

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Bc. Jana Bartoňková

**Zkušenosti se všeobecnou sestrou u pacientů
hospitalizovaných ve Fakultní nemocnici Olomouc**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Šárka Vévodová Ph. D

Olomouc 2022

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 4.7. 2022

podpis

Mé upřímné poděkování patří vážené paní Mgr. Šárce Vévodové, Ph.D. za její odborné rady a vedení této diplomové práce. Ráda bych také poděkovala mým třem úžasným dětem za trpělivost a panu doc. MUDr. Aloisovi Krobotovi, Ph.D., nejen za jeho odborný dohled při zpracování této práce, ale především za jeho podporu po celou dobu mého studia.

Anotace

Typ závěrečné práce: Diplomová práce

Téma práce: Empatie v ošetrovatelství

Název práce v ČJ: Zkušenosti se všeobecnou sestrou u pacientů hospitalizovaných ve Fakultní nemocnici Olomouc

Název práce v AJ: Experience with a general nurse in patients hospitalized at the Olomouc University Hospital

Datum zadání: 2021-03-23

Datum odevzdání: 2022-07-04

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetrovatelství

Autor práce: Bc. Bartoňková Jana

Vedoucí práce: Mgr. Šárka Vévodová, Ph. D.

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ: Diplomová práce se zaměřuje na zkušenosti se všeobecnou sestrou u pacientů hospitalizovaných ve FNOL. V teoretické části diplomové práce jsou předloženy poznatky o povolání všeobecné sestry, její roli ve zdravotnictví z pohledu pacienta i společnosti. Další kapitoly se věnují profesionalitě povolání všeobecné sestry i všem přednostem a úskalím, které přináší toto krásné, byť náročné, povolání, patřící do pomáhajících profesí. Komunikaci sestry s pacientem, jejímu profesionálnímu přístupu a empatii ve zdravotnictví jsou věnovány zvláště kapitoly. Výzkumná část popisuje analýzu čistě subjektivních zkušeností pacientů se všeobecnou sestrou. Jedná se o kvalitativní výzkum formou metody zakotvené teorie. Na základě rozhovorů s pacienty a získaných poznatků jsou formulovány návrhy doporučení ke zkvalitnění komunikace a empatického přístupu sester s pacienty.

Abstrakt v AJ: The diploma thesis focuses on the experience of a general nurse in patients hospitalized in FNOL. The next chapters deal with the professionalism of the profession of general nurse and all the advantages and disadvantages that this beautiful, albeit demanding, profession belonging to the helping professions brings. The communication of the nurse with the patient, her professional approach and empathy in health care are devoted separately to the chapters. The research part describes the analysis of purely subjective experiences of patients with a general nurse. This is a qualitative research in the form of the grounded theory method. Based on interviews with patients and acquired knowledge, draft recommendations are formulated to improve communication and empathetic approach of nurses with patients.

Klíčová slova v ČJ: všeobecná sestra, pacient, ošetrovatelská péče, hospitalizace, komunikace, empatie, holistický přístup, syndrom vyhoření, iatrogenie

Klíčová slova v AJ: General nurse, patient, Nursing Care, hospitalization, communication, empathy, holistic approach, Burnout, Iatrogeny

Rozsah: 80 / 7

Obsah

ÚVOD.....	8
POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI.....	10
TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1 VŠEOBECNÁ SESTRA	12
1.1 Role všeobecné sestry.....	13
1.2 Důležitost vysokoškolsky vzdělaných sester.....	14
1.3 Zdravotní gramotnost všeobecné sestry	15
1.4 Vztah sestra – pacient.....	16
1.4.1 Péče zaměřená na pacienta.....	17
1.4.2 Metafory v pečujícím přístupu – Baletka a Buldozer	18
2 KOMUNIKACE V OŠETŘOVATELSTVÍ	20
2.1 Terapeutická komunikace.....	21
2.2 Neverbální komunikace	22
3 EMPATIE VŠEOBECNÉ SESTRY	23
3.1 Zrcadlové neurony	24
3.2 Emoce všeobecné sestry	24
3.2.1 Osobnost a povahové vlastnosti všeobecné sestry	26
3.2.2 Profesionalita a lidský přístup všeobecné sestry.....	28
4 RIZIKO SYNDROMU VYHOŘENÍ U VŠEOBECNÝCH SESTER.....	30
4.1 Motivace u všeobecných sester	31
4.2 Transakční analýza jako styl komunikace vyhořelé sestry.....	32
4.3 Sororigenie	33
VÝZKUMNÁ ČÁST.....	34
5 FORMULACE PROBLÉMU	34
5. 1 Cíle výzkumu.....	34
5. 2 Metodika výzkumu	35
5. 3 Sběr dat.....	36
5. 4 Charakteristika souboru.....	36
5.5 Etické aspekty výzkumu.....	37

5. 6 Zpracování dat	37
VÝSLEDKY.....	38
DISKUZE	63
ZÁVĚR.....	71
Zdroje	73
Seznam zkratk.....	80
Seznam příloh.....	80

Úvod

Zkušenosti se všeobecnou sestrou popisují, jak samotní pacienti, tak i laická či odborná veřejnost, poměrně různě. Povolání všeobecné sestry patří mezi pomáhající profese a předpokládá se tedy, že všeobecná sestra bude „ta, co pomáhá“. Tak, jako se v lékařské Hippokratově přísaze píše, že lékař by se měl vystříhat všeho, co by bylo ke škodě pacienta, tak ani všeobecná sestra by neměla svou péčí škodit. Bohužel někdy se totiž i touha pomoci může překlénout v touhu „po moci“ (Honzák, 2020, s.110). Postavení všeobecné sestry, ať už v nemocnici na lůžkovém oddělení či v odborných ambulancích, znamená v konvenčním povědomí většinou představu profesionální a současně i lidské pomoci. V poslání všeobecné sestry vidí většina pacientů toho pomyslného anděla, na kterého se obracejí, ve kterého doufají a kterému věří, že jim pomůže, s čímkoliv a kdykoliv. Rovněž očekávají ošetrovatelskou péči poskytovanou na profesionální úrovni. Již v roce 1996 popsala islandská autorka S. Halldórsdóttir profesionální péči postavenou na třech základních atributech: profesionální kompetentnosti, ošetrovatelské péči a na vztahu sestry s pacientem (Drahošová, Jarošová, 2016, s.453-460). Přesto je vztah sestra – pacient společností mnohdy a různorodě diskutován. A to jak z pohledu ošetrovatelské péče všeobecnou sestrou jemu poskytované, tak z pohledu celkového přístupu sestry k pacientovi. Mnohdy jsme prostřednictvím médií svědky, jak pochval ale i bohužel stížností na chování či péči všeobecných sester. Je tedy jen na všeobecné sestře, jakým kouzlem si získá anebo naopak neefektivním přístupem odradí své pacienty. Nemocní jsou téměř vždy odkázáni na pomoc druhých. Všeobecná sestra pečuje o své pacienty 24 hodin denně a její starostlivost i péče by měla být na takové úrovni, že by měla být zmocněna svým pacientům poskytovat ošetrovatelskou péči ale i potřebné informace tak, aby měl pacient pocit, že ho sestra léčí stejně, nebo dokonce více, než lékař (Karaca 2019, s.535-545).

