

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ

ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

Sorrorigenie

Bakalářská práce

Autor práce: Mgr. Michaela Votroubková

Vedoucí práce: Mgr. Michaela Schneiderová

2008

CHARLES UNIVERSITY OF PRAGUE
MEDICAL FACULTY IN HRADEC KRÁLOVÉ

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE

DEPARTMENT OF NURSING

Nursing errors

Bachelor's thesis

Author: Mgr. Michaela Votroubková

Supervisor: Mgr. Michaela Schneiderová

2008

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma "Sorrorigenie" vypracovala samostatně a veškerou literaturu, kterou jsem použila, jsem uvedla v seznamu literatury.

.....

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou bych rád poděkoval za cenné rady a připomínky při vedení mé závěrečné práce Mgr. Michaele Schneiderové.

Dále děkuji svým nejbližším za podporu po celou dobu studia, děkuji zahraničním studentům LFUK v Hradci Králové za pomoc při vyhledávání zahraničních zdrojů.

V Pardubicích dne 1.4. 2008

OBSAH

| | |
|--|----------|
| 1. ÚVOD | 4 |
| 2. CÍL TEORETICKÉ ČÁSTI | 8 |
| 3. SORRORIGENIE | 9 |
| 3.1. Typy a rozsah poškození pacienta zdravotníkem | 9 |
| 3.1.1. Somatické poškození pacienta | 9 |
| 3.1.2. Psychické poškození pacienta | 10 |
| 3.1.3. Kombinované poškození pacienta | 10 |
| 3.2. Poškození pacienta dle míry zavinění a míry zodpovědnosti zdravotníků | 10 |
| 3.2.1. Poškození pacienta bez přímé zodpovědnosti zdravotníka | 10 |
| 3.2.2. Poškození pacienta zřejmým zaviněním zdravotníka | 11 |
| 3.2.3. Poškození pacienta dle rozsahu zasažené populace | 11 |
| 3.3. Rozdělení sorrorigenie dle aktérů a příčin poškození pacienta | 11 |
| 3.3.1. Dle aktérů poškození pacienta | 11 |
| 3.3.2. Dle příčiny poškození pacienta | 12 |
| 3.3.3. Třídění podle typů činnosti a situací | 14 |
| 3.4. Příčiny sorrorigenie | 14 |
| 3.4.1. Nezkušený zdravotník | 15 |
| 3.4.2. Přecenění vlastních sil | 15 |
| 3.4.3. Nevhodný výběr oddělení | 16 |
| 3.4.4. Problematika výběru psychicky zdravých jedinců | 16 |
| 3.4.5. Chyby z únavy | 17 |
| 3.4.6. Věk sestry | 18 |
| 3.4.7. Příliš mnoho pacientů | 18 |
| 3.4.8. Poškození pacienta z porušení povinností mlčenlivosti | 20 |
| 3.4.9. Poškození pacienta z důvodu toxikomanie sester | 21 |
| 3.4.9.1. Faktory zvyšující riziko problémů způsobených návykovými látkami v pracovním prostředí | 21 |
| 3.4.9.2. Protektivní programy proti toxikomanii v USA | 22 |
| 3.5. Možné důsledky dlouhodobé náročné práce ve zdravotnictví | 22 |
| 3.5.1. Ztráta motivace sester | 23 |
| 3.5.2. Dobrý management | 24 |
| 3.5.3. Syndrom vyhoření – „burn out syndrom“ | 24 |
| 3.5.3.1. Historie | 25 |
| 3.5.3.2. Projevy syndromu vyhoření | 27 |
| 3.5.3.3. Stádia syndromu vyhoření | 27 |
| 3.5.3.4. Profesionální „deformace“ - otupělost | 28 |
| 3.6. Zdroje sorrorigenie | 28 |
| 3.7. Nejčastější důsledky sorrorigenie | 28 |
| 3.8. Změny v chápání sorrorigenie | 29 |
| 3.9. Psychologická problematika osobnosti zdravotníka ve vztahu k pacientovi | 30 |
| 3.9.1. Vývoj postupů medicíny k pacientovi | 30 |
| 3.9.1.1. Nosocentrické zaměření postoje zdravotníka | 30 |
| 3.9.1.2. Antropocentrické zaměření postoje zdravotníka | 30 |

| | |
|---|-----------|
| 3.9.1.3. Sociocentrické zaměření ve vztahu zdravotník – pacient | 31 |
| 3.10. Vztah zdravotník – pacient | 31 |
| 3.10.1. Pozitivní a negativní vlastnosti zdravotníka | 32 |
| 3.10.2. Kritéria psychického zdraví jako základní předpoklad ve vykonávání ošetrovatelské praxe | 33 |
| 3.10.3. Produktivní a neproduktivní chování zdravotníka | 34 |
| 3.10.4. Postoj k chybám provedeným při práci zdravotníka | 36 |
| 3.10.5. Vztah k nemoci | 38 |
| 3.10.6. Problémový pacient | 39 |
| 3.10.6.1. Agresivní pacient | 40 |
| 3.10.6.2. Úzkostný pacient | 41 |
| 3.10.6.3. Úzkostný pedant | 41 |
| 3.10.6.4. Depresivní pacient | 42 |
| 3.10.6.5. Narcistický pacient | 43 |
| 3.10.6.6. Kverulující pacient | 43 |
| 3.10.6.7. Sedukující pacient | 43 |
| 3.11. Prevence vzniku sorrorigenie | 44 |
| 3.11.1. Uvědomění si předností zdravotnického povolání | 44 |
| 3.11.2. Prevence přetížení povinností | 45 |
| 3.11.3. Sociální opora | 46 |
| 3.11.4. Dobré sociální klima na pracovišti | 47 |
| 3.11.5. Najít smysl života | 48 |
| 3.11.6. Pěstovat své stavovské ctnosti | 48 |
| 3.11.7. Péče o sebe | 49 |
| 3.11.8. Smysl pro humor | 49 |
| 3.11.9. Coping | 50 |
| 3.11.10. Zkvalitnění výuky sester | 50 |
| 4. EMPIRICKÁ ČÁST | 51 |
| 4.1. Cíl práce | 51 |
| 4.1.1. Dílčí cíle | 51 |
| 4.2. Metodika práce – Kvalitativní výzkum | 51 |
| 4.2.1. Zdroje odborných poznatků | 51 |
| 4.2.2. Charakteristika souboru respondentů | 51 |
| 4.2.3. Užitá metoda šetření | 52 |
| 4.2.4. Standardizovaný rozhovor | 52 |
| 4.2.5. Realizace šetření | 53 |
| 4.2.6. Interpretace rozhovorů s pacienty | 55 |
| 4.2.6.1. Rozhovor č.1 | 55 |
| 4.2.6.2. Rozhovor č.2 | 56 |
| 4.2.6.3. Rozhovor č.3 | 59 |
| 4.2.6.4. Rozhovor č.4 | 61 |
| 4.2.6.5. Rozhovor č.5 | 63 |
| 4.2.6.6. Rozhovor č.6 | 65 |

| | |
|---------------------------|-----------|
| 5 DISKUZE | 68 |
| 6 ZÁVĚR | 72 |
| Anotace | 74 |
| Seznam zkratk | 75 |
| Souhrn | 76 |
| Summary | 77 |
| Seznam použité literatury | 78 |
| Seznam příloh | 82 |
| Přílohy | 83 |

1. Úvod

Motto: „Stvořil Bůh, stvořil Bůh ratolest,
bych mohl věnce vázat,
děkuji, děkuji za bolest,
jež učí mne se tázat,
děkuji, děkuji za nezdar:
ten naučí mne píli,
bych mohl, bych mohl přinést dar,
byť nezbývalo síly,
děkuji, děkuji, děkuji.

Děkuji, děkuji za slabost,
jež pokoře mne učí,
pokoře, pokoře pro radost,
pokoře bez područí,
za slzy, za slzy děkuji:
ty naučí mne citu,
k živým, jež, k živým, jež žalují
a křičí po soucitu,
děkuji, děkuji, děkuji.“ (Karel Kryl)

Unavená sestra, nepříjemný lékař. Bohužel i s takovými situacemi se můžeme setkat v českém zdravotnictví. Sama pracuji v této sféře více jak pět let a také téměř denně introspektivně analyzuji vztahově-postojovou rovinu v mé profesi na ošetrovací jednotce, kde jako sestra působím. Zpytování svědomí nemine žádného jedince, který se rozhodl pomáhat lidem. Mírnit bolest, směřovat a napomoci k uzdravení a navrácení soběstačnosti spolu a za pomoci pacienta, jsou denními činnostmi. Často si tak musíme pravdivě odpovědět, že ne vždy se mé chování, jednání a péče o pacienta podobalo ideálu, jaký nám kdysi předkládala zdravotnická škola. Možná se ptáte proč. Odpovědí se naskýtá mnoho.

Sestra je osobnost, tedy lidská bytost s minulostí, přítomností a směřující k budoucnosti, je pouze člověkem. Není stroj a ani není bezchybná či dokonalá. Sestra podléhá únavě z mnoha služeb, náročným situacím v její práci, nedocenením sesterské práce širokou veřejností a v neposlední řadě svým osobním problémům a náladám pacientů.

Pacient je ovšem také člověk. Pro nás často si volících altruistický typ povolání, je člověk s velkým „Č“. Je nemocný. Samotný stav ne - zdraví jej staví do podřízené pozice. Leží, cítí se špatně, po psychické i fyzické stránce na něj doléhají mnohá utrpení. Jeho „přítel“ v bílém nad ním stojí a on je bezmocný. Již samotná posturologie nemocného je potupná.

„Jak se komunikuje člověku, když leží a stojící osoba nad ním mu říká co má či nemá dělat.“ I když se sestra usmívá a je vstřícná, je pacient v podřízené pozici. Tato situace není vůbec příjemná pro člověka, který může chodit natož pak pro člověka, který je upoután na lůžko. V horším případě vyžaduje-li stav hospitalizaci ještě postava zdravotníka nabývá na moci. A pokušení moci je jedním z nástrojů „d'áblových“. Občas neodolají ani silné osobnosti.

Pacientovu reakci na nemoc výrazně ovlivňuje chování a lékařů a sester. Někdy se hovoří o protipřenosu. Je důležité mít stále na paměti, že neexistuje ideální nemocný. Sestra je zde pro nemocné a musí je ošetřovat takové, jací jsou. Dobrý kontakt s nemocným je nutnou podmínka pro hlavní cíl sesterské práce, kterým je zmírnění choroby a pomoc ke znovunabytí zdraví a podpora soběstačnosti. Když sestra působí klidně, jistě a vzdělaně, dokáže uklidnit i velmi úzkostného, odbojného a agresivního pacienta. Vznikne-li mezi nemocným a zdravotníkem vztah odporu či averze, vede většinou ke zhoršení zdravotního stavu nemocného. Během regrese se dostává nemocný do infantilního vzdoru a může zcela odmítat péči. Ještě horší situace nastává, když se nemocný začne sebepoškozovat. Pro zdravotníky je nutné mít stále na paměti, že všichni nemocní jsou situováni do závislé role.

Umění ošetrovatelských postupů se dá naučit, chování sestry však musí být založeno na ochotě pečovat a pomáhat. U mnoha sester se s takovou snahou setkáváme. I ony však chybují, a proto jsem se rozhodla věnovat svou práci problematice sorrorigenie. Mou snahou bude rozhovory s pacienty velmi fragmenálně zmapovat jednotlivé zkušenosti s prací sester, jejich přístupem a profesionalitou ošetrovatelské praxe k pacientům. Víím, že sestry poškodily, poškozují a bohužel i budou poškozovat své pacienty. Budu doufat, že to bude nevědomě. Ráda bych si potvrdila svůj názor, že v mnoha případech nejde o zlý úmysl zdravotníka, ale o selhání způsobené únavou, syndromem vyhoření a celým soukolím organizace zdravotnické péče u nás. Leckdy jde o nevhodný výběr oddělení, strach změnit pracoviště, protože někde budu “nová” a závislá na všech, jindy zase z dlouholeté praxe přepracovaná.

V učebnicích zdravotnické psychologie nalézáme rady i nároky na vysokou profesionalitu sestry. Ano, ideály potřebujeme, abychom se měli k čemu přibližovat, ale ideály jsou a jimi take zůstanou. Už samotná realita života, individualita pacienta vedou k improvizaci v sesterské práci a knihy, byť krásně napsané, moc nezmohou.

Sestra, která má v osobním životě problémy, prožívá těžkou situaci v rodině nebo se sama vyrovnává s nějakým těžkým stresem, jen obtížně zaklapne stránku s nápisem “osobní život” příchodem na pracoviště.

Těžko také myslet, že lze zapomenout na obzvláště milé pacienty, s nimiž sestra navázala osobní kontakt, kteří nakonec odejdou na “onen” svět, či se jejich stav nápadně zhorší. Na rodiny, kterým zemřelo dítě nebo na děti, které zůstaly bez rodičů. Ani sebelepší psycholog není s to tyto zážitky vymazat z hlavy sestry. A proudem tekoucí sprchy na hlavu zdravotníka, jak radí chytré knihy, se ani při sebelepším autogenním tréninku po dni plném stresu nevymažou vzpomínky z hlavy. Radostí i úlevou jsou pro zdravotníka pacienti, kteří se vrátí domů a jsou opět schopni vest samostatný život. Tehdy zdravotník pocítí, že tak alespoň na chvíli pomohl “přemoci smrt”.

Také přístup lékařů ke spolupráci vykazuje jisté nedostatky a jsou si at’ už více či méně často podobné nebo přesně takové, jaké bychom našli u sester.

Je možno poukázat na chyby, kterým by se dalo předejít čitelným psaním plánu péče a medikace, včasným příchodem na jednotku či zachováním klidu při resuscitaci.

Jako další nevyřčenou kapitolu nelze opomenout omyly ve zdravotnické praxi. Málokomu jsou jeho chyby “jedno”. Neodstatky, které způsobí poškození zdraví druhého skýtají vysokou intenzitu duševní bolesti pro chybujícího. Přiznání je nepříjemné a trest ještě více. Oboje vede k frustraci, které se chybující zbavuje po určitý čas. A co je na tomto faktu nejhorší? Co se stalo, již nelze vzít zpět.

Z mého pokusu o výčet problémů “visících” nad problematikou sorrorigenie je patrné, že závěr práce nebude jednoznačně dán pro jednu či druhou stranu.

Ráda bych přiměla čtenáře, aby se na dané téma podíval očima pacientů i sester. Ráda bych předeslala, že mnou používaný výraz “sestra” zahrnuje střední zdravotnické pracovníky všeobecně.

2. Cíl teoretické části

Cílem teoretické části práce je:

- definovat pojem sorrorigenie a popsat jeho vztah k práci zdravotníka
- popsat možné příčiny patologického chování nebo konání zdravotníka vůči pacientovi
- poukázat na jeho důsledky ve zdravotnické praxi
- upozornit na možné nedostatky v psychologické péči o zaměstnance - zdravotníky
- upozornit na možné nedostatky v psychologické péči o pacienty
- upozornit na možné nedostatky v ošetrovatelské péči o pacienty
- nastítnit možnosti řešení
- přiblížit možnosti prevence sorrorigenie

3. Sorrorigenie

Tento výraz pochází z latinského slova *sorrow*, v překladu sestra a řeckého slova *gennan*, které znamená tvořit. *Sorrorigenií* rozumíme takové jednání sestry, úmyslné nebo neúmyslné, které vede k psychickému či fyzickému poškození pacienta.

Poškození pacienta může mít podle svého charakteru trojí podobu: je-li především poškozen tělesně, jedná se o somatické poškození, je-li poškozena především jeho psychika, mluvíme o psychickém poškození, jsou-li zasaženy obě stránky osobnosti, popisujeme je jako kombinované poškození pacienta (Mareš, 2002, s. 14).

3.1. Typy a rozsah poškození pacienta zdravotníkem

Poškození pacienta lze rozdělit na somatické, psychické a kombinované poškození pacienta.

3.1.1. Somatické poškození pacienta

Příkladem somatického poškození pacienta může být zbytečné pokusy o pacientovu venepunkci, kdy sestra ignoruje skutečnost, že nemůže pacientovi odebrat krev a znovu a znovu se o to sama pokouší aniž by zavolala zkušenější kolegyni a lékaře.

3.1.2. Psychické poškození pacienta

Příkladem psychického poškození pacienta může být necitlivé debatování o stavu pacienta s jinými kolegyněmi nad ním nebo je pacient odeslán na bolestivé vyšetření bez psychické přípravy, aniž je mu cokoli vysvětleno, je vnímán jen jako „kus“. Pokud se dotyčný nesměle zeptá, je sestrou rázně odbyt.

Jedná-li se o psychické poškozování, jsou nejvíce zranitelní jedinci psychicky labilní, úzkostní. Mezi další ohroženou skupinu lze uvést osoby se sníženým sebepojetím, nemocní s nereálným očekáváním náhlého a trvalého zlepšení jejich zdravotního stavu, jedince prožívajícího dlouho nejistotu či jedince bez sociální opory.

3.1.3. Kombinované poškození pacienta

Příkladem kombinovaného poškození pacienta je provádění mnoha zbytečných vyšetření, které pacienta somaticky zatěžují za současného nasazení terapie bez jakéhokoli vysvětlení.

3.2. Poškození pacienta dle míry zavinění a míry zodpovědnosti zdravotníků

Poškození pacienta můžeme také třídit podle míry zavinění a podle míry zodpovědnosti zdravotníků, které je posuzováno z právního pohledu.

3.2.1. Poškození pacienta bez přímé zodpovědnosti zdravotníka

Existují poškození pacienta, za které zdravotník nenese přímou zodpovědnost. Jde např. o mimořádné situace, které se nedaly předvídat (např. selhání přístroje, vada materiálu, z něhož je nástroj či pomůcka zhotovena), poškození pacienta, které vzniká tím, že současný stav medicíny neumožňuje u dané nemoci použít jiný postup, příp. neočekávaná reaktivita nemocného na lék či zákrok, která se nedala dopředu předpokládat, neboť se dříve u daného pacienta nikdy nevyskytla.

3.2.2. Poškození pacienta zřejmým zaviněním zdravotníka

Existují však poškození pacienta, s nimiž se setkáváme s větší četností výskytu, u nichž je zavinění zdravotníka zřejmé. Jedná se např. o špatné podání léku, chybné rozhodnutí ústící v opožděné jednání zdravotníka, zanedbání aseptického přístupu k pacientovým vstupům či nedbale provedený výkon ústící ve zbytečné pozdější komplikace.

Mezi neomluvitelné chyby patří nedbale provedený výkon doprovázený nevhodným devalvujícím komentářem, ordinování zbytečného výkonu s cílem souboje s kolegy o pozici ve snaze získat určitou výhodu pro instituci či pro sebe.

3.2.3. Poškození pacienta dle rozsahu zasažené populace

Poškození pacientů můžeme též třídit podle rozsahu zasažené populace. Zdravotník může poškodit nevhodným chováním jednotlivce (např. potupné poznámky o jeho osobě při demonstraci výkonu před žákyněmi SZŠ, nebráním ohledu na pacientovo prožívání nemoci a jeho zvláštnosti). Sestra také může poškodit skupinu osob (např. opakovaně a vědomě zanedbávanou ošetrovatelskou péčí, neplnění ordinací lékaře včas u své skupiny pacientů aj.). Sestra může po dobu svého působení poškodit i poměrně velkou skupinu osob svým negativním postojem ke všem pacientům např. v důsledku syndromu vyhoření.

3.3. Rozdělení sorrorigenie dle aktérů a příčin poškození pacienta

3.3.1. Dle aktérů poškození pacienta

Jakékoliv poškození pacientů se všeobecně dělí dle aktérů, kteří se na této činnosti především podílejí. Mezi výše zmíněné patří lékaři, sestry, pomocný personál, medicí, žákyně SZŠ, ale i spolupacienti a rodinní příslušníci.

Pojmeme-li celou věc do důsledků nejvyšších, dalo by se hovořit i o postižení pacienta zdravotními pojišťovkami či dokonce nevhodnou koncepcí celého zdravotního systému, kdy by pacienty komplexně poškozovala instituce nejvyšší – Ministerstvo zdravotnictví.

3.3.2. Dle příčiny poškození pacienta

Jiné, neméně důležité hledisko, podle něhož poškození pacienta rozlišujeme je dle příčin. Do tohoto rozdělení se opět dají zařadit i výše zmíněné systémové chyby související s koncepcí našeho současného zdravotnického systému. Dále můžeme přidat příčiny související s materiálním stavem našeho zdravotnictví (budovy, jejich zařízení, přístrojové vybavení, léky atp.) (Mareš, 2002, s. 14 – 15).

Vzmeme-li v úvahu jedince, kteří přicházejí do přímého styku s pacientem, pak u nich můžeme zmínit tyto příčiny:

Nekompetentnost – znamená, že se jedinec snaží „po svém“ pomoci pacientovi, leč není na to dostatečně připraven (spolupacienti, medicí, žákyně SZŠ, začínající sestry).

Nedbalost – v tomto případě se jedinec snaží mít práci „za sebou“. Je sice dobře odborně připraven a ovládá postup, ale nepracuje důsledně, pečlivě a již vůbec ne s ohledem na pacienta.

Nevhodná orientace – je situace, kdy jedinec orientuje své snažení tak, že pro něj dobro pacienta přestává být prioritou. Pro zdravotnický personál je pak typická orientace na nemocný orgán (jak jej vyléčit), na perfektní zvládnutí určitého výkonu, na získání výzkumných výsledků, které by se daly publikovat, na zajímavou práci s unikátním technickým zařízením (např. MRI, gama kamera) nebo na odbornou prioritu v dané oblasti a na osobní prospěch, ale nikoli na člověka jako celek. V práci sestry tato orientace poukazuje na manuálně zručnou, rychlou a pohotovou sestru, která si ve své práci „věří“, ovšem pacienta už vidí jak nástroj své úspěšné kariéry.

