milá.

Staniční sestra byla v pořádku a potom jedna sestřička, ta se mi tam hodně věnovala. Z těch dalších sestřiček jsem měla strach. Protože mě bylo 17 a jim 25. Já jsem byla dítě, tohle byly zkušené holky, protřelý světem, já byla z malý vesnice, která neznala nic.

Jo, byla jste nepokřtěna Prahou.

(Smích). Nepokřtěná jako čímkoliv. V T. bylo jedno divadlo, chodily jsem do tanečních. Tečka. Nevěděla jsem co to je výstava, co to je plavecký bazén, u nás byl jen rybník. Takový srandy. Ale ta jedna sestřička se mi věnovala. A ona, když sloužila a když skončila moje ranní, my jsme jiný služby mít nemohly a dvanáctky denní o víkendu, a když všichni odešli domů, tak já jsem běžela znovu do práce, a ta Dáša mě učila léky, píchat injekce, náběry. Nikdo o tom nevěděl!

Takže Vy jste ještě ve svém volném času chodila vzdělávat?

No abych to uměla.

Tak to si myslím, že by se asi dnes asi nestalo *(Společný smích).*

A je pravda, že když jste měla víkend, když jste sloužila, tak ta denní zůstala s tou noční, pomohla jí, leckdy to bylo, že tam zůstala s Vámi do půlnoci a naopak, popovídali jsem si s těma holkama, byl to přátelský kolektiv. Já byla ošetrovatelka, oni byly sestry, přišly jsme tam dvě z toho T. A musím říct, že většina z nich mi prostě pomáhala, braly mě jako rovnocennou partnerku a pomáhaly mi o těch víkendech mýt ty mísy, ty věci, co se prostě dělaly, což oni samozřejmě dělat nemusely, pomáhaly mi, celou tu dobu. A když jsem prostě dodělávala to studium, tak mě nechávaly dělat všechny úkony. Když to беру za dnešek, samozřejmě, že to bylo zisté.

Jo, ale byla tam ta důvěra.

Ano, byla tam ta důvěra a já jsem se díky tomu dobře naučila nabírat krev, píchat injekce, infuze, transfuze, všechno jsem tohle dělala, stála u punkcí, všechno mi to nechaly ty holky prostě dělat a ta staniční se musela zaručit za mě, že zvládnu tu práci. Nebylo mi 18, neměla jsem vzdělání.

A teď, když se vlastně zamyslíte nad svou prací ambulantní sestry, co tam vidíte za pozitiva protože Vy jste mi říkala, že máte ráda staré lidi...

Takhle já jsem stála patnáct let tady na sále stimulačním a ze zdravotních důvodů jsem musela skončit a odešla jsem na tu ambulanci. My jsem to dřív měli tak, že jsem byla měsíc na sále a měsíc na ambulanci, byly jsme trošku stát ve státě, kdy jsem ten sál vedla a teď jsem deset let na ambulanci ze zdravotních důvodů i když ten sál jsem k tomu vedla já nevím dalších sedm roků. Takže je tady jiný vztah s těma pacientama, protože ty pacienty jsem na tom sále držela za ruku při výkonu. Oni ke mně chodí na ambulanci. Takže se ze všema znáte, byli u vás na sále a já ty lidi znám dvacet pět let, dokud neumřou, tak já je prostě znám.

Oni se k Vám stále vrací?

Oni prostě musí chodit na ty kontroly. Takže je to opět ten hezkej vztah... Zrovna jsem tady měla tento týden dívenku, které bylo sedmnáct, když jsem přišla, kdy nám plakala, kdy vůbec nemohla tu výměnu stimulátoru přežít, držela medvídka, teď je to maminka desetiletých dvojčat.

Vy vidíte výsledky.

A my vidíme výsledky a to je prostě krásný.

To Vás žene dál. To je to pozitivní?

Až mě to někdy překvapuje. Ale jo, ale jo. Je to tak.

Takže to vstávání a že jste tady od pondělí do pátku, to Vám nevadí?

Já jsem vždycky vstávala ráda. Mě to nevadí.

Jste skřivan.

Jsem skřivan, ale mě vadily ty noční.

Jak dlouho jste chodila na noční?

Jenom pět roků. Jenom těch prvních pět let, než jsem měla první dítě a pak už byla jenom ambulantní složka.

Ještě byste uvedla další pozitiva nebo můžeme přejít k negativům Vaší práce?

No jako určitě pozitiva převažují. Samozřejmě najdou se tady pacienti, kteří mě tady seřvou do bezvědomí, sprostě mě vynadají.

Jaký je důvod?

Čekaj.

A lidi jsou dneska hodně nervózní?

No jako takhle. U nás je problém v tom, že všichni pacienti, co mají stimulátor a nikdy nevíte, kolik se jich přijme, protože jsme obrovská nemocnice. Před operací se musí všichni přeprogramovat a po operaci se to musí přeprogramovat zpátky. Takže z té ambulantní složky mám nejvíc pacientů. Mám tak 680 pacientů za měsíc.

Pane jo, jak to zvládáte?

Vteřinu se nezastavíte a jedete. Takže ty pacienti jsou objednaní na osmou ráno. Ráno je máme objednané na stehy. Přijdou na stehy, ty mají přednost, protože je vše vygruntováno. Nejdřív stehy, pak to ostatní a pak máte to přeprogramování a když vám přijde takových pět na přeprogramování, do toho máte od osmi stehy, do toho od tři čtvrtě na devět máte úplně narvanou poradnu a až do odpoledne, takže samozřejmě, všichni tito pacienti mají přednost. Takže ti lidi pak řeknou, takže vy jste mě objednala na devátou, podívejte se se, je deset, tak když to neumíte, tak to nedělejte. Když to prostě nezvládáte, tak proč jich tolik objednáváte? A tak dále a tak dále Někdy je to opravdu strašně těžký ustát, vy berete kartičky a vy stěží víte koho máte..

No právě já se Vás chci zeptat, kolik teda máte vlastně pacientů za den, říkáte 680 za měsíc.

Tak okolo té třicítky.

V kolik začínáte?

V sedm. Sestra začíná v sedm, končí v půl čtvrté. Doktor chodí po hlášení na sedmou. No a my prostě sami s panem inženýrem si děláme přeprogramování. Pak už se píšou papíry, to znamená že Vy se musíte domluvit s oddělením. Na té sestře to stojí. Pro mě je to ta výhoda, že já tu práci znám, protože jsem na tom sále stála a o těch stimulacích něco vím. Ale bylo by to hrozně těžký, kdyby sem nastoupil někdo nový, protože já znám z paměti přístroje, jestli to je defibrilátor nebo stimulátor, podle toho jsou další kroky. Ta sestra tady musí organizovat, pořád organizuje celý den.

