

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství 5341

Bc. Renata Alijev, DiS.

Studijní obor: Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech

SORRORIGENIE Z POHLEDU PACIENTA

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Vladimíra Fremrová

Plzeň 2015

Prohlášení:

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

V Plzni dne 26. 3. 2015

.....
vlastnoruční podpis

Děkuji Mgr. Vladimíře Fremrové za odborné vedení diplomové práce, poskytování cenných odborných rad, podnětů, materiálních podkladů a to vše s velkou trpělivostí během celého procesu zpracování práce. Rovněž děkuji všem respondentům, kteří se zúčastnili výzkumného šetření.

Anotace

Příjmení a jméno: Alijev Renata

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Sorrowigenie z pohledu pacienta

Vedoucí práce: Mgr. Vladimíra Fremrová

Počet stran: číslované 69, nečíslované 33

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 55

Klíčová slova: pacient a nemoc, sestra a pacient, komunikace, pochybení

Souhrn:

Diplomová práce se zabývá problematikou psychické sorrowigenie. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část shrnuje základní informace o sorrowigenii, dále se věnuje problematice vlivu nemoci na pacienta, vztahu pacient - sestra, komunikaci a také ošetřovatelské etice. Závěr teoretické části je věnován psychohygieně všeobecné sestry. V praktické části jsou popsány výsledky výzkumného šetření a navržena doporučení pro praxi.

Annotation

Surname and name: Alijev Renata

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Sorrowigeny from the patient's perspective

Consultant: Mgr. Vladimíra Fremrová

Number of pages: numbered 69, unnumbered 33

Number of appendices: 5

Number of literature items used: 55

Key words: patient and disease, nurse and patient, communication, misconduct

Summary:

This thesis deals with problems of psychological sorrowigeny. The work is divided into theoretical and practical part. The theoretical part summarizes basic information about sorrowigeny, also deals with the issue of the impact of the disease on the patient, the relationship patient - sister, communication and nursing ethics. Conclusion the theoretical part is devoted to psychohygiene of nurses. Practical part describes the results of the research and proposed recommendations for practice.

Obsah

ÚVOD.....	12
TEORETICKÁ ČÁST	13
1 SORRORIGENIE.....	13
1.1 Klasifikace pochybení.....	13
1.2 Typy poškození pacienta	15
1.3 Rizikové situace.....	15
1.4 Vyšetřování nežádoucí události	15
2 VLIV NEMOCI NA PACIENTA	17
2.1 Zdraví a nemoc	17
2.2 Postoj pacienta k nemoci	17
2.3 Nemoc a potřeby pacienta.....	18
2.4 Psychologická problematika nemoci	19
2.4.1 Autoplastický obraz nemoci.....	19
2.4.2 Faktory ovlivňující reakci pacienta na nemoc.....	19
2.5 Zátěžová životní situace – nemoc	20
2.6 Psychosomatická-somatopsychická onemocnění	21
3 ZDRAVOTNÍK A PACIENT	23
3.1 Osobnost zdravotníka - sestry.....	23
3.2 Produktivní chování sestry.....	23
3.3 Neproduktivní chování	24
3.4 Devalvace a evalvace.....	24
3.5 Asertivita.....	25
4 VERBÁLNÍ A NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE	26
4.1 Úloha komunikace ve vztahu sestra - pacient.....	26
4.2 Neverbální komunikace	27
4.2.1 Oblast hlavy.....	27

4.2.2 Proxemika, haptika.....	28
4.2.3 Posturika, kinezika, gesta a úpravu zevnějšku	28
4.2.4 Paralingvistika.....	28
4.3 Verbální komunikace.....	29
4.3.1 Efektivní verbální komunikace	29
4.4 Komunikace mlčením	31
4.5 Rozhovor s pacientem.....	31
4.6 Komunikace s náročným, problémovým pacientem.....	32
4.7 KONFLIKTY.....	34
4.7.1 Řešení konfliktu	35
4.7.2 Mobbing, bossing	35
5 ETIKA V OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI	37
5.1 Etické kodexy	37
5.1.1 Práva pacienta – etický kodex	38
5.1.2 Práva pacienta – zdravotnická legislativa	38
5.2 Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče.....	39
6 PSYCHOHYGIENA SESTRY	40
6.1 Duševní hygiena všeobecné sestry	41
6.2 Syndrom vyhoření	41
6.3 Předcházení stresu a jeho zvládnání.....	42
7 FORMULACE PROBLÉMU.....	44
7.1 Hlavní problém	44
7.2 Dílčí problémy	44
8 CÍL A ÚKOL VÝZKUMU	45
9 STANOVENÍ HYPOTÉZ	46
10 METODIKA.....	47
11 VZOREK RESPONDENTŮ	48

12 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	49
13 TESTOVÁNÍ A OVĚŘOVÁNÍ STANOVENÝCH HYPOTÉZ.....	67
14 DISKUZE	72
14.1 Analýza dílčího cíle č. 1.....	74
14.2 Analýza dílčího cíle č. 2.....	76
14.2 Analýza dílčího cíle č. 3.....	77
ZÁVĚR.....	79
SEZNAM ZDROJŮ	
SEZNAM TABULEK	
SEZNAM GRAFŮ	
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	
SEZNAM PŘÍLOH	
PŘÍLOHY	

ÚVOD

Povolání sestry prodělalo jak v minulosti, tak v současné době velké množství změn. Nejde jen o změny v oblasti vzdělávání či pracovních podmínek, nýbrž se mění i právní a profesionální situace sestry, což jde ruku v ruce s vysokými nároky na všeobecnou sestru. Snad i to je důvodem trendu posledních let – podávání stížností na sestry. Velký podíl na tom, že se o sorrorigenii, neboli poškození pacienta sestrou mluví stále častěji, mají především média. Téměř denně slyšíme ve zprávách minimálně alespoň zmínku o právech pacientů, etice, profesní image sestry i přístupu sester k pacientům. A nešťastné události typu heparinového vraha, sestry s kaliem či inzulinem jen vedou k ještě větší medializaci. (1, s. 255; 2, s. 168)

Pravdou je, že stížnosti na sestry v poslední době opravdu zaplavují stoly v oddělení managementu zdravotnických zařízení. Jako oprávněných stížností je posuzováno 15–20%. Je to hodně či málo? Pokud vezmeme v úvahu, že většina těchto stížností souvisí s nevhodným chováním a jednáním sester, je to nezanedbatelné číslo. (2, s. 168)

Cílem této práce bylo zmapovat vnímání sorrorigenie z pohledu pacienta. Práce je zaměřena na psychickou sorrorigenii, neboť to, že sestra například zapoměla určitý lék podat či podala jinou dávku léku, pacient mnohdy ani nepozná. Ale to, zda se všeobecná sestra k pacientovi chovala nevhodně (nehezky), pacient pozná a vždy ho to nějak ovlivní, byť jen vyvoláním nepříjemného pocitu. Dílčími cíli práce je objasnit, zda osobní zkušenost pacienta se sorrorigenií má vliv na vztah sestra – pacient. Zjistit, jestli ovlivnila tato zkušenost názor na všeobecné sestry a ověřit, zda zkušenost se sorrorigenií změnila postoj pacienta k jeho další léčbě.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části práce jsou shromažďovány informace týkající se klasifikace pochybení ve zdravotnickém zařízení, vlivu nemoci na pacienta, vztahu zdravotník – pacient, komunikace, etiky v ošetrovatelské praxi a psychohygieny všeobecné sestry.

Praktickou část tvoří popis a interpretace výsledků kvantitativního výzkumného šetření s použitím metody dotazníku.

TEORETICKÁ ČÁST

1 SORRORIGENIE

Nepřiměřené jednání všeobecných sester označujeme termínem sorrorigenie. Výraz je chápán ve smyslu poškození pacienta sestrou. Poškození vyvolané působením lékaře vystihuje termín iatrogenie. Označením pro negativní působení spolupacientů na pacienta je egrotogenie. (3, s. 12 - 13)

1.1 Klasifikace pochybení

Malpractice versus nedbalost

Chybování zdravotníků můžeme označit dvěma termíny. Prvním je malpractice, který můžeme vysvětlit nepečlivým vykonáváním činností či neprovedením výkonu, který by pacientovi ulevil od potíží. Druhou příčinou pracovní chyby je nedbalost; ta může být vědomá, kdy je zdravotníkovi již před výkonem zřejmé, že může způsobit pacientovi poškození. Při nevědomé nedbalosti chybí zdravotníkům znalosti o možných negativních následcích svého jednání. (3, s. 13 - 14)

Bez následku či s následkem

První ze tří kategorií pochybení nazýváme termínem téměř pochybení. Jedná se o situaci, kdy si zdravotník na poslední chvíli svoji chybu uvědomí a napraví ji ještě před její realizací. Příkladem může být aplikace intramuskulární injekce. Sestra si léčivý přípravek správně naředí, připraví si do injekční stříkačky správné množství a popíše ji jménem pacienta, kterému má být lék aplikován. Ve chvíli, kdy stojí nad lůžkem pacienta, si však uvědomí, že jméno pacienta nesouhlasí se jménem uvedeným na stříkačce, a injekci neaplikuje.

Nežádoucí události bez následků tvoří druhou kategorii pochybení. V tomto případě je omyl dokonán, zdraví pacienta však nebylo poškozeno. Do této kategorie patří např. převaz operační rány, během kterého sestra nepostupuje podle požadovaných standardů, nicméně u pacienta nedochází k žádným komplikacím během hojení operační rány.

Třetí skupinu zastupují nežádoucí události s následky. Nedodržení standardů či plánu poskytované péče je již spojené s poškozením zdraví až smrtí pacienta. Jedná

se například o nepodání naordinovaného léku, což způsobilo komplikace zdravotního stavu pacienta. Fatální následky může mít podání transfuze nesprávnému pacientovi.

(4, s. 22 - 23)

Aktivní a skryté pochybení

Britský psycholog Reason rozlišuje aktivní a skrytá pochybení. Aktivní pochybení vysvětluje jako chyby vzniklé lidským faktorem zdravotníka zapojeného do procesu péče o pacienta. Zdůrazňuje, že zdravotník je člověk, který se může ve své činnosti či svých rozhodnutích dopustit chyby. Tato nedopatření vznikají dle literatury na konci pracovního procesu – sestra je tou osobou, která podá/nepodá lék, nastaví infuzní pumpu apod. Lidský faktor je příčinou chyb až v 80 % případů. Na jejich vzniku se podílí spěch, únava, přetíženost, neznalost, chybějící dovednosti, hněv, špatná komunikace a řada dalších.

Skrytá pochybení rozdělil ještě na dvě skupiny. Určil pochybení, ve kterých nedostatky vznikají v důsledku technických záležitostí, například nepřesné dávkování infuzní pumpy. Druhou podskupinou jsou pochybení související s organizačními záležitostmi, jejichž vlivem dochází k přetížení pracovníků, jejich nedostatečné výuce nebo není možné zajistit dohled. (4, s. 25, 31)

Výzkumník Rasmussen doplnil aktivní pochybení o tři kategorie. První kategorií jsou omyly související s dovednostmi zdravotníka. Řadí sem chyby vznikající v plnění rutinní pracovní činnosti, která obvykle neklade nároky na soustředěnost pracovníka, respektive chyba vzniká právě při narušení rutinního postupu.

Do další kategorie zařadil pochybení plynoucí z nedodržování standardů a protokolů nebo z použití ne zcela vhodných předpisů. Důsledkem je sestavení neodpovídajícího plánu péče, nedostatečné provedení výkonu apod.

Poslední kategorií jsou pochybení závislá na znalostech zdravotníka, který má potíže s jejich využitím v nečekané či nové situaci. K této chybě však nedochází jen u nových zaměstnanců, zkušený zaměstnanec může mít potíže například s novým technickým vybavením pracoviště. (4, s. 25 - 26)

1.2 Typy poškození pacienta

„Poškození pacienta může mít podle svého charakteru v zásadě trojí podobu: je-li především poškozen tělesně, mluvíme o somatickém poškození, je-li poškozena především jeho psychika, mluvíme o psychickém poškození, jsou-li zasaženy obě stránky, mluvíme o kombinovaném poškození pacienta.“ (3, s. 14)

Podle míry zavinění rozlišujeme případy, ve kterých pracovník nemá přímou odpovědnost. Jedná se o situace, ve kterých je pravou příčinou poškození například vada materiál pomůcky použité během ošetřování či léčení pacienta. Ve většině případů se však bohužel jedná o přímou odpovědnost zdravotníka.

Pokud nás zajímají příčiny chybování konkrétního jedince, připadají v úvahu následující: provádění činností bez patřičné kompetence, nedbalé odbývání svých povinností, absence orientace na blaho pacienta, působení efektu vyhoření a záměrné negativní působení na pacienta. (3, s. 14 - 16)

1.3 Rizikové situace

Existuje několik druhů situací, ve kterých dochází k poškození pacienta; např. činnosti související se zabezpečováním provozu – nesrovnalosti ve zdravotnické dokumentaci, čekací doby apod. Mezi chybové situace patří i proces stanovování diagnózy, tím je myšleno nepřiměřené podání informací o vyšetření, nedostatek času atd. Nesrozumitelné či pouze částečné sdělování výsledků vyšetření pokládáme za další rizikovou situaci, stejně jako sdělení diagnózy a s ní související prognózu. Objevuje se zde netaktnost, nedostatečné či naopak nadměrné podávání informací, sdělování přesných časových předpovědí do budoucna. Neopomenutelným případem, kdy dochází k poškození pacienta, je poskytování terapeutické a ošetrovatelské péče. Do této kategorie patří již zmíněné neprovedení nezbytných pracovních povinností, záměna léků, podání léků jinému pacientovi, chybně provedené výkony, ponižující oslovování pacienta a řada dalších. (3, s. 16 – 18; 4, s. 26 - 28)

1.4 Vyšetřování nežádoucí události

Pokud dojde ke vzniku nežádoucí události, je cílem snažení zabránit opakování vzniku této události. V případě, že dojde k pochybení během ošetřování pacienta, je

velkým problémem především zklamání pacienta. On totiž dal svým souhlasem s hospitalizací v sázku své zdraví a plně zdravotníkům důvěřoval a nyní tito zdravotníci pochybili. Tím pochopitelně klesla důvěra v práci zdravotníků.

Vždy je třeba při vzniku pochybení provést důkladnou analýzu, neboť v posledních letech bylo zjištěno, že nežádoucí událost vzniká až jako následek celé řady odlišností od standardního postupu. S tímto faktem souvisí i skutečnost, že pochybení není výhradou jen začínajících zdravotníků s ne zcela dokončeným profesionálním vývojem a přijetím své role, ale i pracovníků dlouholetých, svědomitých a zkušených.

K analýze – vyšetřování nežádoucí události můžeme využít tzv. osobní přístup či systémový přístup.

Osobní přístup spočívá v hledání zodpovědnosti u konkrétního zdravotnického pracovníka. V podstatě je hlavní myšlenkou neomylnost zdravotnického pracovníka a jakékoliv pochybení je tedy pouze chybou zdravotníka, který tím selhal. Zcela je přehlížena možnost, že k pochybení mohlo přispět přístrojové vybavení či například nedostatek personálu. Tento přístup je vhodný k nalezení a označení viníka, nicméně nemá příliš velkou úlohu preventivní, tedy ochranou před opakováním pochybení, neboť opomenul možnost systémových příčin.

Systémový přístup naopak připouští, že lidé dělají omyly, ale systémově by měla být zajištěna maximální prevence pochybení. V první řadě se přistupuje k identifikaci základního problému poskytnuté péče – přehlédnutí, zapomenutí apod. Poté se identifikují podpůrné faktory pochybení. Rozlišujeme podpůrné faktory, které:

1. Souvisejí s legislativou.
2. Vznikají vinou managementu.
3. Jsou v přímé souvislosti s organizací práce.
4. Souvisejí se zdravotnickým týmem pracoviště.
5. Vycházejí z technicko - přístrojových nedostatků.

Často však zdravotnické zařízení pochybení vinou svého managementu odmítá a raději vidí jako viníka zdravotnického pracovníka. Management by měl každou nežádoucí událost urychleně vyšetřit a během šetření neopomíjet komunikaci s poškozeným pacientem a jeho rodinou. Ideálně by management měl dosáhnout mimosoudního vyrovnání. (5, s. 296 - 303)

2 VLIV NEMOCI NA PACIENTA

2.1 Zdraví a nemoc

Definice pojmu zdraví se vyvíjela celá staletí. V současné době je nejrozšířenější formulace vydána Světovou zdravotnickou organizací v roce 1947: „Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady.“ (6, s. 112)

Je tak zdůrazněna mnohofaktorová struktura zdraví. Dosažení pohody v bio-psycho-sociální oblasti zahrnuje i schopnost reagovat na změny a nároky prostředí nejen sociálního, ale i přírodního. (6, s. 111 - 112)

Termín nemoc tak můžeme logicky vysvětlit jako prožívání určité nepohody. Praktický slovník medicíny uvádí následující definici: „Nemoc je stav organismu vznikající působením zevních či vnitřních okolností, které narušují jeho správné fungování a rovnováhu.“ (7, s. 229)

Nemoc tedy má, stejně jako zdraví, bio-psycho-sociální složku; je spojená s obtížemi a znamená pro člověka náročnou životní situaci. Zasahuje do dosavadního způsobu života, omezuje a vede k potížím při uspokojování potřeb. (8, s. 16 - 18)

2.2 Postoj pacienta k nemoci

Nemoc zcela mění sociální situaci člověka a každé individuum tuto změnu vnímá odlišně. Rozdíly pak nacházíme i ve způsobu vyrovnávání se s těmito okolnostmi. Někteří lidé mají nemoc spojenou s možností vyhnout se řadě povinností a stav nemoci vnímají jako příjemnou výhodu. U jiné skupiny pacientů může dočasné zbavení povinností vést k pocitům méněcennosti až depresivním projevům. Rozlišujeme proto několik postojů pacienta k nemoci. (6, s. 116 - 117)

Normální postoj nalézáme u pacienta adaptovaného na změněnou situaci. Při *bagatelizujícím* postoji podceňuje vážnost příznaků i léčebných opatření. *Repudiačním* postojem pacient zcela zapuzuje myšlenku nemoci. V případě *disimulačního* postoje zase pacient záměrně nepravdivě informuje lékaře o svých příznacích. Neadekvátně vystupňované obavy z nemoci označujeme jako postoj *nozofóbní*. Pacient, který k nemoci přistupuje *hypochondricky*, je naopak při sebemenších příznacích přesvědčen o přítomnosti vážné choroby. Pokud má pacient s nemocí spojené příjemné pocity, je jeho postoj

nozofilní, který může vystupňovat až v postoj *účelový*, jenž se přímo zaměřuje na získání výhod plynoucích z přítomnosti nemoci.

Je velmi důležité správně porozumět chování pacientů, neboť jsou schopni svými projevy oklamat nejednoho zdravotníka. (8, s. 20 – 22; 9, s. 71)

Během zdravotnické praxe se můžeme setkat se somatizéry, kteří sice přicházejí do ordinace se somatickými potížemi, ale jejich původem jsou potíže duševního rázu. Jako „ustrášené“ označujeme pacienty prožívající neadekvátně vysoký strach o své zdraví a jsou tak velice častými hosty především u praktického lékaře. Znáмым označením pro takového pacienta je termín hypochondr. Jinou skupinu pacientů tvoří ti, kteří nemoc považují za možnost úniku ze své situace, či mají z přítomnosti nemoci jiný užitek. (6, s. 118 - 119)

2.3 Nemoc a potřeby pacienta

Potřeby se v době nemoci odvíjejí především od charakteru nemoci a osobnosti i sociální situace pacienta. Základní potřeby (spánek, výživa, vzduch...) se ani v době nemoci nijak nemodifikují, mohou se však jevit jako mnohem důležitější než v čase zdraví. Velkou změnou procházejí především potřeby sociální, neboť během zdravotní indispozice má pacient např. omezené sociální kontakty. Asi nejdůležitějšími potřebami, které se objevují až s nemocí, jsou: obnovení zdraví a odstranění bolesti.

Stav nemoci přináší negativní pocity – smutek, úzkost, podráždění, neklid i nejistotu. To může zapříčinit až hrubé chování pacienta či nevhodné žerty. Zdravotník by si měl uvědomit, že u každého pacienta je přítomna potřeba sociálního kontaktu, porozumění a pochopení. Je proto velmi důležité umět reagovat na projevy pacienta, které jsou ovlivněny právě změněným duševním stavem. Psychiku pacienta můžeme pozitivně ovlivnit péčí o potřebu bezpečí a jistoty. Mrzutosti, náladovosti a vyhledávání konfliktů pacientem můžeme předejít saturací potřeby podnětů a činnosti. Doporučuje se proto, dle podmínek zdravotnického zařízení, umožnit četbu časopisů, knih, sledování televize či poslech rozhlasu. V dnešní době mají pacienti již k dispozici i internetové připojení. (6, s. 119 – 122; 8, s. 22 - 25)

2.4 Psychologická problematika nemoci

Sestra by si měla uvědomit, že obraz i průběh nemoci je do značné míry ovlivněn subjektivním prožíváním nemoci. K jeho objasnění slouží pojem autoplastický obraz nemoci. (9, s. 69 - 71)

2.4.1 Autoplastický obraz nemoci

Autoplastický obraz nemoci je podmíněn rázem onemocnění, aktuální situací, za které nemoc vznikla, a velký vliv má i osobnost pacienta v období před nemocí. Obsahuje několik složek (senzitivní, volní, emocionální i racionální a informativní), které spolu souvisejí a působí na pacienta společně. V prožívání nemoci se projevuje ambivalentnost, kdy pacient pociťuje negativní i pozitivní vliv nemoci zároveň. (8, s. 37 – 39; 9, s. 70)

2.4.2 Faktory ovlivňující reakci pacienta na nemoc

Mezi faktory ovlivňující reakci pacienta na nemoc patří pohlaví, kdy se např. předpokládá, že muž bude krátkodobou bolest vysoké intenzity snášet lépe než žena, a že žena naopak lépe zvládne déletrvající bolest nižší intenzity. Rozdíl spočívá i ve věku pacientů. Například děti, které s bolestí či pobytem v nemocnici zatím neměly zkušenost, snáší hospitalizaci i bolestivé situace velmi těžce. Oproti tomu hospitalizovaný dospělý pacient produktivního věku bude mít starost především o rodinu a své zaměstnání. Starší pacient může mít potíže s adaptací na nemocniční prostředí a může se tak u něj objevit neklid, zmatenost i agrese.

Během nemoci se v psychice pacientů projevují určité osobnostní rysy. Patří mezi ně sugestibilita, vztahovačnost, egocentrismus a přecitlivělost. Vzájemné posilování uvedených nepříznivých rysů může pacienta zcela zbavit psychické síly pro boj s negativními projevy onemocnění a nutností je poté psychologická pomoc. (6, s. 126 - 127)

2.5 Zátěžová životní situace – nemoc

Situaci narušeného zdraví se pacient dle Křivohlavého snaží zvládnout pomocí tří kroků. Nejprve se soustředí na hledání smyslu celého dění a pochopení situace. To by nebylo možné bez dostatečného množství informací, které pacient získává jednak subjektivním pocíťováním příznaků, ale také komunikací s lidmi, se kterými se stýká.

Následuje hledání možností a cest k opětovnému dosažení normálního stavu (zdraví). V této chvíli se pacient může přiklonit k využití aktivní či pasivní strategie. Aktivní cesta spočívá ve vlastní snaze najít nejlepší řešení. Pasivní strategie je také nazývána únikovou, neboť se pacient před problémem schovává a východisko nehledá, nýbrž od něj utíká.

Posledním krokem je posouzení, zda tyto postupy opravdu vedly k nastolení normálního stavu. Tyto kroky pacient opakuje do doby, než je s výsledkem dosaženého stavu spokojený. (10, s. 33 - 36)

Strategie zvládnání nemoci má podle Shontze čtyři fáze. První etapa nastupuje po zjištění vážného onemocnění či úrazu. Projeví se šokem, který může mít podobu ustrnutí či zděšeného chování. V obou případech se jedná o duchanepřítomnost. Ve druhé fázi se pacient vrací do reality se silně negativními emocemi. Dalším stupněm je vědomé stažení se do svého nitra. To dává prostor k opětovnému posouzení situace a tvorbě plánu. Vytvoření dalšího postupu je poslední fází zvládnání nemoci. (10, s. 36 - 37)

Adaptivní chování

Na nemoc může pacient reagovat adaptivním či neadaptivním chováním. Adaptivní reakcí je přizpůsobení se novým podmínkám a vede k účelnému řešení či nalezení cíle, neadaptivní chování nikoliv. (6, s. 155 - 156)

Neadaptivní chování

Rozlišujeme několik neadaptivních reakcí. Jednoznačně mezi ně patří agrese. Může se jednat o agresi přímou, kterou pacient projevuje nadávkami či fyzickým napadením, ale i přenesenou, kdy je agrese přenesena na ničení věcí. Někdy může dojít k namíření agrese proti vlastní osobě a hrozí tak až fatální následky. Nebo se může projevit pouze vyhrožováním.