Opotřebování – je správným směrem orientovaný jedinec, však dlouholetá psychicky i fyzicky vyčerpávající práce na specializovaném zdravotnickém zařízení (JIP, ARO) si vybírá svou daň. Zdravotník dobře ví, co by se mělo udělat, jak a jakým způsobem, ale nemá již sílu se své práci cele věnovat – už nechce nebo nemůže (syndrom vyhoření).

Záměrnost – osoba starající se o pacienty je vůči některým lidem negativně zaměřena. V jeho jednání dominují např. nekritičnost vůči sobě, pohrdání jinými lidmi, neadekvátní reagování v běžných situacích, nezřídká i zátěžových. Toto jednání se v praxi projevuje nepřátelstvím, agresivitou, potěšením z ponižování podřízených a devalvování bezmocných, opojení mocí, které souvisí se sociální rolí sestry, lékaře, nadřízeného atd.

3.3.3. Třídění podle typů činností a situací

Poslední hledisko výčtu možností, jak lze poškodit pacienta, jsou situace a činnosti, v nichž se poškozování pacienta převážně vyskytuje. Můžeme se s ním setkat při zabezpečování provozu zdravotnického zařízení, s čímž souvisí problémy se samotnou dostupností zdravotní péče, s objednáváním pacientů na jednotlivá vyšetření, čekací dobou na ošetření, odkládáním výkonů, problémy se zdravotnickou dokumentací, s neúplnou

evidenci a s některými ukazateli kvality zdravotní péče, které ignorují pacienta jako živého a trpícího člověka s individuálními zvláštnostmi (Mareš, 2002, s. 16).

S poškozováním pacientů se můžeme setkat při stanovování diagnózy. Již nevhodný postup při sběru anamnézy (ošetřovatelské či lékařské), chvat, zapříčiněný nedostatkem času, kdy se na pacienta nezřídka „sesypou“ na přeskáčku s otázkami, jak lékař, tak sestra. Nenacházení času na pacienta v průběhu hospitalizace, neposkytování prostoru pro pacientovy otázky, obavy a pochyby, nevysvětlování způsobu a důvodu vyšetření aj. jsou dalšími možnostmi, které mohou vést ke strádání pacienta.

Jako obdobnou situaci lze nazvat sdělování výsledků vyšetření. K běžným prohřeškům patří ponechávání pacienta po dlouhou dobu v nejistotě, sdělování neúplných a rozporuplných informací jednotlivými členy zdravotnického týmu nebo sdělování informací jazykem, který není pro pacienta srozumitelný, což tak otvírá prostor pro nepochopení a vzniku dezinformace. V neposlední řadě můžeme jako závažný neduh jmenovat i nepředcházení úniku závažných informací.

Mnohá poškození pacienta souvisí se samotnou terapií i ošetřovatelskou péčí. Uvedme mj. i nenacházení si času na nemocného, debatování o nemocném, nad nemocným, aniž je brán v úvahu pacient sám.

Mezi další prohřešky patří nevhodné oslovování, nemístné bagatelizování obav nemocného, kritizování a zlehčování jiných zdravotníků před nemocným, nedostatečné vysvětlování či úplná absence vysvětlení u terapeutických postupů. Jako další lze uvést poskytování rozporné zpětné vazby jedním zdravotníkem (tzv. dvojí zpětné vazby, kdy zdravotník něco jiného sděluje slovy a něco jiného vyjadřuje nonverbálními prostředky), zanechání vážně nemocného jen s přístroji, brání naděje a síly k boji s nemocí pacientům nevhodnými poznámkami.

Dále do výčtu patří zatajování úmrtí spolupacientů, „odepsání“ nemocného, projevující se devalvujícím způsobem jednání s danou osobou, provádění výkonů, které jsou neadekvátní k dané chorobě či jsou prováděny nedbale, neprovedení nutných výkonů aj.

Poškozování se týká všech pacientů bez ohledu na diagnózu, fázi vývoje nemoci, pohlaví, věk, etnickou příslušnost, náboženské vyznání, socioekonomický status apod. (Mareš, 2002, s. 17 – 18).

3.4. Příčiny sorrorigenie

Každé jednání, každá lidská pohnutka má svou příčinu. Tato kapitola uvede částečný výčet příčin sorrorigenie.

3.4.1. Nezkušený zdravotník

Problematika začínajících sester. Zdravotnická škola připraví sestru na praxi do určité míry. Každý začátek vyžaduje notnou dávku trpělivosti ze strany nejen sestry „začátečnice“, ale i jejích spolupracovnic. Nová sestra bývá obtížná v narušování plynulosti ošetrovatelské péče jejích kolegyň, neb právě ony jí musí spoustu věcí vysvětlovat, někdy i vícekrát. Pro sestru po škole nastává stresující okamžik ve chvíli, kdy je nějaký její dotaz rázně odbyt spolupracovnicí, která na ni nemá čas a dotyčná je tak nucena řešit situaci „po svém“. Mnohdy jsou pak výsledkem rozpíchané ruce pacienta, kdy se mladá sestra stydí přiznat, že jí „něco nejde“, v horším případě může dojít až k zanedbání péče. Co se této oblasti týče, je vhodné zmínit také nedostatek zkušeností, které samy o sobě k začátkům zdravotníka patří. Mohou se však stát příčinou poškození pacienta. Je možno uvést tento příklad: mladá sestra má za úkol podat lék, který účinkuje pouze ve spojení s 5 % glukózou. Sestra jej z nedostatku zkušeností nařadí tak, jak je zvyklá, fyziologickým roztokem a u pacienta dojde ke zhoršení stavu. Sestra neví, že udělala „něco špatně“ a lékař pak velmi těžko dohledává, proč se pacientův stav nezlepšil. Většinou se takovéto chyby stávají nechtěně a hlavně nevědomě. Jistě je dobré jim předejít usilovným studiem v začátcích pracovní kariéry a neustálým se dotazováním starších kolegyň.

Na obranu dotyčných je třeba říci, že lékaři někdy nerespektují fakt, že sestra něco „neví“. Chtějí rychlé splnění ordinací, čímž dochází k „patovým“ situacím pro dané sestry.

V dnešní době sofistikované medicíny, rozdělené do mnoha specifických podoborů, se nezkušeným zdravotníkem může stát každý z nás. Např. guidelines pro resuscitaci z roku 2002 uvádí, že laikem v resuscitaci je každý jedinec, který neprováděl resuscitaci více jak jeden měsíc, z čehož vyplývá, že zdravotníci – sestry pracující na standardních jednotkách jsou pouze stěží kompetentní k zahájení profesionální resuscitace (Zuchová, 2008,on-line).

Mnohé sestry, byť zkušené, se mohou v průběhu své praxe dostat k výkonu či situaci, jim neznámé, kterou jsou nuceny rychle a efektivně řešit. I zde hrozí nebezpečí poškození pacienta nedostatkem zkušeností. Je třeba si uvědomit, že je někdy lépe „nehrát si na hrdinu“ a pokud situace jen trochu dovolí, volat pomoc z řad kolegyně.

3.4.2. Přecenění vlastních sil

Každý jedinec disponuje přirozenou touhou vše zvládnout. Má k dispozici určité zkušenosti a měl by znát své možnosti. Stejně je to i u sester. V této situaci nezáleží na věku sestry, ale na schopnostech správně odhadnout své možnosti. Jako příklad lze uvést sestru na noční směně, která se stará o pacienta, u něhož dojde ke zhoršení stavu, hůře se mu dýchá. Dle správného postupu mu aplikuje kyslík nejdříve kyslíkovými brýlemi, poté maskou. Pacientův stav se ale tímto zákrokem nevyřeší, je třeba, aby zavolala lékaře, který by naordinoval patřičné léky. Sestra se domnívá, že pacient do rána takto „vydrží“ a přitom jej poškodí. Jiným příkladem může být sestra, která se chystá k výkonu, jež dlouhou dobu neprováděla. Před zákrokem se nezeptá kolegyně, aby si připomněla vše potřebné, a před pacientem poté hledá pomůcky, na něž zapomněla a tím prodlužuje celý výkon pacienta.

3.4.3. Nevhodný výběr oddělení

Každý jedinec má jiné osobnostní vybavení. Někdo je temperamentní a rychlý, jiný pomalejší, ale zdravě rozvážný.

Z toho plyne, že každý temperament se hodí pro jiný druh činnosti. Situace nedostatku sester, které nemocnice zaznamenaly vedou k chybám v obsazování sester na jednotlivá oddělení.

Příkladem je výběr sester na JIP či jiná odborná pracoviště, jež vyžadují zvýšenou pozornost, rychlost a přesnost sestrami, které s touto prací nemají zkušenosti nebo osobnostně neodpovídají charakteru dané práce.

Dochází-li k přesunu na standardní ošetrovací jednotku či do ambulantního provozu, kde druh práce více odpovídá jejím zkušenostem a temperamentu, může patřit k nejlepším sestram.

3.4.4. Problematika výběru psychicky zdravých jedinců

Sester potřebuje každá nemocnice obrovské množství k zajištění provozu na všech odděleních. Výběr jedinců k práci je většinou velmi rychlý a zatím nikde ve světě nebyl zaznamenán systém, který by sloužil k prevenci v přijímání psychopatických jedinců, jakým by mohl být např. sofistikovaný psychotest vyhodnocený klinickým psychologem, kde by se projevil osobnosti se sklonem k patologickému jednání.

Psychologická péče o zdravotnické pracovníky v současné době není uspokojivá. Povolání zdravotníka je spojené s prožitkem různých náročných životních situací, jejichž prožitky často zdravotník neumí zpracovat sám. V naší zemi dosud nefunguje psychologická péče o zaměstnance v pomáhajících profesích. V nemocnicích lze nalézt klinické psychology věnující se pacientům, jejichž počet ovšem také není uspokojivý, leč pro zaměstnance žádné „oddělení psychologické péče“ dosud neexistuje.

Dosud se preventivní péčí v oblasti sorrorigenie mnoho odborníků nezabývalo. Přestavba zdravotnického systému po stránce ekonomické zatím stojí tolik sil, že na jiné, neméně důležité faktory, již nezbývá energie.

3.4.5. Chyby z únavy

Nezřídka zaznamenáváme omyly u zdravotníků, které vznikají při jejich náročné a odpovědné práci, pracovníci si stěžují zejména na únavu. Je patrné, že v nočních hodinách sestry udělají nejvíce pochybení.

Odpověď je jednoduchá: v noci dojde u některých pacientů k rapidnímu zhoršení zdravotního stavu. Sestra vlivem únavy nemusí odhadnout situaci, nezavolá lékaře tam, kde je ho ke zvládnutí pacientova stavu již potřeba.

V USA se zabývala jistá Ann Rogers studiem tzv. „Sesterských deníků“, která svou studii 393 sester publikovala v časopise „Health Affair“ v roce 2002. Autorka zkoumala, za jakých okolností sestra udělá chybu. Výzkumem zjistila, že mnoho sester ze zkoumaného vzorku si stěžuje na špatnou koncentraci o noční službě.

Uvádím citaci z jednoho z nich: „Snažila jsem se udělat co nejvíc. Věděla jsem, že jsem velmi unavená, tak jsem se snažila třikrát kontrolovat správnost podávaného léku, ale ve 4

hodiny ráno jsem se opravdu nemohla soustředit. To není doba, kdy je normální, aby byl člověk ještě vzhůru...“ (Kovalczyk, 2008, on-line).

V jiném případě může dojít k chybě kombinované – lékař a sestra. Ještě stále jsou pro některé pohodlné lékaře populární ordinace „po telefonu“, sestra uslyší jinou dávku nebo podá jiný lék a velké pochybení je na světě. Žádný fakt nesvědčí v její prospěch, neb v dekurzu nebyl daný lék naordinován.

Při noční směně dochází i k častějšímu psychickému poškození pacientů. Staří pacienti, kteří trpí spánkovou inverzí bývají v noci mnohdy zmatení, utíkají z lůžka, vytahují si vstupy, zvyšuje se jejich agresivita. Co by sestra „ustála“ při denní směně, se v noci vnímá daleko hůře. Přirozená potřeba spánku se dostaví i u předem odpočatého jedince. V ranních hodinách může sestra pochybit vlivem snížené autocenzury. Také pozornost v plnění ordinací se v nočních hodinách snižuje. Je to známý fakt, proti kterému se špatně bojuje. Záleží na vedoucích pracovnících, jak si poradí s nelehkým úkolem – nedostatkem sester, jak zvládnou obsadit třísměnný provoz, aby sestry měly vyvážený poměr směn a mezi nimi zasloužený odpočinek.

Další faktor, který se podepisuje na pochybení je délka směn. Z jedné studie Univerzity v Pensylvánii z roku 2002 vyplývá, že u sester, které byly sledovány na 103 dvanáctihodinových směnách, udělaly závažnější chybu v průměru tři procenta sester, na rozdíl od sledovaných sester, které pracovaly v osmi a půl hodinovém provozu, kde z celkového počtu směn pochybilo v průměru 1,6 procent sester (Kovalczyk, 2008, on-line).

S podivem jsem zjistila, že i v USA, kde se sorrorigenií více soustavně zabývají, je téma „chyby sester“ jako předmět výzkumu, poměrně nová záležitost. Jednou ze studií, nazvanou „Nursing errors“ byl odhalen i jiný problém, mnohé sestry pracují 12 hodin denně více jak 60 hodin týdně, protože nutně potřebují více peněz (Kovalczyk, 2008, on-line).

3.4.6. Věk sestry

Při vyhledávání rizik sorrorigenie nemůžeme opomenout věk sestry vykonávající službu. Doba odchodu do důchodu se dnes posunula nad 60 let. Starší věk s sebou přirozeně nese přirozené procesy, jakými jsou zpomalení reakcí, zvýšená únava, projevy

některých chorob. Domnívám se, že na starší sestry by měl být brán ohled při výběru pracoviště. Starší a zkušené sestry bývají výborné na ambulancích nebo kartotékách. Jistě by se jejich moudrost a bohaté pracovní zkušenosti daly využít na pozici staniční, vrchní nebo dokonce hlavní sestry. Naopak na emergentní péči by se mnohé mohly cítit méněcenné, protože jim jiné, dravější kolegyně budou dokazovat, že již nezastanou svou práci kvalitně. V neposlední řadě příliš mladé a nezkušené sestry, které jsou přijímány na jednotky intenzivní péče, kde je potřeba nejen zkušeností, ale i duševní vyzrálosti sestry, mohou být zdrojem poškozování pacientů.

3.4.7. Příliš mnoho pacientů

Další možnou příčinou vedoucí k chybám v sesterské práci, je nevhodné rozložení péče. Sestra má na starosti mnoho pacientů, což může být problém obzvláště na standardních ošetrovacích jednotkách. Mnohdy sestry pracují ve stresu a spěchu. Jako důsledek této příčiny může dojít k záměně léků, zbytečné a nervózní komunikaci, ale i k jiným omylům, které v konečné fázi vedou k poškození pacienta.

V ČR neexistuje registr sesterských omylů, ale v USA se musí každé závažnější pochybení hlásit do institutu k tomu určenému. Ráda bych zde nyní ocitovala pocity jedné americké sestry, pracující již dvacet let v Chicagské hlavní nemocnici: „Je to děsivé, strávit devět hodin běháním mezi pacienty a nemít čas si několikrát překontrolovat naordinované léky. Ani nevíte, jak moc se bojím, když odcházím domů a jen se modlím, abych na něco nezapomněla...“ (*Nursing mistakes kill*, 2007, on-line).

3.4.8. Poškození pacienta z porušení povinnosti mlčenlivosti

Povinnost mlčenlivosti se vyvinula z dřívějšího pojmu „lékařské tajemství“, vyjádřeného již v Hippokratově přísaze. Ukládá zdravotníkům povinnost mlčet o skutečnostech, které se dozvěděli o nemocných v souvislosti s výkonem povolání.

Povinnost mlčenlivosti se netýká pouze nemoci jako takové, ale i údajů o životě a soukromí nemocného. Zdravotník není automaticky povinen sdělit údaje o nemocném, žádá-li o ně některá veřejná či státní instituce (např. soud, zaměstnavatel, právní poradna, apod.). V zásadě je možné podat sdělení o nemocné, i jeho nemoci s jeho souhlasem.

Zdravotník není vázán mlčenlivostí pouze v těchto případech:

- je-li zproštěn této povinnosti nadřízeným orgánem v důležitém státním zájmu – v případě vraždy, sabotáže, vyzvědačství a velezrady – neučiní-li tak, vystavuje se nebezpečí stíhání pro neoznámení trestného činu
- jde-li o tzv. oznamovací povinnost – hlášení:
 - úrazů
 - infekcí
 - pohlavních chorob
 - úchylek – např. pedofilie, apod.
 - zhoubných nádorů
 - nemocí z povolání
 - výsledků vyšetření řidičů

Obzvláště zdravotní sestra není oprávněna nikomu informace podávat, a to ani nejbližším příbuzným. Nikdy nebude hovořit o nálezech a diagnóze, vážnosti stavu či prognóze nemoci. Tyto informace neposkytuje ani telefonicky.

K porušení mlčenlivosti často vedou:

- „medicínská zajímavost“ případu
- léčebné úspěchy, jimiž se zdravotník chlubí, přičemž prozrazuje jméno nemocného
- nemocný je známá osobnost
- snaha vyhovět známým, kteří na zdravotníkovi žádají informace
- žádá-li o informace zdravotníkův kolega, který tak činí na žádost svých známých

Je nutné poukázat na fakt, že povinnost mlčenlivosti platí již pro studenty medicíny či zdravotnické školy.

Pokud sestra hovoří o pacientovi veřejně jeho jménem, podává informace, ke kterým není oprávněna po telefonu, může poškodit psychiku pacienta a zničit důvěru

v celý zdravotnický tým! V době honby za mediálními kauzami je obzvlášť nutné mít se na pozoru před novináři, kteří se mohou vydávat za příbuzné pacienta a chtít informace, které by v budoucnu mohly být zneužity (Haškovcová, 1996, s. 56).

3.4.9. Poškození pacienta z důvodu toxikomanie sester

Dlouho jsem zvažovala umístění této podkapitolky do celku práce, nicméně po rozhovoru s několika kolegy jsem se ji rozhodla zařadit. Toxikomanie sester zní samo o sobě jako protimluv, ovšem i v českém zdravotnictví lze nalézt případy, které tento smutný fakt dokládají. Patologická závislost je „civilizačním problémem“ naší dynamické doby orientované na výkon. Toxikomanie je pak jednou ze špiček ledovce nezvládnutí svých životních úkolů. Pátrala jsem po výskytu těchto jevů mezi sestrami. Alkoholismus se objevuje mezi zdravotníky mnohem častěji, než abúzus tvrdých drog. I o těch „lehkých“ drogách by se dalo polemizovat, neboť kouření marihuany považují za velmi nebezpečné pro psychiku dané osoby, byť je droga používána výhradně mimo pracovní dobu. Zneužití tvrdých drog se mezi sestrami vyskytuje v menší míře. Většinou se jedná o krádeže opiátů, kdy pacienti nedostanou naordinovanou dávku.

O kouření zdravotních sester bylo napsáno již mnoho bakalářských prací, jejichž výzkum dokazuje, jak nepříjemné je pro kolegy - nekuřáky, přítomnost silných kuřáků v kolektivu. V naší zemi je kuřáctví zaměstnanců tolerováno. Udělat si přestávku během dne jistě není nic špatného. Ale pokud těch přestávek, které kuřáci vyžadují, je mnoho, mohou nechat na svém oddělení nevyhovující počet zbylého personálu zajišťujícího směnu, protože oni „musí“ odejít (*Nekuřácké zdravotnictví*-dokument KHS v Pardubicích, 2008, on-line).

V té době může dojít k poškození pacienta, které je neomluvitelné. V Anglii se vyskytnul program prevence kuřáctví s názvem „July 2007“. Od července roku 2007 v této zemi totiž začal platit zákon o zákazu kouření v restauracích, zaměstnání a na některých veřejných prostranstvích jako jsou nádraží a autobusové zastávky (Nešpor, 2008, on-line).

3.4.9.1. Faktory zvyšující riziko problémů působených návykovými látkami v pracovním prostředí

- Prokonzumní atmosféra na pracovišti povzbuzuje zaměstnance k nezodpovědnému jednání ve vztahu k alkoholu a jiným návykovým látkám.
- Stres. Nadměrný nebo příliš dlouho trvající stres je rizikovým faktorem ve vztahu k alkoholu a jiným návykovým látkám i ve vztahu k řadě dalších zdravotních problémů.
- Dlouhodobá práce přesčas vedoucí ke stavům vyčerpání a chronické únavy.
- Dostupnost alkoholu a jiných návykových látek v pracovním prostředí pronikavě zvyšuje riziko problémů, které působí. Naopak: existují doklady o pronikavém snížení spotřeby alkoholu u vojáků, kteří byli nasazeni v zemích, kde je alkohol hůře dostupný (Nešpor, 1999).
- Další nepříznivé faktory zvyšující riziko abúzu drog: odcizenost, izolovanost, stereotypnost práce, malá možnost se rozhodovat, nuda, sexuální obtěžování, vystavování fyzické nebo slovní agresí a ponižování.
- Nedostatečný dohled ze strany nadřízených.
- Trojsměnný provoz se často kombinuje s předchozím rizikovým faktorem, je to však rizikový faktor sám o sobě s ohledem na nepravidelnost životního stylu, poruchy spánku a možné problémy v rodinném životě.
- Nepřítomnost jasných, důrazně a soustavně prosazovaných pravidel týkajících se zákazu alkoholu a jiných návykových látek v pracovním prostředí a nepřítomnost soustavných preventivních programů (Nešpor, 2008, on-line).

