

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

VYBRANÝ ETICKÝ PROBLÉM V SESTERSKÉ
PROFESI - SORRORIGENIE - JAK JI VIDÍ ZDRAVOTNÍ
SESTRY A JAK JI VNÍMAJÍ PACIENTI

Bakalářská práce

Autor práce: **Žaneta Zelená**

Vedoucí práce: **Mgr. Michaela Votroubková**

2014

CHARLES UNIVERZITY IN PRAGUE

FAKULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRALOVE

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE

DEPARTMENT OF NURSING

**SELECTED ETHICAL PROBLEM IN NURSING
PROFFESION – SORRORIGENY (nursing error) – AS
SEEN BY NURSES AS PERCEIVED BY PACIENTS**

Bachelor's thesis

Author: **Žaneta Zelená**

Supervisor: **Mgr. Michaela Votroubková**

2014

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že tato práce je pouze mým dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury

V Chrudimi

Žaneta Zelená

Poděkování

Děkuji paní Mgr. Michaele Votroubkové za odborné vedení, cenné rady, ochotu a vstřícnost v čase konzultací, jež mi v průběhu psaní mé bakalářské práce věnovala. Můj velký dík patří i Bc. Jitce Pánkové za cenné rady a informace, které práci obohatily.

Ráda bych poděkovala i ochotným pacientům a sestřám za trpělivou spolupráci na výzkumu a samozřejmě také vedení obou nemocnic za jejich trpělivost a ochotu.

V neposlední řadě bych chtěla poděkovat svým přátelům, rodině a blízkým za pomoc a podporu.

Obsah

Obsah.....	5
TEORETICKÁ ČÁST	9
Úvod.....	9
1 SORRORIGENIE.....	12
1.1 Historie sorrorigenie.....	13
1.2 Typy sorrorigenie	14
1.3 Klasifikace pochybení	16
1.3.1 Near miss (téměř pochybení).....	16
1.3.2 Nežádoucí pochybení bez následků na pacientově zdraví	17
1.3.3 Nežádoucí pochybení s následky na pacientově zdraví	17
2 Příčiny sorrorigenie	17
2.1 Pochybení z nedostatku teoretických znalostí	17
2.2 Pochybení z nedostatku praxe.....	18
2.3 Věk a zdravotní stav ošetřujícího personálu.....	19
2.4 Kritéria výběru vhodných sester	20
2.5 Špatná atmosféra na pracovišti	21
2.6 Mobbing ve zdravotnictví.....	21
2.6.1 Základní znaky mobbingu:	22
2.6.2 Hlavní důsledky mobbingu:.....	23
2.7 Přesuny lidských zdrojů z důvodu nedostatku personálu.....	24
2.8 Špatný výběr pracovního místa.....	24
2.9 Pochybení z přepracování.....	25
2.10 Únava.....	26
2.10.1 Zátěže v práci sestry.....	26
2.11 Ztráta motivace zdravotníka	27
2.12 Syndrom vyhoření- burn out syndrome.....	29
2.12.1 Příznaky syndromu vyhoření.....	30
2.12.2 Stádia syndromu vyhoření	30
2.12.3 Jak se bránit? Prevence vyhoření, prostředky duševní hygieny	32
2.13 Příliš mnoho administrativy jako možná příčina sorrorigenie.....	33
2.14 Nedostatek materiálního zabezpečení	34

2.15	Špatně fungující ošetrovatelský tým	35
2.16	Příliš mnoho pacientů na jednu sestru	36
3	Cílové skupiny pacientů	36
3.1	Děti jako vykřičník v oblasti srororigenie	36
3.1.1	Zvláštnosti v péči o malé pacienty	37
3.2	Osoby starší šedesáti let, zvýšené potencionální riziko srororigenie?	38
4	Osobnost sestry a pacienta	40
4.1	Sestra jako vzor	41
4.2	Typy sester	41
4.3	Vlastnosti stěžující práci zdravotníka	42
4.4	Sestra jako pravá ruka pacienta	44
5	Typy pacientů	44
5.1	Agresivní pacient- jak jednat a komunikovat aby nedošlo k srororigenii?	44
5.2	Histrionský typ nemocného	45
5.3	Kverulující pacient	46
5.4	Narcistický pacient	46
5.5	Depresivní pacient	47
5.6	Úzkostný pacient	47
5.7	Nepřístupný pacient	48
5.8	Neukázněný pacient	48
5.9	Závislý typ nemocného	49
6	Potřeby pacientů	49
7	Vztah sestry- pacient	50
7.1	Kvalitní komunikace jako prostředek eliminace srororigenie?	52
7.1.1	Komunikační bariéry	55
7.2	Produktivní a neproduktivní působení na pacienta	57
7.2.1	Motivace pacienta	59
7.3	Sestra v roli pacienta prostředek pro zlepšení empatie?	59
8	Zdroje srororigenie	59
9	Důsledky srororigenie	60
10	Prevence srororigenie	60
11	Základní legislativa ve zkratce	63

PRAKTICKÁ ČÁST	66
12 Metodika výzkumu	66
12.1 Cíl empirické části práce	66
12.2 Dílčí cíle empirického výzkumu	66
12.3 Dosavadní výzkum na toto téma:	68
12.4 Zkoumaný soubor	68
12.5 Použitá metoda výzkumu	69
12.6 Realizace šetření	70
12.7 Zdroje odborných poznatků	71
13 Rozbor dat a výsledky výzkumu	71
14 Diskuze	102
Závěr	111
Anotace	113
Seznam pramenů a literatury:	115
Seznam zkratk:	125
Seznam tabulek:	126
Seznam příloh:	128

MOTTO:

„ Bože, dej mi odvahu, abych si uvědomil chyby, kterých se denně dopouštím, abych tak mohl díky světlu zítřka vidět a chápat lépe to, co mi uniklo v šeru včerejška“ Moses Maimonides, 1165

TEORETICKÁ ČÁST

Úvod

Povolání zdravotní sestry je staré jak lidstvo samo. Již dávno tomu je, co se lidé snažili všelijak léčit a starat se o nemocné. Využívali k tomu především přírodní zdroje a léčit pro ně převážně znamenalo- hojit tělesné šrámy. Florence Nightingaelová, zakladatelka moderního ošetrovatelství tento trend prostého hojení tělesných ran změnila na komplexní péči o nemocné. Kvalitní hygienou nemocných, uklizeným prostředím, teplou stravou a dostatkem světla a tepla dostala do povědomí obyčejné problémy, které v péči o nemocné jsou však základním kamenem kvalitního ošetřování. Vnímání nemocného člověka jako celistvé osobnosti se všemi jeho potřebami je obzvláště důležité pro to, aby byla práce sester kvalitní a výskyt srororigenie se co nejvíce minimalizoval.

Pomáhání patří odjakživa k lidskému rodu. Již v Bibli nalézáme odkaz na Samaritána, který nezištně a bez nároků na jakékoli ocenění pomáhal svým bližním. Aby tohoto byla sestra schopná, nestačí jí na to pouze zdravotnické vzdělání. Musí být silnou osobností, přirozenou autoritou, naslouchající bytostí i žádaným profesionálem. Především by ale neměla přestat být člověkem se všemi svými radostmi, starostmi, protože právě to z ní činí osobu, která může nemocnému v těžkých chvílích nabídnout nejen lék, který utiší jeho bolest, ale může mu poskytnout i milé slovo, úsměv nebo dotek ruky, který nezřídka kdy léčí víc než sebemodernější medicína.

V poslední době, kdy je však vytížení sesterského personálu stále větší, kdy přibývá zdravotnické dokumentace a stále více a více se zvyšují kompetence sester, se může zdát, že času pro pacienty musí ubývat. V hlavním zájmu ošetrovatelství přitom stojí právě pacient. Pacient, sestra a lékař. Abychom mohli být pacientovi kvalitním společníkem, přítelem, někým na koho se může kdykoli obrátit a požádat ho o pomoc vyžaduje mnoho vědomostí, praktických dovedností a empatie. Pacient je v podřízené roli vůči zdravotníkovi aniž by o to stál. Prosté uniformní pyžamo, téměř sterilní bílá postel, to že v některých situacích není plně soběstačný, ho degraduje a sestra by měla být ta, která mu pomůže toho nelehké období nemoci překonat. Dobře fungující vztah sester a pacientů je základem kvalitních výsledků léčby nemocného. Reakce pacienta na léčbu i na samotnou

nemoc, která ho přivedla k vyhledání zdravotnické péče, velmi závisí na chování sester a lékařů se kterými se setká. Mnohokrát může dojít k protipřenosu.

Jakým způsobem léčit, jak se starat, jak správně pečovat o nemocné, vést dokumentaci se dá jistě časem naučit a „okoukat“, ale jak být přímým pacientovým advokátem, manažerem jeho zdraví, osobností, která mu předá část své pozitivní energie a svým kladným produktivním chováním ho „povede“ trnitou cestou k uzdravení, musí mít člověk vrozené. Povolání zdravotní sestry zde tím pádem není jen prostá profese, ale je pasováno na poslání. Každou sestru by mělo zákonitě naplňovat pocitem zadostiučinění, uspokojením a vlastní hrdostí.(Kutnohorská, 2010).

Za léta strávená ve zdravotnictví vím, že být dobrou sestrou není vůbec jednoduché. Člověk se musí neustále vzdělávat, učit, mít na paměti ideály, které si donesl ze svých studentských let, musí být dobrým prostředníkem mezi lékařem a nemocným a zároveň je nutné si zachovat vlastní identitu a sny. Dalším nemálo důležitým je soucit. Mnoho lidí tvrdí, že soucit nemá ve zdravotnické profesi co dělat. Je spíše překážkou, brání v profesionalitě a je slabinou sestry, která by tímto profesionálem měla být. Dle mého je však právě soucit tím, co dělá sestru sestrou. Tím co dokáže pro někoho prosté povolání zdravotní sestry povýšit a pacientovi přiblížit. Není nic lepšího než usměvavý, spokojený pacient, důstojně odcházející domů v doprovodu své rodiny, vděčný za poskytnutou péči, vyjadřující svůj dík úsměvem, vřelým stiskem ruky, vlídným slovem nebo tím, že mezi dveřmi řekne svým blízkým: „Cítil jsem se tady jako doma.“

I přes to všechno se může stát a stává, že určité procento pacientů má na hospitalizaci špatné vzpomínky. Tím, že nejsme jako sestry ve svém jednání a svých vlastnostech jednotné, může se přihodit to, že sestra svého nemocného poškodí. Pevně věřím tomu, že většina poškození vznikne náhodně a neúmyslně. Přesto však většina poškození bývá nevratných a pacienta dříve nebo později nějak negativně ovlivní. Tato práce na téma sorrorigenie - jak ji vidí zdravotní sestry a jak ji vnímají pacienti, by neměla být pouze prostředkem osvěty a eliminace tohoto jevu, ale také možná stéblem pro sesterskou profesi, která se poslední dobou zmítá v neklidných vodách českého zdravotnického systému. Výzkum sorrorigenie není jednoduchý, v mnoha případech se setkává s nepochopením, bohužel hlavně ze strany personálu, kde toto téma automaticky, logicky a pochopitelně vyvolává celou řadu pocitů. Jedním z pocitů personálu může být strach, potřeba toto téma tabuizovat, uvědomění si palčivosti tohoto problému, v mnohých případech i stud za některé své zlozvyky, které daná sestra má, zlost na kolegyně od kterých tento zlozvyk pochytila a odkoukala, zlost na sebe, že toto vůbec dopustila a v neposlední řadě je toto

téma vázané na vzpomínky na dobu studia a praxe, kdy byl každý z nás naplněn euforií, předsevzetími a touhou být tou nejlepší a nejprofesionálnější sestrou na světě. V dnešní době, kdy zaznamenáváme vysokou rozdílnost mezi skupinami a sortou pacientů, je více než nutné snažit se sjednocovat pravidla pomáhajících profesí v odváděné práci. Výzkum sorrorigenie je velmi důležitým tématem, ať již z pohledu nutnosti stále více humanizovat zdravotnictví nebo kvůli tomu aby byla veřejnost dostatečně informována o této problematice a samozřejmě kvůli tomu aby se tomuto problému dalo předcházet a v nejlepším případě ho co nejvíce vymítit.

Cíl práce:

Za cíl práce si kladu objasnění názoru pacientů a zdravotních sester na problematiku sorrorigenie, vytyčení hlavních faktorů, které tento problém z pohledu sester a nemocných ovlivňují. Ráda bych také zjistila, zda se v některých názorech pacienti a sestry shodují, kde jsou největší rozkoly v úvahách nemocných a zdravotníků a také bych byla ráda, kdyby se mi potvrdila hypotéza, že malé, v očích veřejnosti ne třeba příliš prosperující zdravotnické zařízení může kvalitou péče o pacienty ze stran sester konkurovat velkým nemocnicím.

Teoretická část:

Cílem teoretické části práce je rozostření základních pojmů, faktorů vedoucích k sorrorigenii, příčin a důsledků poškození pacientů sestrami. Dalším cílem práce by měla být pomoc zdravotním sestram v uvědomění si některých nešvarů na pracovišti, ať již vyskytujících se ve svých řadách nebo i ze stran nadřízených a celého systému nemocnic, které ne vždy kvalitně a profesionálně pečují o své zaměstnance.

Praktická část:

Cílem praktické části je analýza výzkumu, který proběhl v řadách zdravotních sester i náhodně vybraných pacientů, směřující k zodpovězení hlavních otázek, kterými se práce zabývá.

1 SORRORIGENIE

Sorrorigenie- jedná se o výraz, označující poškození pacienta sestrou. Jde o mnohem početnější skupinu než je iatrogenie (poškození pacienta lékařem). Je to výraz, který signalizuje nežádoucí a negativní děj. Výraz sororigenie byl utvořen jako analogie k termínu iatrogenie. Jeho základ není řecký, ale latinský: soror = sestra. Druhá část slova je řecká: genie = tvořit. Sororigenie je speciální termín pro nepřiměřené, škodlivé a nevhodné jednání všeobecných sester, které působí negativně na pacienty. (Kutnohorská, 2007)

Pochybení a následné poškození pacienta může způsobit chybný terapeutický, diagnostický nebo i preventivní postup. Sorrorigenie je na rozdíl od iatrogenie pacienty i sestrami vnímaná jako mnohem obšírnější, právě z důvodu toho, že sestra se jeví pacientovi jako „bližší“ osoba než lékař, tudíž jsou tyto uvedené možnosti poškození, oběma stranami vnímány velmi okrajově a nutno do sorrorigenie zahrnout mnohem více pojmů a problematik.

V souhrnu lze mluvit o jakési zdravotní péči s negativním nebo neproduktivním účinkem, špatném mezilidském jednání na poli zdravotnictví. Ve většině případů se jedná o poškození nebo prohřešek, který je odvratitelný. Incidence i prevalence tohoto jevu jsou u nás bohužel těžko zjištělné. Ponětí veřejnosti o tomto problému je v dnešní době i poměrně výrazně ovlivněno médii. Zvláště ze zdravotnických kauz se rády a velmi často dělají bulvární senzace, které mnoho občanů- hlavně ve starším věku mohou velice nepříjemně a negativně ovlivnit.

Sorrorigenie se mnohdy stává morálním problémem. Pokud budeme chápat morální problém jako důležité téma spojené s rozlišováním mezi dobrým a zlým, správným a nesprávným v denním životě zdravotní sestry a pacienta, pak tento pojem vystihuje sorrorigenii dokonale. Často k sorrorigenii vede morální dilema. Zde může být sestra vystavena dvěma různým alternativám v řešení aktuálního problému, z nichž nemusí být ani jedna přesvědčivě optimální pro nemocného. Pak je na ní, zda zvolí osvědčené a standardizované postupy, které jsou pro nemocného bezpečné nebo zda bude riskovat a svým rozhodnutím potencionálně ohrozí zdraví nebo život pacienta.(Kutnohorská, 2007; Munzarová, 2005). Příbuznými výrazy sorrorigenie mohou být i např. malpractice a nedbalost. Dalšími nežádoucími událostmi směřovanými na pacienta mohou být např. egrotogenie - poškození spolupacientem, iatrogenie- poškození lékařem a iatriliptagenie - poškození léčitелеm.

Malpractice

Chyby ve výkonu povolání zdravotníků se dle závažnosti označují různými názvy. Termín malpractice se v odborných literaturách používá ve dvojm případě.

1. Striktně právním, jako zanedbání povinné péče při výkonu povolání.
2. Ve volnějším významu jako nepečlivé, lajdácké provádění určité činnosti, mající za následek poškození nemocného. Zdravotník odbyde svojí práci, neprovede všechny náležité výkony a dílčí činnosti nebo v krajním případě neprovede své povinnosti vůbec.

Nedbalost

Jedná se o velmi ošemetný a bohužel v některých případech i častý jev, vyskytující se jako šedá eminence téměř ve všech zdravotnických zařízeních. Tímto pojmem se míní porušení náležité opatrnosti v provádění určitých činností, nedodržení standardizovaných postupů, samovolnou volbu postupů jiných (pochybných, nestandardizovaných, usnadňujících a urychlujících práci, přitom pomyslně ohrožujících pacienta na zdraví nebo životě, nedodržení postupů lege artis, riskování, překračování kompetencí aj.)

Nedbalost stejně jako sorrorigenie může být vědomá nebo nevědomá. U vědomé sorrorigenie a nedbalosti jde o fakt, že zdravotní sestra ví o riziku svého jednání, ale díky působení různých faktorů spoléhá na to, že se nemůže nic stát. Sorrorigenie nevědomá vzniká v případech, kdy sestra ani neví, že její chování nebo chování jejích kolegyň a kolegů by mohlo pacientovi způsobit újmu na zdraví nebo dokonce na životě. V tomto případě hraje velkou roli vzdělávání sester, dostatek praktických znalostí, dobrý úsudek a schopnost předvídat. (Mareš 2002; Kutnohorská 2007)

1.1 Historie sorrorigenie

Poškození pacienta má nejspíše stejně tak hluboké kořeny jako poskytování zdravotnické péče. O této problematice se zmiňovala již Florence Nightingaleová ve svém slibu:

„ My, slavnostně před Bohem a v přítomnosti tohoto shromáždění, slibujeme, že budeme vésti celý život mravný a vykonávat svoje povinnosti věrně. Zdržíme se všeho co je zhoubné a špatné, nepoužijeme, aniž vědomě podáme někomu zhoubný lék. Seč naše síly stačí, učiníme vše, abychom pozvedly úroveň našeho povolání a ponecháme u sebe vše, co v důvěrnosti nám bude svěřeno, rovněž všechny podivné záležitosti, o kterých se dovíme během svého praktického života. Věrně se budeme snažit, abychom pomáhaly

lékařům při jejich práci a oddáme se těm, kteří naši péči budou svěřeni.” (Slíb Florence Nightingale). [online]. [cit.2014-03-30].

V současnosti se tématem pochybení zdravotníků zabývá především: International Society for the prevention of Iatrogenic Complications –ISPIC- specializovaná odborná společnost věnující se problematice poškozování pacientů zdravotníky. U nás toto nezkoumá žádná podobná asociace, ale přesto dochází k nárůstu článků, odborných vydání a studií na toto téma.

Z významných zahraničních dokumentů, zabývajících se touto problematikou lze uvést dva vzniklé v roce 1999- 2001 „To err is human“ (Chybovatí je lidské) a „Quality Chasm“ (Propast v kvalitě) na kterých se významně podílel Dr. Donald Berwick

Dalším významným mužem je James Reason- britský psycholog a vědec, zabývající se pochybením zdravotníků. (Škrla, 2005)

1.2 Typy sorrorigenie

Typy a možnosti poškození pacienta ve zkrácené verzi:

Poškození nemocného lze rozlišovat podle mnoha kritérií. Některá mají přímou souvislost pouze s nemocným, některá jen se zdravotní sestrou, mnohá se dotýkají ucelenosti spolupráce sestry s pacientem.

Podle charakteru může jít o poškození somatické (chybné podání léků, infuzních roztoků, špatné provedení odběrů atd.). Dále může jít o poškození psychické, což je v dnešní uspěchané době bohužel převládající, lépe maskovatelné, ale pro pacienta více traumatizující. Jde o poškození nemocného prostřednictvím nevhodného, devalvujícího a ponižujícího chování (nedostatek empatie, pochopení, nevhodné vyjadřování, špatné provádění edukace, rozmlouvání o nemocném jako o třetí osobě, komunikace s nemocným o intimních tématech před ostatními pacienty, bagatelizování obav pacienta, pomlouvání práce kolegů a tím pádem příprava pole pro výsev pochybností a strachu pacienta, depersonalizace nemocného atd.).

Psychická sorrorigenie může vzniknout i při čekání na ordinovaný výkon, při odsouvání uspokojování pacientových potřeb na dobu neurčitou. Týká se především psychicky méně odolných jedinců, nemocných, kteří očekávají nereálné, náhlé a trvalé zlepšení zdravotního stavu a také jedinců se sníženým sociálním statutem.

Velkým vykřičníkem zde je i nakládání se zdravotnickou dokumentací (její špatné, neúplné a nepřehledné vedení může předznamenat další chyby v péči o nemocného

především ordinování další zbytečné medikace a vyšetření, což může způsobit vznik kombinované somatické i psychické srororigenie).

Podle míry zavinění se pak srororigenie dělí na:

- poškození kdy zdravotník nenese přímou odpovědnost (alergická reakce na nově podaný lék, selhání techniky atd.)
- poškození, kdy je jasné, že je za něj zdravotník zodpovědný (chybné podání medikace, chybný výkon patřící jinému pacientovi, nevhodné chování atd.)

Podle příčiny dělíme poškození na:

- nejednání podle kompetencí- zdravotní sestra se snaží nemocnému pomoci a vyhovět, ale není k tomu pověřená, proškolená atd.
- poškození z nedbalosti – zdravotní sestra se snaží mít práci co nejrychleji za sebou a nedomýšlí rizika s tím spojená např. špatná hygiena rukou, mající za následek nozokomiální infekci nemocného apod.
- poškození z opotřebenosti vykonávající osoby (syndrom vyhoření)- zdravotní sestra je orientovaná správným směrem, ale v kvalitním odvedení práce jí brání vyčerpanost, únava, nedostatek trpělivosti, špatná, malá nebo žádná duševní hygiena.
- poškození z nevhodné orientace- zdravotní sestra orientuje svou činnost tak, že na prvním místě není přínos pro nemocného ale např. vyhovění požadavků vedení zdravotnického zařízení- tlaku „shora“ nebo nedostatečný holistický přístup k pacientovi.
- poškození ze záměrnosti- jedinec je negativně zaměřen vůči určitým lidem (např. senioři, Rómové aj.). Jeho jednání zahrnuje pohrdání těmito osobami, projevy nepřátelství, agresivity, devalvování nemocných, může se zde vyskytnout i rasový podtext atd. (Mareš, 2002)

V souhrnu lze poukázat na osm hlavních kategorií pochybení, které byly definovány v roce 2001 a postupně upravovány.

- Nedostatek vnímavosti, empatie a pozornosti ze stran zdravotních sester k měnícímu se zdravotnímu stavu nemocného.
- Velké pracovní zatížení zdravotníků, nedostatek personálu, zátěžový mix nemocných, malá vzdělanost, neefektivní nebo špatně vedená komunikace
- Malá morální odpovědnost zdravotních sester
- Neochota přijmout roli advokáta pacienta

- Lhostejný přístup k vlastním chybám i k chybám dalších členů ošetrovatelského týmu
- Nesprávné rozhodování a postupy (chybná identifikace nemocného, nesprávná oš. anamnéza, zvolení nevhodných intervencí a cílů oš. péče, neadekvátně vysoká sebedůvěra, s tím spojená neochota se ptát, malá ochota zapojovat nemocného do procesu péče atd.)
- Nedostatek preventivních opatření (nedodržování hygieny rukou, opožděné, opomenuté nebo špatně provedené ordinace, neprofesionální přístup k nemocnému)
- Chybné vedení dokumentace (nedodržování zásad vedení dokumentace, nevěnování pozornosti aktuálním změnám v ordinacích lékaře, nedůslednost, nekompletnost, nepřehlednost údajů atd.). (Škrla, Škrlová, 2008)

1.3 Klasifikace pochybení

Existuje celá řada pohledů na rozdělení a klasifikaci pochybení, obecně je můžeme dělit do tří skupin:

1.3.1 Near miss (téměř pochybení)

Pochybení, kterému bylo na poslední chvíli zabráněno. Podařilo se ho včasnou reakcí odvrátit, nedošlo k poškození pacienta. Tento bod, pokud potkává zdravotníky často, signalizuje buď pouhý omyl, ze kterého by se měl poučit a dávat si později pozor v podobných situacích nebo může předznamenat opakované deficity pozornosti a upozorňuje nás např. na únavu nebo počínající burn out syndrom.

Příklad lze zde situovat do následujícího příkladu. Sestra si předpřipraví léky na lékovku nemocného, nevšimne si, že mu nachystala nižší gramáž, než má užít, ale při cestě s lékovkou k nemocnému si uvědomí, že takovou tabletu včera při směně nepodávala a že pokud nedošlo k náhlé změně ordinované medikace, udělala někde chybu.

1.3.2 Nežádoucí pochybení bez následků na pacientově zdraví

Výkon byl kolem nemocného proveden špatně, ale nedošlo k jeho poškození. Příkladem lze uvést stejnou situaci jako je ta předchozí s rozdílem, že si sestra chybně gramáže nevšimne, lék podá. Tím, že ho nemocný užívá, „pouze“ v jiné gramáži, neublíží mu.

1.3.3 Nežádoucí pochybení s následky na pacientově zdraví

Výkon nebo procedura kolem pacienta byla provedena špatně, nemocného poškodí. Příklad je opět stejný s rozdílem, že chybně podaná gramáž nemocnému způsobí újmu na zdraví nebo zhorší jeho aktuální stav. (Škrla, 2005)

2 Příčiny sorrorigenie

Poškození pacienta stejně jako jiná nevhodná jednání ve společnosti mají své příčiny i důsledky. Tato kapitola by měla poukázat na možné příčiny sorrorigenie, ve zkráceném výčtu.

2.1 Pochybení z nedostatku teoretických znalostí

„Žádný učený z nebe nespádl“ – léty prověřené, z velké části pravdivé tvrzení. Ve zdravotnictví to ale bohužel vždy neplatí. Nároky na sestry jsou všeobecně velmi vysoké a začínají právě již v oblasti vzdělávání. Na střední zdravotnickou školu každý z nás nastupoval s nějakým přesvědčením, nějakými ideály a sny. Každý student však musel pojmout velké množství informací. Jak všeobecných, tak i odborných a proto mnohdy došlo k tomu, že ideály přítomné při vstupu na půdu zdravotnických škol, se na konci studia vytratily. K tomu všemu přispívá i další vývoj zdravotnického studia u nás. Mnohdy sestry studují na to, aby mohly vykonávat svojí profesi bez odborných dohledů, dlouhá léta. Celoživotní vzdělávání zdravotníků je kapitolou samo pro sebe, přesto jí však nelze upírat nespornou výhodu a tou je to, že opravdu může zabránit pozdějším prohřeškům vůči pacientům. (Narková, 2006)

Pečovat o nemocné a jinak znevýhodněné jedince se zdravotní sestry učí na zdravotnické škole, vyšších odborných školách nebo i na školách vysokých, dále také v průběhu praxe.

„Při přípravě zdravotních sester na povolání se velice systematicky vyučuje a probírá péče o nemocné, avšak péče sama o sebe je však ponechána soukromé iniciativě každé zdravotní sestry.“ (Křivohlavý, Pečenková, 2004, s. 9)

Každý z nás někde začínal, byl nový, nevěděl. Z jedné strany zažíval tlak „shora“, rychle a kvalitně se zaučit, „okoukat se“, naučit se všemu potřebnému. Z druhé strany tápal, sám vyhledával odpovědi na otázky, potýkal se s neúspěchy, omyly. V této sféře však nelze postupovat stylem kdo z koho nebo metodou pokus- omyl. Tam kde jde o zdraví a život, jdou veškeré omyly stranou. Jak tedy postupovat v případě zapracování nových členů týmu, čerstvých sester po škole s velkým, ale logickým a předpokládaným deficitem znalostí? V tomto případě by možná byla na snadě školící centra, která by byla schopná dokončit poslání zdravotnických škol a jiných vzdělávacích institucí. Dalším vhodným a určitě reálnějším řešením by bylo v každé nemocnici zřídit školící týmy, které by byly novým sestřám k ruce a dokázali by kdykoli poradit nebo pomoci. A v neposlední řadě by jistě pomohlo umožnění vzdělávání formou seminářů a jiných praktik pro všechny zdravotníky, kteří o to stojí, bez výjimky. Nelze pominout fakt, že málokterou vzdělávací akci zaměstnavatel podpoří např. výměnou služeb, když už ne služebním volnem. Zdravotník si musí plánovat vzdělávání na dny svého osobního volna o finanční stránce věci ani nemluvě. Vše až na malé procento výjimek si zdravotník hradí sám a i právě to může být jedním z nežádoucích jevů v oblasti samovzdělávání. (Narková, 2006)

2.2 Pochybení z nedostatku praxe

Ruku v ruce s deficitem teoretických znalostí je i nedostatek praxe. Nedostatek praxe je pro výkon zdravotnické profese možná ještě malignější. Nejlépe se člověk učí tím, že si danou činnost sám vyzkouší a „dostane jí do ruky“. Vždy by ale měl za ním stát někdo, kdo mu bude ochoten poradit, pomoci nebo v případě neúspěchu za něj danou činnost opravit. Platí toto ale vždy? Příkladem může posloužit tento scénář. Plné oddělení pacientů, mnoho telefonů, administrativy, manuálních výkonů. Nová sestra je vyslána aby učinila v očích zapracovaného personálu „banální“ výkon. Co dělat v případě, že neví? Má se do něčeho pustit sama a riskovat chybné provedení výkonu- eventuelně možné následné poškození pacienta nebo žádat o pomoc a radu zkušené leč velmi vytížené a možná trochu nervózní kolegyně? Bohužel se velmi často stane, že sestra díky okolnostem volí první možnost. V těchto případech by byl ideální dostatečný čas na zapracování „nováčků“,

kolegialita, dobré vztahy s lékaři, pohodová atmosféra na pracovišti, klid a dostatek možností se novým zdravotníkům věnovat, aniž by daná „školitelka“ musela mít pocit, že jí stojí práce, že jí to zdržuje od svých vlastních povinností anebo že by jednoduše měla pocit, že jí tato povinnost nenáleží a není pro ní dostatečně vhodná.

2.3 Věk a zdravotní stav ošetřujícího personálu

Dalším faktorem výrazně ovlivňujícím sorrorigeni je věk a zdravotní stav ošetřujícího personálu. Každý z nás má v sobě nějaký rozsah možností a hranice, kdy už dál nelze. Tyto možnosti a hranice výrazně limituje věk. Nezřídka kdy se setkáváme se sestrami lehce předdůchodového věku ve směnném provozu. Kromě obdivu, to ale ve většině pacientů automaticky vyvolá i strach. Bude se umět tato sestra o mě kvalitně, rychle a bezchybně postarat? Nemám spíše o tuto věc požádat její mladší kolegyni? S přibývajícím věkem bohužel rostou v každém z nás právě spíše ty hranice a limity než možnosti. Přibývá únavy, mohou být přítomny více či méně závažné choroby, reakce nebývají již tak rychlé a ostré, na druhé straně stojí v myslích těchto sester to, aby se vyrovnali svým mladším kolegyním, nebylo na ně pohlíženo skrz prsty nebo aby je nakonec někdo na poslední chvíli těsně před důchodem nechtěl odsunout nebo dokonce propustit. Zde by mělo být na zaměstnance pohlíženo celistvě a s úctou a měla by existovat možnost mu nabídnout jiné pro něj vhodnější místo, na kterém se bude cítit lépe a sebejistěji.

Druhým aspektem je samotný zdravotní stav personálu. Mnohdy je sestra nucena jít do práce, i když jí není dobře, směny plní s antibiotiky nebo jinými naordinovanými léčivými, v krajních případech doslova na pokraji svých sil. To vše z důvodu, že není jiná možnost, že není, kdo by ji zastoupil a je nutno zachovat alespoň nějaký chod oddělení. Zde vnímám velký vykřičník v oblasti této problematiky, protože z mého pohledu je tato možnost ze všech uvedených ta nejhorší a je zároveň nejbližší cestou vedoucí k sorrorigeni.

Pominout bohužel ani nelze možné psychické onemocnění personálu, do kterého spadají i závislosti (v případě zdravotnického personálu se nejčastěji jedná o nikotinismus, závislost na alkoholu a závislosti na lécích, nejčastěji se jedná o analgetika nebo hypnotika). (Nešpor, 2011). Zde může docházet k velkému množství úmyslných negativních jevů ze strany nemocné sestry nebo velmi často k prohřeškům z nedbalosti, způsobených právě neuspokojivým psychickým stavem. V těchto případech by bylo na

místě kvalitnější vybírání personálu. Filtr nemocnic, kterým musí žadatelé o zaměstnání procházet je poměrně benevolentní. Někde stačí pouhé vstupní interní vyšetření, aby se potvrdila schopnost pracovat ve směnách, někde si k tomuto žádají ještě např. výpis z rejstříku trestů. Po zkoumání psychického ladění uchazečů, jejich psychické odolnosti nebo onemocnění se málokde pátrá. Ani výroční prohlídky, monitorující zdravotní stav zaměstnanců, vyšetření psychologem nebo podobným odborníkem neobsahují. Přitom péče o zaměstnance v tomto směru se jeví jako velmi důležitá. Zdravotník se denně setkává s velmi stresujícími situacemi, často se cítí přepracovaný, má potřebu se „vyventilovat“ ale díky tomu, že je vázán povinností mlčenlivosti tuto možnost nemá. Negativní pocity, zkušenosti a zážitky se hromadí a může zde dojít nejen k syndromu vyhoření ale i k psychickému onemocnění- hodnoceného jako nemoc z povolání. (Nešpor, 2011)

Systém zdravotnictví je v této oblasti nedostatečně nastaven a péče o zaměstnance je v tomto ohledu pramalá. V jiných státech evropské unie je podnikový psycholog automatickou složkou zdravotnického zařízení.

2.4 Kritéria výběru vhodných sester

Zde si dovolím navázat na předchozí bod a vypíchnout důležitost psychologického vyšetření při vstupním kontaktu s potenciaálním zaměstnancem. Tento problém by mohl vyřešit vstupní psychotest nebo pohovor s psychologem. Zajisté by došlo ke kvalitnějšímu a zodpovědnějšímu výběru vhodných zaměstnanců a tím pádem i eliminaci sorrorigenii už v jejím prvopočátku.

2.5 Špatná atmosféra na pracovišti

Stres, shon, požadavky nemocných, požadavky lékařů, neutichající telefonní přístroj. Zná to snad každá zdravotní sestra. V tomto případě, kdy na zdravotníka doléhá tíha zodpovědnosti, aby vše co má provedl tak jak má, je velmi těžké si zachovat pozitivně laděnou mysl. Každý z nás disponuje jiným psychickým vybavením a odolností a od toho se odráží i schopnost vyrovnávat se stresem a následně to, jak kvalitně se zvládneme postarat o nemocného. Tvorba dobré atmosféry na pracovišti pak může být velmi složitá. Přitom právě tento aspekt ovlivňující sorrorigenii je velice důležitý. Smysl pro humor přítomný na pracovišti bývá vítaným společníkem, umožňujícím alespoň na chvíli vypnout, odreagovat se a brát práci a povinnosti s větším nadhledem a pohodou. Zde se setkáváme s řadou rozdílných názorů. Někdo tvrdí, že pohodu na pracovišti lze vytvořit kdykoli, někdo zase předkládá, že je to vázané na charakterové vlastnosti sloužícího personálu. V zapracování nových členů kolektivu je klidná a pohodová atmosféra velmi důležitá. Již dávno není prioritou v zaměstnání pouze vysoké finanční ohodnocení, zaměstnanecké výhody a podobná „lákadla“, která by měla zvedat pracovní morálku, zápal a motivaci pro odváděné činnosti. Z rozhovorů se zdravotníky i z vlastních zkušeností vyplývá, že dobrý a přátelský pracovní kolektiv stále stojí na předních příčkách při výběru pracovního místa. Pokud se lze ptát při případné nevědomosti, to vše beze strachu, že někoho obtěžují, zdržují a dostanu za to vynadáno, je prvním krokem jak vymýtit ze zdravotnických zařízení nežádoucí poškozování pacientů. Hlavním aktérem v udržování dobré nálady na pracovišti by měl být vedoucí pracovník. V tomto případě staniční sestra, která by měla dodržovat veškeré zásady a nařízení platící pro všechny bez výjimky. Nikdy by nemělo docházet ve zvýhodňování nebo preferování jednoho zaměstnance. (Dlugošová, Tkáčová, 2011)

2.6 Mobbing ve zdravotnictví

„O mobbingu hovoříme tehdy, je-li někdo opakovaně, popřípadě pravidelně po delší časové období (několik měsíců) systematicky – často také velmi subtilně a skrytě – šikanován. Mobbing se vytváří z nerovnováhy sil. Zrcadlí vztah viníka a oběti. Oběť je vždy slabší než její trýznitel. Viník či viníci sledují jednoznačný záměr poškození“
(Herzog, 2009, s. 23).

Mobbing lze definovat jako řadu negativních komunikativních jednání, jichž se dopouští jednotlivec nebo několik osob vůči určitému člověku po delší dobu (nejméně půl

roku a alespoň jednou týdně). (Kratz, 2005). Týká se to především nových pracovníků ve všech profesích, bohužel sester nevyjímaje. Existují pracoviště, kde se mobbing objevuje častěji. Jsou to především pracovníci v oboru státní správy, zdravotnictví, školství a sociální práce. Sedminásobné riziko vzniku mobbingu a bossingu je v resortu zdravotnictví a sociálních věcí. Mobbing se týká spíše oborů, kde se pracuje především psychicky. Výzkum v sociálních službách a zdravotnictví v České republice navazuje na mezinárodní výzkumné činnosti podporované Mezinárodní organizací práce (ILO), Světovou zdravotnickou organizací (WHO) a Mezinárodní radou sester (ICN). Tyto organizace sledují násilí na pracovišti v několika zemích světa. Cílem tohoto šetření byla snaha zviditelnit násilí na pracovišti ve zdravotnictví a sociálních službách v České republice. (Kratz, 2005)

Z výsledků výzkumu se s fyzickým napadáním setkalo v oblasti zdravotnictví 92,6% respondentů. Se slovním napadáním mělo zkušenost 30% respondentů. V otázce rasového ponižování se jednalo o 1% respondentů. Příčiny fyzického a psychického násilí na pracovišti určili respondenti takto: nedostatek času, stres a nepohoda v práci, únava, přepracovanost, špatné vztahy mezi zaměstnanci, špatný přístup vedení, špatná personalistika a nedostatek personálu. (Háva, 2004, Kratz, 2005)

I když by se mohlo zdát, že je to problémem spíše větších nemocnic, kde je fluktuace nových pracovních sil větší, neplatí to tak vždy. V dnešní době, která klade důraz zejména na pracovní výkon a vysoké pracovní nasazení, nabízí se zde živná půda pro konflikty, které mohou snadno přerůst v mobbing.

2.6.1 Základní znaky mobbingu:

- Bránění šikanovanému v možnosti vyjádřit se (např. při plánování služeb, při poradách, při vytváření denního plánu ošetřovatelské péče, při běžných denních činnostech atd.). Zaměstnanci bývá jeho práce kritizována, degradována, mnohdy je mu vytýkán i styl oblékání, upravenost v zaměstnání, jeho soukromé problémy atd.
- Útoky na sociální vztahy (s šikanovaným se nikdo nebaví, je ignorován, bývá násilně odstavován od kolektivu atd.)
- Útoky na vážnost, úctu a pověst (týká se především šíření pomluv). Zde u tohoto bodu bývá jasná návaznost se srororigenií. Pacienti potácející se ve vlastních

trápeních, mnohdy v bolesti, pomluvy zvýšeně vnímají, věří jim a dochází zde k jasnému pochybení.