Mezi neadaptivní reakci řadíme také negativismus. Ten se vyznačuje nereagováním pacienta na výzvy či dělá přesný opak pokynů zdravotníka. V zátěžové situaci se pacient

může vrátit do vývojově nižšího období, které nekoresponduje s jeho věkem – to nazýváme regresí. Další možností je ustrnutí v chování, i přestože se ukázalo jako neproduktivní (fixace). Jako určitý způsob ochrany funguje projekce, kdy pacient přisuzuje vinu za nemoc někomu jinému či svému okolí. Ani racionalizace není výhodnou reakcí, pacient sám sebe utvrdí v nezávažnosti příznaků a s klidným svědomím pak pokračuje ve svém rizikovém chování (např. kouření). Velmi častou reakcí je využití různých možností úniku před problémem, formou takového úniku může být i izolace či represe. Závažným projevem neadaptivního chování je rezignace, kdy pacient ztrácí veškerou motivaci bojovat se situací. Mezi další neadaptivní reakce patří suprese, popírání, introjekce a sebeobviňování. (8, s. 56 – 59; 10, s. 106)

2.6 Psychosomatická-somatopsychická onemocnění

Provázanost tělesné a duševní stránky člověka již není tajemstvím, nýbrž světově uznávaným faktem. Vždyť i v samotné definici zdraví, vydané Světovou zdravotnickou organizací, je zakomponována bio-psycho-sociální složka člověka.

Pomyslným prvním stupněm psychosomatických chorob si prošel již každý z nás. Jedná se o přítomnost tělesných obtíží, které jsou vyvolány naší nespokojeností v jakékoliv oblasti svého života. Takové potíže se během týdne projeví až u 80 % lidí, neznamená to však, že je člověk nemocný. Nejčastějšími projevy jsou bolesti hlavy a žaludeční potíže.

Další stupeň psychosomatických chorob je již řazen mezi nemoci. Patří sem několik skupin onemocnění: somatomorfni a disociativní poruchy, psychosomatické poruchy v užším smyslu a somatopsychická onemocnění. (6, s. 138; 11, s. 28; 12, s. 17 – 18; 13, s. 17 - 18)

Pojmem *somatomorfni poruchy* jsou označovány tělesné symptomy s poškozením vegetativních funkcí, ale bez prokázaných organických příčin, zbývá tedy příčina psychosociální. Člověk se symptomy je však přesvědčený o fyzickém onemocnění, vyžaduje další vyšetření a nezdědka odmítá přijetí byť jen možnosti psychické příčiny. Často se jako důvod vzniku nemoci prokáže dlouhodobé duševní i tělesné přetěžování.

Disociativní poruchy se na rozdíl od somatomorfni projevují potížemi motoriky a smyslového vnímání. Vznik poruchy bývá zapříčiněn traumatizujícím zážitkem, neřešitelnými konflikty či dlouhodobě narušenými mezilidskými vztahy. Projevem může být psychogenní chůze, hlasové poruchy, zesílené vnímání bolesti a celá řada dalších. (12, s. 17 - 23)

Pokud se u člověka objeví tělesná porucha, u které jsou prokázány organické příčiny, avšak ne v takovém rozsahu, který by dostatečně vysvětloval chorobný stav, jedná se o tzv. *psychosomatickou poruchu v užším smyslu*. Typické je působení psychosociálních faktorů ovlivňujících vznik či průběh poruchy. Lékař tak musí u pacienta stanovit diagnózy dvě. Jedna označuje organické poškození (např. asthma bronchiale) a druhá zahrnuje faktory psychosociální. I v tomto případě se pacienti brání vlivu duše na svůj tělesný stav.

Poslední skupinu tvoří *somatopsychická onemocnění*. Zde se jedná o tělesná onemocnění, která jsou příčinou vzniku psychosociálních poškození. Somatopsychické následky doprovázejí především chronická a závažná onemocnění, příkladem je rakovina, diabetes mellitus, bolestivé poruchy atd. Pacient s takovou chorobou musí čelit řadě psychosociálních problémů; prožívá strach ze smrti, omezení sociálních vztahů, závislost na zdravotnickém personálu, chronické bolesti... (12, s. 23 - 25)

Nezbytností při léčbě psychosomatických-somatopsychických poruch je komplexní přístup, který by měl být v dnešní době již samozřejmou součástí každodenní práce zdravotníků. Rozvoj civilizace a současný způsob životního stylu vede k nárůstu psychosomatických i somatopsychických poruch. Z toho vyplývá, že je třeba věnovat se biologické, psychické i sociální stránce nemoci, ne však až v době léčby, nýbrž již v oblasti prevence. (6, s. 138 – 140; 8, s. 40 - 42)

3 ZDRAVOTNÍK A PACIENT

„Zásady chování sester vycházejí z principů přijatých Mezinárodní radou sester a jsou obsaženy v Etickém kodexu zdravotních sester a ošetřovatelek. Mezi základní povinnosti sestry patří: podpora zdraví, předcházení nemocem, navrácení zdraví a zmírnění utrpení.“ (8, str. 66)

3.1 Osobnost zdravotníka - sestry

Aby sestra mohla dobře realizovat svoji roli, je zapotřebí dbát při ošetřování pacienta především na jeho potřeby a stavět je před své vlastní. Také by se měla chovat ke všem pacientům bez rozdílu. Důležitým předpokladem je i schopnost podřídit své emoce rozumové kontrole.

Mezi faktory, které ovlivňují profesní chování sestry, bezpochyby patří: vlastnosti osobnosti, vzdělání, etický kodex sestry, prestiž povolání, požadavky daného pracoviště a práva pacientů. (8, s. 67; 9, s. 53 - 55)

Rozlišujeme sestry, které jednájí věcně se sklony k opouštění lidského přístupu, sestry snažící se všemožně na pacienta zapůsobit dobrým dojem. Existují ale i sestry na první pohled nejisté reagující na pacienty podrážděně. Můžeme se také setkat se sestrou využívající racionální myšlení a překypující energií. Posledním typem sestry je typ mateřský, který se vyznačuje především pochopením a přátelským přístupem sestry. (8, s. 68)

U sester můžeme pozorovat i tzv. neadaptivní povahové projevy - náladovost, selhávání v případě nečekaných změn, nulová snaha pochopit pacienta, citová chladnost, nedůvěřivost, přehnaná citlivost, problémovost. Negativně jsou vnímány i hysterické projevy. (6, s. 169)

3.2 Produktivní chování sestry

Základem přístupu sestry k pacientovi je lidskost. Chování zdravotníka by mělo vycházet ze snahy o podporu a posílení bio-psycho-sociální pohody pacienta. Chování sestry je třeba uzpůsobit posouzením několika aspektů. Zdravotník by se měl soustředit na známé objektivní doprovodné znaky nemoci, snažit se o poznání aktuální psychické i sociální situace pacienta, počítat s individuálními zvláštnostmi, respektovat prožitky

pacienta, uvědomovat si vliv zdravotnického prostředí a důležitou roli hraje prognóza onemocnění.

Produktivní chování sestry má svá pravidla. Velkou váha je kladena na samotné seznámení pacienta se zdravotnickým zařízením, provedení ho, seznámení s vnitřním řádem a základními organizačními fakty. Již od počátku kontaktu s pacientem se zdravotník snaží všemi dostupnými prostředky o eliminaci negativních emocí, které pacient může pociťovat. Komunikaci a chování sestry vždy směřuje k pozitivním cílům a předchází tím vzniku nepříjemností. Zdravotničtí pracovníci se snaží o saturaci potřeby bezpečí a jistoty, podporují pacienta, zajímají se o něj a povzbuzují ho ke spolupráci. Také vytváří příjemné klima, dbají na oboustrannou komunikaci. V chování sestry nesmí chybět trpělivost ani ochota nešetřit oceněním a pochvalou pacienta. (6, s. 170 – 171; 14, s. 21 - 22)

3.3 Neproduktivní chování

V případě, že sestra není zralým člověkem, má problémy s navazováním kvalitních mezilidských vztahů nebo je přetížená či unavená, dochází často k neproduktivnímu chování. Takového jednání se však sestry nedopouštějí vědomě, a je pro ně mnohdy těžké přiznat si ho. Jsou často přesvědčené, že na jejich chování není nic problémového, vždyť své pracovní činnosti plní dle pracovní náplně a časových možností.

Mezi projevy neproduktivního chování patří šíření nepravdivých informací, škodolibé chování, snaha o získání vděčnosti od pacienta, litování pacienta, nepřátelství, absence uznání a snahy o spolupráci, neustálé poučování pacienta, odcizení a v komunikaci převažující strohá věcnost. (6, s. 171 – 172; 14, s. 22 - 23)

3.4 Devalvace a evalvace

Chování a jednání zdravotníků má pozitivní či negativní dopad. S tím souvisejí pojmy devalvace a evalvace. Devalvací rozumíme neúctu a snahu druhého v komunikaci ponížít. K tomu můžeme využívat neverbální projevy, způsob komunikace či činy. Příkladem takového jednání může být např. křivé obvinění, zneužití důvěry, pomluvy, ironie, záměrná tvorba potíží, ignorování apod. Opakem devalvace je evalvace. Tu můžeme vysvětlit jako zvyšování hodnoty druhé osoby. Je spojena s úctou, uznáním,

zdvořilostí, taktem, laskavostí. Snažíme se podpořit sebepojetí a sebedůvěru pacienta. (15, s. 57 – 59; 16, s. 35 - 40)

3.5 Asertivita

Někdy bývá složité vyjádřit, co skutečně chceme, aniž bychom tím určitým způsobem nenarušili vztah s druhými lidmi. Východiskem z této nelehké situace může být asertivita. Umění asertivního jednání spočívá ve schopnosti jedince vyjádřit své potřeby a přání, aniž by tím porušil práva ostatních. Tento přístup nás chrání před manipulací či přehlížením naší osoby a zároveň nám brání se tak chovat k jiným lidem. Podstata asertivity spočívá ve svobodě jednání a rozhodování, avšak s přijetím odpovědnosti za ně. Je dovoleno dělat chyby a říci nevím, nerozumím ti i nezajímá mě to. Jedná se o umění říci ne či požádat o pomoc, aniž by to v nás vyvolávalo nepříjemné pocity. Součástí asertivního přístupu je i právo na nelogická rozhodnutí, změnu názoru a také nepodání vysvětlení našeho chování. Zároveň však jedinec dokáže přijmout požadavky ostatních a akceptuje asertivní jednání druhých.

Asertivitu se však nelze naučit ze dne na den, je zapotřebí dlouhý trénink. Pokud však v jejím učení setrváme, můžeme ji uplatnit jak v profesním, tak osobním životě. (15, s. 67 – 72; 17, s. 121; 18, s. 154 - 170)

4 VERBÁLNÍ A NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE

Do verbální neboli slovní komunikace se promítá vliv několika činitelů. Jedním z těchto činitelů je situační kontext. Ten zahrnuje i rozlišení jednosměrné komunikace od dvousměrné. Dvousměrnou komunikaci můžeme v podstatě definovat jako spojení, ve kterém je umožněno reagovat na sdělení, tím se komunikace stává rozhovorem. Do situačního kontextu bezesporu patří aktuální psychický stav komunikujících. Souvisí především se schopností porozumět situaci a významu sdělení. Dalším důležitým činitelem je individualita jedince, jeho vnitřní dispozice související se sociálním učením. Komunikační zvyky sice získáváme již v dětství prostřednictvím učení v rodině, je však nezbytné tato pravidla rozvíjet. V opačném případě se jedinec nevyhne potížím v mezilidských vztazích. Významným vlivem v komunikaci je bezesporu motivace, tedy ochota a vůle komunikovat. Komunikace je naší potřebou a zároveň i prostředkem k uspokojování potřeb. (15, s. 19 - 20)

4.1 Úloha komunikace ve vztahu sestry - pacient

Ať se od sebe jakkoliv lišíme, či máme určitá komunikační omezení, komunikuje každý člověk. Ve vztahu sestry a pacient mají aktéři komunikace odlišné role, to může vést ke vzniku nedorozumění. Zatímco sestra chápe nemoc a léčbu jako nedílnou součást své každodenní práce, pro pacienta je vnímání nemoci osobní záležitostí. Spokojenost pacienta s poskytnutou péčí a službami je závislá na jeho míře očekávání. Pokud se tato očekávání nenaplní, objevují se negativní emoce. Zdravotnický personál by měl splňovat tato očekávání v oblasti profesně odborných předpokladů, výkonových kompetencí, spolupráce a v chování založeném na emoční složce. Ale i zdravotnický personál má svá očekávání, především slušnost, toleranci, pochopení, důvěru a aktivní spolupráci.

Problémem komunikace může být i její nevhodné načasování. Pokud některá sdělení proběhnou brzy či příliš pozdě, stávají se kontraproduktivní. Důležité je si uvědomit, zda je pacient připraven přijmout informace. Nikdy by sdělení nemělo být ovlivněno psychickým či fyzickým diskomfortem sestry. Sestra by také měla akceptovat subjektivní prožívání času pacienta. (19, s. 15 - 19)

Hlavním cílem vztahu sestry-pacient je především podpora pacienta, péče o něj a posilování zdraví. Proto tvoří nedílnou součást takového vztahu respekt. Sestra

by měla přijmout pacienta i přes případné vlastní nesouhlasné pocity. Respekt projevíme tím, že se pacientovi představíme, oslovujeme ho dle jeho přání, zajistíme soukromí, dbáme na informování pacienta, takt a citlivost a vždy se ujistíme, že našemu sdělení porozuměl. Hlubší poznání a pochopení pacienta umožňuje opravdový zájem – zájem o člověka. Avšak i pacient chce poznat sestru – člověka. Sebeodhalení sestry zvyšuje důvěru ve vztahu sestra-pacient. Nicméně sdílení intimních záležitostí či informací o ostatních pacientech je zcela nevhodné. Důležitá je také snaha vidět situaci z pohledu pacienta, empatie. Pacient potřebuje cítit, že ho sestra chápe. V komunikaci je tedy vhodné použít aktivní naslouchání. Spočívá ve snaze sestry porozumět sdělení, poslouchat, věnovat pozornost i neverbální komunikaci, neutíkat od tématu a podat zpětnou vazbu. Nezbytností jsou ve vztahu sestra-pacient také důvěra a důvěrnost. (19, s. 21 - 26)

4.2 Neverbální komunikace

Jako neverbální komunikace se vyznačuje komunikace beze slov. Při takovémto dorozumívání využíváme mimiku, pohledy, proxemiku, haptiku, posturiku, kineziku, gestiku, úpravu zevnějšku a paralingvistiku. Právě neverbální komunikaci pacienti přikládají v kontaktu se sestrou největší váhu. V pomyslné pyramidě významnosti neverbálních projevů bývá základnou oblast obličeje a hlavy, následují pohyby rukou a paží a až na vrcholu si všímáme pohybů a pozice těla a nohou. (20, s. 28 – 29; 21, s. 47)

4.2.1 Oblast hlavy

Emoce jsou vyjadřovány především výrazem tváře. Sestra by měla umět na výraz pacienta reagovat. Mimika představuje pomyslnou bránu do nitra člověka. Oblast obočí a čela dokáže vyslat informaci o zamračení, pláči, agresi, snaze přesvědčit či údivu. Pokud oční kontakt chybí, navozuje to v komunikaci negativní pocity. Sestra by měla mít na paměti, že existují jisté kulturní odlišnosti v interpretaci výrazu obličeje, především pak očního kontaktu. Z pozice nosu je možné vyčíst sexuální zájem či nesouhlasnou reakci až projev agrese. Ústy (rty) lze vyjádřit především překvapení, radost, smutek. Pacient jistě projevený zájem ocení. Zvláštní pozornost je nutné věnovat očnímu kontaktu. Důležitost očních signálů je dána nemožností vědomé kontroly svých zornic. Rozšíření zornic je vnímáno pozitivně a i v druhém člověku budí zájem. Ve vyjadřování emocí má nezastupitelný význam i spodní čelist a samozřejmě i brada. Kupříkladu jejich rozechvělost

značí blížící se pláč, vysunutí čelisti zase naznačuje agresi. Pokles brady znamená ohromení. Pohyby dolní čelisti a brady hrají důležitou roli např. i během sexuálního aktu. (19, s. 29 – 31; 22, s. 30 – 32; 23, s. 303 - 331)

4.2.2 Proxemika, haptika

Sympatie či antipatie k člověku pak projevujeme přiblížením či oddálením se od něj. Obecně se v pracovním kontaktu udržuje vzdálenost 1 – 1,30 metru. Tuto vzdálenost by měl dodržovat i zdravotnický personál, pokud s pacientem pouze komunikuje. Ale každý pacient má odlišnou potřebu vlastního prostoru, aby se cítil příjemně. Za určitých okolností může být pro pacienta uklidňující i lehký dotek. Vnímá ho jako projev zájmu, podpory a sdílení. Někteří pacienti si však mohou dotek vysvětlit mylně, což vede ke vzniku nepříjemných nedorozumění. (19, s. 31 - 32)

4.2.3 Posturika, kinezika, gesta a úpravu zevnějšku

O emočním stavu vypovídá i celkový vzhled těla. Všimáme si polohy končetin a hlavy, rychlosti chůze, pohybů těla, náklonu, případného napětí a kongruence polohy účastníků komunikace. Podobná poloha těla aktérů značí vzájemný souhlas při sdělování.

Důležitou roli hrají i gesta. V komunikaci je využíváme k záměrnému popisu sdělovaného, ale jejich použití je i nevědomé a mohou nám tak poskytnout informaci o otevřenosti, upřímnosti, rezervovanosti či zranitelnosti.

Na komunikaci s pacientem může mít vliv převýšení. V naprosté většině případů je při ošetřování pacienta sestra výše než pacient, ten se tak cítí podřízeně až ponížene.

Komunikaci však ovlivňuje i úprava zevnějšku. To nám z části usnadní nošení předepsané uniformy. Typické pro sesterské povolání by měla být jednoznačně celková upravenost a čistota. Měli bychom však dbát i na úpravu zevnějšku i prostředí pacienta, neboť tím podpoříme jeho důstojnost. (19, s. 33 – 35; 15, s. 49 - 50)

4.2.4 Paralingvistika

Pomyslným přechodem slovní a mimoslovní komunikace označujeme termínem paralingvistika. V efektivní komunikaci nestačí volit vhodná slova, musíme věnovat pozornost všem složkám projevu. Je důležité užít přiměřenou rychlost řeči, taktně užívat pomlky, vyvarovat se zbytečně hlasitému projevu a až teatrálně vysokým tónům hlasu.

Intonace hlasu zase dokáže zcela změnit význam sdělovaného. Významný je i komunikační prostor, který určuje rovnocennost komunikujících. (15, s. 21 - 22)

Při posuzování neverbálních projevů však musíme být opatrní, jejich dekodování není tak jednoznačné, jak některé publikace uvádějí. „Je vždy třeba vycházet z kontextu dané situace a posuzovat celkové neverbální i verbální sdělení.“ (19, s. 35)

4.3 Verbální komunikace

Při sdělování pomocí řeči rozlišujeme základní dvě oblasti: obsah a způsob podání informací. Mezi chyby v obsahové části sdělení patří špatně uspořádané myšlenky, nepřesnosti ve vyjádření, předání velkého množství informací a také neschopnost zachytit důležité reakce a náznaky v odpovědích pacienta. Ke vzniku komunikačního šumu může dojít i při používání mnohoznačných slov či nadměrném užívání odborných termínů. Slova dokáží velmi ublížit a bohužel je nelze odvolat, proto se stávají zdrojem sorrorigenie. (19, s. 35 - 37)

4.3.1 Efektivní verbální komunikace

Při komunikaci je velmi důležité naslouchat tomu, co pacient skutečně sděluje. Sestra by vždy měla projevit pravý zájem o pacienta a případně mu dopomoci najít vhodná slova. Neměli bychom šetřit povzbuzením, pozitivismem ani oceněním pacienta. Téma rozhovoru určuje pacient, hovoříme o jeho potřebách, i když nám to nemusí být příjemné. Pokud pacientovi pomůže například mluvit o strachu ze smrti, sestra s ním bude hovořit o této obavě. Velmi pečlivě volíme slova a mluvíme spíše málo, více se věnujeme naslouchání. Sestra by nikdy neměla litovat času, který stráví komunikací s pacientem. (19, s. 37)

Při styku s pacientem se vyhýbáme rozdávání příkazů. Stejně nevhodné je moralizování pacienta či jeho kritika. Nikdy se v komunikaci nepovyšujeme a rozhodně pacienta nikdy nepodceňujeme. Zcela kontraproduktivní je také srovnávání s ostatními pacienty. Dalším velkým nešvarem jsou soukromé telefonáty zdravotníků během ošetřování pacienta. Dále by se sestry měly v komunikaci vyhnout ironii, nálepkování a stereotypizaci pacientů.

Základ vztahu sestra-pacient tvoří důvěra. Ta je však nemožná v případě, kdy ani sestra sama sobě nedůvěřuje. Je tedy důležité věnovat se vztahu k sobě samé. (19, s. 36 - 39)

„V průběhu vývoje společnosti postupně dozrává i vztah zdravotníků a pacienta. Nejvyšší prioritou je důvěra, pokud se vytratí, obvykle s ní odchází i víra v uzdravení. Charakter vztahu pacient – zdravotník je proto velmi důležitý pro průběh léčby.“ (24, s. 55)

Komunikace s kolegy

Vytvořit si dobré kolegiální vztahy bývá někdy složité. V jejich budování je vhodné dodržovat určitá doporučení. K prvním krokům patří pozdrav či věnování úsměvu kolegovi, s nímž přijdete do kontaktu. Jako samozřejmostí by se mohlo zdát představení se do telefonu jménem a sdělením svého pracoviště, tím spíše, pokud voláme na jiné oddělení za účelem získání rady či nějaké služby. Bohužel, často se tak nestává. Pokud se snažíme o dobré vztahy, nezapomínáme na diskrétnost, chválu a podporu kolegů. Doporučuje se i pořádání různých společenských akcí. Je třeba si však uvědomit, že kolega může účast odmítnout a podle zásad asertivní komunikace nám ani nemusí sdělit důvod odmítnutí.

Ať se snažíme sebevíc, můžeme se dostat s kolegou do konfliktu. Pokud se tak stane, měli bychom spor vnímat jako možnost pro změnu. Nezřídka rozepré na pracovišti uvolní napětí a podpoří řešení problému. Musíme však spolu i v době konfliktu komunikovat, jinak se nevyřeší. Výhodou je poskytnout si před řešením rozporu určitý čas, aby jeho řešení neprobíhalo za emocionální bouře. Doporučovaným východiskem je vyjednávání. Ve vyjednávání jde o oboustranně přijatelné nalezení cesty vedoucí k cíli. (19, s. 43 - 44)

Komunikace s rodinou pacienta

Každé onemocnění, tím spíše to vážné, je velkým zásahem do zažitého rodinného stereotypu. U příbuzných pacienta dominují negativní emoce, bojí se o svého blízkého, pociťují nejistotu a někdy si mohou přisuzovat vinu za vznik nemoci. Negativní psychické ladění je však přenášeno i na pacienta. Ten ale od své rodiny potřebuje podporu, povzbuzení, projevy lásky a příslib pomoci. Aby rodinní příslušníci mohli tyto požadavky pacienta plnit, je nutné zajištění kvalitní komunikace se zdravotníky. K dosažení

spolupráce rodiny během léčebného procesu pacienta jsou nutné pravidelné hovory, během kterých by blízcí měli získat především jistotu toho, že je o pacienta co nejlépe postráno. Důležité je také zajistit informovanost rodiny o léčbě pacienta i sdělení, jak se mohou na léčebném procesu také podílet. (6, s. 172 - 173)

Na samém počátku kontaktu s příbuznými je kladen velký důraz na představení sestry, to spočívá v podání informace o jméně a funkci. Po celou dobu rozhovoru projevujeme vstřícnost, odpovídáme jasně a srozumitelně. Před vyřčením svých slov přemýšlíme nad jejich dopadem. Na paměti máme i legislativu a podáváme informace pouze v souladu se svými kompetencemi a informovaným souhlasem. (19, s. 49 - 50)

4.4 Komunikace mlčením

Nelze nekomunikovat. I když si myslíme, že nekomunikujeme, přesto něco sdělujeme, tedy i mlčením. Ticho má v komunikaci několik významů. Dává nám prostor k přemýšlení o řečeném, k rozmyšlení otázky či odpovědi. Bohužel příčinou mlčení může být i sdělení špatných zpráv, kdy pacient prožívá šok. Setkáváme se i s mlčením rozpačitým, jehož důvodem je stud pacienta. Je také možné, že jsme si pro rozhovor vybrali nevhodnou dobu a pacient se chce komunikaci s námi vyhnout. Léčivé ticho nastává v situaci, kdy je již vše řečené. Pokud pacient mlčí, měli bychom se snažit zjistit důvod mlčení například z neverbálního sdělení či předešlého rozhovoru s pacientem. Ticho v komunikaci však respektujeme, i když pro nás může být nepříjemné. K prolomení ticha přistupujeme pouze v případě, že působí určitý diskomfort samotnému pacientovi. (15, s. 27; 17, s. 33; 19, s. 57; 25, s. 42)

4.5 Rozhovor s pacientem

Rozhovor mezi sestrou a pacientem dělíme do čtyř fází. První fází je úvod. Ten zahrnuje pozdrav, představení a případně podání ruky. Během této počáteční fáze přizpůsobujeme srozumitelnost vyjadřování úrovní chápání pacienta. Druhou fází je vzestup a pokračování. Pokládáme obecnější otázky a snažíme se dostat k jádru rozhovoru. Dosažení onoho jádra je třetí fází – vrchol a rozuzlení. Poslední fází tvoří tzv. závěr. Je důležité ukončit rozhovor tak, aby pacient cítil, že byl rozhovor veden v jeho zájmu.