3.4.9.2. Protektivní programy proti toxikomanii v USA

V USA se lze setkat v pracovním prostředí v zásadě se dvěma typy programů (Roman a Blum, 1988). Prvním jsou tzv. „programy podpory zdraví“, což jsou v zásadě programy primární prevence. Druhým typem programů jsou programy pomoci zaměstnancům („employee assistance programs“), které se týkají intervence u zaměstnanců, kde se již nějaký návykový nebo jiný problém objevil. Uvedené programy jsou značně rozšířené a finančně podporované zaměstnavateli, kteří si uvědomují ekonomická i jiná rizika návykových látek. Je přirozené, že klíčový význam má právě dostupnost vhodné pomoci pro zaměstnance, kteří mají problémy s návykovými látkami, i pro jejich rodinné

příslušníky. Tato pomoc se poskytuje v rámci zmíněných „employee assistance programs“ přímo, nebo pracovník programu dohodne léčení v jiném ambulantním nebo lůžkovém zařízení. Efektivita programů je vysoká, což je dáno především okolností, že se takto daří zachytit návykový problém v relativně časných stádiích (Alcohol and the Workplace, 1999).

V našich podmínkách je vzhledem k problémům působeným návykovými látkami u zaměstnanců často konzultován praktický lékař. Může se jednat o počínající problém, část pracovníků není ochotna se léčit specializovaně, nebo není taková pomoc dostupná (Nešpor, 2008, on-line).

3.5. Možné důsledky dlouhodobé náročné práce ve zdravotnictví

3.5.1. Ztráta motivace sester

Velký sociologický slovník definuje motivaci jako „psychický stav vyvolávající činnost, chování či jednání zaměřující se určitým směrem“ (Winkler, Petrusek, 1997, s. 124).

Po celý život si motivaci osvojujeme učení tak, že zpracováváme podněty a přetváříme je v pohnutky, čili motivy, vlastní činnosti. Jedná se o celoživotní potřebu sebeaktualizace (Drapela, 1997, s. 122).

Přidržíme-li se obecně psychologického výkladu, pak můžeme prohlásit, že motivace je ustavující složkou osobnosti, které se formují vlivem vnějších faktorů a proměňují ve vnitřní pohnutky jednání, u každého jedince samostatně a neopakovatelně. Motivace též bývá nazývána „pudovou potřebou“; jakýsi silný podnět vyvolávající odezvu. Chování je proto vždy motivováno přítomnými potřebami, nikoli minulými událostmi. I když ty mohou do určité míry motivaci ovlivnit (Drapela, 1997, s. 128).

Existuje mnoho teorií motivace, kterými se zabývali psychologové věhlasných jmen jako Maslow, Herzberg, Skinner apod. Je jisté, že každého člověka je vhodné motivovat jinak. Zdravotnický management se zabývá řízením lidských zdrojů v této sféře.

Motivace se může projevovat jako:

- 1) konkrétní pohnutka či bezprostřední příčina určitého jednání
- 2) průběžná aktivace jednání
- 3) směrová determinace jednání
- 4) smysluplná struktura jednání
- 5) důvod pro rozhodnutí k určitému jednání v situaci volby (Winkler, Petrusek, 1997, s. 78).

Ztráta motivace se označuje jako deprivace.

Deprivace označuje nedostatečné uspokojení důležité potřeby. Může se jednat o nedostatek prokazovaného respektu, pocíťovaného bezpečí, lásky nebo sociálních vazeb, ale i strádání z nedostatku smyslových podnětů (Drapela, 1997, s. 154).

3.5.2. Dobrý management

V době nedostatku kvalifikovaných pracovních sil je nutno poskytnout zaměstnanci více než jen výborný výdělek, prestižní funkci a balík zaměstnaneckých výhod, aby je jejich aktuální funkce zajímala přiměřeně dlouho. Lidé také pracují déle. S pracovním týdnem, který leckdy ve zdravotnické profesi profesí čítá více přesčasových hodin, se lidé často nerozhodují, zda je jejich práce naplňuje, ale spíše, jak motivováni se cítí.

Odborníci na vzdělávání a řízení lidských zdrojů říkají, že problém vzniká, když nadřízený nedokáže správně formulovat zpětnou vazbu. Nadřízený by měl chápat, jak zaměstnanci reagují za různých okolností. Nezkušení nadřízení říkají: „To je naprostý nesmysl!“ a neposkytnou žádnou zpětnou vazbu. To má za následek, že se daný zaměstnanec cítí na dně. Každý nemá stejný práh, pokud jde o akceptaci kritiky nebo škádlení ze strany nadřízených a spolupracovníků. (*Motivace zaměstnanců*, 2008, on-line).

Mnoho problémů v našich zdravotnických zařízeních je způsobeno nízkou úrovní manažerských znalostí. Rozdíl mezi znalostmi medicínskými (které jsou vesměs velmi dobré a v mnoha případech špičkové) a znalostmi manažerskými, je někdy doslova propastný. Povolání zdravotní sestry je velmi náročné a zodpovědné.

Vyžaduje pilný trénink nejen dovedností, ale i tzv. “stavovských ctností”. Sestry mnohdy pracují přes čas, ve svém volnu se vzdělávají a jejich práce je vysoce zodpovědná. I když ji daná osoba vykonává s láskou, není v lidských schopnostech tak činit bez pozitivní odezvy ze strany nadřízených. Budu-li hovořit otevřeně, jedná se o problematiku, která je v managementu sester velmi potřebná a vyhledávaná, ovšem mnohde se jí zaměstnanci téměř nedočkají. Pokud se s ní setkají, často se spíše jedná o tzv. “negativní motivaci”, kdy je direktivním způsobem ze strany managementu vedení sděleno podřízeným, co se nepovedlo

a pod výhrůžkami ztrát financí či sankcí se pokračuje v práci v napjaté atmosféře. Toto sociální klima otevírá prostor agresí a veřejné nespokojenosti. Narušuje schopnost zdravé komunikace a kooperace. Takto frustrovaní jedinci své vnitřní napětí přenášejí na pacienty, které nevědomky psychicky poškozují. V horším případě si sestra vědomě může na pacientovi “vylévat zlost” z důvodu devalvujícího prostředí.

Tato krátká stať si rozhodně neklade za cíl kritizovat dynamicky se rozvíjející zdravotnický management, který má také právo na počáteční chyby, ale nelze na tento fakt, hrající roli v problematice srororigenie, nepoukázat.

3.5.3. Syndrom vyhoření – “burn out syndrom”

3.5.3.1. Historie

Tento jev je starý, jak lidstvo samo. Příklad najdeme již ve starém Řecku, kde se zrodila pověst o Sysifovi. Sysifos byl podle této pověsti odsouzen k tomu, aby dovalil na vysokou horu velký kámen. Rozkazu uposlechl. Kámen poslušně valil nahoru. Když se však blížil samému vrcholu, kámen se mu vždy vysmekl, spadl a Sysifos musel začít znovu. Není divu, že takovému trápení, kterému není konce se dodnes říká „Sysifova práce“ (Křivohlavý, 2002, s. 67).

Termín „burnout“ ovšem poprvé použil Hendrich Freudenberg v 70. letech minulého století (Křivohlavý, 1998, s. 82).

Nejdříve se tohoto pojmu „vyhoření“ užívalo v souvislosti s narkomany, kteří se octli na samém dně, ale do obecného slovníku se dostalo toto označení v souvislosti s jevem,

který se v té době ve Spojených státech objevoval běžně na pracovištích. Američané to běžně nazývali epidemie letargie, zoufalství, nervozity a bezmocnosti (*Burn-out syndrome*, 2007, on-line).

Již od sedmdesátých let 20. století se psychologové a lékaři zabývají stavy celkového, především pak psychického vyčerpání, jež se projevuje v oblasti poznávacích funkcí, motivace i emocí a jež zasahuje a ovlivňuje postoje, názory, ale i výkonnost a následně celé vzorce především profesionálního chování a jednání osob, u nichž došlo k iniciaci proměnných, ovlivňujících vznik a rozvoj tohoto syndromu. Tyto stavy se označují jako syndrom vyhoření, vypálení, těž vyhaslosti, tj. vyčerpání („burnout syndrome“).

Jde svým způsobem o velmi výstižnou metaforu: anglické sloveso „to burn“ znamená hořet, ve spojení „burn out“ pak dohořet, vyhořet, vyhasnout.

Původní silně hořící oheň, symbolizující v psychologické rovině vysokou motivaci, zájem, aktivitu a nasazení, přechází u člověka stíženého příznaky syndromu vyhoření do dohořívání a vyhaslosti: “Kde nic není, tj. kde již není materiál, který by živil hořící oheň, nemá již dál co hořet.”

Současně se jedná o velmi aktuální problém medicínský, nebo burnout syndrom kromě výše uvedených oblastí psychiky ovlivňuje podstatně i kvalitu života osob, u nichž se vyskytuje, a vykazuje některé podobné či téměř shodné charakteristiky s příznaky i důsledky některých duševních onemocnění a poruch (Kebza, Šolcová, 2002, s. 121).

3.5.3.2. Projevy syndromu vyhoření

Vyčerpání, pasivita a zklamání ve smyslu burnout syndromu se dostavuje jako reakce na převážně pracovní stres. Jako burnout („vyhoření“, či „vyhasnutí“) bývá popisován stav emocionálního vyčerpání vzniklý v důsledku nadměrných psychických a emocionálních nároků. Nejprve byl popsán u některých zaměstnaneckých kategorií pracujících s jinými lidmi.

Původně převažovala představa, že určující charakteristikou pracovní činnosti, která může vést k vyhoření, je především práce s lidmi. Nyní se spíše zdá, že tuto základní charakteristiku je třeba kromě kontaktu s jedinci, jenž nemusí mít vždy zcela profesionální ráz, doplnit též o trvalý a nekompromisně prosazovaný požadavek na vysoký, nekólisající

výkon, který je pokládán za standard, s malou, či žádnou možností úlevy, odchylek, vysazení, a se závažnými důsledky v případě chyb a omylů.

Pocit jedince, že již nadále nemůže těmto požadavkům dostát, ve spojení s přesvědčením, že úsilí vkládané do vykonávané činnosti je naprosto neadekvátní nízkému výslednému efektu, vede ke vzniku vyhoření. Burnout syndrom bývá charakterizován jako prolongovaná reakce na chronické interpersonální stresory v zaměstnání, nebo jako situačně indukovaná stresová reakce, nebo též podle některých autorů jako poslední fáze stresové odpovědi dle Selyeho, tedy fáze vyčerpání (Schaufeli, Maslach, Marek, 1993, s. 90).

Důsledky toho selhání se projevují ve vztahu k sobě a k pracovní činnosti. Vztah k pracovní činnosti – žádoucí a oblíbené, která byla dříve naplněním života – se mění a stává se negativním, je provázen pocity zklamání a marnosti, až se zdá nemožné v této činnosti ještě někdy pokračovat.

Pracovní výkon je zhoršen, často je též přítomna změna vztahu ke klientům ve smyslu negativních až cynických pocitů a postojů. Psychický stav je charakterizován pocity psychického, zvl. emocionálního vyčerpání, odosobněním a ztrátou zájmu na dalším osobním růstu, snížením osobních aspirací.

Ve vztahu k původně vykonávané profesi a většinou s ní souvisejících okolností se objevují hostilní (nepřátelské) pocity, úzkost, deprese, negativismus, emoční oploštění, lhostejnost. Vztah k sobě je charakterizován tendencí ke sníženému sebevědomí, k negativnímu mínění o sobě, zejména pokud jde o pracovní kompetenci.

Jedním ze základních pocitů, typických pro vyhoření, je pocit profesního neúspěchu, přesvědčení, že jedinec ztratil svůj potenciál fungovat a vyvíjet se ve své profesi. Výrazné je rovněž utlumení empatie a ztráta či výrazná redukce pozitivních vztahů k osobám, jimž má být poskytována určitá služba (např. pacientům, klientům, zákazníkům, občanům), nebo s nimiž je jedinec v kontaktu a na jejichž hodnocení záleží efektivita jeho činnosti. Tyto osoby začínají být vnímány, podobně jako u alexithymických pacientů (alexithymie=ztráta pocitu uspokojení z činností, které dříve přinášely jedinci radost), nikoli jako lidské bytosti, ale jako objekty, tvořící součást vnějšího prostředí. Někteří

autoři (např. Ch. Maslachová či W. Ryan) v této souvislosti hovoří o „dehumanizované percepci okolí“ (Maslach, Goldberg, 1998, s. 160).

3.5.3.3. Stadia syndromu vyhoření

Burnout syndrom může být chápán jednak jako stav, vznikající v důsledku řady okolností, zvl. pak chronického stresu, jednak jako permanentně se vyvíjející proces. V literatuře bylo publikováno několik přístupů ke stanovení různého počtu fází vzniku a utváření burnout syndromu.

Většinou se hovoří na obecné úrovni o iniciační fázi původního zapálení pro věc, po níž dojde k prozření, „vystřízlivění“, či náhledu, že ideály nejsou plně realizovatelné. Následuje období první frustrace, zklamání tématem, řešeným problémem či celou profesí, klient či osoby, s nimiž je člověk v kontaktu a na jejichž hodnocení je závislý, začínají být vnímány negativně.

V další fázi vývoje tohoto syndromu nastupuje apatie, v níž propuká již nejen plná hostilita vůči klientovi, ale i vůči všemu, co souvisí s profesí či vykonávanou činností. Poslední stadium je pak fáze úplného vyhoření, vyčerpání, provázené cynismem, odosobněním a ztrátou lidskosti (Rush, 2003, s. 95).

Z výše uvedeného je zřejmé, že psychické poškození pacienta sestrou může být způsobeno vyhořením. Je známo, že tato porucha postihuje jednice, kteří vstupovali do profese jako nadšení, laskaví a velmi pracovití. Dojde k diskrepanci mezi reálným a ideálním já, celkovému rozladění a pacient na konci celého řetězce nevině trpí. Syndrom vyhoření je nebezpečný i z důvodu možnosti fyzického poškození pacienta z nedbalosti, neboť pracovníka jeho profese již neuspokojuje a směnu odslouží jen ze „setrvačnosti“.

3.5.3.4. Profesionální „deformace“ – otupělost

Tento problém úzce souvisí se syndromem vyhoření. K profesionální deformaci přispívají obzvláště povolání, jejichž vykonavatelé mají moc, kterou není snadné kontrolovat ani omezit a kde na rozhodování těchto lidí závisí důstojnost, existence, svoboda, majetek, zdraví či dokonce život jiných lidí (Kolektiv autorů: *Vybrané problémy psychologie zdravotnické činnosti*, 1996, s. 56).

Profesionální deformace se rozvíjí z tzv. profesionální adaptace – např. zdravotník si zvykne na pohled na nemocné, těžce zraněné, umírající, apod., což je pro vykonávání této práce a současné zachování duševního zdraví nezbytné. Nikdy by však neměla vyhasnout potřeba chápat nemocného jako trpící bytost. Při profesionální deformaci vyjadřuje dotyčný takovou míru otrlosti, že na laika činí dojem záměrného cynismu. Např. personál se hlučně a vtipně baví v přítomnosti těžce nebo dokonce i smrtelně nemocného. Přitom to není snaha ublížit, ale projev dlouhodobého neuvědomělého návyku, což však takovéto chování neospravedlňuje!!

Pravdou zůstává, že sestra v pracovním kolektivu a zátěži postupem času „hrubne“, stává se otrlejší, aby přežila v kolektivu nebo aby odolala náporu požadavků. Důležité je, aby si uvědomila tento proces, který může postupem času plíživě měnit její osobnost. K faktu profesionální deformace přispívá i dlouholetá praxe a zručnost, s níž nás v některých případech opouští počáteční ideály. Typický příklad profesionální deformace je sestra, která nahlédne do ordinace a nahlas zavolá na kolegyni: „No nazdar, zase narvaná čekárna!.....“

Profesionální deformace s sebou bohužel přináší neuvědomělé neproduktivní chování a dokonce možnost sorrorigenie (Vymětal, 2003, s. 78).

3.6. Zdroje sorrorigenie

Mezi zdroje sorrorigenie mohou patřit některé situace a okolnosti – např. nesprávně zaměřená zdravotní výchova, nedomyšlené sdělení při preventivních prohlídkách apod. Jiným zdrojem může být osobnost zdravotníka jeho vlastnosti a projevy. Jako příklad lze uvést autoritativní přístup, nadměrné sebevědomí, suverénní závěry a doporučení, které jsou pacientovi předkládány. Třetím pramenem může být sama osobnost nemocného. K psychickému poškozování svádí především pacient úzkostný, váhavý, sugestibilní, psychicky nepružný a citově zranitelný.

3.7. Nejčastější důsledky sorrorigenie

Mezi nejčastější důsledky poškozování pacientů patří neurózy, nosofobie, hostilní chování, vzácně se mohou objevit i suicidální pokusy (*Family violence*, 2008, on-line).

Dopad poškození na pacienta může být různý.

- 1) Ztráta důvěry pacienta nebo spolupacienta (účastníka události) v sestru či sestry. Pacient může cítit strach z opakování psychického poškození nebo se může bát nešetrně provedeného výkonu. Zhoršený psychický stav znesnadňuje celému zdravotnickému týmu dosáhnout zlepšení zdravotního stavu.
- 2) Narušení komunikace mezi pacientem či spolupacientem a sestrou. Někteří pacienti se mohou uzavřít do sebe a přestat sdělovat své potřeby sestřím. Nakonec je pacient poškozován nevědomě sestrami, protože i nadále nejsou saturovány jeho potřeby.
- 3) Ztráta naděje a víry v uzdravení. Při velmi hrubém poškození pacienta sestrou psychicky může dojít k úplné ztrátě naděje a snahy o uzdravení. Sestra tak může nepřímo způsobit vážné zhoršení fyzického stavu.
- 4) Trvalé následky na zdraví. Mohou být přímé nebo nepřímé, záleží na chybě, kterou sestra udělala (např. záměna léků, špatná péče o flexily atd.).

3.8. Změny v chápání sorrorigenie

V této kapitole se zmiňuji o sorrorigenii jako o jevu sociálně-patologickém, jako o „nemoci“ zdravotní sestry. Ke každé nemoci je třeba zaujmout stanovisko a zahájit tzv. „preventivní opatření“ proti jejímu dalšímu šíření. O prevenci sorrorigenie se stará mezinárodní organizace s názvem: International Society for the Prevention of Iatrogenic Complications. Tato organizace ovšem chápe sorrorigenii jako důsledek komplikace všech aspektů péče o zdraví, tedy aspektů lidských, ale i aspektů technických a organizačních. Jejím důsledkem je somatické, psychosociální i ekonomické snížení samotného pacienta, ale i zdravotnického týmu, zdravotnické instituce a nakonec celé společnosti (pokud vezmeme v potaz princip kolektivní viny). Přitom se jedná o postižení, která jsou ve většině případů odvratitelná.

Některé zahraniční studie uskutečněné v posledních několika letech posouvají problém sorrorigenie do obecné úrovně – posuzuje jej jako případ lidských chyb v poskytování zdravotní péče. Pak lze tyto chyby analyzovat, třídit, hledat jejich vztah k náhodným a nepředvídatelným jevům.

Zkoumat, nakolik jsou zachytitelné v dokumentaci, proč represivní opatření nebývají příliš účinná, jaká jsou rizika nadměrné kontroly a direktivního řízení (Mareš, 2002, s. 20).

3.9. Psychologická problematika osobnosti zdravotníka ve vztahu k pacientovi

3.9.1. Vývoj postojů medicíny k pacientovi

Ve srovnání se situací na začátku minulého století vykazuje současná medicína značné pokroky především směrem k pacientovi.

3.9.1.1. Nosocentrické zaměření postoje zdravotníka

Je charakterizováno pro první čtvrtinu dvacátého století.

- lékař léčí nemoc nikoli pacienta
- pacient považován pouze za nositele nemoci, nehledí se na jeho psychiku, osobnost
- pacient nucen v průběhu léčby přijímat jednoznačně pasivní roli
- dominantní postavení lékaře, submisivní pacienta

3.9.1.2. Antropometrické zaměření postoje zdravotníka

Objevuje se od první poloviny dvacátého století.

- pacient se pomalu začíná dostávat do pozornosti lékaře
- lékař již neléčí pouze postižený orgán, ale vnímá i pacienta a jeho pocity
- vědomí lékařů, že každý pacient prožívá tutéž nemoc jinak
- ustupuje dominantní postavení lékaře, méně direktivity

3.9.1.3. Sociocentrické zaměření ve vztahu zdravotník – pacient

Je popisované od třetí čtvrtiny dvacátého století.

- osobnost a prožívání pacienta je stejně důležitá jako nemoc sama
- hledí se na psychiku pacienta, psychosomatika nabývá na významu
- do léčby se zapojuje i širší sociální okolí pacienta (rodina, přátelé, apod.)
- nalezena lidská dimenze v péči o nemocného (holistické pojetí) (Kol. autorů: *Vybrané problémy psychologie zdravotnické činnosti*, 1993, s. 158)

3.10. Vztah zdravotník – pacient

V problematice srororigenie nelze opomenout vztahovou rovinu mezi zdravotníkem a pacientem.

Na vytváření vztahu nemocného ke zdravotníkovi se podílí řada okolností:

- zážitky nemocného z předchozího léčení
- aktuální psychický stav nemocného
- přenos, transfer – zdravotník připomíná nemocnému nevědomě nějakou citově významnou osobu z dětství a mládí, a tak se jak pozitivní tak i negativní postoje přenáší do současnosti.