- Útoky na kvalitu pracovního nebo osobního života (pověřování šikanovaného bezvýznamnými úkoly, kde se předem předpokládá jeho neúspěch nebo možné pochybení, záměrné zdržování zaměstnance od jeho povinností za účelem nesplnění daných úkolů, zpochybňování postupů a výsledků práce šikanovaného.)
- V neposlední řadě pak útoky na zdraví (tato forma je pak již vysoce riziková, může jít o zdraví i život šikanovaného). (Haškovcová 2004; Venglářová a kol. 2011)

Podle Haškovcové se na mobbingu podílejí především tyto faktory, které jakoby vypadly z oka nynějším pracovním poměrům v mnohých českých nemocnicích.

- špatná organizace práce a neustálá časová tíseň;
- stres z přetížení;
- jednotvárná práce nebo stereotypně se opakující pracovní činnosti a doprovodná nuda;
- chybný styl řízení, zaviněný buď velmi silným, autoritativně přístupným, nebo naopak velmi slabým šéfem;
- konkurenční tlak a strach z případné ztráty zaměstnání (Haškovcová, 2004)

2.6.2 Hlavní důsledky mobbingu:

- Zvýšení nemocnosti.
- Dochází k nárůstu předčasných odchodů do důchodu.
- Zvýšená fluktuace a s tím spojené zvýšené náklady na nábor, výběr, adaptaci a zaučení nových zaměstnanců.
- Snížená produktivita, ztráta motivace, škody na zařízení a vybavení (Haškovcová, 2004; Vágnerová, 2008).

Z úryvku rozhovoru vedeného se sestrou na toto téma: „Vzpomínám si na to dodnes a to už to bude v lednu 5 let. Vůbec se mi nechtělo do práce, v noci před službou jsem se budila, nemohla jsem spát. Připadala jsem si jako dítě školou povinné, když jsem na sobě ráno hledala příznaky choroby, které by mi umožnily nejít do práce. Zase tam budu s ní, znělo mi v uších, připadala jsem si jak blázen. Celou službu jsem nedokázala udržet pozornost, natož se soustředit na práci. Bůh při mně stál, že se nikdy nic nikomu

nestalo, protože jsem byla v takovém psychickém stavu, že bych pacienta poškodila a možná bych o tom ani nevěděla. Nejhorší bylo, jak mi hodila mezi pomůcky otevřenou odběrovou jehlu, co na tom, že byla čistá, to já přece v danou chvíli nevěděla a měsíc se nervovala tím, co jsem mohla od někoho chytit. Navíc se na mě pak všichni dívali jak na hlupáka, který nedodrží základní postupy.“ Z tohoto případu jasně vyplývá, že při tomto jevu je možné dopustit se srororigenie velmi snadno. Již samo je toto jednání trestuhodné, natož pak, když vede k poškozování nemocných. Při mobbingu dochází nejen k poškozování „týraného“ personálu, ale hlavně k potencionálnímu poškozování pacientů, což by mělo být varovným signálem ke včasnému záchytu tohoto kriminálního jevu a k nastolení tvrdších trestů pro mobbující jedince.

2.7 Přesuny lidských zdrojů z důvodu nedostatku personálu

Nedostatek kvalifikovaného, odborně vzdělaného a zaučeného personálu? V mnohých nemocnicích je toto stále problémem číslo jedna. Dobrých sester bývá pomálu a tak jsou mnohdy některá pracoviště nucena si mezi sebou své zaměstnance k zažehnání personální krize „půjčovat“. Bohužel se tak někdy děje bez svolení dotyčné sestry a tak i v tomto případě číhá skrytě mnoho možných konfliktů, které se mohou odrazit na péči o nemocného. Sestra je zvyklá na kolegy, své oddělení zná „i poslepu“, přesně ví, kde je jaká pomůcka, zná technickou vybavenost oddělení, je proškolená jak s technickou výbavou na oddělení zacházet, pokud vše jde jak má, cítí se na svém pracovišti jako doma. Najednou musí spolupracovat s novými kolegy, naučit se jak je dispozičně oddělení řešené, mnohdy se musí seznámit s novými postupy, standarty i výkony, které ze své „domoviny“ nezná. V očích okolního personálu může být v oblíbené pozici, protože přišla vypomoci nebo také v pozici vetřelce, „který je stejně jen na obtíž“. I zde by měl mít hlavní slovo vedoucí personál, který tyto přesuny a „půjčky personálu“ řeší a realizuje. Velkým přínosem se jeví dobrá spolupráce mezi odděleními a přátelská atmosféra nejen na konkrétních odděleních, ale na celých ošetrovatelských jednotkách, ne-li pak v rámci celého zdravotnického zařízení.

2.8 Špatný výběr pracovního místa

Nezřídka kdy se i toto může stát a stává. Každý má nějaké ambice a osobní předpoklady. Někdo holduje práci s určitou dávkou adrenalinu, jiný má rád více klidu a nevádí mu i trocha stereotypu. Na tohle je třeba při obsazování sester na oddělení přihlížet,

aby nedocházelo ke zbytečným konfliktům, pocitům méněcennosti zaměstnanců, nebo aby se dokázalo předejít negativním účinkům na pacienta. Obzvlášť na jednotky intenzivní péče, ARA, urgentní příjmy atd. je třeba vybírat pečlivě nové členy ošetřovatelských týmů. Počáteční nápor teoretických i praktických požadavků na zdravotníka bývá obrovský, ne každý jedinec je schopen vše pojmout a poté stejně dříve nebo později bude chtít změnit neklidnou vodu urgentní medicíny za klidnější prostředí ambulantních sfér nebo standardních oddělení.

2.9 Pochybení z přepracování

S chybami personálu vzniklých z důvodu únavy a přepracování se setkáváme velmi často. Hlavní příčinou při tom bývá chybně nastavený systém na oddělení. Mnoho zdravotníků má špatně sestaveny služby, často mívají nepoměr denních a nočních služeb, v době dovolených nebo při personální krizi tento nepoměr ještě narůstá, o přesčasových hodinách nemluvě. Přitom většina pochybení vzniklého únavou se vyskytne při noční směně, kdy je největší nárůst komplikací. Často se pacientům horší stav, vyskytuje se mnohem více stavů zmatenosti, mnohdy špatně nastavenou hypnotickou léčbou nebo jen prostou změnou prostředí, kterou především gerontologičtí pacienti špatně snáší. V brzkých ranních hodinách se bohužel i datuje největší počet exitů. Sestra je nucena jednat a to s unaveným tělem i myslí jde velmi špatně. V dokumentu „Jak překlenout propast kvality“ (IOM 2001) se píše: *„Dnes si žádný lékař ani sestra nemůže zapamatovat všechny informace potřebné k poskytování kvalitní péče. Jestliže sestry nemají možnost získat potřebné informace tam, kde se využití takové informace očekává pro učinění závažných rozhodnutí, možnost pochybení se zvyšuje.“* (Škrla, 2005, s. 35)

Mnohdy je na oddělení sestra sama, lékař je přítomen na telefonu. Potýká se zde velmi často s rozporem. Řešit situaci sama? Zavolat kolegyním z vedlejšího oddělení? Počkat do rána? Volat lékaře? Zde je základem dobře fungující vztah lékaře a sester. Pokud je lékař profesionál, je nastavená mezi členy ošetřovatelského týmu důvěra a dobrá komunikace, nemusí se sestra obávat kritiky, kvůli chybnému úsudku, kdy je lékař „zbytečně“ nucen dojít v nočních hodinách na oddělení a vyřešit v jeho očích banální záležitost, kvůli které byl vyrušován. Dalším velkým nešvarem se stávají ordinace „po telefonu“. Často se takto ordinují nejen léky, ale i některé výkony. Mnohdy jsou takto ordinovány bohužel i opiáty, léky na uklidnění nebo výkony jako kurtáž rukou u agresivních a neklidných pacientů, kde hrozí sebeublížení na zdraví nebo ohrožení

spolupacientů na pokoji. Zde vidím velký etický problém a cítím rozkol v pocitech profesionální odpovědnosti, týmového hráčství, vlastní identity a ochrany vlastní osoby i pacienta před protiprávním jednáním.

2.10 Únava

Náročné fyzické i psychické úkony vedou u každého z nás k únavě. Organismus se nastaví na pohotovostní režim, některé potřeby částečně potlačí, aby zbylo sil na ty jedincem preferované. Dlouhotrvající únava je však velmi nebezpečná. Může docházet k porušenému příjmu potravy, nepravidelnému vyprazdňování, paradoxně ke zvýšené nespavosti, depresím, podrážděnosti, k nezájmu o pracovní činnosti a mnoha dalším psychosomatickým poruchám. (Praško, 2006). U zdravotníků se s únavou nebo s obráceným denním a nočním režimem setkáváme velmi často. Přitom právě ženy (stále je 90% sester ženského pohlaví), jsou pro únavu a s ní spojené následky, náchylnější. Valášková uvádí: „*Sestra na pracovišti průměrně denně ujde 11,5 kilometru, 96 minut stráví v předklonu a 392 minut stojí.*“ Pak je velmi snadné učinit chybu vlivem únavy. (Valášková, 2008, s. 22)

2.10.1 Zátěže v práci sestry

Obecně můžeme zátěže a stresory v práci sestry dělit na ty, které se všeobecně vztahují na pracovní podmínky (fyzické, fyzikální a chemické) a na zátěže týkající se složky psychické, emocionální a sociální.

Do první skupiny můžeme řadit např. statické zatížení (převážná část pracovní doby je trávená ve stoji nebo v předklonu), zatížení páteře (zvedání nemocných, polohování, přenášení těžkých předmětů atd.), manipulace s biologickým materiálem, s tím spojené riziko infekce, obrácený spánkový režim a větší rizika alergických reakcí, které mohou vyvolat některá léčiva, dezinfekční prostředky, latex apod.

Do druhé skupiny zátěží řadíme především neustálou nutnost pozornosti (stav pacientů, ordinace lékaře, přístroje a monitory), přizpůsobivost a pružnost v přijímání nového (personální přesuny, změny služeb atd.), velká zodpovědnost za odvedenou práci, rychlost v jednání a rozhodnutí, vyrovnání se s tím, že nemocných někdy působíme bolest, nároky na komunikační dovednosti (pacient, rodina), konflikt rolí a nedostatečné ohodnocení odvedené práce.

Proti psychickému vyčerpání lze působit např. střídáním různých činností a rotací pracovníků, zařazováním oddechových přestávek, omezením přesčasové práce, zvýšením počtu pracovníků především těch pomocných a dalšími opatřeními.

Psychická, emocionální a sociální zátěž, působící dlouhodobě může vytvořit ve zdravotníkovi tzv. syndrom pomocníka. Tento syndrom spočívá v neschopnosti projevit vlastní identitu, pocity a potřeby. Pomáhání zde sytí potřeby, neuspokojované v běžném životě. Syndromem pomocníka bývá často označováno chování a práce nad rámec běžných povinností, může obtěžovat jak pacienta (nemocný má pocit, že mu zdravotní sestra zasahuje do soukromí a že vše příliš „zveličuje“), tak i zbytek ošetrovatelského týmu.

Je velmi těžké oddělit altruistické chování od egoistického. Nastolení rovnováhy, vyhovující jak nemocným, tak i zdravotníkům není jednoduché. Kde jsou hranice, určující adekvátnost péče? Kdy je již naše péče pro pacienta obtěžující a kdy se naopak stává v očích nemocných nedostatkovým zbožím?

Klasickým příkladem člověka majícího sklon k syndromu pomocníka je tzv. oběť nebo „otrok“ povolání. Tento typ zdravotníka má neustálou potřebu řešit pracovní záležitosti, na dovolené nevydrží příliš dlouho, aktivně se nabízí v otázkách nevyřešených pracovních směn atp.

Druhým typem je pomocník dvou tváří. Tato osobnost bývá v práci perfektní, ale v domácím a „civilním“ prostředí bývá apatická, chladná, netečná s nezájmem o běžné činnosti, právě kvůli tomu aby si vykompenzovala velké obětování v práci.

Jinak než oběť povolání si nosí domů práci perfekcionista. Tento typ zdravotníka je schopen řád nemocnice nastavit a zprovoznit i doma. Důsledně dbá na hygienu rukou, telefony zvedá naučeným gestem (příjmení a oddělení, kde pracuje), zásadně uklízí s dezinfekcí, místo klasických čistících prostředků, což velmi neblaze může působit na ostatní, nezúčastněné členy rodiny.

Posledním typem zdravotníka může být tzv. pirát. Ten je pro nemocného nejspíše nejhorší variantou. Takový člověk zneužívá svoji profesi, slabost a bolest druhých pro své vlastní zisky. Od nemocných může žádat protislužby nebo dokonce i finanční odměny za odvedenou práci. (Venglářová a kol. 2011; Schmidbauer, 2008)

2.11 Ztráta motivace zdravotníka

Dle Dlužošové a Tkáčové je: *„motivace psychologický proces, který dává vnitřní impuls ovlivňující jednání člověka. Motiv je pak nástrojem tohoto procesu. Mezi velmi časté motivy patří například lidské city a emoce.“* (Dlužošová, Tkáčová, 2011, str. 22).

Doležalová popisuje motivaci jako „*děj vzniklý na podkladě motivů a stimulů, přičemž motiv je pohnutka popuzující určité jednání a stimul je prémie, která nás pobízí vytrvat. Motivace je jiskrou v mysli jedince, která ho žene vpřed.*“ (Doležalová, 2008, str. 239).

„*Motivaci lidské činnosti, tedy motivaci všech aktivit člověka, včetně konkrétních forem jeho pracovního jednání, chápeme jako jednu ze základních osobnostních substruktur, současně však i jako podstatnou část dynamiky osobnosti. Pojem motivace vyjadřuje skutečnost, že v lidské psychice působí specifické, ne vždy zcela vědomé či uvědomované vnitřní hybné síly – pohnutky, motivy. Ty činnost člověka určitým směrem orientují, v daném směru ho aktivizují a vzbuzenou aktivitu udržují.*“ (Bedrnová, Nový a kol. 2007, s. 362)

Jiní autoři definují motivaci např. jako schopnost nebo umění ovlivňovat chování jedinců nebo společnosti nebo jako systematické nabádání a podněcování zaměstnanců k dobrovolnému optimalizování svých pracovních výkonů. (Klevetová, Dlabalová, 2008)

Hlavní teorie týkající se motivace vytvořil např. Maslow, McGregor, Herzberg, Skinner apod.

Mezi motivační faktory lze řadit:

- Platové podmínky, benefity a jiné výhody
- Pracovní podmínky (práce přes čas, počet směn, úroveň vybavení na pracovišti, hygienické a bariérové opatření atd.)
- Jistota a stabilita pracovního místa
- Vztahy a atmosféra na daném pracovišti
- Politika a způsob vedení zdravotnického zařízení, organizační kultura
- Profesionalita vedení, dobrá zpětná vazba s nadřízenými
- Respektování volného času zaměstnanců a jejich vybízení k prevenci burn- out syndromu
- Úspěch a uznání
- Přejímání pravomocí
- Odpovídající pracovní náplň
- Možnost pracovního růstu (Bělohávek, 2005; Daigeler, 2008)

Ztráta motivace- deprivace

Deprivace je stav, kdy některá z objektivně významných potřeb, biologických či psychických, není uspokojována v dostatečné míře, přiměřeným způsobem a po dostatečně dlouhou dobu. (Vágnerová, 2008)

2.12 Syndrom vyhoření- burn out syndrome

Syndrom vyhoření jako jev naprostého vyčerpání je často vmezován již do doby antického období.

Vyhoření-naprostá ztráta motivace, vyčerpání všech možností je totéž co Burn- out.

Termín Burn- out poprvé použil Hendrich Freudenberger v 70. letech minulého století v časopise „Journal of Social Issues“. Zde popisoval výskyt syndromu vyhoření hlavně při práci s narkomany, kterou jako psychoanalytik provozoval (Kebza, Šolcová, 2003).

V anglickém překladu toto slovo znamená vyhoření, vyhasnutí. Tento překlad je velmi výstižný. U pomáhajících profesí se vyskytuje poměrně často a „postižení zdravotníci“ tímto neduhem opravdu popisují, že se cítí „jako prázdná mísa nebo dohořelá svíčka“

„Uvádí se, že až pětina lidí produktivního věku je přetížena a téměř deset procent trpí syndromem vyhoření.“ (Ptáček, Kuželová, Čeledová, 2010, s. 40) „Syndrom vyhoření lze popsat jako duševní stav objevující se u lidí, kteří pracují s jinými lidmi a jejichž profese je na mezilidské komunikaci závislá. Tento stav ohlašuje celá řada příznaků: člověk se cítí celkově špatně, je emocionálně, duševně i tělesně unavený. Má pocity bezmoci a beznaděje, nemá chuť do práce ani radost ze života.“ (Jeklová, Reitmayerová, 2006, s. 13)

Syndrom vyhoření vzniká následkem dlouhodobě neuspokojivé situace mezi odvedenou prací a tomu co jsme do ní investovali a mezi výsledkem, které naše jednání má. Syndrom vyhoření lze popsat jako duševní stav objevující se u lidí, kteří pracují s jinými lidmi a jejichž profese je na mezilidské komunikaci závislá. Tento stav ohlašuje celá řada příznaků: člověk se cítí celkově špatně, je emocionálně, duševně i tělesně unavený. Má pocity bezmoci a beznaděje, vnitřní distance, nemá chuť do práce, má pocity izolace, nerozumí si s okolím, chybí mu radost ze života.

Existují různé definice (např. ztráta profesionálního zájmu nebo osobního zaujetí u příslušníka pomáhajících profesí nebo vyhoření jako výsledek procesu, v němž lidé velice intenzivně zaujatí určitým úkolem nebo ideou ztrácejí své nadšení), které se shodují v určitých bodech:

- Jedná se o psychický stav, prožitek únavy a vyčerpání.
- Vyskytuje se hlavně u pomáhajících profesí, ale i např. u policistů, profesionálních hasičů, u vězeňských dozorců apod.
- Tvoří ho řada symptomů především v oblasti psychické, fyzické i sociální.

Klíčovými slovy, která definují syndrom vyhoření, jsou:

- emoční vyčerpanost
- kognitivní vyčerpání a opotřebení
- často i celková únava spojená s řadou psychosomatických obtíží

Všechny hlavní složky syndromu vyhoření vycházejí z chronického stresu, se kterým si dlouhodobě daný zaměstnanec neví rady.

Při úvahách o burn- out syndromu je nutno vyloučit:

- nedostatek kompetencí a malou vzdělanost pracovníka
- velkou emocionální zátěž v osobním životě
- duševní poruchu pracovníka

2.12.1 Příznaky syndromu vyhoření

K syndromu vyhoření, který je v současné době řazen do doplňkové kategorie diagnóz, nedochází ihned. Plíživost a pomalé propuknutí patří do jeho charakteristiky. Mezi tělesné projevy lze řadit např. nespavost, ztrátu chuti k jídlu, problémy s krevním tlakem, zvýšené pocení, snížení činnosti imunitního systému. Na úrovni psychické a sociální je to především ztráta motivace, empatie, snížení pracovní výkonnosti, pocity beznaděje, bezcennosti. Velmi často se vyskytují sklony k depresím, sebelítosti, pocity nenaplnění a toho, že vše co jedinec dělá je zbytečné. Tyto pocity jdou ruku v ruce se strachem, vztekem, někdy až s nenávisí ke skupině, které by měla být péče věnována. Toto všechno pak může být pro pacienta doslova výbušnou směsí, která může napáchat nemalé škody. (Andrášiová, 2006)

Jedinci se snaží příznaky vyhoření řešit sami mnohdy pomocí pití alkoholu, velkého množství kávy, užívají léky na spaní nebo uklidnění a často nepřetržitě kouří. Ze syndromu vyhoření se pak stává bludný kruh, ze kterého není vůbec jednoduché se dostat bez újmy na fyzickém nebo psychickém zdraví. (Rohlíková, 2008)

2.12.2 Stádia syndromu vyhoření

V literatuře se setkáváme s mnohým rozlišením, mnoha stádii nebo modely. Jeden z nejznámějších je např. fázový model dvojice autorů Edelwiche a Brodského, (Stock, 2010). Ve zkratce lze tento model popsat v pěti bodech- obdobích.

První období se popisuje jako období růžového závoje nebo růžových brýlí. Pracovník přehnaně vykonává své povinnosti, cítí se nabitý a zapálený do své práce, hýří ochotou, nápady. Pracuje mnohdy přesčas, bere služby za nemocné kolegy, od zaměstnavatele je mnohdy slepě motivován, bývá mu slibováno, zaměstnanec je chválen, své potřeby odsunuje na neurčito.

Druhé období lze popsat jako stagnaci nebo „prozření“, že to co si jedinec plánoval a představoval, nebude zdaleka tak jednoduché splnit. Práce ho již tolik nenaplňuje, pociťuje určitý stereotyp a překážky, které mu brání provádět činnosti tak jak by si představoval. Začíná si zvýšeně uvědomovat své potřeby, pocity únavy nebo bezmoci zahání prostředky duševní hygieny.

Třetí období je období frustrace. Dochází k prohlubování problémů, zvyšuje se množství konfliktů s vedením, s kolegy. Jedince si sám sobě začíná „lézt na nervy“. Práce mu začíná vadit, nezvládá jí, je nad jeho síly.

Další období, které navazuje na dlouho trvající období frustrace je období apatie. Zaměstnanec jedná podle naučených vzorců, nemá žádnou vlastní iniciativu nebo nápady. Nad prací nepřemýšlí a chce ji mít brzy hotovou. Dalo by se říci, že do práce chodí, protože musí, hlavně z finančního důvodu. V práci často pociťuje odpor k různým činnostem, snaží se je „hodit“ na nějakého svého kolegu, vyhýbá se určitým sortám pacientů, kterým by měla být péče určená. V očích kolegů působí zatvrzele, nepříjemně, uzavřeně.

Posledním bodem je již samotná fáze vyhoření. U dotyčného jsou přítomny výše popsané projevy, ztrácí smysl života, nechápe, proč si jako povolání vybral zrovna tohle. Objevuje se negativismus, v případě zdravotnických profesí sklon k srororigenii, až možná sociální smrt daného jedince. Sociální smrt- tento pojem, pokud se týká zdravého člověka, může postihnout zdravotní sestru a je úzce spjat s pojmem „syndrom vyhoření“. Zde se sama předkládá svébytnost zdravotních sester a vnímání sester jako lidí s vlastními životy, radostmi i starostmi všedních dní. Pokud se sestra cítí vyčerpaná, unavená a nesoustředěná, balancuje na tenké látce vedoucí k sociální smrti nebo srororigenii. Proto by měl být na duševní hygienu středního zdravotnického personálu kladen obzvláště velký důraz. Stejně tak se tento problém týká i nemocných, kteří mohou být dlouhou nemocí vytrženi z běžného života. (Vágnerová, 2008; Venglářová a kol. 2011; Rohlíková, 2008) Další dělení stádií burn- out syndromu nabízí např. A. Laengle, Ch. Maslach, C. Hennig a G. Keller. (Leiter, Maslach, 2005)

Mnohé zdroje popisují, že sklony k bouřlivějšímu a malignějšímu prožívání syndromu vyhoření mají právě jinak laskaví jedinci s pevnou osobností, optimisti s velkým zapálením pro práci. Zde je alarmující především fakt, že neuspokojivá situace českého zdravotnictví, která má neustále tendenci zdravotníky přetěžovat, přivádí do takového psychického stavu právě jedince, kteří jsou v pomáhajících profesích největším přínosem a jsou sestrami s velkým S.

2.12.3 Jak se bránit? Prevence vyhoření, prostředky duševní hygieny

- **Adaptační praxe.**

Každá zdravotní sestra by měla počítat s tím, že pomáhající profese vyžaduje velké fyzické, psychické i emocionální úsilí. Péče o nemocné je často zdlouhavým procesem, kdy se výsledky mnohdy dostaví až za určitý čas nebo taky vůbec. Pak převažuje výdej energie na uspokojování potřeb nemocného nad zisky. Do systému adaptační praxe lze řadit kvalitní přípravu na zdravotnických školách, osobnostní předpoklady pro profesi a dobře vedená nástupní praxe.

- **Péče o sebe.**

Důležité je v prevenci syndromu vyhoření znát sebe sama. Znat své možnosti, vnímat své potřeby a vyzorovat na sobě varovné signály.

- **Dobré mezilidské vztahy**

Sociálně podpurná síť (existence blízkých lidí).

- **Osvícení zaměstnavatelé**

Velmi přínosná je zde pochvala, podpora a pochopení ze strany nadřízených.

- **Sebepoznávání a sebereflexe**

- **Supervize**

Cílem supervize je podpora profesního růstu, zlepšování atmosféry na pracovišti, dobrá organizace práce a kvalitní fungování týmové spolupráce. (Venglářová a kol 2011; Plevová, 2012)

Do preventivních opatření pomáhajících se vyhýbat burn-out syndromu lze řadit i dobrou péči o zaměstnance v podobě kvalitních a celistvých výročních prohlídek, nezaměřujících se pouze na fyzický zdravotní stav, ale bylo by vhodné, kdyby tyto prohlídky byly zaměřené také na stav psychický. Ideální by bylo sestavit i nějaký standart v péči o zaměstnance se syndromem vyhoření. Velmi potřebný se zde jeví již dříve zmiňovaný podnikový psycholog, který by jako jednu ze svých aktivit předkládal v rámci

výročních prohlídek standardizovaný dotazník např. (*MBI-Metoda Maslach Burnout inventory viz. příloha*). [online]. [cit.2014-04-05].

Mezi jeho další vítané kompetence by bylo v případě zaměstnance „postiženého“ syndromem vyhoření doporučování lázeňské léčby nebo psychosomatických rehabilitačních center. Velmi přínosně řada zaměstnanců hodnotí působení psychosociálních intervenčních služeb, které vznikají hlavně při velkých nemocnicích a mají mezi sestrami podobu berličky nebo pomoci při nadlimitní stresové zátěži. Tato služba je daná vyhláškou o zdravotnické záchranné službě zákon č. 374/2011 Sb., kde je psáno, že každý zdravotnický pracovník má na tuto pomoc nárok. (Systém Psychosociální Intervenční Služby, MUDr. Jana Šeblová, Ph.D. *Změny v roce 2012*). [online]. [cit.2014-04-05].

Mezi další preventivní opatření lze řadit již to, co je možné nalézt i v literatuře věnující se prostředkům duševní hygieny. Těchto prostředků se nabízí hned několik. V pomoci sobě sama je důležité znovu najít smysl života, naučit se zacházet se stresem, umět mu předcházet. Dalším důležitým uměním je umění odpočívat, relaxovat, naslouchat vlastnímu tělu a jeho potřebám a „neodbývat se“. Tato opatření lze shrnout pod pojem aktivační terapie. Konkrétními příklady této terapie je např. arteterapie, muzikoterapie, biblioterapie, akupresura, akupunktura aj. Obklopovat se lidmi a věcmi, které jsou nám příjemné je v tomto ohledu nezastupitelné. Velmi důležitá je i sociální opora v okolí. Být na blízku lidem, kteří nám rozumí, umějí nám naslouchat, poskytují nám zpětnou vazbu, jsou nám oporou a „vrbou, které se lze kdykoli vypovídat“, je v období uzdravování unavené mysli na vrchních příčkách důležitosti. Tento „styl života“ lze shrnout v syndrom „well being“- žij dobře, šťastně, zdravě a ve vnitřní pohodě. Lze ho řadit mezi obecné copingové strategie. (Kebza, Šolcová, 2003). V neposlední řadě je nutné, ujasnit si pracovní podmínky, usilovat o příjemné pracovní prostředí a klidnou a pohodovou atmosféru na pracovišti. (Křivohlavý, Pečenková, 2004)

2.13 Příliš mnoho administrativy jako možná příčina sorrorigenie

Příjem pacienta na oddělení. Pro někoho prostá a jednoduchá věc. Sestra by z pohledu pacienta měla laskavě a usměvavě stát mezi dveřmi, nemocného vítat, pomoci mu s taškami na pokoj. Zprostředkovat mu seznámení se spolupacientem, ukázat sociální zázemí pokoje, jeho úložné prostory, pomoci mu z oblečení do pyžama, vybalit hygienické potřeby a další osobní potřeby, donést mu k posteli teplý čaj, vysvětlit mu domácí řád a

chod oddělení, odkázat ho na informační tabule, kde najde práva pacientů a další potřebné dokumenty, upozornit na signalizační zařízení a tak podobně. Toto všechno je příjemné jak pacientovi tak i sestře, která má svojí práci i pacienty ráda. V druhém případě přichází na řadu méně příjemná složka práce- zdravotnická dokumentace, na kterou je bohužel kladen stále větší důraz a v nejedné sestře vyvolává pocit, že pomalu a potichu vytlačuje tu první příjemnou složku, kterou je prvotní kontakt s pacientem. V minulosti provázelo příjem pár listin, kde se zaznamenalo vše pro „tu dobu“ důležité a sestra měla klid a čas na potřeby pacienta, které jsou při příjmu a adaptaci na nové prostředí mnohem větší a častější. Nyní s příchodem pacienta na oddělení sestra manipuluje doslova s „paklem papírů“. Ve zkratce uvedu alespoň část příjmové dokumentace k lepšímu znázornění této problematiky. Prvním je souhlas s hospitalizací a identifikace pacienta, následuje plán ošetřovatelské péče, ordinace lékaře, realizace ošetřovatelského plánu, individuální vymezení rizik pro daného pacienta, mnohdy formulář na šokový záznam, formuláře na příjem stravy, diabetické záznamy, hodnocení bolesti, převazové plány s každodenním hodnocením fáze hojení případného defektu, souhlasy s jinými výkony (anestezie, endoskopické výkony). Pokud není pacient schopný si za své věci ručit sám, je nucena pořídit soupis věcí, mnohdy vyhodnocuje a zakládá překladovou zprávu z jiného zdravotnického zařízení atd. Všechny tyto dokumenty je povinna pečlivě vést, nikde nesmí nic opomenout nebo přehlédnout, aby nedošlo např. k duplicitnímu podání léčiva, špatné identifikaci nemocného, která může napáchat markantní škody nebo ke ztrátě jeho osobních věcí, případně cenností. Tento scénář probíhá mnohdy bohužel ve dvojitým či trojitým vydání, když se sejde několik příjmů najednou. V tomto případě, který vyžaduje pečlivost, trpělivost, vysokou dávku profesionality, empatie a umu správně si rozvrhnout činnosti a vymezit priority je někdy velmi těžké nepochybit.

Z výzkumu Heindricha a Lee provedeného v roce 2003 vyplývá, že přímá péče sestry u lůžka nemocného činila za 12 ti hodinovou směnu 1,1- 3,3 hodiny čistého času. Zbývající čas sestra strávila pobíháním mezi pokoji nemocných, technickým zázemím oddělení nebo prací na sesterně, převážně u dokumentace (Škrla, 2005).

2.14 Nedostatek materiálního zabezpečení

Kvalita poskytované péče oproti finančním možnostem nemocnic. Stále více diskutované téma. Většina nemocnic je nucena díky svým finančním schodkům a dluhům šetřit. Dá se ale vůbec ve zdravotnictví šetřit? Každý pacient je jiný, co je pro jednoho

automatickým článkem péče nebo dokonce minimem je pro druhého nadstandard. Jeden nemocný má názor, že kde jsou peníze, léčí se samo. Druhá sorta nemocných říká, že v penězích kvalita poskytované péče a pozitivní výsledky v léčbách, neleží. Kde je tedy zlatý střed? Šetřit? Jak hodně? V kterých složkách? Kde to nemocný nejméně pocítí? Na tyto otázky asi řadová sestra nenajde odpověď. Udělá si na ně názor, sama v sobě si tyto otázky zhodnotí, ale aby našla adekvátní řešení, kterým by např. inspirovala svého nadřízeného, na to zůstane ve většině případů krátká. Přesto se však dokazuje, že mnoho zdravotníků se za léta své praxe naučilo v úsporných systémech nemocnic dobře orientovat a vytvářet pro pacienta materiální jistoty. Mnohdy jsou sice někým brané jako provizorní, ale v tomhle ohledu je na prvním místě prokázán benefit pro nemocného. (Plevová, 2012)

2.15 Špatně fungující ošetrovatelský tým

Týmová atmosféra, duch a přístup k práci jsou jednou z prvotních a základních podmínek, předurčující efektivní péči o pacienty na odděleních.

Role v týmu: Každý zdravotník při výkonu svého povolání zastává nějakou roli. Velkou výhodou je, pokud role, do které byl zdravotník přijat nebo zvolen je jím samotným vítána a shoduje se s jeho profesními předpoklady, dovednostmi a znalostmi.

Role v týmu rozdělujeme na funkční (formální) role a role týmové. Funkční role mají výhodu lepší definovatelnosti a přehlednosti (např. staniční sestra, sestra v provozu, ambulantní sestra atd.), u týmových rolí je to komplikovanější. Způsob reakcí a chování v týmu je dáno mnoha faktory. Mezi tyto faktory lze zařadit osobnost zdravotníka, jeho dovednosti a vědomosti, zkušenosti, to co očekává od sebe a co od druhých (Belbin, 2011).

Teorii zabývající se týmovou spoluprací a rolemi v týmu vytvořil např. Meredith Belbin – britský psycholog a teoretik v oblasti managementu v 90. letech minulého století. (Dr. Meredith Belbin). [online]. [cit.2014-05-04].

Při případném výskytu problémů nebo konfliktů mezi kolegy, kteří pečují o nemocného, dochází k automatickému poklesu kvality odváděné práce. Navíc jsou to právě konflikty a pomluvy v kolektivu, které poskytují úrodnou půdu pro pacientovy pochybnosti a negativní pocity jako je strach a nedůvěra. Pacient se cítí dotčen, nechápe, jak můžou zdravotníci takto jednat a mluvit v jeho přítomnosti, pochybuje o profesionalitě a schopnostech ošetřujícího personálu. Pokud se tohle všechno skloubí např. s nevyslyšením některých pacientových potřeb, protože na ně „není čas“, velmi snadno pak dojde k psychické srororigenii. (Škrla, 2005)

2.16 Příliš mnoho pacientů na jednu sestru

Jeden pacient- jeden sestra. Ideální stav. V českém zdravotnictví bohužel určitá forma utopie. Tento trend je nastaven pouze na specializovaných resuscitačních jednotkách a jipkách. Na standardních odděleních, LDN stanicích nebo v domovech seniorů se vyskytuje pravý opak. Mnohdy je na jednu sestru třeba i devadesát pacientů. Přitom na uklidnění agresivního nebo zmateného pacienta je mnohdy potřeba minimálně třech lidí. Zde je nasnadě ustálení pracovních podmínek zejména v personální sféře a zabránění propouštění nebo snižování stavu zdravotnického personálu, jako jedné z možností úspory financí.

3 Cílové skupiny pacientů

V literatuře se můžeme dočíst, že žádná konkrétní cílová skupina pacientů u sorrorigenie není. Poškození se týká všech nemocných. Není zde důležité, v jaké fázi nemoci se nemocný vyskytuje, kolik je mu let, jakou má diagnózu, zda má nějakou politickou nebo náboženskou příslušnost. Jen je třeba vyzdvihnout „citlivější“ skupiny nemocných, kteří mohou být k sorrorigenii vnímavější. Jsou to děti, geronti, těhotné ženy, ženy po porodu, psychiatričtí a onkologičtí nemocní, pacienti v terminálním stádiu života, osoby s handicapem, jazykovým deficitem a umírající. (Mareš, 2002). V další části práce budou některé skupiny vnímavější k sorrorigenii podrobněji rozebrány.

3.1 Děti jako vykřičník v oblasti sorrorigenie

Ošetřování dětí jak známo je mnohem složitější než pomoc dospělým jedincům. Dítě není zmenšeninou dospělého, jak si většina lidí myslí. Tělo dítěte je možné brát s výhradami podobně jako to dospělé, hlavní rozdíl zde ale hraje psychika. Dětská mysl je vždy naladěná jinak, citlivěji. Děti milují pocit bezpečí, komorní a útulné prostředí, pocit domáckosti a hlavně k léčení potřebují mnoho úsměvů, trpělivosti a vlídné komunikace. Touto kapitolou bych ráda ve zkratce upozornila na tuto cílovou skupinu pacientů, zvýšeně vnímající sorrorigenii, jelikož pocít'uji ošetřování dětí jako nadřazené kterémukoli jinému. Všechna období dětství, mnohdy do nich spadá i stonání nebo hospitalizace, by měla být obdobím klidu, pohody a času dozrávání v plnohodnotnou bytost.

3.1.1 Zvláštnosti v péči o malé pacienty

Dětská psychika se po celou dobu růstu a dospívání vyvíjí. Bývá často velmi křehká a citlivá. Z těchto důvodů je velmi důležité, aby dítě vyrůstalo v láskyplném prostředí a byly dobře, kvalitně a poctivě uspokojovány jeho potřeby. Uspokojování potřeb dětí, ale může být negativně ovlivněno hospitalizací a proto někdy může dojít k nežádoucím stresovým zážitkům nebo deprivacím. Každý zdravotník by si měl uvědomit, že prvotním a nejvíce přetrvávajícím pocitem dětí všech věkových skupin při hospitalizaci je strach.

Strach a úzkost u dětí jsou zpravidla příčinou i následkem toho, že si nevěří, mají o sobě pochybnosti a jsou znejistěné. Mnohdy se může jednat o psychicky traumatizované nebo subdeprivované děti. Dětem často chybí povzbuzení, rodinné zázemí, opora v dostatečné míře a pocit bezpečí, které jsou zajišťovány nejbližšími vztahovými osobami, jimiž jsou rodiče, sourozenci nebo vrstevníci v pozici kamarádů. (Vymětal, 2004). V ošetřování dětí by proto měl být především kladen důraz na to, aby dítě mělo možnost se kdykoli volně a svobodně vyjádřit, pokud je toho již schopno. Pokud není, měl by být hlavním manažerem zdraví svého dítěte rodič.

Děti, (pokud to jejich zdravotní stav dovolí), by měli mít možnost volného hraní, měli by mít příležitost vyjádřit své pocity např. kresbou nebo jinými technikami, odpovídajícími konkrétnímu věkovému období a hlavně by jim mělo být nasloucháno. Pro děti, jak průzkumy dokazují, je mnohem horší psychická srororigenie než somatická.

Většina malých pacientů projevuje až lví dávku tělesné statečnosti, s tou psychickou je to ale horší. Sestra by při ošetřování dětí měla být profesionálem, přirozenou autoritou, ale hlavně hodnou vílou nebo tak trochu matkou. Neměla by se stydět za své pocity jako je např. soucit, lítost a vůči dětem se prokazovat vysokou dávkou empatie. Jen tak lze zabránit negativním zážitkům z hospitalizace, stresu nebo i např. posttraumatické stresové poruše. Jednou z prevencí psychického poškození u malých pacientů může být např. využití humoru v ošetřovatelství v podobě zdravotních klaunů (Vymětal, 2004).

„Psychické trauma lze definovat jako náhle vzniklou situaci, která má pro jedince výrazně negativní význam, vede k určitému poškození nebo ztrátě. Projeví se především potížemi v emoční oblasti, traumatizovaný člověk ztrácí pocit jistoty a bezpečí, prožívá úzkost, která je vyjádřením jeho obav do budoucnosti, i smutek, jež lze chápat jako truchlení nad ztrátou něčeho důležitého.“ (Vágnerová, 2008)

Somatická srororigenie dětí je nejčastěji způsobena medikačním pochybením, konkrétně většinou dochází k podání vyšší dávky léků, než je ordinováno (u novorozenců jde často např. o desetiny mililitru injekčního léčiva.) (Sikorová, 2011)

3.2 Osoby starší šedesáti let, zvýšené potencionální riziko srororigenie?

Náročnost péče o nemocného v raném stáří a dalších stádiích života je dána především jeho fyzickým a psychickým stavem. V této kapitole se budeme věnovat pacientům starším šedesáti let, kteří nějakým způsobem vyžadují nebo potřebují pomoc zdravotnického personálu.