To se nám podaří při využití efektivních komunikačních technik. Začínáme povzbuzením pacienta, poté přistupujeme k technice zrcadlení a parafrázování. O našem zájmu pacienta přesvědčí i objasňování v průběhu rozhovoru, kdy se doptáváme na fakta souvisejícími se sdělením. Důležité je nakonec shrnout řečené a ocenit pacienta. Prostřednictvím dialogu můžeme získávat a předávat informace, nebo se snažíme u pacienta navodit změnu stavu využitím psychosomatického rozhovoru. (15, s. 27 – 29; 19, s. 59 - 61)

4.6 Komunikace s náročným, problémovým pacientem

V praxi se setkáváme s řadou pacientů, každý z nich je jiný, s jinými osobnostními rysy a vlastnostmi. Do popředí komunikace s pacientem se tak dostává jeho individualita. Přítomnost nemoci však může některé osobnostní vlastnosti pacienta vystupňovat. Ten se pak může zdravotníkům jevit jako náročný či problémový svým vyžadováním neustálé pozornosti, svými požadavky i přístupem ke zdravotnickému personálu. (27, s. 130; 19, s. 79)

Úzkostný typ

Jedním z těchto pacientů je úzkostný typ, který se vyznačuje především opakováním dotazů a vyžadováním neustálého ujišťování. V komunikaci s takovým pacientem mluvíme pomalu, klidně a podáváme tolik informací, kolik pacient pro své ujištění potřebuje. Pokud vidíme pochyby, je třeba je s pacientem prodiskutovat, v komunikaci se vyhýbáme prázdným frázím. (21, s. 79 - 80)

Narcistický typ

Narcistický typ pacienta se projeví nadřazeností, sebevědomím, neustálou péčí o svůj zevnějšek, vyžaduje nadstandartní péči, v komunikaci používá ironii, sarkasmus a nebojí se ani kritiky. Pokud tedy nemáme čas se pacientovi ihned věnovat, dáme mu najevo, že o něm víme a požádáme ho, aby měl strpení. Co nejčastěji udržujeme oční kontakt, nepoučujeme, pacient musí mít v komunikaci pocit zasvěceného partnera. Avšak neponižujeme se, jednáme důstojně. (21, s. 81)

Bezohledně-agresivní typ

Ani komunikace s bezohledně-agresivním typem pacienta není jednoduchá. Setkáváme se u něj s nepřátelským výrazem, podezíravostí, vulgárními výrazy, netolerancí, výbušnými reakcemi, překřikováním až útočným zastrašováním. Mezi zásady komunikace s takovým pacientem patří udržování vzdálenosti asi 0,7 metrů, oční kontakt, klid, pomalá gesta, uvolněný postoj, nevzrušený hlas, vyjádření pochopení a uznání, ale neopouštět od svých stanovisek. V případě, že došlo opravdu k pochybení, je vhodné podat profesionální omluvu. Vždy je důležité zvážit své vlastní možnosti při zvládnutí agresivního pacienta a případně si přivolat pomoc. (19, s. 85 – 88; 21, s. 82 - 83)

Pedantický typ

Nedůvěra k novým věcem, nelibost optimistického myšlení, logické myšlení, rituály, zásady, apelování na předpisy, zodpovědný výraz a zlost při vzniku rozporu mezi zevními požadavky a jeho vnitřními pravidly jsou hlavní znaky v chování pedantického typu. V komunikaci je vhodné udržovat vzdálenost 0,9 metrů, oční kontakt, klid, sdělení věcná, stručná, logická a vyhnout se vyjádření negativního vztahu k hodnotám či tradicím. (21, s. 82 - 83)

Nepřístupný typ

Nepřístupný typ pacienta je zdrženlivý a prezentuje svoji odlišnost. Nevyjadřuje se přímo, hojně využívá ironii, paradoxy, narážky a projevy negace. Sestra by měla během komunikace s nepřístupným pacientem udržovat vzdálenost dle pacientova přání, věcně pacienta informujeme, vyhýbáme se projevení emocí. Na narážky nereagujeme, pozornost věnujeme nedokončeným větám, ale nesnažíme se přehnaně o udržení rozhovoru. (21, s. 83 - 84)

Histrionský typ

Teatrální chování a přehrávání emocí se snahou vtáhnout do děje co nejvíce lidí je typické pro pacienta histrionského typu. Doporučení pro komunikaci s histrionským pacientem spočívají v projevení pochopení, avšak sdělení by mělo být především stručné a jasné. V tomto případě je vhodné být autoritativní a nesmlouvavá, avšak snažit se být přátelská. (21, s. 84 - 85)

Seduktivní typ

V komunikaci se seduktivním pacientem závisí na sestře, aby dala jasně najevo profesionální hranice vztahu sestra-pacient. Pokud jsou sestře nevhodné poznámky a erotické vtipy nepříjemné, je nutné, stejně jako v případě nevhodných doteků pacienta, reagovat ihned a stanovit limity. V krajním případě je možné zajistit přítomnost další sestry při ošetřování seduktivního pacienta nebo požádat kolegy o přerozdělení povinností u jednotlivých pacientů. (19, s. 82 - 84)

4.7 KONFLIKTY

Rozlišujeme několik druhů konfliktů – intrapersonální, interpersonální a konflikt mezi skupinami. Vnitřní (intrapersonální) konflikt prožíváme v situacích, kdy se musíme rozhodnout. Napětí v nás vyvolá výběr mezi několika negativními možnostmi, ale i nutnost volby mezi jednáním, které pro nás v každém případě bude v konečném výsledku pozitivní. Konfliktem skupin je např. rozpor mezi organizacemi, profesními skupinami, sdruženími apod. K interpersonálním konfliktům dochází mezi dvěma či více osobami. Někdy bývají nepříjemné situace nesprávně řazeny mezi konflikty, je třeba si uvědomit, že aby byl spor konfliktem, musí cítit zúčastněné strany nepřekonatelný rozpor – mají zcela odlišné cíle a hodnoty. Konflikt se často komplikuje snahou za každou cenu zvítězit a prosadit si své zájmy. Další přítěží v řešení konfliktů je zabývání se jejich nejen věcnou, ale i prožitkovou rovinou. Poměrně snadno totiž své emoce transformujeme do urputného bránění vlastního postoje k problému, čímž se spor jen prohloubí, neboť ostatní účastníci konfliktu tuto urputnost vnímají jako útočný signál. (27, s. 91 – 94; 28, s. 44; 29, s. 68 - 69)

Začátek konfliktu je iniciován spouštěčem – ten se samozřejmě liší dle druhu sporu. V další fázi lze neshody vyzorovat spíše v určitých náznacích, ale jsme již do něj zapojeni, diskutujeme o něm a považujeme za důležité vysvětlovat a ospravedlňovat své vlastní postoje. Pak stačí jen maličkost a dojde ke střetu – otevřenému vyjádření konfliktu. Po prezentaci vlastních postojů zúčastněných dochází k opětovnému nastolení klidu, avšak pokud problém nebyl vyřešen, bude se konflikt opakovat. (27, s. 95 - 97)

4.7.1 Řešení konfliktu

Jedním ze způsobů řešení konfliktů je konfrontace. Jedná se o rychlé vyřešení problému, kdy je na konci sporu jeden vítěz a jeden poražený. Tento způsob řešení je však spojen s řadou intenzivních pocitů, narušením mezilidských vztahů a nebezpečím spočívajícím ve vyvolání konfliktu poraženou stranou.

Jistou možností, jak se s konfliktem vypořádat, je neřešit ho, popřít ho, vyhnout se mu. Tato varianta nám sice umožní získat čas, nicméně vznikají z důvodu nevyřešeného konfliktu spory další a také hrozí výbuch dlouhodobě zadržovaných emocí.

Řešení zvané spolupráce je strategie zahrnující kompromisy, takže výsledné řešení znamená zisk pro všechny zúčastněné, je pro všechny akceptovatelné, splnitelné a hlavně musí být konkrétní – tím se zamezí vzniku konfliktů v budoucnu. (28, s. 46 - 47)

V praxi můžeme využít ještě přizvání třetí osoby – tzv. facilitátora. Takovou osobou může být pouze člověk pro zúčastněné strany nestranný a důvěryhodný. Facilitátor vyslechne obě strany, všímá si detailů v interpretaci konfliktu od všech zúčastněných, má nadhled a odstup a tím může při řešení problému pomoci. (28, s. 47 - 48)

4.7.2 Mobbing, bossing

Vystupňováním konfliktů na pracovišti jsou mobbing a bossing. Bossing v podstatě označuje skutečnost, kdy je zaměstnanec šikanován svým nadřízeným. Mobbing je systematická šikana zaměstnance spolupracovníkem či spolupracovnicí. Cílem bývá ukončení pracovního poměru šikanovaného. Mobbing může být slovní, mimoslovní či se může projevat zatajováním důležitých informací, ničení výsledků práce apod. Následky takového šikanování jsou psychické, díky psychosomatické i zdravotní a projeví se i problémy v osobním životě. Mobbing začíná drobnými konflikty mezi spolupracovníky, které jsou často mířené proti jednomu jedinci. V další fázi je šikanovaný pracovník těmi ostatními ignorován, pomlouván, napadán, nikdo ho nepodpoří ani s ním nechce spolupracovat. Vše probíhá celkem nenápadně a není jednoduché shromáždit důkazy o šikanování. Stupňujícím se nátlakem oběť skutečně časem začíná dělat chyby, má pracovní potíže a vlivem psychosomatiky často onemocní. Pachatel mobbingu je v této chvíli ten, kdo už před časem věděl, že tento spolupracovník se do jejich týmu nehodí, má nízké pracovní výsledky apod. Celá tato vyhrocená situace

končí většinou stejně, ať už oběť hledá či nehledá zastání u nadřízených, ukončuje svůj pracovní poměr. Tím se zdá, že je situace vyřešená, bohužel pachatel mobbingu tím získává pocit, že konal správně a nevidí tak důvod k tomu, aby se příště zachoval jinak.

Je velmi důležité zabývat se mírou zátěže a stresu na pracovišti, dbát o firemní kulturu a pěstovat sounáležitost pracovního týmu. (27, s. 113 - 121)

5 ETIKA V OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI

„Ctnost je trvalá mravní kvalita člověka, která ho činí schopným správného jednání.“ (30, s. 42)

To však platí pouze v případě, že motivace ke ctnosti pochází z nás samých. Ctností sestry je péče o život, zdraví či blaho. Toho by měla sestra dosahovat prostřednictvím podpory ctnosti pacienta. Udržení si zdraví je ctností každého jedince.

Morální ctností sestry je například pravdomluvnost, která je zde však chápána jako základ správné komunikace. S ní úzce souvisí jemnost ve verbálním i neverbálním projevu. Důležitými ctnostmi sestry jsou i soucit a laskavost, musí se však vyskytovat v přiměřené míře. Spravedlivá štědrost zase spočívá ve věnování se všem pacientům bez rozdílu stejně. Odvaha a statečnost by sestram měly pomoci v boji za pacienta – například k upozornění lékaře na chybnou ordinaci. Další nezbytnou ctností je vhléd, který nám předkládá morální charakter naší práce a upozorňuje na mezilidské interakce jako etické problémy. Poslední zmíněnou ctností je praktická moudrost, která se rozvíjí praxí, prostupuje každodenními situacemi a pomáhá nám určit eticky správné. (30, s. 48 - 52)

Základními ctnostmi zdravotníka jsou: věrnost důvěře, potlačování vlastních zájmů, intelektuální čestnost, soucit, odvaha vytrvat v dobrém, opatrnost a rozvážnost. Opomenout nelze ani empatii a morální uvědomění (svědomí). (31, s. 55 – 56; 24, s. 48 - 49)

5.1 Etické kodexy

„Pro etické principy ošetrovatelské péče jsou závazná práva pacientů a etický kodex sestry.“ (9, s. 88)

„Pacient má právo na to, aby ve zdravotnictví byly dodržovány všechny platné zákony, etické kodexy, deklaráce a úmluvy, které chrání jeho práva.“ (9, s. 89)

Všeobecná sestra by se měla řídit *Etickým kodexem zdravotnického pracovníka nelékařských oborů*, který v roce 2004 vydalo ministerstvo zdravotnictví, a současně *Etickým kodexem sester* vypracovaným Mezinárodní radou sester. Oba kodexy nabádají sestry k dodržování Úmluvy o lidských právech a biomedicíně a Práv pacientů. Vyzdvihují projevy úcty, respektu a podporování důstojnosti pacienta bez ohledu na odlišnosti věkové, národnostní i rasové, či rozdíly v oblasti politického přesvědčení, sociálního postavení, víry a pohlaví. Upozorňují na zachování mlčenlivosti a poskytování dostatečného množství informací v souladu se svojí odborností a pravomocí. Současně

se zdravotnický pracovník/sestra aktivně věnují šíření zdravotního uvědomění a zlepšování zdravotního i sociálního prostředí. (30, s. 68 - 69, 9, s. 110 - 111)

Mezi etické normy ve vztahu zdravotnický pracovník/sestra a praxe patří úsilí o odborný i osobní růst, přebírání povinností pouze v rozsahu svých pravomocí, poskytování péče nejvyšší možné úrovně a kvality, ale i přispívání k dobré pověsti a udržení prestiže a uznání profese ve společnosti.

V oblasti vztahu k profesi se kodexy shodují především v podněcování k rozvoji odborných znalostí a zvyšování odborné úrovně na základě vědeckých poznatků.

Dále se oba kodexy věnují problematice zdravotnický pracovník/sestra a spolupracovníci. Etickou normou je tak stanovena kooperace v mezioborovém týmu, ochrana pacienta před ohrožením zdravotníkem či jinou osobou. Mezi pracovníky by neměla chybět podpora, úcta ani respekt. (24, s. 29; 32; 33, s. 239 - 241)

„Etické normy (etické kodexy) mají mravní, nikoli právní závaznost. Jejich porušení nelze trestat, jde spíše o apel na svědomí a čest jednotlivce.“ (24, s. 20)

5.1.1 Práva pacienta – etický kodex

Dalším etickým kodexem, který by měli mít zdravotníci v paměti, jsou Práva pacientů. Kodex byl vyhlášen již v roce 1992 Centrální etickou komisí Ministerstva zdravotnictví České republiky. Celý kodex čítá 11 práv: právo na ohleduplně poskytovanou odbornou péči, na návštěvy, na znalost jmen ošetřujícího personálu, na dostatek informací umožňující rozhodnutí, na odmítnutí nabízené léčby, a respektování soukromí a studu, na kontinuitu péče, na srozumitelné vysvětlení netradičního postupu, na důvěrnost získaných informací, na péči v rozsahu odpovídajícího onemocnění a také právo znát vnitřní řád zdravotnického zařízení. (14, s. 114 – 115; 34, s. 193 – 196; 35, s. 38 - 39)

5.1.2 Práva pacienta – zdravotnická legislativa

Právy pacienta se zabývá i zdravotnická legislativa. Konkrétně jsou řešena v zákoně č. 372/2011 Sb.: o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Projevení úcty, respektu a důstojné zacházení jsou tak zákonem stanovená práva. Právní předpis řeší problematiku informovaného souhlasu, právo na služby co nejvyšší odborné úrovně, na volbu zdravotnického zařízení, na vyžádání konzultace jiným poskytovatelem zdravotnických služeb, na seznámení s vnitřním řádem zařízení, na přítomnost zákonného

zástupce, opatrovníka, blízké osoby. Dále má pacient právo na informace o ceně poskytovaných služeb, které nespádají do úhrad zdravotním pojištěním. Pacientovi nesmí být upřeno ani právo na znalost jmen zdravotnických pracovníků, kteří se podílí na péči o něj. Uzákoněné je i právo na odmítnutí přítomnosti osob, které se péče aktivně neúčastní. Pacientovi musí být umožněno přijímat návštěvy a duchovní péči. V případě těžkých komunikačních problémů má pacient nárok na volbu způsobu a prostředků komunikace, případně na tlumočnicka. Právo na tlumočnicka lze využít i za účelem tlumočení z cizího jazyka. Pacient s postižením má právo na přítomnost psa se speciálním výcvikem. (36; 37, s. 42)

5.2 Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče

Sestra je povinna poskytovat pacientovi ošetrovatelskou péči dle své pracovní náplně, řídí se úkoly nadřízeného, ale vždy pouze na základě své kvalifikace. Při poskytování péče dbá sestra na platné předpisy a během výkonů postupuje podle příslušných standardů. V případě, že sestra pracuje non lege artis a způsobí pacientovi újmu na zdraví, nevyhne se trestněprávní odpovědnosti. Trest poté vyplyne z trestního řízení. Mezi takové případy patří například sestra pracující pod vlivem alkoholu, porušení mlčenlivosti, nevydání dokladu o převzetí daru, neoprávněné použití razítka, zveřejnění fotografie pacientů bez jejich svolení, aplikace neordinovaných léků, nepodání ordinovaných léků či poskytnutí informací po telefonu, na jejichž podání neměla sestra vhodné kompetence a další. (38, s. 5 – 13; 39, s. 163)

6 PSYCHOHYGIENA SESTRY

Aby sestra zdravotnice mohla správně a dobře pečovat o pacienty, musí se ona sama cítit dobře. Je třeba, aby věnovala péči nejen tělesné ale i své duševní stránce. Důležité je nejprve dostatečně poznat sebe sama. Sebepoznávání je velice složitým procesem, neboť každý má o sobě vlastní představu a je těžké si přiznat, že se od reality liší. Pro vztahy s lidmi je zásadní sebepoznání především ve dvou oblastech, a to: jaký je můj emocionální život a jaká je morální stránka mého charakteru. (16, s. 9; 40, s. 62 - 63)

Emocionální život

Pokud reagujeme na drobnosti přehnaně a křičíme kvůli maličkostem, každého v našem okolí napadne, že nás trápí nějaké problémy. Důvodem takového našeho jednání může být frustrace, nejčastěji v oblasti uspokojování potřeby uznání – úcta a projevení důležitosti je pro nás nezbytné. Samozřejmě může být frustrována i kterákoli jiná potřeba.

Zdrojem našeho nepřiměřeného jednání může být i strach a úzkost. Zatímco strach máme z něčeho konkrétního a můžeme jej snižovat získáváním informací, úzkost je pouhou děsivou předtuchou. Úzkostní lidé jsou negativně laděni a schází jim radost ze života.

Měli bychom si uvědomit, že těžké a nepříjemné situace do našeho života patří a je důležité naučit se je zvládat. S tím nám pomáhají naše obranné mechanismy. Problém nacházíme v tom, že tyto mechanismy nám pomáhají pouze krátce a po chvíli jejich trvání vedou spíše ke zhoršení naší již tak dost těžké situace. Mezi tyto metody zvládání patří hledání důvodů vysvětlující a vlastně omlouvající naše nesprávné chování, svalení viny na někoho jiného nebo naopak nesmyslné přijímání viny za veškeré okolní negativní dění, záměrné popření přítomnosti problému, nepřiměřená snaha o odčinění našeho chování, převrácené reagování a chování, identifikace, projekce a také introjekce. (40, s. 64 – 69; 41, s. 48 - 55)

Morální stránka charakteru

Důkladným studiem historie psychologové stanovili tzv. kladnou charakteristiku člověka. U jedince se projeví přítomností silných stránek, a to moudrostí, odvahou, lidskostí, spravedlností, jistou dávkou ukázněnosti a nechybí ani hluboký duchovní

všepřesahující pohled na světové dění. Jedině tyto charakteristiky pomohou člověku překonávat životní těžkosti, aniž by se za své jednání někdy musel stydět. (40, s. 69 - 70)

6.1 Duševní hygiena všeobecné sestry

Prvním doporučením v péči o duši je odlišení citů, které cítíme, od těch, jež bychom měli mít a cítit. Ruku v ruce s tím jde i přesvědčení, že naše vlastní myšlenky ovlivňují směřování našeho života. Stačí se zamyslet nad tím, jak jsou na tom lidé pozitivně naladěni a kam naopak směřují ti s negativním vzezřením. Důležité je si uvědomit, kam míříme – co je smyslem našeho žití. Neměli bychom zapomínat na radost z vlastního života ani radost vyplývající z našeho činu pro druhé. Neméně významné jsou pro nás situace, kdy nám je projevené uznání, pochvala či vděk. Takové případy však bohužel nejsou na denním pořádku, je proto vhodné si je zaznamenávat a v době psychické nepohody si je připomenout. Pro duševní pohodu pokládáme za nezbytnost odpočinek – ať už si pod ním každý představí něco jiného. Smyslem odpočinku je věnovat se myšlenkami čemukoli kromě práce. Těžkým úkolem je řídit se dalším doporučením – odpuště si to, co nám dělá dobře, protože to může být nedobré. Musíme si uvědomit, kdo jsme a nedělat ze sebe někoho jiného, na paměti máme pokoru a skromnost. V neposlední řadě je v psychohygieně sester na významné pozici v žebříčku hodnot předcházení vyhoření. (16, s. 15 – 27; 17, s. 76 - 77)

6.2 Syndrom vyhoření

Syndromem vyhoření paradoxně trpí vzdělání, motivovaní a nadšení perfekcionisté, neboť jsou od nich neustále očekávány nejlepší výkony ve všech rovinách. Proces vyhoření má několik stadií. Začíná nadšením do práce, dobrovolné přesčasové pracovní působení až přetěžování. Prvotní zápal postupně klesá a vzniká stagnace, která se později překlene ve frustraci ze ztráty smyslu své práce a z pocitu zklamání. Postupně stav jedince přechází až v apatii, kdy člověk jen plní nutné úkoly, nekomunikuje a prožívá beznaděj. Poslední fází tohoto dlouhodobého procesu je vyhoření – situace, kdy je jedinec negativní i vůči sobě samému, neumí se radovat, je agresivní, unavený a podrážděný. (14, s. 65 – 66; 42, s. 9 - 11)

Vyhoření se může projevit v duševní, tělesné či duchovní rovině. Do duševní oblasti řadíme apatii, nesoustředěnost, zmatenost, cynismus, podrážděnost a negativismus. Dlouhotrvající stres se však projeví i tělesně – bolestmi hlavy a zad, nespavostí, zažívacími problémy atd. Z příznaků v duchovní oblasti dominuje bezmocnost a ztráta perspektivy. U zdravotníků mizí empatie, angažovanost, nadšení, zájem o svůj obor, projevuje se devalvační chování, nezájem o pacienta jako člověka a jsou plněné pouze nutné úkoly jasně dané pracovní náplní.