Obzvláště sestry tráví s nemocnými relativně mnohem více času než jiní zdravotníci, což se také projevuje v jejich vztahu k nemocným. Zvýšená psychická zátěž se bohužel většinou negativně projevuje na vztahu sestry k pacientovi.

Dle postojů zdravotníka k pacientovi rozlišujeme tyto typy:

- 1) rutinní – přesný, věcný, avšak nelidský, odměřený, „studený psí čumák“
- 2) herecký – snaží se udělat dojem, být důležitý, nepřehlédnutelný
- 3) nervózní – podrážděný, přecitlivělý, vztahovačný
- 4) organizátor – rozhodný, energický, iniciativní, avšak sklony k přespřílišné dominanci, v krajních případech až despotismu

- 5) mateřský – starostlivý, mnohdy neadekvátně, hrozí zvýšeně syndrom burn-out (vyhoření)
- 6) specialista – tendence k nadřazenosti

Celkově by vztah zdravotník – pacient měl být rovnocenný, založený na vzájemné důvěře a respektu! Zdravotník by neměl zapomínat, že on je pro pacienta nikoli obráceně. Neměl by též zapomínat na nutnost profesionálního přístupu a stejného měřítka na všechny pacienty!

Je také dobré vzhledem k nutnosti udržet si dobré duševní zdraví, aby zdravotník měl mimo práci zájmy, které jej naplňují a netýkají se zdravotnictví (Kol. autorů, *Vybrané problémy psychologie zdravotnické činnosti*, 1996, s. 159).

3.10.1. Pozitivní a negativní vlastnosti zdravotníka

Vyrovnaná osobnost zdravotníka je pro nemocného souborem harmonizujících zevních podnětů, jejich vliv se podílí na jeho uzdravení. Žádoucí je vystupování klidné, přiměřeně sebevědomé (nikoli povýšené), s pohotovými reakcemi v naléhavých situacích a rozvážné tam, kde je možno závěry a rozhodnutí zvážit, případně se o nich poradit (Kol. autorů, *Vybrané problémy psychologie zdravotnické činnosti*, 1996, s. 160).

Vlastnosti, kterými by měl disponovat jedinec, který chce pomáhat a nikoli ubližovat pacientům:

- empatie – schopnost vcítit se do prožívání druhého, schopnost vidět problém jeho očima
- altruismus – vnitřní potřeba pomáhat druhým bez očekávání vděku
- zdravý optimismus
- smysl pro humor
- realismus
- vytrvalost
- trpělivost
- důslednost
- schopnost se ovládat
- pečlivost
- zdravé sebevědomí

Vlastnosti, kterými by neměl disponovat jedinec, který chce pomáhat a nikoli ubližovat pacientům:

- | | |
|-------------------------|-------------------------|
| ➤ hrubost | ➤ upovídanost |
| ➤ ziskovost | ➤ lenost |
| ➤ sobeckost | ➤ impulsivnost |
| ➤ pomlouvačnost | ➤ lehkomyšlnost |
| ➤ nepřístupnost kritice | ➤ komplexy méněcennosti |
| ➤ ješitnost | ➤ uzavřenost |
| ➤ zlomyslnost | ➤ vztahovačnost |

(Kol. autorů, *Vybrané problémy psychologie zdravotnické činnosti*, 1996)

3.10.2. Kritéria psychického zdraví jako základní předpoklad ve vykonávání ošetrovatelské praxe

Duševní zdraví je integrální součástí celkového zdraví člověka. Je to pojem, jehož obsah vyjadřuje stav osobní pohody (well-being), v němž může člověk naplnit a uplatnit své individuální schopnosti, dokáže přiměřeně zvládat každodenní životní zátěž a stres, může produktivně a úspěšně pracovat a rozvíjet vzájemně obohacující vztahy s druhými lidmi. V pojmu duševní zdraví se tedy nevyjadřuje jen nepřítomnost duševní choroby nebo poruchy (*Světový den duševního zdraví*, 2008, on-line).

Jeden z významných dokumentů, přijatých v oblasti ochrany a podpory duševního zdraví, Deklarace duševního zdraví pro Evropu („Mental Health Declaration for Europe“), na konferenci ministrů zdravotnictví členských států Světové zdravotnické organizace v Helsinkách v lednu 2005 konstatuje v této souvislosti mimo jiné:

- Připojujeme se ke stanovisku, že není zdraví bez zdraví psychického.
- Psychické zdraví je nejvýznamnějším předpokladem lidského, sociálního a ekonomického bohatství národů, a mělo by být proto považováno za integrální a esenciální součást ostatních veřejných oblastí, jako jsou lidská práva, sociální péče, vzdělání a zaměstnanost (*Světový den duševního zdraví*, 2008, on-line).

Mezi základní znaky poukazující na uspokojivý duševní stav jedince patří:

- zájem o sebe
- sociální zájem – o druhé, o společnost, o dění ve společnosti, apod.
- autoregulace – jedinec není závislý na druhý, jedná na vlastní zodpovědnost
- vysoká frustrační tolerance
- flexibilita – myšlení se nebrání změnám
- akceptace nejistoty – celkově větší problém pro ženy
- alespoň jedna kreativní činnost
- vědeckost myšlení – rozumovost
- sebeakceptování – přijetí sama sebe, včetně např. svého těla
- ochota riskovat
- dlouhodobě zaměřené potěšení
- realismus

Veškerá kritéria jsou nejen preventivní, ale zároveň i slouží k opatření zabraňující sorrorigenii.

3.10.3. Produktivní a neproduktivní chování zdravotníka

Produktivní chování zdravotníka je takové, které respektuje pacienta, pohybuje se v přátelských, optimistických mezích a celkově tak podporuje proces uzdravování pacienta.

Neproduktivní chování je charakterizováno jako opak produktivního, může vést až k sorrorigenii.

K udržení produktivního chování je nutno dodržet řadu pravidel:

- trpělivé vysvětlení neznámých věcí
- úsilí o redukci záporných emocí (strachu, úzkosti, obav, studu, beznaděje, apod.)

- upozornění a varování (nikoli zastrašování!), která sledují pozitivní cíle
- zainteresovaný osobní vztah k nemocnému (v rámci profesionálních hranic), projevy zájmu, vcítění, náklonnosti, sympatií
- podpora a pomoc jako zdroj jistoty, že nemocný nestojí proti svým potížím osamocen
- aktivní úsilí o spolupráci, výzvy ke spolupráci, dodávání, odvahy, aktivizace nemocného
- průběžné udržování oboustranného kontaktu, vzájemná výměna informací mezi sestrou a nemocným
- vytváření ovzduší optimismu, smysl pro humor, vhodně zvolený žert a vtip
- trpělivost a zájem vyslechnout pacientův monolog
- ocenění a pochvala pacientovy snahy a úsilí

Charakteristika neproduktivního chování:

- polopravdivé či nepravdivé informace nemocným, které sice zdravotníkovi mohou ulehčit práci, ale vyvolávají strach a nerealistické očekávání
- neochota ke spolupráci, nezájem o spolupráci
- projevy hostility nebo resonance (oplácení)
- škodolibost vůči nemocným, zábava na jejich účet, nelitostná kritika, klepy a pomluvy
- stereotypní poučování, mentorování, komandování, sekýrování
- zdůrazňování vlastních zásluh, egocentrismus, vymáhání projevů vděčnosti
- nedostatek uznání snižování pacientova úsilí a zásluh
- nesdílnost, uzavřenost, strohost v podávání informací
- neproduktivní přehnané utišování a chlácholení
- odcizení se, odosobnění vůči pacientům

Zdravotnické povolání je samozřejmě velmi náročné jak fyzicky tak psychicky, avšak kdokoli se rozhodne dát se touto cestou, měl by si uvědomit, že on je pro pacienty nikoli obráceně, ať pomáhá jedincům vděčným a přizpůsobivým či nevděčným

a problematickým (srv. Kol. autorů, Vybrané problémy psychologie zdravotnické činnosti, 1996, s. 171).

3.10.4. Postoj k chybám provedeným při práci zdravotníka

V předchozích kapitolách byla popsána důležitost dobrého duševního zdraví pracovníka v pomáhající profesi. Povolání zdravotní sestry přináší velkou míru zodpovědnosti, snahy o dokonalost, ale i čestný postoj k nezdaru. V pracovních kolektivech se často setkáváme s převahou ženského kolektivu.

Při pochybení se zpravidla můžeme setkat s těmito typy postojů:

- Přiznání chyby s poukazováním na chyby jiných se snahou se co nejvíce ospravedlnit, shazování kolegů na úkor své vlastní dokonalosti. Tento postoj je velmi častý u nezralých jedinců se sníženým sebepojetím. Jedná se o nekalou soutěž, kdo bude nejlepší. Každé nalezené pochybení výše zmíněného typu sestry je chápáno jako útok na její vlastní osobu. Omyl zde není zpracován jako příležitost ke změně chování či konání, ale je brán jako potupné selhání. Osoba se snaží chyby co nejvíce maskovat, přiznává je jen pokud není vyhnutí.

- Zapírání vlastního pochybení ve snaze vyhnout se trestu.

Tento „manévr“ patří mezi obranný mechanismus ega. Jedná se ovšem o infantilní postoj, který bychom u zdravotníka neměli nacházet. Daný jedinec není natolik dospělý, aby byl schopný přijmout zodpovědnost za své selhání se všemi důsledky, které ono přináší.

- Zapírání vlastního omylu s poukazováním na chyby ostatních.

Jedná se o horší variantu výše zmíněné kombinace. Hraje zde roli snížené sebevědomí a nesprávné pojetí role sestry spolu s duševní nezralostí jedince. Typické je pro tento

případ vyzdvihování vlastních drobných úspěchů na úkor opravdových úspěchů kolegů, hledání byt' i nevýznamných provinění z řad spolupracovníků a jejich zdůrazňování na „patřičných místech“.

Cílem je vytvořit kolem sebe falešnou identitu „dokonalé sestry“, která nikdy nepochybí. Dojde-li k jejímu pochybení, které je zřejmé a viditelné, bagatelizuje jej, že to „nic není“, jen se spletla, protože se plete každý. Chybu si nepřipouští a pokud ano, hned se snaží si ji omluvit psychologickou metodou „sladkého citrónu“, tzn. „Pochybila jsem, ale ne tak mnoho, jako vedle kolegyně, která je úplně špatná sestra.“ (což ve skutečnosti vůbec nemusí být pravda). Omyl chápe jako narušení její falešné identity.

- Omyl jako zdroj neurózy a stresu.

Tento postoj převažuje spíše u začínajících sester, které nemají tolik zkušeností a častěji chybují. Chyba je jim mnohdy staršími kolegyněmi neomalenež vyčítána a způsobuje jejich pozdější nezdravý postoj k omylu.

- Omyl jako šance být lepší, jako šance poučit se z chyb a příště se jich vyvarovat.

Tento správný postoj je projevem zdravě sebevědomé, do role sestry správně sociálně integrované bytosti. Osoba si chybu uvědomí, přizná ji před sebou i nadřízenými, je schopna omluvy, je jí líto, že chybila, ale omyl vnímá jako šanci ke zlepšení své práce. Netrpí zbytečnou autoakuzací. Zbytečně nepoukazuje na omyly jiných, neboť dobře ví, že „Humanum est errare“ neboli „Chybovatí je lidské“. Samozřejmě, že neexistuje žádné exaktní rozdělení, do něhož by přesně zapadalo chování člověka. Postoj každé sestry se může v průběhu několika let měnit, i přístup k chybě může být vždy jiný nebo obsahovat několik smíšených prvků.

Závěrem této krátké podkapitolky bych ráda zmínila citát z Bible, kde se praví: „Kdo říká, jsem bez chyby, klame sám sebe a pravdy v něm není...“ (1. Janova 1,8) a jiný, dobře se hodící k tomuto tématu: „Jak to, že vidíš třísku v oku svého bližního a říkáš: Dovol bratře, abych Ti jej odstranil a přitom trám ve svém vlastním oku nevidíš? Pokrytče, nejprve vyjmi ze svého oka trám, a pak teprve prohlédneš, abys mohl vyjmout třísku z oka svého bratra.“ (Bible - ekumenické vydání, Mat. 7,3 – 7,5, 1985).

3.10.5. Vztah k nemoci

Každý člověk neustále reaguje na děje ve svém okolí a ani nemoc není výjimkou. Reakce jedince se dělí do dvou základních skupin:

- 1) adaptivní – pacient přijme nemoc a vyrovná se s touto skutečností
- 2) maladaptivní – pacient se s touto skutečností neumí vyrovnat a následuje:
 - forma agrese:
 - egocentrismus – vztahovačnost, upoutávání pozornosti
 - identifikace – pozitivní – „Když to zvládl on, tak já také!“
 - racionalizace – zdůvodnění si rozumově
 - kompenzace – pozitivní – př. po amputaci si najde jinou činnost, která jej bude naplňovat nebo zaujme negativní postoj – začne pít alkohol, apod.
 - projekce – představa, jaké to bude časem dobré
 - forma úniku
 - negativismus – pasivní: odmítání jídla, léků, vyšetření, aktivní porušování diety, klidu na lůžku, apod.
 - izolace – uzavření se do sebe
 - regrese – návrat do nižšího vývojového stadia
(typické u dětí – hospitalismus)
 - represe – nepřipouštění si závažnosti svého stavu
 - rezignace – ztráta chuti do života

Nemocný člověk má nárok na jakoukoli reakci a zdravotník by se s ní měl umět profesionálně vypořádat (Kol. autorů, *Vybrané problémy psychologie zdravotnické činnosti*, 1996, s. 186). Je dobré si uvědomit, že nikdo na světě není dokonalý. Ani pacienti, ani zdravotníci!

3.10.6. Problémový pacient

Existují jedinci, kteří nedodržují základní daná pravidla a „jdou napříč“ terapeutickému vztahu i léčebným záměrům. Pokud se jedná o pacienty s akutním onemocněním, dokáže většinou zdravotník situaci zvládnout.

Lze popsat několik typů problémových pacientů a metod, jak s takovou osobou asertivně komunikovat:.

3.10.6.1. Agresivní pacient

Agresivita vyvolává nejnepříznivější odezvu. Je vnímána jako políček do tváře altruismu (altruismus – vnitřní potřeba pomáhat druhým lidem bez pocitu, že by mi měli za to být vděční, je to již velmi „vysoká“ potřeba, ke které mnoho lidí ve svém životě nedospěje. Obzvláště ve zdravotnictví je velmi žádána), který stojí nebo by měl stát v pozadí každého léčebného snažení.

- Formy agrese:
- verbální (slovní)
 - destrukce předmětů
 - fyzické napadání
 - hostilita (nepřátelskost) maskovaná ledovou zdvořilostí

Prvním požadavkem úspěšného zvládnutí je nedat impulsivní odpověď, nýbrž si ponechat čas na rozmyšlenou. Agresivní pacient připravený na navykrou reakci, je zaskočen asertivním přístupem. Pacient však může mít na svou agresi tzv. oprávněný nárok – např. je objednan na určitou hodinu, ale po dlouhém čekání se stále nic neděje (známe všichni z vlastní zkušenosti...), pak je správné se pacientovi upřímně omluvit a být loajální vůči svému pracovišti (nesvádět tuto skutečnost na své kolegy, apod.). Častým a nepochopeným podnětem k agresivnímu chování je neúspěšná snaha překonat úzkost. Dalším na první pohled obtížně srozumitelným důvodem k agresivním projevům bývá „vzteky na osud“, ten však není po ruce, zatímco zdravotník ano...

V těchto situacích není empatie nikdy dost, přestože to bývá pro zdravotníky velmi náročné. Mnohdy se bohužel uchylují k jakési formě pomsty „Tak Ty na mě budeš ječet...tak počkej, až Tě dostanu do rukou...“ což je vysoce neprofesionální a vede nezřídka k iatropatogenii.

V těchto situacích je dobré pacientovi říci: „Chápu Vás a rozumím Vaši špatné náladě a zlosti. Na Vašem místě bych si počínal(a) pravděpodobně stejně, ne-li hůř.“

Vaše situace je nezáviděníhodná a Váš vztek oprávněný. Uvažujte jen prosím, zda je nezbytné jej obracet proti lidem, kteří Vám chtějí pomoci.“Výsledkem bývá dobrá spolupráce. Rozhodně se zde nevyplácí přísloví: „Na hrubý pytel hrubá záplata“.

3.10.3.2. Úzkostný pacient

Tento typ pacienta v jistém směru předvádí „zvětšeninu“ pocitů, se kterými přichází do ordinace většina lidí. Dožaduje se pocitů bezpečí, jistoty, ochrany, uklidnění a podpory. Avšak dělává to dosti nešťastným způsobem, který vyvolává odmítavou odpověď. Je profesionální povinností zdravotníka snížit tuto úzkost, není to pouze otázky etiky či humanity. Chrání tak pacienta před frustrací a zajišťuje lepší spolupráci založenou na naprosté důvěře a respektu. Již prostředí čekárny a ordinace má působit co nejvíce uklidňujícím dojmem. Přístup k úzkostným pacientům má být vlídný a pevný, který tak zmobilizuje „dospělé já“ a odbourá „dětské já“.

Je nanejvýš žádoucí, aby zdravotník vysvětlil pacientovi, co se s ním bude dít, jakým postupem, jak bolestivé budou jednotlivé fáze a jaké nepohodlí budou vyžadovat. Dále je důležité, aby si společně domluvili signály, které pacientovi dovolí mít pocit kontroly.

Pozor na věty typu: „Uklidněte se“, „Nechovejte se jako dítě“, je to přilévání oleje do ohně. Pacient se cítí být označen za méněcenného a přesně tak začne jednat. Zdravotník má umět dát najevo pacientovi uznání a pomoci mu tíseň zvládat.

V tomto případě doporučuji být s pacientem neustále v očním kontaktu, umožnit mu tzv. zpětnou vazbu – zpětně svými slovy shrnout, co nám pacient řekl a tím předejít zbytečným nedorozuměním.

Pokud se pacient propracuje do hysterického stavu, což nebývá výjimkou, je nutné převzít dominantní roli. Mluvit na něj tzv. ich-formou – „Teď si sednu, přestanu křičet.....teď otevřu ústa.....nešermuji rukama.....nebojím se.....vydržím....“ apod.

3.10.3.3. Úzkostný pedant

Tento typ pacienta je v podstatě kombinace dvou výše uvedených typů. V jeho chování je vnitřní rozpor: na jedné straně touží po vlídném jednání a uklidnění ze strany

zdravotníka. Na druhé straně chce mít navrch, snaží se zdravotníka a celou situaci neustále kontrolovat aneb „Řekněte mi to tak, jak já to chci slyšet.“ Tito pacienti velmi často projevují nespokojenost se vším kolem sebe. Vedou si záznamy, v nichž v drtivé převaze vše hodnotí negativně. Jsou schopní tyto seznamy kdykoli použít proti komukoli.

Zdravotník by měl věnovat pozornost jak pacientovým stížnostem, tak požadavkům. Měl by umět shrnout pacientovy názory formou: „Pokud jsem Vám dobře rozuměl(a), tak.....máte tedy na mysli.....“ Pro pacienta je odpověď tohoto typu překvapující, a to pozitivně.

Rozhovor s tímto pacientem by se měl ubírat zhruba takovýmto směrem: „ Věřím, že všechny potíže, které jste mi teď popsal(a), musejí být velmi nepříjemné. Která z nich Vás obtěžuje nejvíce?.....Co myslíte, že by ji mohlo zmírnit?.....Co bych dle Vašeho názoru měl(a) udělat?.....A také mi teď řekněte, co Vám doposud vyhovovalo, ať víme, čeho se máme chytit....“.

Takto pomalu, ale efektivně učí zdravotník pacienta, aby se přestal zaměřovat pouze na to nepříjemné. Pokud jde o nároky na zdravotníkovu trpělivost, je to téměř nadlidský úkol, avšak stojí za to se o něj pokusit. Výsledek pak stojí za to!

3.10.3.4. Depresivní pacient

Je smutný, bez zájmu, bez chuti do spolupráce, je pesimistický, vzdává věci předem, cítí se bezmocně a beznadějně.

Velmi častou chybou ze strany zdravotníků bývá snaha povzbudit pacienta, aby se „sebral“, což je nesmyslné. Důležité je dát pacientovi najevo své pochopení a „dovolit“ mu být právě takový, jaký je. Apel na silnou vůli a krásy života nejenže pacientovi nepomůže, ale velmi často i přitíží. V případě naznačených sebevražedných tendencí je povinností zdravotníka o těchto náznacích či myšlenkách mluvit.

Traduje se, že to může být pro dotyčného nebezpečné, ale není to pravda!!!! Naopak rozhovor na toto téma ujišťuje pacienta, že jej vnímáme a zajímáme se o něj. Následuje tzv. suicidální smlouva – dotyčný nám slíbí, že do té doby, než vyhledá (sám či s naší

pomocí) patřičnou pomoc, nepodnikne nic, co by jej ohrozilo na zdraví či životě (Haškovcová, 1997, s. 75).

3.10.3.5. Narcistický pacient

Nemusí se na první pohled jevit jako nápadný, při delším kontaktu je však neméně náročný než ostatní. Tito pacienti mají dávku sebevědomí a sebeúcty mnohonásobně zvýšenou a pokřivenou. Smyslem jejich života je neustálé sebepotvrzování vlastní dokonalostí. Dle jejich názoru je zdravotník povinen tuto jejich výjimečnost ctít a přispívat k jejímu udržování. Z těchto řad pak vystupují věčně nespokojení klienti s tendencí „sekýrovat“ se záměrem si stěžovat. Základem spolupráce je jasná dohoda o možnostech, postupech a očekávaném výsledku.