Starší nemocný pohlíží na zdraví, nemoc a věci s tím spojené jinak než mladší pacienti. Má více zkušeností, mnoho toho zažil- at' už se jedná o systémy, režimy nebo minulé vlády. Prošel i mnoha zdravotními reformami, více si uvědomuje, že dříve tomu bylo jinak, prostředků k léčení nebylo mnoho, situace ve zdravotnictví se měnila. S tím často přichází do nemocnice a očekává, že nyní tomu bude jinak.

Sklony k srororiginii na straších pacientech mohou být ovlivněny řadou faktorů. Kromě věku zde hraje roli výchova a vzdělání nemocného, přidružená onemocnění, handicap vrozené i získané (hluchota, slepota, různé poruchy řeči nebo vyjadřování, imobilita) a také jeho sociální a rodinná situace (Kalvach, Onderková, 2006)

Starší nemocní jsou velmi často pokorní, tišší, trpěliví, stydí se poukázat na některé své nedostatky, neradi přiznávají bolest, nechtějí být středem pozornosti. Jsou vnímavější jak k fyzické tak i psychické srororiginii. Základem by zde měla být komplexní péče o nemocného a výborná úroveň komunikace (Haškovcová, 2010, 2012)

Vybrané problémy starších nemocných ve zkratce, na které by měla brát sestra při výkonu péče zřetel:

- atrofie tkání se zmnožením vaziva a tuku,
- ubývá tzv. lean body mass (netučná tělesná hmota)
- 4- 6 týdnů imobilizace snižuje svalovou hmotu až o cca 40%
- demineralizace kostí, pokles svalové síly, stárnutí chrupavky, horší pohybová koordinace
- mění se objem celkové tělesné vody a hospodaření s minerály (dehydratace, otoky)
- snižuje se bazální metabolismus cca o 20%
- snižuje se elasticita cév

- klesá vitální kapacita plic, sklony ke stagnaci hlenu, zvýšené riziko aspirací a pneumonií
- snižuje se tvorba protilátek
- zvýšené riziko pádu
- polypragmazie
- inkontinence
- v močovém ústrojí může dojít ke zvýšenému riziku lithiáz, retencí moče, větší náchylnost k infekcím, inkontinenci moče i stolice
- riziko zácpy, trávicích infektů, nozokomiálních infekcí, průjmů, nechutenství anorexie atd.
- poruchy spánku, paměti, riziko zmatenosti
- větší předpoklady k vnímání hluboké bolesti, naopak snížený práh k vnímání bolesti povrchové, což může neblaze působit při vzniku dekubitů
- větší výskyt depresivních syndromů, sociální izolace, sociální smrt (Pokorná a kol., 2013)

Sestra by měla pomýšlet na všechna tato omezení, která si s sebou nese vyšší věk pacienta. Řadě poškození lze předejít kvalitní a svědomitou péčí. Pravidelný pitný a stravovací režim (i s vyhledáváním alternativ vhodných pro konkrétního nemocného) pomůže předejít malnutrici, rizikům infekce, energetickým ztrátám, horšímu hojení ran, problémům s močovým traktem a s vylučováním stolice. Pravidelným polohováním, péčí o kůži, o čistotu lůžka a prováděním ordinovaných převazů lze předcházet dekubitům, sekundárnímu hojení ran, pneumoniím i nozokomiálním infekcím. Používáním kompenzačních a bezpečnostních pomůcek lze předejít pádům a úrazům způsobených v nemocničních zařízeních. Komunikací, trpělivostí, empatií, resocializací nemocného a vhodným denním a nočním režimem práce se pomůžeme ubránit pacientovi spánkovým poruchám, deficitům v orientaci nebo možným depresivním atakám. (Klevetová, Dlabalová, 2008; Mlýnková, 2011; Křivohlavý, 2011)

Další velmi ohroženou skupinou, zvýšeně vnímající srororigenii somatickou i psychickou jsou nemocní s jazykovým handicapem. Zde se kromě problému s dorozumíváním nabízí i odlišná kultura nemocného nebo jeho náboženské vyznání. V těchto situacích, které nezdědka kdy sestra zažívá poprvé za život, není jednoduché zůstat odborníkem a profesionálem.

Poslední skupinou výrazně více ohroženou srororigenií jsou osoby s mentálním nebo tělesným handicapem. Tyto pacienty často limituje jejich zdravotní stav, více či méně komorbidit, často i socioekonomická situace. (Škrla, 2005)

4 Osobnost sestry a pacienta

Osobnost sestry je pro pacienty a celé fungování dobré ošetrovatelské péče zásadní. Sestra musí být nejen precizní ve své práci, ale musí si umět uvědomit i své slabé stránky nebo některé své nepříliš dobré vlastnosti a snažit se je při péči o pacienty potlačit. Sestra jako představitelka jedné z pomáhajících profesí by si měla být jistá nejen na poli teoretických znalostí, ale měla by být profesionálem i v oblasti praktických dovedností.

Dovedností se rozumí stav, kdy se jedinec něčemu naučil, něco umí a má tedy dostatečné množství vědomostí a zkušeností potřebné k umožnění vykonávat určitou činnost. Vlastnosti jsou odlišné od dovedností. Jsou to základní a charakteristické rysy člověka, které se odráží v jeho chování (Čechová, Rozsypalová 2005).

Dovednosti sester lze rozdělit do tří základních skupin- intelektuální, senzorká a sociální. Do intelektuálních dovedností lze zařadit právě již zmiňované teoretické znalosti, ale i analýzu, syntézu informací a kritické myšlení. Senzorická oblast je zaměřená na to, aby sestra dokázala uvést intelektuální dovednosti do praxe. Sociální dovednosti jsou zaměřeny na kontakt s pacientem. Lze do nich zařadit schopnosti vést komunikaci, umění naslouchat, ale také například zvládat „na pacienta orientovaný model ošetrování“. Základem tohoto modelu je holismus, nedirektivnost v jednání, partnerský a rovnocenný přístup k nemocnému. Samozřejmostí je ochota, vlídnost v jednání a úcta k pacientově rodině a osobnímu životu.

Osobnost pacienta je všeobecně podřízena jeho roli a mnoho vlastností může být tím pádem potlačeno. Sestra by měla vždy a za všech okolností k pacientovi přistupovat na základě principu holismu, měla by ho vidět ve svých očích jako zranitelnou bytost ale zároveň nedevalvovat jeho názory, rozhodnutí a sebevědomí. Ideální je pokud osobnost sestry a pacienta vytvoří na dobu hospitalizace dobře fungující soukolí, které je základem pro vedení efektivního léčebného režimu. (Zacharová a kol. 2007)

4.1 Sestra jako vzor

Být sestrou, jak je již v předchozích statích poznamenáno, není jednoduché. Krom všeho již dříve uvedeného se po sestře navíc stále častěji žádá, aby byla vzorem a partnerem pacientovi v okamžicích, které mohou měnit hodnoty nemocného člověka. Pokud půjdeme do důsledku, měla by být tedy vzorem pro veřejnost, pro pacienty i pro své kolegyně a zbytek ošetrovatelského týmu. Být vzorem s sebou nese určitý druh zodpovědnosti a mnohdy bohužel potlačení přirozenosti a intuitivismu v určitém jednání.

Sestra by měla být vzorem při dodržování zdravého životního stylu, neměla by z pohledu veřejnosti kouřit, pít alkohol. Měla by kvalitně vést edukaci a provádět zdravotnickou osvětu, z pohledu pacientů by měla být vždy upravená, usměvavá a laskavá, z pohledu pracovního týmu by naopak měla být co nejvíce „stejná“ jako všichni ostatní, neměla by příliš vybočovat nebo vyčnívat nad řady svých kolegů.

Mezi vzorové vlastnosti sestry by měla zcela jistě spadat znalost profesního chování sester. Mezi zásady profesního chování patří např.: znalost práv pacienta, jejich respektování, korekce chování tak, aby se projevilo kladně ve vztahu k nemocnému, ovládnutí negativních emocí, povýšení potřeb pacientů nad své.

V dnešní době ovlivňuje profesní chování zdravotníků řada faktorů. Prvním a nepříliš měnitelným faktorem je samotná povaha zdravotníka. Dále je to úroveň vzdělání, etický kodex sestry, požadavky a nároky daného pracoviště, práva pacientů a prestiž samotného povolání, která má bohužel poslední dobou tendenci ke snižování.

Nemocný člověk je zvýšeně úzkostlivý a citlivý a neúměrné projevy chování vůči jeho osobě mohou pro něj znamenat nebezpečí poškození. Zdravotník, ať už lékař nebo sestra, si někdy přestává uvědomovat, že jeho chování je sledováno i ostatními nemocnými, kteří se mohou cítit přístupem zdravotníků dotčeni nebo poškozeni (Zacharová a kol., 2007).

4.2 Typy sester

Sestru lze rozlišovat buď dle postavení z postojů v práci na sestru:

- rutinní (přesná, konkrétní, věcná)
- herecky afektovaná (snaží se udělat dojem, získat si uznání od pacienta a jeho přízeň.).
- nervózní (neklidná, trpící nejistotou, roztěkaná)

- v neposlední řadě na mužský a mateřský typ. Mužský typ sestry pacienti vnímají jako energický, rozhodný, s racionálním myšlením. Mateřský typ zase jako milý, chápající, přátelský
- posledním typem může být sestra specialistka- tam hraje velkou roli její až afektované chování a sklony k nadřazenosti, jak k pacientům, tak i ke kolegům.

Pacient může vnímat i jiné ukazatele, kterými se člověk projevuje navenek. Sestru nemocný vnímá i z pohledu typologie osobnosti, jako sestru cholerickou, melancholickou, sangvinickou, flegmatickou. V neposlední řadě ji vnímá i z pohledu práce na oddělení, a to jako sestru v třísměnném provozu nebo jako specialistku, která pracuje s velmi náročnou technikou (Zacharová a kol. 2007).

Mezi přednosti sester by měli patřit dvě základní skupiny vlastností. První skupina se týká samotných ošetrovatelských postupů a činností, které sestra okolo nemocného provádí a jsou jimi: pečlivost, preciznost, trpělivost, dobrá znalostní vybavenost, vytrvalost a odhodlání a umění být dobrým pozorovatelem.

Druhou skupinou jsou vlastnosti přímo působící na pacientovu psychiku a jsou nedílnou složkou kvalitní péče o nemocné. Patří mezi ně: ochota, empatie (schopnost vcítit se do druhého), altruismus (ochota pomáhat a pečovat o druhé nezištně a bez nároku na odměnu nebo projevenou vděčnost od nemocného), umění komunikace a naslouchání, schopnost sebereflexe a sebeovládání, zdravé sebevědomí i umění sebekritiky.

Ošetrovatelka musí být osobou, na kterou se lze spoléhat, a musí být důvěryhodná. K vlastnímu povolání má mít úctu, neboť dar zdraví a života je často vložen do jejích rukou. (Kutnohorská, 2010)

4.3 Vlastnosti stěžující práci zdravotníka

Při pohledu na osobnostní profil některých zaměstnanců v pozicích výkonných dřičů a nadšenců pro svoji práci, kterou dělají mnohdy nad rámec svých možností, je snadné si uvědomit, že jejich nejhoršími nepřáteli jsou oni sami. Jejich osobnostní a povahové rysy jsou hlavní příčinou vzniku syndromu vyhoření. (Venglářová a kol. 2011)

K vyčerpání z pracovního vytížení a ke ztrátě motivace velkou měrou přispívá řada společných povahových a osobnostních rysů:

- Vůle a odhodlání- zdravotník je vnitřním nutkáním nucen odvádět dobře svoji práci, nevzdávat se, mnohdy bohužel nerad přiznává chybu, z čehož pramení možné konflikty na pracovní půdě.
- Perfekcionismus- sebebičování, které by mělo vést k větší dokonalosti. Zdravotníci mnohdy prahnou po tom dělat více než je rámec jejich možností a povinností.
- Soutěživost- ta jde ruku v ruce s perfekcionizmem. Zdravotníci se předhánějí, kdo udělá víc, kdo toho více zajistí, kdo obstará více pacientů. Značná soutěživost v kolektivu nemusí být na škodu, ale i zde platí- všeho moc škodí.
- Workoholizmus- neustálá práce, minimální odpočinek, „nošení práce domů“. Zde se zdravotní sestra může snadněji a častěji dopouštět chyb a prohřešků na pacientech vlivem opomíjené únavy.
- Přecitlivělost- zdravotník se neodkáže odpoutat od pracovních starostí, neustále přemýšlí nad tím, co udělal, jak to udělal, zda to či ono neměl udělat jinak.
- Nízké sebevědomí- opětovná kontrola odvedené činnosti, která je evidentně správná a místná. Toto jednání pak pouze prodlužuje činnosti a ubírá čas, který by měl zdravotník soustředit již jiným směrem. Nutné je však neplést si kontroly odvedených činností z důvodu nízkého sebevědomí s kontrolami prováděnými z důvodu svědomitosti, které by měly být součástí práce každého zdravotníka.
- Sklony k přehnané soběstačnosti- zdravotník si vše udělá sám, vysvětlování postupů jiným mu přijde zbytečným plýtváním času. Pokud cítí, že on sám něco neví, bádá a snaží se vše osvětlit sám, než by požádal o pomoc nebo radu někoho jiného. Tento faktor značně ovlivňuje týmovou spolupráci, zaučování nových kolegů ve zdravotnické sféře a tím pádem dává prostor a příležitost k častějšímu výskytu srororigenie.
- Přehnaná empatičnost vůči nemocnému- potlačování a nerespektování svých pocitů a nadměrné vžívání se do problémů jiných. (Dlužořová, Tkáčová, 2011; Bártlová a kol. 2013)

Ve společenském vývoji hraje roli mnoho faktorů např. důraz na zdraví a soběstačnost lidí, stárnoucí populace, růst nákladů na zdravotní péči, která vyžaduje výkonný management. Mezi další faktory patří zavádění nových vědeckých poznatků a technologií, modifikace tradiční institucionální léčebné péče. Důraz na zdraví a běžnou sebeděči bude zvyšovat poptávku po profesionálech v ošetrovatelství, kteří mají potřebným co nabídnout (Mastiliaková, 2005).

4.4 Sestra jako pravá ruka pacienta

Od sestry je, jak je již dříve předesláno, očekáváno od všech zúčastněných stran, že bude za každé situace ve všech svých projevech dokonalá. Je nutné dobře plnit závazky k zaměstnavateli, ctít dobrá jména nemocnic, obecně by se dalo říci, dělat svému povolání „dobrou reklamu“. Největší očekávání a požadavky má ale na sestru samozřejmě pacient. Jednou z rolí, kterou vůči nemocnému často zastává je role „jeho pravé ruky“ a „advokáta“. Předpokládá se, že sestra zná dobře svého nemocného, rozumí mu, má vypořádané jeho silné stránky a možnosti a naopak umí upozornit na jeho slabosti, neduhy a bolesti. Pokud je nemocný hospitalizovaný dělá mu velmi často „prostředníka“. Mezi ním a lékařem, dále pak mezi ním a jinými odborníky nebo i velmi často stojí na spojnici cesty pacient-rodina. Ne vždy odchází pacient domů k milující rodině, v dobré fyzické a psychické pohodě a pro tyto případy by měla fungovat dobře právě ona sestra, která pomůže zhodnotit rodinné zázemí a možnosti postarání se o nemocného v době rekonvalescence. Zde je nutné neopomenout sestry v domácích péčích a jiných podobných organizacích, které pravou ruku pacienta vystihují dokonale.

5 Typy pacientů

Stejně jako existuje typologie sester, tak máme k dispozici i typologii pacientů. V následujících statích si dovolím uvést ve zkratce ty nejznámější a nejčastěji se vyskytující.

5.1 Agresivní pacient- jak jednat a komunikovat aby nedošlo k sorrorigenii?

Agresivní pacient. Bohužel je to stále častější problematika a zdaleka ne jen hlavní námět kriminálních seriálů z lékařského prostředí. Agrese (z *lat. ad-gredior*, přistoupit blízko, napadnout, omezit)- je z pohledu psychologicko- sociologického, chování, jež je vědomě vedeno za účelem ublížení, poškození věci nebo napadení osoby.

Agresivní pacient může jednat a často také jedná v afektu (prudká emoční reakce, při sníženém nebo úplně vymizeném sebeovládání) nebo může ubližovat agresí instrumentální, což je cíleně vedená, plně úmyslná.

Dle Freuda a Lorenze je agrese přirozeným jevem. Freud poukázal na agresi jako pud destruktivní energie, Lorenz zase jako na určitou formu vedoucí k očištění člověka. Další teorii reaktivní agrese uvedl Dollard nebo Seligman. Dle nich je agrese reakcí na určité nežádoucí nebo nepříjemné podněty. Velkou roli v jejich teorii hraje frustrace. Poslední model přirovnává agresi k určité formě naučeného chování (dle Bandury 1976). I tento model lze poměrně často pozorovat na pacientech. Řada pacientů se chová agresivně, protože zjistili, že se jim tento styl chování vyplácí a vydobývají si jím určitá privilegia.

Agresivní pacient jedná nejčastěji verbálně. Důvodem pro slovní agresi nebo potyčku se zdravotní sestrou může být již výše zmíněná frustrace, úzkost nebo strach pacienta. Zde může právě agrese sloužit jako určitý druh maskování těchto pocitů. Dále to může být nahromaděný „ vztek na osud“ nebo „ na situaci“. Nemocný se ptá, „ proč právě já“ a tímto způsobem, velmi podobným Freudově a Lorenzově teorii, že agrese je přirozený pud destruktivní energie, se očistí od stresu, bohužel prostředkem ubližujícím spolupacientům a zdravotníkům.

Verbální agrese může často vyústit v agresi brachiální (destrukce předmětů, vybavení, fyzické napadení zdravotníka). Zde je na místě velká dávka empatie a profesionality v jednání zdravotníka a plné respektování nemocného (ponecháváme mu osobní prostor, oslovujeme ho titulem, příjmením, zdržujeme se všech familiárností nebo vulgarismů). Mezi hlavní zásady jednání s agresivním pacientem patří v první řadě chránit zdraví své i zdraví ostatních pacientů, nikdy bychom neměli na nemocného nijak útočit, ani mu impulzivně odpovídat, reakce na agresi by měla být promyšlená a cílená, pozor bychom měli dávat na emoční indukci, neměli bychom se pacienta zbytečně dotýkat, neobelhávat ho a měli bychom mu dovolit uvolnit agresi přijatelným způsobem. (Haškovcová, 2004)

5.2 Histrionský typ nemocného

S touto skupinou nemocných se nesetkáváme příliš často, ale zde v typologii pacientů cítím potřebu ji uvést. Nebudu zde hovořit o histrionské poruše osobnosti, což je konkrétní opravdová porucha osobnosti, ale spíše o cholerických vzplanutích některých nemocných, kde převládá sklon k hysterii a často tak může tuto poruchu připomínat. U pacientů tohoto typu je na první pohled patrná určitá psychická labilita, přehnaná emocionální složka, sklon ke zveličování a určitá dávka exhibicionismu a egocentrismu. Tito pacienti na sebe rádi upozorňují, rádi jsou středem pozornosti, pozornost si vynucují

mnohdy až nevhodným způsobem a mají sklony k hypochondrii. Péče o pacienta tohoto typu je někdy velmi složitá a zkouškou projde především profesionalita, znalosti a bystrý úsudek sestry. Mnohdy se zde totiž mísí příznaky nebo průběh vážné choroby s přehnanou neopodstatněnou dramatizací nezávažných vedlejších poruch.

5.3 Kverulující pacient

Nemocný, který je neustále s něčím nespokojen. Snaží se vtěsnat do role poškozeného, na okolí působí nepřístupně, útočně a nesympaticky. Při hospitalizaci mívá často konflikty se zdravotníky i spolupacienty na pokoji. Jednání s takovýmto typem nemocného vyžaduje zvýšené nároky na profesionalitu a sebeovládání zdravotníků. Nemocný se stále cítí dotčen, nic co mu zdravotníci nabízejí, nepovažuje za uspokojivé. Naopak se snaží všemožnými prostředky dostat svého a prosadit, že mu není pomáháno, nýbrž cíleně ubližováno. Důležité je si s takovýmto pacientem sjednat přesná pravidla, vyslechnout jeho požadavky, přednést své a za nimi si také stát. Spolu s kvalitní komunikací a pevným charakterem zdravotníka jsou toto asi jediné možné prostředky jak předcházet konfliktům nebo zbytečným stížnostem.

5.4 Narcistický pacient

Tito pacienti bývají na první pohled tiší, mohou působit nenápadně někdy až v prvním momentu zakřiknutě. Při poskytování péče a komunikaci s tímto typem nemocného je však také mnoho úskalí. Narcistický pacient je přesvědčen o své výjimečnosti, má tendence o ní přesvědčovat zdravotníky i např. spolupacienty na pokoji. Jak se tento nemocný cítí nadřazený ostatním, vyžaduje i stejně nadřazenou péči, mnohdy bývá v kolektivu spolupacientů na pokoji neoblíben. Z prvního tichého dojmu, který byl svým způsobem manipulativním prostředkem a vyčkáváním, ladně přejde na negativní komentování práce zdravotníků, má tendenci snižovat požadavky ostatních pacientů, aby zbyl dostatečný prostor pro jeho vlastní. Opatření, předcházející konfliktům jsou podobná jako u kverulujícího pacienta. S tím, že je zde navíc nutné pozdvihnout práva a požadavky ostatních nemocných, který s ním sdílí pokoj a mohou se jím cítit utiskováni.

5.5 Depresivní pacient

Tato typologie převládá u gerontů, osob s nevyлéčitelnou nemocí nebo u handicapovaných nemocných, nejčastěji po úraze, který postižení způsobil. Takovýto pacient je smutný, nemluvný, bez nálady. Pokud je pacient depresivní může dojít a často dochází ke zhoršení základního onemocnění, které ho do nemocnice přivedlo. U tohoto typu pacientů se dá proto nejlépe pozorovat úzké propojení mezi somatikou a psychikou. Péče o depresivního nemocného není jednoduchá. Na vlastnosti a preciznost práce sester klade velké nároky. Mnohdy sestra neví jak s pacientem jednat, může mít strach, aby ho ještě více „psychicky nerozhodila“. Na prvním místě v zacházení s tímto typem nemocného je kvalitní komunikace. Mít na pacienta čas, přistupovat k němu přísně holisticky, umět ho vyslechnout. Důležitou roli zde hraje také oční kontakt a prostředky především neverbální komunikace (např. haptika). Nemocnému neříkáme, co by měl dělat, jak by měl myslet a co by si měl představovat. Naopak ho necháváme o problému který má, otevřeně mluvit, i když nám rozhovor třeba nemusí být příjemný. Jen otevřeností a upřímností pacienta, kterou není lehké ve vztahu pacient- sestra nastavit, můžeme předejít mnohdy až tragickým koncům v podobě sebeublížení nebo pokusu o sebevraždu.

5.6 Úzkostný pacient

Tento typ pacienta může často svým chováním připomínat dítě. V jeho jednání je přehnanost, nezřídka kdy strach a sklon k hysterii. Již k lékaři chodí nervózní a plný úzkosti, v čekárně negativní pocity vrcholí a v ordinaci pak může dojít k jejich plnému propuknutí. Pak má tento typ nemocného tendence k pláči, ke zveličování, dožaduje se neustálého opakování toho, co ho čeká a jaké mohou být komplikace. Dožaduje se psychické podpory, pocitů bezpečí. Často si sebou tento typ nemocných vodí doprovod, kterého se dožadují již např. i při samotném výkonu nebo vyšetření. Na zdravotníkovi je, pacienta podpořit, vše mu vysvětlit nebo i názorně předvést, udělat si čas na kvalitní edukaci a ponechat klientovi prostor na dotazy. Důležitá je zde i možnost zpětné vazby. Pokud má zdravotník zpětně možnost zhodnotit co mu pacient řekl, má to nejen přínos pro něj, ale v opačném případě i pro nemocného, u kterého může dojít do budoucna ke zlepšení úzkostlivosti spojené s nemocničním prostředím. Při komunikaci s nemocným nebo při edukaci je nutné popsat základní princip vyšetření, ale žádoucí je, aby edukace neprobíhala jako prosté nalévání teorie do hlavy pacienta. Vždy by komunikace s úzkostným nemocným měla probíhat jako dialog a ne jako monolog. Zhodnotíme i možné komplikace

(nemocného ale nestrašíme), popíšeme případnou bolestivost, nepohodlnost nebo nepříjemnost vyšetření. Po celou dobu rozhovoru působíme na nemocného přirozenou autoritou a sebevědomě, zároveň ale přístupně, otevřeně a důvěryhodně. Mezi jednotlivými kapitolami edukace nebo komunikace ponecháváme nemocnému čas na rozmyšlenou a prostor pro dotazy.

5.7 Nepřístupný pacient

Nepřístupným dojmem působí nejčastěji starší osamocené osoby nebo naopak mladí pacienti. U starších nemocných v tomto jednání může být prosté maskování vlastní nejistoty, bolesti, strachu a touhy po blízkosti osoby, která od tohoto všeho dokáže odpomoci. U mladých nemocných vězí v nepřístupnosti velmi často stud. V jednání se staršími nemocnými (často jsou to opravdu lidé na sklonku života), je alfou a omegou opět komunikace. Pokud chceme pacientovo „já“ zpřístupnit je nutné se vyvarovat několika základních komunikačních prohřešků. Prvním může být familiárnost. Oslovení „babi, dědo“ apod. v některých nemocných, hlavně těch osamělých sice vyvolá pocit láskyplného a „domácího“ zacházení, ale dobrou vizitkou sestry je jen málokdy. Druhým prohřeškem je nectění komunikačních bariér a ty jsou právě především u starých nemocných velmi častou překážkou v komunikaci. Dalším může být nedostatečný prostor pro vyjádření pocitů nemocného. Starší pacienti mají rádi při komunikaci oční kontakt, klidný tón hlasu a velmi často se u nich vyskytuje ve zvýšené míře haptika. Pokud je to jen trochu možné, je vhodné toto bez výjimky pacientovi poskytnout. Jen tak můžeme poté s čistým svědomím říci, že se na jeho nepřístupnosti nepodílíme právě my.

5.8 Neukázněný pacient

Často se bohužel setkáváme i s tímto typem pacientů. Přitom působit příkladně na tyto nemocné bývá oříšek mnohdy i pro zkušené komunikátory. Neukázněný pacient, nedodržující léčebný režim nebo jiná opatření vedoucí k navrácení kvality života se často staví do pozice „hrdiny“. „Lékař mi řekl, užívejte tyhle a tyhle léky, ale já je prostě neberu. Síly mám dost, nic mi není, tak proč bych měl polykat nějaké chemikálie? Navíc tahle nemoc se mě rozhodně netýká“. Zdravě, produktivně a ekonomicky působit na tohoto nemocného je pak někdy běh na dlouhou trať. Alarmující je ale při tom fakt, že většina těchto nemocných využívá alibismus a dává svojí neukázněnost na vrub sorrorigenii.

„Kdyby mě sestra přesvědčila, že je to či ono natolik vážné asi bych takový nebyl a možná bych o věcech začal více přemýšlet“.

5.9 Závislý typ nemocného

Závislí nemocní často rádi hledají někoho, kdo by převzal odpovědnost za jejich zdravotní stav. „Sestřičky rozhodněte to vy, co pak já už na stará kolena? Přitom je to právě nemocný, který by měl být dobrým manažerem vlastního zdraví a měl by dbát o svůj zdravý životní styl. Tento typ nemocných podřizuje své názory a zájmy jiným osobám nebo ku prospěchu jiných. Nemoc poskytuje těmto nemocným ale i určitý druh sekundárního výnosu. Poskytuje jim jistotu pozornosti zdravotních sester a lékařům. K léčbě se staví většinou kladně a ochotně, ale zdravotníkům bývají často pasivními partnery. Mívají sklony ke zneužívání zdravotnické péče, protože to pro ně znamená pravidelný přísun pozornosti a zároveň v jejich očích nulový podíl odpovědnosti. Důležité je stanovení pevných pravidel, produktivní působení na nemocného a stanovení limitů. (Kučerová, 2013)

6 Potřeby pacientů

Míru toho co a kdy nemocný potřebuje, se většinou mění. Jeho potřeby závisí na věku, pohlaví, sociální a rodinné situaci, na úrovni vzdělání, na pracovní anamnéze a na jeho zdravotním stavu.

Moderní ošetřovatelství má jako jeden ze svých cílů aktivně vyhledávat a uspokojovat potřeby nemocných následnou realizací ošetřovatelských intervencí, stanovených při založení ošetřovatelského procesu.

Ve zkratce si dovoluji uvést autory hlavních teorií lidských potřeb.

„Potřeba je chápána jako motiv, síla, která uvádí do chodu a udržuje chování.“ (K.Lewin)

„Potřeba vyjadřuje odchylku od biologické homeostázy, tj. chápání potřeby jako vrozeného motivu“ (H. H. Kendler). „Potřeby motivují chování jednotlivce.“ (A. Maslow) (Farkašová, 2006, s. 62).

Maslowova teorie je brána jako jedna z nejčastějších. Maslow pro přehlednost koncipoval lidské potřeby do pyramidy, kde jednotlivá patra vyjadřují stupeň důležitosti nebo dominance. Maslow říká: „Člověk je bytost s potřebami a dosahuje zřídka stavu plnějšího

uspokojení, vyjma krátké doby. Jakmile je jedna potřeba uspokojena, staví se na její místo druhá. Pro lidskou bytost je v celém jejím životě charakteristické, že prakticky stále něco vyžaduje“ (Trachtová, 2013, s. 14).

Obecně je možné rozdělit je do čtyř skupin na biologické, psychosociální, kulturní a duchovní. Aby člověk mohl fungovat v běžném životě, je nutné jeho potřeby dobře a kvalitně uspokojovat. V obecné rovině lze potřebu chápat jako deficit něčeho, chybění nebo nedostatek. I přebytek, kde je žádáno jeho odstranění je vnímán jako potřeba.

Kromě základních lidských potřeby (výživa, vylučování, spánek atd.) stojí v popředí potřeb nemocných potřeba „být zdravý“, „uzdravit se“. Další vysokou potřebou je absence bolesti, nemuset mít strach o svůj život, existenci, identitu a být soběstačný.

Maslow dokládá, že pokud jsou nemocnému potřeby uspokojovány, stává se „odolnějším“, šťastnějším a zdravějším jedincem, který lépe překonává období nemoci. (Trachtová, 2013, Šamánková, 2011)

7 Vztah sestra- pacient

Pacientem se obvykle nerodíme, ale stáváme. Toto ovlivňuje celá řada faktorů. Jedním z faktorů, které člověk nedokáže ovlivnit, je genetická zátěž. Dále mnoho známých a často publikovaných faktorů- věk, způsob života, množství stresu atd. Velká část těchto faktorů později dokáže velmi ovlivnit to, jaký bude mít pacient vztah se zdravotníky a jakým způsobem s nimi bude komunikovat a spolupracovat.

Na vytvoření správného vztahu mezi zdravotníkem a pacientem se podílí mnoho okolností. Patří sem např. první dojem, dodržení společenských pravidel chování, umožnění psychické ventilace stesků a potíží, schopnost vytvoření si vzájemné důvěry, úroveň empatie, tolerantní přístup, aktuální psychický stav nemocného, předchozí zážitky z minulých hospitalizací a v dnešní době bohužel mají velký vliv i média. Kontakt mezi sestrou a nemocným vyžaduje od personálu nejen psychologické znalosti, ale i osobní angažovanost, empatii, postřeh, pohotovost a také určitou dávku sebekritiky vlastního jednání.

Od lékaře pacient očekává kvalitní a vysokou odbornost, ohleduplné a taktní jednání, psychickou podporu.

Od zdravotní sestry pacient očekává naopak mnohem více porozumění, pochopení, laskavosti, to kromě jiného ukazuje na to, že sestra je klientovi blíže než lékař. Vztah nemocného ke zdravotníkům bývá často složitý a plný rozporů. Ve většině případů je to vztah ambivalentní- kladný i záporný zároveň. Pacient nahlíží na zdravotníka s důvěrou i naopak. Na jedné misce vah stojí úvaha, že zdravotník je zde od toho, aby nemocnému pomohl, vyslechl ho a dokázal mu ulevit od bolestí. Na druhé straně přirozená dávka nedůvěry, strachu a obavy z toho, že se vše kolem něho děje bez jeho přítomnosti. Jde o stav spojený s pocitem závislosti a vzbuzující nedůvěru. Tyto problémy se klient snaží zvrátit a potlačit rozumovými úvahami, ale čím více toto provozuje, tím více potlačuje citovou stránku věci a instinkt. Konflikty v interakci pacienta a zdravotníka (nejčastěji lékaře) vznikají právě kvůli rozporu v názorech na léčebný režim. Lékař může pacientovi doporučit či přímo nařídit léčebný režim, který pacient nedodržuje. Bude-li lékař na toto jednání reagovat tvrdě a silou, pak dojde velmi snadno ke klasické formě konfliktu. Konflikt může vzniknout i v případě vzájemného „neporozumění si“. Pro jednání zdravotníka a pacienta by v každé situaci měly platit zásady etického a psychologického přístupu, které by v sobě měly mít myšlenky důvěry, pochopení, naděje, léčby a empatie.

Nemocný vnímá zdravotníka jako zdroj bezpečí i určité hrozby, obrací se na něho v určité životní krizi. Čím je pacient více přesvědčen o vážnosti a nebezpečnosti své nemoci, tím je komplikovanější jeho vztah ke zdravotníkovi. Zdravotník může být i v roli autority- buď respektované, nebo té, proti které se nemocný bouří. Nebo v roli jedince, ke kterému si mnohdy vytvoří určitou citovou vazbu, v mnohých případech až psychickou závislost.

Tuto citovou vazbu si nemocní vytváří hlavně ke střednímu zdravotnímu personálu. Ten vnímá nemocný jako složku poskytujícího určitou oporu, porozumění, stává se pro nemocného prostředníkem mezi lékařem a jím samým, také jako objekt snižující napětí v nemocničním prostředí, uklidňující prvek pečující o jeho emocionální stav (Králová, Pártlová, 2006)

Souhru mezi pacientem a sestrou dokáže velmi pozitivně i negativně ovlivnit také rodina, proto je vhodné ji v prvním případě aktivně zapojit do fyzické i psychické péče o nemocného. Zdravotní sestra by měla jednat s nemocným jako s rovnocenným partnerem. Takový přístup označujeme za psychologickou pomoc a její podstata spočívá ve faktu, že zdravotník vytváří pro nemocného příznivý psychosociální terén, na němž se pak speciální

léčebné zákroky mohou uplatnit optimálním a vhodným způsobem. (Mareš, Vachková 2009, 2010)

Požadavky zdravotníků na pacienty:

- verbalizace všeho nejasného, nesrozumitelného nebo nepochopeného a včasné sdělení pochybností a otázek
- poskytnutí všech informací o potížích i přání ohledně terapie a výkonů
- dodržování všech zdravotnických pokynů (ve vlastním zájmu)
- důvěra, upřímnost a otevřenost
- přiměřené nároky na čas zdravotních sester
- nezneužívání zdravotnické péče
- respektování soukromí zdravotníků
- sdělování všech problémů v jednom časovém úseku, bez „zatajování“ (ke škodě pacienta)

7.1 Kvalitní komunikace jako prostředek eliminace sorrorigenie?

"Jsou tři léky, kterými léčíme nemocné: skalpel, lék a slovo." Hippokrates

„Komunikace je kontinuální proces, kdy sestra a pacient mimo to, že sdílejí a interpretují určité informace, budují a rozvíjejí vzájemný vztah. Komunikace je tedy klíčovým prvkem ošetrovatelské péče.“ (Špatenková, Králová 2009, s. 9).

*„Slovo komunikace pochází z latinského *communicare* neboli „činit něco společným, společně něco sdílet.“* (Vybíral, 2005, s. 17).

Sestra používá dovednost komunikovat s pacientem jako součást profesionálního vybavení. Schopnost komunikovat slouží k navázání a rozvíjení kontaktu s pacientem, sdělení důležitých léčebných pokynů, schopnost nepostradatelné spolupráce (Venglářová, Mahrová, 2006).

V poslední době se věnuje velká pozornost výuce i tréninku komunikace v pomáhajících profesích. Existují názory, že jde o schopnost, kterou někdo je nadán, jiný nikoliv. To je omyl. Komunikace je dovednost, kterou je možné rozvíjet kdykoli v životě člověka (Venglářová, Mahrová, 2006).

Vztah nemocného a zdravotníka a jejich vzájemná schopnost optimální spolupráce je závislá na vzájemném vztahu a na úrovni komunikace mezi nimi. Komunikace mezi zdravotníky a pacienty je závislá právě v první řadě na schopnosti komunikovat, dobrá

komunikace zvyšuje účinnost terapeutických zásahů a tím i kladně ovlivňují průběh nemoci. V dorozumívání se mezi zdravotníkem a nemocným dále hraje velkou roli především pozorování.

Pozorování je metoda, při níž z toho co je navenek viditelné, usuzujeme na vnitřní stav nemocného. Pozorování by mělo být objektivní, pravdivé, nenápadné. Vyvarovat by se zdravotníci měli především unáhlených závěrů a měli by klást velký důraz na kvalitní seznámení s dokumentací. Dále lze využít možnosti verbální a neverbální komunikace. Při verbální komunikaci dochází ke sdělování informací pomocí slov (nutno preferovat jednoduchost, stručnost, zřetelnost, přizpůsobivost, pozor je nutné si dávat na používání odborných a latinských výrazů ve zdravotnické terminologii. (Motsching, Nykl, 2011)

Chybná či nezvládnutá verbální komunikace může být intenzivním zdrojem srororigenie. Slovo poté nepůsobí jako lék, ale spíše jako jed. Navíc v napětí, nejistotě a obavách je pacient daleko více vnímavý na různé znepokojivé výroky o jeho nemoci či léčení než člověk zdravý. Slovo má obrovskou moc. Muže utěšit, ale také urazit či dokonce ranit (Špatenková, Králová 2009, s. 36-37).

Druhy verbální komunikace:

- **Sociální komunikace**

Tato forma komunikace představuje běžný hovor s pacientem. Měla by být především přirozená. Vhodné je tuto komunikaci rozvíjet při běžných denních činnostech pacienta, kde se propojuje kontakt mezi nemocným a zdravotníkem (hygiena, pomoc při úpravě zevnějšku, úprava lůžka nebo pomoc při jídle a pití)

- **Specifická komunikace**

U tohoto druhu komunikace již sestra nepůsobí jako běžný účastník hovoru, ale měla by zde působit spíše jako edukátor a motivátor nemocného. Tuto komunikaci volíme, když chceme nemocného poučit, sdělit mu fakta týkající se léčby, motivovat ho k další léčbě nebo např. když mu chceme vysvětlit vše nutné při dimisi. Prioritou při tomto stylu komunikace by měla být jednoduchost, zřetelnost, měl by zde být kladen důraz na verbalizaci a ověření zda pacient všemu porozuměl (možno oboustranné dotazy-zpětná vazba v komunikaci)

- **Terapeutická komunikace**

Pacientovi poskytujeme oporu, vysoce uplatňujeme empatii. Tento druh komunikace se používá např. ve spojitosti s nutným sdělením nepříjemných okolností, ve chvílích, kdy se nemocný nemůže rozhodnout, má problémy s adaptací nebo i když se „jen“ cítí sám a smutný. Při terapeutické komunikaci plně zastáváme pravidla všeobecné

komunikace, zde především důraz na zachovávání důstojnosti nemocného, funguje shoda na úrovni verbální i neverbální komunikace a je prosto pro pacientovy dotazy nebo návrhy.

Skákání do řeči, nenaslouchání druhému a přehlížení problémů nemocných a nesoustředěnost není vhodnou komunikační dovedností. Nikdy se sestra nesmí dopustit stereotypovat nebo paušalizovat pacienta (Mikuláščík, 2010).