Syndrom vyhoření vzniká v důsledku působení přehnaných pracovních nároků, při nutnosti řídit se v plnění pracovních povinností pouze pravidly bez možnosti využití vlastní samostatnosti, při nedostatečném projevování úcty, z důvodu nespravedlnosti, konfliktů a špatného pracovního kolektivu. (14, s. 63 – 64; 43)

Pomyslnou červenou kartou by pro nás měla být vyčerpanost, izolovanost, znuděnost, podrážděnost, paranoia, dezorientace, pokles pracovních výkonů a narůstající pracovní konflikty, psychosomatické potíže a deprese až suicidální myšlenky. (42, s. 12 - 13, 19 - 22)

Jediným způsobem, kterým se lze efektivně bránit vyhoření, je péče o sebe sama. Začít bychom měli péčí o naši tělesnou schránku – třikrát týdně cvičit, jíst vyváženou stravu, spát 8 hodin denně a naučit se správně si rozvrhnout a využívat svůj čas tak, aby byly všechny úkoly splněné, a ještě jsme měli prostor pro odpočinek. Poté přestupujeme k péči o svou emocionální složku. Návod je jednoduchý – uvolňovat endorfíny smíchem několikrát za den, vnitřní dialogy směřovat pozitivně, žít přítomností, třikrát týdně odpočívat, vymýšlet a používat náhradní plány lišící se od každodenní rutiny, zamýšlet se nad počtem životních změn v posledním roce, být spokojen po sexuální stránce, konat dobro pro druhé, odpouštět, nezávidět, komunikovat o svých starostech s partnerem/partnerkou a upevňovat vztahy s rodinou. V péči o naše duchovno bychom se měli věnovat přemýšlení a opětovnému seřazení vlastních hodnot a samozřejmě si uvědomit, jakou roli v našem životě hraje víra. (42, s. 93 – 121; 44)

6.3 Předcházení stresu a jeho zvládnání

Mezi metody, které nám pomáhají vypořádat se s náročnějšími situacemi, patří protistresové dýchání. Tento typ dýchání spočívá v pomalém nádechu a co nejhlubším výdechu. Využít můžeme i chvilkovou tělesnou relaxaci, kdy se soustředíme na uvolnění

svalstva celého těla, tento odpočinek můžeme spojit s protistresovým dýcháním. Snížení psychického napětí dosáhneme i koncentrací naší pozornosti na emočně neutrální skutečnost či věc. Vhodná je k odstranění stresu i chvilková samota – doporučuje se odejít z místnosti, ve které je člověk, který nás stresuje. Zaručeným likvidátorem stresu je také aktivita, jakákoli činnost, která umožní odbourat adrenalin a noradrenalin i bez boje či aktivace únikové strategie. Dále je doporučována relaxační hudba, počítání, tělesné cvičení a komunikace s někým, kdo nás nestresuje, ale vyvolá v nás pozitivní emoce. (42, s. 73 – 77; 27, s. 33 – 38; 45, s. 108 - 110)

7 FORMULACE PROBLÉMU

O sorrorigenii neboli poškození pacienta sestrou se v současné době mluví stále častěji. Podíl na této skutečnosti mají především média, ve kterých jsou neustále probírány práva pacientů, etika v ošetrovatelství, profesní image sestry, přístup sester k pacientům a jakákoliv odchylka od uznávané normy a žádoucí úrovně přispívá k ještě větší medializaci tématu.

7.1 Hlavní problém

Nutnost zjištění, jak sorrorigenii vnímá pacient.

7.2 Dílčí problémy

Zjištění vlivu sorrorigenie na vztah sestra – pacient, dále vlivu na postoj k další léčbě pacienta a také ovlivnění názoru na všeobecné sestry.

8 CÍL A ÚKOL VÝZKUMU

Hlavní cíl:

Zmapovat vnímání sorrorigenie z pohledu pacienta.

Dílčí cíle:

Objasnit, zda osobní zkušenost pacienta se sorrorigenií má vliv na vztah pacient – všeobecná sestra.

Zjistit, jestli ovlivnila zkušenost pacienta názor na všeobecné sestry.

Ověřit, zda zkušenost se sorrorigenií změnila postoj a pacienta k jeho další léčbě.

9 STANOVENÍ HYPOTÉZ

1H₀ Osobní zkušenost pacienta se sorrorigenií nemá vliv na vztah pacient – všeobecná sestra.

1H_A Osobní zkušenost pacienta se sorrorigenií má vliv na vztah pacient – všeobecná sestra.

2H₀ Pacientova zkušenost se sorrorigenií neovlivňuje jeho názor na všeobecné sestry.

2H_A Pacientova zkušenost se sorrorigenií ovlivňuje jeho názor na všeobecné sestry.

3H₀ Zkušenost se sorrorigenií nemění postoj pacienta k jeho další léčbě.

3H_A Zkušenost se sorrorigenií mění postoj pacienta k jeho další léčbě.

V každé z uvedených hypotéz je „zkušeností“ myšleno, že se pacient se sorrorigenií sám setkal. Práce je zaměřena na psychickou sorrorigenii, proto je pojmem „zkušenost“ v každé z uvedených hypotéz myšleno, že se všeobecná sestra chovala k pacientovi (respondentovi) nehezky/nevhodně. Za uvedenou „zkušenost“ však považujeme i situace, kdy byl pacient (respondent) svědkem takového chování všeobecné sestry k jinému pacientovi.

10 METODIKA

V diplomové práci je k dosažení hlavního cíle použita metodika kvantitativního šetření. Ke sběru dat byla využita metoda dotazníku.

Dotazník byl anonymní a obsahoval celkem 20 otázek. První dvě otázky zjišťovaly demografické údaje, následovaly otázky, které se již vztahovaly k nehezkému/nevhodnému chování sestry a položky související přímo se stanovenými cíli a hypotézami. V poslední části dotazníku jsou otázky zjišťující temperament a charakteristiku respondenta. Závěrečné dvě otázky jdou doplňkové - pouze pro zajímavost, proto budou odpovědi na tyto dvě otázky umístěny pouze v přílohách.

Z celkového počtu 20 otázek, je 11 otázek uzavřených, 6 položek je polouzavřených a tři otázky nenabízely žádné odpovědi a bylo pouze na respondentovi, jak se k daným položkám vlastními slovy vyjádří. U 3 položek měli respondenti možnost vybrat více odpovědí.

Při sestavování dotazníku jsme se inspirovaly dotazníkem Brázdilové (2010). (46)
Celé znění našeho dotazníku přikládáme v příloze č. 1.

Metodika zpracování získaných údajů

V kapitole Prezentace a interpretace získaných údajů jsou zpracovány výsledky formou určení absolutních a relativních četností jednotlivých položek. Pro přehlednost jsou veškeré výsledky prezentovány ve formě grafů či tabulek, vždy náležitě popsáné, aby byla snadná orientace v uvedených údajích.

V kapitole Testování a ověřování hypotéz jsou získané údaje zpracovány pomocí statistických vzorců. Na základě očekávaných četností bylo přistoupeno k využití Chí-kvadrát testu. Text je opět doplněn tabulkami.

11 VZOREK RESPONDENTŮ

Původním záměrem bylo výzkumné šetření provést u pacientů aktuálně hospitalizovaných ve zdravotnickém zařízení, neboť ti zažívají zátěž působením nemoci na svou psychiku v přítomném čase a jsou tak nejvíce vnímaví k nevhodnému/nehezkému chování všeobecných sester. Po odborné konzultaci byla však připuštěna možnost, že by takovéto šetření během hospitalizace mohlo vést k rozpoutání určitých obav a nejistoty v oblasti důvěry respondentů ke zdravotnickému personálu daného zdravotnického zařízení.

Proto byla oslovena široká veřejnost a respondentem se tak mohl stát každý, kdo byl již hospitalizovaný ve zdravotnickém zařízení. U respondentů nerozhodoval věk, vzdělání ani jejich pohlaví.

REALIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

V pilotním šetření, které probíhalo v prosinci roku 2014, bylo s cílem ověření srozumitelnosti jednotlivých položek v dotazníku distribuováno 10 dotazníků v Tlučné. Všechny tyto dotazníky se vrátily zcela vyplněné, nebylo proto třeba dotazník upravovat.

Během hlavního výzkumného šetření, které probíhalo od začátku ledna roku 2015 do konce února roku 2015, bylo osloveno celkem 250 respondentů - v Plzni 70 respondentů, v Nýřanech 60 respondentů, ve Stodu 40 respondentů, v Klatovech 40 respondentů a ve Stříbře také 40 respondentů. Ochotných vyplnit dotazník bylo v Plzni 56 respondentů, v Nýřanech 38 respondentů, ve Stodu dotazník vyplnilo 31 respondentů, v Klatovech 30 respondentů a ve Stříbře bylo respondenty vyplněno 28 dotazníků. Po prohlédnutí dotazníků bylo nutné tři dotazníky vyřadit pro neúplné vyplnění.

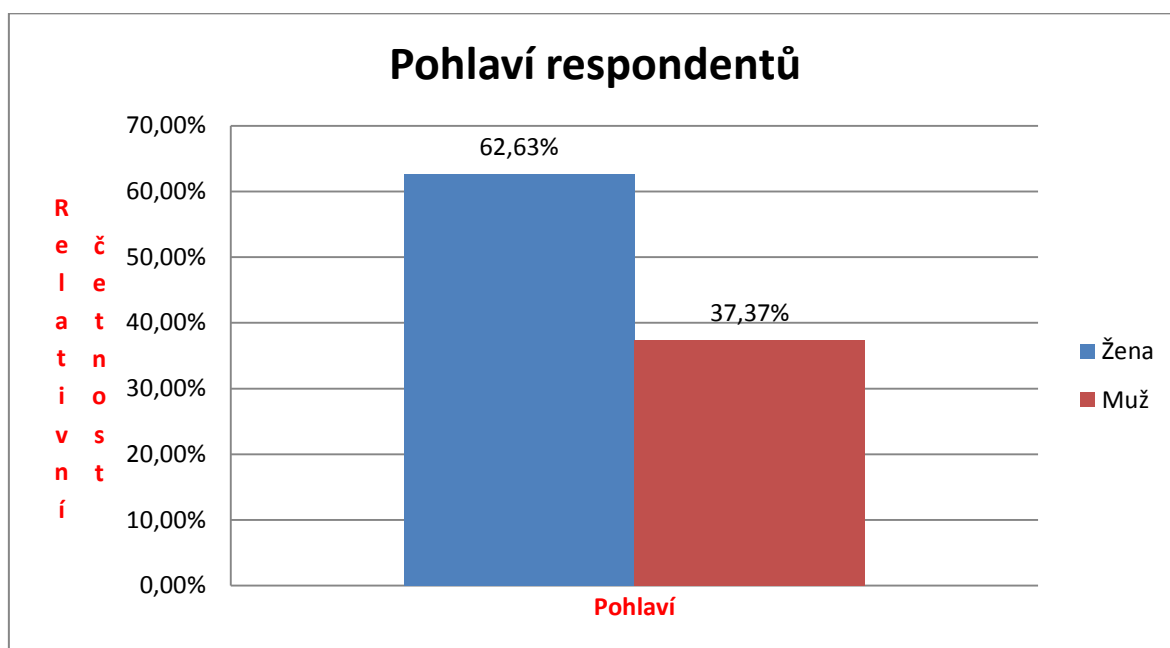
Získala jsem tedy 180 zcela vyplněných dotazníků z hlavního výzkumného šetření, plus 10 dotazníků z pilotního šetření. Celkový počet dotazníků vhodných pro analýzu dat je 190, což je přibližně 73% z celkového množství oslovených respondentů.

12 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Ke znázornění výsledků výzkumného šetření byly využity grafy a tabulky. Grafy i tabulky jsou číselně označené. Grafy obsahují vždy název, popis dat, názvy os tak, aby byl graf přehledný. V grafech je vždy pracováno s relativní četností. K popisu získaných údajů jednotlivých položek dotazníku, jsou používány absolutní četnosti a relativní četnosti jsou vždy uvedené v závorkách.

Položka č. 1 v dotazníku zjišťuje pohlaví respondentů.

Graf 1 Pohlaví respondentů

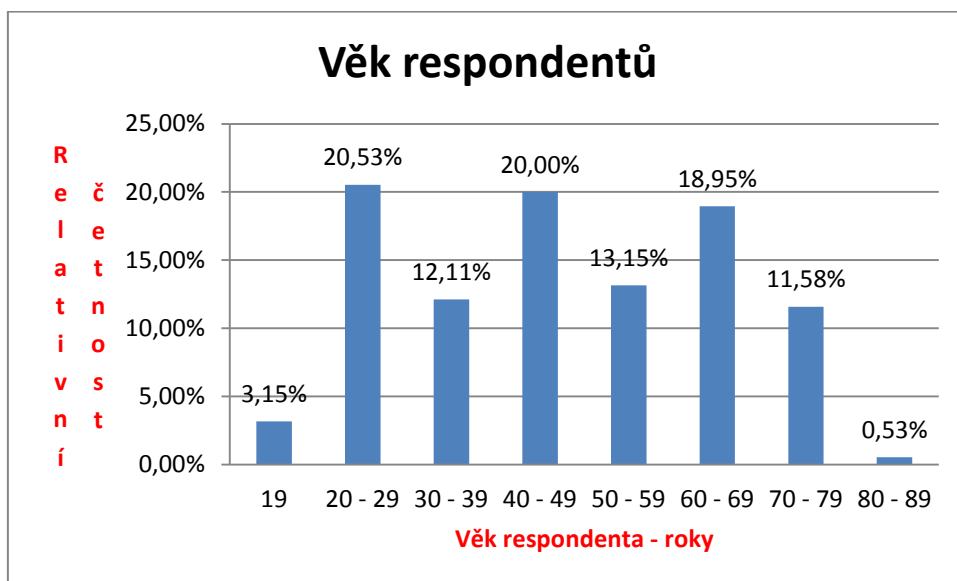


Zdroj: vlastní

Výše uvedený graf znázorňuje pohlaví respondentů. Na první pohled je zřejmé, že mezi respondenty bylo více žen. Ženské pohlaví je zastoupeno celkem 119 respondenty (62,63 %), zatímco mužského pohlaví je 61 respondentů (37,37 %).

Položka č. 2 je zaměřena na zjištění věku respondentů.

Graf 2 Věk respondentů



Zdroj: vlastní

Z výsledků položky č. 2 vyplývá, že 6 respondentů (3,15 %) je 19 let, 39 respondentů (20,53 %) je ve věkovém rozmezí 20 – 29 let, 33 respondentů (12,11 %) spadá do rozmezí 30 – 39 let, 38 respondentů (20,00 %) je ve věku 40 – 49 let, věk v rozmezí 50 – 59 let uvedlo 25 respondentů (13,15 %), 36 respondentů (18,95 %) je věku mezi 60 – 69 lety, věkové rozmezí 70 – 79 let je zastoupeno 22 respondenty (11,58 %). Nejméně respondentů spadá do věkového rozmezí 80 – 89 let, tato skupina je zastoupena pouze 1 respondentem (0,53 %). V tabulce 1 je uveden minimální, maximální a průměrný věk respondentů, kteří se výzkumného šetření zúčastnili.

Tabulka 1 Minimální, maximální a průměrný věk

	Minimální	Maximální	Průměr
Věk respondentů	19	81	47

Zdroj: vlastní

Položka č. 3 u respondentů zjišťuje, zda se k nim někdy chovala všeobecná sestra ve zdravotnickém zařízení nehezky.

Graf 3 Nehezké chování sestry k respondentovi



Zdroj: vlastní

Graf 3 znázorňuje zkušenost 93 respondentů (48,95 %) s nehezkým chováním všeobecné sestry vůči jejich vlastní osobě. S nehezkým chováním k sobě samému se nesetkalo 97 respondentů (51,05 %).

Tabulka 2 Kolikrát se všeobecná sestra chovala nehezky k respondentovi

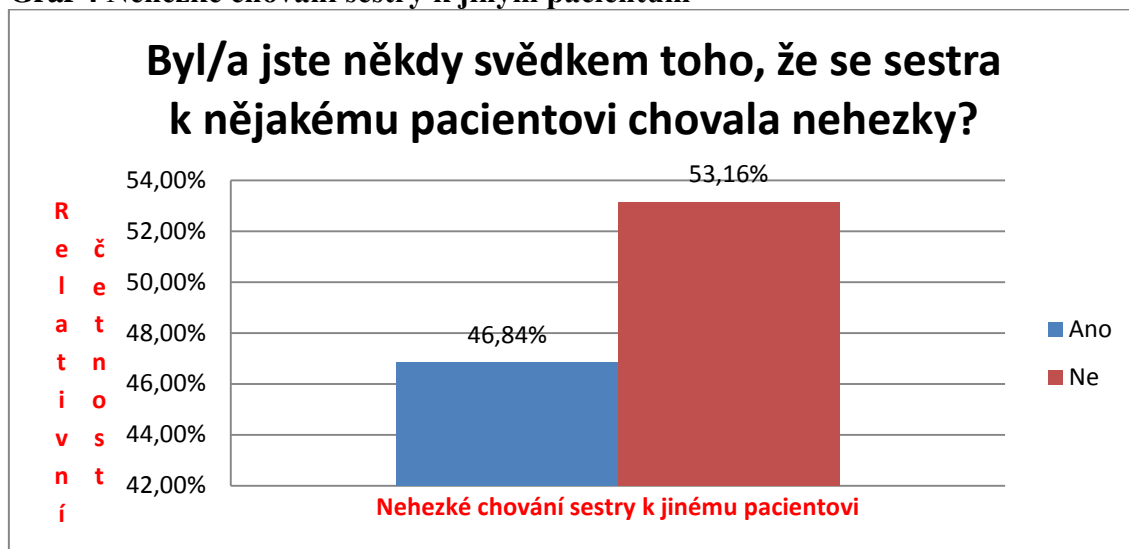
Nehezké chování sestry	Absolutní četnost	Relativní četnost
Jednou	48	51,61%
Maximálně 3x	19	20,43%
Častěji než 3x	26	27,96%
Celkem	93	100,00%

Zdroj: vlastní

Tabulka 2 přehledně prezentuje, kolikrát se všeobecná sestra chovala nehezky k respondentovi. Z grafu 3 vyplývá, že za 100% v tomto případě považujeme 93 respondentů.

Položka 4 se respondentů ptá, zda byli někdy svědky toho, že se všeobecná sestra chovala ve zdravotnickém zařízení k nějakému jinému pacientovi nehezky.

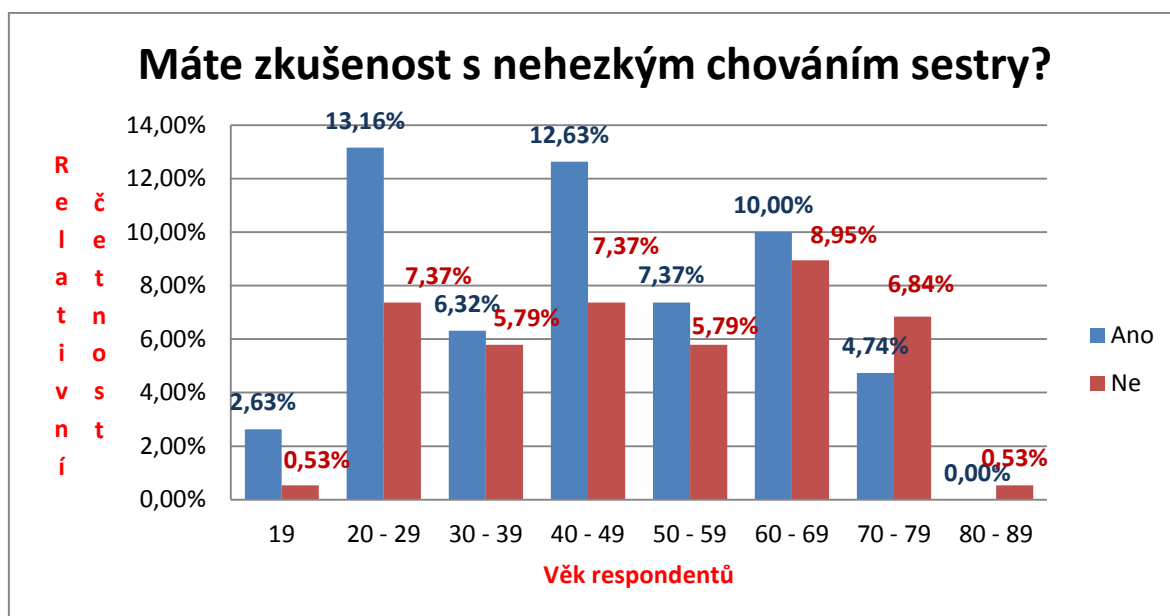
Graf 4 Nehezské chování sestry k jiným pacientům



Zdroj: vlastní

Z grafu 4 je zřejmé, že 89 respondentů (46,84 %) zažilo, že se všeobecná sestra chovala nehezky k nějakému jinému pacientovi. S nehezským chováním všeobecné sestry k jinému pacientovi nemá zkušenost 101 respondentů (53,16 %).

Graf 5 Zkušenost respondenta s nehezským chováním sestry

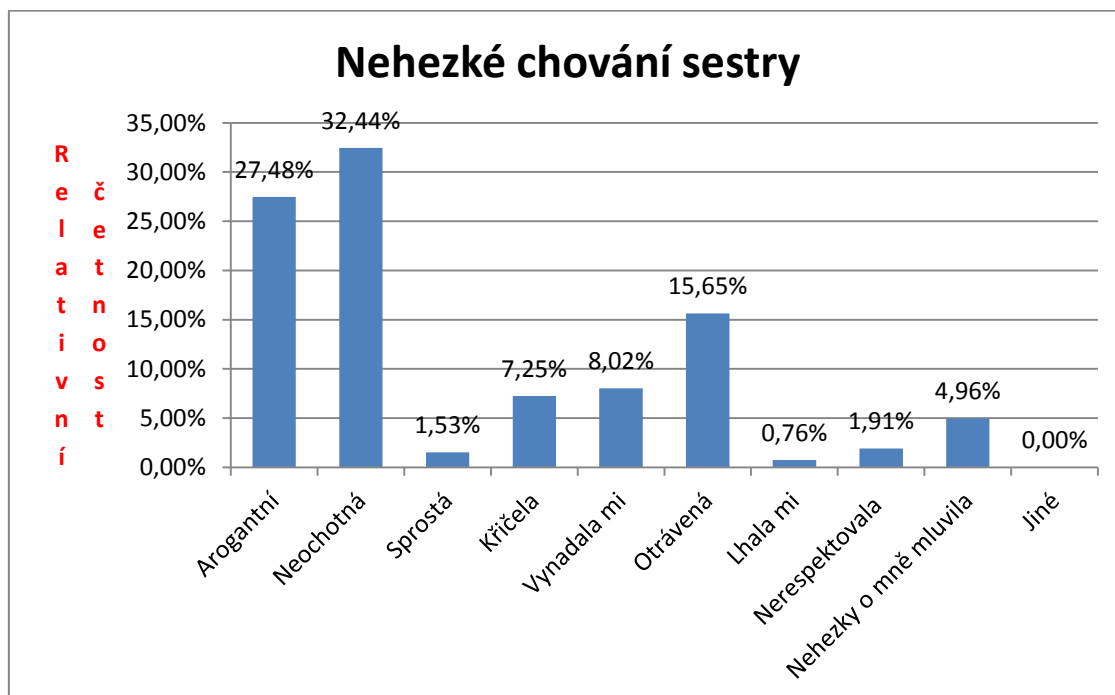


Zdroj: vlastní

V grafu 5 je pro zajímavost věkové zastoupení respondentů, kteří se setkali s nehezkým chováním sestry – k sobě či jinému pacientovi, a respondenty, kteří se nikdy s nehezkým chováním všeobecné sestry nesetkali.

Položka č. 5 zjišťovala, jak se k respondentům všeobecná sestra chovala, když toto chování označily za nehezké. U této otázky mohli respondenti označit více možností, či odpovědět vlastními slovy.

Graf 6 Typ nehezkého chování všeobecné sestry

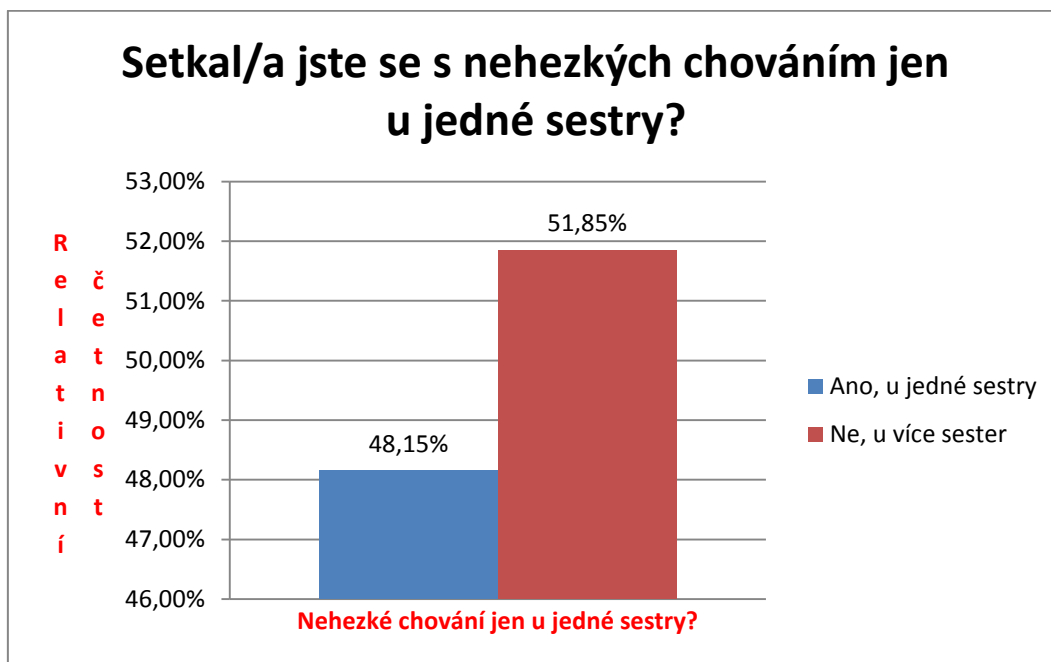


Zdroj: vlastní

Protože v položce č. 5 byla možnost výběru několika odpovědí, je za 100 %, v tomto případě považováno 262 označených odpovědí. Z grafu 6 je zřejmé, že nejčastěji se respondenti setkali s neochotou všeobecné sestry, tato odpověď byla označena 85 krát (32,44 %). 72 krát (27,48 %) respondenti vybrali arogantní chování všeobecné sestry. Situace, kdy byla sestra očividně otrávená, se v položce objevila 41 krát (15,65 %). Vynadáno od sestry dostali respondenti ve 21 případech (8,02 %). Na 19 respondentů (7,25 %) sestra křičela. 13 respondentů (4,96 %) ví, že o nich sestra nehezky mluvila. V 5 případech (1,91%) sestra nerespektovala rozhodnutí pacienta. Na 4 respondenty (1,53%) byla sestra sprostá a 2 respondentům (0,76%) všeobecná sestra lhala. Odpověď jiné neoznačil žádný respondent.