I přesto se mohou objevit problémy, kterým lze přejít, ač vás to bude stát mnoho úsilí. Je určitou formou manipulace, která spočívá ve vnější akceptaci pacientovi výjimečnosti (ač s tím vnitřně nesouhlasíte).

3.10.3.6. Kverulující pacient

Kverulující pacient aneb neustálý stěžovatel, většinou neodůvodněně. Vystupuje jako oběť zdravotnictví a vyžaduje sankce a odškodnění. Často vytváří teorie o spiknutí proti vlastní osobě, navenek vystupuje útočně. Jeho osobnostní rysy se neprojevují pouze vůči zdravotníkům, ale bývá známým postrachem celého svého okolí. Mívá četné konflikty se sousedy, neadekvátně žárlí na svého partnera. Je nechvalně znám na policii, úřadech, apod.

Zde bývá zvýšený nárok na naprostou profesionalitu. Doporučuje se zeptat se jej na předchozí zkušenosti se zdravotníky a hlavně na okolnosti, které vedly k přerušení spolupráce s nimi. Obranou proti neoprávněným stížnostem je určitý solidární postup spolupracovníků a orgánů, řešících tyto stížnosti. Kverulanti totiž nezdárcem dosahují úspěchů při svých přích právě díky své vytrvalosti.

3.10.3.7. Seduktivní pacient

Svádějící pacient. Více se to týče žen, ale jsou známé i případy seduktivních pacientů. Vzhledem ke skutečnosti, že je zdravotník vystaven velmi promyšlenému útoku

na své ego, je náročné tuto situaci úspěšně zvládnout bez újmy na sebevědomí. Jsou i případy, kdy lékař podlehl seduktivní pacientce, což je nejen neprofesionální, ale také nemorální, jelikož tak zneužil svého postavení. Pokud se tedy dostanete do situace, kdy po Vás pacient(ka) tzv. „vyjede“, doporučuje se: „Myslím, že je třeba, abychom probrali náš vzájemný vztah. Jste milá, sympatická, půvabná mladá žena, avšak spolupráce mezi námi zůstane v rovině lékařském ošetrovatelské, jelikož jakékoli další city by narušovaly profesionální vztah. Hluboce si vážím Vaší důvěry vůči mé osobě a o to více musím dbát o udržení hranice.“ (Kol. autorů, *Vybrané problémy z psychologie zdravotnické činnosti*, 1996, s. 203).

V péči o chronicky nemocné pacienty, kteří se do nemocnice „neustále vrací“ bývají kladeny větší nároky na psychiku sestry.

3.11. Prevence vzniku sorrorigenie

3.11.1. Uvědomění si předností zdravotnického povolání

Hledání pozitivních stránek jakékoliv lidské činnosti ještě nemusí být lakování reality na růžovo. Svět není ani černý ani bílý, ale „strakatý“.

Je možno sestavit seznam pozitivních prvků jakékoli profese. Mezi výčet některých témat, patří tyto otázky:

- 1. Co se Vám nejvíce líbí na vaší práci?*
- 2. Byl by Váš život bez této práce skutečně uspokojivý?*
- 3. Existuje jeden nebo více kolegů, kteří jsou Vám obzvlášť sympatičtí a které byste neradi postrádali?*
- 4. Byl by Váš všední den bez pracovních sociálních kontaktů skutečně zajímavý a uspokojující potřebu komunikace?*
- 5. Je mezi Vašimi kolegy, nadřízenými někdo, koho osobně obdivujete a koho byste si zvolili za přítele, vzor?*

6. *Dokážete se vzpomenout na dobu, kdy jste si vybrali svou nynější práci? Co Vás na povolání fascinovalo?*
7. *Existují možnosti, jak byste v současné situaci mohli lépe využít svého nadání a schopností?*
8. *Znáte někoho, kdo je ve stejném povolání daleko úspěšnější a spokojenější než Vy?*
9. *Sestavte si pozitivní seznam činností, které jsou Vám blízké. Co byste dělali nejradyji?*
10. *Co by se muselo stát, aby vaše dnešní práce zcela odpovídala Vaším přáním?*

Sestavení seznamu pozitiv zaměstnání nemusí být jen „těšinským jablíčkem“. Fungující činnosti pracovní i mimopracovní vnímáme jako samozřejmost, dokud o ně nepřijdeme.

Zaměření sebe na příjemnější stránky povolání, může pomoci získat reálnější postoj i k těm méně příjemným. Pomůže k tomu i rozhovor s kolegy, ale ještě lépe návštěva podobného pracoviště. Nezřídka poznání, že v podobném zařízení se potýkají s podobnými problémy, (jinak řečeno, že určité povolání s sebou vždy nese určité konkrétní problémy), pomůže rychle a rázem změnit pohled na svoji profesi, viděnou před tím jen černými brýlemi. Navíc dnes již není tak těžké se seznámit s obdobnou profesí a jejími problémy v rámci celé Evropy. Naše setkání se zahraničními experty či pracovišti zaměřenými na sociální služby v posledních letech, bylo poznamenáno většinou našim i jejich údivem, že naše problémy i jejich řešení jsou přes několik desítek let přerušení kontaktů, v zásadě stejné. Na straně druhé se může stát, že sestavení a promyšlení seznamu předností povolání dovede jedince k myšlence, že je nejvyšší čas změnit zaměstnavatele - i tento výsledek může být z hlediska prevence chronického vyčerpání chápán jako pozitivní (Křivohlavý, 2004, s. 115).

3.11.2. Prevence přetížení povinnostmi

Proto aby mohl nějaký podnik, nemocnice atd. dobře fungovat, je zapotřebí výběr pracovníků, kteří jsou dobře motivováni. Dále je pak na zaměstnavateli, aby takové skupině lidí zajistil správné pracovní podmínky, aby mohli co nejlépe pracovat.

Základní podmínkou k tomu, aby nedocházelo ke stresům a následnému zvyšování rizika pro vznik syndromu vyhoření je přesné stanovení našich kompetencí a pracovní náplň je třeba stanovit s ohledem na možnosti realizace (Křivohlavý,2002, s. 66).

Dobry zaměstnavatel by měl brát v úvahu i osobní život každého pracovníka a podle toho i upravovat náročnost práce. Ať už jde o náročnost po časové stránce nebo i náročnost výkonnostní.

Ve zdravotnictví se často setkáváme s případy, že sestry po mateřské dovolené si hledají práci, která nevyžaduje směny, umožňuje jim volné víkendy

Každý z nás má v životě více zájmů a snažíme se je nějakým způsobem sladit dohromady. Máme rádi svoji práci, ale máme i svůj osobní a rodinný život.

Rodina vyžaduje velkou pozornost, zvláště pokud jsou v ní malé děti. Práce v oboru intenzivní medicíny je po dvanácti hodinové směně opravdu vyčerpávající, a přesto ženám „tato směna nekončí“. Doma často čekají nemocné děti. Pokud nejsou nemocné, tak jsou plné energie s potřebami poznávat a seznamovat se s okolním světem. Potřebují také pocit bezpečí a lásky. Otec dětí má také velmi důležité postavení, které nelze opomíjet, ale emocionální roli zde hraje převážně matka, která v tomto případě musí zvládnout ještě roli sestry, chápající ženy.... V rodině zajistí mnoho věcí. Aby sestry mohly zvládat svoji náročnou roli je také důležitá prevence přetížení povinnostmi.

3.11.3. Sociální opora

Sociální oporou, kterou malá skupina lidí danému člověku poskytuje ve chvílích jeho těžkostí a životních krizí, se rozumí v první řadě sociální kontakt, neopuštění postiženého v jeho těžké situaci, tzv. „bytí s ním“. Rozumíme tím i ochotu naslouchat mu, být k němu empatický a neodsuzovat ho (i když by třeba byl v těžké situaci, na jejímž vzniku má určitý podíl). Rozumíme tím i materiální a finanční pomoc v případě potřeby.

Tento vztah má velký význam pro obě strany, jak pro jedince, který danou pomoc potřebuje, tak pro skupinu, která vytváří sociální oporu. Skupina se seznamuje s možnými životními problémy, učí se řešit těžké situace a připravuje se tak na řešení obdobných problémů ve vlastním životě.

Podle jedné studie dvojice autorů Ayala Pines a Elliot Aronson, vyšlo najevo, že: „Sociální opory není nikdy dost“ (Křivohlavý, 1999, s. 95).

3.11.4. Dobré sociální klima na pracovišti

Tak jako kdekoli jinde i ve zdravotnictví se najde velká řada nedorozumění, neshod, konfliktů apod. Ve většině případů se jedná hlavně o špatnou komunikaci mezi lékařem a sestrou nebo pacientem a sestrou, sestrou a sestrou . . . Další příčinou vzniku konfliktů bývá osobnost každého z nás (vlastnosti, zájmy, koníčky, vzdělání, . . .).

Konflikty mezi lidmi a schopnost jejich zvládnutí jsou důležité pro jejich další rozvoj.

Konflikt v organizaci nebo pracovní skupině je vztah mezi lidmi vyvolaný odlišnostmi, které vedou až do nějaké formy rozporu nebo narušení. Je přitom lhostejné, jestli tyto odlišnosti skutečně existují. Pokud si lidé myslí, že existují, konflikt trvá. (Barták, 2008, on-line)

Obecně platí, že bezkonfliktní prostředí brání plnění úkolů organizace stejně jako prostředí přeplněné konflikty. Mezi pracovním výkonem skupiny a úrovní konfliktu v ní je souvislost, kterou lze vyjádřit následně: Bezkonfliktní stav je charakteristická celkovou apatií členů skupiny, bezvýhradně přijímají všechny příkazy, mezi členy téměř neexistuje horizontální pracovní komunikace.

Vysoká úroveň konfliktů se vyznačuje chaotickou činností oddělení, napjatou pracovní atmosférou. Tyto dva krajní stavy mají k sobě z časového hlediska velmi blízko. Na oddělení, které je dlouhou dobu sledováno jako vysoce konfliktní, jednoho krásného dne konflikty zmizí. Lidé spolu téměř přestanou komunikovat, jejich konflikty se přenesly do latentní podoby.

Zdánlivě nekonfliktní prostředí v sobě často tají dřívější nevyřešené konflikty, které způsobují demotivaci pracovníků podílet se aktivně na činnosti organizace či oddělení. Takoví zaměstnanci ztratili elán do práce, který kladný vztah k pacientům vyžaduje. (Barták, 2008, on-line)

3.11.5. Najít smysl života

Aby byl člověk šťastný, musí jeho život mít nějaký smysl. Smysl existence se vztahuje k našim snahám porozumět tomu, co se děje, a porozumět tomu, jak jednotlivé události patří do širšího obrazu světa (Baumeister, Vohs, 2000, s. 48).

To obsahuje proces tvorby a objevování smyslu a náš cit pro pochopení účelnosti toho, co se děje, tj. směru, kterým se vše bere, případně až k tvorbě pojetí smyslu či poslání celého našeho života. To je usnadňováno tím, že v realitě existuje určitý řád, souvislosti a racionální vztahy. V životě nacházíme skutečnosti týkající se smysluplnosti dění. Díky tomu si klademe otázky po účelu širších úseků či pasáží života, ba dokonce i celého života, tj. po tom „co za to stojí, abychom žili“ (Křivohlavý, 2006, s. 31).

Bez smyslu života nelze žít, dobře pracovat a seberealizovat se. Kdo jej nalezl, ať jeho smysl spočívá v čemkoli (rodina, koníčky, starost o druhé), je bytostí schopnou zvládat i náročné úkoly. Přistupuje k druhým s pokorou a není mu lhostejné co dělá a jak to dělá.

3.11.6. Pěstovat své stavovské ctnosti

Mezi stavovské ctnosti zdravotní sestry patří: vlídnost, ochota, láska, empatie, vcítění a porozumění, trpělivost, vyrovnanost osobnosti. Mezi ty více profesní patří odbornost, profesionalita a znalosti (Křivohlavý, Pečenková, 2004, s. 82).

Člověk se v průběhu života mění svými zkušenostmi a setkáními se neustále obohacuje, jeho velkým celoživotním úkolem zůstává „vrůstání do lidství“ (Ratzinger, 1999, s. 101).

Budeme-li chtít, nalezneme mnoho dobrých vlastností, kterými by měla sestra disponovat. Pro shrnutí použijí moudrost antického filosofa Aristotela, který je právem považován za „otce“ etiky. Ve své „Etice Nikomachově“ popisuje 4 základní lidské ctnosti, od jejichž získání se odvíjí další – přidružené. Jsou to: moudrost, statečnost, uměřenost a spravedlnost.

Moudrost je dílem vzdělání, statečnost odhodlaností v překonávání překážek, rozumnost, která spočívá v uváženém jednání a konání a spravedlnost, jež se vyznačuje snahou o objektivním posuzováním dění kolem sebe (Aristotelés, *Etika Nikomachova*, 1996, s. 51).

3.11.7. Pečovat o sebe

V Bibli se praví: „Miluj svého bližního, jako sám sebe...“(Mat 22,39) Bible zde předbílá poznatky hloubkové psychologie, že totiž není lásky bez sebelásky. Tato věta je pravdivou výpovědí o podstatě lásky a služby v povolání zdravotníka. Kdo si nenajde čas na sebe, nemá pro co žít, ten nemůže dlouho v náročné službě druhým vytrvat bez následků, které zanechá na sobě či na jiných (Trobisch,1993, s. 60).

Pokud nemilujeme sami sebe, začne se v nás objevovat přehnaný strach z poznávání vlastních chyb a nedostatků. Nejsme s to jim čelit, a tím spíše je uznat sami před sebou i před bližními. Chybně se totiž domníváme, že by přiznání se k vlastní křehkosti mohlo způsobit ještě větší odmítnutí naší osoby druhými lidmi. Začneme se tedy uzavírat a ukrýváme své slabosti; maskujeme je před sebou i před lidmi. Je dobré tedy pečovat o své tělo, duši, i myšlenkový potenciál (Křivohlavý, Pečenková, 2004, s. 72).

3.11.8. Smysl pro humor

Smysl pro humor jde důležitý artikl v práci sestry. Dobře míněný a na správném místě humorně zlehčená situace pomáhá uvolňovat napětí a nervozitu, která při náročné práci vzniká velmi rychle. Sestra, která je shopná „nebrat sebe tak moc vážně“ má dobré předpoklady vyhnout se syndromu vyhoření.

3.11.9. Coping

Prevenčí sorrorigenie může být i schopnost eliminovat situace, při kterých k syndromu vyhoření dochází, nebo umění se s těmito situacemi vyrovnat. Jednou z technik, která nám pomáhá zvládat stres, je coping .

Pojem „zvládání“ je ekvivalentem anglického výrazu „coping“, jehož kořeny lze najít v řeckém slově „colaphos“, označujícím v zápasnické terminologii přímý úder na ucho (Bratská, 2001, s. 84). V souladu s tímto významem někteří autoři pojímají zvládání jako přímý boj s mimořádně těžkou zátěžovou situací.

Přistupují k němu jako k vyššímu stupni adaptace, která představuje vyrovnávání se s běžnou zátěží skrze aplikaci víceméně obvyklých či zkušenostem odpovídajících vzorců chování.

Oproti tomu u zvládání, které nastupuje při konfrontaci jedince se zátěží přesahující jeho zdroje, musí být potřebné vzorce chování nejprve vytvořeny a osvojeny (Bratská, 2001). Coping je behaviorální, kognitivní nebo sociální reakce jedince na zátěžovou situaci, jehož cílem je regulace vnitřních či vnějších tlaků (Bratská, 2001, s. 85). Coping je technika, či styl života, ve kterém cíleně bojujeme proti stresu sami, či za pomoci našich blízkých, spolupracovníků i klientů. Základní metoda spočívá v umění oddělit věci podstatné od nepodstatných, v osobním i profesionálním životě.

3.11.10. Zkvalitnění výuky sester

Významnou úlohu v prevenci sorrorigenie mohou sehrát i kvalifikovaní a vzdělání mentoři zdravotnické praxe. Mentorství jako jedna z forem socializace profesionálních rolí nemá zcela jednoznačnou definici. Stručně se dá popsat, že mentorství je pomáhání druhému učit se. Cílem práce mentorů je úspěšná a pozitivní adaptace mentorovaného (studenta, kolegy) na nové pracovní prostředí včetně adaptace sociální, což má zásadní vliv na kvalitu poskytované péče. Kvalita ošetrovatelské péče je prokazatelně vyšší v zařízeních, kde působí mentoři (Pataliah, 2002, s. 125).

Ošetrovatelská péče je na těchto pracovištích efektivněji organizována a přináší kvalitnější terapeutické prostředí pro pacienty. Sestry, které pracují s podporou a podle rad mentorů, uvádí vyšší míru sebeaktualizace, větší spokojenost s pracovním prostředím a náplní práce, lepší týmovou spolupráci a méně stresujících situací.

Mentorem se stává sestra s bohatou praxí u lůžka a s mnoha zkušenostmi. Proto se domnívám, že může být účinným prvkem v předcházení omylů v poskytování zdravotní péče. Může upozornit na začátečnické chyby nebo jim napomáhat předcházet právě díky zkušenostem, jichž nabyla ve své praxi.

4. Empirická část práce

4.1. Cíl práce

Cílem výzkumného šetření je zjistit, zdali se pacienti setkali se srororigenií u vlastní osoby nebo u osob jiných, jaké následky toto poškození mělo a jak nahlíží na současnou úroveň kvality v poskytování ošetrovatelské péče sestrami.

4.1.1. Dílčí cíle

Dílčími cíli práce bylo:

- zmapovat rozdíly v následcích psychického a somatického poškození pacienta sestrou
- zmapovat různá prožívání jednotlivých pacientů doby setkání se sestrou a její komunikace s ním
- najít vhodná řešení spolu s pacientem, jak srororigenii předcházet a jak zlepšit úroveň kvality ošetrovatelské péče.

4.2. Metodika práce – Kvalitativní výzkum

4.2.1. Zdroje odborných poznatků

Veškeré zdroje odborných poznatků jsou uvedeny v závěru bakalářské práce v seznamu použité literatury. Zdroje také zahrnují letáky na téma syndrom vyhoření, brožury s výše zmíněnou tematikou a v neposlední řadě knihy zahraniční i české.

4.2.2. Charakteristika souboru respondentů

Výzkumné šetření proběhlo za laskavého souhlasu hlavní sestry, vrchní sestry I. interní kliniky Fakultní nemocnice Hradec Králové na akutní kardiologické jednotce intenzivní péče I. interní kliniky, dále na standardních ošetrovacích jednotkách I. interní kliniky Fakultní nemocnice v Hradci Králové v měsících listopadu a prosinci roku 2007.

Zkoumaný soubor klientů byl vybrán dle následujících požadavků:

- 1) Pacienti byli hospitalizováni na I. interní klinice FN v Hradci Králové

- 2) Pacienti byli do nemocničního ošetřování přijati pro kardiologickou či jinou interní diagnózu
- 3) Zkoumaný vzorek pacientů byl vybrán ze standartních ošetrovacích jednotek z JIP kardiologické I. interní kliniky FN v Hradci Králové

4.2.3. Užitá metoda šetření

Jako výzkumná metoda byla zvolena jedna z metod kvalitativního výzkum – výzkum pomocí standardizovaného rozhovoru.

Kvalitativní výzkum se snaží interpretovat pohledy subjektů na zkoumaný předmět tím, že výzkumník přejímá jejich perspektivu. Využívá se podrobný popis každodenních situací. Jde o porozumění akcím a významům v jejich sociálním kontextu. Při kvalitativním výzkumu se neredukuje počet proměnných ani vztahy mezi nimi, o jejich redukci rozhodují samy zkoumané subjekty. Jsou upřednostňovány otevřené a nestrukturované výzkumné plány, analýza vychází z velkého množství informací o malém počtu jedinců. Převažuje zájem o reálné celky, interakce mezi aktéry (a individuální osudy). Úkolem kvalitativního výzkumu je vytvoření holistického obrazu zkoumaného předmětu, zachycení toho, jak účastníci procesů situace interpretují a zachycení interpretací těchto interpretací (Hendl, 2005, s. 35).

4.2.4. Standardizovaný rozhovor

Standardizovaný rozhovor má přísný řád. Při takovém rozhovoru výzkumník postupuje přesně podle textu formuláře rozhovoru a s osobami, které byly předem vybrány podle určitých a pevně stanovených kritérií. Výzkumník nejen nesmí změnit ani jedno slovo v textu otázek obsažených v rozhovoru a natištěných ve formuláři, ale navíc musí přesně podle předtištěného textu postupovat při navazování rozhovoru, při přechodu od jednoho problému k jinému.

Rovněž závěrečné zdvořilostní formulky jsou přesně stanoveny a výzkumník jich musí při každém rozhovoru použít. Jejich účelem je v maximální míře vyloučit všechny odchylky od standardu, poskytnout všem zkoumaným osobám v co největší míře stejné podmínky při výzkumné situaci.

Výzkumník čte respondentovi (dotazovanému) otázky i možné varianty odpovědí podle pořadí a zaznamenává, podtrhuje ty odpovědi, pro které se respondent rozhodl. Výhodou standardizovaného rozhovoru je, že získané odpovědi se dají dobře statisticky zpracovat, kvantifikovat (vyčíslit). Nevýhodou je značná pracnost a nákladnost (Hendl,2005, s. 37); (*Zjišťování potřeb uživatelů sociálních služeb včetně metodiky uživatelských výzkumů – zkoumání vedená uživateli*, 2008, on-line).