Při neverbální komunikaci se soustředíme na chůzi a držení těla, vzdálenost- není vždy přesná a závazná, záleží na uspořádání prostoru a na situaci. Dále na mimiku (výrazy tváře často signalizují bolest, smutek, únavu), posturitu (tělesný postoj může naznačit psychický stav člověka), pantomimu (složené ruce v klíně signalizují odevzdání, nejistotu) a haptiku (tělesný kontakt, kontakt hmatem). Haptiku nemocní využívají velice často, není doménou jen nevidomých pacientů. Vždy mluvíme a jednáme tak, aby nedocházelo k devalvací nemocného (Kelnarová, Matějková, 2008).

V komunikaci se gerontologickými nemocnými je třeba dávat pozor na tzv. „Elderspeak“. „Elderspeak je anglické označení pro eticky nevhodné hovoření o starých lidech a se starými lidmi“ (Kalvach, 2005).

Elderspeak se vyznačuje infantilizací – k dospělému se pečující chová jako k malému dítěti, v komunikaci používá zdvořiliny, ve snaze pomoci dělá všechny úkony za pacienta, avšak tímto chováním a komunikací je výrazně omezována autonomie a snižován statut dospělé osoby (Kalvach et al. 2011, s. 51).

Druhy maligní komunikace:

- **Labeling- etiketizace** – „ocejchování pacienta nálepkou“ – nemocný je titulován obecnými, skupinovými nebo dokonce hanlivými označeními, často na základě přidružených onemocnění (hluchota, slepota atd.), při nesprávném pochopení problému nebo při vystupňované reakci na konkrétní situaci. Pacienti se tak často stávají „hysterkami, provokatéry, stěžovateli, hypochondry, kteří se neustále něčeho dožadují, a to často jen proto, že odmítají být pasivními příjemci zdravotnické péče, ale mají snahu se aktivně zapojovat do své léčby.
- **Stigmatizace** – „vystupňované cejchování“, pacient bývá zařazen do určité skupiny, která je společností vnímána negativně, je podceňována a může být v očích veřejnosti vnímána jako nežádoucí. Na základě toho ocejchování se

zdravotníci chovají s despektem, devalvují nemocného, špatně provádějí komunikaci i péči, pacient je označován jako „slepoň“ nebo „hluchoun“.

- **Ignorace**- pacient bývá přehlížen, jeho přání a prosby nebývají vyslyšeny, snižuje se kvalita zdravotníkovi komunikace i péče, často se o nemocném hovoří ve třetí osobě.
- **Netrpělivost, spěch a nerespektování tempa nemocného** – sestra vybízí pacienta k rychlému tempu komunikace nebo činnosti, které není nemocný schopen a je nad jeho momentální síly, komunikuje s ním a edukuje ve spěchu, rychle, v očích pacienta chaoticky. Není mu poskytnut žádný prostor pro dotazy nebo verbalizaci porozumění.
- **Zhmoťňování nemocného** – pacienti jsou často označováni svými diagnózami, čísly pokojů, je s nimi zacházeno jako s předměty, se kterými není třeba komunikovat.
- **Zesměšňování** – sestra nemocného zesměšňuje, zveličuje jeho chyby a nedostatky s cílem nemocného devalvovat, ublížit mu nebo snížit jeho sebevědomí.
- **Zneschopňování** – sestra nevytváří dostatečný prostor pro samostatné jednání a působení nemocného. Pacienta nenechá vyjádřit se, nevyužívá jeho spolupráce a schopnosti a názory za cílem zrychleného uzdravení. Často v tom nebývá zlý úmysl, zdravotník tak většinou jedná proto, aby si usnadnil a urychlil práci, nemocného tím však často diskvalifikuje.
- **Ponižování, bagatelizování, podceňování nemocného** – jedná se o nejhorší stupeň maligní komunikace, sestra vůbec nenechává nemocného vyjádřit, vše co pacient řekne, tak okamžitě „smete ze stolu“, má často nevhodné poznámky na účet pacienta. (Kalvach, 2011; Pokorná, 2010; Vymětal, 2009)

7.1.1 Komunikační bariéry

„V průběhu života dochází k mnoha změnám v oblasti tělesných schopností, ale také k transformacím emocionálním, kognitivním a psychosociálním. V souladu s respektováním těchto odlišností v období stáří je nezbytné přizpůsobit komunikační techniky schopnostem a dovednostem seniora – například akceptovat omezení, poruchy smyslových či kognitivních funkcí.“ (Pokorná 2010, s. 51).

Kontraproduktivní komunikace

Může být úmyslná s cílem druhého zmanipulovat a obrátit jeho názory ve vlastní prospěch, nebo neúmyslná, vzniklá díky nevhodnému sdělení, nepochopení nemocného. (Pokorná, 2006).

Bariéry v komunikaci lze rozdělit do dvou skupin. A to do skupin interních a externích překážek. Interní překážky jsou většinou ty, které vzniknou mezi komunikačními partnery. Závisí především na schopnostech a dovednostech sester a také na zdravotním a psychickém stavu pacienta. Ze strany sestry se může jednat např. o kontraproduktivní komunikaci. Kontraproduktivní komunikace může být úmyslná s cílem druhého zmanipulovat, nebo neúmyslná díky nevhodnému sdělení, nepochopení (Pokorná, 2006).

Dále se může jednat o již dříve zmíněnou devalvaci nemocného nebo různý druh maligní komunikace viz. výše. Ze strany pacienta jde především o jeho zdravotní stav. Komunikačními bariérami mohou být: porucha sluchu, zraku, vnímání, porucha řeči (nejčastěji pacienti po CMP, klienti s demencí a další znevýhodněné typy nemocných). (William et al., 2004).

Znevýhodněný nebo také člověk s postižením je ve společnosti brán jako sociálně slabý jedinec vyžadující péči, pomoc a ochranu. Tyto předsudky je nutno odbourat. Je pravda, že lidé s postižením mají své specifické potřeby, ale nemělo by je to odloučit od okolí (Michalík, 2011). Znevýhodněný jedinec může být plnohodnotný komunikační partner. Stačí se umět přizpůsobit jeho potřebám a seznámit se s vhodnými zásadami pro komunikaci s postiženým, tak aby to vyhovovalo oběma zúčastněným stranám (Slowík, 2010).

„ Tato práva ukládají povinnosti zdravotnickému personálu poskytovat kvalitní péči, která bez správné komunikace není možná. Sestra, aby byla schopna vést plnohodnotnou komunikaci, musí znát druh a rozsah postižení jedince. Musí být schopna reagovat na znevýhodněného a jeho individualitu. Sestra se musí ubránit předsudkům daným pro znevýhodněné, nebyt předpojatá a v žádném případě se chovat nevhodně a projevovat zcela nemístnou odpudivost.“ (Linhartová, 2007, s. 152)

Sestra by při komunikaci se znevýhodněným jedincem měla umět uplatňovat standardní vedení rozhovoru, ale musí znát a být schopna používat také specifické komunikační dovednosti, které jsou vhodné pro různé druhy postižení nemocných. (Kristová, 2004).

Sestra pomáhá nemocným rozšířit jejich sociální kompetence. Nemoc, odloučení od rodiny, což mnohdy znamená počátek sociální izolace, nemožnost pracovat, to vše může

mít za následek zhoršení pacientových komunikačních dovedností (Venglářová, Mahrová, 2006). Výrazně zde figuruje pacientův nestabilní psychický stav. Jedná se především o psychická onemocnění a poruchy nebo prosté a často se vyskytující negativní emoce (strach, zlost atd.) Negativní emoce jako je strach, zlost, obava z neúspěchu, ale i záporné postoje k okolí jsou překážkou k produktivnímu hovoru (Pokorná, 2006). Další komunikační bariéry může způsobit kultura, víra, nářečí, styl mluvy. Dále i první dojem nebo vzniklé nesympatie.

Do externích bariér zařazujeme především vlivy zevního okolí. Hluk, šum, vyrušování telefonem nebo další osobou, to vše narušuje kvalitní komunikaci a její plynulost. Proto vždy volíme pro rozhovor s nemocným klidné, tiché a komorní prostředí. (Špatenková, Králová, 2009)

Komunikační bariéry je nutné překonávat a nejlépe, pokud je to možné, jim předcházet. Sestra se během své práce s takovými bariérami setkává denně a je na ní, jak se jim bude snažit zabránit. Zásadním krokem pro vedení správné komunikace je tyto bariéry si uvědomit (Mikuláščík, 2010).

7.2 Produktivní a neproduktivní působení na pacienta

Produktivní chování zdravotních sester je takové chování, které staví nemocného na první místo zájmu dané sestry, je nutno aby v produktivním chování byl obsažený respekt, evalvace nemocného a celkový přátelský a otevřený vztah mezi pacientem a sestrou. Evalvace nemocného je kladný vliv na pacienta. Evalvace docílíme hlavně tím, když budeme nemocnému projevovat respekt, budeme mu vždy a za každé situace věnovat pozornost, pomáhat mu a pokud vzájemně vytvoříme přátelský vztah. Velmi nutné je vyjadřovat citlivost k jeho emocím a aktuálnímu psychickému rozpoložení. Na místě je zde i snaha aby evalvace probíhala i jeho vlastním přičiněním, což má pro nemocného největší benefit. (Kalvach, 2011)

Pravidla produktivního chování:

- pomoc nemocnému při adaptaci na nemocniční prostředí (uvedení pacienta do zařízení, vysvětlení všech podstatných neznámých věcí, pomoc při orientaci v neznámém prostředí, pomoc při seznámení s eventuálním spolunemocným na pokoji)
- snaha o eliminaci negativních emocí spojených s hospitalizací (strach, stud, úzkost)

- podpora nemocného a pomoc v těžkých situacích
- udržování kontaktu a vzájemného vztahu na přátelské a rovnocenné úrovni, důležitá je zpětná vazba.
- model ošetřování zaměřený na pacienta (projevy náklonnosti, zájmu o nemocného, vzájemné sympatie)
- optimistický přístup k nemocnému
- projevy oceňování snahy nebo úspěchů pacienta v léčebném procesu
- empatie, smysl pro humor, vhodně volená komunikace

Neproduktivní chování zdravotníka.

Je opakem produktivního, často vede k sorrorigenii

Nejčastější prohřešky charakterizující podstatu neproduktivního chování:

- devalvace nemocného viz. výše
- všechny druhy maligní komunikace viz. výše
- nezájem o spolupráci s nemocným
- odosobnění, odcizení se nemocnému
- přehnaný odstup od nemocného nebo projevy resonance (Křivohlavý, 2002, 2009)

Jedním z nežádoucích jevů, který se při hospitalizaci může vyskytnout je hospitalismus-negativní reakce na aktuální stav. Lze ho považovat za určitý druh neproduktivního působení na pacienta.

Dlouhodobá hospitalizace vede snadno k nepříznivému duševnímu stavu, tedy hospitalismu. Nemocný si zvykne na pasivitu, na to, že se o něj někdo stará, odevzdá řadu povinností na bedra někoho jiného. Normální život v nemocnici se pro něho stává hrozbou.

Hospitalismus ovlivňuje nejčastěji děti a staré lidi. Prevence hospitalismu je velmi důležitá. Spočívá ve správné realizaci léčebného režimu, ale i v tom aby se nemocniční prostředí „více přiblížilo normálnímu životu“ a co nejvíce klientovi připomínalo domácí a zažité prostředí.

Hospitalismus, negativismus i psychická iatropatogenie/sorrorigenie se velmi často mohou vyskytnout při problematice vztahu mezi zdravotníkem a např. pacientem na pokraji života- umírajícím. Tyto tři problémy se jako negativní události přidávají již k tak obtížnému životnímu období a velmi sťažují práci zdravotníků a pacientovo vnímání nemoci a stavu. (Mareš, Vachková, 2009, 2010; Křivohlavý, 2002)

7.2.1 Motivace pacienta

Umět dobře pacienta motivovat, má daleko větší hodnotu, než by se na první pohled mohlo zdát. Dobře motivovaný pacient je vnímavější k nabízené péči, přístupnější ke spolupráci, stává se lepším partnerem v komunikaci i kvalitnějším manažerem vlastního zdraví. Nemocný jedná daleko více ekonomicky, uvědomuje si snáze souvislosti, přestává být lékaři i sestřám pasivním partnerem, prostě přijímajícím zdravotnickou péči. (Klevetová, Dlabalová, 2008; Munzarová, 2005)

7.3 Sestra v roli pacienta prostředek pro zlepšení empatie?

Říká se, že nejlepší sestra je ta, která byla sama někdy pacientem. Určitě to má svůj podíl pravdy i lži. Pravdivé je toto tvrzení v tom, že sestra si jednoduše vyzkouší jaké to je být upoutaná na lůžko, uvědomuje si bariéry, pocity nemocných, kteří jsou plně odkázáni na pomoc druhých. Přínos je zde vidět hlavně v tom, že si kromě těchto aspektů, převládajících u nemocných, zvýšeně uvědomí neřesti svých „kolegyň“, protože více do problému vidí. Poznává, když si sestra špatně umyje ruce, nepoužije dezinfekci, jedná s její žilní kanylou nesterilně. Zvýšeně jí bude vadit noční hluk, puštěná hudba, „třískání dveřmi“, hlasitý hovor, nezhasnutá světla, neupravené a „rozhrabané“ lůžko, průvan nebo potřásněná košile. Nabyde pocitu podrážděnosti, hanby a ponížení při opětovném zvonění a prosbách o vynesení toaletní mísy. Je však nutné uvést, že často může být mnoho pocitů vnímaných sestrou v roli pacienta negativně ovlivněno její „profesionální deformací“. Sestra pak vstřebává některé tyto faktory přehnaně, připisuje všemu daleko větší význam, má tendenci zveličovat a více se pozorovat.

8 Zdroje sorrorigenie

Zdrojů sorrorigenie může být mnoho. Lze do nich řadit jak chování zdravotníka a pacienta, tak i různé situace a okolnosti vyskytující se ve zdravotnickém provozu. Zdroje sorrorigenie mohou být nepředvídatelné a málo ovlivnitelné, zde je možné zařadit např. selhání techniky, nemožnost ovlivnění pořadí pacientů čekajících na vyšetření, patří sem i náhlá a neadekvátní odpověď organismu na nějaký druh léčby nebo na výkon směřovaný na nemocného.

Za ovlivnitelné zdroje lze považovat např. chování a postoje nemocného, které během léčby zaujímá a také chování a přístup sester k nemocnému. Přílišné mentorování, suverénnost, arogance v jednání a nevhodná komunikace bývá asi nejčastějším zdrojem psychické sorrorigenie. U somatické hraje roli především teoretická a praktická vyspělost sestry.

9 Důsledky sorrorigenie

Nejčastějšími důsledky poškození nemocných sestrami, jsou různé druhy psychických poruch, které nemocné postihnou během hospitalizace. Lze mezi ně řadit různé neurotické projevy, poruchy spánku, plačtivost, strach a další negativní emoce. Často se vytváří i chorobná fobie z nemocničního prostředí, syndromy podobné „bílému pláští“ a tak podobně. Na pacientovi jakýkoli druh především psychické sorrorigenie zanechává větší či menší trvalé psychické následky. Prvním, někdy nevratným dopadem na pacienta je ztráta důvěry ke zdravotnickému personálu. Nemocný pak na sestru nahlíží se strachem, bojí se, co ho čeká, má obavy, aby se podobné příkoří jemu snesené na hlavu při předchozím ošetřování, neopakovalo. Pacient ztrácí víru a motivaci, může se vyskytnout hospitalismus a negativismus, což velmi ztěžuje celkové uzdravování pacienta. Nežádá kdy dojde k poškození komunikace mezi zdravotníky a nemocnými, což jen vede k prohlubování následků psychické sorrorigenie.

Dalším můžou být trvalé následky somatické. Ty způsobují především neduhy v podávání léků, infuzních a jiných přípravků, špatně provedený výkon nebo vyšetření.

10 Prevence sorrorigenie

- **Pracovní spokojenost**

Mít rád svoji práci. Jak prostá věta, ale bohužel v dnešní době je od ní často upouštěno. Lidé berou vlivem pracovních podmínek, nátlaků okolí a dalších neovlivnitelných faktorů většinou svou práci jako „něco co je nutné“, co přináší tolik potřebné finance a úplně se vytrácí smysl různých profesí a jejich potřebnost. Uvědomění si potřebnosti své profese často přináší ovoce. Největším oceněním pro sestru přitom

zůstává spokojený pacient, kladné výsledky jeho léčby a pocit zadostiučinění. (Křivohlavý, Pečenková, 2004). Pokud si jako sestry uvědomíme, že nikde „to není růžové“, že všude jsou nějaké problémy, nedostatky nebo konflikty, nám také může zajistit určitý pocit úlevy nebo zvýšit pracovní optimismus. Mnohdy je vhodné a žádoucí, jak předesílá Křivohlavý, vytvořit si pro a proti, směřovaná na svojí konkrétní profesi, která nám buď pomohou uvědomit si plusy své profese, nebo nás naopak vyvedou z omylu, že práce sestry je to jediné, čeho je daný jedinec schopný a dojde k tomu, že sestra buď změní pracoviště, nebo dokonce odejde trvale ze zdravotnické sféry (Křivohlavý 2011, 2009).

Jako prevenci sorrorigenie lze považovat i udržování klidného pracoviště a stanovení vhodných a adekvátních požadavků na zaměstnance. Přitom je nejvíce důležité zaměstnance nepřepínat. Mnoho směn, žádný odpočinek, to vše je přímý protiklad prevence poškozování pacientů sestrami a je i tenkým ledem, vedoucím k již zmiňovanému syndromu vyhoření.

Základní podmínkou k tomu, aby u zdravotníka nedošlo ke zbytečným stresům a následnému zvýšení rizika pro vznik burn out syndromu je přesné a jasné stanovení kompetencí a pracovní náplň je třeba stanovit s ohledem na možnosti realizace. (Křivohlavý, 2002)

V tomto bodě je nutné dobré a produktivní jednání s nadřízeným, který by měl být schopen posoudit situaci na oddělení, profesní obsazení, směnovou situaci a zároveň by měl být schopný zdravotní sestry ocenit a pokud je to žádoucí i pochválit za účelem motivace.

Možné konflikty na pracovištích tuto motivaci výrazně snižují. Pokud člověk chodí do zaměstnání s nechtutí nebo dokonce s odporem, nikdy to pro nemocné nevěstí nic dobrého. Mnoho vlastností máme vrozených, charakter osobnosti se mění jen těžko a v rámci zachování vlastní identity to není ani žádoucí. Je ale důležité, hledat vhodné smyčky ve spolupráci tak, aby péče o nemocné byla kvalitní a profesionální za každé situace. Při konfliktech na pracovištích dochází ke stresovému jednání, k neorganizovanému chaosu, k chybným teoretickým úsudkům a ke špatnému praktickému jednání. Jsme lidé a proto bychom jako lidé měli řešit vše kvalitní a důslednou komunikací.

Nejen s pacienty je vhodné mluvit o problémech, dobrá komunikace by měla být i základním kamenem fungujícího ošetrovatelského týmu. Mnohdy na zdánlivě klidném a nekonfliktním oddělení se můžou jako „šotkové“ skrývat nevyřčená přání, konflikty „zametené pod koberec“, tutlaná nespokojenost, pomluvy a drby.

- **Osobní spokojenost**

K tomu aby sestra mohla být dobrým pacientovým partnerem, musí být spokojená sama se sebou i se svým okolím. Pro každou ženu je však pojem okolí především její rodina. Sestry jsou nejen zdravotnice, ale také matky, manželky, snachy, dcery. To aby sestra zvládala být „dobrá“ ve všech rolích vyžaduje velké úsilí. Někdy se s pochopením blízkých v případě stýskání si ohledně práce setkává, jindy je za to kritizována.

Sestra by si měla vážit svých kladných vlastností potřebných pro vykonávání profese. Mezi ně např. patří altruismus, empatie, láska k bližnímu svému, trpělivost, odbornost a profesionalita. Bez určité dávky lásky a obětavosti se nedá dobře pečovat, nemocní citové deficity zvýšeně pociťují a tím pádem nikdy nemůže dojít ke kvalitnímu vztahu sestra-pacient. Udělat si čas na koníčky, kulturní vyžití a stýkání se s přáteli by mělo být samozřejmostí. Relaxace a odpočinek má také v tomto problému nezastupitelnou roli. (Křivohlavý, 2009)

- **Schopnost sebekritiky a sebehodnocení**

Každý člověk by se měl umět pochválit i zkritizovat. Zdravá forma sebevědomí je v profesi zdravotní sestry velmi žádoucí, poskytuje nemocnému určitou dávku jistoty, že ta či ona sestra „ví, co dělá“. Stejně jako sebevědomí by měl být v osobnosti sestry přítomný i určitý podíl sebereflexe. Pokud si kromě chválení umíme i vyčinit za chybu, kterou jsme způsobili, dělá nás to lepšími lidmi i zdravotnickými profesionály.

Mezi všeobecné způsoby, jak se lze na pracovišti co nejvíce vyhnout srororigenii patří hlavně styl myšlení, který by měl všem sestřám velet všechny procesy týkající se nemocného provádět „pocitivě“: hygiena rukou, bariérový přístup a zvýšený hygienický režim, pečlivá kontrola při podávání léků, infuzních a transfuzních přípravků, důsledné ověřování pacientovi totožnosti, bezchybný odběr anamnézy a stanovení ošetřovatelských problémů (zde je možnost zachytit většinu rizikových faktorů pro nemocného- riziko malnutrice, pádu, infekce atd.)

- **Optimismus, smysl pro humor a pozitivní pohled**

Na pacienta i na kolegy vždy lépe působí sestra se smyslem pro humor a optimistka. Nežádá kdy dokáže těmito svými vlastnostmi oddělení „rozsvítit“. Pokud se člověk dokáže v práci zasmát, činnosti po něm se žádající, dělá s klidem, pohodou a úsměvem. Nejen, že mu směna „lépe uteče“, ale má to i neodmyslitelný přínos pro

pacienta, mnohdy se nacházejícího v pocitech bolesti, smutku nebo beznaděje. Do této části lze řadit i již výše zmíněné copingové strategie a styl života well-being. (Křivohlavý, 2009; Kebza, Šolcová, 2003)

Další neméně důležité intervence, na kterých by se měla stavět prevence sorrorigenie, by měla poskytnout příslušná infrastruktura jednotlivých pracovišť, jejich manažeri, vedoucí pracovníci apod. Patří sem např.:

- Zabývání se až závěrečnou analýzou incidentu. První analýza většinou bývá zkreslená, často bývá problém zveličován, zkreslen a vede ke zjednodušeným závěrům.
- Osvobodit se od mentorování „kdy je po bitvě každý generál“.
- Pochopit komplexitu poskytování péče, hledat zranitelná místa v systému péče poskytované pacientovi.
- Spojit si zranitelná místa s možnými ekonomickými, technologickými, organizačními a personálními změnami.
- Přemýšlet o možnostech využití nových technologií, dbát na sebevzdělávání a všeobecný zdravotnický rozhled.
- Zvládnout komplexnost a náročnost stávajících procesů s možností zpětné vazby. Zde je vhodné provést reengineering odolnějších procesů mezi které zahrnujeme:
 - Co největší omezení závislosti jednotlivých výkonů na paměti
 - Snížení závislosti na opatrnosti
 - Preferovat pravidlo „správný jedinec pro správný proces“
 - Pochopit potenciál pro pochybení a vytvořit patřičné bariéry
 - Zjednodušit co nejvíce jednotlivé procesy
 - Standardizovat používání zkratk
- Zavést systém v podávání rizikové medikace v počtu dvou sester. (Škrla 2005, Škrla, Škrllová 2008, Plevová 2012)

11 Základní legislativa ve zkratce

Tato stať by měla posloužit k základnímu přehledu o legislativě v této problematice. Právní odpovědnost není předmětem této práce, proto všechny informace a zákony jsou uvedeny ve zkratce a nezahrnuji zde možné výjimky.

Škoda na zdraví pacienta vzniká nejčastěji postupem non lege artis ze strany sestry. Tato škoda bývá sankcionována v uloženém trestním řízení, pokud se nemocný domáhá odškodnění u soudu. Sestra v tomto případě může být předvolána k odpovědnosti za ublížení na zdraví, těžkou újmu na zdraví, nebo za ublížení na zdraví s následkem smrti.

Odškodné za vzniklou újmu na zdraví hradí vždy zdravotnické zařízení bez ohledu na jeho výši, následně může požadovat úhradu vzniklé škody od příslušné sestry, které porušila zákon, ale pouze do výše čtyř a půl násobku jejího platu. (Tuza, 2010)

Zákon číslo 20/ 1966 novela: 260/2001 sb. O péči o zdraví lidu kde v §55 kromě jiného můžeme nalézt základní ustanovení, ukládající zdravotníkům základní povinnosti vůči občanovi.

ČÁST TŘETÍ, HLAVA IV. Oddíl 1. Způsobilost a poslání

§ 55

Povinnosti pracovníků ve zdravotnictví

(1) Zdravotničtí pracovníci jsou povinni vykonávat zdravotnické povolání svědomitě, poctivě s hluboce lidským vztahem k občanům a s vědomím odpovědnosti ke společnosti.

(2) Každý zdravotnický pracovník je povinen zejména

a) vykonávat své povolání v rozsahu a způsobem, pro něž zásady určuje ministerstvo zdravotnictví ve spolupráci s profesními organizacemi

b) převzít a řádně plnit i mimořádné zdravotnické úkoly uložené mu dočasně v důležitém obecném zájmu,

c) poskytovat neprodleně první pomoc každému, jestliže by bez této pomoci byl ohrožen jeho život nebo vážně ohroženo zdraví a není-li pomoc včas dosažitelná obvyklým způsobem, a zajistit mu podle potřeby další odbornou péči,

d) zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dověděl v souvislosti s výkonem svého povolání, s výjimkou případů, kdy skutečnost sděluje se souhlasem ošetřované osoby nebo kdy byl této povinnosti zproštěn nadřízeným orgánem v důležitém státním zájmu; povinnost oznamovat určité skutečnosti, uložená zdravotnickým pracovníkům zvláštními předpisy, není tím dotčena.

(3) Povinnosti uvedené v odstavci 2 písm. c) a d) se vztahují

i na zdravotnické pracovníky, kteří nevykonávají zdravotnické povolání.

(4) Ostatní pracovníci ve zdravotnictví jsou povinni kromě dalšího vzdělávání ve svém oboru osvojit si i zdravotnické znalosti v rozsahu potřebném pro výkon své práce. (Zákon č. 20/1966 Sb. O péči o zdraví lidu, ze dne 17. března 1966 v pozdějším znění). [online]. [cit.2014-04-05].

Pokud dojde k závažnému pochybení ze strany zdravotníka, sankce a postihy se řídí podle trestního zákona č 40/2009 sb. (Zákon č. 40/2009 Sb. Trestní zákoník). [online]. [cit.2014-04-05]. S tímto zákoníkem se může zdravotník setkat v případě již dříve zmiňovaného neposkytnutí péče nařízeným postupem“ lege artis“. Do této části kromě výše zmíněného spadá i neposkytnutí pomoci, které je zvláště u zdravotníků trestáno o to přísněji a neoprávněné nakládání s osobními údaji a dokumentací pacienta.

§ 143- usmrcení z nedbalosti

§ 145- těžké ublížení na zdraví

§ 146- ublížení na zdraví

§147- těžké ublížení na zdraví z nedbalosti

§ 150- neposkytnutí pomoci

§ 180- neoprávněné nakládání s osobními údaji

Dalšími důležitými zákony jsou např.:

- zákon č. 372/ 2011 Sb. O zdravotních službách, kde jsou upravena i práva pacientů
- zákon č. 373/ 2011 Sb. O specifických zdravotních službách
- zákon č. 96/ 2001 Sb. Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny
- zákon č. 96/ 2004 Sb. O podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání

PRAKTICKÁ ČÁST

12 Metodika výzkumu

12.1 Cíl empirické části práce

Realizace kombinovaného výzkumného šetření u sester a pacientů proběhla po poměrně obsáhlém seznámení se širokou sortou literatury, jelikož problém jakožto převážně etický si žádal mnoho nejen teoretických znalostí, zprostředkovaných i vlastních zkušeností, ale také věcné zapojení vlastního i veřejného úsudku. Mapoval názory sester pracujících v nepřetržitém provozu u lůžek nemocných pacientů, více či méně odkázaných na pomoc zdravotníků. Snahou výzkumného šetření bylo vníknout do pohledu nemocných na toto ožehavé téma, zmapovat jejich názory na faktory, které srororigenii ovlivňují, názory na zdravotní sestry, na úroveň péče o nemocné, na celkovou situaci zdravotnických etických problémů v české republice a také na to, který typ srororigenie je pro ně horší.

Snahou výzkumu na poli zdravotních sester bylo taktéž zmapování názorů na srororigenii, na to zda je tento problém v očích sester nějak ovlivnitelný, nějaká forma omluvitelná, zda existuje nějaký prostředek, který by jim pomáhal lépe se o nemocné starat a také probudit v sestřích uvědomění si vlastní identity, nedostatků ale i předností.

Mým hlavním přáním bylo najít v empirické části nějakou souhru mezi názory nemocných a sester, něco co by dokázalo dokonale probudit a posílit vazbu sestra- pacient.

12.2 Dílčí cíle empirického výzkumu

U zdravotních sester v obecné části otázek ověřit:

- zda znají tento pojem, co vše ony ze svého pohledu řadí do možného poškozování pacientů
- zda si myslí, že je tento problém ovlivnitelný vzděláváním, celkovým rozhledem, zkušenostmi
- zda ho ovlivňuje množství služeb, noční směny, množství personálu, vztahy na pracovišti, péče o zaměstnance
- zda se jim zdá nějaká forma srororigenie omluvitelná
- zda je napadá nějaká prevence tohoto nežádoucího jevu

U zdravotních sester v konkrétní části otázek ověřit:

- zda si myslí, že nemocného někdy poškodily
- zda byl souhrnně u dotazovaných větší výskyt poškození somatického nebo psychického
- zda se dotazovaná sestra se svým pochybením někomu svěřila
- zda má pocit, že by se jí vedení v případě neúmyslné sorrorigenie zastalo či nikoli
- jaké měly sestry pocity, když nemocného poškodily
- zda byly svědkem poškození nemocného některým ze svých kolegů, o jaké poškození se v tomto případě jednalo a zda bylo nějak řešeno s vedením.

U pacientů v obecné části otázek zmapovat:

- zda tento pojem znají, vědí co asi pod ním představit
- zda spojují sorrorigenii se vzdělaností sester nebo s jejich zkušenostmi
- zda ve vnímání toho problému hraje roli velikost a prosperita zdravotnického zařízení, kde by byli eventuálně hospitalizováni
- zda by byli schopni nějakou sorrorigenii omluvit, tolerovat
- zda je pro nemocné horší somatická forma nebo psychická
- nakolik je v tomto problému ovlivňují média
- zda je napadá nějaká prevence tohoto nežádoucího jevu

U pacientů v konkrétní části otázek zmapovat:

- zda mají pocit, že byli někdy jako pacienti poškozeni
- jak se zachovala sestra, která nemocného poškodila“
- jak ji nemocný vnímal jako osobnost
- jaké měl pacient z incidentu pocity
- zda by měl v budoucnu důvěru k sestře, která ho neúmyslně v předchozím jednání poškodila

12.3 Dosavadní výzkum na toto téma:

Votroubková, M. *Sorrorigenie*. Bakalářská práce obhájená na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové v r. 2008. 85s. Depon in: Archiv Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové

Lienertová, K. *Sorrorigenie*. Bakalářská práce obhájená na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové v r. 2009. 64s. Depon in: Archiv Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové

Pánková, J. *Polypragmazie a léková sorrorigenie u seniorů*. Diplomová práce připravuje se k obhajobě na Lékařské fakultě Masarykovy Univerzity v r. 2014. 155s.

Kašková, P. *Medikační pochybení zdravotní sestry v porovnání České republiky a Norska*. Bakalářská práce obhájená na 3. Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze v r. 2012. 67s. Depon in: Archiv Ústavu ošetrovatelství 3. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze

12.4 Zkoumaný soubor

Výzkumné šetření proběhlo s laskavým svolením vedení obou výzkumných pracovišť (fakultní, oblastní). O povolení výzkumu byly požádány obě hlavní sestry nemocnic i vrchní a staniční sestry daných pracovních úseků a další členové vedení oddělení.

Pro výběr respondentů- pacientů byla stanovena tato pravidla:

- počet respondentů je 5
- věk není ohraničen
- všichni oslovení pacienti byli alespoň jednou v životě hospitalizováni
- dosažené vzdělání pacienta není dáno
- aktuální diagnóza není jasně stanovena
- 3 respondenti jsou z oblastní nemocnice, 2 respondenti z fakultního pracoviště
- výzkum je plně anonymní
- pacient je schopný podílet se na výzkumu, s výzkumem souhlasí

Pro výběr respondentů- zdravotních sester byla stanovena tato pravidla:

- počet respondentů je 5
- věková hranice není dána
- všechny sestry jsou úsekové, pracující ve směnném provozu u lůžka
- všechny oslovené sestry mají střední nebo bakalářské zdravotnické vzdělání, jsou to všeobecné sestry
- délka praxe není určena
- 2 pracují ve fakultní nemocnici, 3 v oblastní
- výzkum je plně anonymní
- zdravotní sestry jsou ochotné podílet se na výzkumu, s výzkumem souhlasí.

12.5 Použitá metoda výzkumu

Pro tuto práci zaměřenou především na etiku byla zvolena jedna z kvalitativních forem výzkumu-metoda strukturovaného rozhovoru.

Kvalitativní výzkum je systematickým procesem, nabízejícím možnost subjektivního přístupu k popisu a předložení určitých životních zkušeností. Nabízí možnost analyzovat informace spíše intuitivním způsobem, než organizovaným (Hendl, 2005). Kvalitativní výzkum se provádí nejčastěji jako intenzivní a dlouhý kontakt s trenérem nebo životní situací. Tyto situace jsou zcela banální, týkající se každodenního života jedince, skupiny nebo společnosti. Hlavním úkolem je ukázat, jak lidé v každodenních situacích rozumí probíhajícím procesům, jak je zvládají a jak provádějí příslušné akce (Bártlová, 2005).

Strukturovaný rozhovor se provádí podle přísných a předem daných pravidel. Při rozhovoru tazatel (výzkumník) postupuje přesně podle textu předem připravených otázek. Čím vyšší je strukturovanost rozhovoru, tím větší má výzkumník kontrolu nad jeho průběhem, nad otázkami a odpověďmi. Základem jsou otázky, předem naformulované, jež mají pevně danou sekvenci nebo strukturu. Tyto otázky klade výzkumným skupinám, které byly vytvořeny a uceleny po předchozím pečlivém výběru podle jasně a přísně daných kritérií. Cílem takového dotazování je vytvoření jednoduchého stimulu, tak aby bylo možné získat co nejpravdivější odpověď od dotazovaných. Výzkumník musí datovat rozhovor v jeho plné verzi, nesmí změnit ani jediné slovo, nesmí vkládat osobní postoje a zájmy a nesmí v žádném případě působit na respondenta manipulativně s cílem „obrátit“ výzkum vlastním preferovaným směrem (cílem je potlačit tzv. „bias“- působení výzkumníka na kvalitu výzkumu). Musí dodržovat plynulé přechody mezi jednotlivými

otázkami a výzkumnými problémy. Předností tohoto typu rozhovoru je lepší zpracovatelnost (Hendl, 2005, Bártlová a kol. 2005).

Odpovědi na otázky nám mohou pomoci odhalit pocity nemocných, dovolují nám nahlédnout do duše pacientů, která je v době hospitalizace více křehká než v obvyklém životě a proto nám poskytuje zvláštní moc zlepšit péči poskytovanou klientům, kteří jí vyžadují a potřebují. Odkrývá hluboké vazby, vzpomínky a zkušenosti nemocných, kteří by často při vyplňování dotazníků nebyli schopni správně, věcně a „opravdově“ formulovat prožitky nabyté při hospitalizaci.

V ošetřovatelství je technika rozhovoru velmi přínosná, neboť poskytuje přímý kontakt s respondentem a kromě sdělených informací si může výzkumník všimnout i neverbálního vyjadřování respondenta a své poznatky si k výzkumu poznamenat (Bártlová a kol. 2005). Hendl podotýká, že při otevřeném kódování je možno volit různé postupy: *„Lze kódovat slovo po slovu, podle odstavců, anebo podle celých textů a případů.“* (Hendl, 2005, s. 247)

12.6 Realizace šetření

Na počátku výzkumného šetření bylo sestavení žádosti o povolení výzkumu, které bylo zasláno hlavním sestřím obou pracovišť a vyřešení dalších konkrétních formalit již s odděleními a klinikami, kde výzkum probíhal. Po kladném vyjádření byl započat samotný výzkum. S pomocí paní magistry Michaely Votroubkové- vedoucí mé práce byl sestaven úvod k výzkumu a samotné výzkumné otázky.

Na náhodně vybrané sortě zdravotních sester i pacientů byla realizovaná pilotáž, která měla ozřejmit, zda jsou otázky srozumitelné, jasné, nezavádějící a pro obě strany vhodné a nijak nekompromitující. Předpokladem pro hodnotné výsledky výzkumu byla vhodně zvolená sorta respondentů, prostředí, kde výzkum probíhal, detailní domluva s vedoucími sestrami pracovišť, tak aby výzkum nezasahoval do přirozeného chodu oddělení. Kritéria pro výběr respondentů byla dodržena bez výjimky. Pacienti byli osloveni po předchozí domluvě, nejčastěji v odpolední době po obědě nebo odpočinku.

Sestry velmi laskavě poskytovaly rozhovor v době svých osobních pauz, výjimečně po pracovní době. Rozhovory byly nahrávány na diktafon a postupně přepisovány do konceptu práce. Způsob vyjadřování respondentů byl zachován.

12.7 Zdroje odborných poznatků

Všechny zdroje odborných poznatků jsou uvedeny v závěru bakalářské práce v seznamu použité literatury.

13 Rozbor dat a výsledky výzkumu

Do výsledků výzkumu byla použita kompletní a doslovná data získaná od zdravotních sester a pacientů. Zdravotní sestry i pacienti byly jako respondenti vloženy pod čísla a smyšlená jména, která by měla zajistit v kombinaci se zpracováním v tabulce lepší přehlednost výsledků. Jednotlivé kódování rozhovorů a jejich analýzy jsou uvedeny v tabulkách. Kódování rozhovorů se sestrami v tabulce č. 1-14, rozhovory s pacienty pak v tabulce č. 15- 28.

Tabulka č. 1

Zdroj: vlastní výzkum

OBECNÉ OTÁZKY, ZAMĚŘENÉ NA NÁZOR NA SORRORIGENII		
Zdravotní sestra	DATA	OTÁZKA č. 1: Znáte pojem sorrhorigenie, víte, co vše se pod ním skrývá? Jakými způsoby lze nemocné poškozovat?
č. 1 paní Martina	29 let SŠ vzdělání 10 let praxe	„Jo jo tenhle pojem znám.“ „Poškodit pacienta můžeme například podáním špatné medikace, špatnou péčí o žilní vstupy, ne úplně vhodnou komunikací a jednáním, i když některým pacientům stačí špatný pohled nebo ne úplně milé slovo a cítí se dotčení a poškození.“
č. 2 paní Jana	33 let SŠ vzdělání 13 let praxe	„Sorrhorigenie? To mi nic moc neříká.“ „No určitě se do toho dá zahrnout prakticky všechno, co od nás nemocný očekává a my mu to nedáváme.“
č. 3 paní Nad'a	41 let SŠ vzdělání 22 let praxe	„Sorrhorigenii jako pojem neznám.“ „Určitě do toho lze řadit podání špatného léku, infuze, nevhodné chování zdravotníků, nevhodné oslovování a degradace nemocných.“
č. 4 paní Monika	32 let SŠ vzdělání 12 let praxe	„Ne, tento pojem neznám. Ani tím pádem nevím, co bych pod něj měla řadit.“ „Pacienta můžem poškozovat ledasjak. Od podání špatného léku, infuze, přes opakované přepichování flexil, pak musím určitě i zmínit takový to ne úplně košér chování atak dále.“
č. 5 paní Lenka	27 let SŠ vzdělání 8 let praxe	„Ne neznám.“ „Pacienta můžeme poškozovat prakticky vším, co trochu vybočuje ze standardu.“
Analýza rozhovorů	Z analýzy je patrné, že zdravotní sestry č. 2, č. 4, č. 5 (paní Jana, Monika a Lenka) nikdy o tomto výrazu neslyšely, jedna zdravotní sestra- paní Martina zdravotní sestra č. 1 tento pojem zná, sestra č. 3- paní Nad'a si pojem spojuje s iatrogenií. Podstatu problému zná, neví přesné souvislosti.	