Položka č. 6 se respondentů ptá, zda se s nehezkým chováním setkali pouze u jedné sestry, či se k nim nehezky chovalo více sester.

Graf 7 Nehezké chování u jedné či více všeobecných sester



Zdroj: vlastní

Protože 82 respondentů z celkového množství 190 respondentů se s nehezkým chováním sestry nikdy nesešlo, ani nebyli svědky nehezkého chování k jinému pacientovi, je za 100 % v tomto případě považováno 108 respondentů. Graf 7 vypovídá o tom, že 56 respondentů (51,85 %) se s nehezkým chováním setkali u více sester. Svědky nehezkého chování pouze u jedné sestry bylo 52 respondentů (48,15 %).

Položka č. 7 zjišťovala, jak se respondenti cítili ve chvíli, kdy se k nim všeobecná sestra chovala nehezký. Respondenti měli možnost označit více odpovědí či odpovědět vlastními slovy.

Graf 8 Reakce respondenta na nehezké chování všeobecné sestry

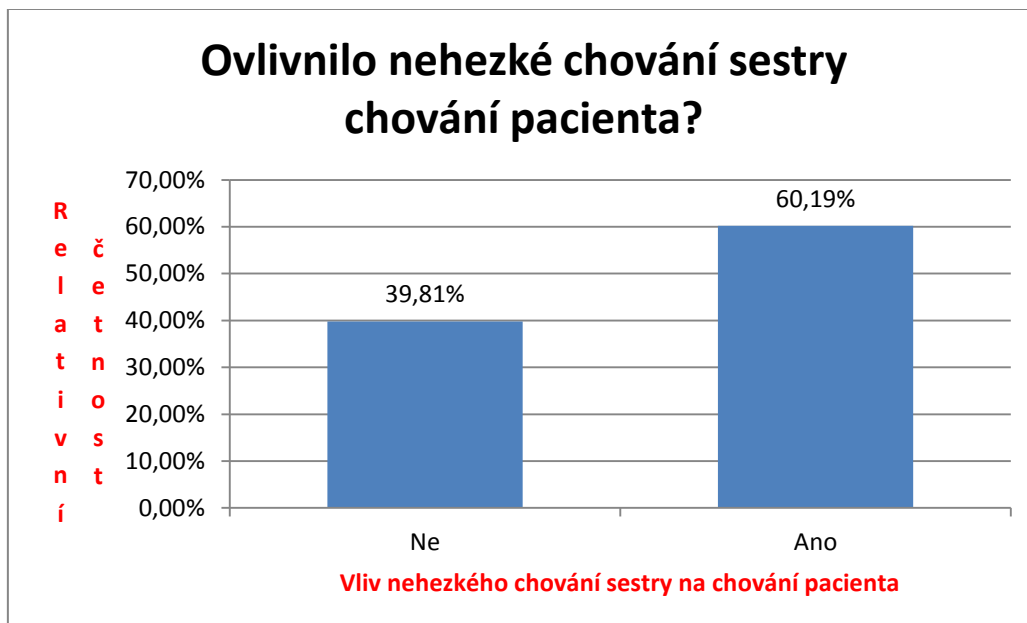


Zdroj: vlastní

Celkový počet odpovědí je 196, proto je právě číslo 196 považováno za 100 %. Z výše uvedeného grafu 8 je zřejmé, že nejčastěji nehezké chování sestry respondenta naštvalo, stalo se tak u 61 respondentů (31,12 %). 53 krát (27,04 %) respondenti uvedli, že byli šokovaní. 36 respondentů (18,37 %) ztratilo k sestře důvěru. Ve 24 případech (12,25 %) vyvolalo nehezké chování sestry v respondentovi touhu po domově. 5krát (2,55 %) respondenti uvedli, že je takové chování sestry urazilo. 4 krát (2,04 %) bylo nehezké chování sestry příčinou pocitů strachu u respondentů a 3 respondenty (1,53 %) takové chování sestry dokonce rozplakalo. 10 krát (5,10 %) byla označena odpověď jiné – respondenti v ní vypověděli, že cítili lítost.

Položka č. 8 se respondentů ptá, zda nehezké chování sestry nějak ovlivnilo jejich vlastní chování. Pokud respondenti vybrali možnost „Ano“, mohli dále označit více odpovědí či vyjádřit se vlastními slovy, jak přesně bylo jejich chování ovlivněno.

Graf 9 Vliv nehezkého chování všeobecné sestry na chování respondenta



Zdroj: vlastní

K zodpovězení otázky je nutná vlastní zkušenost s nehezkým chováním všeobecné sestry, proto je opět za 100 % považováno 108 respondentů. 65 respondentů (60,19 %) uvedlo, že nehezké chování ovlivnilo následně jejich vlastní chování. Informace o tom, jakým způsobem, ovlivnilo nehezké chování sestry chování respondenta, předkládá tabulka 3, které je uvedena níže. 43 (39,81 %) respondentů odpovědělo, že nehezké chování sestry nemělo na jejich chování žádný vliv.

Tabulka 3 Vliv nehezkého chování všeobecné sestry na chování respondenta

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nerad/a jsem s ní komunikoval/a	47	72,31%
Neposlouchal/a jsem její rady	0	0,00%
Nedělal/a jsem to, oč mě požádala	4	6,15%
Raději jsem veškeré potíže vydržela, než bych ji o něco požádala	14	21,54%
Jiné	0	0,00%
Celkem	65	100,00%

Zdroj: vlastní

V položce č. 9 respondenti vybírali dokončení věty „Sestra, která se chová nehezky“.

Graf 10 Dokončení věty „Sestra, která se chovala nehezky“

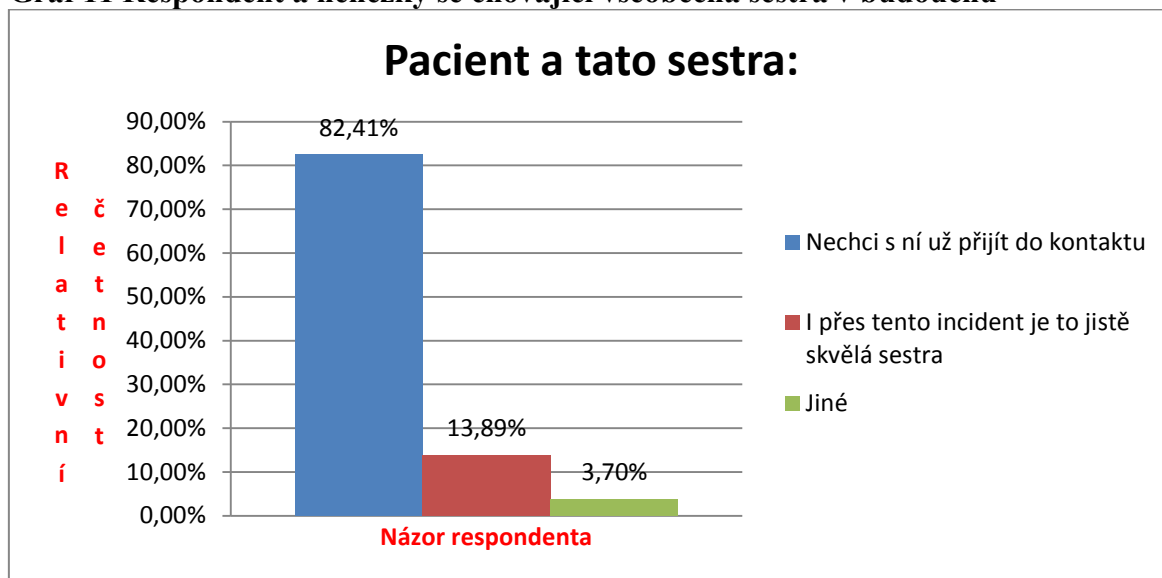


Zdroj: vlastní

Pro dokončení věty bylo opět nutné, aby se respondent s nehezkým chováním všeobecné sestry setkal, proto 100 % tvoří 108 respondentů. 66 respondentů (61,11 %) uvedlo, že sestra chovající se nehezky nemá ve zdravotnickém zařízení co dělat. 16 respondentů (14,82 %) usuzuje, že taková sestra má asi nějaké problémy. 14 respondentů (12,96 %) přikládá důvod nehezkého chování všeobecné sestry velkému množství práce. 8 respondentů (7,41 %) označilo takovou sestru jako zlou. 4 respondenti (3,70 %) měli pro sestru pochopení, jen prostě neměla náladu. Žádný respondent neoznačil odpověď „jiné“.

Položka č. 10 zjišťovala, zda se chce respondent do budoucna vyhnout kontaktu s takovou sestrou, nebo je toho názoru, že i přes nehezké chování je to skvělá sestra.

Graf 11 Respondent a nehezky se chovající všeobecná sestra v budoucnu



Zdroj: vlastní

I v tomto případě je za 100 % považováno 108 respondentů. 89 (82,41 %) z nich již nechce přijít se sestrou, která se chovala nehezky do kontaktu. 15 respondentů (13,89 %) uvedlo, že i přes incident s nehezkým chováním sestry, je tato sestra jistě skvělá. 4 respondenti (3,70 %) označili možnost „jiné“ a slovně odpověď doplnili:

„Naštěstí už ji, doufám, nevidím.“

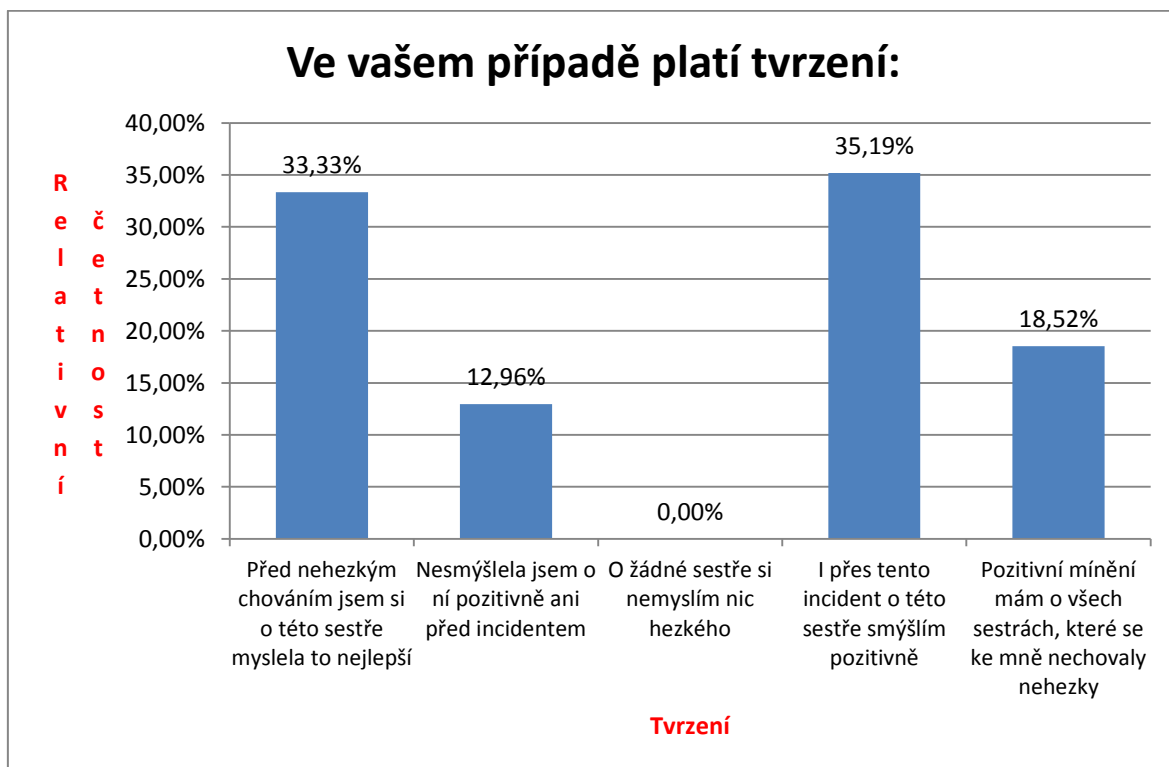
„Příště na ni budu nachystaná.“

„Dobrá sestra z ní tak jako tak nikdy nebude.“

„Doufám v její nápravu.“

V položce č. 11 respondenti vybírali, které tvrzení z nabízených platí v jejich případě.

Graf 12 Respondentův výběr tvrzení



Zdroj: vlastní

I v této položce je za 100 % považováno 108 respondentů. 38 respondentů (35,19 %) i přes nehezké chování sestry o této sestře smýšlí pouze pozitivně. 36 respondentů (33,33 %) si po nehezkém chování sestry o ní přestalo myslet jen to nejlepší. 20 respondentů (18,52 %) má pozitivní mínění o všech sestřích, které se k nim nechovaly nehezky. 14 respondentů (12,96 %) o sestře, která se k nim chovala nehezky, nesmýšlelo pozitivně ani před incidentem s nehezkým chováním. Žádný respondent neoznačil možnost, že si o žádné sestře nemyslí nic hezkého.

Položka č. 12 obsahuje 4 možnosti dokončení věty „Po nehezkém chování sestry“. Respondent se ke každému dokončení věty vyjádřil „Ano“ či „Ne“ podle toho, co platí v jeho případě.

Tabulka 4 Ano – souhlasná četnost

	Ano	
	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ztrácím chuť pracovat s celým zdravotnickým personálem	10	9,26%
Nebudu dělat to, co po mně sestry chtějí	7	6,48%
Nebudu dělat to, co po mně lékaři chtějí	0	0,00%
Už sestrám nevěřím	11	10,19%

Zdroj: vlastní

100 % je tvořeno 108 respondenty. Tabulka 4 uvádí četnost odpovědí „Ano“ na možná dokončení věty „Po nehezkém chování sestry“. Tabulka 5 informuje o četnostech odpovědí „Ne“ na možná dokončení věty „Po nehezkém chování sestry“.

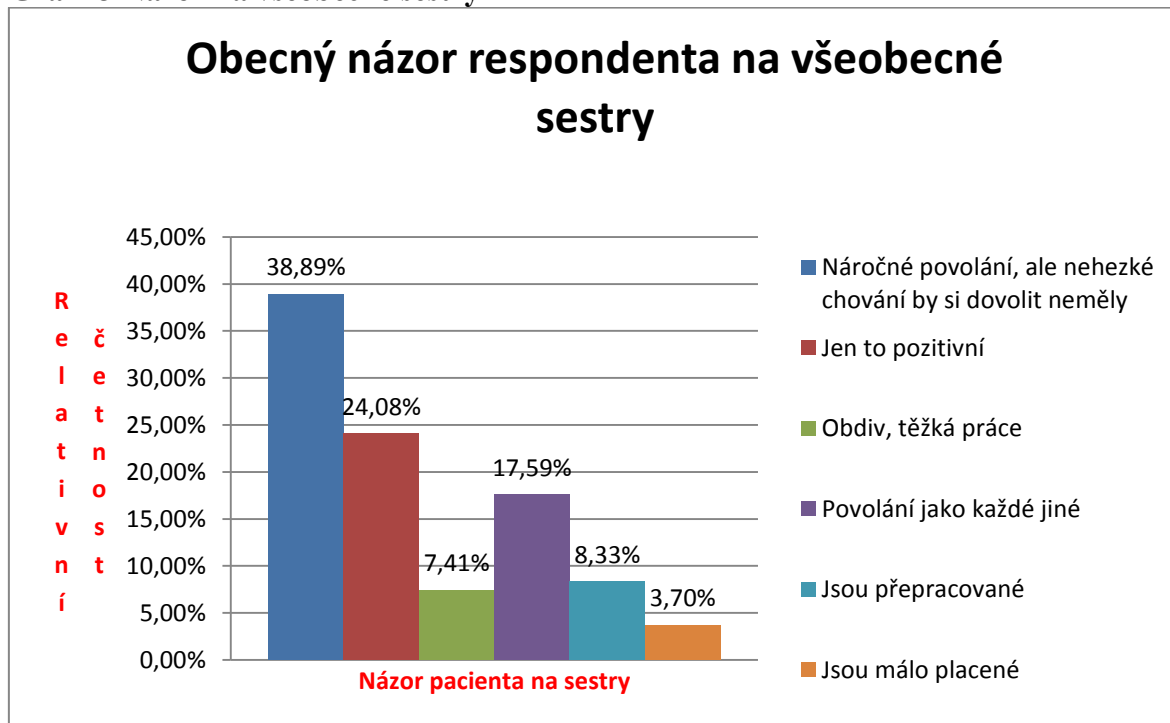
Tabulka 5 Ne – nesouhlasná četnost

	Ne	
	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ztrácím chuť pracovat s celým zdravotnickým personálem	98	90,74%
Nebudu dělat to, co po mně sestry chtějí	101	93,52%
Nebudu dělat to, co po mně lékaři chtějí	108	100,00%
Už sestrám nevěřím	97	89,81%

Zdroj: vlastní

Položka č. 13 zjišťovala obecný názor respondentů na všeobecné sestry pracující ve zdravotnickém zařízení. Respondenti se v tomto případě vyjadřovali vlastními slovy, přesto šlo tyto názory utřídit do několika skupin.

Graf 13 Názor na všeobecné sestry

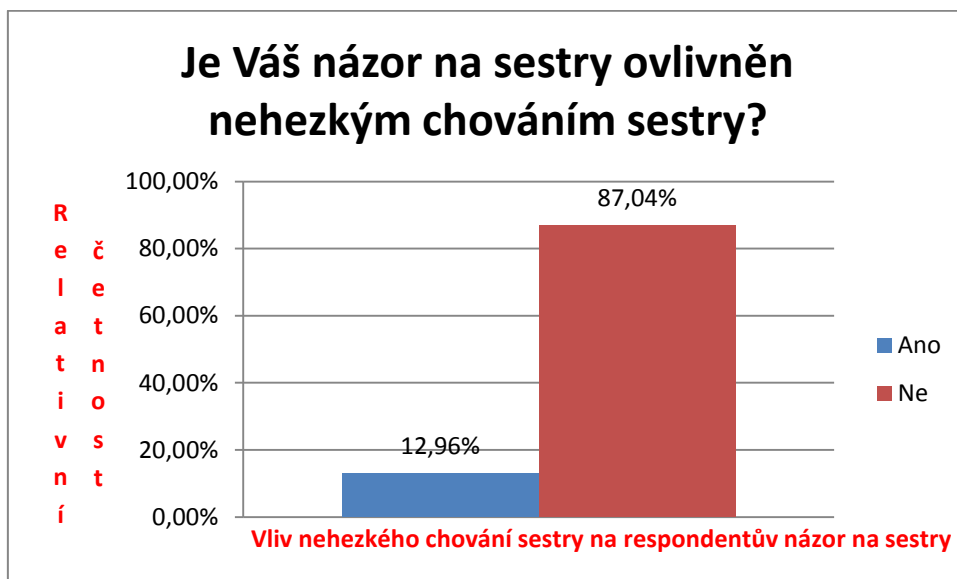


Zdroj: vlastní

Za 100% je i v tomto případě považováno 108 respondentů. 42 respondentů (38,89 %) uznává, že práce všeobecné sestry je náročným povoláním, nicméně nehezké chování by si sestry dovolit neměly. 26 respondentů (24,08 %) o všeobecných sestrách smýšlí pouze pozitivně. 19 respondentů (17,59 %) uvedlo, že je to povolání jako každé jiné. 9 respondentů (8,33 %) uvedlo, že všeobecné sestry jsou přepracované. 8 respondentů (7,41 %) projevilo obdiv k těžké práci všeobecných sester. Málo placené jsou všeobecné sestry podle 4 respondentů (3,70 %).

Položka č. 14 se respondentů dotazuje, zda je či není jejich obecný názor na všeobecné sestry ovlivněn jejich vlastní zkušeností s nehezkým chováním sestry.

Graf 14 Ovlivnění obecného názoru na všeobecné sestry

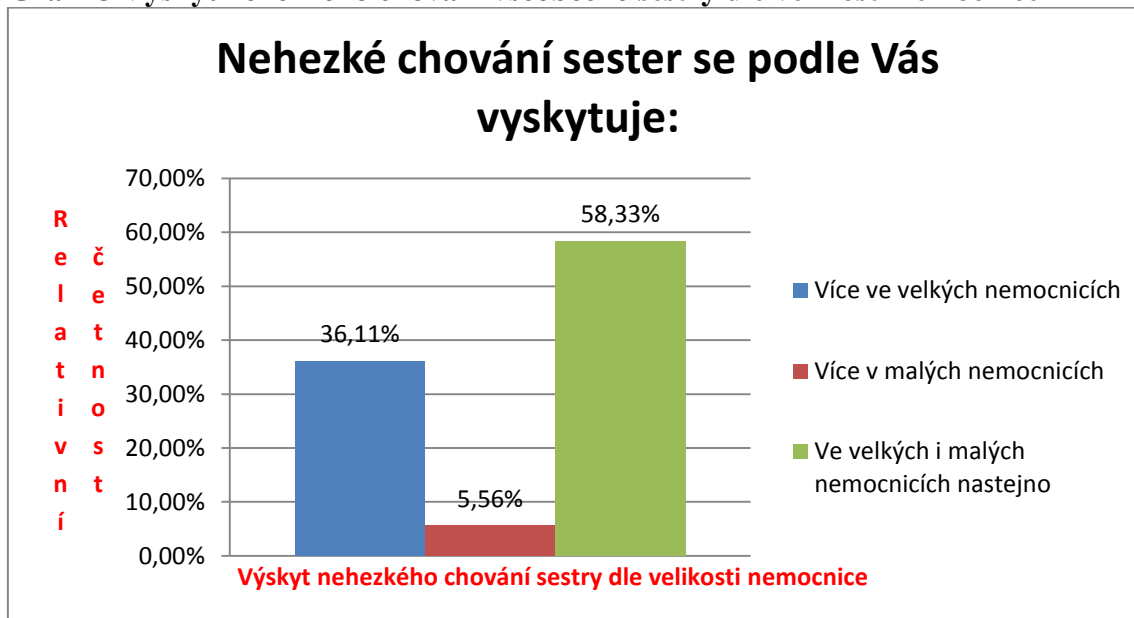


Zdroj: vlastní

I v této položce je za 100 % považováno 108 respondentů. 94 respondentů (87,04 %) uvedlo, že jejich obecný názor na všeobecné sestry není ovlivněn jejich zkušeností s nehezkým chováním sestry. 14 respondentů (12,96 %) přiznává, že na jejich názor na všeobecné sestry má vliv zkušenost s nehezkým chováním sestry.

V položce č. 15 respondenti uváděli, zda se podle nich nehezké chování sestry vyskytuje více ve velkých nebo malých nemocnicích, či velikost nemocnice nemá na výskyt nehezkého chování sestry vliv.

Graf 15 Výskyt nehezkého chování všeobecné sestry dle velikosti nemocnice



Zdroj: vlastní

Na otázku opět odpovídali respondenti, kteří se s nehezkým chováním sestry setkali, proto je za 100 % považováno 108 respondentů. 63 respondentů (58,33 %) se přiklonilo k možnosti, že nehezké chování všeobecné sestry se vyskytuje ve velkých i malých nemocnicích nastejno. 39 respondentů (36,11 %) uvedlo, že nehezké chování sestry se vyskytuje více ve velkých nemocnicích. Dle 6 respondentů (5,56 %) se nehezké chování všeobecné sestry vyskytuje více v malých nemocnicích.