4.2.5. Realizace šetření

Na počátku mého výzkumného šetření bylo sestavení žádosti o povolení tohoto šetření (viz. Příloha č. 3), které bylo zasláno v měsíci říjnu roku 2007 hlavní sestře Fakultní nemocnice v Hradci Králové Bc. Haně Ulrychové, dále vrchní sestře I. Interní kliniky tamtéž Haně Lednové, přednostovi I. Interní kliniky FN HK Prof. Vojáčkovi a také na oddělení ošetřovatelství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové. Po kladném vyjádření, za nějž výše jmenovaných vřele děkuji jsem zahájila přípravy k výzkumu. Sestavovala jsem otázky ke standardizovanému rozhovoru i vhodný úvod k němu. Dobrým pomocníkem při tvorbě otázek mi byla Mgr. Michaela Schneiderová, asistentka oddělení ošetřovatelství LF UK v Hradci Králové.

Koncem měsíce října roku 2007 jsem provedla „předvýzkum“ na několika pacientech kardiologické JIP I, inerní kliniky FNHK a potvrdila si tak srozumitelnost a vhodnost daných otázek. V následujících dvou měsících, tedy od 1. listopadu 2007 až do 31. prosince 2007, jsem realizovala výzkum standardizovanými rozhovory celkem s šesti pacienty I. Interní kliniky FNHK. Rozhovory jsem nahrávala na diktafon a průběžně je přepisovala do konceptu práce.

Standardizovaný rozhovor byl zaměřen na získání dat v těchto oblastech:

- I. Demografické údaje: položky č. 1, 2, 3, 4, 5
- II. Část výzkumná: A – položky zaměřující se na případy sorrorigenie –
 č. 1, 2, 3, 4, 5, 6
 B – položky zaměřující se na prevenci sorrorigenie –
 č. 7., 8, 9, 10, 11, 12

Část I. – základní rozdělení respondentů - demografická

Pohlaví:

Věk:

Nejvýše dosažené vzdělání:

Počet hospitalizací v životě:

Typ onemocnění: A) akutní

B) chronické

Část II. – výzkumná - otázky ke standardizovanému rozhovoru

II. A) Otázky zaměřující se na případy sorrorigenie

1. Jak hodnotíte přístup zdravotních sester (bratrů) k Vaší osobě?
2. Domníváte se, že jste byl někdy poškozen po psychické či fyzické stránce sestrou (bratrem)? Popište tento případ.
3. Co se ve Vás odehrávalo poté?
4. Byl jste někdy svědkem jakéhokoli poškození osoby jiného pacienta sestrou? Popište tento případ.
5. Jak byste charakterizoval osobnost výše zmíněné osoby
6. Jak se vyrovnal poškozený pacient s tímto poškozením po psychické stránce?

II. B) Otázky zaměřující se na prevenci sorrorigenie

7. Ovlivňují Vás media (např. soudní kauzy – tzv. „heparinový vrah“ či případ záměny novorozenců v nemocnici) v pohledu na práci zdravotníků – sester (bratrů)?
8. Proč dle Vašeho názoru dochází k poškozování pacientů středním zdravotnickým personálem?
9. Zamyslete se, prosím a navrhněte mi, jak řešit takovou situaci ve zdravotnictví.
10. Jste ochoten tolerovat chybu zdravotníka?
11. Do jaké míry?
12. Jak by se dala zlepšit péče o pacienty v našich nemocnicích?

4.2.6. Interpretace rozhovorů s pacienty

4.2.6.1. Rozhovor č. 1

Muž, 33 let, středoškolské s maturitou, dvakrát za život hospitalizovaný, akutní onemocnění, rozhovor uskutečněn den před propuštěním

„Já osobně hodnotím přístup zdravotních sester ke mně celkem kladně. Vzhledem k tomu, že jsem toho od sester moc nepotřeboval, tak jsem nepocíťoval pro mě trapnou závislost na jejich péči. Co se pamatuju, tak jsem byl v nemocnici pouze dvakrát a jako dítě si vzpomínám na dost neblahou zkušenost s jednou sestrou.

Byl jsem na pokoji s několika chlapci, ale přesto mi bylo smutno. Měl jsem naordinován, myslím, klidový režim, který jsem nedodržoval a chtěl jsem domů, za mámou. Bylo mi tak šest let, promiňte, říkám tu páté přes deváté. Jádrem problému byla tahle sestra, která na mě pořád křičela, že mám ležet, nevysvětlila mi proč a na můj pláč reagovala podrážděně. Tenkrát jsem tam ležel po nějakém vyšetření ledvin. Dostal jsem teplotu a sestra na mě řvala, že si za to můžu sám. Po chvíli přišla s nějakou injekcí a aniž by mi cokoli vysvětlila, popadla mě a píchla mi ji. Bránil jsem se, tak mi jednu vrazila. Zapomněl jsem na to. Teď, když o tom mluvíte, mi to vyvstalo před očima jako pěkně ošklivěj zážitek. Co se to stalo, začal jsem protestovat proti veškerým zdravotníkům a chtěl jsem domů. Jen jedna paní doktorka to se mnou uměla a pak taky jedna starší hodná sestra. Ty mladé byly bohužel dost protivné.

No a stejně tak se ta zlá sestra chovala i ke klukům na pokoji. Řvala na ně, před odběrem krve je prostě popadla a odběr přes odpor udělala. Báli jsme se jí všichni. Jak bych ji charakterizoval, to je těžké, asi jako dítě jinak, než teď, jak jsem si na ni vzpomněl s odstupem času. Vztekla, hádává, panovačná, konfliktní osoba. Jiná poškození jsem naštěstí za dobu dospělosti nezažil. Media mě příliš neovlivňují v názoru na zdravotníky. Víím, že se vždycky najde nějaký blázen a to v každé profesi, který kazí profil celé skupině. Já se snažím soudit podle vlastních zkušeností. Když se stane nějaká chyba v tomto resortu, pak je určitě nešťastných hodně lidí, protože tuhle práci nemůže dělat jen tak někdo, většinou chce lidem pomáhat.

No k poškozování pacientů dochází podle mě z mnoha důvodů, zdravotníci jsou přetížení, nemůžou si každého připouštět k tělu, to by se z toho zbláznili a taky už nevnímají, jak se pacient bojí a jak čeká na vysvětlení týkající se jeho zdravotního stavu. To samé sestřičky. Všechno se snaží udělat rychle, aby měly čas se najít nebo na další pacienty, ve spěchu se toho může hodně zanedbat. Vy mi teda kladete otázky. No jak řešit takovou situaci...

Překopat celý zdravotnický systém, nemělo by tolik lidí ležet po nemocnicích, lepší by bylo, kdyby mohli ležet doma a staraly se o ně sestry v terénu. Bylo by potřeba méně sester v nemocnicích a nebyly by tak přetížené. No říct Vám, že se má líp hospodařit s penězi, aby bylo na platy je asi utopie, co? Já jsem ochotný tolerovat chybu zdravotníka, ale ne žádnou zásadní. Když se mi sestra netrefí poněkolkáté do žíly a zavolá jinou a omluví se, to беру. Když bych ale měl mít trvalé následky, nebo by mě ponižovala a křičela na mě, to bych nesl. I když, musel bych. Báł bych se stěžovat si, zvlášt', kdybych byl na jejich péči závislý. Sestra by se mi pak mohla pomstít, toho se myslím bojí většina pacientů. S tím zlepšením péče o pacienty je to těžký, zase bych řekl, že by mělo být více sester, měly by mít čas na svoji práci a neměly by být jen služby lékařů. Občas si všimnu, že se k nim tak lékaři chovají. Pak se nedivím, že si to někdy vybíjejí na pacientech. Zas bych odpověděl stejně, přemístit péči víc do domácího ošetřování. Takhle je to v cizině. Ale mě neberte moc vážně, já celé problematice tolik nerozumím. Nejsm zdravotník.“

4.2.6.2. Rozhovor č. 2

Žena, 82 let, středoškolské s maturitou, uvádí 15, chronické onemocnění „To jste mě zaskočila s těma otázkami. Já už jsem se v nemocnici něco naležela, tak bych Vám mohla vyprávět. To je teda těžké Vám na to odpovědět. Já hodnotím přístup zdravotních sester ke své osobě celkem kladně. Ale to záleží vždycky na tom, kdo se o Vás stará. Taky teď, tady ležím na JIPce, to je rozdíl, je tady víc sestřiček a když zazvoním, hned někdo přijde, ale na normálním oddělení, tam toho mají sestřičky opravdu moc. Zvoníte, že něco potřebujete a dlouho trvá, než někdo přijde.

A člověk se těžko může zlobit, když tam leží tolik lidí...Moc mi záleží na tom, jak se ke mně sestra chová.

Může přijít i déle, ale když přijde a je nabroušená a hned na mě spustí, co zas chci, radši bych se neviděla. To víte, člověk nechce otravovat a je to tak hrozné, když si nemůžete něco udělat sama.

No to víte, že jsem už zažila nepříjemnosti se sestrami. I když si nemyslím, že bych je nějak vyvolávala. Člověk když tu leží, tak se ho dotýká každá blbost, když se na Vás sestra křivě podívá nebo něco řekne zvýšeným hlasem. Těch příběhů by bylo víc, ale nejhorší snad bylo, když jsem byla po operaci žlučníku a měla jsem začít druhý den chodit, víte, já mám problémy s kyčlema, a sestra mě přímo dotáhla na záchod a pak na mě tam zapomněla. Já jsem zvonila a nikdo nepřišel.

Tak jsem se rozhodla se nějak dodrát na pokoj sama. Packovala jsem rukama okolo zdi, snad jsem ten kousek do pokoje šla dvacet minut, tak mi to přišlo dlouhé. Pak se mi udělalo zle od žaludku a u postele jsem se pozvracela. To už nevydržela spolupacientka a šla pro sestru, která byla na kuřárně. Ta místo, aby se mně omluvila, že mě nechala na WC a vůbec mě nezkontrolovala se na mě obořila, že jsem na pokoji a říkám to, jak to řekla, udělala bordel. Dala mi pak do ruky hadr a kýbl a musela jsem to po sobě uklidit. Je tomu už dobrých 25 let, ale na to nezapomenu. Jen vím, že to byla taková fiflena. Ale já se už pak bála o něco poprosit jakoukoli sestru. Když jsem pak musela do nemocnice později, už jsem v sestrách hledala nepřátele, že mě nemají rádi, že něco „musí“ pro mě udělat. Dlouho jsem se toho pocitu vůči sestřím nemohla zbavit. Dnes už je to dobré, nabrala jsem zase i ty lepší zkušenosti. Ale řeknu Vám, je hrozné, že takovíhle lidé pracují ve zdravotnictví. Kdo se takhle chová k lidem, měla by pracovat někde izolovaně! No to o tom spolupacientovi Vám taky můžu vyprávět! I když si připadám, jako bych tu pomlouvala sestry. Všechny nejsou špatné. Ale když se takhle ptáte...Nedávno jsem ležela v jedné menší nemocnici na lůžkovém oddělení. Vedle mě ležela stařenka, která se už o sebe neuměla postarat. Měla průjem, ale nezazvonila si o mísu, pořád pospávala. Přišla sestra s ošetřovatelskou a zjistily, že paní je opět pokálená. Sestra našťvaně říkala té ošetřovatelce a zase to musím říct tak, jak to řekla: „Zase se posrala, to už je dneska počtvrté, kdo to má pořád utírat ty posraný prdele!“ Myslím, že té babičce to muselo být líto, i když nic neřekla, byla trochu mimo

a když jí umyly, tak zase usnula. Mě bylo hrozně. Říkala jsem si: “Kdyby tak jednou někdo mluvil o Vás, jak by Vám bylo!!!“

Byla to mladá sestra, mohlo jí být tak 35 roků a tohle! Byla taková přísná, ale jinak šikovná, všechno měla hned hotové. Jinak jsem ji moc nestihla poznat, moc se nám, pacientům, nevěnovala. No mě teda media ovlivňují, to ano. Zvlášť jsem se bála, a to se mně nedivte, jak to bylo s tím heparinovým vrahem. Nedlouho potom jsem ležela v nemocnici a to víte, že mě napadlo, co mi to sestra píchá, jestli mě nechce zabít. Zvlášť, když mi nevysvětlila, co mi jde vlastně píchnout a na co to je. Já jsem vdova a hodně se koukám na televizi, hlavně na zprávy a taky poslouchám radio, člověk pak má hodně času na přemýšlení v důchodu a bojíte se všechno. To víte, na starýho člověka si dneska dovolí každý! No a ty zaměnění novorozenci, je to sice hrozné, ale stát se to může, každý člověk může udělat chybu a je pravda, že já bych sestra být nemohla. Je to zodpovědnost, jak hrom. A jde o život. Jsem sice pečlivá, ale možná právě proto bych vždycky umírala strachy, jestli jsem na něco nezapomněla.

No a proč se sestry takhle chovají? Já myslím, že těch důvodů je hodně, Mají moc služeb, jsou tady pořád, pak ty noční, taky ty peníze, co za to mají, nejsou nic. Někdy mě přijde, že to je proto, že jsou už z té práce otrávené a měly by jít dělat něco jiného. Nebo když jdou tu práci dělat, tak si neuvědomí všechna ta rizika, která ta práce přináší, myslí si, že budou jenom v hezkých uniformách. No jak by se to dalo řešit. Dát jim větší platy a vyhodit ty, kteří se k lidem špatně chovají, to mi vadí nejvíc. Já jsem ochotná chybu tolerovat, pokud nedojde k ujmě na zdraví nebo dokonce na životě, ale nikdy nebudu tolerovat neurvalost. Pokud je na mě sestra nespravedlivě zlá a neomluví se, nejsem vůči tomu tolerantní. Něco jiného, kdyby se mi omluvila, pak to všechno beru!

Taky si myslím, že by se měly vrátit do nemocnic ty řádové sestry. Ale těch je už asi málo. Neměly rodiny, děti a tak se úplně věnovaly jenom nemocným. Já to ještě zažila, tu dobu a nebylo to špatné. Taky byly vzdělané. Mělo by být víc sester, ale on to nikdo nechce dělat. Taky by měly mít nějaká školení, jak jednat s nemocným člověkem, jinak nevím.“

4.2.6.3. Rozhovor č. 3

Žena, 50 let, vysokoškolské vzdělání, hospitalizována podruhé v životě, akutní onemocnění, „No začínáte otázkou na tělo. Já si zatím na přístup zdravotníků nemůžu stěžovat.

To, že je zde člověk takový bezmocný a víc obnažený, je asi normální a patří to k nemocničnímu prostředí. Sestry se ke mně chovají slušně, ale já toho opravdu mnoho nepotřebuji, tak se snažím po nich nic nechtít. Že bych byla přímo já poškozena sestrou, to říci nemohu, jen mě trochu vadí, že mi nikdo nic nevysvětlí a pokud něco chci vědět, musím se na všechno zeptat. Zajímalo by mě, jak vypadá vyšetření, na které mě posílají, čeho se můžu nebo nemusím bát, také když mi berou krev, zajímá mě proč, co tím potřebují zjistit. Já bych očekávala lepší komunikaci ze strany sester a lepší informovanost, ale přímo poškozením bych to nenazvala.

O tom, jak sestra dost ublížila paní, co jsem vedle ní ležela na pokoji, můžu vyprávět. Doufám, že Vám to k něčemu bude. Docela jste mě překvapila, že děláte takovýto druh výzkumu a že to někoho zajímá, jak pracují zdravotníci. No teď k tomu případu. Ležela vedle mě paní s onkologickým onemocněním. Byla dost smutná a ze všeho vyděšená.

Ještě pořádně nevěděla, co se s ní bude dít, jaké léčebné postupy jí budou navrženy. Dost se mi svěřovala. Byla matkou tří dětí a strašně se o ně bála. Hodně často plakala. Když přišla sestra na pokoj a řekla pacientce, že půjde zítra na několik vyšetření, paní se rozplakala a chtěla slyšet od sestry nějaká slova útěchy. Taky se ptala, co jí to za vyšetření vlastně čekají. Sestra se jí nejdříve snažila vše vysvětlit, ale když paní pořád plakala, ztratila nervy. Řekla jí: „Ženská nebulte pořád, takový citlivky jako Vy, nic nevydržejte! Takových tady už před Váma bylo a vydržely to! A nefňukaly! No a když si Váš manžel najde jinou, tak Vás neměl dost rád. Takovej je život!“ Dovedete si představit, jak té paní bylo. Plakala a ani léky na uklidnění moc nepomohly. Ráno ještě ke všemu přišla ona sestra, aby jí odebrala krev na vyšetření. Několikrát se jí nepodařilo trefit se do žíly. Místo slov omluvy jí řekla: „Vy jste teda hrozná, nemáte žíly, já teď kvůli Vám nestíhám náběry, zdržela jste mě...“. Pak zavolala jinou sestru. Tato sestra byla hodně upovídaná, přísná, ale necitlivá, rychle se snažila mít práci hotovou a pacientku odbýt. Bylo na ní vidět, že si užívá nadvlády, kterou nad nebohou paní měla. Sama byla

mladá a krásná, upravená podle nejnovější módy a na nemocnou, nenalíčenou a neupravenou pacientku, která k tomu ani neměla sílu, hleděla s despektem. Bylo mi té paní moc líto, ale neměla jsem odvalu proti této sestře jakkoliv zasáhnout. Často mě napadne, že jsem neudělala nejlépe. Mrzí mě to, ale sama jsem se tenkrát bála, aby se pak na mě nemstila. Je to taková ta naše česká povaha „držet hubu a krok“ a hlavně nevyčínat. Je to v nás moc zakořeněné a je to špatně! Snažila jsem se tu paní utěšovat, ale bylo to dost těžké, nechtěla nic slyšet. Den poté mě pustili domů, a tak nevím, jak to s tou paní dopadlo.

Media mě určitě ovlivňují, jako každého z nás, ale jenom do určité míry. Ráda si dělám názory sama. Taky si myslím, že v mediích ukazují spíše to, co se nepovedlo, než to, co se povedlo. To s tím heparinovým vrahem je strašné, ale takoví lidé se najdou všude. Měl by být patřičně potrestán a hlavně by tato causa měla vést k tomu, aby se zpřísnil dohled nad prací zdravotníků a taky kontrola. To je stejné, jak u těch vyměněných dětí. Člověk může udělat chybu, ale mělo by se jim co nejvíce předcházet zvýšenou kontrolou, zvláště, když se jedná o lidské životy a osudy lidí.

K poškozování pacientů dochází, protože je naše zdravotnictví nedořešené jak resort. Nemocnice mají málo sester, které jsou mizerně placené, nemají motivaci nic zlepšovat. Myslím, že na to kolikrát ani nemají energii. Taky všude ve světě je normální, že je třeba méně sester, ale více pomocného ošetrovatelského personálu. Jinak by také měla být lepší péče o sestry, je co zlepšovat.

Určitě málokdo zažívá setkání se smrtí a pohnutými osudy člověka tak moc, jako sestry. Pak to třeba špatně zpracují a zatrpknou a chovají se špatně k pacientům. Nebo jsou třeba nedostatečně vyškolené pro svou práci ze školy a pak udělají chybu z nezkušenosti.

Já jsem chybu sestry ochotná tolerovat. Ale nesmí jít o život nebo o nějaké závažnější poškození. To nemůžu říci dopředu, jak bych pak v takovéto situaci reagovala...

Jak by se dala zlepšit péče? No já si myslím, že není tak úplně špatná, ale snad by mohl být lepší systém v objednávání do ambulancí, sedět dvě hodiny v přeplněné čekárně, kde na Vás sestra řve: „Další“, není žádný med. Já bych si představovala zlepšení v lepší komunikaci mezi zdravotníky a pacienty a to nejen mezi sestrami a pacienty, ale i mezi lékaři, sestrami a pacienty.“

4.2.6.4. Rozhovor č. 4

Muž, 45 let, vysokoškolské, šestkrát hospitalizován, chronické onemocnění „No to jsem docela rád, že to, co si řekneme, zůstane mezi náma, člověk se dneska bojí něco říct. No já jsem celkem optimista, já hodnotím přístup zdravotních sester ke své osobě jako dobrý.

No já jsem měl naštěstí vždycky celkem dobré sestry, jinak moc záleží na tom, kde ležíte a kdo se o Vás stará. Jen jednou se mi stalo, že se sestra dost spletla. Zaměnila dokumentaci, pořádně si nepřečetla kde kdo leží a poslala místo spolupacienta na rentgen mě. Odpoledne se na to přišlo, protože doktor hledal výsledky od pána, který měl na rentgen jít opravdu a nebyly tam. Mně to nějak zvlášť nevadilo, já jsem celkem tolerantní člověk a navíc, ta sestra se mi omlouvala. Taky to pěkně od pana doktora schytala. S tou jinou osobou mi to snad vadilo víc. Byl to už starý pán, který se mnou ležel na pokoji a hůře slyšel. Sestra na něj mluvila normálním hlasem a pán jí nerozuměl. Nejenže ho oslovovala „dědo“, což se, myslím, nesluší, protože to není žádný její děda, ale ani nebyla ochotná mluvit pomaleji a nahlas. Tento pán byl už takový pomalejší, než se postavil u lůžka, tak to notnou chvíli trvalo a sestra na něj houkla, že nemá čas se tady s každým zdržovat a jak to bude dělat doma, když je tak nemožnej. Pán na to nic neříkal a mě bylo trapné se ho na cokoliv ptát, tak jsem jen sestře řekl, že vím, že toho má moc, ale že ten pán za nic nemůže. Sestra se sice neomluvila, ale aspoň přede mnou se snažila chovat se vlídněji. Nevím, co se v tom pánovi odehrávalo, ale připadal mi dost smutný.

Vždyť to býval taky mladík plný síly a ani tu sestru stáří nemine. To mi bylo líto. Ta sestra byla mladá, tak kolem čtyřiceti, ale připadalo mě, že jí práce vůbec nebaví, že si to tam jde doslova „oddělat“. Byla hodně vzteklá, když všechno nešlo hned a rychle a rázná, jinak šikovná. Bylo vidět, že si ve své práci věří a že ví, co dělá. Jak jsem už řekl dřív, nevím, co si ten pán myslel, moc toho nemluvil a ani jsem z něj nechtěl „tahat“ žádné informace.