Takže jste taková manažerka vlastně?

Když se nad tím zamyslím, mluvila jsem se svou známou, která je v soukromé zdravotnické firmě a když mi říkala co dělá, tak jsem říkala no tohle já tady dělám 25 let, ale za jiný peníze.

Takže myslíte si, že je více oceněna?

No to určitě.

Takže ta negativa jsou, že na Vás lidé občas řvou, že jsou netrpěliví a že si to vybíjejí na Vás?

Že si to vybíjejí na Vás a na doktorovi nikdy samozřejmě. No tam je aura. No já se vždycky pacientovi omluvím, říkám, že je to z důvodu, že je někdo na sále, že se protáhl se výkon. Neberu takový: „On tady leží na posteli, no tak ho nechte ležet, ale já musím jít domů.“ No a já říkám: „Ten hospitalizovaný pacient má právě před vámi přednost, to prostě nejde!“

Takže ambulantí nechápou, že hospitalizovaný pacient..

Ne, nechápou to prostě nechápou. Takže tohle bych řekla, že nemám ráda ty střety, protože někdy jsou k vám nespravedliví až prostě zlí a nedá se to. No prostě jedna největší pochvala pro mě byla, když jedna paní říkala, no ona ta sestřička byla na nějakým školení, ona to tak hezky zvládla. A paní doktorka ji řekla: „Ne ona tady už dlouho dělá.“ No a já jsem řekla: „No na tom školení jsem byla taky!“ *(Společný smích).*

Takže, je to hlavně ten časový stres, ti netrpěliví pacienti? Ještě byste viděla nějaká negativa?

Pracovní podmínky. Nemáme klimatizaci. Já vám pak ukážu, v čem děláme. Tak třeba na tý chodbě *(čekárna před ambulanci)* je chládek, ať se vám to nezdálo, tak to je krásnej chládek. Na tom sále jsme neměli klimatizaci... olověná zástěra, jste kompletně oblečená, stojíte tam tři hodiny!

Ještě něco?

Jinak ne. Počítače to všechno je v pohodě, pohodlná židle, to si nemůžu vopravdu stěžovat. Doktory mám kolem sebe bezva. Nebudu říkat, že se pokaždé nikdy nic nepříhodovalo, nebylo to určitě nic zásadního, co by mě prostě nějak strašně vadilo, že bych s tím člověkem pak už nemohla pracovat.

Jo, tak to se Vám nestalo.

Jo, to se mi opravdu nestalo.

Co jste tím povoláním ztratila?

Zdraví. Mám vyjetý tři plotýnky, protože jsem zvedla stařenku, která zkolabovala, vyjetej obratel, potýkám se s bolestmi zad. Skončila jsem v nemocnici, nechodila jsem, potýkám se s bolestmi záda jako už strašně let. Ano, zdraví.

Ten čas, co jste té profesi věnovala, třeba jste ho mohla dát rodině, to Vás teď třeba nenapadlo? Je to tedy Vaše osobní zdraví?

Je to moje osobní zdraví. Samozřejmě, že když uvažuji teď, tak na tom sále jsme byly pořád přesčas.

Placený přesčas?

Placený přesčas. No ale, asi bych se nerozhodla jinak. Myslím si, že ta práce mě pořád baví. Pořád mě prostě baví. A musím říct, že i okolí mě v tom podporuje..

Jako Vaše rodina?

Ano kdyby mě muž nepomáhal, tak bych to už dávno dělat nemohla, protože v současné době přijdu z práce a ta záda mě tak prostě fakt bolejí, že doma ležím třeba dvě hodiny a jako doma prostě vůbec nic.

Že manžel Vám pomůže, nechá Vás odpočívat?

Jo, manžel mi pomůže, nechá mě si lehnout, opravdu si můžu lehnout.

Co jste povoláním získala?

Spoustu přátel, dlouhodobých přátel. Když to vezmu z prvního zaměstnání z těch Vinohrad, nebudu říkat, že se pravidelně stýkáme, ale víme o sobě, s tou jednou kolegyní jsem se potkaly před pěti rokama. Je to prostě fajn, jako bychom spolu prostě nepřestaly pracovat. Ta druhá kolegyně přešla sem z těch Vinohrad, ale už odešla do důchodu.

A máte spolu přátelský vztah?

Ano, i když se potkáte po dvaceti letech tak ten vztah tam prostě je. Pak jsem pracovala na očním a s tou paní doktorkou se stýkáme celý život.

Takže to přátelství?

Jo, to přátelství, ať jsem byla, kde jsem byla, všude jsem získala přátele a s těma lidma se vídám. To беру jako velkej přínos.

A od těch pacientů jste také něco získala nebo tam hlavně dominují ty kolegyně?

Jo, i když je to neprofesionální, tak s některými pacienty se stýkám, jsou to prostě přátelé.

Já myslím, že je to v pořádku. Vy jste říkala, že někoho znáte dvacet pět let?

No se spoustou pacientů jsme si vyměňovali knížky, recepty. Ti pacienti mi třeba upekli i cukroví nebo upletli ponožky. No prostě takové drobnosti, přinesli mi ukázat, že se vnučka

vdala, syn se narodil, různé peripetie. S některýma ženskými víte, že budete probírat šaty, kabelky.

A mate jako vlastně čas se s těmi lidmi stýkat? Říkáte, že jste tady každý den do půl čtvrté a také jste říkala, že je toho tolik...

Nestýkám se často. Hlavně přes to léto Nesmějí mě samozřejmě bolet ty záda. Jsou opravdu dny, kdy chodím domů si lehnout a nehnu se. Takže to všichni o mě vědí. Já se ráda sejdu, zavolám a uvidím, jestli mě budou bolet záda nebo nebudou bolet záda.

Pokud byste se znovu rozhodovala, opět byste si znovu zvolila stejné povolání i když jste říkala, že jste ztratila zdraví?

Jo, zvolila a asi bych šla dělat na sál.

Opět katetrizace? Nebo klasická sálová sestra?

Ne to asi ne. Klasická sálová sestra nebo znovu na ty stimulace. Protože chirurgický obory jsem nikdy neměla ráda a vůbec jsem to nesnášela a byla jsem šťastná. když jsem odmaturovala. No a když jsem pracovala na tý onkologii ty tři roky, tak musím upřímně říct, že onkologie mě chytla, do tý jsem se ponořila, studovala jsem, chtěla jsem si udělat pomaturitní studium, ačkoliv jsem chtěla utýct ten první týden. A to bylo taky hezký. Přišli za mnou paní primářka, vedoucí lékař, vrchní sestra, přišli si se mnou promluvit, protože jsem tam samozřejmě plakala. Tenkrát zrovna manželova maminka zemřela na rakovinu prsu. Tam jsem zrovna nastoupila a viděla tam ty hrůzy, tam jsem viděla opravdu něco strašného. Říkala jsem si ne, já odejdu, ne já tady nemůžu bejt. Takže si se mnou promluvili, a tři roky jsem tam zůstala.