Všeobecná sestra je totiž pro pacienty při hospitalizaci tou největší pomocí a mnohdy i tou nejdůležitější nadějí v podobě budování či navyšování motivace, natolik důležité pro návrat do jejich běžného života. Jak uvádí Krobot, pro pacienty je nejdůležitějším okamžikem chvíle, kdy se dokážou znovu postavit na vlastní nohy. Chůze je totiž podle něj považována za tu nejefektivnější a nejpřirozenější rehabilitaci (Krobot et al, 2017, s. 521-526). Pro úspěšnost komplexní rehabilitace, a s tím související pacientův úspěšný návrat do běžného života, je velmi důležité sledovat nejen vlastní zdravotní či somatický, ale současně také jeho psychický

stav. A protože všeobecná sestra tráví s pacienty nejvíce času, je to právě ona, která může hodnotit pacientův stav ráno i večer, vnímá jeho náladu a všímá si i pacientových momentálních emocí. V souvislosti s tím by měla potom reagovat a upozornit včas lékaře. Ne vždy jsou ale v komunikaci mezi sestrou a pacientem nastaveny ty správné komunikační postupy. Pozitivní komunikace se tak stává doslova uměním, kterému je ovšem třeba se neustále učit. Podmínkou správné komunikace sestry s nemocným je současně také umění sestry zacházet především s emocemi vlastními. Emoční nastavení sestry představuje jeden ze základních prvků, jež vzájemnou komunikaci s nemocným přímo ovlivňují a jejichž zvládnutí přináší do vztahu sestra-pacient onu potřebnou komunikační úspěšnost (Lošťáková 2020, s.13-15). Vedle optimální lékařské i ošetrovatelské péče je současně vždy naprosto zásadní trvale sledovat a pozitivně ovlivňovat psychický stav každého jednotlivého pacienta. Ne vždy pomohou „pouze“ lékařem naordinované léky nebo intervence klinického psychologa. Pacienti bývají mnohdy uzavřeni do sebe a jejich uzdravování tak nepostupuje dle očekávání (Loft et al., 2017, s. 162-174). Všeobecná sestra by tedy měla být dle očekávání pacientů, ale hlavně díky osvojené odborné i profesionální pomoci tou, na koho nemocní spoléhají a které věří.

Sama jsem všeobecná sestra a ve své praxi se setkávám s mnoha příběhy i osudy pacientů. A protože mě vztah sestry s pacientem vždy zajímal, rozhodla jsem se tomuto tématu věnovat důkladněji. Pro svoji diplomovou práci jsem zvolila kvalitativní výzkum, který přinese na základě podrobných rozhovorů vybraných respondentů podstatně větší náhled do této, poměrně komplikované, problematiky. A to nejen do širšího povědomí všeobecných sester, ale současně i široké veřejnosti.

Vstupní literatura:

1. BORG, James, 2013. *Umění přesvědčivé komunikace: jak ovlivňovat názory, postoje a činy druhých*. 3., rozš. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4821-4.
2. EKMAN, Paul, 2015. *Odhalené emoce: naučte se rozpoznávat výrazy tváře a pocity druhých*. 2015. V Brně: Jan Melvil Publishing. Pod povrchem. ISBN 978-80-87270-81-3.

3. HONZÁK, Radkin, 2017. *Psychosomatická prvouka*. V Praze: Vyšehrad. ISBN 978-80-7429-912-4.
4. HONZÁK, Radkin a Renata ČERVENKOVÁ, [2020]. *Všichni žijem' v blázinci*. Praha: Voxi.
5. LOŠŤÁKOVÁ, Olga, 2020. *Empatická a asertivní komunikace: jak zvládat obtížné komunikační situace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2227-1.
6. SOHST, Kathrin, 2016. *Citlivost jako výhoda: jak proměnit svou citlivost v sílu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0049-1.
7. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ, c2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1262-8.
8. ZACHAROVÁ, Eva, 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0156-6.

Popis rešeršní činnosti

Pro dohledání validních informací byl použit standartní postup vyhledávání s využitím vhodných klíčových slov a booleovských operátorů.

ALGORITMUS REŠERŠNÍ ČINNOSTI



VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA: -

-**klíčová slova v ČJ:** všeobecná sestra, pacient, ošetrovatelská péče, hospitalizace, komunikace, empatie, holistický přístup, syndrom vyhoření, iatrogenie

-**klíčová slova v AJ:** general nurse, patient, nursing care, hospitalization, communication, empathy, holistic approach, Burnout, Iatrogeny

- **jazyk:** čeština a angličtina

- **období:** 2010–2022

- **další kritéria:** recenzovaná periodika, plný text, články týkající se dané problematiky



DATABÁZE:
Ebsco, Medvik, Pubmed, Google
Scholar



Nalezeno **221** článků



Vyřazující kritéria:
- duplicitní články
- články netýkající se daného tématu
- kvalifikační práce



SUMARIZACE VYUŽITÝCH DATABÁZÍ A DOHLEDANÝCH DOKUMENTŮ:
EBSCO – 7 článků
MEDVIK – 11 článků
PUBMED - 10 článků
GOOGLE SCHOLAR- 9 článků
KNIŽNÍ ZDROJ - 27 knih



Pro tvorbu teoretických východisek bylo použito
dohledaných 37 článků a 27 knižních zdrojů

Teoretická část

1 Všeobecná sestra

Všeobecná sestra stojí v popředí celého klinického personálu ošetrovatelské péče. V pochopení a porozumění pacientových emocí se stává profesionálním vzorem a byť jsou na ni kladeny čím dál větší fyzické, a hlavně psychické nároky, prestiž povolání všeobecných sester se drží stále na jedné z předních příček. Ve světě tvoří sestry jednu z nejpočetnějších skupin zdravotnických pracovníků. Ošetrovatelství je nezbytné v rámci potřeb celého světa. Sestry jsou klíčovými osobami v poskytování zdravotnických služeb. Jejich role, příprava ve školách, právní a regulační status, včetně jejich pracovních podmínek se značně odlišují. Stejný je jejich závazek, odhodlání poskytovat péči a sloužit všem lidem. Moderní ošetrovatelství je velmi vzdálené od toho, jak se praktikovalo před sto lety. V současné době se ošetrovatelství ubírá směrem k vědě. Ošetrovatelská praxe je dynamický proces, který se neustále vyvíjí a zdokonaluje. I přes veškerou moderní techniku, která pomáhá a usnadňuje práci všem zdravotníkům, je ale v ošetrovatelské péči vždy prvořadý citlivý a lidský přístup k nemocným. Všeobecná sestra by měla být v očích nemocného vždy tím člověkem, který má pochopení pro jeho problémy v nemoci a který mu je pomáhá s velkou dávkou tolerance a laskavosti řešit. Profesionální chování je určováno do jisté míry i tím, jak je chápána role sestry, smysl její činnosti, vztah k nemocnému a vztahy k dalším skupinám spolupracovníků (Zacharová et al. 2011, s.162).

Povolání všeobecné sestry je jedním z nejdůležitějších a nejnámáhavějších povolání ženy. Jako nejpočetnější skupina zdravotnických pracovníků, jsou dnes sestry postaveny před náročné úkoly. Obětavá a doposud ničím a nikým nenahraditelná práce sester není vždy plně společensky ohodnocena, a přitom je velmi namáhavá jak po stránce fyzické, tak hlavně po stránce psychické. Právě sestra je tím, kdo poskytuje pomoc nejen odbornou, ale především lidskou. Její každodenní péče o pacienty je v odborné literatuře označována za specifický interpersonální proces, postavených na odborných znalostech a dovednostech sester. Důležitou roli v uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb pacienta a jeho emocionální podpoře, hraje především profesionální přístup a osobnostní zralost sester (Drahošová,

Jarošová, 2016, s. 453). Mimo to, že sestra zajišťuje mnohdy prakticky chod celého oddělení, vykonává vlastní ošetrovatelskou péči, je současně i pravou rukou lékaře. Jen málokteré povolání jako profese všeobecné sestry prodělalo v relativně krátkém období takové změny. Povolání všeobecné sestry prošlo složitým vývojem v minulosti, ale svým způsobem se mění i dnes. Změny se týkají jak samotného vzdělávání, pracovních podmínek, tak i profesionálního postavení sestry. Zvyšují se také nároky na poskytování psychické pomoci, kterou sestra poskytuje pacientovi v jeho těžkých chvílích v nemoci (Humpl et al. 2013, s.78). Dále je kladen stále větší důraz na vztah sestra-pacient, jako na vztah založený na vzájemné komunikaci, empatii, i na respektu k etickým hodnotám. Mezi důležité cíle pro úspěšně zvládnutý vztah pacienta a všeobecné sestry nepatří jen její aktivní naslouchání pacientovi, ale i postavení vztahu na rovnosti, respektu a důvěře mezi oběma (Allande-Cussó, 2022, s. 462-484).