Mě moc media neovlivňují, to by se z toho musel zbláznit. Jsme zaplavováni spoustou informací o všem možném a nakonec si člověk musí stejně udělat názor sám. Sama víte, jak dovedou novináři přizpůsobit pravdu tomu, co potřebují z reportáže dostat. Nemůžu soudit, jak bych reagoval, být příbuzným toho, koho ten „heparinový vrah“ zabil,

je to hrozné, mělo by to být „mementem“, že se mají tyto věci více hlídat. Přemýšlel jsem o psychotestech, kdyby někdo chtěl vykonávat zdravotnickou profesi, ale ani to není všemocné. Nedávno jsem četl, že v USA dělali psychotesty na policisty a přesto jimi prošel těžký psychopat, který pak pozabíjel několik lidí. A v testech se nic negativního neukázalo. Je dobře, že se tyto kauzy zveřejňují, aby se upozornilo na chyby, ale já osobně bych uvítal i více těch „pozitivních“ zpráv.

Těch důvodů, proč dochází k poškození pacientů je moc, je to práce s lidmi a ta vždycky přináší mezilidské konflikty, přenášení nálad, nikdo z nás se nedokáže pořád chovat skvěle, zvláště, když máme osobní problémy. Všiml jsem si, že spousta sester řeší problémy, které by řešit nemusely, snaží se pomoci lékařům v jejich práci. Pokud dělám něco navíc, měl bych za to být ohodnocen. Taky musí být ty sestry nějak motivovány. Já podnikám a musím se pořád snažit, aby moji zaměstnanci byli spokojeni, zároveň od nich očekávám kvalitně odvedenou práci. Víte, když už jsem se rozpovídal, mě se ani nelíbí ty vizity. Nezlobte se, že utíkám od tématu, ale vadí mě, jak sestra stojí v pozoru, vrchní ji sleduje přísným okem a doktoři se nad Vámi baví v té jejich „hantýrce“, které pacient nerozumí, ale bojí se zeptat. Podívejte se, podle mě by tyhle věci měli řešit za dveřmi a vizita by měla být vyloženě „společenskou událostí“ pro pacienta, aby se zeptali, jak se máte atd. To zbytečně upjaté divadlo zavání jakousi „buzerací“.

S tím, jak to vyřešit, Vám moc nepomůžu, nejsem žádný zdravotnický manager ani ministr zdravotnictví, ale zas bych tu situaci ve zdravotnictví neviděl tak černě. Určitě by mělo být víc zdravotních sestřiček v nemocnicích, ale taky ve sféře domácí péče.

Já jsem ochoten tolerovat chybu sestry, ale do jaké míry, to Vám přesně nemohu říct.

Mně se nic moc nestalo, že by mně sestry ublížily a pokud se omluví, tak to „beru“. Nevím, jak bych reagoval, kdyby šlo o nějaké fyzické poškození s následky, nebo se jednalo o mé příbuzné, ale v podstatě chybu dokážu pochopit.

Péče by se v dnešní době dala zlepšit určitě mnoha způsoby, ale otázkou je, zdali je to reálné, těžko radit, když si neví rady ani tolik ministrů! Mě nevadí, že si budou od Nového roku lidé připlácet, aspoň se odfiltrují Ti, kteří chodí pro zbytečné léky, které si stíradají doma. Moc do toho nevidím, ale mělo by asi být víc sester a víc mužů v téhle sféře, protože ženy se tu tahají s těžkými pacienty, takže by měly mít víc pomocníků. Taky bych

uvítal, aby si člověk mohl zvolit, kde chce ležet, kam ho mají zavézt, ale to je asi nereálné, možná to jde domluvit, když už nějaký čas v nemocnici ležíte. No to je z mé strany asi vše.“

4.2.6.5. Rozhovor č. 5

Žena, 31 let, středoškolské s maturitou, podruhé hospitalizována, akutní onemocnění

„Tak já hodnotím přístup zdravotních sester ke své osobě až na výjimky jako dobrý. O těch výjimkách Vám popovídám. Doufám, že to bude opravdu anonymní a nikdo se nedozví, kdo jsem. Věřím Vám. Ležela jsem na chirurgii a najednou mě přeložili sem na doléčení, zavřeli mě do takovéhohle pokoje s uzavíratelnými skleněnými dveřmi a řekli mi, že jsem chytila tu MRSU nebo jak se to jmenuje. Když jsem se ptala, proč mě překládají, tak mi odpověděli, že kvůli infekci. Byla jsem z toho dost vyděšená. Trochu jsem se na to ptala a sestra mi odpověděla, že jsem to mohla chytnout, jak se mi převazovala rána. To je teda pěkné, protože se o mě staraly sestry a lékaři. Ti se u mě střídali, tak vůbec nevím, kdo na mě infekci přenesl. Cítím se tím být handicapovaná, protože od té doby, co to zjistili, ke mně chodí, jak ve „skafandru“, všechno nádoby smrdí dezinfekcí, jídlo se mi předává do talíře, který je na tomhle „boxe“, jak tomuhle říkají, takže pak vypadá, jak „šlichta pro prase“ a jsem tady izolovaná. A navíc to není moje chyba! Nikdo mi nic moc nechtěl vysvětlit. Taky jsem slyšela, když sestry stály poblíž, jak se hádaly, kdo si mě vezme na starosti, že tu „MRSU“ nechtějí. Jak kdybych byla prašivá! To jsem opravdu naštvaná a nikdo se mi nepřišel za to omluvit. Tak to vnímám já. Takže Vám nepovím, jestli to byla sestra nebo kdo, ale dost mi to vadí. I příbuzní se musí takhle převlíkat a sestra se tady objeví párkrát za den, aby nemusela tohle převlíkání absolvovat. To se jí ani nedivím.

Navíc tu ani nevím, kdy je noc a kdy je den, je tu pořád umělé světlo. Už mi slíbili, že půjdu ven, ale zas v tom skafandru!

Jinak jsem v nemocnici byla málo, takže Vám o tom poškození moc nemůžu říct, ale aspoň Vám povím, jak se chovaly v porodnici, ne tady, k jedné mé spolupacientce.

Co se týče personálu přímo na porodním sále, ti byli všichni milí. Bohužel sestřičky co se starají o miminka jsou příšerné. Nikdo mi nevysvětlil jak mám kojit, jak vážit malého, před kojením a koupání nám ukazovali jen jednou a to ještě na cizím dítěti.

Nejhorší zážitek jsem ovšem měla v den, kdy jsem se balila na cestu domů. Přivezli na pokoj paní po císařském řezu, chudinka se nemohla ani hýbat a stěžovala si, že jí ještě nedali injekci proti bolesti.

Pak se přihítla sestra s miminkem, položila jí ho na postel a odcházela. Ta maminka se podivila a poprosila sestřičku, jestli by jí nemohla pomoc, protože se sama ještě nemohla ani hnout, natož zvednou dítě. Sestra jen suše odsekla, že nemá čas a odešla. Obě dvě jsme koukali s pusou dokořán. Nakonec jsem tý paní pomohla já, ale jak to zvládala po mém odchodu už nevím. Ještě bych vytkla jídlo. Nepřišlo mi moc vhodný podávat k obědu kroupovou polévku, nebo hrachovou kaši. Jo a taky mi tam někdo ukradl ohromnou kytici růží, co jsem dostala od přítele za porod.

Já se vám přiznám, že televizi ani moc nesleduji, nemám na to čas a nic tam nedávají. Nemůžu říci, že by mě nějak zvlášť ovlivňovala. Mě se jako matky dotkla hlavně ta záměna novorozenců, asi by měl být personál pečlivější, ale na druhou stranu každý děláme chyby.

No já si myslím, že na nás ty sestry mají málo času, proto jsou takové „ostré“, taky to záleží, jak tu práci děláte, jestli s láskou nebo ne. Zase můžu naopak říct, aby to nevyznělo tak hrozně, že znám spoustu sestřiček a ty jsou skvělé, hodné, pracovitě. Tady to vychází z toho, na to se mě ptáte, ale jinak nemůžu zas celkovou péči hodnotit tak strašně negativně. To bych lhala.

Já osobně chybu toleruji, ale nechtěla bych, aby mi někdo poškodil zdraví, to ne. U toho, co jsem Vám na začátku popisovala mi vadí, že mi toho nikdo moc neřekl a snad se mohli i omluvit, že mám takovéhle komplikace.

V nemocnicích by mělo pracovat více sester a každá z nich by po čase měla změnit „lokál“. Tak mi to alespoň říkají kamarádky, co jsou sestry. Celý život dělat na jednom oddělení je na „hlavu“. Také ty platy jsou mizerné. Jako žena bych uvítala v nemocnici i službu kadeřnice, pedikérky atd., protože sestry Vás nemůžou upravit, jak si představujete a já jsem zvyklá chodit upravená a dost mi vadí, že tu musím ležet v erárním prádle, kvůli té infekci, do sprchy musím jít až na konec nemůžu se cítit dobře jako žena.“

4.2.6.6. Rozhovor č. 6

Muž, 60 let, vysokoškolské, třikrát, akutní, „No já Vám můžu říci, že ke mně se sestřičky chovají moc hezky a vůbec si nemůžu stěžovat, zvlášť v téhle nemocnici. Takže ho hodnotím kladně. Já jsem měla v životě to štěstí, že si nejsem vědom, že by mě nějaká sestra někdy poškodila jako pacienta.

Ba naopak se ke mně vždy chovaly úslužně. Ale já jsem lékař, takže víte, jak to chodí, hned se ví, že je někdo z „branže“, a tak si každý dává větší pozor, což je zase na jednu stranu smutné, protože každý pacient si zaslouhuje stejnou pozornost. Stejně tak jsem nebyl svědkem poškození spolupacienta, asi si každý dával také pozor. Ale jako lékař, internista, jsem zažil spoustu sester, které se nechovaly tak, jak by měly. Ale nejen sester, i lékařů a můžu říci, že každý z nás tu chybu nejednou udělal. To máte těžké, já jsem se vždycky snažil ty „hrany“ obrušovat a když jsem viděl nějaké „méně komunikačně schopné sestry“ kulantně řečeno, tak jsem se je snažil trochu mírnit. Ono je to taky o povaze člověka a každém tom kolektivu zdravotníků najdete dobré a horší lidi. Mně spíš vadí, když se o tom bavíme, lidská lhostejnost a profesionální otupělost. Někdo jde, svou práci odflákne a prochází mu to. To mi vadí, protože pokud se nestane zásadní chyba, spoustu jich ve zdravotnictví můžete zahladit a zamazat, aniž by se pacient cokoli dozvěděl, že mu někdo dal méně léku, protože nečte pořádně dokumentaci, že někdo nekontroluje teploty a vymyslí si je a pak se zanedbá primární infekce, která se mohla zachytit v začátku a jiné chyby. To mluvíme o sestrách. U lékařů je to obdobné. A jejich osobnosti se různí. Vždycky je třeba vidět, co za tím vyřčeným je, dám Vám příklad, že třeba někdy trochu „ráznější“ sestra mobilizuje pacienta, který by „fňukal“ a nechtěl by se postavit na vlastní nohy, než ta hodná, která by mu udělala pomyšlení. To poškození, myslím psychické, je někdy dost subjektivní. Takže pacient se může cítit být poškozen, ale sestra to s ním myslela dobře, naopak může sestra devalvovat pacienta starého a „zmateného“ a on o tom ani nemusí vědět.

No s těmi medií, snažím se hodně sledovat aktuální dění, ale spíš z takových „střízlivých zdrojů“, nemám rád „krvelačné zprávy“ na Nově a o všem se snažím přemýšlet. Sama víte, že pochybení ve zdravotnictví jsou, protože se zde uplatňuje lidský faktor. Je nutné o nich vědět, poučit se z nich a snažit se jim předcházet. Možná někomu

přijde kruté, že tak padají hlavy“, jako tomu bylo u těch zaměněných novorozenců, ale to je „vojenská morálka“, když se stane chyba, odchází i velitel.

Jak jsem říkal, kde pracují lidé, tam se dějí chyby. Taky určitě sama víte, kolik nám po revoluci přibylo „papírování“ a to jak sestřám, tak lékařům, takže i sestry jsou ve větším stresu a často nemají na pacienty dost času, aby vše předaly do konce směny.

Pak mohou jednat pod vlivem časové tísně, může jít o fyzické či psychické poškození. V dokumentaci něco přehlédne, na pacienta „vyjede“ a „malér“ je na světě. Na straně druhé jako lékař musím konstatovat, že si práce sester nesmírně vážím, protože bez nich, by byl lékař nic. Jsme tým a jsem smutný z toho, že to mnoho mladých kolegů takto nevnímá. No nejen mladých, i těch starších, mám-li být upřímný. Spousta lékařů si zvyklo na model sestra-slужba a nechtějí na tom nic měnit. Ale situace se mění rychle, sestry už dneska i studují a pokud jim to k něčemu je, já to podporuji. Také zkušená sestra je často víc, než mladý a nezkušený doktor... Asi se jim málo děkuje, za tu práci a přitom to nic nestojí. Vždyť bychom se měli vychovávat navzájem...

To je i odpověď na Vaši otázku, jak to řešit.

Jsem ochoten tolerovat chybu zdravotníka, vím, jak vágní je hranice mezi chybou a správným úsudkem třeba v diagnostice, u sester k chybě může dojít také z mnoha důvodů. Ale měli bychom se všichni usilovně snažit, aby nedošlo k fatálním pochybením, kdy by byl ohrožen lidský život nebo byl poškozen s trvalými následky. Jak bych řešil tuto situaci já? Určitě by se měla přesunout péče o pacienty z drahé nemocniční léčby do sféry primární péče, to je péče „v terénu“. Tak je tomu v západních zemích a mnoho tak ušetří. Sestry by měly postupem času mít víc kompetencí a procházet tzv. „kolečky“ mezi odděleními, stejně jako to mají lékaři. Pak by se mohla sestra lépe rozhodnout, jaké oddělení jí nejvíce „sedí“. Také bych uvítal nějaké kurzy týkající se komunikace s problémovými pacienty. Péče o psychiku zaměstnanců je u nás velmi bídná. Na straně druhé jsou naši pacienti „šťastní lidé“, protože zdravotní péče je v naší zemi na velmi vysoké úrovni. Předčíme hravě některé „západní“ země, které nežily v socialismu.

Je zde perfektní prenatální péče, systém preventivních prohlídek u praktických lékařů, dostupná jsou i drahá a sofistikovaná vyšetření jako jsou mimo jiné MRI či CT. Tak jsem

se už rozpovídal trochu „mimo“. Vážím si toho, že jste se pustila do takovéto práce a přeji hodně úspěchů!“

5. Diskuse

Pro výběr respondentů byla rozhodující tato kritéria: spolupracující pacient, který rozhovor neodmítá, provedení rozhovorů na JIP i na standardní ošetrovací jednotce v téže nemocnici na interním oddělení. Dále jsem požadovala účast pohledů obou pohlaví, jak mužů, tak žen.

Část „A“ standardizovaného rozhovoru – demografická část

V této části byly popsány věk a pohlaví pacienta, nejvyšší dosažené vzdělání a počet hospitalizací za život. Pacientům byla přislíbena přísná anonymita (viz. Příloha č. 1 – Úvod k dotazníku). Prvním dotazovaným byl muž ve věku 33 let, vzdělání středoškolské s maturitou, hospitalizovaný podruhé v životě s akutně probíhajícím onemocněním.

Druhou dotazovanou v rozhovorech byla žena ve věku 82 let, vzdělání středoškolské s maturitou, která uvádí patnáct dosavadních hospitalizací s chronickým onemocněním.

Třetí dotazovanou byla žena ve věku 50 let s vysokoškolským vzděláním, podruhé hospitalizovaná s akutním onemocněním. Čtvrtým respondentem byl muž ve věku 45 let, dosud šestkrát hospitalizován s chronicky probíhajícím onemocněním. Průměrný věk respondentů byl 51 let.

Pátou účastnicí rozhovoru byla žena ve věku 31 let se vzděláním středoškolským s maturitou, podruhé hospitalizována s akutním onemocněním. Posledním respondentem byl muž ve věku 60 let s vysokoškolským vzděláním, hospitalizovaný dosud třikrát s akutním onemocněním.

Z výše uvedeného vyplývá, že vzorek respondentů zahrnoval osoby v rozmanitém věku od 31 do 82 let, obou pohlaví a s převážně středoškolským a vysokoškolským vzděláním.

Část „B“ standardizovaného rozhovoru – odpovědi na jednotlivé otázky

Shrnutím jednotlivých rozhovorů s pacienty bylo výzkumným šetřením zjištěno těchto poznatků: se sorrorigenií se setkali všichni účastníci rozhovorů, což dokazuje fakt, že tato problematika je neustále aktuální. Zjistila jsem, že častějším způsobem bývá psychické poškození sestrou, kdy citlivější a vnímavější k němu bývají ženy. Ženy si více vybavují detaily svých zážitků, také se poškozením více trápí.

Muži se snaží si problém racionálně zdůvodnit a také rychleji zapomínají na takovéto křivdy, které se jim staly. Pro důkladnější zmapování bych musela hovořit s více muži, abych tento názor mohla posuzovat jako validní. Toto mi vyšlo najevo pouze od několika málo respondentů.

Zajímavé je, že si jeden muž vzpomněl na zážitek z dětství, kdy se k němu sestra hrubě chovala. Je zřejmé, že nelze negativní přístup sester k pacientům bagatelizovat. Z údajů vyplynulo, že častěji u mých respondentů došlo k psychickému, než fyzickému poškození.

Zajímavostí byl názor respondentky č. 5, která se cítí být poškozena přenosem MRSA do operační rány. Zajímavě popisuje, jak ji handicapuje tzv. „bariérová ošetrovatelská péče“, možná by bylo zajímavé na toto téma zpracovat výzkum a zlepšit komfort těchto pacientů.

Sama se domnívám, že si je pacienti více pamatují, zvláště pokud se jedná o devalvací jejich osoby. Jak hovořil poslední respondent, o fyzickém poškození se pacient často ani nedozví, dostane-li menší dávku léku nebo mu není změřena tělesná teplota.

Tento fakt poukazuje na problém vyhledávání rizik ve zdravotnictví, kde by bylo třeba činit namátkové kontroly, tzv. „sesterské vizity“, aby se předcházelo omylům.

Respondentům činilo obtíže popsat, co se v nich odehrávalo poté, co byli sestrou poškozeni. Někteří popisují další odmítání spolupráce, jiní vztek na sestru. Celkově jsem se o následcích mnoho nedozvěděla, protože jsem do rozhovoru nijak nezasahovala, tak, jak je určeno tomuto typu rozhovoru.

Stejně to bylo i u příběhů spolupacientů, kde se shodovaly odpovědi, že se obávali zeptat se oběti na psychický stav. Bylo to považováno za netaktní a je to zcela pochopitelné. Téměř všichni respondenti měli nějakou zkušenost s poškozením spolupacienta. Je zřejmé, že může dojít i k poškození více pacientů najednou, právě vlivem špatného jednání sestry vůči jiným pacientům. Z rozhovorů vyplynulo, že jim bylo jejich spolupacientů líto a že to ovlivnilo jejich náhled na osobu dané sestry.

Problémem zůstal popis osobnosti sester, které pacienty poškozovaly. Bylo zjištěno, že je to pro respondenty velmi těžké, popsat charakter osobnosti, kterou znali jen velmi krátce, po dobu jedné nebo několika služeb.

Z většiny příběhů vyplývá, že to byly sestry energické, rázné, které chtěly mít práci rychle „za sebou“. Je až s podivem, že se v žádném příběhu nepotvrdilo či ani nedošlo k projevu pokory a lítosti nad chybou, ani k následné omluvě.

Na tento fakt poukazuje pouze jeden z rozhovorů, kdy se o pochybení dozvěděl i lékař.

Lze však předpokládat, že se dotyčná osoba omluvila sama od sebe.

Na otázku, zda respondenty ovlivňují média jich většina odpověděla kladně, ale s dodatkem, že si tvoří názory také sami. Zajímavý byl poznatek z rozhovoru č. 4, kdy respondent uvádí, že i přes veškerá opatření se v USA dostal k policii psychopatologický jedinec.

Odpovědi v posledních otázkách byly velmi podobné. Respondenti uvádí, že k poškozování pacientů dochází, protože sester je málo, mají malé platy a jsou v časové tísní. Někteří odpovídají také v tom smyslu, že jsou zaměstnávány sestry, které nemají ke své práci kladný vztah. Interesantní byl i názor, že by sestra měla po čase změnit oddělení, aby se vyhnula pracovnímu stereotypu.

Na otázku, jak řešit situaci ve zdravotnictví respondenti většinou odpověděli také velmi podobně. Zvýšit počet sester a pomocného personálu, upravit mzdy směrem nahoru a nebyla opomenuta ani potřeba pečovat o zaměstnance po psychické stránce. Zajímavý byl i názor z rozhovoru č. 3, že by se měla chyba brát jako „memento“, poučení pro příště. Také názor, že by se mělo pracovat s člověkem, který pochybil, považují za přínosný. Poukazuje tak na možnosti zlepšení managementu ve zdravotnictví.

Co se týče tolerance k chybě zdravotníka, všichni respondenti uvádějí, že by ji tolerovali, ale nespecifikují do jaké míry přesně. Uvádějí, že pokud nedojde k újmě na zdraví nebo dokonce na životě. Na tuto otázku je těžké odpovědět, jak uvádí respondent z rozhovoru č. 4, že to sám nezažil, tak nemůže přesně specifikovat odpověď.