Z jednoho rozhovoru?

Ano z jednoho rozhovoru.

Takže máte pocit, že se dříve o ty sestry více zabojovalo?

Já si myslím, že ano. No možná že to tak je, nevím. Ale oni si se mnou po pracovní době sedli, to bylo to malinkatý oddělení. Paní primářka přišla, ten lékař a pak přišla vrchní sestra a všichni, všichni si se mnou o tom popovídali.

To byla onkologie tady?

Ano to byla onkologie tady. Paní docentka P. A třeba je to hloupost a možná že to není hloupost, ale ta sestra to vnímá jinak. Paní docentka měla narozeniny, všechny pozvala k sobě

do kanceláře. Všechny sestry (*důraz v hlase*), prostě všechny! Ne že by to bylo velký, bylo prostě pár chlebičků, ale ona nás prostě všechny pozvala a to pro tu sestru hodně znamenalo.

To jako, že to nejsou nějaký soukromé večírky, že Vás brala jako tým?

Ano, ale to bylo tím, že paní docentka začínala jako sestra!

To jste mi řekla jednu důležitou informaci.

Ano paní docentka začínala jako sestra. Tenkrát nás tam bylo hodně málo. Nějaké kolegyně onemocněly. Já, když jsem tam nastoupila, tak jsme tam během jara byly jen čtyři. A to se už nedalo zvládat.

A tam byly onkologicky nemocné děti?

Ne, tady to byli dospělí. Takže paní docentka tomu dala velkou péči, protože my jsme tehdy byli na nádvoří, teď jsou tam zdravotnické potřeby. To bylo naprosto nevyhovující z hygienických důvodů. V zimě tam byla strašná zima! V létě strašný vedro. Tam nebylo umyvadlo!

Takže jste začínali od nuly.

Opravdu. A paní primářka tenkrát zvedla telefon. Na to nezapomenu! Já tady mám čtyři sestřičky, já tady nemám ani věšák! Volala nějakému náměstkovi. No prostě do týdne tady budou skříně pro ně! No a do tejdne tam ty skříně byly!

Tak a teď se Vás zeptám, jak Vy to vnímáte, Vy tady máte stabilní místo. Ale myslíte si, že se teď někdo také tak stará o sestry anebo když sestra podá výpověď, tak to znamená: jen si jdi dál, už nás nezajímáš. Vy to můžete porovnat.

Porovnávat můžu. No to já nevím, kdybych šla za svoji vrchní, jestli by mi řekla běž dál nebo ... No já to nevím, protože jsem to nikdy nezkoušela, no já to nevím. No my jsme tady stabilní kolektiv. Takže tohle to opravdu nevím, nevím to.

Už jste se o tom zmínila, co Vás v té profesi nejvíce vyčerpává? Ty konflikty s těmi čekajícími pacienty nebo ještě něco?

Vzhledem k mému věku je to samozřejmě samotná práce. Samozřejmě ty bolesti zad mám. Druhá věc je, že tahám lidi, vozím postele, vozíky, taháte lidi pořád na postel nahoru a dolů. Nemáme žádného sanitáře a nikdy jsme neměli!

No já jsem si to vysvětlovala, že Vám toho pacienta přivezou.

No sanitář mi přiveze pacienta, ale musíte ho přendat na lehátko.

No já se chci zeptat, to Vám sanitář při manipulaci s pacientem nepomůže?

No žádnéj tady není.

No potom taky máte ty nemocná záda!

Já si toho pacienta musím dotlačit sama do tý naší poradny. No a pan inženýr mi pomůže. No a když tady není, tak mi nepomůže.

Jak často za den musíte fyzicky pracovat? Ono se říká, že pacient není břemeno, ale...

Pacient je břemeno

Když nespolupracuje.

No několikrát za den samozřejmě.

Takže tu bolest snižujete analgetiky?

Mě udržuje rehabilitace. Já opravdu jednou za rok musím mít nějakou rehabilitaci. Musím si cvičit. Opravdu si musím cvičit sama. Chodím cvičit do bazénu s fyzioterapeutkou, to je pro zaměstnance. No a pojedu do lázní. Byla jsem už třikrát v lázních. To jsem pak tři týdny na neschopence.

Musíte to nějak zkompenzovat..

To opravdu musím.

No a já tady vidím další negativum. To co Vás tady vyčerpává, je také nedostatek pomocného personálu.

No prostě na ambulanci sanitář není. Nikdy nebyl a nikdy nebude!

Takže je to ta fyzická práce, že člověk musí manipulovat s pacientem?

Že člověk musí manipulovat s těma pacientama. A nebudu říkat, že to není ani ta psychická složka, ta psychická složka, protože sester je málo a musíte zaskakovat i na jiných ambulancích.

Tak jestli to můžete ještě upřesnit, jak moc je to zatěžující...

Je to zatěžující. Třeba pro mě, protože já jsem z těch 99, 9 % na tý stimulaci. Zbytek ambulančí taky umím, ale když jste na tý ambulanci čtyři roky nebyla, mezitím se tam vyměnily přístroje, takže ho ani neumíte zapnout. Takže je to pro mě stres! Protože neumím ten přístroj ovládat, samozřejmě, že jste byla zaučena, ale když jste si ho nikdy nevyzkoušela neošáhala, tak nevíte! Takže tohle je pro mě stres, ale nejen pro mě, když se tak o tom bavíme.

Jak často zastupujete v jiné ambulanci?

No teď každou chvíličku, protože je nás tu málo.

Jak byste si to tedy představovala?

No v každé ambulanci jedna sestra.

Kolik je teď ambulančí a kolik je sester?

Takže teď je devět ambulančí. A sester je tu pět!

To přeci nelze pokrýt. Pět sester a devět ambulančí. To musí být přece nějaká zavřená?

Není zavřená, doktoři jsou tam sami. Ta práce vám tam zůstane a vy to pak musíte nějak dodělat. Musíte vyúčtovat a tak dále.

Aha, takže vy ty výkony ještě účtujete. A tak co ta administrativa? Baví Vás?

Nikdy jsem si nemyslela, že mě bude bavit. Nikdy mě nebavila, proto jsem taky nešla na ekonomickou školu i když s tou matematikou by to nešlo. No a teď je to většina mojí práce. Stimulační karty jsou náročný. Trhá se to. Musíte to předělat. No, já předělávám stimulační karty.

No, ale Vy jste řekla, že máte 680 pacientů za měsíc, takže kolik hodin denně se té administrativě věnujete? V té osmihodinové pracovní době?