1.1 Role všeobecné sestry

Role všeobecné sestry se měnily společně s rozvojem ošetrovatelství od charitativní činnosti přes chápání sestry jako pomocníka lékaře, až k samostatné práci rovnocenné členky zdravotnického týmu. Podle Špirudové profese všeobecné sestry zahrnuje několik rolí, který jsou dány společenskými předpisy. Profesní role sestry se časem měnily, jejich současnou ale i historickou podobu můžeme najít v učebnicích ze zahraniční, jež jsou přebírány i českými knihami o ošetrovatelství (Špirudová 2015, s. 8). V dnešní době, jsou role všeobecných sester, zakotveny pevně ve společenském žebříčku. A i přes to, že požadavky lékařů se na sestry neustále zvyšují, stále je důležitost jejich vzájemné spolupráce postavena na prvním místě. Práce všeobecné sestry ve zdravotnictví a celém zdravotnickém týmu je nesmírně důležitá a nelze ji suplovat. Všeobecné sestry jsou ve své profesi nositelkami mnoha rolí, a to především v oblasti komunikace, vedení týmu, edukace, obhajování práv pacientů či ve výzkumu. Různé role znamenají činnosti, které jsou od všeobecné sestry očekávány. Sestra je na základě těchto rolí schopna nejen poskytovat odbornou ošetrovatelskou péči, ale i vyhodnocovat nejrůznější situace, ve kterých jde jak o samotného pacienta nebo i celou skupinu osob. Sestra poskytuje pacientovi také oporu v jeho těžkých chvílích pomocí terapeutické komunikace, jejímž úkolem je i následná podpora jeho dovedností (Tomová, Křivková 2016, s. 21).

Dle Plevové mezi nejčastější role všeobecné sestry v moderním ošetrovatelství patří především role poskytovatelky ošetrovatelské péče, sestry edukátorky nebo sestry poradkyně, která pomáhá pacientovi rozpoznat i zvládat stresové a sociální problémy. Další neméně důležité role jsou sestra advokátka jako ochránkyně pacientových práv, sestra navrhovatelka, či nositelka změn neboli koordinátorka, sestra výzkumnice a sestra manažerka. Pro výuku nových sester je velice důležitá sestra mentor, podílející se na vedení i výuce jejich odborných praxí (Plevová et.al. 2018, s. 84- 85). V souvislosti se zvyšujícím se vzděláváním v oblasti ošetrovatelství se dle pilotní kvalitativní studie v Torontu hovoří o vytvoření nové role sestry-zdravotní propagátorky. Studie se věnovala zdravotní gramotnosti v průběhu vzdělávání sester a sestra propagátorka by měla být právě tou, která bude u svých pacientů propagovat zdravotní gramotnost (Zancheta 2013, s.1026-1033).

1.2 Důležitost vysokoškolsky vzdělaných sester

Na sestry jsou kladeny stále vyšší požadavky, zejména v oblasti práce s přístrojovou technikou a využívání nových vyšetřovacích metod. Novým trendem je požadavek sester na zvýšenou autonomii, tj. zvyšující se zájem řešit samostatně a s vlastní odpovědností problémy své profese. S vyšším požadavkem autonomie je spojený trend zvyšující se prestiže povolání sestry, a to jak prestiže, kterou sestram připisuje společnost, tak vlastního uvědomění si důležitosti této profese (Vévoda et al. 2013, s. 25). V oblasti vzdělávání a profesionálního růstu všeobecných sester poukazuje Špirudová na to, aby české sestry získaly profesní sebevědomí, vědomě si řídily podporu, kterou pro sebe považují za potřebnou, a nenechaly se jednoduše manipulovat a zúzkostňovat něčím, co je jim vnucováno a čím se cítí ohroženy či manipulovány. Je ale potřeba také intenzivněji pracovat na tom, aby sestry byly lépe připraveny v rovině sebereflexe a reflexe své práce vysokoškolským studiem a aby uměly efektivní pomoc pro sebe přijímat i žádat. Pro posilování autonomie sester je důležité, zda a jak dalece jsou v daném zdravotnickém systému uznány za nezávislé a kompetentní profesionálky. Podmínky sestram v mnohém stále nastavují lékaři. Pozice sester-manažerek není vždy stejně silná jako pozice lékařů, právníků, ekonomů a manažerů v daném zdravotnickém zařízení. Pro mnoho zdravotnických zařízení je stále ještě důležitější obsazovat pozice manažerky spíše loajálními sestrami než sestrami profesionálně a

manažersky zdatnými, které jsou schopny také nezávislého rozhodování a nesení osobní odpovědnosti (Špirudová 2015, s. 14)

Vyspělejší státy na přípravu vysokoškolsky vzdělaných sester přistoupily již v polovině 20. století. V České republice došlo dle evropské legislativy a WHO k úpravě vzdělávání všeobecných sester až v roce 2004. Do té doby byla výuka všeobecných sester možná i na středních školách. V současné době tuto pozici mohou vykonávat pouze osoby, které dosáhly vysokoškolského nebo vyššího odborného vzdělání. Při nynějším vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků (NLZP) je třeba dodržovat aktuální kompetence získané kvalifikačním vzděláním. V mnoha jiných odvětvích (hasiči, učitelé) je samozřejmé mít vysokoškolské vzdělání, proto by i u všeobecných sester mělo být nutností (Tóthová 2014, s.179-180).

Důležitost vysokoškolsky vzdělaných sester potvrzují také autoři retrospektivně observativní studie v souvislosti se vzděláním sester a úmrtností pacientů v devíti evropských nemocnicích (Švýcarsko, Španělsko, Anglie, Belgie, Irsko, Finsko, Norsko, Nizozemsko a Švédsko). Výsledky této studie prokázaly, že se u pacientů po chirurgických zákrocích zvyšuje pravděpodobnost úmrtí do 30 dní od přijetí až o 7 % v případě, že dojde v pracovním zatížení sestry k nárůstu o jednoho dalšího pacienta v její péči. Na druhé straně tuto pravděpodobnost až o 7 % snižuje navýšení sester s vysokoškolským vzděláním. Z výsledků studie tedy vyplývá, že počtu úmrtí v nemocnicích lze předejít navýšením vysokoškolsky vzdělaných sester (Aiken et al., 2014, s. 1824-1830).

1.3 Zdravotní gramotnost všeobecné sestry

Aby mohla všeobecná sestra správně edukovat své pacienty, je důležité, aby i ona sama byla vzdělaná a disponovala zdravotní gramotností. Zvyšování zdravotní gramotnosti přitom není v populaci pouze výsledkem teoretické připravenosti sester. Jednou ze základních podmínek pro účinné působení sestry v oblasti zdravotní gramotnosti jsou i její dobré komunikativní dovednosti, naslouchání, umění přizpůsobit edukaci individuálním potřebám pacienta a v neposlední řadě též ochota věnovat této aktivitě dostatek času. Výhoda sesterské profese spočívá především v tom, že sestry tráví s pacienty výrazně více času než jiní zdravotničtí pracovníci a tím jsou přímo zodpovědné za poskytování ucelených informací o

zdravotní problematice. Jednou z dalších výhod sester je také fakt, že do jisté míry představují prostředníka mezi lékařem a pacientem, čímž se opět mohou zasloužit o účinnější pochopení poskytnutých informací z oblasti zdravotní péče a tím zvýšit zdravotní gramotnost. Nevyhnutelnou podmínkou je existence kompetentních sester, a to jak v oblasti osobnostně-sociální, tak emocionální, vybavených dovednostmi, jako jsou komunikativnost, empatie, naslouchání či ochota věnovat pacientovi více času. Je však potřeba upozornit, že nebyla nalezena jediná česká studie zabývající se předloženou tematikou z pohledu ošetřovatelství. Tato skutečnost se ukazuje jako velká výzva pro všechny odborníky na poli ošetřovatelského výzkumu i klinické praxe (Kaas 2016, s.219-223).