Položka č. 16 zjišťovala, zda se respondenti setkali s nevhodným/nehezkým chováním u jiného zdravotnického pracovníka. Pokud respondent vybral možnost „Ano“, měl možnost vyjádřit, který zdravotnický pracovník se tak choval.

Graf 16 Nevhodné/nehezké chování jiného zdravotnického pracovníka



Zdroj: vlastní

Na tuto otázku odpovídalo všech 190 respondentů, proto je za 100 % považováno 190. 118 respondentů (62,11 %) se neseťkalo s nevhodným/nehezkým chováním jiného zdravotnického pracovníka. 72 respondentů (37,89 %) se s nevhodným/nehezkým chováním u jiného zdravotnického pracovníka setkalo. Tabulka 6 udává přehled, kteří zdravotničtí pracovníci se chovali nevhodně/nehezky. Pro zajímavost je četnost takového chování rozdělena do dvou skupin. Skupina 1 jsou respondenti, kteří se setkali s nehezkým chováním všeobecné sestry. Skupinu 2 tvoří respondenti, kteří se s nehezkým chováním sestry neseťkali.

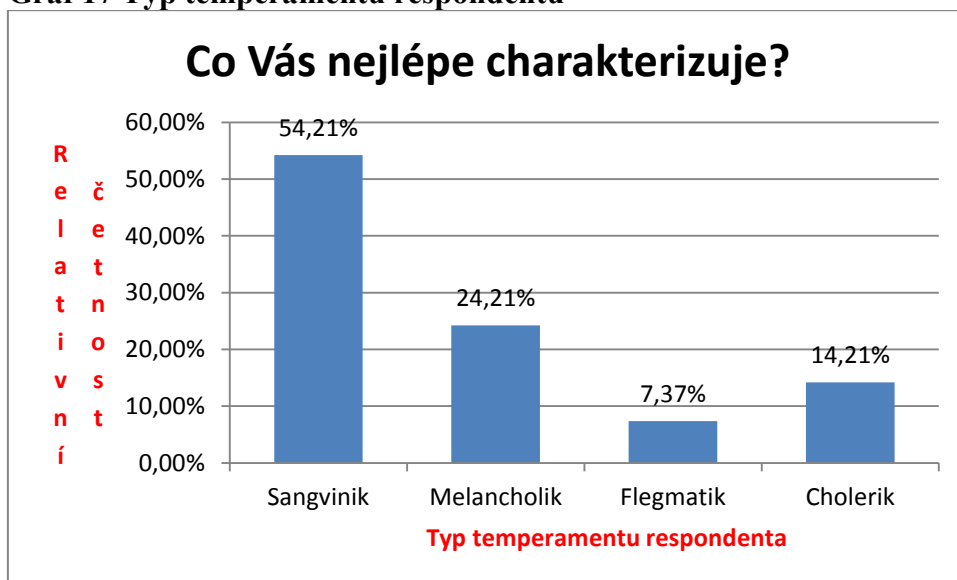
Tabulka 6 Nevhodné/nehezké chování ostatních zdravotnických pracovníků

	Lékař		Zubař	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Skupina 1	57	79,17%	0	0,00%
Skupina 2	14	19,44%	1	1,39%
Celkem	71	98,61%	1	1,39%

Zdroj: vlastní

Položka č. 17 se zaměřila na temperamentový typ respondentů.

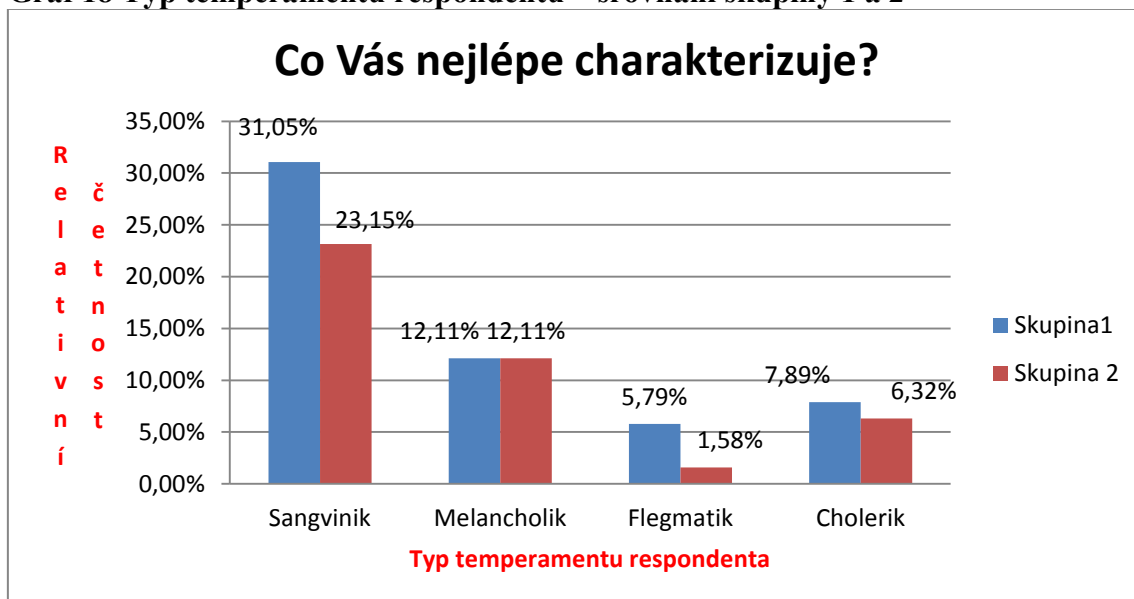
Graf 17 Typ temperamentu respondentů



Zdroj: vlastní

I na tuto otázku odpovídalo všech 190 respondentů (= 100 %). 103 respondentů (54,21 %) se označilo jako sangvinik. 46 respondentů (24,21 %) se zařadilo do melancholiků. 27 respondentů (14,21 %) jsou dle vlastního výběru cholerici a 14 respondentů (7,37 %) jsou flegmatici. Pro zajímavost je v grafu 18 uvedené srovnání typu temperamentu skupiny 1 (= respondenti, kteří se setkali s nehezkým chováním všeobecné sestry) a skupiny 2 (= respondenti, kteří se s nehezkým chováním sestry nesetkali).

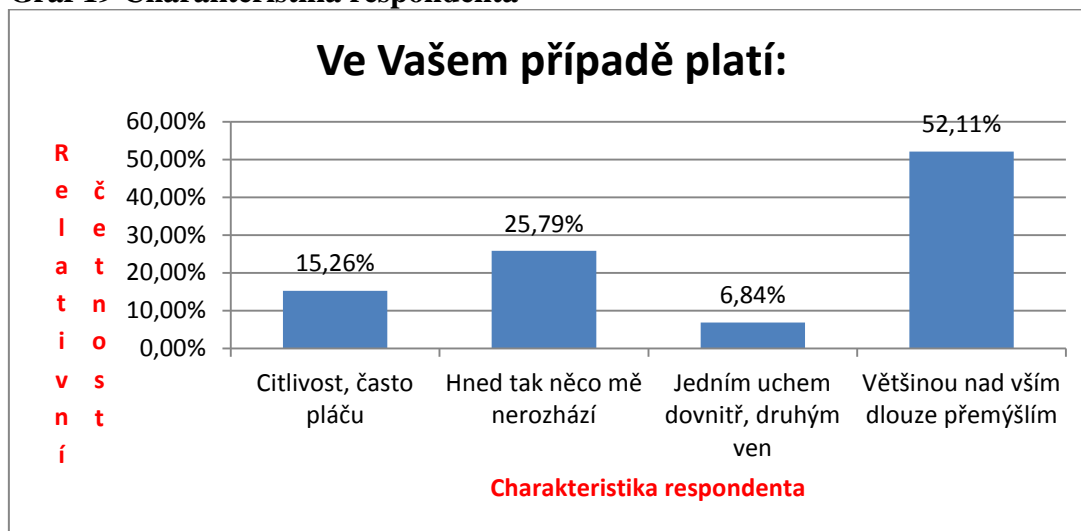
Graf 18 Typ temperamentu respondentů – srovnání skupiny 1 a 2



Zdroj: vlastní

V položce č. 18 respondenti vybírali tvrzení, které se nejvíce hodí pro jejich vlastní osobu.

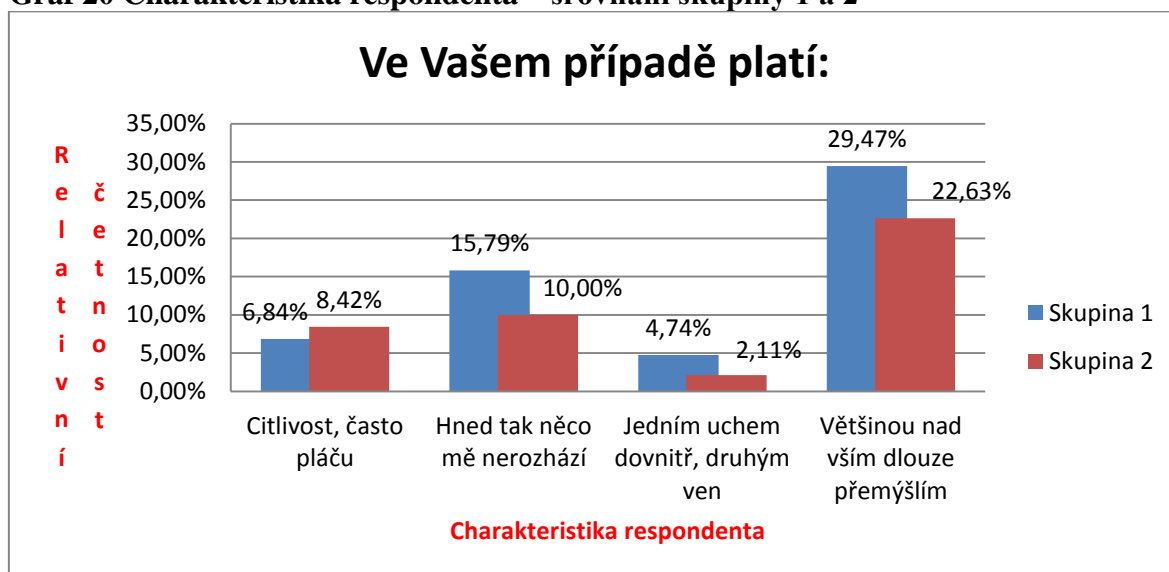
Graf 19 Charakteristika respondenta



Zdroj: vlastní

100 % tvoří 190 respondentů. Dle odpovědí nad vším dlouze přemýšlí 99 respondentů (52,11 %), 49 respondentů (25,79 %) uvedlo, že hned tak něco je nerozhází. 29 respondentů (15,26 %) je citlivých a často pláču. 13 respondentů (6,84 %) použít vše jedním uchem dovnitř a druhým ven. Pro zajímavost graf 20 uvádí srovnání charakteristik respondentů skupiny 1 (= respondenti, kteří se setkali s nehezkým chováním všeobecné sestry) a skupiny 2 (= respondenti, kteří se s nehezkým chováním sestry neseťkali).

Graf 20 Charakteristika respondenta – srovnání skupiny 1 a 2



Zdroj: vlastní

13 TESTOVÁNÍ A OVĚŘOVÁNÍ STANOVENÝCH HYPOTÉZ

Jednotlivé hypotézy byly testovány a ověřovány pomocí statistického programu SPSS. V závislosti na typu otázek v dotazníku a celkovému tematickému zaměření práce připadalo v úvahu použití Fisherova testu či Chí-kvadrát testu. Vzhledem k očekávaným četnostem však muselo být od použití Fisherova testu ustoupeno.

U níže uvedených hypotéz jsou testovány nominální proměnné. V případě, že bude zamítnuta nulová hypotéza, bude míra těsnosti závislosti zjištěna prostřednictvím F_i koeficientu, který neudává směr, proto nelze tuto míru těsnosti závislosti graficky znázornit. Proto kapitola nebude doplněna grafy.

$1H_0$ – Osobní zkušenost pacienta se sorrorigenií nemá vliv na vztah pacient – všeobecná sestra.

$1H_A$ – Osobní zkušenost pacienta se sorrorigenií má vliv na vztah pacient – všeobecná sestra.

K testování byla z dotazníku použita otázka č. 3 “Zažil/a jste někdy, že se k Vám sestra ve zdravotnickém zařízení chovala nehezky?” a otázka č. 11 “Z těchto tvrzení ve Vašem případě platí?”. V kontingenční tabulce 7 jsou uvedeny absolutní a očekávané četnosti. Z celkových 108 respondentů má osobní zkušenost se sorrorigenií celkem 93 respondentů. 49 z nich volilo v otázce č. 11 odpověď, ze které vyplývá vliv předešlé osobní zkušenosti se sorrorigenií. U 7 respondentů je rovněž vztah pacient – sestra ovlivněn, nicméně ne z důvodu osobní zkušenosti, ale pouze svědectvím nevhodného chování k druhé osobě.

Tabulka 7 Absolutní a očekávané četnosti proměnných Osobní zkušenost a Vztah pacient - sestra

		Otázka č. 11		Celkem	
		Nemá vliv	Má vliv		
Otázka č. 3 (osobní zkušenost)	Ne	Absolutní četnost	8	7	15
		Očekávaná četnost	7,2	7,8	15,0
	Ano	Absolutní četnost	44	49	93
		Očekávaná četnost	44,8	48,2	93,0
Celkem		Absolutní četnost	52	56	108
		Očekávaná četnost	52,0	56,0	108,0

Zdroj: vlastní zpracování v SPSS programu

Vzhledem k dostatečně vysoké očekávané četnosti (ani jedna z očekávaných četností není menší než hodnota 5), bude k prokázání nezávislosti použit Chí-kvadrát test (viz následující tabulka). Prostřednictvím χ^2 testu zjišťujeme nezávislost dvou kategoriálních proměnných, v tomto případě závislost mezi osobní zkušeností se sorrorigenií a proměnou Vztah pacient - sestra. P-hodnota (0,665) Pearsonova Chí-kvadrátu je vyšší než hladina významnosti α (0,05), s počtem stupňů volnosti 1, nulovou hypotézu tedy nezamítáme.

Tabulka 8 Výsledky testu nezávislosti mezi proměnnými Osobní zkušenost a Vztah pacient - sestra

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,188 ^a	1	,665		
Continuity Correction ^b	,024	1	,877		
Likelihood Ratio	,187	1	,665		
Fisher's Exact Test				,783	,438
Linear-by-Linear Association	,186	1	,666		
N of Valid Cases	108				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,22. b. Computed only for a 2x2 table

Zdroj: vlastní zpracování v SPSS programu

$2H_0$ – Pacientova zkušenost se sorrorigenií neovlivňuje jeho názor na všeobecné sestry.

$2H_A$ – Pacientova zkušenost se sorrorigenií ovlivňuje jeho názor na všeobecné sestry.

K testování této hypotézy byla použita otázka č. 3 o osobní zkušenosti se sorrorigenií a otázka č. 13, ve které respondenti uváděli svůj názor na sestry pracující ve zdravotnických zařízeních. Z kontingenční tabulky 9, ve které jsou uvedeny absolutní i očekávané četnosti, je patrné, že 39 dotázaných respondentů neovlivnila v názoru na všeobecné sestry jejich zkušenost se sorrorigenií, zatímco 54 respondentů názor na všeobecné sestry po zkušenosti se sorrorigenií změnilo. 7 dotázaných respondentů ovlivnila v názoru na všeobecné sestry zkušenost s nehezkým/nevhodným chováním sestry k jinému pacientovi.

Tabulka 9 Absolutní a očekávané četnosti proměnných Osobní zkušenost a Názor na sestry

		Otázka č. 13		Celkem	
		Neovlivňuje	Ovlivňuje		
Otázka č. 3 (osobní zkušenost)	Ne	Absolutní četnost	8	7	15
		Očekávaná četnost	6,5	8,5	15,0
	Ano	Absolutní četnost	39	54	93
		Očekávaná četnost	40,5	52,5	93,0
Celkem		Absolutní četnost	47	61	108
		Očekávaná četnost	47,0	61,0	108,0

Zdroj: vlastní zpracování v SPSS programu

Očekávané četnosti jsou dostatečně vysoké, je tedy možné použít pro test nezávislosti nepárový Chí-kvadrát test (viz následující tabulka). Prostřednictvím χ^2 testu zjišťujeme nezávislost dvou kategoriálních proměnných, v tomto případě závislost mezi osobní zkušeností se sorrorigenií a názorem na všeobecné sestry. P-hodnota (0,409) Pearsonova Chí-kvadrátu je vyšší než hladina významnosti α (0,05), s počtem stupňů volnosti 1 nulovou hypotézu tedy nezamítáme.

Tabulka 10 Výsledky testu nezávislosti mezi proměnnými Osobní zkušenost a Názor na sestry

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,683 ^a	1	,409		
Continuity Correction ^b	,298	1	,585		
Likelihood Ratio	,677	1	,411		
Fisher's Exact Test				,418	,291
Linear-by-Linear Association	,676	1	,411		
N of Valid Cases	108				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,53. b. Computed only for a 2x2 table

Zdroj: vlastní zpracování v SPSS programu

3H₀ – Zkušenost se sororigenií nemění postoj pacienta k jeho další léčbě.

3H_A – Zkušenost se sororigenií mění postoj pacienta k jeho další léčbě.

K testování třetí hypotézy byla použita otázka č. 3 a otázka č. 8, která zjišťovala, zda a pokud ano, jak ovlivnila zkušenost se sororigenií respondentův postoj k další léčbě. Jak je patrné z kontingenční tabulky 11, postoj k další léčbě ovlivnila osobní zkušenost se sororigenií 60 respondentů, zatímco 33 respondentů se v následující léčbě zachovalo stejně, jako kdyby tuto zkušenost neměli. Jednu třetinu respondentů, kteří byli pouhými svědky nevhodného chování sestry k jinému pacientovi, tato zkušenost ovlivnila.

Tabulka 11 Absolutní a očekávané četnosti proměnných Osobní zkušenost a Postoj k léčbě

		Otázka č. 8		Celkem	
		Neovlivnilo	Ovlivnilo		
Otázka č. 3 (osobní zkušenost)	Ne	Absolutní četnost	10	5	15
		Očekávaná četnost	6,0	9,0	15,0
	Ano	Absolutní četnost	33	60	93
		Očekávaná četnost	37,0	56,0	93,0
Celkem		Absolutní četnost	43	65	108
		Očekávaná četnost	43,0	65,0	108,0

Zdroj: vlastní zpracování v programu SPSS

V tomto případě budeme prostřednictvím χ^2 testu zjišťovat závislost mezi osobní zkušeností se sororigenií a postojem pacienta k další léčbě. P-hodnota (0,022) Pearsonova Chí-kvadrátu je nižší než hladina významnosti α (0,05), nulovou hypotézu tedy zamítáme.

χ^2 testem byla na hladině významnosti $\alpha=0,05$ s počtem stupňů volnosti 1 prokázána závislost mezi těmito dvěma proměnnými.

Tabulka 12 Výsledky testu nezávislosti mezi proměnnými Osobní zkušenost a Postoj k léčbě

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5,241 ^a	1	,022		
Continuity Correction ^b	4,021	1	,045		
Likelihood Ratio	5,139	1	,023		
Fisher's Exact Test				,044	,023
Linear-by-Linear Association	5,193	1	,023		
N of Valid Cases	108				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,97. b. Computed only for a 2x2 table

Zdroj: vlastní zpracování v SPSS programu

Míra intenzity (viz tabulka 13) zjištěné závislosti byla prokázána pomocí koeficientu F_i ($\phi = 0,220$), který v tomto případě vyjadřuje slabou závislost proměnných.

Tabulka 13 Výsledky míry závislosti mezi proměnnými Osobní zkušenost a Postoj k léčbě

Symmetric Measures			
		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,220	,022
	Cramer's V	,220	,022
N of Valid Cases		108	

Zdroj: vlastní zpracování v SPSS programu

Pomocí výpočtu relativního rizika (viz tabulka 14) je možné odhadnout, že pokud bude mít respondent osobní zkušenost se srororigenií, je téměř dvakrát větší pravděpodobnost, že tím bude ovlivněn jeho postoj k další léčbě, než kdyby se se srororigenií nsetkal.

Tabulka 14 Relativní riziko proměnných Osobní zkušenost a Postoj k léčbě

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Ot č. 3 (ano / ne)	3,636	1,146	11,536
For cohort Ot č. 8 = ano	1,935	,931	4,022
For cohort Ot č. 8 = ne	,532	,339	,835
N of Valid Cases	108		

Zdroj: vlastní zpracování v SPSS programu

14 DISKUZE

Hlavním cíle práce bylo zmapovat vnímání sorrorigenie z pohledu pacienta. Protože se jedná o velice široký pojem, po odborných konzultacích jsme se přiklonily k zúžení tématu na řešení psychické sorrorigenie. Pomocí dotazníkového šetření, kterého se zúčastnilo celkem 190 respondentů, jsme zjišťovaly, jestli má osobní zkušenost pacienta se sorrorigenií vliv na vztah pacient - sestra. Dále jsme zkoumaly, zda tato zkušenost ovlivnila obecný názor respondenta na všeobecné sestry. Jako neméně důležité jsme považovaly i ověření, zda zkušenost se sorrorigenií změnila postoj pacienta k jeho další léčbě.

Aby bylo možné uvedených cílů dosáhnout, stanovily jsme si celkem tři hypotézy, přičemž každá z hypotéz se dělila na nulovou a alternativní.

První dvě otázky v dotazníku zjišťují demografické údaje – pohlaví a věk. Z výsledků vyplývá, že výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 119 (62,63 %) žen a 61 (37,37 %) mužů. Dále je zřejmé, že nejvíce respondentů se nachází ve věkovém rozmezí 20 – 29 let, ihned poté je nejpočetnější věkovou skupinou rozmezí 40 – 49 let a třetí nejpočetnější věkovou kategorií je 60 – 69 let. V těchto třech kategoriích se nachází celkem 112 respondentů (58,95 %).

Další čtyři otázky zjišťovaly, zda se k respondentovi někdy zdravotní sestra chovala nehezky/nevhodně (případně kolikrát), či zda byl svědkem, že by se všeobecná sestra chovala nehezky/nevhodně k jinému pacientovi. Respondent, který se s takovým setkáním setkal, či byl jeho svědkem, dále odpovídal na otázku, u kolika sester se takové chování objevilo. Zjišťováno bylo i konkrétní chování sestry, které respondent označil za nehezké/nevhodné.

Z šetření vyplynulo, že celkem 108 respondentů (56,84 %) se s nehezkým/nevhodným chováním sestry setkalo. A to, ať už se všeobecná sestra chovala nehezky přímo k nim, či se tak chovala k jinému pacientovi. Z toho 56 respondentů (51,85 %) má zkušenost s takovým chováním u jediné sestry, zatímco znepokojujících 52 respondentů (48,15 %) si tohoto chování všimla u několika sester. Jako nejčastější nehezké/nevhodné chování všeobecné sestry k pacientovi, byla označená

neochota, arogance a očividná otrávenost sestry. Tyto možnosti byly označeny celkem 198 krát (75,57 % z celkového počtu označených odpovědí).

Podle Vondráčka a Dvořákové (2008) si pacienti stěžují na chování a jednání sester související s porušením povinné mlčenlivosti, na situace, kdy byla sestra nepříjemná a chyběla jí ochota. Výjimkou nejsou ale ani stížnosti na sestry, které se chovaly arogantně nebo byly protivné. (2)

Je tedy zřejmé, že výsledky našeho výzkumného šetření se shodují s fakty publikovanými Vondráčkem a Dvořákovou.

Z výsledků otázky 16, která je zařazena v poslední třetině dotazníku, vyplývá, že 72 respondentů (37,89 % z celkového počtu 190 respondentů), se setkala s nevhodným chováním u jiného zdravotnického pracovníka, než je sestra. V 71 případech (98,61 %), byl tím pracovníkem lékař. To bohužel znamená, že dle respondentů se častěji nehezky/nevhodně, k pacientovi chová všeobecná sestra a ne lékař. Předpokládáme, že příčina uvedeného výsledku je prostá. Vždyť všeobecné sestry s pacientem tráví mnohem více času než lékaři, je tak větší pravděpodobnost, že se pacient setká s nevhodným chováním sestry.