No půlku.

A ta fyzická zátěž? Když vezmete dnešní den. Kolikrát jste musela dnes pomáhat pacientovi?

No tak asi šest těžkej pacientů.

Co Vás tedy nejvíc štve na tý práci?

No určitě bych chtěla mít víc času na ty své pacienty. Když jsme tady začínaly, tak jsme tu měli dvě sestry. Měli jsme tu poradnu jako součást stimulačního sálu a nikdo jiný nám nechodil z ambulančí pomáhat. My jsme byly čtyři sestry a střídaly jsme se. Byly jsme dvě na tý ambulanci. To znamená, že ta jedna se starala o ty pacienty a ta druhá dělala tu administrativu. No a teď je to vlastně tak, že mi tam projdou tři pacienti a já jsem je ani nepozdravila, ani neviděla, protože já stále telefonuji, já neustále telefonuju. Protože ti pacienti mají spousty problémů, protože já tam opravdu funguju trochu jako ta manažerka. Já tam mám hodně doktorů. Každý pacient chodí k nějakýmu doktorovi. A ten doktor musí psát lázně, různý

posudky a tak dál. Nemám, kam ty pacienty dát. My máme každý den plný stav a k tomu pacienty navíc. Mají třeba zdravotní problémy a my je musíme přihodit někam navíc. Takže já neustále telefonuju a řeším něco pro toho pacienta. Ten doktor chce to a to.

Tak to jste úžasná. To přemýšlíte za deset hlav.

No, prostě mě vadí, že si nemůžu k tomu pacientovi stoupnout a mluvit s ním.

No jako, že jedete spíše jako automat, to přeci člověka vyčerpává.

Ano, to mě prostě opravdu vyčerpává a vadí mi to, že nemám čas na toho pacienta. Vadí mi to! A když tohle dělat nebudu a dám doktorovi každý telefon, tak tady budeme sedět ještě v osm večer, protože on to ten doktor prostě taky nechce řešit, protože musí operovat na sále, jako já tomu rozumím, ale vadí mi, že nás je tak málo!

Takže nedostatek personálu.

Nedostatek personálu.

Jak to vidíte? Myslíte si, že přijdou nějaké posily? Například nové mladé sestry?

Ne, nemyslím si, že přijdou mladé sestry.

A v čem vidíte problém, že ty mladé sestry nepřijdou?

Tak takhle, když to vezmu za ambulantní složku. Když sem ty sestřičky přijdou, tak ta kardiologie je velice náročná. V každé místnosti máte jiné přístroje. A ne jeden. Bere se, že do ambulance si jdou jako ty starý sestry si odpočinout. Ne, ale tak to fakt není!

No potom, co jste mi to vykreslila bych řekla, že je to dosti náročná práce.

Tady prostě se například dělají jícnová echa. Máme tady akutní ambulance, musíte prostě pracovat s defibrilátorem, umět resuscitovat.

Jak často se Vám stává, že resuscitujete za měsíc?

No já nejsem na akutní ambulanci. Ale resuscitovala jsem tady před dvěma rokama. Bylo to touhle dobou tady odpoledne, tady vzadu na chodbě, úplně nověj čerstvej sanitář s nějakou stařenkou, kterou jsem viděla, že se tak nějak sesouvá. Já mu říkám: „Hele, co ta paní?“ A on říká no támhle leží. A já mu říkám: „Prosím tě polož ji dolů, sundej ji na zem.“ No tak jsem si říkala no dobře tak uvidím, buď to ty moje záda vydržej nebo ne, ale o tom moc nepřemýšlíte.

Tak jste šla do akce.

Jo. On mi ji dal na zem. A jí říkám: „Jdi křičet o pomoc.“ Jo, protože už padla. No, tak jsem si klekla a začala jsem resuscitovat. Já mu říkám: „Běž na koronárku a přiveď někoho.“ No a já jsem křičela o pomoc, věděla jsem, že tam někde je nějaká debata, jenže za dvěma zavřenými dveřmi mě neslyšeli. No a vrchní sestra šla prostě zrovna domů, tak jsem na ní zařvala, ta přilítla, a tak jsem stařenku zresuscitovali.

Takže se Vám to zadařilo. Tak to musel být dobrý pocit. Takže říkáte, že hodně stresující je už jen ten nedostatek personálu.

No je to tak, protože vy víte, že je tam ta práce, že ji někdo musí udělat. A že jste na to sama. A vy víte, že budete muset obstarat prostě třeba ty tři ambulance.

No to jste jako vrtule.

No samozřejmě, že nemůžete udělat naprosto všechno.

Cíl je prostě to pokrýt.

No prostě to nejdůležitější se prostě musí pokrýt. A pak ty doktoři prostě musej pracovat sami.

No, tak jak jste mi to vylíčila a Vy jste manažersky zaměřená, tak nemáte čas na nějaké detaily. To musí lítat. A že si nemůžete dovolit řešit malichernosti nebo nějaké maličkosti, že na to není čas. Je to tak?

No to asi jo.

Že to lítá.

Jo, to lítá. Ale to vydržíte jeden den.

Ale máte pět dní.

Takže v pátek já už... No prostě zítra odpoledne bych Vám určitě už nic neřekla.

No a dnes je čtvrtek a jste ve skvělé kondici.

Ne, pozor nejsem ve skvělé kondici! Já zvládnu jen tu práci. Pozor! Doma už nic, jenom práci. Doma nemám naklizené. Takže opravdu doma nezvládám!

V sobotu a v neděli odpočíváte?

V sobotu a v neděli jezdím na chalupu. My teď rekonstruujeme chalupu. Takže jako tam já mám zahrádku. Jsme tam s mužem sami, já tam nemusím vyvážet. Já uvařím v sobotu a máme to i na neděli. Muž mě rozhodně nehoní, protože ví, jak na tom jsem. Takže si tam prostě pomalu

starám o zahradu. Chvilku pleju, což vím, že nesmím, ale plejt, to musíte. Takže to je pro mě takovej božskej klid

Tam čerpáte tu sílu?

Ano, tam čerpám tu sílu. Ačkoliv mi vždycky moje maminka říká, ty nedovedeš posedět doma. Já mám ráda lidi, prostě mám ráda společnost, tak na to už nemám ani energii, ani sílu a ani už nechci. Ale tam jsem opravdu šťastná, tam koukám na ten lesíček. Sedím si tam pod stromy a čerpám tu energii.

To Vám stačí ty dva dny? Vždyť Vy se musíte zase v neděli vrátit zpátky.

No stačí a pak je tady ten pětidenní šrumec. No a ten pátek jsem naprosto vyčerpaná. No a jak já chodím spát pozdě a brzo ráno vstávám, tak v pátek ležím už v osm hodin v posteli a jsem naprosto vyřízená.