1.4 Vztah sestra – pacient

Základními atributy vztahu sestra – pacient jsou empatie, autenticita, důvěra a vzájemná spolupráce. Tento pomáhající vztah je vztah navázaný s pacientem nebo i jeho rodinou na základě komunikace, respektu k etickým hodnotám a empatie. Pro správné fungování vztahu sestra pacient není klíčová jen komunikace, ale je důležité i aktivní naslouchání a respekt všeobecné sestry. Aby bylo zajištěno, že vztah bude postaven na rovnosti a intimitě, musí být přítomny také etické hodnoty a důvěra (Allande-Cussó et al. 2022, s. 462-484). Vztahu sestra-pacient se věnují v přehledové studii i autorky Stasková a Tóthová a poukazují nejen na důležitost vzájemného porozumění mezi všeobecnou sestrou a pacienty, ale také i na uspokojování jak potřeb pacientů, tak i potřeb všeobecných sester. Autorky vyzdvihují důležitost komunikačních dovedností všeobecných sester, které jsou při poskytování ošetřovatelské péče nepostradatelné. Prioritou a zároveň zárukou kvalitní ošetřovatelské péče je péče založená na vztahu všeobecné sestry a pacienta a na uznávání člověka jako jedinečné lidské bytosti (Stasková, Tóthová 2015, s. 212-217). V pomáhající profesi všeobecné sestry, či přímo ve vztahu mezi sestrou a pacientem hraje právě navázání pomáhajícího vztahu velmi významnou roli. V literatuře je tento vztah často popisován jako terapeutický vztah postavený na několika základních principech. Mezi první by se mohl zařadit respekt, protože každá sestra by měla i přes své osobní pocity a s ohledem, respektovat veškeré pacientovy potřeby, hodnoty i přesvědčení. Dalším principem je neméně důležitá opravdovost neboli ryzost. Tento těžký princip zvláště u začínajících mladých sester je založený na uvědomění si svých

vlastních pocitů a naučení se s nimi pracovat a vnesení tak do ošetrovatelské péče lidskost a zájem o pacienta. Projevem lidskosti se sestra dokáže s pacientem společně radovat nebo naopak v okamžicích jeho truchlení vyjádřit soustrast. Mezi další principy patří empatie, aktivní naslouchání či navození důvěry prolínající se s diskretností (Mareš a kolektiv, 2016, s. 81–83). Bohužel z některých studií ale také vyplynulo, že práva pacientů někdy převyšují práva sester a je tedy důležité více podporovat etické kodexy sester. V české přehledové studii autorky poukazují na význam a využití etických kodexů současného ošetrovatelství v různých státech, a hlavně na potřebu vylepšení etického kodexu sester v českém prostředí. Z prozkoumaných studií dle autorek vyplývá, že sestry sice mají nějaké povědomí o etickém kodexu, ale přesně neví, co vše obsahuje a jak by jim v poskytování ošetrovatelské péče a řešení etických otázek mohl pomoci (Toumová et al., 2021, s.83-89)

1.4. 1 Péče zaměřená na pacienta

Péče zaměřená na člověka (anglicky Person-centered care, PCC) je způsob, jak přemýšlet o lidech a jednat s lidmi, kteří využívají zdravotní a sociální služby. Pojem na člověka zaměřená péče se jasně odlišuje od tradičního modelu péče, který považuje člověka za pasivního příjemce péče podřízeného autoritě pečujících, ve kterém je člověk vnímán skrze svoje omezení, zdravotní potíže a neschopnost. Od roku 2001, kdy Institut of medicine (IOM) vydal dokument *Crossing the Quality Chasm*, se pojem péče zaměřená na člověka stal synonymem pro poskytování nejlepší, kvalitní péče . Péče zaměřená na člověka či pacienta není jen o tom poskytovat lidem to, co chtějí. Jedná se o to, aby se při poskytování služeb těmto lidem zvažily jejich potřeby, hodnoty, rodinná situace, sociální okolnosti a životní styl. Znamená to vidět člověka jako jedinečnou bytost s jedinečnou zkušeností, s jedinečnými potřebami a jedinečnou životní situací a společně s ním a jeho blízkými pracovat na objevení vhodných řešení. Také to znamená být soucitný a empatický, přemýšlet o věcech z pohledu člověka a respektovat to, co je pro něj důležité. Základním pravidlem PCC je znát pacienta v jeho celosti a uznávat jeho jedinečnost.

V současnosti neexistuje jednotná definice PCC, neboť pojem péče zaměřená na člověka v sobě integruje více filozofických, medicínských, ošetrovatelských a psychologických tradic. Veškeré definice se však shodují na tom, že je třeba brát pacienta jakožto hlavního a aktivního účastníka péče se všemi jeho potřebami, hodnotami,

preferencemi, možnostmi, schopnostmi i omezeními. Hlavním pilířem PCC jsou respekt a uznání jedinečnosti každého člověka. Historické kořeny PCC lze v oblasti ošetrovatelství stopovat k Florence Nightingale, která zdůrazňovala, že zaměření na pacienta je důležitější než zaměření na vlastní nemoc (Morgen, Yorder 2012, s.6-15). V oblasti medicíny kořeny přístupu sahají k Hippokratovi, Platónovi a Aristotelovi, kteří jsou považováni za předchůdce holistického přístupu k člověku. Je důležitější vědět jaký člověk (jakých psychických vlastností) nemoc má, než jaký druh nemoci člověk má. Sesterská péče zaměřená na pacienta musí být podobně jako lékařská péče postavena na etických základech. Rozdíl mezi etikou ošetrovatelské péče a lékařskou etikou vychází právě ze slov pečovat a léčit. I přesto, že lékař léčí a sestra pečuje, se tyto dvě profese vzájemně prolínají a doplňují (Šimek, 2016, s. 74).

A protože tím, jak sestra o pacienta pečuje je ovlivněna samotná léčba, je důležité, aby samozřejmě s ohledem a respektem na danou situaci, dokázala sestra mnohdy i pozitivním přístupem a humorem pacientovu vážnou situaci převést v situaci snesitelnou (Kosová et al., 2014, s.10). Obecně je známo, že smích léčí, a zvláště u pacientů zvyšuje odolnost vůči stresu a zátěžovým situacím, navozuje pocity klidu a libosti a mírní hněv i deprese. Vytvořenou jakousi „pružností“ jim také pomáhá dívat se na věci jinými očima (Nešpor, 2017, s. 28).

1.4.2 Metafory v pečujícím přístupu – Baletka a Buldozer

Vztah sestry k pacientovi se prostřednictvím ošetrovatelské péče v literatuře hodnotí a posuzuje z mnoha hledisek či pohledů. Záleží vždy na míře a kvalitě pacientovi poskytované péče. Autoři švédská studie Björkdahl a kolektiv popisovali ve svém kvalitativním výzkumu analýzu rozhovorů 19 sester a jejich zkušenosti s péčí na psychiatrickém oddělení. Sestry uváděly rozdíly v poskytování holisticky zaměřené péče a tvrdou realitou každodenní péče o psychiatricky nemocné. Autoři v analýze rozhovorů vycházeli ze dvou filozofií péče, podle kterých vytvořili dvě hlavní témata nazvaná metaforami: Baletka a Buldozer. Přístup Baletky se vyznačoval šetrným, empatickým a pečujícím přístupem, navozujícím u pacientů klid a důvěru. Naproti tomu Buldozerový přístup, i přesto že nevylučoval soucitný a pečující přístup k pacientům a nastavoval na oddělení řád a pořádek, byl mnohdy označován za nešetrný a stavěl mezi sestrou a pacienty pomyslnou zeď. Tento přístup v ošetrovatelské praxi podle autorů nemusí být považován za špatný, ale vyžaduje zkušenost, odvahu a cit

v profesionálním přístupu sestry k pacientům. Přístup tzv. Baletního tanečníka vytváří mezi sestrou a pacientem pomyslný most, díky kterému pacient neztrácí jistotu, ale nalézá s vnímavým přístupem sestry její důvěru. Autoři studie ve svém závěru doporučují prohlubovat a zkoumat souvislost mezi PCC a paternalistickými styly ošetrovatelské péče (Björkdahl et al., 2010, s.510-518).