Plevová a Slowik (2008) označují sestru dokonce jako strážkyni pacienta. Zdůrazňují jejich vzájemný úzký kontakt. Připomínají, že výjimkou není plná závislost pacienta na sestře, ale i pacientům nezávislým pomáhají saturovat jejich potřeby. Sestra nezřídka představuje i jedinou společenskou složku pacientova bytí ve zdravotnickém zařízení. (47)

Otázky č. 17 a 18 zjišťovaly temperament a charakteristiku respondentů. Předpokládaly jsme odlišné výsledky u respondentů, kteří se srororigenií setkali (skupina 1) – ať už v souvislosti se svojí osobou či jiným pacientem a těmi, kteří se srororigenií nikdy nesečkali (skupina 2). Chtěly jsme tímto poukázat na případnou souvislost člověka citlivého a plačtivého na vnímání nehezkého/nevhodného chování všeobecné sestry. Z výsledků však vyplývá, že nejčastěji se respondenti v obou skupinách označili jako sangvinici, tedy lidé, kteří jsou přizpůsobiví, emočně vyrovnaní, vesele ladění a optimističtí. Většina respondentů obou skupin dle svých odpovědí dále uvedla, že obvykle nad vším dlouze přemýšlí. Protože se však nejčastěji volené odpovědi v obou

skupinách nelišily, nelze tak ani uvažovat o vlivu temperamentu a charakteristiky respondenta na vnímání nehezkého/nevhodného chování všeobecné sestry.

Položky č. 19 a 20 jsou řazené na úplný závěr dotazníku. Jsou to spíše položky doplňkové, kde respondenti popisují situaci, kdy se setkali s nehezkým/nevhodným chováním všeobecné sestry a následně mají možnost se podělit o zkušenost se všeobecnou sestrou, která se k nim naopak chovala hezky a rádi na ni vzpomínají. Odpovědi na tyto položky nebyly nijak hodnocené. Vybrané odpovědi jsou obsaženy v příloze č. 2 a 3. Především nad odpověďmi uvedenými v příloze č. 2, bychom se měli přinejmenším zamyslet.

Střední část dotazníku se již vztahuje k jednotlivým hypotézám a souvisejícím cílům práce.

14.1 Analýza dílčího cíle č. 1

Analýza dosažení dílčího cíle „Zjistit, jestli má osobní zkušenost pacienta se srororigenií vliv na vztah pacient-sestra“. S uvedeným cílem souvisí hypotéza č. 1:

H_0 – Osobní zkušenost pacienta se srororigenií nemá vliv na vztah pacient – sestra.

H_A – Osobní zkušenost pacienta se srororigenií má vliv na vztah pacient – sestra.

K dané hypotéze se v dotazníku vztahovaly otázky č. 7, 9, 10, 11 a pouze doplňkově otázka č. 15. Za stěžejní otázku jsme vybraly č. 11, která zjišťuje, jak přistupuje respondent ke všeobecné sestře či sestřám poté, co se k němu/jinému pacientovi, chovala sestra nehezky/nevhodně. Za osobní zkušenost je tedy považována i situace, kdy byl respondent svědkem nehezkého/nevhodného chování sestry k jinému pacientovi. Z grafu 12 vyplývá, že u 58 respondentů (53,70 %) ze 108 odpovídajících se projevilo určité ovlivnění vztahu pacient-sestra, neboť respondent po nehezkém chování sestry tuto sestru začal vnímat jinak. Překvapivě však statistickým testem bylo zjištěno, že nulovou hypotézu nezamítáme, tudíž osobní zkušenost pacienta se srororigenií nemá vliv na vztah pacient - sestra.

V souvislosti s nepřijetím alternativní hypotézy se nám jeví výsledky souvisejících otázek jako velmi zajímavé. Z údajů zjištěných otázkou č. 10 je zřejmé, že 89 dotazovaných (82,41 %) z celkového počtu 108 odpovídajících na tuto položku, již nechce

přijít se sestrou, která se chovala nehezky do kontaktu. Důvod jejich odpovědí nám pravděpodobně prozradily odpovědi na otázku č. 7, neboť nehezky/nevhodné chování sestry nejčastěji naštvalo či šokovalo. Tyto dvě odpovědi byly označeny 114 krát, to je 58,16 % všech odpovědí.

Třetím nejčastějším následkem takového chování byla bohužel ztráta důvěry ke všeobecné sestře. Stalo se tak u 36 respondentů. (18,37 %). Tento výsledek považujeme za závažný. Důraz na důvěru klade i Pensdorfová (2006), která říká, že: “Důvěra pacientů ke zdravotnickému personálu je předpokladem kvalitních vztahů i úspěchů v léčbě.” (48, s. 169) Podle ní je nezbytná snaha nejen o počáteční navázání důvěrného vztahu, ale i snaha o udržení této důvěry. V rámci navázání a udržení důvěrného vztahu mezi pacientem a zdravotnickým personálem doporučuje respektování celé osobnosti pacienta. (48)

Podle Verešové (2007) je nezbytnou podmínkou důvěrného vztahu mezi pacientem a sestrou „autentičnost sestry, empatie a nepodmíněná akceptace pacienta“. (49, s. 261)

Z výsledků výzkumného šetření dále vyplynulo, že 3 dotazovaní se v důsledku nehezky chování sestry dokonce rozplakali. I když se tak stalo pouze v 1,53 % respondentů, opravdu je to málo? Takové situace by se podle nás neměly stávat nikdy.

Respondenti, kteří se se srororigenií setkali, se shodují, že takováto sestra by neměla nadále pracovat ve zdravotnickém zařízení. Tato odpověď byla v otázce č. 9 označena 66 respondenty (61,11 %). A jen 4 respondenti (3,70 %) projeví pochopení pro nehezky chování sestry.

Otázka č. 15 zjišťovala, kde respondent očekává častěji nehezky chování sester. V malých, či velkých nemocnicích? 63 respondentů (58,33 %) považuje riziko nehezky chování sestry v malé a velké nemocnici za vyrovnané. 39 respondentů (36,11 %) se však domnívá, že větší hrozbou jsou v tomto případě sestry ve velkých nemocnicích. Vidíme tak alespoň náznak vlivu na vztah pacient - sestra u sester pracujících ve velké nemocnici, samozřejmě bez statistického ověření.

14.2 Analýza dílčího cíle č. 2

Analýza dosažení dílčího cíle „Zjistit, zda zkušenost se sorrorigenií ovlivnila obecný názor respondenta na všeobecné sestry“. S uvedeným cílem souvisí hypotéza č. 2:

$2H_0$ – Pacientova zkušenost se sorrorigenií neovlivňuje jeho názor na všeobecné sestry.

$2H_A$ – Pacientova zkušenost se sorrorigenií ovlivňuje jeho názor na všeobecné sestry.

K hypotéze se vztahují otázky č. 13 a 14. Pro statistický test byla vybrána otázka č. 13, která zjišťovala obecný názor respondentů na všeobecné sestry. Odpovědi respondentů byly rozděleny do šesti skupin a tyto skupiny jsme roztřídily do dvou kategorií, aby bylo možné pomocí Chí-kvadrát testu hypotézu posoudit. Na první pohled by se mohlo zdát, že existuje vliv nehezkého chování sestry na obecný názor respondenta. Vždyť 42 respondentů připouští, že sesterské povolání je náročné, nicméně klade důraz na fakt, že takové chování by si opravdu sestry dovolit neměly. 19 respondentů je dále přesvědčeno o tom, že je to jen povolání jako každé jiné, nejedná se tedy o povolání ničím výjimečné. To je celkem 61 respondentů s negativně míněným názorem na všeobecné sestry oproti 47 respondentům, kteří uvádí pozitivně namířené názory. Nicméně po použití Chí-kvadrát vzorce, nulovou hypotézu nezamítáme. Zkušenost pacienta se sorrorigenií neovlivňuje jeho názor na všeobecné sestry.

Položka č. 14 se respondentů dotazuje přímo, zda je jejich názor ovlivněn zkušeností s nehezkým/nevhodným chováním sestry. V tomto případě výsledky potvrzují statistické zpracování. 94 respondentů (87,04 %) ze 108 odpovídajících totiž zamítlo možnost ovlivnění jejich obecného názoru na všeobecné sestry zkušeností s nehezkým chováním sestry.

Zacharová a Gulášová (2010) ve své práci představily dvojí zcela odlišné pojetí image sester. Doménou prvního pojetí je především empatie, obětavost a ochota se rozdat. Oproti tomu stojí pojetí, které je charakterizované zejména vědomostmi, zodpovědností a rozumová rozhodnutí. Cílem sester by tak měla být snaha o ideální image, která by byla vyváženým propojením obou pojetí. Jednoduše bychom poté mohly takovou image označit jako sestra-profesionálka. (50, s. 25)

14.2 Analýza dílčího cíle č. 3

Analýza dosažení dílčího cíle „Zjistit, zda zkušenost se sorrorigenií změnila postoj pacienta k jeho další léčbě“. S uvedeným cílem souvisí hypotéza č. 3:

3H₀ – Zkušenost se sorrorigenií nemění postoj pacienta k jeho další léčbě.

3H_A – Zkušenost se sorrorigenií mění postoj pacienta k jeho další léčbě.

K hypotéze náleží otázky č. 8 a 12. Ke statistickému zpracování byla vybrána otázka č. 8. Respondentů se tázala, zda nehezké chování všeobecné sestry následně ovlivnilo jejich vlastní chování. Pokud respondenti odpověděli „Ano“, uváděli i jak konkrétně bylo jejich chování ovlivněno. 65 respondentů (60,19 %) uvedlo, že se skutečně projevil vliv nehezkého chování na jejich vlastní a to nejčastěji (47 krát) tak, že se sestrou komunikovali jen neradi. 14 krát byla dokonce označena odpověď, kde respondent přiznal, že raději veškeré potíže vydržel, než aby sestru, která se chovala nehezky/nevhodně, o něco požádal. 4 respondenti reagovali na nehezké chování sestry tak, že nedělali, oč je sestra požádala – např. aby se šli osprchovat apod. Po použití Chí-kvadrát testu bylo zjištěno, že v tomto případě nulovou hypotézu zamítáme a přijímáme tak alternativní. Zkušenost se sorrorigenií mění postoj pacienta k jeho další léčbě. Při statistickém hodnocení hypotézy byla prokázána slabá závislost proměnných a pomocí výpočtu relativního rizika byla zjištěna téměř dvakrát větší pravděpodobnost ovlivnění postoje pacienta k jeho další léčbě, než kdyby se sorrorigenií nesetkal.

Otázka č. 12 zjišťuje, zda je po setkání s nehezkým chováním sestry narušena spolupráce na léčebném režimu s celým zdravotnickým personálem, nejen ve vztahu k sestře, která se chovala nehezky/nevhodně. Z tabulek 4 a 5 zřetelně vyplývá, že u naprosté převahy respondentů nedošlo ke ztrátě chuti pracovat s celým zdravotnickým personálem, ani ke ztrátě důvěry k sestrám obecně a současně nepřipadala v úvahu možnost, že by poté záměrně nedělali to, co po nich sestry či lékaři žádají. Přesto 11 respondentů (10,19 %) ze 108 odpovídajících uvedlo, že sestrám již nevěří, pokládáme tento výsledek za alarmující, neboť bez důvěry nelze navázat optimálně fungující vztah pacient - sestra s cílem zachovat či navrátit zdraví.

Z výše uvedeného soudíme, že zkušenost se sorrorigenií mění postoj pacienta k jeho další léčbě, ale jen ve vztahu k sestře, která se chovala nehezky/nevhodně.

Jarošová, Tomášková a Papastavrou (2010) uskutečnily studii, ve které zjišťovaly, co vnímají během procesu pečování o pacienta jako nejdůležitější sestry a co pacienti. Výsledky jsou velice zajímavé. Zatímco sestry vnímaly jako hlavní součást svého pracovního chování snižování či odstraňování intenzity příznaků nemoci, pacienti překvapivě zvolili instrumentální dovednosti sester. (51, s. 281)

„Za nejméně důležité považovaly obě skupiny trávení času s pacientem a zapojení pacienta do plánování jeho péče.“ (51, s. 282)

Domníváme se tedy, že pro respondenty výše zmíněné studie jsou důležitější vědomosti a dovednosti sester než chování a jednání sester k pacientovi.

ZÁVĚR

Diplomová práce je zaměřená na psychickou sorrorigenii. Aktuálnost tématu je dána zvyšujícím se počtem stížností na chování a jednání sester. Hlavním cílem práce proto bylo zmapovat vnímání sorrorigenie z pohledu pacienta.

V teoretické části práce jsou shromážděné základní informace o sorrorigenii, především jsou uvedeny klasifikace možných pochybení a řešení nežádoucích událostí. Protože se téma zabývá psychickým poškozením pacienta sestrou, bylo důležité věnovat se problematice vlivu nemoci na pacienta, vztahu pacient-sestra, komunikaci a také ošetřovatelské etice. Vzhledem k tomu, že nehezky se lidé chovají především v případě, kdy se oni sami necítí příliš dobře, první část práce je ukončena kapitolou o psychohygieně všeobecné sestry.

V praktické části jsme se věnovaly kvantitativnímu výzkumnému šetření. Pomocí dotazníkového šetření jsme se snažily dosáhnout cílů práce. Stanovily jsme si celkem 3 hypotézy, přičemž každá měla svou nulovou a alternativní verzi. Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že i když se více než polovina respondentů setkala se sorrorigenií a má s ní tak osobní zkušenost, neměl tento zážitek vliv na vztah pacient - sestra, ani na obecný názor na všeobecné sestry. Závažným zjištěním je však skutečnost, že poškození pacienta sestrou ovlivňuje postoj pacienta k jeho další léčbě.

Velmi znepokojující je i další výsledek výzkumného šetření, který vypovídá, že více než polovina respondentů se u všeobecné sestry setkala s chováním arogantním, neochotným a očividně otráveným. U respondentů takové chování vyvolalo naštvání, šok a následnou ztrátu důvěry. V nadpoloviční většině se shodli na tom, že taková sestra nemá ve zdravotnickém zařízení co dělat.

Do budoucna by jistě bylo vhodné uskutečnit výzkumné šetření, které by se zaměřilo na psychickou sorrorigenii z pohledu samotných všeobecných sester. Přínosné by bylo zjistit především, zda se u samotné odpovídající sestry či její kolegyně objevilo sorrorigenní chování a jakou vidí příčinu takového chování a jednání k pacientům.

Doporučení pro praxi: uspořádání semináře, který by se věnoval vlivu nemoci na pacienta, vztahu pacient - sestra, komunikaci a psychohygieně všeobecné sestry. Sestry by tak získaly ucelené informace o tom, jak se může změnit pacientovo vnímání a myšlenkové pochody v době příchodu nemoci; seznámily by se s hlavními atributy vztahu

pacient - sestra a zásadami efektivní komunikace u jednotlivých typů pacientů. Byla by jim připomenuta důležitost psychické hygieny a možnosti relaxace.

Seminář by byl realizován za účelem snížení rizika srororigenního chování u všeobecných sester.

K prokázání přínosu semináře by byl na jeho začátku účastníkům zadán anonymní vědomostní dotazník o tématice, která by se následně na semináři přednášela, a o vyplnění stejného dotazníku by byli účastníci požádáni po jeho skončení.

SEZNAM ZDROJŮ

1. BÁRTLOVÁ, Sylva. Profese sestry, profesionalizace a elitářství v ošetrovatelství ze sociologického pohledu. *Kontakt*, 2007, 9(2), 254-258, ISSN 1212-4117.
2. DVOŘÁKOVÁ, Vladimíra a VONDRÁČEK, Lubomír. Stížnosti v ošetrovatelské péči. *Florence*, 2008, 4(1-12), 168, ISSN 1801-464X.
3. MAREŠ, Jiří. *Iatropatogenie a sororigenie, aneb, Jak lze poškozovat člověka. 2.*, rozš. a přeprac. vyd. Praha: Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Ústav sociálního lékařství, 2002, 59 s. ISBN 80-867-2300-3
4. ŠKRLA, Petr. *Především neublížit: cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči.* 1. vyd. Brno: NCONZO, 2005, 162 s. ISBN 80-701-3419-4.
5. RYDLO, Martin. Současné trendy ve vyšetřování nežádoucích příhod ve zdravotnictví. *Kontakt*, 2007, 9(2), 296-303, ISSN 1212-4117.
6. ZACHAROVÁ, Eva, ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka a LITTVÁ Vladimír. *Aplikovaná psychologie ve zdravotnické praxi: vybrané kapitoly.* 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta, 2010, 224 s. ISBN 978-80-7368-703-8.
7. VOKURKA, Martin a HUGO, Jan. *Praktický slovník medicíny: 4000 lékařských termínů se srozumitelným výkladem.* Praha: Maxdorf, 1994. 360 s. ISBN 80-85800-06-3.
8. ZACHAROVÁ, Eva, HERMANOVÁ, Miroslava a ŠRÁMKOVÁ, Jaroslava. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení.* Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 229 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2068-5.
9. KELNAROVÁ, Jarmila a MATĚJKOVÁ, Eva. *Psychologie 2.díl: Pro studenty zdravotnických oborů.* 1. vyd. Praha: Grada, 2014, 120 s. ISBN 978-80-247-3600-6.
10. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci.* Vyd. 1. Praha: Grada, 2002. 198 s. Psyché. ISBN 80-247-0179-0.
11. MORSCHITZKY, Hans a SATOR, Sigrid. *Když duše mluví řečí těla: stručný přehled psychosomatiky.* Vyd. 1. Praha: Portál, 2007. 181 s. Spektrum. ISBN 978-80-7367-218-8.
12. KRZEMIENŇOVÁ, Antonie. *Síla myšlenky IV.: emoci k nemoci.* 1. vyd. Praha: ESP, 2012, 170 s. ISBN 978-80-260-2841-3.

13. FALEIDE, Asbjørn O., LIAN, Lilleba B. a FALEIDE, Eyolf Klæboe. *Vliv psychiky na zdraví: soudobá psychosomatika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. 240 s. Psyché. ISBN 978-80-247-2864-3.
14. KELNAROVÁ, Jarmila a MATĚJKOVÁ, Eva. *Psychologie a komunikace: pro zdravotnické asistenty 4. ročník*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 135 s. Sestra. ISBN 978-802-4728-315.
15. VENGLÁŘOVÁ, Martina a MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. 144 s. Sestra. ISBN 80-247-1262-8.
16. KŘIVOHLAVÝ, Jaro a PEČENKOVÁ, Jaroslava. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2004. 78 s. ISBN 80-247-0784-5.
17. BEDRNOVÁ, Eva a kol. *Duševní hygiena a sebeřízení: pro vysokoškoláky a mladé manažery*. 1. vyd. Praha: Fortuna, 1999. 157 s. ISBN 80-7168-681-6.
18. VLČEK, Václav. *Psychologie a doteková povolání: [učebnice obchodní psychologie]*. 2. vyd. Olomouc: Poznání, 2006. 203 s. ISBN 80-86606-52-X.
19. ŠPATENKOVÁ, Naděžda a KRÁLOVÁ, Jaroslava. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.
20. POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 158 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3271-8.
21. JANÁČKOVÁ, Laura a WEISS, Petr. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008. 134 s. ISBN 978-80-7367-477-9.
22. HARTLEY, Mary. *Řeč těla v praxi: teorie, cvičení a modelové situace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2004. 103 s. ISBN 80-7178-844-9.
23. TEGZE, Oldřich. *Neverbální komunikace*. Vyd. 1. Praha: Computer Press, 2003. ix, 482 s. Praxe manažera. Business books. ISBN 80-251-0183-5.
24. SKOPALOVÁ, Jitka. *Vybrané kapitoly ze zdravotnické etiky*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014, 60 s. ISBN 978-80-244-4083-5.
25. PLAŇAVA, Ivo. *Průvodce mezilidskou komunikací: přístupy - dovednosti - poruchy*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2005. 146 s. Psyché. ISBN 80-247-0858-2.
26. ANDRYSEK, Oskar et al. *Mluv se mnou: kniha o vzájemné komunikaci pacientů, jejich blízkých, lékařů a sester*. Praha: Maxdorf, 2011. 147 s. ISBN 978-80-7345-257-5.

27. VENGLÁŘOVÁ, Martina a kol. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 184 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3174-2.
28. *Vybrané kapitoly z psychologie pro každého*. Vyd. 1. Editor Ilona Gillernová, Jiří Šípek. Zvole: 24U, 2013, 207 s. ISBN 978-80-87893-00-5.
29. BÁRTLOVÁ, Sylva, CHLOUBOVÁ, Ivana a TREŠLOVÁ, Marie. *Vztah sestra - lékař*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. 127 s. ISBN 978-80-7013-526-6.
30. HEŘMANOVÁ, Jana et al. *Etika v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 200 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3469-9.
31. MUNZAROVÁ, Marta. *Zdravotnická etika od A do Z*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005. 153 s. ISBN 80-247-1024-2.
32. Etický kodex ICN: Etický kodex vypracovaný mezinárodní radou sester. In: *Česká asociace sester: ČAS* [online]. 6/2012 [cit. 2015-03-17]. Dostupné z: http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn_2012.pdf
33. PTÁČEK, Radek a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011. 528 s. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.
34. KOŘENEK, Josef. *Lékařská etika*. Vyd. 2., přeprac. a dopl. V Praze: Triton, 2004. 234 s. ISBN 80-7254-538-8.
35. PODSTATOVÁ, Renata a kol. *Jak přežít pobyt ve zdravotnickém zařízení: 100+1 otázek a odpovědí pro pacienty*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 143 s. Zdraví & životní styl. ISBN 978-80-247-1997-9.
36. Zákon č. 372/2011 Sb.: Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). *Zákony.cz: Právní informační systémy* [online]. 2011 [cit. 2015-03-17]. Dostupné z: <http://www.zakony.cz/zakony/2011/301/zakon-372-2011-Sb-zakon-o-zdravotnich-sluzbach-a-podminkach-jejich-poskytovani-zakon-o-zdravotnich-sluzbach-SB2011372/>
37. KEBZA, Vladimír. *Psycholog ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2014, 104 s. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 978-802-4624-464.
38. VONDRÁČEK, Lubomír a VONDRÁČEK, Jan. *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče II*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. 68 s. Sestra. ISBN 80-247-1919-3.

39. CANDIGLIOTA, Zuzana et al. *Jak být pacientem v České republice a zachovat si důstojnost: medicínské právo v otázkách a odpovědích*. Brno: Liga lidských práv, 2009. 191 s. Manuály. ISBN 978-80-903473-7-3.
40. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 119 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3149-0.
41. SLAMĚNÍK, Ivan. *Emoce a interpersonální vztahy*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011. 208 s. Psyché. ISBN 978-80-247-3311-1.
42. MINIRTH, Frank B. et al. *Jak překonat vyhoření: naučte se rozpoznávat, chápat a zvládat stres*. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 2011, 138 s. ISBN 978-807-2552-528.
43. Preventing Burnout: Signs, Symptoms, Causes, and Coping Strategies. SMITH, Melinda, Jeanne SEGAL a Robert SEGAL. *Helpguide.org* [online]. ©Helpguide.org, 2015 [cit. 2015-03-02]. Dostupné z: <http://www.helpguide.org/articles/stress/preventing-burnout.htm>
44. Job burnout: How to spot it and take action. *Mayo clinic.org* [online]. © 1998-2015 Mayo Foundation for Medical Education and Research, 2012, 2015 [cit. 2015-03-02]. Dostupné z: <http://www.mayoclinic.org/healthy-living/adult-health/in-depth/burnout/art-20046642>
45. SCHWARTZ, Bernard a FLOWERS, John V. *Jak selhat jako terapeut: 50 způsobů, jak ztratit nebo poškodit svého klienta*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012. 143 s. Spektrum; 78. ISBN 978-80-262-0074-1.
46. BRÁZDILOVÁ, Lenka. Psychická sororigenie a iatrogenie [online]. 2010 [cit. 2014-12-17]. Bakalářská práce. Univerzita Palackého, Fakulta zdravotnických věd. Vedoucí práce Šárka Ježorská. Dostupné z: <<http://theses.cz/id/i61p6t/>>.
47. PLEVOVÁ, Ilona a Slowik, Regina. Interpersonální vztahy na pracovišti a ošetrovatelská péče. *Ošetrovatelství*, 2008, 10(3-4), 82-84, ISSN 1212-723X.
48. PENSDFOROVÁ, Markéta. Etika v přístupu k nemocnému. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2006, 2(4), 169, ISSN 1801-1349.
49. VEREŠOVÁ, Marcela. Aplikácia na člověka zameraného přístupu (PCA) vo vzťahu sestra – pacient. *Kontakt*, 2007, 9(2), 260-263, ISSN 1212-4117.
50. ZACHAROVÁ, Eva a GULÁŠOVÁ, Ivica. Profesionální image sester. *Zdravotnické noviny*, 2010, 59(18), 25, ISSN 0044-1996.
51. JAROŠOVÁ, Darja, TOMÁŠKOVÁ, Hana a PASTAVROU, Evridiki. Vnímání pečovatelského chování sestrami a pacienty chirurgických oddělení. *Kontakt*, 2010, 12(3), 281-287, ISSN 1212-4117.