A v kolik vstáváte ráno?

Já vstávám každý ráno ve čtvrt na šest.

Tak to jste naprosto úžasná. Takže nejvíce stresující, zopakujme si to, je málo personálu a že musíte všechno rychle zařídit?

No jako musíte tu práci prostě umět, není tu moc času, ale jak říkám, jsou tam bezva holky. A vyjdeme si vstříc a pomáháme si.

Takže kdo je tedy Vaše nejvyšší opora? Vaše kolegyně?

Moje jedna kolegyně. Obě ze sálu jsme skončily se zády.

S tou se navzájem podporujete?

Ano.

Co lékaři, zklamali Vás někdy? Nebo podpořili Vás někdy?

Lékaři, no samozřejmě, že mě zklamali. No jako takhle. Já, když to vezmu, měla jsem štěstí na lidi. To nebudu říkat, že ne. Ale samozřejmě mě zklamali v tom, že nepodporovali třeba naše vzdělání. Je tu jediný kardiologický kongres v Brně a nikdy jsme my sestry nesměly jet všechny.

To se nemohly ten den zavřít ambulance?

Ne! Byly tam týmy z celé republiky, co vzaly ty sestřičky a jely. A to nám přišlo hrozně líto, že jsme nikdy nejeli jako kolektiv, že jsme nejeli všichni.

To jako, že se na kongres vybírají sestry?

Ne, prostě sestry musely zůstat v práci. Ti doktoři se vystřídají. To mě fakt velmi mrzelo. No jinak ale bezvadný. Já osobně si nemůžu stěžovat.

Zažila jste někdy, že by Vás lékař zkritizoval před pacientem? Nebo nějakým způsobem ponížil?

Jednou. A bylo to tady na sále. No já...takhle, já jsem to vytěsnila...Protože.. No neřeknu vám to úplně přesně. Pardon. No já si na to vzpomenu... Byla jsem tady na ambulanci, v narvaný ambulanci jako vždy. A do toho on chtěl, abych mu šla něco udělat. Ať mu natočím prostě nějaký EKG. A já říkám: „Já nemůžu, já teď tady mám hodně lidí.“ A on mi řekl: „No a to snad kvůli tobě pošlu ty lidi domů?“ A byl naštvanej a taky byl ve stresu. A to jsem se tenkrát poprvé rozbředla.

Před ním?

Před ním to teda ne! Sama. Šla jsem tenkrát k tý vrchní. Řekla jsem jí: „A on mi tohle řekl! A mám toho dost! Dej mi prostě panáka. A už mu vedoucí na sále dělat nebudu, já končím!“

A dodržela jste svoje slovo?

Ne. A vrchní mi řekla: „Já tady nic nemám. Tak nevím, kam bych pro to doběhla.“ A to mě tenkrát strašně moc naštvalo, protože dobře věděl, že tady zůstanu kdykoliv, že nikdy neodejdu, když nemám hotovou práci. A já jsem říkala, tak on si pozve lidi, vůbec o tom nevím, vůbec o tom nikomu nic neřekl a já se tady teď můžu zbláznit, vůbec nevím, co dřív, tak to teda vím, že jsem to v sobě těžko skousávala.

Vrátila jste se k němu potom, řekla jste mu ty svoje pocity? Co jste cítila? Měla jste s ním pohovor?

Jo, to bylo přede všema. A tak nějak jsme se o tom bavili. A já mu říkám: „No vidíš to, ty jediný jsi mě rozbředl, za celý život se to nikomu nepodařilo. Vidíš, jaký ty na mě seš? Vůbec ještě nevím, zda s tebou budu ještě dělat.“

A co on?

No on si mě vždycky hejčkal.

Tak to byla pro Vás taková slovní kompenzace.

(Smích)

No já mám teď další otázku, co ten nižší zdravotnický personál? Asi Vás nikdy nerozčilovali?

Ne, sanitáři mě nikdy nerozčilovali. Já jsem měla se sanitáři dobré vztahy. Ne tady je nemáme. Ale já, když jsem začínala na stimulacích, tak jsme si pacienty vozily s tou Danuškou samy až na oddělení a tam jsme si je samy přenesly. Takže pak když sanitář k nám vjel na sál a my jsme si je přetáhly.

A tady Vám doktor nepomůže, když je u toho, myslím teď u toho přesunu pacienta?

Jo, jako pomůže. Ale někdy má dlouhý telefon, řeší se případ. To není jako že by nechtěl. No já si už umím o pomoc říct. To bych si dřív neřekla. Teď už jo. Oni všichni vědí, že ta záda mám nemocný, takže já každého poprosím, poděkuju.

To jste se naučila. Dřív byste si o pomoc neřekla?

Ne, to bych si řekla: „Já to zvládnou sama. Kašlu na tebe.“ Teď už ne! Protože to nejde.

Jak jste se to učila dlouho?

Dlouho. Moc dlouho.

Je to těžké, když chce být člověk pořád samostatný. Už se blížíme ke konci. Když jste měla ty noční služby, jak jste je zvládala?

Pět let jsem nocovala. Takhle bych řekla do půlnoci nebyl prostě žádný problém. Prostě v pohodě, kmitala jsem, to jako nebyl vůbec žádný problém. Ale vím, že jsem vždycky těžce nesla, když přivezli nějakýho akutního pacienta. To byla ta interna, teď jsem tam s ním pracovala prostě do rána. Takovej ten akutní žlučník.

Vy jste říkala, že nemáte ráda chirurgické obory, to teda ten pacient nešel na sál?

Ne to byly většinou nějaké infuze, náběry. No a ty náběry, to jsme my sestry chodily samy do laboratoře v noci. Tam jste si to hezky vyklusala, a to oddělení zůstalo samo, vy jste byla pryč!

Aha, tak to jste si potom trhala své osobní rekordy. Myslím, že to byly sprinty, protože se člověk bojí o oddělení.

No. Upadl nám pacient na zem.

Kdo za to mohl? Jak by se to dnes řešilo? Co myslíte?

Tenkrát se to neřešilo. Tenkrát se pády vůbec nepsaly. Měli jsme tam 32 pacientů, měli jsme dva lůžkové pokoje a z toho bylo třeba 15 ležících pacientů. A nemůžu říct, že bychom měli

horší proleženiny než jsou teď. Ta ošetrovatelská péče tam byla opravdu na vysoké úrovni. Pořád jsme polohovaly, promazávaly, myly. Prostě nebylo to horší než teď. Rukavice na jedno použití nebyly. Tak jsme furt tátkovali. Vyvářela jsem jehly nebo rektální rourky. Skládaly jsme čtverce, tampony.

Já si myslím, že tam bylo dost pomocných prací a asi nebylo tolik administrativy?