2 Komunikace v ošetřovatelství

Všemi činnostmi v profesi všeobecné sestry se komunikace táhne jako červená nit a pro sestru znamená další, velmi významnou, či dokonce nejdůležitější oblast jejího působení. Komunikace znamená sdílení nebo sdělení. Rozhovorem všeobecná sestra získává informace o názorech, postojích, přáních a obavách nebo také informace o vnitřním životě člověka. Verbální komunikace je nepostradatelnou součástí běžného života. Každá sestra by měla ovládat komunikaci s pacientem na profesionální úrovni a měla by také umět při vedení rozhovoru s pacientem reagovat na nestandardní situace. Komunikace sestry s pacienty musí splňovat několik kritérií, mezi která patří například respekt, úcta, individuální přístup a kladný empatický postoj k pacientům (Plevová, 2019, s. 48-49). V komunikaci mezi sestrou a pacientem je důležitá vzájemná interakce. A vzbudit zájem o druhého člověka není jednoduchý úkol. Tento postoj si všeobecná sestra může vypěstovat pouze tehdy, pokud má snahu vidět svět z pohledu toho druhého, pokud pacienta vnímá empaticky a snaží se ho chápat ve všech jeho oblastech (Motschnig, Nykl, 2011, s. 41).

Sestra je chápána jako součást celého týmu, který o pacienta pečuje. Profese sestry však nevyžaduje jen schopnost pečovat o fyzickou stránku pacienta, ale je nesmírně důležité pečovat i o jeho psychiku. Sestra má disponovat schopností profesionálně komunikovat jak s pacienty, tak i s jejich rodinami. Sociální komunikace totiž tvoří v ošetřovatelství teoretickou základnu komunikace. Sestra by měla umět rozhovor zahájit, podporovat a správnou komunikaci hlavně udržet, protože na tom často závisí průběh i úspěch léčby pacienta (Zacharová 2016, str. 97). Nejdůležitější a nejefektivnější komunikační dovedností sestry je také naslouchání, které je právem považováno za nejdůležitější součást rozhovoru. Pacient musí mít pocit, že mu sestra naslouchá a plně ho chápe a zároveň akceptuje. Klíčový význam pro kvalitní komunikaci má ale vždy samotná osobnost sestry. Pokud je sestra profesionálně zdatná, přesněji profesionálně kompetentní, je v psychické pohodě a je pozitivně motivovaná, stává se pro pacienta neocenitelným přínosem. V praxi tomu ovšem často z nejrůznějších důvodů takto není. Sestry bývají vinou přemírou úkolů v časové tísní a jejich motivace slábne. V nejvážnějších případech jsou sestry ohroženy syndromem vyhoření (tzv. burn-out). Sestry, které dokážou i přes náročnost a všechny těžkosti své práce s pacientem i tak dobře komunikovat, si lépe získávají nejen jejich sympatie, ale především důvěru pacientů. Ti se jim potom o to více a ochotněji svěří se svými bolestmi, prosbami či obavami. Dobrou schopnost

komunikace sestry s velkým přínosem také zúročí nejen na poli ošetrovatelském vůči pacientům, ale také v interpersonálních vztazích a ve svém osobním životě. Dovednost komunikace totiž hraje významnou roli v kvalitě celého života každého z nás (Vévodová et al. 2016, s.17-22).

2.1 Terapeutická komunikace

Terapeutická komunikace (anglicky therapeutic communication – TC) ve vztahu sestra–pacient je termín, který se často používá v literatuře o ošetrovatelství a příbuzných vědách, a přesto se stále jedná o nejednoznačný pojem. Vyjasnění pojmů je nutné pro podporu porozumění dalším zdravotnickým pracovníkům a pro vedení vývoje teorie a praxe. Atributy byly výměna informací, vzájemný respekt, angažovanost a zvládání zdravotních problémů, které pacienta znepokojují. zahrnovaly spokojenost pacientů, rychlejší dobu zotavení, vysoce kvalitní výsledky zdravotní péče a pozitivní výsledky ve vztahu sestra–pacient Tato zjištění mohou vést ke zlepšení mezilidského kontaktu pacientů v rámci vztahu sestra–pacient a mohou zvýšit míru spokojenosti a zotavení pacientů. Umění komunikace je přitom pro všeobecnou sestru naprosto zásadní. Potvrzují to i ve své analýze autoři Xue a Heffernan z katedry ošetrovatelství v irském městě Tralle, v níž zdůrazňují význam TC v rámci vztahu sestra–pacient. Popisují tento proces jako výměnu informací mezi sestrou a pacientem, založený na vzájemném respektu a angažovanosti při zvládání zdravotních problémů, které pacienta znepokojují. Vyjasnění pojmů TC je nutné pro podporu porozumění dalším zdravotnickým pracovníkům a pro vedení vývoje teorie a praxe, neboť TC je jádrem péče zaměřené na pacienta. TC ve vztahu sestra–pacient je proces výměny informací mezi sestrou a pacientem, založený na vzájemném respektu a zapojení se do zvládání zdravotních problémů pacienta. Většina literatury hovoří o TC jako o strategii ke zlepšení terapeutického vztahu v rámci vztahu sestra–pacient specificky aplikované v psychoterapii, přičemž ignoruje aplikaci v rámci všeobecného ošetrovatelství, kde může být přínosem pro více pacientů. Toto je mezera, kterou se tento výzkum snažil zaplnit. Americká asociace sester doporučuje, aby sestry udržovaly terapeutický vztah sestra–pacient v mezích své profese. TC není nový termín. V dnešní době jsou termíny „terapeutický“ a „komunikační“ v ošetrovatelské literatuře často zmiňovány. Zdá se, že TC se v ošetrovatelské literatuře používá zaměnitelně s výrazy „terapeutický vztah“ a „komunikace“ (Xue, Heffernan 2021, s. 2-8)

Množství recenzovaných článků navrhlo i vhodná komunikační prostředí, která mohou TC učinit efektivnější a formálnější. Autoři Gurková a Krhouta a Papathanasiou navrhuji, že rozhovor by měl probíhat v soukromějším prostředí než na oddělení uprostřed chodby (Gurková, 2015, s.201-208), (Korhouta, Papathanasiou 2014, s. 1512-7680). Mezi komunikační dovednosti všeobecné sestry s pacientem patří mnohdy i přijmout kompromis a nad pacienta se nepovyšovat, ale asertivně situaci zvládnout. Asertivita je způsob chování, kterým člověk otevřeně a přiměřeně vyjadřuje a prosazuje svoje myšlenky, city, názory a postoje. Asertivně jedná sestra dokáže pacientovi jasně a přesně říct co je potřeba udělat, co je důležité a o co jí v ošetrovatelské péči jde. Má přiměřené sebevědomí a pozitivní postoj k pacientům i k sobě samotné. Umí pacientovi naslouchat a umí přistoupit i na kompromis. Asertivně působící sestra jedná i hovoří s pacienty uvolněně a klidně. Velice často se brání manipulaci a s pacienty také nemanipuluje. Potom může sestra snadněji dosáhnout vytouženého cíle pacientova uzdravení, a to navozením spokojenosti a důvěry jak na straně pacienta, tak i na straně svojí (Zacharová 2014, s. 87).

2.2 Neverbální komunikace

Neverbální projevy pacienta mají pro sestru mnohdy větší výpovědní hodnotu než jeho verbální sdělení. Sestra pomocí neverbální komunikace může lépe vnímat prožívání pacienta, jeho emoce a postoje. Ještě více důležité je ovšem to, jak citlivě pacient vnímá každý neverbální projev sestry (Plevová 2011, s. 75). Neverbální komunikace zahrnuje to vše ostatní, co se mimo slov týká komunikace. Neverbální komunikace buď potvrzuje verbální projev, nebo mu na druhé straně protiče. V ošetrovatelské praxi bývají projevy neverbální komunikace hlasitější než slova mluvená. V každodenním životě je důležité si všimnout, zda jsou vnější projevy formou neverbální komunikace v souladu s vyslovenými myšlenkami. Zrakový kontakt, výraz obličeje, intonace hlasu či poloha těla a jeho pohyb – to vše neustále vysílá neverbální odkazy. Prostřednictvím neverbálních projevů sestra přijímá a dekóduje informace o myšlenkách, pocitech i postojích pacientů Profese zdravotníků, která na sebe mnohdy dává znát značnou únavu, však nemění okolnosti na tom, že svoji práci především všeobecné sestry vykonávají s velkým odhodláním a srdečným zájmem pomoci druhým. Pro mnohé pacienty jsou všeobecné sestry andělé, kterým není mnohdy ani přes ochranné pomůcky vidět do tváře (Boroňová 2010, s.196).