Tabulka č. 2

Zdroj: vlastní výzkum

OBECNÉ OTÁZKY ZAMĚŘENÉ NA NÁZOR NA SORRORIGENII		
Zdravotní sestra	DATA	OTÁZKA č. 2: Myslíte si, že celoživotní vzdělávání zdravotníků, celkový přehled nebo délka praxe může ovlivnit výskyt sorrorigenie?
č. 1 paní Martina	29 let SŠ vzdělání 10 let praxe	„Průběžné vzdělávání sester hraje určitě velkou roli v jednání s nemocnými.“
č. 2 paní Jana	33 let SŠ vzdělání 13 let praxe	„Ano vzdělávání, praxe i celkový rozhled může sorrorigenie ovlivnit, stejně jako kvalitu kterékoli jiné profese.“
č. 3 paní Nad'a	41 let SŠ vzdělání 22 let praxe	„Vzdělání a praxe určitě výskyt poškozování pacienta ovlivňuje, ale zase si nemyslím, že nějak extra klíčově.“
č. 4 paní Monika	32 let SŠ vzdělání 12 let praxe	„No vzdělání, nevím těžko říct, to spíš asi bude záležet na tom, v čem to vzdělávání bude spočívat.“
č. 5 paní Lenka	27 let SŠ vzdělání 8 let praxe	„Tak částečně ano, ale že by vzdělávání nebo praxe bylo nějak stěžejní, to si nemyslím.“
Analýza rozhovorů	Odpovědi všech zdravotních sester ukázaly, že si všechny dotazované spojují více či méně výskyt sorrorigenie s úrovní vzdělávání zdravotníků i s délkou praxe. Jedna na toto tvrzení poukázala bez výjimky (sestra č. 2-paní Jana). Ostatní dotazované podotýkají, že výskyt sorrorigenie má souvislost se vzdělaností a množstvím zkušeností jen částečně a ve výskytu sorrorigenie, vidí kromě vzdělanosti a zkušeností pro ně jiné a důležitější faktory.	

Tabulka č. 3

Zdroj: vlastní výzkum

OBECNÉ OTÁZKY ZAMĚŘENÉ NA NÁZOR NA SORRORIGENII		
Zdravotní sestra	DATA	OTÁZKA č. 3: Do jaké míry dle Vás ovlivňuje sorrorigenii atmosféra na pracovišti, vztahy mezi spolupracovníky, vztahy mezi nadřízenými a řadovými zaměstnanci?
č. 1 paní Martina	29 let SŠ vzdělání 10 let praxe	„Atmosféra na pracovišti je za to dle mého docela stěžejní. Kdo by pracoval ve stresu a s ponorkou dobře a bezchybně že?“
č. 2 paní Jana	33 let SŠ vzdělání 13 let praxe	„Vztahy na pracovišti jsou dle mého klíčové.“
č. 3 paní Nad'a	41 let SŠ vzdělání 22 let praxe	„Atmosféra na pracovišti je dle mého hrozně důležitá.“
č. 4 paní Monika	32 let SŠ vzdělání 12 let praxe	„Tak to hodně záleží na tom, jak ten tým spolu pracuje, jak jsou ty lidi na sebe zvyklý, hraje to dle mého roli velkou.“
č. 5 paní Lenka	27 let SŠ vzdělání 8 let praxe	„Atmosféra na pracovišti dělá hodně.“
Analýza rozhovorů	Zde se všechny sestry jednoznačně shodly, že atmosféra, pohoda, klid a přátelské vztahy na pracovišti jsou ve výskytu sorrorigenie stěžejní.	

Tabulka č. 4

Zdroj: vlastní výzkum

OBECNÉ OTÁZKY ZAMĚŘENÉ NA NÁZOR NA SORRORIGENII		
Zdravotní sestra	DATA	OTÁZKA č. 4: Myslíte si, že při nočních směnách, při práci přes čas nebo při zvýšené směnnosti je větší riziko poškození pacienta?
č. 1 paní Martina	29 let SŠ vzdělání 10 let praxe	„O nočních je hlavní problém v tom, že je člověk prostě unavený. Já osobně si o noční vše víckrát opakuju, kontroluju se, protože po půlnoci bývám fakt unavená a bojím se, abych pacientovi nějak neuškodila.“
č. 2 paní Jana	33 let SŠ vzdělání 13 let praxe	„Ano to jistě, unavená býváme každá, máme doma své povinnosti, rodiny, některý holky stavěj baráky, jiný studujou, plácáme to kolikrát všechny, jak se dá. Takže že by chodil do práce člověk odpočnutej a vždycky skvěle naladěnej, je spíš utopie.“
č. 3 paní Nad'a	41 let SŠ vzdělání 22 let praxe	„Určitě a zcela jistě jsou noční směny, přesčasy v tomhle hazard.“
č. 4 paní Monika	32 let SŠ vzdělání 12 let praxe	„Při práci přes čas? No, tam bych to viděla spíš, jakože si nemyslím, že pokud by k tomu došlo, bylo by to nějak záměrný. Že by se třeba jako někomu nechtělo nebo tak, spíš tam může hrát roli asi únava, to v tomhle případě jo.“
č. 5 paní Lenka	27 let SŠ vzdělání 8 let praxe	„Ne to si nemyslím, že by při noční bylo větší riziko, je to o stylu práce, o tom jak si to člověk rozvrhne, ale je fakt, že pokud doma neodpočívá a pak jede jednu noční za druhou, stát by se to v tomhle případě asi mohlo no.“
Analýza rozhovorů	Z této části analýzy vyplývá, že čtyři sestry (č. 1 Martina, č. 2 Jana, č. 3 Nad'a, č. 4 Monika) se shodují, že o nočních směnách nebo při práci nad rámec je daleko větší riziko poškození pacientů, byť neúmyslného. Pouze sestra č. 5 Lenka si nemyslí, že to hraje významnou roli. Ta se domnívá, že je to spíše o stylu práce a riziko sorrorigenie připisuje na vrub přesčasům nebo nočním pouze v případě jejich nahromadění nebo případům, kdy si není možnost mezi nočními odpočinout.	

Tabulka č. 5

Zdroj: vlastní výzkum

OBEČNÉ OTÁZKY ZAMĚŘENÉ NA NÁZOR NA SORRORIGENII		
Zdravotní sestra	DATA	OTÁZKA č. 5: Myslíte si, že je nějaký druh sorrorigenie omluvitelný?
č. 1 paní Martina	29 let SŠ vzdělání 10 let praxe	„Jestli je něco omluvitelného to nevím. Z mýho pohledu vše neúmyslné, nejsme stroje, z pohledu pacienta asi těžko.“
č. 2 paní Jana	33 let SŠ vzdělání 13 let praxe	„Omluvitelné by mělo být všechno, co člověk udělá neúmyslně a nemá to pro nemocného žádné důsledky.“
č. 3 paní Nad'a	41 let SŠ vzdělání 22 let praxe	„Jestli je nějaký druh sorrorigenie pro pacienty omluvitelný to nevím. Ale kdybych já byla ta tázaná, zda bych dokázala něco omluvit, pak bych odpověděla, že ano. Neúmyslnou sorrorigenii, která by nebyla z nedbalosti, lenosti a podobně, určitě jo. Teda pokud by to pro mě nemělo nějaký vážný důsledky.“
č. 4 paní Monika	32 let SŠ vzdělání 12 let praxe	„Omluvitelný není dle mě nic, to asi v žádném případě. K poškozování by docházet nemělo, tím pádem je to v mých očích jako tabu.“
č. 5 paní Lenka	27 let SŠ vzdělání 8 let praxe	„Omluvitelný dle mýho moc věcí není. Ale takovýto bez následků pro pacienta, udělaný nechtěně, by mělo asi bejt.“
Analýza rozhovorů	Z této části analýzy je jasné, že 4 z 5 sester považují za omluvitelné vše neúmyslné, co nemá pro nemocné vážnější důsledky. Jedna tázaná, (sestra č. 4 Monika), zhodnotila omluvitelnost sorrorigenie jako naprosté tabu, dle ní není omluvitelná žádná forma poškození nemocného.	

Tabulka č. 6

Zdroj: vlastní výzkum

OBECNÉ OTÁZKY ZAMĚŘENÉ NA NÁZOR NA SORRORIGENII		
Zdravotní sestra	DATA	OTÁZKA č. 6: Myslíte si, že se dá poškození pacienta nějak předcházet, že existuje nějaká prevence? Pokud ano, jaká?
č. 1 paní Martina	29 let SŠ vzdělání 10 let praxe	„ Jestli se tomu dá předcházet nevím. Prevenci vidím hlavně v jasném uspořádání povinností sester, ve stabilním pracovním kolektivu, v nepřetěžování sester a v jejich lepší motivaci. „
č. 2 paní Jana	33 let SŠ vzdělání 13 let praxe	„Prevenci vidím hlavně ve stylu práce, týmovém duchu, klidu na pracovišti a v nějakých prostředcích zvyšující motivaci personálu.“
č. 3 paní Nad'a	41 let SŠ vzdělání 22 let praxe	„Pochybuju o tom, že by se tomu dalo vždy předejít. Možná dalo, ale musel by přijít stimul asi už někde z vrchu. Jasně daná kritéria péče, co, kdo a kdy bude dělat. Neházet další a další lékařský kompetence na sestry, mají své práce až dost, klid a pohoda na pracovišti, lepší plat- kterej by zdravotníky zase trochu nastartoval a taky třeba nějaký benefity v podobě příspěvků na plavání, nějaký wellness nebo tak.“
č. 4 paní Monika	32 let SŠ vzdělání 12 let praxe	„To musím chvíli přemýšlet, ale asi jak jsme mluvili na začátku o těch školeních, různých seminářích. Hlavně bych ale asi řekla, že je důležitý, aby si ten vedoucí všiml svých podřízených, snadno pak může ledascos odhalit, ať už právě nějaký sklony k poškození, ale třeba i prvopočátky tý vyhořelosti, kterou jen pak potřeba řešit.“
č. 5 paní Lenka	27 let SŠ vzdělání 8 let praxe	„Předcházet se tomu dá jedině tím, že by člověk byl víc pozornej, měl víc empatie a asi na sobě víc profesně pracoval.“
Analýza rozhovorů	Zde si je možné všimnout široké palety možností, které sestry ve vztahu k možnému poškození pacientů nabízely. Předkládá se zde sestrami požadovaná zpětná vazba ve vztahu zaměstnanec- zaměstnavatel- stát.	

	<p>Všechny dotazované se víceméně shodovaly i v názorech, že je důležité uspořádat a ujasnit kompetence sester, podporovat vzdělávání sester a zdravotníky lépe motivovat ať už lepším ohodnocením nebo jinými pracovními benefity, které by pomáhaly např. k prevenci syndromu vyhoření. Dále je nutné uvést pro sestry důležité dobré fungování pracovního týmu, klid a pohoda na pracovišti. Pouze jedna sestra (č. 5 paní Lenka) vidí prevenci srororigenie hlavně v osobním vybavení každého zdravotníka. Ta předkládá, že nejdůležitější je na sobě celý život pracovat, soucítit s lidmi, být víc pozorný a nedovolit to, aby jednání zdravotníků sklouzlo k automatismům a rutině.</p>
--	--

Tabulka č. 7

Zdroj: vlastní výzkum

KONKRÉTNÍ OTÁZKY, ZAMĚŘENÉ NA PŘÍPADY SORRORIGENIE, ZKUŠENOST SE SORRORIGENÍ		
Zdravotní sestra	DATA	OTÁZKA č. 1: Domníváte se, že jste někdy poškodil/a pacienta?
č. 1 paní Martina	29 let SŠ vzdělání 10 let praxe	„Asi jsme nemocného někdy poškodila.“
č. 2 paní Jana	33 let SŠ vzdělání 13 let praxe	„Myslím si, že jsem určitě nemocného někdy poškodila.“
č. 3 paní Nad'a	41 let SŠ vzdělání 22 let praxe	„Ano i já jsem pacienta poškodila.“
č. 4 paní Monika	32 let SŠ vzdělání 12 let praxe	„Já doufám, že jsem nikdy žádného nemocného nepoškodila, nejsem si toho vědoma ani mi nikdo z nemocných snad za dobu mé praxe nikdy nic nevytýkal.“
č. 5 paní Lenka	27 let SŠ vzdělání 8 let praxe	„No je to možný, že jsem někdy někoho poškodila, přímo vědomá si toho nejsem, ale ruku do ohně že se to nestalo, za to nedám.“
Analýza rozhovorů	Tři sestry z pěti si jsou vědomi toho, že někdy nemocného poškodily. Jedna sestra (č. 4 paní Monika) se nedomnívá, že by někoho někdy poškodila a sestra č. 5 paní Lenka neví.	

Tabulka č. 8

Zdroj: vlastní výzkum

KONKRÉTNÍ OTÁZKY, ZAMĚŘENÉ NA PŘÍPADY SORRORIGENIE, ZKUŠENOST SE SORRORIGENÍ		
Zdravotní sestra	DATA	OTÁZKA č. 2: O jaké poškození se jednalo? Somatické? Psychické? Jiné?
č. 1 paní Martina	29 let SŠ vzdělání 10 let praxe	„Jednou jsem podala špatný lék, ale stihla jsem ho včas nemocnému odebrat, ještě než ho spolknul. A taky nevím, zda jsem vždy a za všech okolností skvělá komunikátorka, to asi ne.“
č. 2 paní Jana	33 let SŠ vzdělání 13 let praxe	„Fyzického poškození si vědoma nejsem, i když vlastně jednou jsem podala špatný lék a taky asi psychicky. Prostě na ty lidi někdy není čas a pak mě to mrzí. Miliony papírů, na úkor péče o pacienty bohužel.“
č. 3 paní Nad'a	41 let SŠ vzdělání 22 let praxe	„Spletla jsem si dva stejně se jmenující nemocné, navíc byly v sousedících pokojích a podala jim lék od toho druhého.“
č. 4 paní Monika	32 let SŠ vzdělání 12 let praxe	
č. 5 paní Lenka	27 let SŠ vzdělání 8 let praxe	„Jednalo se určitě spíše o psychický, ale tak nic konkrétního si nevybavuju.“
Analýza rozhovorů	Sestra č. 1 paní Martina a sestra č. 3 paní Nad'a mají zkušenosti s podáním špatné medikace. Sestra č. 1 zmiňuje i možné psychické poškození z důvodu ne úplně dobré komunikace s nemocným za každých podmínek. Sestra č. 2 paní Jana cítí, že nemocné poškozuje spíše psychicky- zmiňuje zajímavý fakt a to, že cítí souvislost psychické sorrorigenie a neustále se zvyšujícího množství dokumentace. Sestra č. 4 paní Monika si myslí, že nikdy nemocného nijak nepoškodila a paní Lenka (č. 5) To s určitostí neví, konkrétní situaci si nevybavuje.	

Tabulka č. 9

Zdroj: vlastní výzkum

KONKRÉTNÍ OTÁZKY, ZAMĚŘENÉ NA PŘÍPADY SORRORIGENIE, ZKUŠENOST SE SORRORIGENÍ		
Zdravotní sestra	DATA	OTÁZKA č. 3: Řekl/a jste o tom někomu?
č. 1 paní Martina	29 let SŠ vzdělání 10 let praxe	„Řekla jsem o tom kolegyni, když se mě přišla zeptat, jestli nechci s něčím pomoci ale tím, že to pacient nespoknul, nebylo moc co řešit.“
č. 2 paní Jana	33 let SŠ vzdělání 13 let praxe	„O tom léku ne, o ostatním se bavíme kolektivně.“
č. 3 paní Nad'a	41 let SŠ vzdělání 22 let praxe	„Neřekla jsem o tom nikomu, když teda pominu Vás tady.“
č. 4 paní Monika	32 let SŠ vzdělání 12 let praxe	
č. 5 paní Lenka	27 let SŠ vzdělání 8 let praxe	„Nic konkrétního si nevybavuju, tak to nemůžu ani s určitostí říct nebo určit kdy to přesně bylo nebo komu jsem o tom řekla nebo ne.“
Analýza rozhovorů	V této části rozboru dat je možné vidět pouze jedno přímé sdělení pochybení sestrou č. 1 paní Martinou a to kolegyni, která jí přišla nabídnout pomoc. Sestra č. 2 paní Jana nezmínila žádné konkrétní pochybení, svou odpověď formulovala obecně, proto i klíč k této otázce je spíše v obecné rovině. Paní Nad'a (sestra č. 3) o tom nikomu neřekla, jelikož si byla jistá, že to nemocného nijak neohrozí. Paní Lenka (č. 5) taktéž odpověděla obecně, jelikož v předchozích částech rozhovoru nezmínila žádné konkrétní pochybení.	

Tabulka č. 10

Zdroj: vlastní výzkum

KONKRÉTNÍ OTÁZKY, ZAMĚŘENÉ NA PŘÍPADY SORRORIGENIE, ZKUŠENOST SE SORRORIGENIÍ		
Zdravotní sestra	DATA	OTÁZKA č. 4: Měl/a jste v tu chvíli pocit, že by se za Vás i v případě vaší jasné viny- avšak u neúmyslné sorrorigenie nadřízený postavil?
č. 1 paní Martina	29 let SŠ vzdělání 10 let praxe	„Tady v tom případě by se za mě staniční určitě postavila.“
č. 2 paní Jana	33 let SŠ vzdělání 13 let praxe	„Myslím si, že by se za mě vedení nejspíše postavilo, pokud by šlo o neúmyslnou sorrorigeni. Ale stoprocentně o tom přesvědčená nejsem.“
č. 3 paní Nad'a	41 let SŠ vzdělání 22 let praxe	„V té době jsem neměla pocit, že by se za mě vedení postavilo, proto jsem to neřekla.“
č. 4 paní Monika	32 let SŠ vzdělání 12 let praxe	„Pokud bych něco ud'ála a bylo by to neúmyslný, jsem přesvědčená, že by se za mě vedení postavilo, v tomhle si jsem téměř stoprocentně jistá.“
č. 5 paní Lenka	27 let SŠ vzdělání 8 let praxe	„Věřím, že by se za mě vedení postavilo.“
Analýza rozhovorů	Zde lze vidět přesvědčení o podpoře ze strany nadřízené sestry ve třech případech a to u paní Martiny (č. 1), paní Moniky (č. 4) a paní Lenky (č. 5). Sestra č. 2 si tím není stoprocentně jistá a sestra č. 3 paní Nad'a v té době podporu ze strany vedení necítila, proto o svém pochybení ani nikomu neřekla.	

Tabulka č. 11

Zdroj: vlastní výzkum

KONKRÉTNÍ OTÁZKY, ZAMĚŘENÉ NA PŘÍPADY SORRORIGENIE, ZKUŠENOST SE SORRORIGENÍ		
Zdravotní sestra	DATA	OTÁZKA č. 5: Jak jste se s pochybením vůči pacientovi vyrovnával/a? Měl/a jste výčitky svědomí? Popište své pocity.
č. 1 paní Martina	29 let SŠ vzdělání 10 let praxe	„Výčitky svědomí jsem měla, i když k úplnému poškození nedošlo.“
č. 2 paní Jana	33 let SŠ vzdělání 13 let praxe	„Výčitky svědomí mám někdy.“
č. 3 paní Nad'a	41 let SŠ vzdělání 22 let praxe	„Výčitky jsem samozřejmě měla, nadávala jsem si, chodila se na nemocného často dívat, i když jsem věděla, že mu nic nehrozí, když ty léky byly samy sobě generikem. Šlo spíš o takovej ten pocit toho profesionálního selhání. Trvalo mi to asi tři dny než jsem se z toho nějak oklepala.“
č. 4 paní Monika	32 let SŠ vzdělání 12 let praxe	
č. 5 paní Lenka	27 let SŠ vzdělání 8 let praxe	„Tak asi jo, nebylo mi pak třeba úplně dobře na duši.“
Analýza rozhovorů	Všechny 4 tázané sestry, které si jsou vědomi ze své strany pochybení vůči nemocnému, cítily v dané chvíli výčitky svědomí, paní Nad'a (sestra č. 3) dokonce pociťovala nepříjemný pocit z incidentu dalších několik dní.	

Tabulka č. 12

Zdroj: vlastní výzkum

KONKRÉTNÍ OTÁZKY, ZAMĚŘENÉ NA PŘÍPADY SORRORIGENIE, ZKUŠENOST SE SORRORIGENÍ		
Zdravotní sestra	DATA	OTÁZKA č. 6: Byl/a jste někdy svědkem poškození pacienta kolegyní/ kolegou/ jiným zdravotníkem nebo dokonce lékařem?
č. 1 paní Martina	29 let SŠ vzdělání 10 let praxe	„Jo jednou sem se s tím setkala v minulý práci. Byla tam jedna sestra, která prostě neměla ráda geronty a dost to dávala najevo.“
č. 2 paní Jana	33 let SŠ vzdělání 13 let praxe	„Na to že bych viděla nebo slyšela o poškození pacienta někým jiným z našeho kolektivu, si nevzpomínám.“
č. 3 paní Nad'a	41 let SŠ vzdělání 22 let praxe	„Ano byla jsem toho svědkem, i když už je to taky nějaký ten pátek zpět.“
č. 4 paní Monika	32 let SŠ vzdělání 12 let praxe	„Ne ani nikdo jiný z kolektivu určitě pod mým dohledem nemocného nikdy nepoškodil. Nebo takle, to že jsem nikdy nic neviděla ani neslyšela, neznamená, že se to neděje nebo nikdy nestalo. Ale prostě si myslím, že tady u nás k tomu nedochází.“
č. 5 paní Lenka	27 let SŠ vzdělání 8 let praxe	„Ano byla jsem svědkem, ale nechce se mě to tady nějak dopodrobna rozebírat.“
Analýza rozhovorů	Tři z pěti respondentek se za svou kariéru setkaly s poškozením nemocného ze stran svých kolegyní nebo kolegů. Jedna sestra č. 4 je přesvědčená, že u nich na oddělení k tomu nedochází a č. 2 paní Jana si toho spíše není vědoma, než by byla schopna to úplně vyloučit.	

Tabulka č. 13

Zdroj: vlastní výzkum

KONKRÉTNÍ OTÁZKY, ZAMĚŘENÉ NA PŘÍPADY SORRORIGENIE, ZKUŠENOST SE SORRORIGENIÍ		
Zdravotní sestra	DATA	OTÁZKA č. 7: O jaké poškození se jednalo? Somatické, psychické? Jiné?
č. 1 paní Martina	29 let SŠ vzdělání 10 let praxe	„Byla na ně protivná, nesnášela je polohovat krmit, kolikrát říkala, jak se jí z nich zvedá žaludek. Takže to je asi sorrorigenie psychická že?“
č. 2 paní Jana	33 let SŠ vzdělání 13 let praxe	
č. 3 paní Nad'a	41 let SŠ vzdělání 22 let praxe	„Sanitář odvezl na vyšetření jiného nemocného, než bylo v plánu. Je fakt, že o nic nešlo, vyšetření nebylo nijak invazivní, ale stejně.“
č. 4 paní Monika	32 let SŠ vzdělání 12 let praxe	
č. 5 paní Lenka	27 let SŠ vzdělání 8 let praxe	„Jednalo se o psychické poškození.“
Analýza rozhovorů	Zde lze vidět možné prolínání sorrorigenie somatické s psychickou a to hlavně v případě, který popisuje sestra č. 1 paní Martina. Její kolegyně poškozovala evidentně úmyslně- což je alarmující gerontologické pacienty, kvůli nesnášenlivosti, ke které se jí dokonce sama doznala. Docházelo tam k poškozování psychickému, nevhodnému chování v kombinaci se skrytou agresí. Cílenou psychickou sorrorigenií docházelo i k sorrorigenii somatické- hlavně v oblasti výživy, péči o polohu pacienta atd. U sestry č. 3 paní Nadi došlo v případě pochybení jejím kolegou k sorrorigenii také smíšené. Mohlo u nemocného dojít k nežádoucím somatickým psychickým jevům po absolvování vyšetření, které nebylo jemu určené. Zde se ale jednalo o poškození neúmyslné, spíše z nedbalosti. Paní Lenka (sestra č. 5) uvádí poškození psychické, víc se k tématu zmiňovat nechtěla. Paní Jana a Monika žádné poškození kolegyněmi nebo kolegy nevedly.	

Tabulka č. 14

Zdroj: vlastní výzkum

KONKRÉTNÍ OTÁZKY, ZAMĚŘENÉ NA PŘÍPADY SORRORIGENIE, ZKUŠENOST SE SORRORIGENÍ		
Zdravotní sestra	DATA	OTÁZKA č. 8: Bylo toto pochybení řešeno s vedením? Pokud ano, s jakým výsledkem?
č. 1 paní Martina	29 let SŠ vzdělání 10 let praxe	„Vedení na ní dle mého nestačilo. Byla dobrým manipulátorem a u vedení se vždycky stavěla do krásného světla.“
č. 2 paní Jana	33 let SŠ vzdělání 13 let praxe	
č. 3 paní Nad'a	41 let SŠ vzdělání 22 let praxe	„Řešeno to bylo klasickým koberečkem a napomenutím.“
č. 4 paní Monika	32 let SŠ vzdělání 12 let praxe	
č. 5 paní Lenka	27 let SŠ vzdělání 8 let praxe	„Vedení to řešilo, nevím možná i opakovaně domluvou, i když dle mého názoru to bylo daleko víc postihnutelný.“
Analýza rozhovorů	U poslední otázky kladené sestřám došlo také k poměrně překvapivému závěru a to opět u dotazované č. 1 paní Martiny. Ta se v průběhu rozhovoru zmínila o tom, že vedení o poškozování pacienta nejspíše vědělo, na agresorku však nestačilo. Varujícím je zde i zmínění negativní osobnostní výbavy poškozující sestry, projevující se především manipulativním jednáním, lživostí a skrytou agresí vůči nemocným. V případě sestry č. 3, kdy neúmyslně poškodil nemocného její kolega, probíhalo pravděpodobně kárné řízení standardním způsobem domluvou, napomenutím. U sestry č. 5 paní Lenky vedení pochybení prováděné kolegyní/ kolegou řešilo opakovanou domluvou, i když paní Lenka si myslí, že to co bylo prováděno, mělo nárok na daleko větší postih, než byla jen domluva.	

Tabulka č. 15

Zdroj: vlastní výzkum

OBECNÉ OTÁZKY, ZAMĚŘENÉ NA NÁZOR NA SORRORIGENII		
Pacient/ka	DATA	OTÁZKA č. 1: Znáte pojem sorrorigenie, víte, co vše se pod ním skrývá?
č. 1 pan Martin	Muž 33 let 3. hospitalizace SŠ vzdělání	„Ne, to neznám, nikdy jsem o tom neslyšel.“
č. 2 paní Věra	Žena 80 let 8. hospitalizace ZŠ vzdělání	„Jé děvenko to vůbec nevím co je, já moc tady ty novoty neznám a kdo ví, jestli vám budu vůbec něco platná, v nějakým tom rozhovoru.“
č. 3 paní Jitka	Žena 40 let 3. hospitalizace VŠ vzdělání	„Ano, myslím, že jsem o tom nedávno četla v nějakým odborným článku, když jsem si pročítala co mě v nemocnici čeká.“
č. 4 pan Pavel	Muž 66 let 5. hospitalizace vyučen	„Ne to neznám.“
č. 5 paní Miluše	Žena 70 let 5. hospitalizace vyučena	„Tak to sestři neznám, já sem vám říkala, že někdo jinej by vám asi odpovídal líp.“
Analýza rozhovorů	Z odpovědí nemocných, zda znají pojem sorrorigenie je patrné, že s tímto pojmem se nepřímo setkala jen pacientka č. 3 paní Jitka. Ostatní tázaní pojem neznají, nikdy o něm neslyšely.	

Tabulka č. 16

Zdroj: vlastní výzkum

OBEČNÉ OTÁZKY, ZAMĚŘENÉ NA NÁZOR NA SORRORIGENII		
Pacient/ka	DATA	OTÁZKA č. 2: Vidíte závislost sorrorigenie na vědomostech sester nebo na jejich zkušenostech?
č. 1 pan Martin	Muž 33 let 3. hospitalizace SŠ vzdělání	„Asi jo, určitě to vliv má. Ale zase, že by nějaká echt vzdělaná sestra nebo sestra starší, co dělá ve zdravotnictví dýl, chyby nedělala, to si nemyslím.“
č. 2 paní Věra	Žena 80 let 8. hospitalizace ZŠ vzdělání	„No nevím no. Asi jo, má to vliv, to první i to druhý co jste jmenovala.“
č. 3 paní Jitka	Žena 40 let 3. hospitalizace VŠ vzdělání	„Ano vědomosti a zkušenosti hrajou dle mého názoru velkou roli.“
č. 4 pan Pavel	Muž 66 let 5. hospitalizace vyučen	„Vědomosti hrajou roli, zkušenosti asi taky.“
č. 5 paní Miluše	Žena 70 let 5. hospitalizace vyučena	„Ano to roli hraje, ale že by to bylo úplně to první a jediný co by měla sestra mít, to je holej nesmysl.“
Analýza rozhovorů	Všichni dotazovaní spojují možnost sorrorigenie se vzděláváním a zkušenostmi sester. Pan Martin a paní Miluše, ale věcně sdělují, že vzdělání a zkušenosti sester jsou v péči o pacienta základním minimem a sestry by měly disponovat i mnoha dalšími předpoklady.	

Tabulka č. 17

Zdroj: vlastní výzkum

OBEČNÉ OTÁZKY, ZAMĚŘENÉ NA NÁZOR NA SORRORIGENII		
Pacient/ka	DATA	OTÁZKA č. 3: Domníváte se, že velikost a prosperita zdravotnického zařízení má vliv na sorrorigenii? Že ve velkých nemocnicích k ní nedochází?
č. 1 pan Martin	Muž 33 let 3. hospitalizace SŠ vzdělání	„Myslím si, že je to právě naopak.“
č. 2 paní Věra	Žena 80 let 8. hospitalizace ZŠ vzdělání	„Asi ne, když sou sestřičky a doktoři hodný je jedno, jestli ten špitál je velkej nebo malej.“
č. 3 paní Jitka	Žena 40 let 3. hospitalizace VŠ vzdělání	„To si nemyslím. Dneska když pomínu soukromá zařízení, kde je dobré jméno existenčně důležité, v nemocnicích jako takových to je asi jedno, zda člověk leží v okresní, krajské nebo fakultní.“
č. 4 pan Pavel	Muž 66 let 5. hospitalizace vyučen	„No jak se to veme, já ležel v Praze, víte co takovej magnát, všude měli takový ty leštěný podlahy, na pokoji byla televize, člověk by si myslel, bůhví co to nebude a nebylo.“
č. 5 paní Miluše	Žena 70 let 5. hospitalizace vyučena	„Dle mě ne, já už sjezdila tolik špitálů a byla sem spokojená všude.“
Analýza rozhovorů	Zde se všichni dotazovaní shodli v tom, že velikost a prosperita nemocnice nehraje ve kvalitě péče roli. Naopak někteří předesílají možná jako poselství do budoucna, malými nemocnicemi velmi žádané tvrzení, že okresní a krajské nemocnice dokážou mnohdy směle konkurovat velkým zdravotnickým magnátům. Respondenti zde upřednostňují kvalitu před kvantitou.	

Tabulka č. 18

Zdroj: vlastní výzkum

OBEČNÉ OTÁZKY, ZAMĚŘENÉ NA NÁZOR NA SORRORIGENII		
Pacient/ka	DATA	OTÁZKA č. 4: Jste ochoten/a nějaké pochybení tolerovat nebo odpustit? Do jaké míry?
č. 1 pan Martin	Muž 33 let 3. hospitalizace SŠ vzdělání	„No jak se to vezme. Záleželo by, o co by šlo. Špatná indikace léčby, nevhodný výkon nebo zbytečné vyšetření je pro mě neomluvitelná. Vůbec všechno co by vzešlo chybně od doktora, bych neomluvil. U sester tam jsem asi v mínění trochu mírnější.“
č. 2 paní Věra	Žena 80 let 8. hospitalizace ZŠ vzdělání	„Ale jo odpustila bych, možná asi všechno, co by mě neuškodilo na životě nijak moc, všichni sme lidi přece a pochybuju, že by mě někdo úmyslně chtěl třeba uškodit, co by si na takový starý bábě kdo vzal.“
č. 3 paní Jitka	Žena 40 let 3. hospitalizace VŠ vzdělání	“Nevím, jestli bych něco odpustila. Ale asi ano. Záleželo by na mnoha okolnostech, na to co by se stalo, za jakých podmínek by se to stalo, jak by se ta sestra chovala před i po, taky by záleželo, co by mi bylo a jak hodně by to třeba zhoršilo můj zdravotní stav.“
č. 4 pan Pavel	Muž 66 let 5. hospitalizace vyučen	“Jo asi bych toleroval, záleželo by, o co by šlo.“
č. 5 paní Miluše	Žena 70 let 5. hospitalizace vyučena	„Jo odpustila bych, já sem spokojenej člověk, chyby si nepřipouštím, tak ani nevím, jestli se vůbec stávají.“
Analýza rozhovorů	Z této části analýzy rozhovorů můžeme získat přesvědčení, že všichni respondenti by pochybení ze strany sestry odpustili nebo tolerovali. Téměř všichni ale předesílají, že by záleželo, o jaké poškození by šlo, jak by se daná sestra chovala, zda by poškození mělo přímý vliv na zhoršení pacientova stavu nebo zda by ho dokonce ohrozilo na životě. Všichni tázaní by tolerovali chybu, která by neměla následky.	

Tabulka č. 19

Zdroj: vlastní výzkum

OBECNÉ OTÁZKY, ZAMĚŘENÉ NA NÁZOR NA SORRORIGENII		
Pacient/ka	DATA	OTÁZKA č. 5: Který typ sorrorigenie se Vám jako pacientovi jeví horší? Somatický? Psychický? Jiný?
č. 1 pan Martin	Muž 33 let 3. hospitalizace SŠ vzdělání	„Mě jako mladýmu se jeví horší somatická, psychickou bych si nějak vyřešil. U starých ale věřím, že je horší ta psychická.“
č. 2 paní Věra	Žena 80 let 8. hospitalizace ZŠ vzdělání	„Mně se jeví horší takový to ošklivý jednání, moje maminka říkala, že bol na duši je vždycky horší než ten na těle.“
č. 3 paní Jitka	Žena 40 let 3. hospitalizace VŠ vzdělání	„Horší se mi zatím jeví asi somatická, ale je to takové sporné.“
č. 4 pan Pavel	Muž 66 let 5. hospitalizace vyučen	“Horší se mi zdá ta psychická.“
č. 5 paní Miluše	Žena 70 let 5. hospitalizace vyučena	„Pro mě jako pro starou osobu je horší ošklivý chování než nějaký zmatek ohledně léků například.“
Analýza rozhovorů	U této otázky je možné vidět, že mladším nemocným se jeví horší sorrorigenie somatická, psychické se nebojí hlavně z důvodu, že cítí, že by se jí ubránily, pokud by k ní došlo. Starším nemocným se jednoznačně zdá horší sorrorigenie psychická.	

Tabulka č. 20

Zdroj: vlastní výzkum

OBECNÉ OTÁZKY, ZAMĚŘENÉ NA NÁZOR NA SORRORIGENII		
Pacient/ka	DATA	OTÁZKA č. 6: Jak hodně Vás v tomto problému ovlivňují média?
č. 1 pan Martin	Muž 33 let 3. hospitalizace SŠ vzdělání	„Média mě neovlivňují vůbec.“
č. 2 paní Věra	Žena 80 let 8. hospitalizace ZŠ vzdělání	“Média? Jako televizi myslíte třeba jo? Ale tak něco člověk slyší, třeba vo tom z toho Brodu, co zabíjel lidi těma injekcema, ale tak to byl blázen a snad výjimečnej případ, toho že by se to mělo stát díky tomu mě, se nebojím.“
č. 3 paní Jitka	Žena 40 let 3. hospitalizace VŠ vzdělání	„Média mě neovlivňují. Takový ten klasický bulvár mi je proti srsti, čtu a poslouchám jen to co má úroveň a hlavně si dělám na vše svůj názor.“
č. 4 pan Pavel	Muž 66 let 5. hospitalizace vyučen	„Média mě moc neovlivňují, poslechnu si to, ale že bych se nějak bál, po nějaký kauze jít ležet do špitálu to ne.“
č. 5 paní Miluše	Žena 70 let 5. hospitalizace vyučena	„Jako televizi myslíte? Ani ne, moc to nesleduju.“
Analýza rozhovorů	Všichni nemocní se shodují, že média je nijak výrazně neovlivňují. Paní Věra a pan Pavel si zprávy poslechnou, ale tvrdí, že je to nijak negativně neovlivňuje.	

Tabulka č. 21

Zdroj: vlastní výzkum

OBEČNÉ OTÁZKY, ZAMĚŘENÉ NA NÁZOR NA SORRORIGENII		
Pacient/ka	DATA	OTÁZKA č. 7: Myslíte si, že kvalita péče o pacienty ze stran sester v ČR spíše klesá nebo se zvyšuje?
č. 1 pan Martin	Muž 33 let 3. hospitalizace SŠ vzdělání	„Úroveň péče ze stran sester je, ale asi lepší než byla.“
č. 2 paní Věra	Žena 80 let 8. hospitalizace ZŠ vzdělání	„Určitě zvyšuje.“
č. 3 paní Jitka	Žena 40 let 3. hospitalizace VŠ vzdělání	„Kvalita péče dřív a teď se nedá říct, zda by byla horší nebo lepší, je prostě jen jiná. Dřív to bylo jiné, od sester se čekalo něco jiného než teď.“
č. 4 pan Pavel	Muž 66 let 5. hospitalizace vyučen	„Kvalita dle mého všeobecně od sester vzrůstá, právě kuli tomu, že se musej učit, že na ně tlačej, aby byly vzdělaný, ale zase je to vo lidech.“
č. 5 paní Miluše	Žena 70 let 5. hospitalizace vyučena	„Kvalita je asi trochu lepší, i když jak se to veme. Dřív byly sestry takový málo osobní, dnes jsou hodný a milý.“
Analýza rozhovorů	Kvalitu péče ze stran sester hodnotí všichni pacienti převážně pozitivně. Pan Martin, paní Věra a pan Pavel jednoznačně tvrdí, že kvalita se dobou zlepšuje a jde vpřed. Pan Pavel to přikládá na vrub vzdělávání zdravotníků. Paní Jitka a paní Miluše srovnávají v této části rozhovoru dobu minulou a přítomnou, paní Jitka zmiňuje, že péče není lepší nebo horší než byla, rozdíl je dle ní v tom, že nyní se na sestry kladou jiné nároky než dříve. Paní Miluše spíše srovnává sestry a jejich přístup osobnostně.	