Administrativy bylo méně. Ale když si to vezmu, tak lékař napsal vizitu a vy jste si přepisovala všechny ty léky do extra do jiného sešitu. Takže v něčem to bylo samozřejmě lepší. Nebylo tolik vyšetřovacích metod, bylo jich méně. Ale již tenkrát jsem tam viděla gastroskopii, viděla jsem první laparoskopii. A měli jsme tam pana profesora, který tam dělal angio. Takže ta interna tam byla na vysoké úrovni. Viděla jsem toho prostě hodně. Vzpomínám na pana primáře P., protože to jsme potom už nikdy nezažila. Každou středu, první v měsíci, všichni zdravotníci museli přijít. Lékaři, sestry a bylo to hodinové školení. Hovořil o každé nové metodě, která přišla nebo o každém novém léku. Já jsem nikdy neměla větší vědomosti než tam a to jsem byla ošetrovatelka. Nikdo už nikdy se mi takhle nikdo nevěnoval. To musím říct. Nesmím zapomenout na oční, protože tam mě paní doktorky učily úplně všechno. Ačkoliv jsem nebyla oční sestra, dělala jsem sama perimetrii. Opravdu naučily. Kdykoliv vyndávaly tělísko, tak si mě zavolaly, ukazovaly mi to na tom oku. To byly dvě úžasné dámy. Ale to, co dělal na tý interně pan primář, pro všechny ty zdravotníky, to jsem opravdu už nikde nezažila.

Proč si myslíte, že se to změnilo? Myslím si, že když vzpomínáte na ty starý časy, že to bylo jako lepší.

No strašně se teď mluví o tom vzdělání. Jak jako by to mělo být. Sbíraly jsme ty body. Navíc já v té asociaci (*pozn. Česká asociace sester*) pracuji aktivně, tak vím, jak to je. Nevím, bylo to určitě tím primářem. No možná to taky bylo tou vinohradskou nemocnicí. Protože moje spolužačka byla na ortopedii a bylo to tam stejný. No to vám ještě řeknu jeden zážitek, to byly prostě pionýrské doby. Já jsem za ní chodila na tu ortopedii a strašně mě to zajímalo, co ona tam dělá. Ona byla typická chirurgická sestra. Od jakživa, já ne. Teď by se to stát nemohlo. Tak jsem za ní přišla, měla jsem po práci, tak jsem šla pracovat k ní. Šla jsem jí pomoci. Chtěla jsem, abychom spolu prostě byly. Ona byla taky ošetrovatelka, no byla tam vedoucí sestra a ta mi řekla: „No píchat už umíš, tak tady jsou injekce, tak to napíchej.“ Tak jsem šla, napíchala ty injekce!

Tak to by se opravdu dnes již nestalo.

No a pak se uvařilo kafe i s těma doktorama a pokecalo se. Jednou se stalo a na to doteďka vzpomínám, protože to vypadá, že to není pravda, ale je to pravda! Prostě tam jednou přivezli úraz, lítalo se kolem něj, byla to klasická traumačka. No a ten doktor mi říká: „Tak mi pojd'te pomoci. „ A já mu říkám: „No pane doktore to asi nemůžu, já prostě nejsem odsud.“ A on říkal: „To nevadí, já vám budu říkat, co máte dělat!“ A šli jsme zavádět extenzi. A klobouk dolů, on mi řekl: „No vidíte, jaká jste šikovná, nechcete tady pracovat?“ Takže na tohle já vzpomínám velmi ráda, že byla mnohem větší důvěra v ty sestry. Doktoři nám běžně o víkendech udělali bramboráky. Složili jsme si peníze. Oni šli nakoupit.

Myslíte si, že byly lepší vztahy?

Víte co, ono to bylo trošku tou dobou. Klinika je v baráku. Není to tenhle obrovské komplex. Tam, kde jsem pracovala, je jedna klinika v jednom baráku. Všichni se tam znají, neexistovalo, že byste někoho neznala. No a my jsme tady klinika na patře a my se neznáme!

Takové víc anonymní?

Oni mě v životě neviděli. Protože na ambulanci z oddělení nepřijdou. Protože mi toho člověka přiveze ten sanitář. No a sestřičky z lůžka mě prostě neznají.

Takže takové menší vztahy?

Jo, jsou to takový menší vztahy, že se známe po telefonu, ale neznáme se vlastně osobně.

Oni se nepřijdou podívat na Vaši práci. Nemají šanci.

Ne to vůbec není šance. Takže když já tam jdu za nějakým pacientem, tak na mě koukají, kdo to jde. Kdo si sám odemknul oddělení.

Který typ pacientů Vám nejvíce vadí? Taková ti křiklouni, jak jste řekla?

No což ti křiklouni. Ale taková ti hrubí lidé.

Zažila jste tady brachiální agresi, jako že se Vás někdo chystal zmlátit? Nebo jenom verbální agresi?

Ne, jenom verbální agresi. Tohle to jsme zaplat' Pánbůh nezažila. To vůbec nevím, jestli bych to jako unesla. To skoro mám pocit, že bych mu to vrátila.

Máte tady bezpečnostní službu, kdyby se pacient začal chovat agresivně?

Ano. Samozřejmě já můžu kdykoliv napsat mimořádnou událost, když si pacient na mě dovolil. Zatím se mi to nestalo a doufám, že nestane. Vždycky jsme se nějak domluvili. A musím říct, že se mi i ve většině případů ten pacient pak přišel omluvit.

Myslíte si, že tu nějaký lékař nebo sestra už trpí syndromem vyhoření?

No byli tady, ale už tu nejsou.

Jak se to projevovalo? Jak jste to zjistila?

Ty holky se prostě neusmívaly. Vůbec nic navíc nechtěly udělat. Nic. Prostě nic navíc. Všechno, co se řeklo bylo špatně.

Negativistické byly?

Furt hudrovaly. Pak jsem ji jednou potkala a byla to taková příjemná holka. A přitom to bylo pro mě tak těžký a myslím si, že nemám problém s komunikací. Říkám vyjdu skoro s každým. Ale bylo to těžký s tou jednou komunikovat.

Možná, že to bylo pro ni taky těžký, že byla přepracovaná?

No tak zrovna tahle přepracovaná nebyla. No asi jí to úplně nebavilo. No takhle, já mám štěstí, že u těch stimulátorů je stále něco nového. Stále se něco nového učíte a stále zažíváte nové situace. No já jsem se tuhle smála s panem inženýrem. Tak já už půjdu do důchodu a zažila jsem tady zajímavý situace. No prostě, že vás ještě překvapí, co se všechno s tím stimulátorem může stát a vy jste to ještě nezažila. No těm mladým doktorům vyprávíme, co jsem tady zažili, že tu byly přístroje, který oni už nikdy neuvidí. Tak v tomhle je to takový obohacující. Ale možná, když člověk dělá tu práci úplně dokola, tak to asi není dobrý. Ale nevím, nemůžu to posoudit.