3 Empatie všeobecné sestry

Pojem empatie (řeckého původu, *empathia*), anebo u nás méně často také *compassion*, se v češtině chápe snad nejbližší, ale ne nejpřesněji, jako vcítění, soucítění či soucit. Empatie se zmiňuje v diskusích o povaze současné a hlavně (budoucí) moderní medicíny velice často (Derksen, 2013, s.76-84). Není snadné tyto pojmy definovat. Nejprve se podívejme na další slovo *sympatie*, které je oběma předchozím slovům velmi blízké. Etymologicky je na tom se slovem *compassion* obdobně: „sym-pathos“ a „com-pathos“, kde předpony „sym“ a „com“ obě znamenají spolu / společně. Sloveso „pathos“ potom vyjadřuje pocit trpět / cítit. Složeniny slov tedy nesou význam sdíleného prožívání. Podle článku, ve kterém se autor snažil přijít na kloub těmto stále frekventovanějším definicím, jsou sice oba pocity pocíťovány ve chvílích, kdy někdo trpí, *compassion* je však svým dosahem ještě silnější, neboť ten, kdo cítí *compassion* (vcíťuje se do druhého), pocíťuje ve stejnou chvíli i silnou touhu druhému pomoci. A právě v případě vztahu sestry s pacientem se všeobecná sestra v pacientově trápení angažuje a chce jej zmírnit (Jeffrey 2016, s.446-452).

Význam empatie v profesi všeobecné sestry a její pozitivní vliv na pacienty je všeobecně známý. Samotná ošetrovatelská péče je založená na vztahu pacienta s ošetrujícím personálem v popředí se všeobecnou sestrou řečeno a na jejich vzájemné komunikaci. Tu jako pojem interpersonální komunikace sester ve své studii zkoumá Vertino. Poukazuje na vztah komunikace se známou Maslowovou hierarchií lidských potřeb, kterou v roce 1943 Abraham Maslow popsal jako základ lidského chování z hlediska priorit přežití. Z výsledků studie vyplývá, že použití účinných komunikačních strategií u všeobecných sester v profesionálním i osobním prostředí snižuje jejich stres a zlepšuje také celkovou kvalitu jejich života. Empatie u všeobecné sestry hraje v ošetrovatelské péči významnou roli. Sestra využívá svého empatického přístupu, úsměvem dodává pohlazení po duši, navozuje přátelskou atmosféru a neustále tak vlastně dodává pacientům naději v jejich uzdravení a zároveň je i motivuje k návratu do běžného života. Jak autor této studie uvádí, pacienti mnohdy kvůli svému onemocnění, úrazu či kognitivnímu deficitu nemohou mluvit, nebo nedokážou přímo popsat co je trápí a co potřebují. Potom je tedy důležité, aby za ně tzv. „mluvily hlasy všeobecné sestry“. A právě všeobecné sestry svým neustálým kontaktem s pacienty zaujímají nejvíce

ideální pozici pro nastavení empatické komunikace. A tím vlastně podporují i svůj vlastní emoční, duchovní a psychologický vývoj (Vertino 2014, str.1).

3.1 Zrcadlové neurony

Naprosto velkou a zásadní změnou ve spojení s empatiemi bylo v 90.letech italskými vědci z Parmy objevení tzv. zrcadlových neuronů. Výzkumník sledující mozkovou aktivitu makaků si jednoho dne všiml, že se aktivovaly neurony makaků ve stejné oblasti, jako by opice dělaly stejnou činnost jako on, přitom ho pouze pozorovaly. V přední části mozku jsou totiž mezi pohybovými neurony i neurony takové, které vyšlou signál i v případě, že se druhý jen dívá na někoho, kdo daný pohyb či výraz v obličeji dělá. Takovým neuronům se říká zrcadlové neurony a pro svoji jedinečnost spojenou se schopností interpretovat výrazy obličeje, pocity a vlastně i pohyby, jsou právem některými vědci považovány za základ empatie (Caramazza et al.,2014, s.1-15).

Zrcadlovým neuronům se v kontextu k tématu mé diplomové práce hodně věnuje ve své studii i autor Praszkie. Popisuje empatie, propojené s neurovědami, jako vnímané afektivní reakce. Uvádí, že všechno začíná tzv. „emocionální nákazou“, což představuje primitivní formu empatie. Schopnost empatie je naprosto zásadním prvkem ve verbální či neverbální komunikaci. Empatií se obecně rozumí schopnost cítit to, co ostatní. Autor ji popisuje jako pocit „být v botách druhého“. Tato (profesně vypracovaná) schopnost je pro všeobecnou sestru v péči o pacienty velkou předností. Pro skutečně „dobrou sestru“ je schopnost vědomého zrcadlení (odezírání) pacientových emocí naprostou nutností. Právě toto zrcadlení pacientů umožňuje všeobecné sestře být empatická (Praszkie 2016, s. 1-25).

3.2 Emoce všeobecné sestry

Schopnost empatie všeobecné sestry je postavena na umění zvládat své emoce. Ty hrají v ošetrovatelské péči u všeobecné sestry velmi významnou roli a jsou základem osobnostního vybavení každé všeobecné sestry. Zdárné vyléčení pacientů lze ovlivnit především jejím emotivním a pozitivním přístupem. S motivací pacientů v celém procesu uzdravování a léčby

jako takové souvisejí především emoce. Jedná se jak o emoce všeobecné sestry, tak o emoce samotných pacientů (Loft et al. 2017, s. 162-174). Emoce každého člověka souvisejí s jeho emoční inteligencí (EI). Rozsáhlá studie polských autorů se zaměřila na vztah EI a klinického rozhodování (CDM). Emoční inteligence představuje u současného člověka (Homo sapiens, sapiens) schopnost pracovat se svými emocemi. A to s emocemi svými i emocemi okolních osob. Pro všeobecnou sestru je důležité emoce rozpoznávat, kontrolovat a hodnotit. Zjednodušeně tedy zvládat emoce vlastní a ovlivňovat tak emoce druhých. Emoce u zdravotnického personálu dle výsledků studie představují v procesu CDM velice důležitý a všudypřítomný prvek. Bez emocí jsou klinická rozhodnutí člověka označována jako mechanická a podřadná. Emoce samotné dle autorů studie ovlivňují všeobecné sestry, jejich péči o pacienty a také velmi úzce souvisí s EI všech zdravotníků. Ne jen u lékařů, ale především u všeobecných sester je naprosto zásadní umět zvládat své emoce. Dovednost ovládat své emoce představuje silný znak profesionality! Všeobecné sestry tráví s pacienty 24 hodin denně a jsou to tedy právě ony, které svým emotivním přístupem motivují pacienty k návratu do jejich běžného života. Současně je autory v této studii v CDM sester zdůrazňována přítomnost empatie a soucitu s pacienty. Protože jen „všímavá“ a empatická sestra vidí i na tichých (introvertních) pacientech, že něco není v pořádku, soucítí s nimi a dokáže jim v jejich trápení pomoci (Kozłowski et al. 2017, s. 1-13). Empatie sestry jsou tedy nezbytnou součástí emocí a vytváří velice důležitý prvek při vytvoření vzájemné důvěry a spolupráce sestry s pacientem, a to jak při verbální, tak i neverbální komunikaci. Empatie a soucit představují mocnou sílu nejen při holisticky poskytované ošetrovatelské péči, ale i při budování pacientovy motivace k uzdravení (Praszkier, 2016, s. 1-25).