Tabulka č. 22

Zdroj: vlastní výzkum

OBECNÉ OTÁZKY, ZAMĚŘENÉ NA NÁZOR NA SORRORIGENII		
Pacient/ka	DATA	OTÁZKA č. 8: Proč, dle Vás dochází k poškozování pacientů?
č. 1 pan Martin	Muž 33 let 3. hospitalizace SŠ vzdělání	„Takže dle mě, kvůli tomu, že ty nemocnice jsou tlačeny do kouta, musej šetřit, zaměstnance pořádně nezaplatěj, nedivím se pak, že může k poškozování docházet.“
č. 2 paní Věra	Žena 80 let 8. hospitalizace ZŠ vzdělání	„No lidí jako sester a doktorů je málo, furt to ve zprávách říkaj, nemocných nebo těch co třeba umíraj zase víc, obecně jsou ty sestry dost přetěžované, víte co, tak třeba prostě na nás nemusej mít někdy čas.“
č. 3 paní Jitka	Žena 40 let 3. hospitalizace VŠ vzdělání	„Pacienti se dle mého poškozují né kvůli liknavosti, ale hlavně kvůli tomu, že na ně prostě asi není tolik času.“
č. 4 pan Pavel	Muž 66 let 5. hospitalizace vyučen	„Kdyby bylo všude všechno, co je potřeba, bylo by to pro sestry i nemocný pohodlnější. A taky by to ty sestry víc bavilo. Pak sou sestry zbytečně ve stresu.“
č. 5 paní Miluše	Žena 70 let 5. hospitalizace vyučena	„To nevím sestřičky, dneska jsou stěžejní peníze, ono dělat za almužnu komupak by se to líbilo.“
Analýza rozhovorů	V této části analýzy se zblíhá několik různých faktorů, které hrajou v očích nemocných roli při možném poškození pacienta. Většina nemocných (pan Martin, paní Věra, paní Jitka i pan Pavel) zmiňují celkové nedostatky ve zdravotnickém systému. Konkrétně uvádějí finanční krize nemocnic, nedostatek personálu- především toho pomocného, nedostatečné vybavení nemocnic. Paní Jitka mimo to uvádí v malém procentu i lidský faktor a to sestry, které nemají rády svoji práci. Ve více názorech se objevuje i nedostatečné ohodnocení zdravotních sester, což dle nemocných sestry demotivuje.	

Tabulka č. 23

Zdroj: vlastní výzkum

OBECNÉ OTÁZKY, ZAMĚŘENÉ NA NÁZOR NA SORRORIGENII		
Pacient/ka	DATA	OTÁZKA č. 9: Napadají Vás nějaká opatření, která by tento problém řešila, co byste si do budoucna jako pacient od zdravotníků přál?
č. 1 pan Martin	Muž 33 let 3. hospitalizace SŠ vzdělání	„Obecně by to chtělo míň pacientů na jednu sestru nebo doktora, lepší vybavení nemocnic, zázemí pro zaměstnance, lepší finanční ohodnocení.“
č. 2 paní Věra	Žena 80 let 8. hospitalizace ZŠ vzdělání	„Děvenko milá, na tyhle myšlenky já už jsem stará a krátká, názor starý báby stejně nikoho nezajímá, já už to tady nějak dožiju. Ale vám mladejm přeju trochu tý lidský spokojenosti, aby vás práce bavila, dostaly se za ní zapláceno, asi to je klíčem jak rozluštit tuhle záhadu, lepší plat a podmínky pro všechny, kdo si to zasloužej.“
č. 3 paní Jitka	Žena 40 let 3. hospitalizace VŠ vzdělání	„Chtělo by to celkovou reformu zdravotnictví, jasné podmínky, vymezení pravomocí, posílení personálního stavu nemocnic, hlavně pomocným personálem. Taky by měly být sestry lépe ohodnocené finančně nebo nějak jinak, byly by pak lépe motivované.“
č. 4 pan Pavel	Muž 66 let 5. hospitalizace vyučen	„No to je to co říkám, víc peněz na platy, na vybavení, větší klid na práci, víc těch pomocnejch ošetřovatelek a zřízenců.“
č. 5 paní Miluše	Žena 70 let 5. hospitalizace vyučena	„Jéje, to po mě nechtějte, to musej ty nahoře, na to my sme sestři krátký.“
Analýza rozhovorů	Tato otázka se logicky prolíná s otázkou předchozí, proto i odpovědi nemocných v předchozí části výzkumu a nyní se moc nelišily. Pan Martin navrhuje jako prevenci sorrorigenie méně pacientů na jednu ošetřující sestru nebo lékaře, prostředky zvyšující motivaci zdravotníků	

	<p>sester (lepší platy, lepší vybavení na odděleních, lepší zázemí pro zaměstnance). Paní Věra a paní Miluše se cítí na tyto úvahy „staré“, zlepšení ale i ony vidí ve větší motivaci, osobní spokojenosti sester a v lepším ohodnocení. Pan Pavel s paní Jitkou zmiňují především více pomocného personálu, taktéž lepší platy zdravotníků, ale také i klid a pohodu na pracovišti. Paní Jitka k tomu věcně dodala také úpravu pravomocí personálu a jasné pracovní podmínky.</p>
--	--

Tabulka č. 24

Zdroj: vlastní výzkum

KONKRÉTNÍ OTÁZKY, ZAMĚŘENÉ NA PŘÍPADY SORRORIGENIE, ZKUŠENOST SE SORRORIGENÍ		
Pacient/ka	DATA	OTÁZKA č. 1: Máte pocit, že jste byl/a někdy jako pacient poškozen/a?
č. 1 pan Martin	Muž 33 let 3. hospitalizace SŠ vzdělání	„Ano, myslím si, že jsem byl poškozen, ale doktorem. Sestrou jsem nikdy poškozen nebyl.“
č. 2 paní Věra	Žena 80 let 8. hospitalizace ZŠ vzdělání	„Jo poškozená sem asi byla, víte jak, už mi ale hlava vynechává, je to už docela dávno.“
č. 3 paní Jitka	Žena 40 let 3. hospitalizace VŠ vzdělání	„Ano, byla jsem poškozená. Teda nevím, jestli se to tak dá nazvat.“
č. 4 pan Pavel	Muž 66 let 5. hospitalizace vyučen	„Já sem asi poškozenej nebyl, víte co já sem takovej splachovací, mě jen tak něco nemrzí.“
č. 5 paní Miluše	Žena 70 let 5. hospitalizace vyučena	„Myslím si, že sem poškozená nebyla.“
Analýza rozhovorů	Tři pacienti cítí, že poškozeni ze strany sester, nikdy nebyli. Pan Pavel, ale přeci jen v následující otázce uvádí sorrorigenii psychickou, kterou se ale dle této odpovědi necítí být poškozen. Paní Věra a paní Jitka předkládají, že zakusily na vlastní kůži poškození, vykonané ze strany sestry.	

Tabulka č. 25

Zdroj: vlastní výzkum

KONKRÉTNÍ OTÁZKY, ZAMĚŘENÉ NA PŘÍPADY SORRORIGENIE, ZKUŠENOST SE SORRORIGENIÍ		
Pacient/ka	DATA	OTÁZKA č. 2: O jaké poškození se jednalo? Somatické, psychické, jiné?
č. 1 pan Martin	Muž 33 let 3. hospitalizace SŠ vzdělání	
č. 2 paní Věra	Žena 80 let 8. hospitalizace ZŠ vzdělání	„No jedna sestra na mě tenkrát byla dost hubatá, když mi spad na zem teploměr a rozbil se.“
č. 3 paní Jitka	Žena 40 let 3. hospitalizace VŠ vzdělání	„Jednalo se o poškození somatické. Po chybné manipulaci s tou přívodnou hadičkou v ruce, jak jí kapou infuze, jsem dostala do toho místa vpichu zánět.“
č. 4 pan Pavel	Muž 66 let 5. hospitalizace vyučen	„Ale jo, asi na mě párkrát nebyla sestra úplně příjemná, ale já pak na ní taky ne, tak se to vyrovnalo.“
č. 5 paní Miluše	Žena 70 let 5. hospitalizace vyučena	
Analýza rozhovorů	Pan Pavel a paní Věra se setkaly se sorrorigenií psychickou. Paní Jitka se somatickou.	

KONKRÉTNÍ OTÁZKY, ZAMĚŘENÉ NA PŘÍPADY SORRORIGENIE, ZKUŠENOST SE SORRORIGENIÍ		
Pacient/ka	DATA	OTÁZKA č. 3: Jak se zachovala sestra, která Vás poškodila?
č. 1 pan Martin	Muž 33 let 3. hospitalizace SŠ vzdělání	
č. 2 paní Věra	Žena 80 let 8. hospitalizace ZŠ vzdělání	„Ona byla na všechny taková, podle mého pohledu si to ani neuvědomovala. Všem říkala stejný věci, nepřišlo mi to tehda ani divný, to až teď, když vám na to odpovídám. Byla to normální ženská no, rázná, možná to už všechno dělala naučeně, tak jí to ani nepřišlo asi.“
č. 3 paní Jitka	Žena 40 let 3. hospitalizace VŠ vzdělání	„Sestřička byla moc ochotná a milá, pracovala klidně a s rozvahou.“
č. 4 pan Pavel	Muž 66 let 5. hospitalizace vyučen	„Ona se to podle mého dojmu ani neuvědomila, byla to taková ta klasická naručená semetryka, která byla protivná na všechny. Asi toho měla dost, nevím.“
č. 5 paní Miluše	Žena 70 let 5. hospitalizace vyučena	
Analýza rozhovorů	Paní Věra popisuje chování sestry jako naučené, stereotypní, tím pádem neosobní a odměřené. Paní Jitka naopak má zkušenosti se setrou, která jí poškodila jen dobré. Sestřička dle ní byla ochotná, poškození končetiny pacientky jí mrzelo, hned se postarala o nápravu a řešení problému pacientky. Pan Pavel popisuje chování sestry, která působila na některé pacienty psychickou srororigenií, jako protivné, nadřazené a urážlivé. Navíc dle něho tato sestra postrádala i důležitý smysl pro humor.	

Tabulka č. 27

Zdroj: vlastní výzkum

OBECNÉ OTÁZKY, ZAMĚŘENÉ NA NÁZOR NA SORRORIGENII		
Pacient/ka	DATA	OTÁZKA č. 4: Jaké jste měl/a z události pocity?
č. 1 pan Martin	Muž 33let 3. hospitalizace SŠ vzdělání	
č. 2 paní Věra	Žena 80 let 8. hospitalizace ZŠ vzdělání	„Tak teď když na to vzpomínám, je mi z toho trochu smutno, ale neberu si to.“
č. 3 paní Jitka	Žena 40 let 3. hospitalizace VŠ vzdělání	„Jediné co jsem cítila, byl dyskomfort, jak jsem tu ruku musela mít obvázanou, zrovna na hřbetu, nemohla jsem se pořádně mýt. A také trochu strach, aby se to ještě nějak nezhoršilo. Jinak zlobu nebo vztek? To rozhodně ne.“
č. 4 pan Pavel	Muž 66 let 5. hospitalizace vyučen	„Byl sem naštvanej, ale jak sem vám říkal, mě to dlouho nevydřít, já sem si z ní pak i chvíli dělal srandu, aby si to třeba uvědomila, ale bylo to spíš bez efektu.“
č. 5 paní Miluše	Žena 70 let 5. hospitalizace vyučena	
Analýza rozhovorů	Z této části analýzy je patrné, že i pocity nemocných nabitých z incidentu se lišily. A to především díky přístupu sester, nikoli kvůli tomu o jaké poškození se přímo jednalo. Paní Věra cítí smutek, paní Jitka pociťovala dyskomfort z tělesného omezení, které ji poškození přineslo a strach z dalších komplikací. Pan Pavel byl rozlobený.	

Tabulka č. 28

Zdroj: vlastní výzkum

OBECNÉ OTÁZKY, ZAMĚŘENÉ NA NÁZOR NA SORRORIGENII		
Pacient/ka	DATA	OTÁZKA č. 5: Měl/a byste i nadále důvěru k sestře, která Vás neúmyslně poškodila, omluvila se Vám a svého počinání evidentně litovala?
č. 1 pan Martin	Muž 33 let 3. hospitalizace SŠ vzdělání	„Ano k takové sestře bych i nadále důvěru měl.“
č. 2 paní Věra	Žena 80 let 8. hospitalizace ZŠ vzdělání	„Jo to bych měla. Tady sou samý hodný sestřičky, nedovedu si představit, že bych se na ně měla zlobit, každej se můžeme mýlit, já se taky nadála neplechý za život a kolikrát sem vůbec nechtěla.“
č. 3 paní Jitka	Žena 40 let 3. hospitalizace VŠ vzdělání	„Ano měla bych důvěru k sestře, která mě neúmyslně poškodila. Tím, že by to přiznala, omluvila by se mi, by naopak v mých očích ještě vzrostla jako osobnost. Každý kdo si umí přiznat chybu, umí ji přiznat i druhým a umí se z toho poučit, je dle mě rovný člověk, který si zaslouží uznání.“
č. 4 pan Pavel	Muž 66 let 5. hospitalizace vyučen	„Jo, k takový sestře bych důvěru měl, stát se to může každému a hned to nějak hnát do extrémů nebo jí tím nějak ponižovat, nadávat jí, to né.“
č. 5 paní Miluše	Žena 70 let 5. hospitalizace vyučena	„Jo důvěru bych měla, tady sou všichni hodný, věřím, že by mě nikdo úmyslně nepoškodil a neúmyslně, to je přeci vmluvitelný nebo co myslíte vy, sestřičky?“
Analýza rozhovorů	Zde a to je velmi pozitivní a pro sestry naději přinášející se všichni bez výjimky shodují, že by k sestře, která je neúmyslně poškodila, omluvila se a bylo jí to líto, neztratily důvěru. Paní Jitka dokonce uvádí, že by tato sestra v jejích očích naopak jako osobnost vzrostla.	

14 Diskuze

Základní snahou práce bylo zjištění a porovnání názoru a povědomí o tomto problému mezi sestrami a pacienty. Kvalitativní výzkum, který jsem pro práci zvolila, probíhal formou strukturovaného rozhovoru. Dotazování obou stran, jak v sesterské části, tak i v patientské rovině byl zvolen proto, že se nezdá, kdy roviny vnímání u obou zmíněných skupin scházejí, v mnohých situacích však i rozcházejí. Téma práce je zatím stále mírně tabuizované, mnoho pracovišť se bálo na tomto výzkumu spolupracovat, což bohužel nestaví tato zařízení do příliš lichotivého světla, byť celý výzkum je postavený obecně. Literatury týkající se přímo tohoto problému, bohužel není mnoho. K realizaci práce bylo nutné prostudovat a načíst velké množství literatury a studií z různých oblastí etiky, psychologie, ošetrovatelství, managementu a dalších. V práci byly použity převážně zdroje vydané v posledních letech, ale také několik zdrojů starších. Tyto zdroje, byť jsou již staršího vydání, považuji za velmi cenné, mající stále k tématu co říci. Pro výběr respondentů bylo stěžejní vybrat tázané, kteří s výzkumem souhlasili, chtěly se na něm podílet, v případě sester s tím souhlasilo i vedení jejich nemocnice. Sestry byly voleny náhodně, musely však spadat do kritérií pro výběr, kterými byly: minimální středoškolské vzdělání v oboru všeobecná sestra, alespoň minimální praxe u lůžka nemocného, věk sester nebyl dán, naopak zde bylo vítáno různorodé věkové zastoupení. Tázány byly 3 sestry z okresního zdravotnického zařízení a 2 z fakultního. Sestrám byla přislíbená anonymita, i když výzkum podléhal souhlasu jejich přímé nadřízené. Se souhlasem respondentek jim byla přidělena pro lepší přehlednost smyšlená jména, ostatní demografické údaje zůstaly striktně nezměněny. Data a analýzy rozhovorů zdravotních sester jsou dostupná v tabulkách č. 1- 14.

Sestra č. 1 paní Martina -29 let, SŠ vzdělání, 10 let praxe

Sestra č. 2 paní Jana- 33 let, SŠ vzdělání, 13 let praxe

Sestra č. 3 paní Nad'a – 41 let, SŠ vzdělání, 22 let praxe

Sestra č. 4 paní Monika- 32 let, SŠ vzdělání, 12 let praxe

Sestra č. 5 paní Lenka- 27 let, SŠ vzdělání, 8 let praxe

Cílů práce bylo několik. Jedním z nich bylo zjistit úroveň povědomí o tomto faktoru a vysledovat faktory, které tázané s tímto problémem spojují.

K porovnání výsledků výzkumu jsem si dovolila čerpat z analýzy práce od Mgr. Michaely Votroubkové z roku 2008, která se v práci věnovala zkoumáním zmíněného problému ze strany pacientů, z práce od Bc. Kristýny Lienertové z roku 2009, která zkoumala sorrorigenii z pohledu sester. Další prací, kterou jsem s laskavým souhlasem autorky brala v potaz je práce Bc. Jitky Pánkové na téma polypragmazie a léková sorrorigenie u seniorů. Tato práce je připravená k obhajobě, posudek vedoucí je výborný, oponentský posudek zatím není znám. Poslední prací, kterou jsem použila k porovnání je práce Bc. Petry Kaškové z roku 2012 taktéž týkající se medikačního pochybení zdravotních sester.

Ze samotné analýzy rozhovorů vyplynulo následující. Dvě z pěti sester se s pojmem sorrorigenie setkaly. Všechny dotazované se shodně domnívají, že vzdělávání a délka praxe hraje v problematice sorrorigenie roli. Pouze jedna sestra vzdělávání a množství praxe řadí na první místo důležitosti. U otázky směřované na atmosféru na pracovišti byly všechny sestry nekompromisní a shodly se, že toto je v otázce sorrorigenie nejspíše nejdůležitější. Čtyři sestry z pěti se domnívají, že o nočních směnách je větší riziko poškození nemocných, jedna tento fakt vyvrací a nepřikládá mu přílišnou důležitost. Stejný poměr sester hodnotí i omluvitelnost poškozování nemocných. Čtyři sestry by za omluvitelné považovaly vše neúmyslné, co nemá pro nemocného žádný následek, jedna sestra nepovažuje za omluvitelné nic. Má pocit, že k pochybení dojít nesmí za žádné situace. U otázky směřované na prevenci tohoto nežádoucího jevu sestry vyjmenovaly celou škálu možností, jak tento problém dle nich vymístit. Všechny se víceméně shodovaly, že nejdůležitější je celková úprava zdravotnického systému v České republice. Mezi konkrétní odpovědi řadily např. úpravu a jasné uspořádání kompetencí sester, vzdělávání, které by dostatečně podpořil zaměstnavatel, zvýšení motivace sester nejlépe lepším finančním ohodnocením a celkovou snahu o pohodu a komfort zaměstnanců na pracovišti. Pouze jedna tázaná si prevenci spojovala spíše s osobnostní výbavou každé sestry a v otázce prevence uvedla větší pozornost, více empatie a sebekontroly. V konkrétní části otázek, které byly šity více na míru a sestaveny již přímo na případy sorrorigenie nebo na zkušenost zdravotních sester s tímto jevem, sestry odpovídaly také poměrně shodně.

Tři sestry z pěti se domnívají, že nějakého nemocného někdy za dobu své kariéry poškodily. Jedna z nich neví. Tři uvádějí medikační omyl, dvě se přiklání k tomu, že nemocného poškodily psychicky. Jedna tázaná prohrěšek řešila veřejně, se svou kolegyní,

dvě se bály omyl sdělit, proto zůstaly nevyřčené. S tím související další otázka, kladená na vazbu nadřízený- úseková sestra mnohé o předchozích odpovědích nastiňuje. Čtyři z pěti sester mají pocit, že by se za ně vedení postavilo, pokud by způsobily neúmyslnou sorrorigenii, jedna tento dojem neměla. Všechny tázané, které mají zkušenost se sorrorigenií cítily po incidentu výčitky svědomí, smutek nebo strach o pacienta. Práci svých kolegyně a kolegů tázaný soubor respondentek zhodnotil takto: tři z pěti se ze stran svých kolegů se sorrorigenií setkaly, jedna si myslí, že u nich se to neděje a poslední tázaná neví. Sestry, které odpověděly kladně, udávají poškození pacientů ze stran svých kolegů spíše jako kombinované. Vedení to u všech zmíněných prohřešků řešilo, ale spíše s malým nasazením a výsledkem. Řešení probíhalo formou domluvy nebo napomenutí, i když sorrorigenie ve dvou konkrétních případech, byla tázanými vnímána jako velmi maligní, zasluhující si daleko větší postih a nasazení ze strany vedení.

Zevrubné porovnání analýzy výzkumu od zdravotních sester s dalšími dostupnými pracemi na podobná nebo stejná témata neukázalo žádné větší odchylky. Sestry odpovídaly s menšími rozdíly téměř podobně v tomto roce, jako v letech minulých. Problém je tedy možno považovat za dlouhodobý, bohužel nejspíše příliš neměnicí se. I v jiných výzkumech, příkladem bych ráda uvedla výše zmiňovanou práci od Kristýny Lienertové z roku 2009, která zkoumala sorrorigenii z pohledu sester fakultní nemocnice Hradec Králové a krajské nemocnice Pardubice, stejně jako v mé, sestry zmiňují jako nejpalčivější problém nízkou motivaci, se kterou jde ruku v ruce nízký plat zdravotníků, nízký počet pomocného personálu, navyšující se množství dokumentace a kompetencí a také problémy v sekci celoživotního vzdělávání zdravotních sester. Nejčastější pochybení je už léta zmiňované to na poli medikace.

Když se vrátím k výzkumu kolegyně z roku 2009, která uvádí šest medikačních omylů na deset sester, v mém výzkumu je to podobné. Tři sestry z pěti mají zkušenost s chybným podáním léčiva. V letošním výzkumu Bc. Jitky Pánkové v její práci s tématem Polypragmazio a léková sorrorigenie u seniorů, které zároveň tímto znovu děkuji, za to, že mi poskytla informace a výsledky své analýzy, jsou výsledky taktéž obdobné. Zkoumala na poli pěti krajských nemocničních zařízení a pouze 21% sester ze tří set dotazovaných uvádí, že se medikačního pochybení nikdy nedopustila. Poměr konkrétních pochybení týkající se medikačního omylu, který můžeme vidět v její práci lze srovnat takto: Nejčastější chybou bývá podání léku v nesprávný čas (cca ve 26,5%), na druhé příčce stojí omyl v množství nebo dávce léčiva (cca 18%) a na třetí bohužel fakt, že lék nebyl vůbec podán (cca 15%). Studie Moyena a kolektivu v Kanadě přitom uvádí, že z celkového množství

medikačních pochybení připadá asi 14% chyb na přípravu léčiva, alarmujících 53% na chybu v podání léčiva a cca 17% jsou chyby v preskripci. Četnost medikačního pochybení je však z mého pohledu srovnatelné s množstvím pochybení psychického, ke kterému dochází stále častěji, jen se na něj ve větším procentu případů nenahlíží jako na srororigenii, ale spíše jako na nevhodné chování, náladovost sestry atd. V zásadní míře je psychické poškozování nemocných spojeno se syndromem vyhoření u zdravotních sester.

Studie z roku 2010 provedená brněnským institutem celoživotního vzdělávání NCO NZO uvedla, že v ČR, stejně tak jako ve srovnání s jinými evropskými zeměmi, je až 10% reálná možnost, že hospitalizovaný člověk bude v nemocnici nějakým způsobem poškozen. Tento průzkum definuje tři základní problémy v práci sester, které mohou zapříčinit pochybení ze strany personálu. Prvním jsou nedostatky v dokumentaci, druhým jsou různé požadavky na sestru ve stejnou dobu a třetí je zabírání času sestry pracemi, které jsou mimo její kompetenci a zdržují ji od svých povinností. Příkladem lze uvést např. úklid o nočních směnách, v době nepřítomnosti úklidového personálu nebo nucené přejímání kompetencí zřízenců a jiných členů týmu nižšího zdravotnického personálu také v době jejich nepřítomnosti.

Alarmující část tohoto výzkumu je v oblasti zaměřené přímo na pochybení. Nedodržování standardizovaného postupu práce uvedlo téměř 50% dotazovaných, téměř tři čtvrtiny sester někdy podaly nebo podávají léky z ordinace po telefonu. Tuto skutečnost však téměř všechny připisují na vrub špatnému systému a mnohdy i ne úplně dobrého vztahu sestra- lékař.

Dalším zajímavým faktem, vyplývajícím z tohoto výzkumu je, že rovněž téměř polovina sester (43,7%) podala někdy lék, bez přímé ordinace lékaře. Nejčastěji šlo o analgetika nebo hypnotika. S těmito kontroverzními čísly nemůže soupeřit v uvozovkách pouhých 21,6% sester, které se dopustily klasické medikační chyby (podání špatného léku, nesprávně zvolená cesta podání nebo záměna pacientů). (Mladá Fronta, Zdravotnické noviny, *NCO NZO dotazníkový průzkum bezpečnosti ošetrovatelské péče*). [online]. [cit.2014-04-05].

Pokud mohu pohovořit o situaci řešení srororigenie v zahraničí, ráda bych uvedla několik případů. Informace, které jsem měla možnost získat, jsou od mých kolegyně pracujících na pozicích zdravotních sester v zahraničí, dále jsem čerpala z cenných postřehů několika zahraničních studentů a z práce Bc. Jitky Pánkové a Bc. Petry Kaškové.

V Cambridge, v jedné nejmenované nemocnici zavedli systém otevřených výpovědí“. Toto označení jsem pro pojmenování tohoto systému vytvořila sama, jelikož

přímo u nich žádný specifický název pro tento systém nemají. Vedoucí sestry jednotlivých oddělení každý měsíc pořádá společné schůze, podobné našim skupinovým sezením nebo kolokviím. Všichni spolu otevřeně hovoří o problémech, které daný měsíc v zaměstnání měli. Co jim činilo problémy, s jakými situacemi se setkali, jak je řešili, zda měli při svém jednání nějaké pochybnosti, jak si s těmito pochybnostmi poradily, jak hodnotí své přidělené pacienty. Důraz je zde kladen především na aktivní vyhledávání v teoretické části zmíněného „Near miss“- skoropochybení. Sestry při těchto kolokviích hovoří upřímně, otevřeně, nestydí se poukázat na své chyby, rozhodně zde nedochází k tomu, aby přiznání chyby bylo spouštěcím faktorem vedoucím k pomluvám. Vedoucí sestry uvádějí, že tento styl společné komunikace na odděleních nejen, že výrazně pomáhá v předcházení chybám, posiluje důvěru sester ve své nadřízené, kteří zde nejsou v pozici soudců nebo katů, ale spíše v pozici rádců, mentorů a přátelů, ale i poměrně specificky a významně ovlivňuje souhru a posilování kolektivu. Systém hlášení „Near miss“ se setkává v zahraničí s úspěchem a z tohoto hlášení skoropochybení, které lze v různých studiích vidět vyplývá, že na jedno skutečné pochybení připadá cca 300 skorochyb.

Dalším zvláštním článkem, který lze považovat za určitou prevenci nežádoucích jevů je v Británii tzv. ombudsman pro zdravotnickou péči. Tato osoba aktivně sbírá data o kvalitě péče, o její korektnosti a etické stránce. Věnuje se pacientům i profesionálům, kteří péči poskytují. Největší nedostatek však kolegové vidí v anonymitě. Pacientům je anonymita poskytnuta ve 100%, u zdravotníků bývají jména zveřejněna, proto bývá ombudsman kontaktován většinovým množstvím nemocných.

Aktivním vyhledáváním téměřchyb se zabývá úspěšně i klinika Valens v oblasti Sant Gallen ve Švýcarsku. Zaměstnanci postupují podle CIRS systému, který slouží jako anonymní hlášení skoropochybení. Dalším zvláštním opatřením je případná degradace sestry na nižší pracovní pozici (u nás srovnatelnou se zdravotnickým asistentem, který musí pracovat pod odborným dohledem), pokud není po adaptační době dostatečně kompetentní. Pro tuto sestru to znamená především nižší kompetence, zodpovědnost a plat, ale zároveň jí to poskytuje větší čas se zapracovat bez zbytečných stresů, že by svojí nevědomostí mohla někomu ublížit.

Ze studie v Oslu probíhající od roku 2001 do roku 2009 bylo z cca 17 000 mimořádných událostí zhruba 23% medikačních pochybení. Zdravotní sestry jsou zde při nástupu do zaměstnání poučeny, že nahlašování chyb je tím hlavním pomocníkem v předcházení dalším pochybením a taktéž závazný „doublechecking“- systém dvojité kontroly léků, lze právem považovat za významný krok dopředu. Každá kvalifikovaná

zdravotní sestra, která má oprávnění pracovat samostatně si musí nechat připravený lék zkontrolovat jinou, taktéž kvalifikovanou sestrou a to i v urgentních případech, kde se předpokládá vyšší výskyt stresových faktorů a tím pádem i vyšší počet možných omylů. Tento systém je v Norsku závazný zhruba od 80. let 20. Století. (Hanssen, 2010)

Dvojitá kontrola léků v ČR se přitom bohužel provádí pouze u zdravotních sester, které jsou v období adaptační praxe nebo ve zkušební době. Totéž platí taktéž u zdravotních asistentů. Zdravotnický asistent realizuje podání léků pouze pod odborným dohledem. (Husková, Kašná, 2009)

(KAŠKOVÁ, Petra. *Medikační pochybení zdravotních sester*) [online]. [cit.2014-04-05].

Podobné výzkumy, které aplikovalo NCO NZO probíhaly v minulých letech i v jiných zemích. V Austrálii ze vzorku cca 14 000 pacientů bylo zjištěno zhruba 16,5 nežádoucích událostí, z toho mělo cca 14% pacientů trvalé následky nebo bylo v dlouhodobé neschopnosti a cca 5% zemřelo. V Izraeli zajímavá diskuze prokázala, že na jedno lůžko JIP a jeden den připadá cca 1,7 omylů (Škrála, 2005).

Velmi významná je zvláštní možnost prevence v podobě mezinárodní on-line databáze pochybení ve zdravotní péči. (Medical Negligence). [online]. [cit.2014-04-05]. Zde v této databázi se dá nahlédnout do plných textů rozsudků soudů ve Velké Británii, Austrálii, ale i v Kanadě a USA (Bošková, 2001).

Další možné pozitivní řešení těchto případů aplikuje jedna z nemocnic v Kentucky. V této nemocnici jde především o kvalitní psychologický přístup k nemocnému. Sdělení pravdy, vyjádření omluvy a dohoda na možných nápravách, je vždy otevřeně konzultována s nemocným. (JOHNSON, Connie a Sue HORTON. *Owning up to errors: Put an end to the blame*. Nursing 31, č.6, str. 54-55). [online]. [cit.2014-04-05].

Pokud mohu toto řešení navázat plynule na svůj výzkum, kde se jedna z otázek tohoto přístupu k řešení chyb nepřímo týkala, nemocní se ve 100% shodli, že by sestře za těchto podmínek pochybení odpustili a neztratili by k ní důvěru.

Výše zmíněné výsledky, které má k dispozici NCO NZO prezentuje i studie v USA a Pensylvánii, které se zúčastnilo více než 50% všech sester. Z této studie vyplývá, že 35% sester muselo občas vykonávat úklidové práce, 45% sester občas nemocné rozvážely po vyšetřeních. Tyto a jiné podobné problémy, dle studie přitom okrádají sestry minimálně o 35 minut čistého času, který by mohla věnovat jiným povinnostem nebo pacientům

(Škrla 2005). Velmi mě zajímal pohled muslimských zemí na tuto problematiku. Stýkají se zde vysoké profesní a osobnostní nároky na zdravotníky s odlišnou mentalitou a náboženstvím celé společnosti. Kompetence sester v KSA (Království Saudské Arábie) se odvíjí ze zákona Saudi Council for Health Specialist. Tento zákon mimo jiné obsahuje oddíl o profesní zdvořilosti (kde je zakázáno se mezi zdravotníky navzájem pomlouvat, vést spiklenectví, oslabovat tím své profesní a morální postavení a také důvěryhodnost před pacienty). Tento zdravotnický oddíl zákoníku je i v dalších oblastech zajímavý a mnohdy poněkud přísný na naše poměry. Za vážné pochybení se zde považuje i nedostatek odborných znalostí nebo manipulace s přístroji a technikou bez dokonalého předchozího proškolení. Pochybení jsou zde řešena disciplinárně a mají jasně daný sousled (od varování až po odebrání zdravotnické licence). Výjimkou zde nejsou ani vysoké finanční pokuty nemocnic vůči zaměstnancům až v řádu 100 000 saudských rijálů, což je v přepočtu na českou měnu zhruba půl milionu korun nebo odnětí svobody na měsíce až roky, dle aktuálního trestního zákoníku. (Law of Practicing Health Professions, Royal Decree No. M/59 dated 4 / 11 / 1426H , 6 December 2005) [online]. [cit.2014-04-05].

Pacienti byli voleni taktéž náhodně. Rozhodující byl jejich souhlas a uspokojivý zdravotní stav, který jim dovoľoval se výzkumu účastnit, aniž by je nějak obtěžoval. Věk ani dosažené vzdělání nemocných nebylo přesně definováno. Mým přáním bylo, aby mě přidělení pacienti byli co nejvíce různorodí, což se myslím podařilo. Podobně jako u sester byla i pacientům přidělena fiktivní jména. Jejich demografická data a analýzy rozhovorů lze vidět v tabulkách č. 15- 27.

Pacient č. 1 pan Martin- 33 let, SŠ vzdělání, 3. hospitalizace

Pacient č. 2 paní Věra- 80 let, ZŠ vzdělání, 8. hospitalizace

Pacient č. 3 paní Jitka- 40 let, VŠ vzdělání, 3. hospitalizace

Pacient č. 4 pan Pavel- 66 let, vyučen, 5. hospitalizace

Pacient č. 5 paní Miluše- 70 let, vyučena, 5. hospitalizace

Pojem srororigenie zná z dotazovaných pěti pacientů jen jedna paní, která se s ním setkala v odborné literatuře. Závislost poškozování nemocných na vědomostech a zkušenostech sester vidí všichni pacienti, dva ale se srororigenií spojují i jiné faktory, jako např. osobnost sestry, to co má nebo by měla mít vrozené atd. V otázce zaměřené na prosperitu zdravotnických zařízení a na to jak si tento fakt nemocní spojují s možností poškozování jejich osoby, vyšel zajímavý fakt a to ten, že velikost a prosperita nemocnice

nemá vliv na kvalitu péče o nemocné ze stran sester a tím pádem ani na možnou sorrorigenii. Naopak nemocní udávají, že při hospitalizaci na odděleních menších, např. okresních nemocnic, byli mnohdy spokojenější, než když leželi v nemocnicích fakultních. U všech pacientů zavládlo přesvědčení, že kvalita je výnosnější než kvantita. Všichni nemocní by rovněž shodně odpustili neúmyslnou sorrorigenii, která by pro ně neměla nějaký fatální dopad (nedošlo by k ohrožení života nebo poškození zdraví). V části výzkumu zaměřené na to, která sorrorigenie se pacientům jeví jako horší, došlo také k poměrně zajímavému výsledku. Vnímání sorrorigenie je z pohledů pacientů ovlivněno věkem. Mladším nemocných se jeví horší somatická sorrorigenie, starším naopak ta psychická. Mladší pacienti mají dojem, že by si s psychickým ublížením ze strany sestry nějak poradili. Tím, že jsou soběstační a ne nijak vážně nemocní z ní nemají strach a větší obavu mají např. z medikační chyby. Starším nemocných naopak více vadí sorrorigenie psychická. Média nemocné ve vnímání prohřešků zdravotníků neovlivňují. Kvalitu péče ze stran sester hodnotí tázaní nemocní převážně kladně a se vzrůstajícím charakterem. Názor pacientů na to proč dochází k jejich poškození, je podobný jako názor sester na prevenci. Takže se faktory ovlivňující sorrorigenii v mnoha bodech u sester i pacientů sbíhají. Většina nemocných zmiňuje nedostatky ve zdravotnickém systému a v hospodaření nemocnic, nízká motivace zdravotních sester, nedostatek personálu, nedostatečné vybavení nemocnic. Návrhy nemocných na úpravu podmínek nebo prevenci jsou tím pádem logicky téměř identické. Méně pacientů na jednu sestru, lepší finanční ohodnocení, osobní spokojenost sester, pohodu a klid na pracovišti, úpravu pravomocí a kompetencí personálu a jistou pracovního místa.

Tři pacienti si myslí, že byli poškozeni sestrou, jeden pacient lékařem a jedna pacientka se domnívá, že poškozená nikdy nebyla. Pacient poškozený lékařem, udává poškození kombinované v podobě chybné diagnózy, ostatní nemocní, kteří se cítí být poškození sestrou ve dvou případech, udávají sorrorigenii psychickou, v jednom případě somatickou. Když měli nemocní zhodnotit osobnost sestry, která je poškodila, byly jejich odpovědi poměrně různorodé. Sestry, které poškodily nemocné psychicky, byly většinou pacienty hodnocené jako suverénní, „ od rány“, jejich chování bylo naučené a stereotypní, mnohdy si prý nejspíše ani své chování neuvědomovaly. V případě pacientky poškozené somaticky naopak působila sestra na nemocnou klidně, vyrovnaně, s lítostí vázanou na pochybení, které však nemocná hodnotí spíše jako komplikaci. Nabízí se množnost úvahy, zdali k přehodnocení problému nemocnou nedošlo právě na základě kladného chování sestry. Pocity poškozených z nežádoucí události byly také rozdílné. Jeden pacient

pociťoval zlobu, mezi další pocity ostatních patřil i smutek, dyskomfort a strach. V poslední otázce kladené nemocným na téma důvěra k sestře, která je poškodila, se prokázalo, že všichni nemocní by k dotyčné, která je neúmyslně poškodila, bylo jí to líto a nemocnému se omluvila, neztratily důvěru. Pacienti se v tomto bodu bez výjimky shodují, že vše co vzejde od sestry, to dobré i to zlé je podmíněné tím, jak se daná sestra chová. Udávají, že chybovat je lidské, odpustitelné a pro sestru nedegradující. Jedna pacientka příznání a omluvu sestry dokonce povyšuje na něco, co z ní dělá lepšího člověka a taková to sestra by v jejích očích byla naopak vnímána jako kladná osobnost se srdcem na pravém místě.

Pokud mohu porovnat tuto část výzkumu s výzkumy předešlými, především s výzkumem Mgr. Votroubkové z roku 2008 i zde nedochází k nějakým výrazným rozkolům nebo změnám v názorech nemocných. Vnímání tohoto tématu pacienty je podobné. Shoduje se v bodech proč k sorrorigenii dochází, v prevenci tohoto problému, ale i v tom že se nemocní stále cítí být poškozováni. Porovnání množství psychické a somatické sorrorigenie je obtížné a sporné a záleží na mnoha faktorech, které nemocné ovlivňují. V předešlých výzkumech lze vidět, že to v mnoha případech je vázané na pohlaví a psychickou výbavu nemocného. Z tohoto výzkumu spíše vyplývá navázání na věk pacienta. I v tomto případě se ale jedná spíše o domněnku. Zdali je opravdu vnímání poškození pacientem a jeho následné rozdělení do sekce horší- více poškozující vázáno na věk, by si žádalo mnohem větší skupinu respondentů. Bylo by nejspíše i nutné zpřísnit kritéria výběru, tak aby byly shodně zastoupeny všechny věkové skupiny, včetně dětí.

Shodný je kupodivu i popis sester, působících sorrorigenii. Byly a jsou popisovány jako rychlé, rázné, se stereotypním jednáním i chováním. Velmi pozitivně v tomto výzkumu hodnotím shodnou analýzu rozhovorů u otázky týkající se velikosti a prosperity nemocni kontra kvalita péče ze stran sester. U nemocných se neprokázalo, že by ve fakultních nemocnicích byli výrazně spokojenější. Tato otázka rozhodně neměla za cíl některé typy zařízení nějak devalvovat, spíše bylo mým přáním, aby se prokázalo, že dobrou, kvalitní a svědomitou péčí o nemocné dokáže zajistit jakékoli zařízení, které si dobře umí zorganizovat práci, postavit profesionální týmy a které si umí své zaměstnance po právu hýčkat, nehledě na jeho velikost nebo prosperitu. Další velmi kladné a potěšující zjištění je v otázce důvěry nemocného k personálu.