Návrhy na zlepšení péče se také v mnoha bodech shodují. Opět je kladen důraz na zvýšení počtu zdravotních sester, vyšší mzdy, volání po větším množství pomocného personálu. Musím konstatovat, že dost podobně to cítím i já. Velmi zajímavou zůstává odpověď posledního respondenta. Přesunutí péče do primární sféry se v náznacích objevuje ve více rozhovorech. Nemocniční péče je drahá.

Také požadavek na kurzy komunikace je podnětný. Psychologická péče o zaměstnance by měla být, dle mého názoru, do budoucna součástí zdravotnického resortu.

Jedinou zemí, kde se poškození pacientů hlásí na speciálním úřadě pro „Nurses mistakes“ je USA. V mnoha zdrojích pocházejících z Anglie lze nalézt různé statistiky zabývající se přibližnými počty poškození pacientů v nejbližších letech. Tato data byla pro mě zajímavá, neboť v českých zdrojích jsem podobné nenalezla. Anglie i USA se snaží pro prevenci sorrorigenie dělat mnoho. Příkladem je navýšení pomocného personálu v nemocnicích, které ulehčí práci sestrám, které se mohou specializovat na odbornou práci. Dalším opatřením je pořádání různých psychologických seminářů zaměřených na prevenci patologického jednání na pracovištích ošetrovatelské péče. Některé z návrhů na zlepšení byly pacienty vysloveny, jiné zůstaly nevyřčeny.

6. Závěr

Na závěr bych ráda uvedla svou novou zkušenost: čím více jsem se snažila o daném tématu zjistit informace, tím více jsem poznávala, jak je toto téma nejednoznačné a složité. Není možné v rozsahu stran mě určených k bakalářské práci, postihnout problematiku v celé její šíři. Pevně doufám, že má práce osloví další studenty a přiměje některé k pokračování v tomto tématu. Mým cílem bylo uskutečnění rozhovorů s pacienty. Velmi přínosné informace by jistě poskytl i rozhovor se sestrami. Jak praví staré české přísloví: „Každá mince má dvě strany“. Zde hovořili ti „poškození“. Těším se, že si budu moci přečíst práci, kde bude hovořit přímo ošetřující personál. Omlouvám se všem mužům, pracujících jako bratři, že jsem nebyla exaktnější a ve statích neuváděla kromě slova „sestra“ také „bratr“. Mým úmyslem nebylo muže, jejichž práce si velmi vážím, nějak diskvalifikovat, ale spíše zjednodušit celou práci tak, aby byla v co „nejčitelnější“ podobě. Z tohoto důvodu bych chtěla zdůraznit, že se celá práce týká také jich.

Velmi přeji tomuto našemu poslání dobré zázemí, pevné psychické i fyzické zdraví a čestný postoj vůči chybám, které, jak doufám, se budou stávat neúmyslně.

Je třeba se tímto tématem do budoucna více zabývat, ještě pořád je to „tenký led“ na ledové ploše zdravotnictví, o němž se v české literatuře nevyskytuje mnoho odkazů. Jedinou brožurou přímo pojednávající o srororigenii a iatropatogenii je v mé práci citovaná Iatropatogenie a Srororigenie aneb jak lze poškozovat člověka, která je dílem Prof. Mareše z LF UK v Hradci Králové. Co se týče zahraniční literatury, vycházela jsem převážně z internetových zdrojů, protože literatura na toto téma je obtížně dostupná i u nás.

Ke splnění cílů došlo pouze parciálně, protože není možné v takto rozsáhlé práci postihnout všechny fenomény srororigenie. Pevně doufám, že má práce na toto téma nebude prací poslední. Problematika otevírá mnoho příležitostí k výzkumu, za zajímavost by stál výzkum, který by obsahoval i rozhovory se sestrami a zohledňoval i jejich pohled na danou problematiku. Co se týče rozhovorů s pacienty, byla jsem spokojena, neboť všichni respondenti byli ochotni velmi otevřeně a pravdivě hovořit o svých zkušenostech s poškozením sestry.

Bohužel, vzhledem k rozsahu práce a počtu rozhovorů nemohu veškerá data považovat za validní, protože vzorek dotazovaných je velmi malý. Rozhovory práci obohacují a vnášejí do ní zajímavý prvek, což bylo jedním z mých cílů.

Návrhů řešení by bylo jistě mnoho. Proto uvádím jen některé.

Domnívám se, že by bylo vhodné začít více monitorovat sesterské chyby, jejichž výsledek by sloužil ne jako výhrůžka, ale jako prevence jejich pokračování u jiných. Pokud by existoval registr sesterských omylů, jistě by napomohl sestřím nedělat „staré“ chyby. Jiným, neméně důležitým návrhem řešení je vybízet sestry k výzkumu na téma jejich pochybení. Preventivní opatření, které v naší republice stále chybí, je pravidelná psychologická péče o zaměstnance, zejména na odděleních a jednotkách se zvýšenou psychickou zátěží. Tato péče by byla poskytována pravidelně a za účelem zmírnění stresu ze zaměstnání. Také rozšíření informací o sorrorigenii mezi sestrami považuji za přínosné řešení. Velkou pomocí k prevenci sorrorigenie jsou i mentoři zdravotnické praxe. Jsou jimi zkušené sestry, které mohou upozorňovat nejen na začátečnické chyby, ale i vzdělávat studenty a začínající sestry takovým způsobem, aby k pochybením vůbec nedocházelo nebo se počet omylů rapidně snížil. Řešením tedy zůstává i posílení vzdělávání v oblasti vykonávání mentorské činnosti a následná kontrola kvality jejich pedagogické práce. Mým posledním návrhem je myšlenka zařazení jakéhosi „varování před omylem“ do ošetrovatelských standardů. Jejich tvůrci by začlenili do standardu nejen popis činnosti, ale i upozornění, kde se v tomto výkonu nejčastěji chybí a proč. Každý výkon má svá úskalí a pro sestry by toto „cave“ mohlo být dobrým pomocníkem k předcházení omylům při ošetrovatelských výkonech.

Padlo už mnoho slov, teď je čas začít žít....

Anotace

Autor: Mgr. Michaela Votroubková

Instituce: Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové
Oddělení ošetřovatelství

Název práce: Sorrowigenie

Vedoucí práce: Mgr. Michaela Schneiderová

Počet stran: 85

Počet příloh: 3

Rok obhajoby: 2008

Seznam zkratek:

apod. – a podobně

atp. – a tak podobně

atd. – a tak dále

CT – computerová tomografie

č. – číslo

FN – Fakultní nemocnice

kol. – kolektiv

LF UK – Lékařská fakulta Univerzity Karlovy

Mgr. – magistra

MRI – magnetická resonance

MRSA – multiresistentní stafylokokus aureus

např. – například

s. – strana

USA – Spojené státy americké

Souhrn:

V dnešní době se každé zdravotnické zařízení snaží poskytnout pacientům co nejlepší péči. Nemocnice usilují o akreditace a vyhledávají se i rizika potenciálního poškození pacientů. Do této sféry patří i problematika sorrorigenie. V teoretické části práce se snažím osvětlit termín sorrorigenie, postihnout příčiny poškozování pacientů, možné aktéry podílející se na vzniku sorrorigenie a navrhnout i preventivní opatření, aby se jejímu vzniku předešlo. Na chyby zdravotníků by se mělo poukazovat, viníky potrestat! Na způsobenou chybu lze pohlížet i z jiných úhlů. Nabízí se spousta možností jako na poučení z nepříznivé situace nebo na šanci být lepší. Ve výzkumné části práce jsem pomocí standardizovaného rozhovoru se šesti pacienty hospitalizovanými v nemocnici zjišťovala, do jaké míry se dostali do kontaktu se sorrorigenií, jak se dívají na současnou ošetrovatelskou péči a v neposlední řadě také co by navrhli, aby došlo ke zlepšení ve zdravotnickém resortu.

Klíčová slova: Sorrorigenie, motivace, všeobecná sestra, pacient, syndrom vyhoření, vztah zdravotníka k pacientovi, prevence.

Summary:

Every of medical institutes are trying to offer the best care of their patients. All of hospitals want to aspire of accreditation and try to find every risks to prevent of patients damage. This problems including nurses mistakes also. In part of theory of my bachelor thesis I tried to explain problems bear on nurses mistakes. I wrote about causes of patients damage, why nurses having bad behaviour to their patients, which nurses take care about. I tried to propose to prevent acquisition against nursing violence of patients. Mistakes of nurses can't be forgot, but every mistakes could be a chance to be better in our work.

In part of research I choose research of quality and I used standardized interview. I spoke with six patients, who was lying in the hospital and I wrote everything, what they said to me. I asked them about problems of damage of patients by nurses. I asked of their experiences with this problem. Endly I asked them of prevent acquisition against nurses violence of patients.

Keywords: nurses mistakes, nurses violence, motivation, nurse, burn out syndrom, relation of nurses to patient, prevent acquisition

Použitá literatura:

1) Knihy a jiné monografie:

1. Aristoteles. *Etika Nikomachova*. 2. vyd. Praha: nakladatelství Rezek, 1996, 496 s., ISBN 80-901796
2. *Bible*. Český ekumenický překlad. 1. Vyd. Praha: Česká biskupská konference, 1404 s., ISBN 80-85810-37-9
3. Bratská, M. *Zisky a straty v záťažových situáciách alebo Príprava na život*. 1. vyd., Bratislava: Práca, 2001, ISBN 80-7165-040-5
4. Danzer, G. *Psychosomatika*. 2. vyd. Praha: Portál, 2001, ISBN 80-7178-456-7
5. Haškovcová, H. *Lékařská etika*. 1. vyd. Praha: Galén, 1997, ISBN 80-7262-132-7
6. Haškovcová, H. *Práva pacientů* 2. vyd. Havířov: Nakl. Aleny Krtilové 1996 ISBN 80-902163-0-7
7. Hendl, P. *Kvalitativní výzkum*. 1. vyd Praha: Portál, 2005, 408 s., ISBN 80-7367-040-2
8. Honzák, R. *Komunikační pasti v medicíně*. 2. Doplněné vyd. Praha: Galén, 1999, 165 s., ISBN 80-7262-03-20
9. Kebza, V. *Syndrom vyhoření. Funkční duševní porucha*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 1998, ISBN 80-7071-099-3
10. Kopřiva, K. *Lidský vztah jako součást profese*. 2. vyd. Praha: Portál, 1997, ISBN 80-7178-429-X
11. Kolektiv autorů: *Vybrané problémy psychologie zdravotnické činnosti*. 1. vyd. Brno: IVDPZ, 1996. ISBN 80-7176-866-X

12. Křivohlavý, J. *Pozitivní psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004, 194 s., ISBN 80-7178-835-X
13. Křivohlavý, J. *Psychologie smysluplnosti lidské existence*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006, ISBN 80-247-1370-5
14. Křivohlavý, J., Pečenková, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004, 78 s., ISBN 80-247-0784-5
15. Křivohlavý, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada (Psyché), 2002, ISBN 80-247-0179-0
16. Křivohlavý, J. *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha: Portál. 2001, ISBN 80-7178-774-4
17. Křivohlavý, J. *Jak neztratit nadšení*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998, 136 s. ISBN 80-7169-551-3
18. Mareš, J. a kol. *Iatropatogenie a sororigenie aneb jak lze poškozovat člověka*. 1. vyd. Praha: Vysoká škola J. A. Komenského, 2002, 59 s. ISBN 80-86726-00-3
19. Praško, J., Prašková, H. *Asertivitou proti stresu*. 1. vyd. Praha: Grada, 1996, 278 s., ISBN 80-247-1697-6
20. Ratzinger, J. *O víře dnes: rozhovor s Vittorioem Messoriem*. 1. vyd. Olomouc: Matice Cyrilometodějská, 1998, 159 s., ISBN 80-238-3165-8
21. Řičan, P. *Cesta životem*. 1. vyd. Praha: Portál 2004, 390 s., ISBN 80-7178-892-5-X
22. Schaufeli, W. B., Maslach, C., Marek, T. *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Washington: Taylor and Francis, 1993
23. Šimek, J., Špalek V. *Filozofické základy lékařské etiky*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003, ISBN 80-247-0440-4
24. Trobisch, W. *Miluj sám sebe*. 1. vyd. Praha: Kompas, 1993, 115 s., ISBN 80-9010011-2

25. Vybíral, Z. *Psychologie lidské komunikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, 264 s. ISBN 80-7178-291-2
26. Vymětal, J. *Lékařská psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, ISBN 80-7178-740-X
27. Vymětal, J. *Obecná psychoterapie*. 2. vyd. Praha: Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek, 1997, 295 s., ISBN 80-86123-02-2
28. Winkler, J., Petrušek M. *Velký sociologický slovník*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997, ISBN 80-7184-164-1
29. Zvolský, P. *Obecná psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1998, 192 s. ISBN 80-7184-681-3
30. Zvolský P. *Speciální psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1996, 206 s. ISBN 80-7184-203-6

2) Internetové zdroje:

1. Kim Becker: *Study about nursing errors*, (on-line) 2007. (cit. 2007-10-22) Dostupné z: http://www.boston.com/business/articles/2004/07/07/study_links_long_hours_nurse_errors/?page=1
2. Danuše Mládková: *Jste vyhořelí?* (on-line) 2008 (cit. 2007-10-22) Dostupné z: http://pes.internet.cz/veda/clanky/30543_44_0_0.html
3. Tedesco Lori: *Nursing and violence* (on-line) 2007 (cit. 2007-10-14) Dostupné z : http://66.102.9.104/search?q=cache:Bfmo-RQIF-YJ:www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/familyviolence/pdfs/fv-2003nursviolence_e.pdf+nursing+violence&hl=cs&ct=clnk&cd=1&gl=cz
4. Pomocný materiál ministerstva práce a sociálních věcí, (on-line) 2006 (cit. 2007-11-24) Dostupný z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/4173/prac_materialy_5.pdf
5. Pracovní materiály Masarykovy Univerzity v Brně, (on-line) 2007 (cit. 2007-11-24) Dostupné z: <http://www.econ.muni.cz/~winkler/kom/kap8.html>
6. Stephen Weistling: *Nursing errors*, (on-line) 2007 (cit. 2007-10-14) Dostupné z: <http://www.papillonsartpalace.com/nursing.htm>

7. Stephen Westling: *Motivation of the nurses* (on-line) 2006 (cit. 2007 – 11-24) Dostupné z: <http://www.hays.cz/employers/motivating-your-staff.aspx> (on-line) 2007 (cit. 2008-02-21) Dostupné z: <http://is.muni.cz/elportal/estud/fsp/ps07/1pomoc/texty/pages/autori.html>
8. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism : *Alcohol and the Workplace* (on-line) 2006 (cit. 20078-22-01) Dostupné z: <http://www.niaaa.nih.gov>
9. Karel Nešpor: *Návykové látky a pracovní prostředí* (on-line) 2006 (cit. 2008-23-02) Dostupný z: <http://tigis.cz/prac/PRAC401/08.htm>

3) Studentské práce:

1. Kocmanová, A. *Syndrom vyhoření*. Absolventská práce. Brno, 2004. Vyšší zdravotnická škola Josefa Podsedníka, Žerotínovo nám. 6, Brno 602 00, vedoucí práce Bc. Lucie Hošková

4) Standartní články

1. Maslach, C. *Job burn out: How people cope*. Publish Welfare 36, 1978, s. 56 – 58
2. Kebza, V. , Šolcová I. . *Burnout syndrom: Teoretická východiska, diagnostické a intervenční možnosti*. Československá psychologie, 42, 1998, s. 429-448
3. Kebza, V., Šolcová, I. *Well-being jako psychologický a zároveň mezioborově založený pojem*. Čs. psychologie 47, 2003, 4, s. 333 – 345
4. Šolcová, I., Kebza, V. *Sociální opora jako významný protektivní faktor*. Čs. psychologie 43, 1999, 1, s. 19 – 38
5. Pataliah, B.,A.: *Mentorship in Nursing*. Nursing Journal of India. 2002, 93, 6, s. 125

Seznam příloh:

Příloha č. 1.: Úvod a závěr ke standardizovanému rozhovoru

Příloha č. 2.: Otázky použité při standardizovaném rozhovoru

Příloha č. 3.: Žádost o povolení k výzkumnému šetření

Příloha č. 1. Úvod a závěr ke standardizovanému rozhovoru

Úvod: Milý paciente (pane, paní ...oslovení jménem), jmenuji se Michaela Štěpánková a jsem studentka 4. ročníku bakalářského studijního programu ošetrovatelství na LF UK v Hradci Králové.

Jelikož je závěr mého studia podmíněn napsáním bakalářské práce, chtěla bych Vás tímto poprosit, pokud by to bylo možné, o spolupráci na tomto tématu s názvem: Sorrowigenie – příčiny a důsledky. Při výběru tématu jsem se snažila nalézt, takové, které by bylo přínosné nejen pro Vás/ pacienty, ale také pro zdravotníky a zároveň na tuto problematiku poukázat.

Sorrowigenie je takový vyšetřovací, léčebný nebo preventivní postup zdravotníka - sestry, který má za následek poškození pacienta buď v rovině psychické nebo somatické. Ráda bych s Vámi uskutečnila rozhovor, který obsahuje stejné otázky pro všechny respondenty, týkající se této problematiky.

Slibuji Vám, že všechny Vaše odpovědi budou vyhodnoceny pouze ve výzkumné části práce a že Vaše jméno ani iniciály a jiné osobní údaje se na žádném místě mé práce neobjeví ani je nikdy nebudu zveřejňovat. Všechny zjištěné údaje budou anonymně použity v mé práci a posléze archivovány na Katedře Sociálního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy.

Ujišťuji Vás, že získaných informací nezneužiji ve Vaš neprospěch a nebudu je nikde rozšiřovat. Obavy, že by se po našem rozhovoru zhoršila ošetrovatelská péče o Vaši osobu jsou neoprávněné.

Závěr: Děkuji Vám za spolupráci, již jste přispěl ke snaze o zlepšení ošetrovatelské péče o pacienty v naší zemi. Velice si vážím Vašich názorů.

Pozn. výzkumníka: Při rozhovoru kladu otázky, které jsem si předem stanovila, nechávám respondenty rozhovoru volně hovořit.

Příloha č. 2. Otázky používané při standardizovaném rozhovoru

Část I. – základní rozdělení respondentů - demografická

Pohlaví:

Věk:

Nejvýše dosažené vzdělání:

Počet hospitalizací v životě:

Typ onemocnění: A) akutní

B) chronické

Část II. – výzkumná - otázky ke standardizovanému rozhovoru

II. A Otázky zaměřující se na případy sorrorigenie

13. Jak hodnotíte přístup zdravotních sester (bratrů) k Vaší osobě?
14. Domníváte se, že jste byl někdy poškozen po psychické či fyzické stránce sestrou (bratrem)? Popište tento případ.
15. Co se ve Vás odehrávalo poté?
16. Byl jste někdy svědkem jakéhokoli poškození osoby jiného pacienta sestrou? Popište tento případ.
17. Jak byste charakterizoval osobnost výše zmíněné osoby
18. Jak se vyrovnal poškozený pacient s tímto poškozením po psychické stránce?

II. B Otázky zaměřující se na prevenci sorrorigenie

19. Ovlivňují Vás media (např. soudní kauzy – tzv. „heparinový vrah“ či případ záměny novorozenců v nemocnici) v pohledu na práci zdravotníků – sester (bratrů)?
20. Proč dle Vašeho názoru dochází k poškozování pacientů středním zdravotnickým personálem?
21. Zamyslete se, prosím a navrhněte mi, jak řešit takovou situaci ve zdravotnictví.
22. Jste ochoten tolerovat chybu zdravotníka?
23. Do jaké míry?
24. Jak by se dala zlepšit péče o pacienty v našich nemocnicích?

Příloha č. 3: Žádost o povolení výzkumného šetření:

Vážená paní
Bc. Hana Ulrychová
Hlavní sestra FNHK
Sokolská 581
Hradec Králové
500 05

V Hradci Králové 19.11.2007

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na I. Interní klinice ve FN Hradec Králové

Vážená paní bakalářko,

Dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na I. Interní klinice ve FN Hradec Králové v rámci závěrečné bakalářské práce studentky Michaela Štěpánkové, narozené 22.04.1976, posluchačky 4.ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, distanční formy, LF UK v Hradci Králové.

Cílem práce je nastínit problematiku srororigenie, jejích příčin a důsledků v poskytované ošetrovatelské péči.

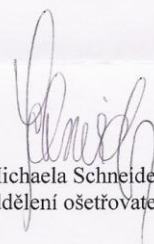
Výzkumné šetření bude provedeno formou anonymního standardizovaného rozhovoru, tj. získaná data budou podléhat zákonu o ochraně osobních dat a údajů. Otázky k této formě výzkumu jsou přiloženy k žádosti.

Závěrečná práce je zpracovávána pod odborným vedením Mgr. Michaely Schneiderové, asistentky z oddělení ošetrovatelství LF UK v Hradci Králové.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem



Michaela Schneiderová
Ústav Sociálního lékařství, oddělení ošetrovatelství

Kontaktní adresa:
Michaela Schneiderová, OO LF UK HK
poštovní přihrádka 38
Šimkova 870
Hradec Králové 1
500 38
e-mail: schneiderovam@lfhk.cuni.cz
tel: 495816416

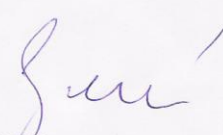
Vyjádření vedení instituce:

- souhlasím
 nesouhlasím

Odůvodnění:

Datum: 8.11.07

Podpis, razítko:



FAKULTNÍ NEMOCNICE
hlavní sestra
500 05 HRADEC KRÁLOVÉ