Já se Vás teď zeptám zcela upřímně. Vy sama jste někdy měla pocit vyhoření, že už Vás to nebaví, že byste měla něco změnit?

Mockrát.

Jak jste se s tím poprala? Jak se říká v angličtině, jaké jste měla copingové strategie?

Ne přímo to vyhoření. Ta práce mě baví ještě pořád. Stalo se mi, že jsem zůstala na tom sále sama tři neděle. Naše kolegyně zůstala v pracovní neschopnosti a my s tou druhou kolegyní jsme tu zůstaly dlouhou dobu samy abychom si pak mohly vzít dovolenou.

No a co to Vaše tělo, co Vaše psychika? Jak jste to prožívala?

No skončila jsem v neschopnosti se zádama.

Takže se to projevilo fyzicky a co Vaše psychika?

No já, když jsem nastoupila, tak jsme byly na stimulacích jenom dvě tři roky. A zase na to vzpomínám ráda, protože jsem měla měsíc dovolený, což jsem pak nikdy neměla a mít nebudu, protože jsem se musely vystřídat. Měly jsme obě malé děti. Takže já jsem měla vždycky ten červenec, potom jsem už nemohla dožít a kolegyně měla vždycky srpen. Což znamenalo, že jsem na sále byla já, lékař a pacient. To už teď nikdo nezná. No a teď když jsou tam dvě sestry i tak se to zdá málo. No to já vždycky říkám, s tím na mně nechodíte, byla jsem na stimulacích sama. A neměla jsem tam technika! Tak jsem se prostě musela naučit techniku.

A to Vás baví, to jste jistě technický typ?

Ne! Vůbec! Já jsem technický typ jenom v práci. Manžel doma šílí, protože doma zmáčknu špatně tlačítko. *(Smích)* Ne, vůbec.

Jaké jsou Vaše taktiky, když jste unavená? Je to ten odjezd na chalupu? Jak zvládáte ten stres, když je stále nedostatek personálu?

Takhle, já chodím pravidelně na masáže.

Věnujete se nějak sama sobě? Máte na to čas?

To mám čas vždycky. Prostě moje tělo to chce, lehnout si u kosmetičky vypnout, téměř usnout. Rozhodne nerelaxuju sportem. Na to opravdu nemám a ani jsem nikdy neměla. Ráda jsem chodila na procházky. Chodila jsem kdysi běhat, chodila jsem cvičit aerobik. To všechno ano. Ale teď už ne. To tělo to opravdu nezvládá. Ty klouby, to mám po mamince, ta měla opravdu těžkou artrózu. Geny se prostě nezaprou. Jako ráda jsem tancovala. Celý život jsem velmi ráda tancovala, takže jestli mi něco vadí, tak že nemůžu tancovat. To mi vadí hodně.

To jste byla hodně aktivní.

No. Ráda se opravdu setkávám. Mám několik dobrých kamarádek. Na ně se můžu kdykoliv prostě obrátit. Možná, že to bude hloupý, co teď řeknu a ženy s tím nebudou souhlasit, ale já jsem se s mužem za ten život moc neviděla. Muž dělal na tři směny, soboty neděle. Takže jsme se opravdu neviděli často.

Takže teď si to užíváte na té chalupě?

No prostě je to hezký. Teď mu zemřel můj tatínek a manžel se tam přestěhoval. Tak teď vlastně máme víkendové manželství. A on je vášnivý sportovec. On celý život sportuje a on si jede na pánskou jízdu s kamarády a já si jedu se sestrou, s neteří s kamarádkami namočit se do rybníka.

Ještě se Vás zeptám, jak ještě plánujete takovou zátěž vydržet?

Tak samozřejmě. Já mám jít v lednu do důchodu. Takže jsem se o tom s vrchní sestrou bavila. Tak jsem si říkala, že asi rok bych...teda pokud to moje zdraví dovolí a pokud moji rodiče budou v pořádku. Oni vědí, že mohu jít kdykoliv na ošetřování, že moje maminka na tom není zdravotně moc dobře. A druhá věc, nechci, aby to znělo jako... No já bych si ráda vychovala nástupce do té poradny. Bohužel nemám nikoho a mluvím o tom už dlouho. No prostě tady není nikdo, kdo prostě tu moji práci umí. A to dost mě tíží.

Udělal jste v tom nějaké intervence?

No jako všichni to vědí. Oni to tak berou, že pracuju dál.

Třeba tu budete pracovat do sedmdesátí nebo osmdesátí..

No oni to tak berou, že tak hned neodejdu. Že mě to baví. No já si myslím, že každá sestra, když tu práci dělá dlouho, tak ji umí. V té práci se ta sestra něco naučila, ty zkušenosti se jí vždycky hodí. Jako já třeba, díky tomu, že jsem byla na onkologii, tak já těm pacientkám poradím. Ony mi řeknou tolik věcí, co by doktorovi neřekly. Hodilo se mi to všechno. No a ráda bych toho nástupce. Je dobře, když ta sestra má tu práci ráda a myslí si, že ji dělá dobře. Já nebudu říkat, že ji dělám úplně dobře. Dělám chyby jako všichni jiní. Ale myslím si, že se ji snažím dělat dobře. Nejsem tady rok, jsem tady těch 25 let a chtěla bych, aby ty lidi prostě měli stejnou péči, takovou, jakou jsem jim dala já. Aby to prostě všechno pokračovalo, aby dostali ty správné informace. Aby té mojí nástupkyni nebylo zatěžko udělat pro ně něco navíc. Pořád pro ty lidi dělám něco navíc. Mohla bych říct: „No on tady dneska ten doktor není, tak zavolejte až bude.“ Já tohle prostě nedokážu říct: „No tak si zavolejte za týden.“

Že se jim věnujete.

Jo, protože to už sama vidím jako pacient. Vidím to z té pozice. Jak je to prostě těžký vyplnit ten papír například ty lázně. A ten doktor tam třeba není. A je to vždycky na té sestře, jak toho doktora dožene a donutí ho, aby to podepsal.

Takže nejen manažerka, ale také musíte být dobrý taktik, komunikátor a taky i ten sanitář, když Vás poslouchám.

Taky jsem uklízečka.

Tak to se Vás ještě zeptám. Děláte často nekvalifikovanou práci?

No každý den to tady musím prostě umejt.

Umýt, to znamená povrchy?

Všechny přístroje, povrchy. To bych opravdu nemusela dělat.

No a jak dlouho Vám to zabere času?

No prostě když to nestihnu, tak přijdu druhý den ráno dřív.