Závěr

Jak již bylo předesláno v minulých pracích a výzkumech na podobná nebo stejná témata, téma sorrorigenie je všelijaké jen ne lehké a jednostranné. Na jedné straně stojí stále se zvětšující skupina přijímajících péči v podobě nemocných, na druhé straně spíše se zmenšující skupina péči poskytujících- zdravotních sester. Filozofie nemocnic je účelně a uceleně naladěna na kvalitu péče, za tu se mnohdy zaručují, ale opravdu je tak lehké kvalitní péči pacientovi za každé situace poskytnout? Teoretická část práce nebyla jednoduchá. Vypíchnout základní faktory a pojmy by jistě bylo na více než na jednu stránkově limitovanou práci. Literatury psané přímo na toto téma, bohužel není mnoho. Empirická část práce pro mě byla naopak potěšením. Všichni respondenti byli velice ochotní a nabyla jsem dojmu, že je spolupráce na výzkumu baví. Přesto by si však tento etický problém zasloužil daleko hlubší sondu do „ svých útrob“. K tomuto výzkumu posloužila forma kvalitativního výzkumu v podobě strukturovaného rozhovoru. Tato forma nám dokáže ve zkoumání etického problému nabídnout hlubší hledisko pohledu. Nemocní mohou být otevření, z možných asociací, které z rozhovoru vyplynou, lze odvodit nejen „pouhé a strohé“ odpovědi na otázky, tato forma výzkumu nám nabízí nahlédnout do citové složky pacientů. Lépe lze zpracovat kognitivní, behaviorální, časová, citová i jiná hlediska nemocných. Nevýhodou v tomto případě se mi jeví velká pracnost při zpracování dat, které tím pádem nemohou být moc validní. Pokud by byla možnost zpracování většího množství rozhovorů u všech věkových skupin, včetně dětí, navíc z pohledů více sester, které by vnesly do výzkumu svoje osobité pohledy a postřehy, byl by výzkum více vypovídající.

Moje očekávání však výzkum splnil. Z výsledků empirické části vyplynul stále nejvyšší počet poškození nemocných medikací, i když mnohdy dochází spíše ke skoropochybení než k pochybení úplnému. Na paty medikačnímu prvenství však šlape bohužel i poškození pacientů psychicky. V tomto bych ráda viděla poselství do budoucna. Více si všimat své práce, toho co děláme a jak to děláme. Pracovat na sobě, vzdělávat se, zajímat se o nové trendy péče o možná řešení rizik a být k sobě i jiným vnímavější. V případě vedoucích sester a vedení nemocnic vidím na vrcholu důležitosti větší péči a zájem o své podřízené, kteří nejsou jen v pozici prostých práce schopných jedinců, ale především jsou v pozici cituplných osob, které mají také nárok na svá trápení, která bohužel někdy mohou způsobit pochybení z jejich strany. Zkoumat etické jevy a

témata je možná to nejtěžší co zkoumat lze. Pokud máme daná jasná kritéria, k dispozici máme jasné a směrodatné výsledky, můžeme je také díky tomu jasně, přehledně a úderně zpracovat. Etiku bohužel nebo spíše bohudík takto vnímat nelze. Tím, že jsme každý jako člověk jedinečný, rozcházejí se i naše pocity, názory a pohledy na etická témata.

Od začátku však bylo mým cílem zahrnout do práce obě zmiňované skupiny. Pacienty i zdravotní sestry. Díky tomu, že sama jsem zdravotní sestra a měla jsem tu čest být v jedné nemocnici spokojeným pacientem, chtěla jsem problém zkoumat z obou pohledů. Na jedné straně vah stojí přesvědčení, že pacient musí mít vždy nárok na precizní, celistvou a etickou péči, prováděnou bez chyb, protože to je to nejvíc co můžeme pacientovi dát, na druhé straně zase potřeba postavit se hrdě za práci svojí i práci svých kolegů. Obě skupiny respondentů vnesly do práce svůj osobitý pohled a ojedinělé a o to více cenné názory. Přesto však zůstal můj názor na ovlivnitelnost tohoto nežádoucího jevu spíše neměnný. Vše je dáno osobností obou stran, jejich výchovou, vzdělaností, tím jaké má každý z nás limity, nároky, co očekává jako člověk od sebe a co očekává od druhých.

Pokud chce člověk milovat lidi, chce jim dát kromě dobré péče také kousek lidské vřelosti, kterou lze potlačit mnohá trápení, tělesné boly a pocity osamění, musí zdravě mít rád v první řadě sám sebe. Vztah sestry a pacienta je vztah jako každý jiný. Má svá úskalí, své zákonitosti, ale obě strany by k němu měli přistupovat zodpovědně a intuitivně. Pokud na pozici zdravotní sestry stojí osoba spokojená sama se sebou, milá, ochotná, mající vysoké morální zásady, může mít dle nemocných i nějakou tu chybičku. Pokud je v pozici pacienta člověk, který si je vědom, že je pacientem z nějakého důvodu, umí sdělit své potřeby, vyjádřit vděk- byť třeba jen úsměvem nebo stiskem ruky, nebojí se sdělit svůj nesouhlas a dokáže sestru dovést k tomu, aby byli oba schopní navázat společný uzlík na dlouhém laně životních zkušeností, do kterého bezesporu spadá každá další pacientova hospitalizace, může mít dle sester jakékoli požadavky, jakékoli nároky. Jeho tvář může zdobit stovka vrásek moudrého stáří, přesto bude na prvním místě zájmu „své“ zdravotní sestry.

„ Nikdo nedává víc jak ten, kdo dává naději “

(Lev Nikolajevič Tolstoj)

Anotace

Autor:	Žaneta Zelená
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetrovatelství
Název práce:	Vybraný etický problém v sesterské profesi, sorrorigenie- jak ji vidí zdravotní sestry a jak ji vnímají pacienti
Vedoucí práce:	Mgr. Michaela Votroubková
Počet stran:	148
Počet příloh:	4
Rok obhajoby:	2014
Klíčová slova:	zdravotní sestra, zdravotník, pacient, sorrorigenie, komunikace, prevence.

Souhrn:

Problematiku sorrorigenie, jako etický problém postihující nemocného je nutné vnímat komplexně. Nemocného se dotýká nejen v somatické rovině, ale i v té psychické. Zdravotnická zařízení stále častěji a více přejímají filozofii bezpečnosti a kvality péče pro všechny nemocné. Vymýtit tento problém, ale bohužel zcela nelze. Klíčem ke snížování sorrorigenie je v první řadě zvýšení povědomí o tomto problému. Aktivní vzdělávání zdravotníků a zvýšení informovanosti nemocných, by mohlo být považováno za základní kámen preventivních opatření. V teoretické části práce bylo poukázáno na hlavní pojmy, faktory ovlivňující sorrorigenii, na její možné důsledky a především na prevenci tohoto jevu. V empirické části formou strukturovaných rozhovorů bylo tázáno pět zdravotních sester a pět pacientů ze dvou různých nemocnic. Cílem bylo zjistit povědomí obou stran o tomto problému, rozostřit základní příčinné faktory a vyzvednout možná preventivní opatření. Neméně důležitá byla část výzkumu zaměřená na konkrétní otázky, které zjišťovaly vlastní zkušenosti se sorrorigenií vnímanou zdravotními sestrami i pacienty a následné porovnání výskytů omylů a preventivních opatření se situací v zahraničí.

Annotation

Author:	Žaneta Zelená
Institution:	Institute of social medicine MF HK in Hradec Králové Nursing care department
Name of Theses:	Selected ethical problem in nursing profession- sorrorigeny (nursing error) - as seen by nurses as perceived by patients
Head of Theses:	Mgr. Michaela Votroubková
Number of Pages:	148
Number of Attachments:	4
Year of Defense:	2014
Key Words:	nurse, paramedic, patient, sorrorigeny, communication, prevention.

Summary:

The issue sorrorigeny, as an ethical problem affecting a patient, must be considered comprehensively. It affects the patient not only somatically, but also psychologically. Health institutions more frequently acquire the philosophy of safety and quality of patient care. Unfortunately, it is not possible to eliminate this problem completely. The key to reducing sorrorigeny is primarily by raising awareness about this issue. Active education of health professionals and increase of patients' awareness could be considered the cornerstone of preventive measures. The theoretical part deals with the main terminology, the factors influencing sorrorigeny, possible consequences, and particularly the prevention of this phenomenon. The empirical part contains structured interviews with five nurses and five patients from two different hospitals. The aim was to determine the awareness of this issue from both sides, further to clarify elementary causal factors and suggest possible preventive measures. The other part of the research of equal importance was focused on concrete questions regarding personal experience with sorrorigeny perceived by nurses and patients, subsequent comparison of errors and preventive measures, with the situation abroad.

Seznam pramenů a literatury:

1. BÁRTLOVÁ, S., VÉVODA, J. a kol. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví* Praha: Grada Publishing, 2013 s. 160 ISBN 978-80-247-4732-3.
2. BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V. *Výzkum a ošetrovatelství*. 1. vyd. BRNO: NCO NZO, 2005, 146 s. ISBN 978-80-7013-467-2.
3. BEDRNOVÁ, E., NOVÝ I. a kol. *Psychologie a sociologie řízení*. Rozšířené a doplněné vydání. Praha: Management Press. 2007 798 s. ISBN: 978-80-7261-169-0.
4. BELBIN, M. *Týmové role v praxi*. Přel. Pavel Procházka, 1. vyd. Brno: Coneo, 2011. 188 s. Přeloženo z: Team Roles at Work. ISBN neuváděno
5. BĚLOHLÁVEK, F., *Jak řídit a vést lidi*. 4. vyd. Brno: CP Books. 2005 100 s. ISBN 80-251-0505-9
6. ČECHOVÁ, V., ROZSYPALOVÁ, M., *Obecná psychologie*. 5. vyd. Brno: NCONZO 2005, 105s. ISBN 80-7013-343-0
7. DAIGELER, T., *Vedení lidí v kostce- Techniky vedoucí k úspěchu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing 2008. 112s. ISBN 978-80-247-2158-3
8. DLUGOŠOVÁ, A., TKÁČOVÁ, L. *Motivace a její aplikace na práci sester*. Sestra. Praha: Mladá fronta, 2011, roč. 21, č. 9, s. 22-24. ISSN: 1210-0404.
9. FARKAŠOVÁ, D. *Ošetrovatelství-teorie*. 1. vyd., Martin: Osveta, 2006, s. 62 ISBN 80-8063-227-8.
10. HANSEN, E. Lars. *Annual Supervision Report 2010*. Management of medication – what can go wrong? Oslo. ISSN 1501-8083.

11. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 2.vyd. Praha: Brain team, 2010. s. 365 ISBN 978-80-87109-19-9.
12. HAŠKOVCOVÁ, H. *Sociální gerontologie, aneb, Seniori mezi námi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2012. 194 s. ISBN 978-80-7262-900-8.
13. HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek o násilí*. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. 83 s. ISBN 978-80-7013-397-2
14. HÁVA, P.. *Násilí na pracovišti v oblasti zdravotnických a sociálních služeb v ČR: vstupní teoretické studie: empirické šetření*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004.80s. ISBN 80-866-2521-4.
15. HENDL, P. *Kvalitativní výzkum*. 1. vyd Praha: Portál, 2005, 408 s., ISBN 80-7367-040-2.
16. HERZOG, R. *Násilí není řešení*. 1. vyd. Plzeň: Nakladatelství Fraus, 2009. 120 s. ISBN 978-80-7238-850-9.
17. HUSKOVÁ, J., KAŠNÁ, P. *Ošetrovatelství – ošetrovatelské postupy pro zdravotnické asistenty*. Pracovní sešit II/1. díl. Grada Publishing, a. s., 2009. 1. vyd. ISBN 978-247-2852-0.
18. JEKLOVÁ, M., REITMAYEROVÁ, E. *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-86991-74-1.
19. KALVACH, Z. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 399 s. ISBN 978-802-4740-263.
20. KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. *Stáří: Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006, 44 s. ISBN 80-7262-455-5.

21. KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ E. *Psychologie a komunikace: pro zdravotnické asistenty 4. ročník*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 135 s. ISBN 978-802-4728-315.
22. KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Syndrom vyhoření*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003, s. 134 ISBN 80-7071-231-7.
23. KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Well-being jako psychologický a zároveň mezioborově založený pojem*. Čs. psychologie 47, 2003, 4, 333 – 345.
24. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 202 s. ISBN 978-802-4721-699.
25. KRATZ, H., Jürgen. *Mobbing – jak ho rozpoznat a jak mu čelit*. Praha: Management Press, 2005. 21 s. ISBN 80-7261-127-5.
26. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie moudrosti a dobrého života*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 138 s. ISBN 978-802-4723-624.
27. KŘIVOHLAVÝ, J. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 141 s. ISBN 978-802-4736-044.
28. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
29. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 3. vyd. Praha: Portál, 2009. 279 s. ISBN 978-80-7367-568-4.
30. KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 78 s. ISBN 80-247-0784-5.
31. KRISTOVÁ, J. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2004, 211 s. ISBN 80-806-3160-3.

32. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 163 s. ISBN 978-802-4720-692.
33. KUTNOHORSKÁ, J. *Historie ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010 206 s. ISBN 978-802-4732-244.
34. KUČEROVÁ, H. *Psychiatrické minimum*, Praha: Grada Publishing, 2013 168s. ISBN 978-80-247-4733-0.
35. LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007, 152 s. ISBN. 978-80-247-1784-5.
36. LEITER, M., P., MASLACH, CH. *Banishing burnout: six strategies for improving your relationship with work*. 1. vydání. San Francisco: Jossey-bass, 2005. 193 s. ISBN 978-0-470-44877-9.
37. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do Ošetrovatelství I. Díl*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum Univerzita Karlova v Praze, 2005, 187s. ISBN 80-246-0429-9.
38. MAREŠ, J., *Iatropatogenie a sororigenie aneb jak lze poškozovat člověka*, 2. vyd., 2002, 59 s. ISBN 80-86723-00-3.
39. MAREŠ, J., VACHKOVÁ, E. *Pacientovo pojetí nemoci I*. Brno: MSD, 2009. ISBN 978-80-7392-120-0.
40. MAREŠ, J., VACHKOVÁ, E. *Pacientovo pojetí nemoci II*. Brno: MSD, 2010. ISBN 978-80-7392-150-7.
41. MICHALÍK, J. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011, 511 s. Psyché (Grada). ISBN 978-807-3678-593.

42. MIKULÁŠTÍK, M. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 325 s. Manažer. ISBN 978-80-247-2339-6.
43. MLÝNKOVÁ, J. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 192 s. ISBN 978-802-4738-727.
44. MOTSCHNIG, R., NYKL L. *Komunikace zaměřená na člověka: rozumět sobě i druhým*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 172 s. ISBN 978-802-4736-129.
45. MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 153 s. ISBN 80-247-1024-2.
46. NARKOVÁ, E. *Dny Marty Staňkové III. Vzdělávání sester: současnost a očekávání*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006, 113 s. ISBN 80-7262-434-2.
47. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy*, 4. vyd. Praha: Portál 2011, 173 s. ISBN 978-80-7367-908-8
47. POKORNÁ, A. *Komunikace se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 158 s. ISBN 978-80-247-3271-8.
48. POKORNÁ, A. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2006, 86 s. ISBN 8070134402.
49. POKORNÁ, A. a kol. *Ošetrovatelství v geriatrii*, Praha: Grada Publishing 2013, 202s. ISBN 978-80-247-4316-5.
50. PLEVOVÁ, I. *Management v ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing , 2012, 304 s. ISBN 978-80-247-3871-0.
51. PRAŠKO, J. a kol. *Chronická únava: zvládání chronického únavového syndromu*. 1. vyd. Praha: Portál 2006, 236 s. ISBN 80-7367-139-5

52. PTÁČEK, R., KUŽELOVÁ, H., ČELEDOVÁ, L. *Prevence a terapie syndromu vyhoření u lékařů*. Tempus medicorum. 2010, roč. 19, č. 9, s. 40.
53. SIKOROVÁ, L. *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada 2011, 208 s. ISBN 978-802-4735-931.
54. SLOWÍK, Josef. *Komunikace s lidmi s postižením*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010, 155 s. ISBN 9788073676919.
55. ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. 1. vyd., Praha: Grada, 2011, 136 s. ISBN 978-80-86057-50-7.
56. ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ J. *Základní otázky komunikace: Komunikace (nejen) pro sestry*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.
57. ŠKRLA, P. *Především neublížit* 1.vyd. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, Brno 2005 s. 162 ISBN 80-7013-419-4.
58. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a. s., 2008, ISBN 978-80-247-2616-8.
59. ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ, J. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009, 135 s. ISBN 9788072625994.
60. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd., Brno: NCONZO, 2013, 185s. ISBN: 978-80-7013-553-2.
61. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008. 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4.
62. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

63. VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sestry v nouzi, syndrom vyhoření, mobbing, bossing*, 1. Vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. 2011 192s. ISBN 978-80-247-3174-2.
64. VYMĚTAL, J. *Úzkost a strach u dětí: Jak jim předcházet a jak je překonávat*. Praha: Portál, 2004. 181s. ISBN 80-7178-830-9.
65. VYMĚTAL, Š. *Krizová komunikace a komunikace rizika*. 1 vyd. Praha: Grada, 2009, 176 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2510-9.
66. VYBÍRAL, Z. *Psychologie komunikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-998-4.
67. WILLIAMS, K., KEMPER S., HUMMERT S. L. *Enhancing Communication With Older Adults: Overcoming Elderspeak*. In: *Journal of Gerontological Nursing*. 2004, 30(10). ISSN: 0098-9134.
68. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ J. *Zdravotnická psychologické teorie a praktická cvičení*, 1. Vyd. Praha: Grada Publishing 2007, 232 s. ISBN- 978-80-247-2068-5
69. ROHLÍKOVÁ, P. *Jak se projevuje syndrom vyhoření a komu hrozí*. „vydání neuvedeno“ Právo a rodina. Praha: Linde, 2008. ISSN 1212-866X.
70. SCHMIDBAUER, W. *Syndrom pomocníka*. 1.vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-369-7
71. STOCK, CH. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3553-5.

Časopisy:

72. ANDRÁŠIOVÁ, M. 2006. *Syndróm vyhorenia v lekárskej praxi, možnosti jeho zvládania a prevencie*. *Via practica : moderný časopis pre lekárov prvého kontaktu*. 2006, roč. 3, č. 12, s. 559-561. ISSN 1336-4790

73. BOŠKOVÁ, V. *Kontrola kvality vždy na více úrovních*. Zdravotnické noviny. Praha: 2001, roč. 50, č. 2, s. 31-32. ISSN 0044-1996.
74. KRÁLOVÁ, J., PÁRTLOVÁ, M. *Empatie na pracovišti*, Sestra. Praha: 2006 roč. 16, č. 10, s. 24, ISSN 1210-0404.
75. TUZA, T. *Odpovědnost za škodu na zdraví*. Zdravotnické noviny - Pacientské listy. 2010, roč. 50, č. 10
76. VALÁŠKOVÁ, D. *Sestra stráví denně v předklonu 96 minut*. Sestra, 2008, roč.18, č.12, 22 s. ISSN 1210-0404

Diplomové a bakalářské práce:

77. KAŠKOVÁ, P. *Medikační pochybení zdravotní sestry v porovnání České republiky a Norska*. Bakalářská práce obhájená na 3. Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze v r. 2012. 67s. Depon in: Archiv Ústavu ošetřovatelství 3. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze [online]. 2012. [cit. 2014-02-28]. Dostupné na WWW<<http://www.vyplnto.cz/realizovane-pruzkumy/medikacni-pochybeni-zdravotn/>>
78. LIENERTOVÁ, K. *Sorrorigenie*. Bakalářská práce obhájená na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové v r. 2009. 64s. Depon in: Archiv Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové
79. PÁNKOVÁ, J. *Polypragmazie a léková sorrorigenie u seniorů*. Diplomová práce připravuje se k obhajobě na Lékařské fakultě Masarykovy Univerzity v r. 2014. 155s.
80. VOTROUBKOVÁ, M. *Sorrorigenie*. Bakalářská práce obhájená na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové v r. 2008. 85s. Depon in: Archiv Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové

On-line zdroje:

81. Dr. M. BELBIN. [online]. [cit.2014-05-04]. Dostupné na WWW<http://www.belbin.cz/index.php?location=tym_meredith>
82. JOHNSON, Connie a Sue HORTON. *Owning up to errors:Put an end to the blame.* Nursing 31, č. 6, str. 54-55. [online]. 2001. [cit. 2013-11-10]. Dostupné na WWW<http://journals.lww.com/nursing/Citation/2001/31060/OWNING_UP_TO_ERRORS_Put_an_end_to_the_blame_game.26.aspx>
83. Mladá Fronta, Zdravotnické noviny, *NCO NZO dotazníkový průzkum bezpečnosti ošetrovatelské péče.* [online]. [cit.2014-04-05]. Dostupné na WWW<<http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/nco-nzo-dotaznikovy-pruzkum-bezpecnosti-osetrovatelske-pece-450188>>
84. Nemocnice Vsetín, *Slib Florence Nightingale.* [online]. [cit.2014-03-30]. Dostupné na WWW<<http://www.nemocnice-vs.cz/?sekce=o-nemocnici&text=osetrovatelstvi&podtext=slib-florence-nightingale>>
85. *System Psychosociální Intervenční Služby.* MUDr. Jana Šeblová, Ph.D. *Změny v roce 2012.* [online]. [cit.2014-04-05]. Dostupné na WWW<<http://www.spiscr.info/>>
86. *Maslach burn out inventory.* [online]. [cit.2014-04-05]. Dostupné na WWW<<http://www.inflow.cz/mbi-maslach-burnout-inventory>>

Legislativa:

86. Law of Practicing Health Professions, Royal Decree No. M/59 dated 4 / 11 / 1426H , 6 December 2005, [online]. [cit.2014-04-05]. Dostupné na WWW<<http://www.boe.gov.sa/ViewSystemDetails.aspx?lang=en&SystemID=164&VersionID=178>>

87. Zákon č. 20/1966 Sb. O péči o zdraví lidu, ze dne 17. března 1966 v pozdějším znění [online]. [cit.2014-04-05]. Dostupné na WWW<<http://www.pravnik.cz/uplna-zneni/uz-68.html>>

88. Zákon č. 40/2009 Sb. Trestní zákoník, [online]. [cit.2014-04-05]. Dostupné na WWW<<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-40#cast2>>

Seznam zkratek:

atd.- a tak dále

atp.- a tak podobně

kol.- kolektiv

č.- číslo

oš.- ošetřovatelské, ošetřovatelský

např.- například

Bc.- Bakalář (vysokoškolský titul)

Mgr.- Magistr (vysokoškolský titul)

SŠ- středoškolské

VŠ- vysokoškolské

KSA- Království Saudské Arábie

ILO- mezinárodní organizace práce

WHO- světová zdravotnická organizace

ICN- mezinárodní rada sester

Seznam tabulek:

- Tabulka č.1:** Znáte pojem sorrorigenie, víte, co vše se pod ním skrývá?
- Tabulka č.2:** Myslíte si, že celoživotní vzdělávání zdravotníků, celkový přehled nebo délka praxe může ovlivnit výskyt sorrorigenie?
- Tabulka č.3:** Do jaké míry dle Vás ovlivňuje sorrorigenii atmosféra na pracovišti, vztahy mezi spolupracovníky, vztahy mezi nadřízenými a řadovými zaměstnanci?
- Tabulka č.4:** Myslíte si, že při nočních směnách, při práci přes čas nebo při zvýšené směnnosti je větší riziko poškození pacienta?
- Tabulka č.5:** Myslíte si, že je nějaký druh sorrorigenie omluvitelný?
- Tabulka č.6:** Myslíte si, že se dá poškození pacienta nějak předcházet, že existuje nějaká prevence? Pokud ano, jaká?
- Tabulka č.7:** Domníváte se, že jste někdy poškodil/a pacienta?
- Tabulka č.8:** O jaké poškození se jednalo? Somatické? Psychické? Jiné?
- Tabulka č.9:** Řekl/a jste o tom někomu?
- Tabulka č.10:** Měl/a jste v tu chvíli pocit, že by se za Vás i v případě vaší jasné viny-avšak u neúmyslné sorrorigenie nadřízený postavil?
- Tabulka č.11:** Jak jste se s pochybením vůči pacientovi vyrovnával/a? Měl/a jste výčitky svědomí? Popište své pocity.
- Tabulka č.12:** Byl/a jste někdy svědkem poškození pacienta kolegyní/ kolegou/ jiným zdravotníkem nebo dokonce lékařem?
- Tabulka č.13:** O jaké poškození se jednalo? Somatické, psychické? Jiné?
- Tabulka č.14:** Bylo toto pochybení řešeno s vedením? Pokud ano, s jakým výsledkem?
- Tabulka č.15:** Znáte pojem sorrorigenie, víte, co vše se pod ním skrývá?
- Tabulka č.16:** Vidíte závislost sorrorigenie na vědomostech sester nebo na jejich zkušenostech?

- Tabulka č.17:** Domníváte se, že velikost a prosperita zdravotnického zařízení má vliv na sorrorigenii? Že ve velkých nemocnicích k ní nedochází?
- Tabulka č.18:** Jste ochoten/a nějaké pochybení tolerovat nebo odpustit? Do jaké míry?
- Tabulka č.19:** Který typ sorrorigenie se Vám jako pacientovi jeví horší? Somatický? Psychický? Jiný?
- Tabulka č.20:** Jak hodně Vás v tomto problému ovlivňují média?
- Tabulka č.21:** Myslíte si, že kvalita péče o pacienty ze stran sester v ČR spíše klesá nebo se zvyšuje?
- Tabulka č.22:** Proč, dle Vás dochází k poškozování pacientů?
- Tabulka č.23:** Napadají Vás nějaká opatření, která by tento problém řešila, co byste si do budoucna jako pacient od zdravotníků přál?
- Tabulka č.24:** Máte pocit, že jste byl/a někdy jako pacient poškozen/a?
- Tabulka č.25:** O jaké poškození se jednalo? Somatické, psychické, jiné?
- Tabulka č.26:** Jak se zachovala sestra, která Vás poškodila?
- Tabulka č.27:** Jaké jste měl/a z události pocity?
- Tabulka č.28:** Měl/a byste i nadále důvěru k sestře, která Vás neúmyslně poškodila, omluvila se Vám a svého počínání evidentně litovala?

Seznam příloh:

Příloha č.1: Úvod k rozhovoru

Příloha č.2: Základní údaje o respondentech- demografické údaje, otázky k rozhovorům

Příloha č.3: Interpretace rozhovorů- plné znění

Příloha č.4: Maslach Burn-out inventory

PŘÍLOHY:

Příloha č. 1: Úvod k rozhovoru

Vážení respondenti,

Jmenuji se Žaneta Zelená a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského oboru všeobecná sestra na Lékařské fakultě v Hradci Králové. Provádím závěrečnou bakalářskou práci na téma: „**Vybraný etický problém v sesterské profesi- sorrorigenie-jak ji vidí zdravotní sestry a jak jí vnímají pacienti**“.

Ráda bych Vás touto cestou požádala o spolupráci, která spočívá v rozhovoru s Vámi.

Nejprve bych Vás ráda alespoň trochu seznámila s pojmem sorrorigenie, což by Vám mělo pomoci lépe si poradit s pokládanými otázkami. Jedná se poškození pacienta sestrou. Do tohoto pojmu spadá jak poškození tělesné, tak i duševní, stejně tak neúmyslné, z nedbalosti atd.

Rozhovor je plně anonymní, proto bych byla ráda za přiléhavé a upřímné odpovědi. Svojí prací bych ráda upozornila na tento etický problém a to hlavně z důvodu toho, že každý z nás někdy byl, je nebo bude pacientem. Možná se některým z Vás bude toto téma zdát jako příliš citlivé, ožehavé nebo tabuizované. Citlivé dozajista je, jelikož se přímo dotýká toho nejdůležitějšího nejcennějšího co člověk má nebo by chtěl mít, a to je zdraví.

Budu velice ráda, pokud společnými silami, dosáhneme byť třeba jen malého pokroku, protože i malý úspěch se počítá.

Mnohokrát Vám děkuji za spolupráci.

Příloha č.2: Základní údaje o respondentech- demografické údaje, otázky k rozhovorům

Pohlaví, věk, dosažené vzdělání, délka praxe/ počet hospitalizací

Otázky pro zdravotní sestry:

A: Obecné, zaměřené na názor na sorrorigenií

1. Znáte pojem sorrorigenie, víte, co vše se pod ním skrývá, jakými způsoby lze nemocné poškozovat?
2. Myslíte si, že celoživotní vzdělávání zdravotníků, celkový přehled nebo délka praxe může ovlivnit výskyt sorrorigenie?
3. Do jaké míry dle Vás ovlivňuje sorrorigenií atmosféra na pracovišti, vztahy mezi spolupracovníky, vztahy mezi nadřízenými a řadovými zaměstnanci?
4. Myslíte si, že při nočních směnách, při práci přes čas nebo při zvýšené směnnosti je větší riziko poškození pacienta?
5. Myslíte si, že je nějaký druh sorrorigenie omluvitelný?
6. Myslíte si, že se dá poškození pacienta nějak předcházet, že existuje nějaká prevence? Pokud ano, jaká?

B: Konkrétní, zaměřené na případy sorrorigenie, zkušenost se sorrorigenií

1. Domníváte se, že jste někdy poškodil/a pacienta?
2. O jaké poškození se jednalo? Somatické? Psychické? Jiné?
3. Řekl/a jste o tom někomu?
4. Měl/a jste v tu chvíli pocit, že by se za Vás i v případě vaší jasně viny- avšak u neúmyslné sorrorigenie nadřízený postavil?
5. Jak jste se s pochybením vůči pacientovi vyrovnával/a? Měl/a jste výčitky svědomí? Popište své pocity.
6. Byl/a jste někdy svědkem poškození pacienta kolegyní/ kolegou/ jiným zdravotníkem nebo dokonce lékařem?
7. O jaké poškození se jednalo? Somatické, psychické? Jiné?
8. Bylo toto pochybení řešeno s vedením? Pokud ano, s jakým výsledkem?

Otázky pro pacienty:

A: Obecné, zaměřené na názor na sorrorigenii

1. Znáte pojem sorrorigenie, víte, co vše se pod ním skrývá?
2. Vidíte závislost sorrorigenie na vědomostech sester nebo na jejich zkušenostech?
3. Domníváte se, že velikost a prosperita zdravotnického zařízení má vliv na sorrorigenii? Že ve velkých nemocnicích k ní nedochází?
4. Jste ochoten/a nějaké pochybení tolerovat nebo odpustit? Do jaké míry?
5. Který typ sorrorigenie se Vám jako pacientovi jeví horší? Somatický? Psychický? Jiný?
6. Jak hodně Vás v tomto problému ovlivňují média?
7. Myslíte si, že kvalita péče o pacienty ze stran sester v ČR spíše klesá nebo se zvyšuje?
8. Proč, dle Vás dochází k poškozování pacientů?
9. Napadají Vás nějaká opatření, která by tento problém řešila, co byste si do budoucna jako pacient od zdravotníků přál?

B: Konkrétní, zaměřené na určité případy sorrorigenie

1. Máte pocit, že jste byl/a někdy jako pacient poškozen/a?
2. O jaké poškození se jednalo? Somatické, psychické, jiné?
3. Jak se zachovala sestra, která Vás poškodila?
4. Jaké jste měl/a z události pocity?
5. Měl/a byste i nadále důvěru k sestře, která Vás neúmyslně poškodila, omluvila se Vám a svého počínání evidentně litovala?

Příloha č.3: Interpretace rozhovorů- plné znění

Rozhovor č.1 se zdravotní sestrou

Žena, 29 let, délka praxe 10 let v oboru všeobecná sestra, středoškolské vzdělání.

„ Jo jo tenhle pojem znám. Matně si z dob svých studií na něj vzpomínám. Jedná se o poškození pacienta sestrou že? Poškodit pacienta asi není v dnešní době nic výjimečného, bohužel. Poškodit pacienta můžeme například podáním špatné medikace, špatnou péčí o žilní vstupy, né úplně vhodnou komunikací a jednáním, i když některým pacientům stačí špatný pohled nebo ne úplně milé slovo a cítí se dotčení a poškození. Průběžné vzdělávání sester hraje určitě velkou roli v jednání s nemocnými. Né že bych si myslela, že ten trend vysokoškolaček v pozicích sester u lůžka znamená naprostý vymícení poškozování nemocných, to určitě ne. Ale možná jde i trochu o to, že pokud má člověk nárok a právo se vzdělávat je si jistější a má asi i větší sebevědomí, takže možná i to je plus, který by mohlo pomoci srororigenii zlikvidovat. Nevím no. Ještě bych k tomu chtěla říct, že by zaměstnavatelé měli mít pochopení k samovzdělávání a sestry v tom podporovat, když už ne jim na to přispívat. Ve směnným provozu není moc možností využívat semináře, když je vše v pracovní době a nelze si služby přehodit. Jsem ráda za semináře pořádané pracovištěm, který jsou třeba aspoň za jeden kredit. Délku praxe jako něco výjimečného v oblasti srororigenie taky nevidím. Je to spíš asi o tom jakej ten danej člověk je, jak umí vycházet s lidma a jak má svojí práci rád. Profesně starší sestry třeba víc vědí, ale vědí to postaru a kolikrát se o nové informace nestarají, protože si myslí, že to co vědí oni a co fungovalo před dvaceti lety je věčný a neměnný a bude to fungovat napořád. Což samozřejmě není pravda. Atmosféra na pracovišti je za to dle mého docela stěžejní. Kdo by pracoval ve stresu a s ponorkou dobře a bezchybně že? O nočních je hlavní problém v tom, že je člověk prostě unavenej. Kdo z nás může pře noční celej den prospat? Já osobně si o noční vše víckrát opakuju, kontroluju se, protože po půlnoci bývám fakt unavená a bojím se, abych pacientovi nějak neuškodila. Jestli je něco omluvitelnýho to nevím. Z mýho pohledu vše neúmýslné, nejsme stroje, z pohledu pacienta asi těžko. Vím, jedná se o zdraví, kolikrát i o život, na to dneska slyšej všichni. Televize je toho plná, bohužel. Vštěpuje nemocným jejich práva, zkresluje informace, do toho ty zahraniční seriály typu pohotovost a tak dále. Ale nemocným už nikdo neříká, jaký maj v nemocnici povinnosti, jak se mají chovat a že sestra není nějakej soused od vedle na kterýho lze kdykoli hulákat podle potřeby nebo služka, která pokorně koná, nechá si na hlavu snášet hromy, blesky a ještě se u toho usmívá. Jestli se tomu dá předcházet nevím. Záleží na mnoha věcech. Na

tom jak má člověk svojí práci rád, na tom jak hodně se cejtí vyhořelej, na tom v jakým kolektivu dělá, za kolik dělá a taky na tom o koho se stará. S některýma pacientama je těžký vyjítí. Já vím, jsou nemocný, maj na to právo, ale slušný chování by měl mít i pacient. Kolikrát si z nás dělaj služby, ani nepoděkujou a to taky člověku nepřidá. Prevenci vidím hlavně v jasném uspořádání povinností sester, ve stabilním pracovním kolektivu, v nepřetěžování sester a v jejich lepší motivaci.

Asi jsme nemocného někdy poškodila. Jde to vůbec, aby sestra za svojí kariéru nikdy nikoho nepoškodila? Jednou jsem podala špatný lék, ale stihla jsem ho včas nemocnému odebrat, ještě než ho spolknul. A taky nevím, zda jsem vždy a za všech okolností skvělá komunikátorka, to asi ne. To s tím lékem bylo normálně ve směně, víte jak, znáte to určitě sama. Mluví na vás doktor, dalšímu pacientovi na pokoji se zasekly dveře od skříňky a zvoní telefon. Kdyby měl člověk na práci fakt klid, určitě by se to nestávalo. Řekla jsem o tom kolegyni, když se mě přišla zeptat, jestli nechci s něčím pomoci ale tím, že to pacient nespoknul, nebylo moc co řešit. Tady v tom případě by se za mě staniční určitě postavila. Ví co je to kolikrát za firmo!, sama dřív pracovala u lůžka. Výčitky svědomí jsem měla, i když k úplnému poškození nedošlo. Přínos to pro mě mělo, jelikož jsem si natvrdo řekla, že při podávání léků se prostě nenechám ničím rušit. Všechno ostatní počká. Víte co, nerada bych rozmazávala chyby jiných, když každéj má svých dost. Můžu si bejt jistá, že to bude stoprocentně anonymní? Jo jednou sem se s tím setkala v minulý práci. Byla tam jedna sestra, která prostě neměla ráda geronty a dost to dávala najevo. Byla na ně protivná, nesnášela je polohovat krmit, kolikrát říkala, jak se jí z nich zvedá žaludek. Takže to je asi srororigenie psychická že? Tohle je šílený, chudáci. Všichni budem jednou starý. Jak pokračovala ta otázka? Jo doktoři. Ty poškozujou taky, jen se o tom tolik nemluví a myslím si, že se to většinou zamete pod koberec. Tý mý kolegyni jsem to říkala snad tisíckrát. Vždycky mi říkala, že jsem mladá, blbá a naivní a že až budu u lůžka 25 let jako ona, budu stejná. Ale to vím, že nebudu. Nemám to v povaze. Ani nevím, jestli tam ještě dělá. Vedení na ní dle mýho nestačilo. Byla dobrým manipulátorem a u vedení se vždycky stavěla do krásnýho světla.

Rozhovor č.2 se zdravotní sestrou

Žena, 33 let, délka praxe 13 let v oboru všeobecná sestra, středoškolské vzdělání

„ Srororigenie? To mi nic moc neříká, aha poškození pacienta sestrou no jo, dali tomu nějakaj vznešenej název a přitom je prachobyčejný problém, který se vyskytoval snad od doby, co začlo vznikat nějaký ošetřování lidí. No určitě se do toho dá zahrnout prakticky

všechno, co od nás nemocný očekává a my mu to nedáváme. Proč mu to nedáváme, je věc druhá. Kdybych měla uvést příklad, tak třeba prostý a jednoduchý přepichování flex, když se to napoprvé nepodaří. Pro nás je to někdy bohužel nevyhnutelný standart, pacient tu kanylu prostě mít musí, ale oni na to někteří nahlízejí jinak. Sestra by měla dle některých pacientů napíchnout flexu do neexistující žíly i po tmě a klidně i za dusotu slonů na chodbě. To berte prosím s nadsázkou, chtěla jsem spíše trochu humorně nastínit některé občasné situace. I když u nás máme pravidlo dvakrát a dost, to asi znáte né? Když se to jedny sestře dvakrát nepodaří, nastupuje jiná. Ano vzdělávání, praxe i celkový rozhled může srororigenii ovlivnit, stejně jako kvalitu kterékoli jiné profese. Vztahy na pracovišti jsou dle mého klíčové. Člověk tráví ve směnách strašně moc času, a pokud dělá v dusnu, automaticky má sklony k tomu dělat špatně. Ano to jistě, unavená býváme každá, máme doma své povinnosti, rodiny, některý holky stavěj baráky, jiný studují, plácáme to kolikrát všechny, jak se dá. Takže že by chodil do práce člověk odpočutej a vždycky skvěle naladěnej, je spíš utopie. Omluvitelné by mělo být všechno, co člověk udělá neúmyslně a nemá to pro nemocného žádné důsledky. Vždyť snad neexistuje nikdo, kdo by chtěl nemocným úmyslně ublížit. Prevenci vidím hlavně ve stylu práce, týmovém duchu, klidu na pracovišti a v nějakých prostředcích zvyšující motivaci personálu. Ale v případě některých sester co jsem za svoji kariéru zažila, by nepomohla asi ani transplantace citového střediska v mozku.