Je to především všeobecná sestra, která musí dobře chápat všechny okolnosti, nálady i momentální emoce každého konkrétního pacienta. Ta své pacienty motivuje čili vede je na jejich cestě ke zdraví a pomáhá jim v jejich nemoci ve všech ohledech. Zásadní součástí profesní kompetence sestry je pracovat jak s emocemi pacientů, tak s emocemi vlastními. Zvládnout emoce své i pacienta má zkrátka obrovský význam pro celou ošetrovatelskou praxi. Je to především, a jen, šťastná a motivovaná sestra, co svým správným empatickým přístupem motivuje své pacienty (Beckham, Riedford 2017, s.79-82).

Zachování kontroly nad vlastními emocemi i podle Golemana souvisí s EI. Jedná se o způsob chápání pocitů vlastních i pocitů druhých lidí a jejich ovládnutí s cílem dosáhnout požadovaného výsledku. Součástí EI tvoří také schopnost empatie, která „pramení ze

sebeuvědomění: čím otevřenější jsme k vlastním emocím, tím lépe dokážeme rozeznávat a chápat city ostatních.“ (Goleman 2011, s. 95). Emočně inteligentní sestra umí vycházet sama se sebou i s pacienty, kterým dovede naslouchat, komunikuje s nimi jasně a přesvědčivě, je svědomitá, spolehlivá, optimistická, v kritických a vyhocených situacích je klidná a také umí přijímat kritiku a správně komunikovat uvnitř organizace (Kilíková 2013, s. 146). Nutnost komunikačních dovedností související s emocemi sestry potvrzuje i Haškovcová, podle které je „potřeba rozlišovat běžnou lidskou komunikaci s pacientem, která nic nestojí, od výjimečné komunikace s vážně nemocnými pacienty, která už vyžaduje náležitý trénink komunikačních dovedností a znalostí (Haškovcová, 2013, s. 26).

Ovšem i negativní emoce jsou užitečné. Přiměřený smutek nad ztrátou čehokoliv je emoce, která do budoucna chrání naše zdraví. A netýká se to pouze pacientů, ale samozřejmě i sester, které o ně pečují. Kdysi už známý zakladatel psychoanalýzy Sigmund Freud zcela jasně řekl, že deprese je daň za náš neodžitý smutek. Když se přes něj všeobecná sestra přenesla nepřiměřeně v čase nebo v náležitě intenzitě, může postupně dospět do chorobné nálady a až vzniku depresí. Navíc trvalé napětí velmi často vede k bolestem hlavy, zad, opotřebením pohybového aparátu, narušuje funkci trávicího systému. Je tedy nesmírně důležité naše ztráty a zažitá utrpení kompenzovat něčím pěkným a potěšitelným, tak jak nám velí naše vnitřní malé dítě, které nás chce hladit a objímat. Je důležité snažit se zapomenout na nepříjemné okamžiky a s láskou se mít rád. Tento postoj je nejdůležitější v pasti naší vlastní nemoci, ale i ve všech pastech strastiplných okamžiků v našem životě. Jak uvedl známý český psychiatr a psychosomatik Honzák: „*nikdo na nás nemůže být horší, než to dokážeme my sami. Dívejme se na svět očima Malého prince a hledejme to pěkné. To blbé přijde samo*“ (Honzák, 2010, s. 33).

3.2.1 Osobnost a povahové vlastnosti všeobecné sestry

Nejen empatie všeobecné sestry, ale především její osobnostní výbava neboli její povahové vlastnosti jsou to, co ovlivňuje komunikaci a vůbec vztah sestry s pacientem. Každý zdravotník, a všeobecná sestra především, by měli umět správně komunikovat, disponovat odolností vůči stresu a schopností pracovat v týmu. Vystupování všeobecné sestry by mělo být vždy přesvědčivé a klidné. Důležité je, aby sestra také dbala i na svůj vzhled a na dodržování hygienických zásad. Rovněž dodržování správnosti ošetrovatelských postupů je

jedním z nejdůležitějších kritérií pro vykonávání této profese. Všeobecná sestra je denně vystavena různým stresovým situacím, které mohou negativně působit na její psychiku. Potom záleží na povahových vlastnostech každé všeobecné sestry a na jejích schopnostech, jak se dokáže s náročnými situacemi vyrovnat. Následkem dlouhodobého působení negativních faktorů může u sester dojít až ke známému syndromu vyhoření. Při něm sestra ztrácí chuť vykonávat svou profesi a tím snižuje i kvalitu poskytované ošetrovatelské péče. Pro sestru je každodenní vystavení psychické zátěži mnohdy již rutinou, přesto stále záleží na jejích povahových vlastnostech a na její osobnosti (Hlinovská, Němcová 2012, s.32-34).

Mezi povahové vlastnosti sestry by se dala zařadit i tzv. neutralita a klidné, rozvážené chování. Dalo by se říct, že by se sestra měla ke všem pacientům chovat stejně mile a profesionálně, tedy neškatulkuje si je na sympatické či nesympatické, ale chová se ke všem stejně. Za každých okolností si musí zachovat profesionální tvář, a především neříkat nahlas, co si myslí. Zkrátka musí krotit své emoce. Neznamená to ovšem, že taková sestra, kontrolující si svůj rozum, nemůže dát znát svoje prožívání. Vše by ale mělo být s ohledem a respektem k pacientům. Někdy se mohou vyskytnout situace, kdy je důležité, aby sestra nepropadala panice a stresu a zachovala si profesionální a klidný přístup. Tato vlastnost umožňuje sestře vykonávat svoji profesi bezpečně. Předchází tak následným hrozbám, jež by mohly nastat, kdyby takto nejednala. Sestra s klidným, milým přístupem a schopností navázání důvěry k pacientům, je duševně vyrovnaná, a dosáhne tak daleko lepší spolupráce s pacienty. Takovým schopnostem, které se vyznačují porozuměním druhým a úspěšným působením na ně, se odborně říká sociální inteligence a pro sestru jsou nesmírně důležité. Tyto schopnosti může sestra získat jak geneticky, tak i působením praxe, na základě, které si vytváří určité stereotypy svého jednání. Sestra by se vždy měla snažit chápat pacientovy nálady, emoce i jeho zdravotní stav. Následovně si pak zvolí svůj vhodný postoj k pacientovi. K výměně informací potřebuje nejen s pacientem komunikovat, vhodně se ptát a správně volit otázky, ale i ovládat umění pacientovi především naslouchat. Problematické u všeobecných sester jsou vlastnosti, jako je nezáměr, nedbalost a vlastně zájem pouze o svoji osobnost (Venglářová 2011, s. 15).

Také rychle jednat a rozhodovat se v situacích, kdy čas je neúprosný, by měl zvládnout každý zdravotník. Zhodnotit situaci a zvolit správný postup při řešení problému vyžaduje praxi a také vrozenou schopnost v umění se rozhodnout. Pokud dojde k chybě, měla by si ji sestra, umět včas přiznat, aby nedošlo ohrožení pacientova života. Proto jsou čestnost, přímost

a upřímnost další atributy ke zvládnání této profese. Další vlastností ideální sestry je schopnost projevat soucit. Podle Heřmanové sestra svojí přítomností a pomocí pomáhá pacientovi vyrovnat se s utrpením a vede ho k pocitu, že není sám a opuštěný. Soucit vyjadřuje přítomnost sestry u pacienta a její aktivní podíl na péči o něj. Projevy soucitu podporují budování vztahu a důvěry mezi sestrou a pacientem. Bez nasazení vyjadřujícího city, zájem a soucit s pacientem se kvalitní ošetrovatelská péče neobejde. Sestra je zároveň každodenním svědkem utrpení pacientů. Dobrá sestra hraje roli jejich zastánkyně, advokáta i důvěrníka. Často pouhé naslouchání pacientům pomáhá zmenšovat jejich utrpení. Právě lidský kontakt mezi pacientem a sestrou pomáhá zmírnit pocity psychické i sociální tísně a překlenout období bezbrannosti a nejistoty. Heřmanová také upozorňuje, že sestry samy prožívají utrpení nemocných jako svoji vlastní morální tíseň a napětí vycházející z bezprostřední blízkosti s trpícím člověkem. Problematika zvládnání utrpení tudíž vyžaduje dostatek prostoru a sestry v tomto ohledu potřebují náležitou podporu zkušených psychologů nebo supervizorů. V opačném případě mohou velmi rychle vyhořet a ztratit schopnost pomáhat pacientům, uspokojení z vlastní profese i se sebou samými (Heřmanová, 2012, s.22-26).