52. FREI, Jiří, LOUDOVÁ, Soňa. *Manuál pro zpracování diplomové práce*. 1. vyd. Plzeň: Západočeská univerzita, 2013. ISBN 978-80-261-0167-3.
53. NEUBAUER, Jiří, SEDLAČÍK, Marek a KŘÍŽ, Oldřich. *Základy statistiky: aplikace v technických a ekonomických oborech*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 236 s. ISBN 978-80-247-4273-1.
54. BUDÍKOVÁ, Marie, KRÁLOVÁ, Maria a MAROŠ, Bohumil. *Průvodce základními statistickými metodami*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 272 s. Expert. ISBN 978-80-247-3243-5.
55. MICHÁLEK, Jiří. *Základy statistického myšlení*. 1. vyd. Praha: Česká společnost pro jakost, 2011. 70 s. ISBN 978-80-02-02327-2.

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Minimální, maximální a průměrný věk

Tabulka 2 Kolikrát se všeobecná sestra chovala nehezky k respondentovi

Tabulka 3 Vliv nehezkého chování všeobecné sestry na chování respondenta

Tabulka 4 Ano – souhlasná četnost

Tabulka 5 Ne – nesouhlasná četnost

Tabulka 6 Nevhodné/nehezké chování ostatních zdravotnických pracovníků

Tabulka 7 Absolutní a očekávané četnosti proměnných Osobní zkušenost a Vztah pacient - sestra

Tabulka 8 Výsledky testu nezávislosti mezi proměnnými Osobní zkušenost a Vztah pacient-sestra

Tabulka 9 Absolutní a očekávané četnosti proměnných Osobní zkušenost a Názor na sestry

Tabulka 10 Výsledky testu nezávislosti mezi proměnnými Osobní zkušenost a Názor na sestry

Tabulka 11 Absolutní a očekávané četnosti proměnných Osobní zkušenost a Postoj k léčbě

Tabulka 12 Výsledky testu nezávislosti mezi proměnnými Osobní zkušenost a Postoj k léčbě

Tabulka 13 Výsledky míry závislosti mezi proměnnými Osobní zkušenost a Postoj k léčbě

Tabulka 14 Relativní riziko proměnných Osobní zkušenost a Postoj k léčbě

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Pohlaví respondentů

Graf 2 Věk respondentů

Graf 3 Nehezké chování sestry k respondentovi

Graf 4 Nehezké chování sestry k jiným pacientům

Graf 5 Zkušenost respondenta s nehezkým chováním sestry

Graf 6 Typ nehezkého chování všeobecné sestry

Graf 7 Nehezké chování u jedné či více všeobecných sester

Graf 8 Reakce respondenta na nehezké chování všeobecné sestry

Graf 9 Vliv nehezkého chování všeobecné sestry na chování respondenta

Graf 10 Dokončení věty „Sestra, která se chovala nehezky“

Graf 11 Respondent a nehezky se chovající všeobecná sestra v budoucnu

Graf 12 Respondentův výběr tvrzení

Graf 13 Názor na všeobecné sestry

Graf 14 Ovlivnění obecného názoru na všeobecné sestry

Graf 15 Výskyt nehezkého chování všeobecné sestry dle velikosti nemocnice

Graf 16 Nevhodné/nehezké chování jiného zdravotnického pracovníka

Graf 17 Typ temperamentu respondentů

Graf 18 Typ temperamentu respondentů – srovnání skupiny 1 a 2

Graf 19 Charakteristika respondenta

Graf 20 Charakteristika respondenta – srovnání skupiny 1 a 2

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

apod.	- a podobně
atd.	- a tak dále
č.	- číslo
H	- hypotéza
např.	- například
Sb.	- sbírka
tzv.	- takzvaná

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1 Dotazník – Sorrowigenie z pohledu pacienta
- Příloha č. 2 Vybrané odpovědi respondentů na položku č. 19 v dotazníku
- Příloha č. 3 Vybrané odpovědi respondentů na položku č. 20 v dotazníku
- Příloha č. 4 Návrh semináře - program
- Příloha č. 5 Dotazník pro účastníky semináře zaměřeného na psychickou sorrowigenii

Příloha č. 1

Dotazník – Sorrowigenie z pohledu pacienta

Dobrý den, jmenuji se Renata Alijev. Studuji Fakultu zdravotnických studií na ZČU v Plzni a chtěla bych Vás požádat o vyplnění dotazníku.

Dotazník je určen pro pacienty, kteří se někdy setkali s nehezkým (nevhodným) chováním sestry ve zdravotnickém zařízení. Výsledky výzkumného šetření budou použity pro účely mé diplomové práce. Dotazník je anonymní a jeho vyplnění Vám zabere přibližně 15 minut.

U otázek s nabídkou odpovědí vyberte, prosím, jednu možnost (pokud není u otázky uvedeno jinak), případně využijte prostor k vlastnímu vyjádření. U otázek bez nabídky odpovědí vypište, prosím, odpověď vlastními slovy.

Děkuji Vám za čas, který budete vyplnění dotazníku věnovat.

1) Jste

- a) žena
- b) muž

2) Kolik vám je let?

.....

3) Zažil/a jste někdy, že se k Vám sestra ve zdravotnickém zařízení chovala nehezky?

- a) ano – prosím, doplňte: jednou
 maximálně 3x
 častěji než 3x

b) ne, nikdy se mi to nestalo

4) Byl/a jste někdy svědkem toho, že se sestra chovala k nějakému pacientovi nehezky?

- a) ano
- b) ne

Pokud jste v otázkách číslo 3 i 4 odpověděl/a NE a nemáte tak žádnou zkušenost s nehezkým chováním sestry, pokračujte, prosím otázkou číslo 16.

5) Jaké chování máte na mysli tím nehezkým? Sestra byla... (můžete označit i více možností)

- a) Arogantní
- b) Neochotná
- c) Sprostá
- d) Křičela
- e) Vynadala mi
- f) Očividně otrávená
- g) Lhala mi
- h) Nerespektovala mé rozhodnutí
- i) Nehezky se o mě bavila (slyšel/a jsem ji)
- j) Jiné – prosím, doplňte.....

6) Objevovalo se toto nehezké chování jen u jedné sestry?

- a) Ano, jen u jedné sestry
- b) Ne, s tímto chováním jsem se setkal/a u více sester

7) Jak jste se v tu chvíli cítil/a? (máte možnost vybrat více možností)

- a) Byl/a jsem uražená
- b) Byl/a jsem šokovaná
- c) Byl/a jsem naštvaná
- d) Ztratil/a jsem k sestře důvěru
- e) Měla jsem z ní strach
- f) Rozplakal/a jsem se
- g) Chtěl/a jsem domů
- h) Jiné – prosím, doplňte.....

8) Ovlivnilo to Vaše chování? (můžete vybrat více odpovědí)

- a) ne
- b) ano – prosím, vyberte:
 - I. nerada jsem s ní komunikoval/a
 - II. neposlouchal/a jsem její rady
 - III. nedělal/a jsem to, o čem mě požádala (např. jděte se osprchovat, vzorek moče do zkumavky apod.)
 - IV. raději jsem veškeré potíže vydržel/a, než abych tuto sestru o něco požádal/a
 - V. jiné.....

9) Sestra, která se takto chová:

- a) Nemá ve zdravotnickém zařízení co dělat
- b) Má asi moc práce
- c) Má asi nějaké své problémy
- d) Je zlá
- e) Chápu ji, prostě neměla náladu
- f) Jiné.....

10) Vy a tato sestra v budoucnu:

- a) Nechci s ní již přijít do kontaktu
- b) I přes tento incident je to jistě skvělá sestra
- c) Jiné.....

11) Z těchto tvrzení ve Vašem případě platí:

- a) Před nehezkým chováním jsem si o této sestře/sestrách myslela jen to nejlepší
- b) Nesmýšlela jsem o ní/nich pozitivně ani před incidentem
- c) O žádné sestře si nemyslím nic hezkého, pozitivního
- d) I přes incident o této sestře/těchto sestrách smýšlím pozitivně.
- e) Pozitivní mínění mám o všech sestrách, které se ke mně nechovaly nehezky

12) Po nehezkém chování sestry:

- | | |
|---|----------|
| a) ztrácím chuť pracovat s celým zdravotnickým personálem | Ano – Ne |
| b) nebudu dělat to, co po mně sestry chtějí | Ano – Ne |
| c) nebudu dělat to, co po mně lékaři chtějí | Ano – Ne |
| d) už sestrám nevěřím | Ano – Ne |

13) O sestrách pracujících ve zdravotnických zařízeních si myslím (obecný názor).....

.....

.....

.....

.....

14) Můj názor na sestry

- a) je ovlivněný nehezkým chováním sestry
- b) není ovlivněný mou zkušeností s nehezkým chováním sestry

15) Myslíte si, že nehezké chování sestry se vyskytuje

- a) více ve velkých nemocnicích
- b) více v malých nemocnicích
- c) ve velkých i malých nemocnicích nastejno

16) Setkal/a jste se někdy s nevhodným chováním u jiného zdravotnického pracovníka?

- a) ano – uveďte, prosím, u koho:.....
- b) ne

17) Co Vás nejlépe charakterizuje:

- a) sangvinik - přizpůsobivý, emočně vyrovnaný, nestálý a lehkovážný, vesele laděný, optimistický
- b) melancholik - smutné ladění, pesimismus, strach z budoucnosti, nesnáší vypjaté situace, obtížně navazuje kontakty
- c) flegmatik - lhostejný, stálost, spokojenost, klid, spíše pasivní, nemá rád změny
- d) choleric - sklon ke hněvu, reaguje často impulzivně, netrpělivý, panovačný

18) Jaké tvrzení se na Vás nejvíce hodí:

- a) jsem hodně citlivý/á, často se rozpláču
- b) hned tak něco mě nerozhází
- c) jedním uchem dovnitř, druhým ven
- d) většinou nad vším dlouze přemýšlím

19) Popište, prosím, jednu situaci, ve které se sestra chovala nehezky. Jak takové chování probíhalo?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
.....
.....
.....
.....

20) Je nějaká sestra, na kterou rád/a vzpomínáte? Prosím, uveďte, důvod.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Děkuji Vám za Váš

Zdroj: vlastní

Příloha č. 2

Vybrané odpovědi respondentů na položku č. 19 v dotazníku

Položka č. 19: Popiště, prosím, jednu situaci, ve které se všeobecná sestra chovala nehezky. Jak takové chování probíhalo?

„Upozornila jsem ji, že mi není dobře a že se mi zdá, že z operační rány více krvácím. Také, že při mytí jsem v ráně něco cítila, jako kdyby mi tam něco vadilo. Sestra mi odpověděla, že jsem bebíčko, že je to normální. Druhý den mi bylo ještě hůře a měla jsem i zvýšenou teplotu, opět měla službu ta samá sestra. Když jsem chtěla zavolat lékaře, řekla, že doktor nemá čas běhat za každým pacientem při píchnutí. Jiná sestra, která ten den byla na směně, vše začala řešit, mohla jsem dostat otravu krve, protože v ráně zapomněli dva tampóny. Sestra, která mě dva dny neposlouchala, se ani nepřišla omluvit, ale jen škemrat, abych to na ni neřekla.“

„Pacient vedle mě nemohl přes bolest vstát po operaci z postele, sestra na něj ječela, že ho tahat nebude a kopala mu do postele. Stejně nevstal. Pak mu vždy prášky hodila jako psovi.“

„Sestra byla rozčilená a tak nám píchala injekce, že jsme nemohli dva dny pořádně sedět. Celý pokoj té sestře pak říkal sestra gestapo.“

„Když jsem ležel v nemocnici, sestry nade mnou dohadovaly, která mě nakrmí, byl jsem jim na obtíž.“

„Slyšela jsem sestru, jak se o mě na chodbě u dveří pokoje bavila s jinými pacienty.“

„Několikrát na mě i mého syna byla sestra z dětské pohotovosti nepříjemná a protivná.“

„Bylo mi 18... Stalo se to na gynekologii ve FN v Plzni, nikdo mi tam nic ne vysvětlil. Sestra na mě jen křičela, na utření po mně hodila jen povlak z polštáře a po chirurgickém zákroku mě nechali jít samotnou ze sálu na pokoj – držela jsem si vložku mezi nohama... Bylo to ponižující.“

„Čekal jsem na vyšetření, sestra vyšla do čekárny a já jsem se jí jen zeptal, zda jsem tam dobře. Hned na mě začala ječet, ať si laskavě počkám, až budu na řadě.“

„Bylo to v čekárně u ambulantního lékaře, sestřička byla povýšená a nechápala, že starý pacient nerozumí jejím pokynům.“

„Popáleninové centrum Praha – Vinohrady: arogantní jednání, neochota komunikovat, podrážděnost.“

„Bylo jí zatěžko převléct umazanou postel od stolice, nechalo to raději na druhou směnu.“

„Měla jsem v nemocnici syna s vyhozenou kyčlí, jedna sestra, která ho přebalovala, k němu přistupovala velmi nešetrně a dělala mu velkou bolest.“

„Na oddělení s těžkými pooperačními stavy se sestry ve své kukani hlasitě hihňaly a pily kávu. Stará paní (ležela vedle mě) je prosila o něco k pití. Místo toho, aby jí vlídně vysvětlily situaci u lůžka a alespoň ji houbou navlhčily (úplně okoralé) rty, jen na ni zavolaly z kukaně, že je po operaci břicha a nemůže nic chtít. Bylo slyšet, jak o ní říkají, že bába otravuje. Paní měla v očích slzy a řekla: vy se tady smějete a já tu umírám.“

„Při příjmu na pohotovosti (po příjezdu sanitou, kde se o mě starali s velkým zájmem a péčí) se ke mně sestra chovala velmi nevhodně, její přístup byl velmi neosobní a lhostejný. Projevovala nezájem o mé bolesti a záměrně mě nechala dlouho čekat. Byla velmi nepříjemná a měla nemístné poznámky, např. – to jste jako stará bába, že se netrefíte močí do zkumavky?!“

„Arogantní sestra, dělala si ze mě legraci, neochotná.“

„Spolupacientka potřebovala na WC, sestra řekla, že nemá čas, ať počká. Paní to nevydržela a následně ji v tom sestra ještě hodiny nechala!“

„Sestra mi jednou vynadala, když jsem se po operaci pozvracel, prý jsem čuně.“

„Syn byl po operaci čelisti, chtěla jsem mluvit s lékařem. Sestra mi ho nechtěla zavolat, že to, co mi řekne, mi může říct i ona sama a začala mi číst z dokumentace.“

„Byla jsem svědkem toho, jak sestra ječela na pacientku při ranní hygieně, že je nechutné prase a že si prý nemyje pipinu a má ji celou červenou. Pacientce bylo asi 80 let a byla po těžké operaci, tudíž byla odkázaná na cizí pomoc při hygieně. Bylo mi jí líto a styděla jsem se za chování sestry. Pacientka se rozplakala.“

„Sestra na chirurgii, kam jsem přijel s úrazem nohy, mi ani nezavolala lékaře, jen řekla: zaledujte a na shledanou. Po vyšetření jinde mi diagnostikovali zlomeninu.“

„Sestřička u zubaře se dětem vysmívala, že mají černé (zkažené) zuby. Ty se jí pak bály a nechtěly tam chodit.“

„Při žádosti o radu se tvářila, že ji otravuju a vypadala, jako by osvobodila svět.“

„Když jsem ležela v nemocnici, všechny sestřičky se snažily být při ranním budičku příjemné – až na jednu. Ta chodila vždy ještě o hodinu dříve a probouzela nás stlačením zavedené kanyly, světlem nebo křikem.“

Zdroj: odpovědi respondentů na vlastní dotazník

Příloha č. 3

Vybrané odpovědi respondentů na položku č. 20 v dotazníku

Položka č. 20: Je nějaká všeobecná sestra, na kterou rád/a vzpomínáte? Prosím, uveďte důvod.

„Na sestru v porodnici, která se mnou měla velkou trpělivost, a vím, že to se mnou nebylo jednoduché. Hodně mi pomohla. Pokud budu ještě někdy rodit, chtěla bych ji mít u porodu zase!“

„Ráda vzpomínám na sestru z plastické chirurgie. Když mi bylo 9 let, přišívali mi uši. Po operaci mě to dost bolelo, a když jsem zazvonila na sestru, přišla mladá sympatická sestra. Sedla si ke mně na postel, dala mi tabletu proti bolesti a vyprávěla mi pohádku, takhle jsem usnula. Když můj pobyt v nemocnici skončil, dala mi malého plyšáka.“

„Vzpomínám na jednu moc milou a hezkou sestru, která mi se vším vždy bez problémů pomohla.“

„Ráda vzpomínám na všechny sestry, které ke mně byly ochotné a milé.“

„Mám moc hodnou sestřičku u naší zubní lékařky.“

„Vzpomínám na všechny, které jsou ochotné a chovají se k nám, pacientům, slušně.“

„Ráda vzpomínám na sestřičku u mého dětského lékaře – měla jsem k ní důvěru a věděla jsem, že by mi se vším pomohla. Byla citlivá, ochotná, empatická a veselá.“

„Sestřička u mého dětského lékaře – vždy milá, usměvavá. Později pracovala u mého gynekologa, nezměnila se.“

„Na sestry, které pracovaly na dětském oddělení, když jsem byl malý – byly moc hodné a uměly mě zabavit.“

„Na všechny, které byly ochotné, vstřícné a slušné.“

„Na sestřičku na porodnickém oddělení, byla velmi mateřská a hodná.“

„Vzpomínám hned na několik sester. Na všechny, které byly ochotné, usměvavé a komunikativní.“

„V roce 1994 jsem ležela na gynekologickém oddělení na Slovanech po onkologické operaci. Zde byly všechny sestry lidmi se srdcem, příjemné, ochotné a uměly utěšit.“

„Sestry na dialýze - jsou vždy velmi ochotné.“

„Ráda vzpomínám na sestřičku ze zubní ordinace – vždy ochotná, poradí, usměvavá.“

„Sestry z domácí péče, které dojíždí za mým manželem, jsou vlídné, ochotné a ohleduplné. Víím, že se na ně mohu spolehnout a vždy se na ně obrátit. Beru je jako členy rodiny.“

„Byla jsem operována v Mulačově nemocnici a můžu říct, že všechny sestry byly ochotné a starostlivé, byla jsem tam opravdu spokojená.“

„Vzpomínám na laskavé a povzbudivé chování sester v Mulačově nemocnici na chirurgickém oddělení – úsměv, pohoda, diskrétnost, to bylo jejich. Díky.“

„Ráda vzpomínám na velmi slušné chování všech sestřiček v Klatovské nemocnici. Snad všechny bez rozdílu věku byly velmi ochotné, přívětivé, vstřícné a milé a slušně vystupovaly ke všem pacientům na pokoji. Bylo to na chirurgii. Proto věřím, že v našich nemocnicích máme všude stejně slušný personál. Pacientka se žlučovými kameny a ucpaným žlučovodem.“

Zdroj: odpovědi respondentů na vlastní dotazník

Příloha č. 4

Program semináře zaměřeného na psychickou srororigenii

8:00 – 8:30 hod. Prezence účastníků

8:30 – 8:45 hod. Zahájení semináře

- Přivítání účastníků
- Seznámení s programem

8:45 – 9:00 hod. Vyplnění vědomostního dotazníku

9:00 – 9:05 hod. Seznámení s pojmem psychická srororigenie

9:05 - 9:45 hod. Vliv nemoci na pacienta

- Pojem zdraví a nemoc
- Postoj pacienta k nemoci
- Psychologická problematika nemoci
- Psychosomatická-somatopsychická onemocnění

9:45 – 10:05 hod. Vztah pacient - sestra

10:05 – 10:20 hod. Přestávka

10:20 – 10:50 hod. Verbální a neverbální komunikace

- Úloha komunikace ve vztahu pacient-sestra
- Efektivní komunikace
- Rozhovor s pacientem
- Komunikace s náročným pacientem

10:50 – 11:10 hod. Psychohygienu všeobecné sestry

- Doporučení v péči o duši

11:10 – 11:30 hod. Diskuze, příklady srororigenního chování z praxe

11:30 – 11:45 hod. Vyplnění vědomostního dotazníku

11:45 hod. Poděkování za účast, ukončení semináře

Zdroj: vlastní

Příloha č. 5

Dotazník pro účastníky semináře zaměřeného na psychickou srororigenii

Dobrý den, žádáme Vás o vyplnění předkládaného dotazníku. Jeho vyplněním nám pomůžete posoudit přínos semináře.

V otázkách s uvedenými odpověďmi, označte vždy pouze jednu možnost.

Děkujeme za Vaši ochotu

Bc. Renata Alijev, DiS. a Mgr. Vladimíra Fremrová

1. Vysvětlete pojem psychická srororigenie.

.....
.....

2. Pokud pacient podceňuje vážnost příznaků i léčebných opatření, označujeme jeho postoj k nemoci jako:

- a) Nozofóbní
- b) Účelový
- c) Bagatelizující

3. Mezi faktory ovlivňující reakci pacienta na nemoc patří:

- a) Pouze věk
- b) Především pohlaví
- c) Věk i pohlaví

4. Nejčastějšími projevy psychosomatických onemocnění jsou:

- a) Bolesti kloubů a kostí
- b) Bolesti hlavy a žaludeční potíže
- c) Bolest svalů a febrilie

5. Mezi základní povinnosti sestry nepatří:

- a) podpora zdraví
- b) předcházení nemocem
- c) navrácení dobré nálady

6. Zásady chování sester jsou obsaženy v:

.....

7. Snaha docílit vděčnosti od pacienta, litování pacienta a neustálé poučování pacienta patří do projevů:

- a) Produktivního chování sestry
- b) Neproductivního chování sestry

8. Pojem evalvace zahrnuje:

- a) Neúctu
- b) Snahu druhého v komunikaci ponížít
- c) Zvyšování hodnoty druhé osoby

9. Asertivní jednání nám umožní:

- a) Dělat chyby a říci nevím, nerozumím ti i nezajímá mě to
- b) Zbavit se odpovědnosti
- c) Dosáhnout svých požadavků i za cenu narušeného vztahu s druhými lidmi

10. Kolik máme asertivních práv?

- a) 8
- b) 10
- c) 12

11. Součástí efektivní komunikace není:

- a) Povzbuzování pacienta
- b) Moralizování pacienta
- c) Naslouchání

12. V komunikaci s úzkostným pacientem:

- a) Mluvíme pomalu, klidně a podáváme tolik informací, kolik pacient potřebuje
- b) Udržujeme vzdálenost 0,9 metrů, oční kontakt, klid, sdělení věcná, stručná, logická
- c) Udržujeme vzdálenost asi 0,7 metrů, oční kontakt, klid, pomalá gesta, uvolněný postoj, nevzrušený hlas, vyjadřujeme pochopení a uznání, ale neupouštíme od svých stanovisek

13. V komunikaci s bezohledně-agresivním pacientem:

- a) Mluvíme pomalu, klidně a podáváme tolik informací, kolik pacient potřebuje
- b) Udržujeme vzdálenost 0,9 metrů, oční kontakt, klid, sdělení věcná, stručná, logická
- c) Udržujeme vzdálenost asi 0,7 metrů, oční kontakt, klid, pomalá gesta, uvolněný postoj, nevzrušený hlas, vyjadřujeme pochopení a uznání, ale neupouštíme od svých stanovisek

14. V komunikaci s pedantickým typem pacienta:

- a) Mluvíme pomalu, klidně a podáváme tolik informací, kolik pacient potřebuje
- b) Udržujeme vzdálenost 0,9 metrů, oční kontakt, klid, sdělení věcná, stručná, logická
- c) Udržujeme vzdálenost asi 0,7 metrů, oční kontakt, klid, pomalá gesta, uvolněný postoj, nevzrušený hlas, vyjadřujeme pochopení a uznání, ale neupouštíme od svých stanovisek

15. Aby mohla všeobecná sestra správně a dobře pečovat o pacienty, musí se věnovat:

- a) Své tělesné stránce
- b) Sebepoznávání
- c) Své duševní stránce
- d) Vše výše uvedenému

16. Syndrom vyhoření je:

.....
.....

17. Mezi příznaky syndromu vyhoření nepatří:

- a) Apatii, nesoustředěnost, zmatenost, cynismus, podrážděnost
- b) Bolestmi hlavy a zad, nespavostí, zažívacími problémy
- c) Empatie, angažovanost, zájem
- d) Vše výše uvedené

18. Mezi obecné zásady bránící vzniku syndromu vyhoření patří:

- a) třikrát týdně cvičit, jíst vyváženou stravu, spát 8 hodin denně a naučit se správně využívat svůj čas
- b) uvolňovat endorfiny, pozitivní vnitřní dialogy, žít minulostí
- c) nepoužívat náhradní plány, konat dobro pouze pro druhé, odpouštět

19. Uved'te alespoň 4 způsoby, jak lze bojovat proti stresu:

.....
.....
.....

Zdroj: vlastní