Myslím si, že jsem určitě nemocného někdy poškodila. Fyzického poškození si vědoma nejsem, i když vlastně jednou jsem podala špatný lék a taky asi psychicky. Prostě na ty lidi někdy není čas a pak mě to mrzí. Miliony papírů, na úkor péče o pacienty bohužel. Aspoň já to tak cítím. Když měl člověk chvíli, šel k nemocným, pamatuju si, jak jsem třeba ráda některým pacientům četla. Copak to dneska jde? Než si udělám svý, tak abych byla krytá, vše měla doložený, orazítkovaný, všude podepsaný, nafocený a zdokumentovaný, to je na celý odpoledne. Schopná úřednice nebo pisatelka by tohle taky zvládla. Chápu dokumentace je dneska důležitá, ale v první řadě jsou tady lidi. To aby byli čistý, nakrmený, zavodněný, napolohovaný a celkově spokojený. Jenže když je pak kvůli tomu polízanice, že ještě není vyplněný tohle a tamto z dopoledne, člověk si to pak rozmyslí. Tak takovýto klasický odpírání mého času nemocným je bohužel někdy pomalu denní záležitost. O tom léku né o ostatním se bavíme kolektivně. Myslím si, že by se za mě vedení nejspíše postavilo, pokud by šlo o neúmyslnou srororigenii. Ale stoprocentně o tom přesvědčená nejsem. Výčitky svědomí mám někdy. Pak si zase říkám, že to prostě tak je, že ten systém a to kam to spěje, těžko ovlivním. Snažím se svojí práci dělat, jak nejlíp

umím a cítím kolikrát, že už víc nedokážu. To by se musel nastavit asi celkově jinak systém zdravotnictví v České republice. Na to, že bych viděla nebo slyšela o poškození pacienta někým jiným z našeho kolektivu, se mi myslím nikdy nestalo. Ale je fakt, že já drby nesbírám. A na sledování práce jiných nemám čas.

Rozhovor č.3 se zdravotní sestrou

Žena, 41 let, 22 let praxe v oboru všeobecná sestra, středoškolské vzdělání

Sorrorigenii jako pojem neznám, ale tuším, že to bude něco podobného jako iatrogenie ne? Myslím si, že se pod to dá řadit mnoho nešvarů ve zdravotnictví. Za některé nešvary můžem my jako zdravotníci, za některé zase spíš ti nahoře. Určitě do toho lze řadit podání špatného léku, infuze, nevhodné chování zdravotníků, nevhodné oslovování a degradace nemocných. Je toho hodně co bych mohla jmenovat. Vzdělání a praxe určitě výskyt poškozování pacienta ovlivňuje, ale zase si nemyslím, že nějak extra klíčově. Spíš je to dle mého záležitostí povahy, toho jakej člověk je, co dokáže lidem nabídnout a jestli to dělá s láskou nebo s odporem. Jo tak tahle otázka to je jiná káva. Atmosféra na pracovišti je dle mého hrozně důležitá. Náročná práce si žádá klidný a pohodový pracoviště, kde se taky člověk aspoň párkrát za směnu může zasmát. Jakmile je v práci dusno a nesnášenlivost, ponorka nebo věci tomuhle podobný nikdy to nedělá dobrotu. Určitě a zcela jistě jsou noční směny, přesčasy v tomhle hazard. Vidím to i na sobě, čím je člověk starší a míň z formy, je to všechno těžší. Držet krok s mladýma, aby se člověk necejtil nějak méněcenen je někdy fuška. A taky je fakt, že se někdy cejtím docela dost unavená. Ráno po noční kolikrát necejtím záda a jsem ráda, že si můžu jít lehnout. Vůbec nevím, jak budu fungovat třeba za deset let. Jestli je nějaký druh sorrorigenie pro pacienty omluvitelný to nevím. Ale kdybych já byla ta tázaná, zda bych dokázala něco omluvit, pak bych odpověděla, že ano. Neúmyslnou sorrorigenii, která by nebyla z nedbalosti, lenosti a podobně, určitě jo. Teda pokud by to pro mě nemělo nějaký vážný důsledky. Pochybuju o tom, že by se tomu dalo vždy předejít. Možná dalo, ale musel by přijít stimul asi už někde z vrchu. Jasně daná kritéria péče, co, kdo a kdy bude dělat. Neházet další a další lékařský kompetence na sestry, mají své práce až dost, klid a pohoda na pracovišti, lepší plat- kterej by zdravotníky zase trochu nastartoval a taky třeba nějaký benefity v podobě příspěvků na plavání, nějaký wellness nebo tak. Ideální v tomhle bylo za dob mého mládí FKSP. Abych to uzavřela, tím, že jsme lidi, máme své chyby, tak logicky chyby i děláme. Z každé chyby bysme si měli vzít ponaučení a tím pádem je co nejvíc eliminovat. Aby ale nastala doba, že se nikdy žádná chyba neobjeví, je dle mého utopie. Ano i já jsem pacienta poškodila. Spletla jsem si

dva stejně se jmenující nemocné, navíc byly v sousedících pokojích a podala jim lék od toho druhého. Je to teda už docela dávno, pár let zpátky, ještě na minulém místě, ale docela přesně si na to pamatuju. Neřekla jsem o tom nikomu, když teda pomínu Vás tady. Oba léky, byť měly jiný název, byly ze stejné lékové skupiny, v gramáži byl taky jen nepatrný rozdíl, takže pacient byl ohrožen jen minimálně. Kdybych ale asi podala něco úplně jiného, řekla bych to. V té době jsem neměla pocit, že by se za mě vedení postavilo, proto jsem to neřekla. Výčitky jsem samozřejmě měla, nadávala jsem si, chodila se na nemocného často dívat, i když jsem věděla, že mu nic nehrozí, když ty léky byly samy sobě generikem. Šlo spíš o takovej ten pocit toho profesionálního selhání. Trvalo mi to asi tři dny, než jsem se z toho nějak oklepala. Ano byla jsem toho svědkem, i když už je to taky nějaký ten pátek zpět. Sanitář odvezl na vyšetření jiného nemocného, než bylo v plánu. Je fakt, že o nic nešlo, vyšetření nebylo nijak invazivní, ale stejně. Spíš trapas no a vysvětlování pracovišti, které vyšetření provedlo, že musí provést ještě jedno navíc, než bylo objednáno z důvodu interní chyby. Řešeno to bylo klasickým koberečkem a napomenutím. Asi kdyby šlo o vyšetření invazivní, byl by možná postih těžší, takhle šlo asi jen o domluvu. Neptala jsem se ho potom, co a jak bylo detailně.

Rozhovor č.4 se zdravotní sestrou

Žena, 32 let, 12 let praxe v oboru všeobecná sestra, středoškolské vzdělání

Ne, tento pojem neznám. Ani tím pádem nevím, co bych pod něj měla řadit. Pacienta můžem poškozovat ledasjak. Od podání špatného léku, infuze, přes opakované prepichování flexil, pak musím určitě i zmínit takový to ne úplně košér chování atak dále. Myslím si, že je toho bohužel hodně, co bych mohla jmenovat. No vzdělání, nevím těžko říct, to spíš asi bude záležet na tom, v čem to vzdělávání bude spočívat, pokavaď to vzdělávání bude mít tendenci navazovat, budou to nějaká školení, kde by se třeba i tahle problematika se všema možnýma úskalíma řešila, pak by to pomoci asi mohlo. Tím, že ale tenhle pojem neznám a myslím si, že nejsem sama, kdo ho nezná, tak být asi nějaká přednáška na tohle téma, nešla bych na ní. Ono dnes člověk musí bohužel hodně jednat ve spěchu a pak mu třeba unikají právě nějaký potřebný věci, který by pak moh přenýst do svý práce a byly by vnímaný jako žádaný plus pro nemocný. No právě naopak si myslím, že starší sestry pacienty možná poškozují víc než ty mladý. Už jsem se mnohokrát setkala se sestrami se syndromem vyhoření, mohly tím pádem pacienta určitě poškodit. Samozřejmě to pak není z jejich strany dělaný úmyslně, ale stává se to dle mě. Nebo takovej ten stereotyp a automatismus v činnostech, to je taky docela nebezpečný, snadno

pak člověk něco opomene nebo prostě přehlídne. Tak to hodně záleží na tom, jak ten tým spolu pracuje, jak jsou ty lidi na sebe zvyklí, hraje to dle mého roli velkou. Někdy se může stát, že je ten kolektiv dobrej, zapracovanej, ale může tam bejt třeba jen jedna sestra nebo i lékař, který nemusej bejt třeba hnedle vyhořený nebo unavený, ale můžou mít prostě jenom jinej názor na péči nebo jinej systém práce, kterej se ostatním nemusí líbit a pak můžou vznikat konflikty mezi personálem a to určitě moc dobře na nemocný nepůsobí. Při práci přes čas? No, tam bych to viděla spíš jakože si nemyslím, že pokud by k tomu došlo bylo by to nějak záměrný. Že by se třeba jako někomu nechtělo nebo tak, spíš tam může hrát roli asi únava, to v tomhle případě jo. Většinou děláme noční v jedný sestře, plus nějaká ta sanitárka nebo ošetřovatelka a může to v tomhle působit pro nemocný jako, že na ně nemusí bejt vždycky čas, že ta kvalita tý péče se může snižovat v očích nemocných. Omluvitelný není dle mě nic, to asi v žádným případě. K poškozování by docházet nemělo, tím pádem je to v mých očích jako tabu, které je pro mě jako pro sestru i kdybych se na to měla podívat jako potencionální pacient neomluvitelný. Předcházení nebo prevence? To musím chvíli přemýšlet, ale asi jak jsme mluvili na začátku o těch školeních, různých seminářích. Hlavně bych ale asi řekla, že je důležitý, aby si ten vedoucí všimal svých podřízených, snadno pak může ledascos odhalit, ať už právě nějaký sklony k poškozování, ale třeba i prvopočátky tý vyhořelosti, kterou jen pak potřeba řešit. Já doufám, že jsem nikdy žádnýho nemocnýho nepoškodila, nejsem si toho vědoma, ani mi nikdo z nemocných snad za dobu mé praxe nikdy nic nevytýkal. Tady na oddělení jsem teprv pět let, takže se necejtím ani zatím nijak vyhořelá a doufám, že svojí práci dělám dobře. Pokud bych něco uděla a bylo by to neúmýslný, jsem přesvědčená, že by se za mě vedení postavilo, v tomhle si jsem téměř stoprocentně jistá. Ne ani nikdo jiný z kolektivu určitě pod mým dohledem nemocnýho nikdy nepoškodil. Nebo takle, to že jsem nikdy nic neviděla ani neslyšela, neznamená, že se to neděje nebo nikdy nestalo. Ale prostě si myslím, že tady u nás k tomu nedochází.

Rozhovor č.5 se zdravotní sestrou

Žena, 27let, 8 let praxe v oboru všeobecná sestra, středoškolské vzdělání

Ne neznám. Pacienta můžeme poškozovat prakticky vším, co trochu vybočuje ze standardu. Tak částečně ano, ale že by vzdělávání nebo praxe bylo nějak stěžejní, to si nemyslím. Spíš je to o tom jak je člověk v práci spokojenej, jaký má nad sebou a vedle sebe lidi. Hm, to si nemyslím, poškodit může stejně tak nováček jako sestra spoustu let zaběhlá. Nováček proto, že neví, člověk s praxí proto, že je unavenej, vyhořelej a že ho to

už nebaví. Atmosféra na pracovišti dělá hodně, ale zase pokud někdo není spokojený a vidí, že mu to tam nesvědčí, že by třeba měl tendenci kvůli tomu něco udělat, tak má možnost práci změnit, i když je fakt no, ta doba zase, s prací to je bída nevím no. Ne to si nemyslím, že by při noční bylo větší riziko, je to o stylu práce, o tom jak si to člověk rozvrhne, ale je fakt, že pokud doma neodpočívá a pak jede jednu noční za druhou, stát by se to v tomhle případě asi mohlo no. Omluvitelný dle mého moc věcí není. Ale takovýto bez následků pro pacienta, udělaný nechtěně, by mělo asi být. Předcházet se tomu dá jedině tím, že by člověk byl víc pozornější, měl víc empatie a asi na sobě víc profesně pracoval. I když asi dneska v tom hraje roli i nízká motivace sester, chtějí po nás hodně muziky za málo peněz a to taky všechny povahy dlouho nevydrží bavit. No je to možný, že jsem někdy někoho poškodila, přímo vědomá si toho nejsem, ale ruku do ohně že se to nestalo, za to nedám. Jednalo se určitě spíš o psychický, ale tak nic konkrétního si nevybavuju, tak to nemůžu ani s určitostí říct nebo určit kdy to přesně bylo nebo komu jsem o tom řekla nebo ne. Věřím, že by se za mě vedení postavilo. Ale jo tak, když budu brát nějakou svojí nevhodnou komunikaci směřovanou na nemocného, tak asi jo, nebylo mi pak třeba úplně dobře na duši, jsou nemocný, i ten věk těch pacientů se poměrně dost prodlužuje, takže většina pacientů jsou gerontologický nemocný, tak mě pak těch babiček nebo dědů bylo líto, když jsem s nima třeba neměla úplnou trpělivost, jak by si třeba zasloužili. Ano byla jsem svědkem, ale nechce se mě to tady nějak dopodrobna rozebírat. Jednalo se o psychické poškození, já jsem s ní o tom nemluvila, necejtila jsem se v tu dobu na to a ani jsem tak nějak nevěděla co bych jí na to měla říct. Vedení to řešilo, nevím možná i opakovaně domluvou, i když dle mého názoru to bylo daleko víc postihnuteľný. Já se v tom nijak angažovat nechtěla, sama mám svých starostí dost.

Komentář výzkumníka: Sestra č. 5, byť měl být výzkum plně anonymní, odpovídala za přítomnosti své staniční sestry. Ta si přála u rozhovoru být. I to je možná důvodem toho, že některé odpovědi mohou působit stroze nebo neúplně.

Rozhovor č.1 s pacientem

Muž, 33 let, 2. hospitalizace, středoškolské vzdělání

Ne, to neznám, nikdy jsem o tom neslyšel. Asi jo, určitě to vliv má. Ale zase, že by nějaká echt vzdělaná sestra nebo sestra starší, co dělá ve zdravotnictví dýl, chyby nedělala, to si nemyslím. Chybuje každéj. Myslím si, že je to právě naopak. Menší nemocnice si potřebují dělat mezi lidma jméno, jakoby reklamu, musí zajistit, aby tam lidi chodili, vraceli se, existenčně si nemůžou dovolit úbytek pacientů kvůli nekvalitní péči, takže si myslím, že

pokud je tam zpětná vazba mezi vedením a řadovými zaměstnanci, může malá nemocnice, například okresní směle konkurovat těm velkým. Jo a taky v těch velkých, tam zase může bejt třeba neosobní jednání, stalo se mi jednou, když jsem tam ležel, že se mnou mluvili jako s číslem. Víte jak to myslím né? Kolikrát mě ani neoslovovali jménem. Člověk si tam pak připadal jako nějaký čarovej kod. Taky musím zmínit třeba větší výskyt těch nemocničních nákaz mezi lidma, když jich tam je víc, víte, co mám na mysli, že? No jak se to vezme. Záleželo by, o co by šlo. Špatná indikace léčby, nevhodný výkon nebo zbytečné vyšetření je pro mě neomluvitelná. Vůbec všechno co by vzešlo chybně od doktora bych neomluvil. Studoval na to snad dlouho, aby věděl co a jak. U sester tam jsem asi v mínění trochu mírnější. Mám spoustu známých mezi kamarády, co mají za ženy sestry, moje teta taky byla a to co kolikrát slyším, na to já bych neměl. Taková ta intimnost, to co těm nemocným kolikrát musej dělat, myslím hlavně hygienu, ty různý převazy to je hrůza. To já bych nemoh. A když mi pak některý řekli, za jak směšný částky dělaj? Jednou nohou v kriminále furt, ani za nic. Možná proto na pochybení z jejich strany nahlížím jinak. Mají na to dle mého nárok. Do jaké míry? Pokud by mě to neohrozilo na životě nebo nějak extra na zdraví pak bych asi odpustil všechno. Tu jak jste to říkala? Jo somatickou, tu jo, psychickou tu by si snad ke mně nikdo nedovolil, mladý lidi si to uřvou, když je třeba. U staříků to může bejt ale horší, tam věřím, že nějaký nevhodný chování je může poznamenat daleko víc, než nás mladý. Mě jako mladýmu se jeví horší somatická, psychickou bych si nějak vyřešil. U starých ale věřím, že je horší ta psychická. Média mě neovlivňují vůbec. Na televizi nemám čas, jsem furt v práci, takže ne. Úroveň zdravotnictví v ČR dle mého spíš klesá, ale kdybych měl říct proč, tak bych asi musel chvílí přemejšlet. V první řadě celkovej systém, nezáměřeně státu o nemocnice a lidi jako takový. Všechno se rozkrádá, nemocnice jsou zadlužený, pak má ta péče za něco stát. Víte co se mi jednou stalo? Viděl jsem, jak se lidi utíraj a mejou starýma hadrama, protože takový ty hadry, muly nebo co já vím, čím se ty lidi jinak standartně mejou, jsou prej drahý. Takže hadry co se vyřadili, nevím, jestli to byly starý prostěradla či co, asi nastříhali a tím je prostě myli. Jako jo, ty hadry byly čistý, po použití je vyhazovaly- ještě kdyby to bylo znovu použitelný, to už by vůbec bylo do nebe volající, ale i tak. Snad mám jako pacient na něco nárok. Člověk platí jak mourovatej pojištění, daně a nic z toho. Takže dle mě, kvůli tomu, že ty nemocnice jsou tlačeny do kouta, musej šetřit, zaměstnance pořádně nezaplatěj, nedivím se pak, že může k poškozování docházet. Prevence? Pokud se nezmění myšlení těch nahoře, pochybuju, že jedinec- jako třeba jedna sestra něco zmůže. Obecně by to chtělo míň pacientů na jednu sestru nebo doktora, lepší vybavení nemocnic, zázemí pro zaměstnance, lepší finanční

ohodnocení, pak by byli i líp motivovaný a to je dle mého klíč k tomu jak tomu z velkých většiny předcházet. Ano, myslím si, že jsem byl poškozen, ale doktorem. Je to asi tak dva roky zpět, obvodním veterinářem- doslova ho tak musím nazvat, jelikož s doktorem pro lidi to nemá nic společného, stanovil mi špatně diagnózu, o dalších věcech okolo s tím spojených ani nemluvě. Hanba mluvit. Sestrou jsem nikdy poškozen nebyl. Ano k takové sestře bych i nadále důvěru měl.

Rozhovor č.2 s pacientkou

Žena, 80 let, 8. hospitalizace, základní vzdělání

Jé děvenko to vůbec nevím co je, já moc tady ty novoty neznám a kdo ví, jestli vám budu vůbec něco platná v nějakém tom rozhovoru. No nevím no, dřív měli vzdělání skoro všichni stejný, málokdo se k učení dostal, bylo to většinou ovlivněný režimem a nebylo to nějak hrozný. I když vy mladý musíte se dneska učit, vo tom to dneska je. Chápu, že ste do toho tlačěný a taky potřebujete peníze víc než my dřív. Takže asi jo, má to vliv, to první i to druhý co jste jmenovala. Asi ne, když sou sestřičky a doktoři hodný je jedno, jestli ten špitál je velkej nebo malej. Ale jo odpustila bych, možná asi všecko, co by mě neuškodilo na životě nijak moc, všichni sme lidi přece a pochybuju, že by mě někdo úmyslně chtěl třeba uškodit, co by si na takový starý bábě kdo vzal. Mně se jeví horší takový to ošklivý jednání, moje maminka říkala, že bol na duši je vždycky horší než ten na těle. Média? Jako televizi myslíte třeba jo? Ale tak něco člověk slyší, třeba vo tom z toho Brodu, co zabíjel lidi těma injekcema, ale tak to byl blázen a snad výjimečnej případ, toho že by se to mělo stát díky tomu mě, se nebojím. Určitě zvyšuje, víte co já jak jsem stará, ledascojsem zažila, tak můžu srovnávat, dřív nebylo nic, na všechno člověk dostával lístky, ve špitálech byl studenej vodchov, ale zase každej měl nárok, nemuselo se nic připlácet. Pokoje byly velký, pamatuju si, jak jsem tehdá, to mě bylo asi třicet, ležela na pokoji snad s dalšíma šesti ženskejma, bidety byly taky společný, třeba na chodbě, ale myslím, že sme zase ležely na tom jednom patře jenom ženský. Sester bylo málo, občas nějakej sluha tam byl, ale jinak toho onehdá moc nebylo. Teď má člověk servis. No lidí jako sester a doktorů je málo, furt to ve zprávách říkaj, nemocných nebo těch co třeba umíraj zase víc, obecně jsou ty sestry dost přetěžovaný, víte co, tak třeba prostě na nás nemusej mít někdy čas, s tím se asi moc dělat nedá. Co s tím dělat? Děvenko milá, na tyhle myšlenky já už jsem stará a krátká, názor starý báby stejně nikoho nezajímá, já už to tady nějak dožiju. Ale vám mladejm přeju trochu tý lidský spokojenosti, aby vás práce bavila, dostaly ste za ní zaplaceno, asi to je klíčem jak rozluštit tuhle záhadu, lepší plat a podmínky pro všechny,

kdo si to zasloužej. Jo poškozená sem asi byla, víte jak, už mi ale hlava vynechává, je to už docela dávno. Asi čtyřicet let. Je to možný? Ale jo, letí to. No jedna sestra na mě tenkrát byla dost hubatá, když mi spad na zen teploměr a rozbil se. Do toho psychologickýho nebo co ste to říkala a dalšího co říkáte, si to zařaďte sama. Nevím, kam to patří. Dřív to tak ale prostě bylo. Sestry byly dost od rány, nepáraly se s lidma jako vy teď s náma. Neřešila se to nikde, nebylo ani kde. Dřív vedení třeba po špitálech nijak nechodilo a my sme jako nemocný z postelí moc vylejzat nemohli. Né jako teď, že se každěj promenáduje po špitále ve dne v noci, kdy se mu zachce. Dřív byl prostě řád, kterej se musel dodržovat. Ona byla na všechny taková, podle mého pohledu si to ani neuvědomovala, víte co, jak to tak už bejvá. Všem říkala stejný věci, nepřišlo mi to tehdá ani divný, to až teď, když vám na to odpovídám. Byla to normální ženská no, rázná, možná to už všechno dělala naučeně, tak jí to ani nepřišlo asi. Já sem si to nebrala, ale v tý době, to jsem byla ještě mladá, ty starý babči, takový jako sem teď já, pro ně to bylo horší. Některý i brečeli potom. Pamatuju si, jak sem je utěšovala. Dokonce sem některý i krmila, to se dřív taky hodně dělo, vy to nepamatujete, ale mladý se dávaly hodně ke starejm, proto aby se o ně mohly někdy postarat. Přišla třeba sestra a řekla, doved'te paní na záchod, já nemám čas nebo tak. Bylo to tak zvykem, v tý době to nebylo nic divnýho. Tak teď když na to vzpomínám, je mi z toho trochu smutno, ale neberu si to. Víte co já už toho za život zažila? Mohla bych vám děvenko vyprávět, ale to vy tam stejně nemůžete psát do toho vašeho školního psaní, že jo? Jo to bych měla. Tady sou samý hodný sestřičky, nedovedu si představit, že bych se na ně měla zlobit, každěj se můžeme mýlit, já se taky naďála neplechý za život a kolikrát sem vůbec nechtěla.

Rozhovor č. 3 s pacientkou

Žena, 40 let, 3. hospitalizace, vysokoškolské vzdělání

Ano, myslím, že jsem o tom nedávno četla v nějakým odborným článku, když jsem si pročítala co mě v nemocnici čeká. Jedná se o nějaké pochybení ze strany personálu ne? To vám tohle dovolili zkoumat? To se divím, dneska se každý kreje, bojí se veřejného mínění, ale já vám fandím. Někdy se prostě píchnout do úlu musí. Člověk dostane třeba pár žihadel, ale sladkost medu za to stojí že? A já si cením hlavně toho, že ten med nechcete sebrat jen pro sebe, ale že se třeba dostane i trocha na nás, pacienty. Ano vědomosti a zkušenosti hrajou dle mého názoru velkou roli. Taky jsem musela studovat, abych měla co klientům nabídnout. Dnes je to bohudík hodně rozjeté, tohle vzdělávání, kurzy a tak podobně a dle mého je to dobře. Každý by se měl vzdělávat, stejně tak si cenit lidí se

zkušenostmi. V mých očích je ideální sestra spojením vzdělané, zkušené a milé osoby, která má ráda svoji práci. To si nemyslím. Dneska když pomínu soukromá zařízení, kde je dobré jméno existenčně důležité, v nemocnicích jako takových to je asi jedno, zda člověk leží v okresní, krajské nebo fakultní. Penězi nelze vykoupit hloupost a neochotu personálu, stejně tak, jen lásky a péče od sester se nemocný nenají. Nevím, jestli bych něco odpustila. Ale asi ano. Záleželo by na mnoha okolnostech, na to co by se stalo, za jakých podmínek by se to stalo, jak by se ta sestra chovala před i po, taky by záleželo, co by mi bylo a jak hodně by to třeba zhoršilo můj zdravotní stav. Kdybych měla uvést nějaký případ, špatný lék, pokud by mi neuškodil bych odpustila, podání špatné krevní konzervy, chybnou diagnózu ze strany lékaře, sprosté a vulgární jednání v žádném případě ne. Horší se mi zatím jeví asi somatická, ale je to takové sporné. Víte co já nevidím svět jen černobílý, záleží na mnoha faktorech, ale je to tím, že jsem relativně mladá a soběstačná a můžu se bránit. U starých nemocných si myslím, že je jednoznačně horší ta psychická. Média mě neovlivňují. Takový ten klasický bulvár mi je proti srsti, čtu a poslouchám jen to co má úroveň a hlavně si dělám na vše svůj názor. Kvalita péče dřív a teď se nedá říct, zda by byla horší nebo lepší, je prostě jen jiná. Dřív to bylo jiné, od sester se čekalo něco jiného než teď. Pacienti se dle mého poškozují ne kvůli liknavosti, ale hlavně kvůli tomu, že na ně prostě asi není tolik času. To je chybou systému, vedení nemocnic, ne samotných sester. I když existují procenta sester, která nemají ráda svá povolání a potom to tak vypadá. Chtělo by to celkovou reformu zdravotnictví, jasné podmínky, vymezení pravomocí, posílení personálního stavu nemocnic, hlavně pomocným personálem. Sestry by pak měly čas na administrativu a odborné záležitosti kolem nemocných a nemuseli se zabývat nadnášením peřin, otvíráním, zavíráním oken, dolíváním čajů a podobných věcí, kterými si nemocní někdy s oblibou krátí v nemocnici čas. Taky by měly být sestry lépe ohodnocené finančně nebo nějak jinak, byly by pak lépe motivované. Ano, byla jsem poškozená. Teda nevím, jestli se to tak dá nazvat. Jednalo se o poškození somatické. Po chybné manipulaci s tou přívodnou hadičkou v ruce, jak jí kapou infuze, jsem dostala do toho místa vpichu zánět. Bolelo to jako čert. Sestřičce se zdálo místo dobré, je pravda, že na něm nebylo nic moc vidět, nepříjemné pocity jsem měla jen já subjektivně. Takže proto to ani stoprocentně do pochybení neřadím. Komplikace léčby nebo výkonů nejsou v žádném případě dle mého pochybení. Ano, kape mi infuze, komplikací této léčby může být zánět v žíle, kde je hadička napíchnutá. Se sestřičkou jsem pak o tom mluvila, bylo na ní vidět jak jí to je nepříjemné, že jí to mrzí. Hned se domluvila s lékařkou na postupech, ruku mi mazali, obkládali a ledovali. Asi do tří dnů bylo vše v pořádku. Sestřička byla moc ochotná a milá,

pracovala klidně a s rozvahou, proto jak už jsem vám říkala, neberu to jako jednoznačné pochybení, ale spíš jako komplikaci. Pocity? Jediné co jsem cítila, byl dyskomfort, jak jsem tu ruku musela mít obvázanou, zrovna na hřbetu, nemohla jsem se pořádně mýt. A také trochu strach, aby se to ještě nějak nezhoršilo. Jinak zlobu nebo vztek? To rozhodně ne. Ano měla bych důvěru k sestře, která mě neúmyslně poškodila. Tím, že by to přiznala, omluvila by se mi, by naopak v mých očích ještě vzrostla jako osobnost. Každý kdo si umí přiznat chybu, umí ji přiznat i druhým a umí se z toho poučit, je dle mě rovný člověk, který si zaslouží uznání.

Komentář výzkumníka: Pacientka, paní Jitka působila velice sečteně, inteligentně. Mluvila příjemným a klidným tónem hlasu. Její názory, styl myšlení a komunikace mě jako osobu velice obohatily.

Rozhovor č. 4 s pacientem

Muž, 66 let, 5. hospitalizace, vyučen

Ne to neznám. Aha no jo, to mě opravdu nenapadlo. Vědomosti hrajou roli, zkušenosti asi taky. Víte co, dneska aby se v tom člověk vyznal vůbec. Všude samý tituly, kolikrát ani člověk neví, co všechno znamenají a na koho se v těch nemocnicích vůbec obracet. Víte jak to myslím né, že mají třeba rozdělený kdo, co dělá a párkrát se mi stalo, že mi třeba řekli, řekněte si druhý, já tady od toho nejsem. No jak se to veme, já ležel v Praze, víte co takovej magnát, všude měli takový ty leštěný podlahy, na pokoji byla televize, člověk by si myslel, bůhví co to nebude a nebylo. Sestru sme se sousedem na pokoji viděli párkrát za den. Zvonit sme museli třeba třikrát, než někdo přišel. Naopak v jedné nemocnici, můžu to vůbec menovat? No rači nebudu, prostě byla malá, taková ta sběrná pro různý malý města a vesnice. Prostředí taky hezký, ale že by tam na člověka všude funěly peníze jako v tý Praze to ne. A sestry? Ty tam byly perfektní. Měly na nás čas, pomáhaly nám, na pokojích byly skoro pořád, jestli nechcem to nebo tamto, jestli budem jíst na pokojích nebo chceme na halu, jako abysme měli nějakou tu kultúru toho jedení. Každý den se převlíkalo, na zvonky chodili skoro hned, ráno u převlíkání jsme se normálně bavili, dělali srandu. Jo bylo to dobrý. Pro mě teda asi lepší, i když sem si na televizi musel dojít na tu halu na fotbal třeba nebo večer na zprávy, ale rači si dojdu na televizi a vím, že sestry budou dobrý, než bejt odkázanej jen na tu televizi na pokoji a sestru za celý den nevidět. Jo asi bych toleroval, záleželo by, o co by šlo. Horší se mi zdá ta psychická. Média mě moc neovlivňujú, poslechnu si to, ale že bych se nějak bál po nějaký kauze jít ležet do špitálu to ne. Kvalita dle mého všeobecně od sester vzrůstá, právě kuli tomu, že se musej učit, že

na ně tlačej, aby byly vzdělaný, ale zase je to vo lidech. V tý Praze měla taky skoro každá titul, a že bych tam byl nějak spokojenej to né. Kdyby se tam dávalo víc peněz do toho zdravotnictví tak nějak paušálně, všem stejně, bylo to pro pacienty lepší. Víte co já nechápu, proč by člověk měl jezdit tam a tak, kuli tomu, že tady ty přístroje nejsou a tak, to je docela blbě vymyšlený. Kdyby bylo všude všeco, co je potřeba, bylo by to pro sestry i nemocný pohodlnější. A taky by to ty sestry víc bavilo, vono víte co, když se vám přístroj než ho zapojíte, třikrát porouchá a nakonec si ho stejně musíte jít někam pučit, je to na hlavu postavený. Pak sou sestry zbytečně ve stresu, nestíhají, jelikož musej lítat po špitále a shánět kdo jim pučí blbou třeba tu krabičku, na kterou napojujou kapačku. Víte co myslim né? No to je to co říkám, víc peněz na platy, na vybavení, větší klid na práci, víc těch pomocnejch ošetřovatelek a zřízenců. Copak je to možný aby sestra vozila nemocnýho na vyšetření a z vyšetření kuli tomu, že nikde není žádněj volnej zřízenec? Víte co tím musí ztratit času? Já sem asi poškozenej nebyl, víte co já sem takovej splachovací, mě jen tak něco nemrzí. To už musí bejt. Ale jo, asi na mě párkrát nebyla sestra uplně příjemná, ale já pak na ní taky ne, tak se to vyrovnalo. No tak to je to psychický né? Ona se to podle mýho dojmu ani neuvědomila, byla to taková ta klasická nafučená semetryka, která byla protivná na všechny. Asi toho měla dost nevím. Byl sem naštvanej, ale jak sem vám říkal, mě to dlouho nevydrží, já sem si z ní pak i chvíli dělal srandu, aby si to třeba uvědomila, ale bylo to spíš bez efektu. Neměla evidentně žádněj smysl pro humor ani takovou tu životní šťávu, která je pro tohle povolání podle mýho docela dost důležitá. Jo k takový sestře bych důvěru měl, stát se to může každýmu a hned to nějak hnát do extrémů nebo jí tím nějak ponižovat, nadávat jí to né. To já bych nikdy neďál. Co já se mistrovi zničil materiálu, než sem se naučil práci, tak jak se ode mě čekalo. To bych vám moh vyprávět a taky na mě nikdy nikdo neřval.

Rozhovor č. 5 s pacientkou

Žena, 70 let, 5. hospitalizace, vyučena

Tak to sestři neznám, já sem vám říkala, že někdo jinej by vám asi odpovídal líp. Jo aha no dobře, na to se snad chytím. Jo to roli hraje, ale že by to bylo uplně to první a jediný co by měla sestra mít, to je holej nesmysl. Dle mě ne, já už sjezdila tolik špitálů a byla sem spokojená všude. Jo odpustila bych, já sem spokojenej člověk, chyby si nepřipouštím, tak ani nevím, jestli se vůbec stávají. Pro mě jako pro starou osobu je horší ošklivý chování než nějaký zmatek ohledně léků například. Ale zase je fakt, že chyba v léku pro nás starý, může mít horší následky než pro mladý zdravý tělo a silný srdce. Jako televizi myslíte?

Ani ne, moc to nesleduju. Kvalita je asi trochu lepší, i když jak se to veme. Dřív byly sestry takový málo osobní, dnes jsou hodný a milý. Né teda, že by dřív nebyly, ale nebyl v těch špitálech takovej osobní přístup. Už jen to jak ty ženský po porodu maj děti u sebe, na to já sem zůstala úplně koukat. To za nás nebylo. Děti nám vozili jen na kojení, kolikrát se spíš ani nekojilo, žádná osvěta, nic. To co je teď je dobře, dítě má bejt s mámou a ne někde v cimře s kopou dalších dětí. To nevím sestři, dneska jsou stěžejní peníze, ono dělat za almužnu komupak by se to líbilo. Kdyby sestrám přidali, bylo by to lepší. Doktoři ty maj furt, ale na sestry se zapomíná a přitom sou s těma nemocnýma víc než doktoři. Ale zase třeba za velký platy by sestru dělali i ženský co na to nemaj povahu, jen kuli penězům. Takle to trochu poskytuje jistotu, že ty co to dělaj, to nedělaj jen pro peníze. Je to docela těžká votázka na přemejšlení. Jéje, to po mě nechtějte, to musej ty nahoře, na to my sme sestři krátký. Myslím si, že sem poškozená nebyla. Nikdy se ke mně nikdo zle nechoval, jako nějaká horší nálada ze strany sestry třeba byla, ale tak to je normální né? Kdopak má furt dobrou náladu, já teda ne. Kor když se blbě vyspím a pak mě třeba celej den bolí hlava nebo záda, to sem taky bez nálady. Jo důvěru bych měla, tady sou všichni hodný, věřím, že by mě nikdo úmyslně nepoškodil a neúmyslně, to je přeci vmluvitelný nebo co myslíte vy, sestři?

Příloha č.4: Maslach Burn-out inventory

Síla pocitů: Vůbec 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 Velmi silně

- 1 Práce mne citově vysává
- 2 Na konci pracovního dne se cítím být na dně sil
- 3 Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unaven/a
- 4 Velmi dobře rozumím pocitům svých klientů/pacientů
- 5 Mám pocit, že někdy s klienty/pacienty jednám jako s neosobními věcmi
- 6 Celodenní práce s lidmi je pro mne skutečně namáhavá.
- 7 Jsem schopen velmi účinně vyřešit problémy svých klientů/pacientů
- 8 Cítím “vyhoření”, vyčerpání ze své práce
- 9 Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňují a nalaďují.
- 10 Od té doby, co vykonávám svou profesi, stal jsem se méně citlivým k lidem
- 11 Mám strach, že výkon mé práce mne činí citově tvrdým
- 12 Mám stále hodně energie
- 13 Moje práce mi přináší pocity marnosti, neuspokojení
- 14 Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mne to vyčerpává
- 15 Už mne dnes moc nezajímá, co se děje s mými klienty/pacienty
- 16 Práce s lidmi mi přináší silný stres
- 17 Dovedu u svých klientů/pacientů vyvolat uvolněnou atmosféru
- 18 Cítím se svěží a povzbuzený, když pracuji se svými klienty/pacienty
- 19 Za roky své práce jsem byl úspěšný a udělal/a hodně dobrého
- 20 Mám pocit, že jsem na konci svých sil
- 21 Citové problémy v práci řeším velmi klidně – vyrovnaně.
- 22 Cítím, že klienti/pacienti mi přičítají některé své problémy

MBI – Jednotlivé dimenze dotazníku

EE = Emocionální vyčerpání (Emotional Exhaustion)

DP = Depersonalizace

PA = Osobní uspokojení (Personal Accomplishment)

(**PE** Někteří autoři vyčleňují ještě - Fyzické vyčerpání (Physical Exhaustion), většina je započítává do EE)

- 1 EE+PE Práce mne citově vysává
- 2 EE+PE Na konci pracovního dne se cítím být na dně sil
- 3 EE+PE Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unaven/a
- 6 EE Celodenní práce s lidmi je pro mne skutečně namáhavá.
- 8 EE Cítím “vyhoření”, vyčerpání ze své práce
- 13 EE Moje práce mi přináší pocity marnosti, neuspokojení
- 14 EE+PE Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mne to vyčerpává
- 16 EE Práce s lidmi mi přináší silný stres
- 20 EE Mám pocit, že jsem na konci svých sil
- 5 DP Mám pocit, že někdy s klienty/pacienty jednám jako s neosobními věcmi
- 10 DP Od té doby, co vykonávám svou profesi, stal jsem se méně citlivým k lidem
- 11 DP Mám strach, že výkon mé práce mne činí citově tvrdým
- 15 DP Už mne dnes moc nezajímá, co se děje s mými klienty/pacienty
- 22 DP Cítím, že klienti/pacienti mi přiřítají některé své problémy
- 4 PA Velmi dobře rozumím pocitům svých klientů/pacientů
- 7 PA Jsem schopen velmi účinně vyřešit problémy svých klientů/pacientů
- 9 PA Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňuji a nalaďuji.
- 12 PA Mám stále hodně energie
- 17 PA Dovedu u svých klientů/pacientů vyvolat uvolněnou atmosféru
- 18 PA Cítím se svěží a povzbuzený, když pracuji se svými klienty/pacienty
- 19 PA Za roky své práce jsem byl úspěšný a udělal/a hodně dobrého
- 21 PA Citové problémy v práci řeším velmi klidně – vyrovnaně.

Vyhodnocení dotazníku

Syndrom vyhoření je složitým psychologickým konstruktem, proto jsou sub-škály kombinovány tak, aby postihly více oblastí a nezjišťuje se celkový skór. Protože pocity vyhoření jsou vnímány jako kontinuum, MBI měří na každé škále **úroveň vyhoření ve**

třech stupních – vysoký, mírný, nízký. Pro emocionální vyhoření a depersonalizaci korespondují vysoké hodnoty s vysokým stupněm vyhoření, naopak u osobního uspokojení korespondují s vyhořením nízké hodnoty.

Vyhodnocení spočívání v součtu všech bodových hodnocení v jednotlivých subškálách.

Stupeň emocionálního vyčerpání EE

Nízký 0 - 16 průměrná hodnota = 19,0

Mírný 17 - 26

Vysoký 27 a více = vyhoření!

Stupeň depersonalizace DP

Nízký 0 - 6 průměrná hodnota = 6,6

Mírný 7 - 12

Vysoký 13 a více = vyhoření!

Stupeň osobního uspokojení PA

Vysoký 39 a více

Mírný 38 - 32 průměrná hodnota = 36,8

Nízký 31 - 0 = vyhoření!