Tak asi půl hodiny jste v pracovní době uklízečka?

Ano. Když to chci mít tipťop.

Takže jsme se opět vrátily k důležitému tématu, chybí tady další pracovní síla.

No v době covidu jsem hodinu myla všechny židle v čekárně.

No tady by se určitě uplatnil pomocný personál. Na to by se tady jeden člověk na celý den určitě uživil. Takže na to nejsou peníze?

No. Nejsou lidi. Já si myslím, že peníze by byly, ale nejsou lidi. Protože horko těžko najdete sanitáře na oddělení, nějakýho takovýho kvalitnějšího.

A jak to vidíte se sestřičkami?

Se sestřičkami, no já si prostě myslím jako, že ty sestry by jako měly mít opravdu ty platy vyšší, mluvím teď za ambulantní složku. Protože na těch odděleních přeci jen sestry dostaly přidáno. No dělají v trojsměnném provozu, to ano, ale dostanou to zaplacený. A proto na tý ambulanci, když holky zjistí ten plat, tak řeknou já půjdu dělat na půl úvazku a jsem na stejným. A ještě budu půl měsíce doma. Každý den jsem tady od půl sedmý do půl čtvrtý. Nic si nezařídíte. Chcete taky prostě někam jít, chcete na úřad, a to je problém.

Já se Vás zeptám, máte třeba nějakou přestávku na oběd? Nebo si přinesete svačinu a jedete tu od rána do půl čtvrté?

Na oběd si dojdu, to už jsem se taky naučila.

No to jsem se Vás chtěla zeptat, znám sestřičky, které si ukousnou jen jablko a celý den kmitají v ambulanci.

Ne, to nedělám. I za cenu, že tu budu dýl. A na ten oběd si prostě dojdu.

A opravdu využijete těch 30 minut, nejste zpátky myšlenkami u svých pacientů?

No právě, určitě tam nejsem těch třicet minut. To vám každou chvíli zvoní telefon: „No prosím Tě přijd' už nahoru, máš tady pacienty!“

A tak je Váš oběd ve stresu, protože to jídlo do sebe vlastně naházíte?

Někdy to opravdu tak je, protože my často přetahujeme dopolední poradnu. Nedá se to opravdu zvládnout. Je to odpolední poradna a my často máme hodinový skluz. No to je prakticky každý den tohle.

To Vás tedy obdivuji, to je hrozně moc stresu a ještě k tomu ty skluzy.

No ty skluzy mě samozřejmě drtí. Taky točím EKG a říkám doktorovi: „Hele teď budeš muset dělat chvíli sám.“ No abych to prostě popohnala. No, takže na oběd jdu, protože chci vidět jiný lidi. Na ten jdu každý den. No a děvčata mi tu prostě vařej čaj, protože se stane, že prostě nemůžu ani odejít, aniž bych si ten čaj uvařila. Takže vařej mi čaj a pečují o mně.

Dobře, takže ještě něco k té práci, chtěla byste mi něco říct, co jsem se Vás vůbec nezeptala?

No já mám pocit, že jsem Vám jako řekla svůj podrobný životopis. *(Smích)*

To je dobře, že jste si i zavzpomínala.

Zavzpomínala jsem si ráda už jsem starý člověk *(Smích)* A starý lidi vzpomínají rádi. Ale myslím si, že když tenkrát ta sestra po denní službě zůstala na oddělení a pomohla tý noční nebo, že ta noční přišla dřív a pomohla té denní sestře... Myslím si, že když jsem se o tom tak bavila, tak že to už vážně neexistuje. Jezdily jsem spolu na dovolený s těma holkama, navštěvovaly jsme se u svých rodičů. Nevím, možná to tak je, ale já o tom nevím.

No já myslím, že máte pravdu.

Myslím si, že ta pomoc už není nezištná. Jen tak, abychom se prostě viděly.

Vy jste se zmínila o České asociaci sester?

No a tam jsem předsedkyní regionu X. Vzdělávací akce dělám přes dvacet let. Kdybych měla možnost, ráda bych jela někam jinam. Musela bych si vzít dovolenou, a to už se mi nechce.

Ale pokud byste to měla zaplacené, tak byste určitě na nějakou konferenci dorazila?

No neříkám, že by mě vrchní sestra nikam prostě nepustila. To bych lhala, vyšla by mi vstříc, ale to bylo! Je nás málo! Nelze jezdit po konferencích, když je nás málo! No, a hlavně já mám ty pacienty objednaný a já mám půl roku plný diář!

Chci se Vás tedy ještě zeptat, jak to skloubíte se svou prací, když aktivně pracujete v České asociaci sester?

To dělám po nocích. No, a to holky opravdu vědí, protože říkají: „No jo, zase v jedenáct posíláš maily.“ A to musím mít absolutní klid. V devět večer sednu k počítači, začnu psát a něco dělat.

Kolik ještě hodin práce pro tu asociaci vlastně uděláte?

Hodně. To se nedá takhle počítat. Teď třeba připravuju zářijový seminář. Tak to víte sama, než někoho seženete, než někoho oslovíte.

Takže Vy to všechno organizujete. To je ale moře hodin.

No, moře hodin.

Ale to Vás baví a pak máte radost, že sestry jsou na vzdělávací akci, že se tam s někým sejdou a něco nového si vyslechnou.

No baví mě to už méně. Protože lidi to už prostě nebaví, nechtějí nikam chodit ve vlastním volnu.

O tom jsem slyšela, že když byly ještě povinné kredity, tak si sestry řekly: „My tam jdeme kvůli kreditům.“ Sestry jsou přetažené celkově z práce a už se nechtějí moc vzdělávat.

Ne, nechtějí. Prostě nechtějí.

No mladí lidé chtějí spíše více volna. Co si o tom myslíte?

Jo je jiná doba, možná je to tím, že si prostě všechno přečtou na tom internetu. No, ono je to těžký...vidíte kolegyně, že prostě nepůjdou, protože já ty semináře dělám v sobotu. Nebo půjdou, ale musí to být placené tedy v pracovní době, ale nedají tomu minutu mimo pracovní dobu. A já neříkám, že je to špatně. To v žádném případě. To ne. Naopak říkám, že je škoda, že takovou vlastnost nemám.

Ale lékaři, ty to mají vše zaplacené?

A vtom právě vidím velkej rozdíl, takže doktor řekne: „Hele všechny ty tři poradny mi zruš, protože já jedu tam a tam.“ A je mu vyhověno! A to pro sestru neexistuje. Abych já řekla:“ Já jedu tam a tam, tak prosím zrušíme pacienty, nebudu tady.“

To berete jako velkou nespravedlnost.

To беру jako velkou nespravedlnost!

Tak Vám moc děkuji za Váš čas a za rozhovor.

Nemáte zač.