3.2.2 Profesionalita a lidský přístup všeobecné sestry

Nejen motto Fakultní nemocnice v Olomouci, ale i pro každého zdravotníka a všeobecnou sestru především, by měla být profesionalita a lidský přístup zásadou. Hlavní principy image v ošetrovatelství zastupují dvě zásady – přesvědčení je prvotní věřit v to, co člověk činí. Kladné sebehodnocení ovlivňuje naši stránku osobnosti a profesní přístup k dané věci. Druhý princip dává do vzájemné interakce vztahu odpovědnosti a úspěchu. Nevinit druhé za případné nezdary a převzít plnou odpovědnost za úspěch či zklamání (Plevová, 2012, s. 90-91). Moderní vývoj zdravotnictví žádá nové postupy, znalosti a posunem vnímání sester veřejností. Profese sestry je podle sociální pozice společensky přijímána, na dosti vysokém stupni. Prestiž sestry by měla být nejen základním pilířem sester, ale i veřejných orgánů. Rozvoj ošetrovatelství a ošetrovatelského procesu musí zajistit sestřím novou image. Sestra musí být rovnocenný partner v multidisciplinárním týmu, odbourat mýty o sesterském povolání a zlepšit obraz veřejnosti o sestřích. Prestiž povolání je definována dvěma protipóly. Jedna strana zobrazuje sestru jako humanitní laskavou ženu se smyslem nabuzení

důvěryhodného vztahu s pacientem. Druhou stranu zastupuje sestra ovládající moderní technologie, která se spoléhá na svůj rychlý úsudek a rozum. Obě strany mince vyžaduje současné pojetí sesterské image. Profesionální sestry by se měly řídit především Etickým kodexem sester, pod který spadá kodex ICN. Ten uvádí, že sestra odpovídá za poskytovanou péči a edukaci pacienta, dodržuje povinnou mlčenlivost, měla by se celoživotně vzdělávat, zajišťovat maximální péči o pacienty, měla by dbát na práva pacientů, snažit se o týmovou spolupráci a musí upozornit na možné ohrožení pacienta jakoukoliv osobou (Jankovský, 2018, s.17-19).

Dnešní rychlé změny v hodnotových systémech ve společnosti způsobily, že ošetřovatelství se při poskytování péče svým pacientům či klientům potýká s etičtějšími a filozofičtějšími výzvami. Tyto změny také vytvořily nová ošetřovatelská prostředí, která vyžadují profesionální ošetřovatelství. Postupně vývoj vzdělávacích standardů a profesních certifikátů vedl ošetřovatelství k posunu k profesionálnímu statusu. Lidský přístup sestry k pacientům je ale stále v hodnotovém žebříčku na prvním místě. Mezi základní hodnoty ošetřovatelství patří tak altruismus, autonomie, lidská důstojnost, integrita, čestnost a sociální spravedlnost. Základní etické hodnoty jsou obecně sdíleny v rámci globální komunity a jsou odrazem lidského a duchovního přístupu k profesi sestry. (Poorchangizi, et al., 2019, 1472-6920). Jak popisuje také Šimek, vědomé jednání vedoucí k pacientově dobru je základem každé sesterské ctnosti a není konané jen náhodně, nebo občas. Takové chování sester s prvky altruismu, kdy sestra sama ze svého přesvědčení, a hlavně nezištně koná dobro pro pacienta, není spatřováno pouze v jejím chování, ale rovněž i ve vnitřním životě samotné sestry. Altruistickým postojem k pacientům sestra ukazuje vlastně takový svůj plusový emoční náboj (Šimek, 2016, s. 76).

4 Riziko syndromu vyhoření u všeobecných sester

Syndrom vyhoření neboli „burnout“ se stal společenským problémem západní civilizace. Jeho existence je stále na mnoha pracovištích zlehčována, a to navzdory tomu, že způsobuje nejen každoroční miliardové škody ve státním i soukromém sektoru, ale má závažný dopad na psychiku společnosti a přináší s sebou velká osobní. Pracovní prostředí může být příčinou tlaku a vyhoření. Někteří klienti mají více problémů najednou, které nejsou schopni vlastními silami řešit, a často od všeobecných sester očekávají více, než jim mohou poskytnout. Od sester se očekává pomoc klientovi, být s ním naladěna na stejnou vlnu, projevovat pochopení a být připravena řešit jeho obtíže. Navzdory intenzivní zátěži, kterou mnohdy představují pacientova nereálná očekávání, se mohou vyskytnout překážky v podobě nedostupnosti služby. I když by tyto potřeby či služby pacienti potřebovali, splnění takových potřeb již není v kompetenci sestry (Maroon, 2012, s. 30-31).

WHO plánuje vyvinout pokyny pro duševní pohodu na pracovišti, a to na základě metaanalýzy 113 studií zahrnujících 45 539 sester po celém světě ve 49 zemích napříč různými specializacemi. Tato studie je vůbec první studií, která sjednocuje publikované studie a odhaduje souhrnný počet příznaků vyhoření mezi sestrami po celém světě. Z výsledků vyplývá, že sestry mají vysokou prevalenci symptomů vyhoření, což vyžaduje zvýšenou pozornost a další řešení problému. Tato studie navíc slouží jako podnět pro intervenční studie a změnu politiky s cílem zlepšit pracovní podmínky sester a celkovou kvalitu zdravotní péče (Woo et al., 2020, s.9-20).

Strategii syndromu vyhoření, ovlivněného stresem a emocemi všeobecných sester analyzují ve své popisné studii autoři z Jižní Koreje. Pomocí strukturovaných dotazníků vyhodnocovali data u 303 všeobecných sester z 27 korejských nemocnic. Ve výsledcích autoři potvrzují, že využití přirozeně pociťovaných emocí u sester by mohlo kompenzovat stále více se vyskytující známý syndrom vyhoření (Kim 2020,s.105-112). Souvislost mezi motivací a syndromem vyhoření popisuje také ve své kvantitativní studii u všeobecných sester FN Olomouc autorka Ježorská. V žebříčku preferencí je zařazen faktor mzdy s nejvyšší pracovní hodnotou,dále péče o pacienty a jistota pracovního místa (Ježorská et al., 2014, s.9-15). V další studii, zabývající se syndromem vyhoření tentokrát u 76 sester v Pensylvánii, poukazují autoři na přítomnost odolnosti, obětavosti a celkového pohlčení u všeobecných sester. Na základě demografického průzkumu u zkoumaných sester autoři ve výsledcích výzkumu

naznačují, že je důležité jak školení zaměstnanců, tak i především další vzdělávání sester upravením vysokoškolských osnov, které by se mělo zaměřit se na zvýšení odolnosti, obětavosti a pracovního elánu u budoucích sester (Hetzel-Riggin et al.,2020, s.1835-1853).

4.1 Motivace u všeobecných sester

S prevencí syndromu vyhoření souvisí i motivace samotných sester. Protože z celého klinického personálu je to především ona, která s pacienty tráví nejvíce času, měla by být ona tím nejdůležitějším článkem v budování pacientovy motivace vedoucí k jejich úspěšnému návratu do běžného života. Motivovat pacienty ale dokáže jen taková sestra, která je ve své profesi sama dobře motivovaná. Dle Kroboty je vše, co pacient dokáže sám, tou nejlepší rehabilitací a všeobecná sestra v budování jeho motivace zaujímá velice významnou roli. A to nejen v dopomoci při sebeděči během dne, ale především v náviku chůze, která je pro pacienty nejdůležitějším bodem s obrovsky motivujícím významem. Budování či navyšování motivace u pacientů je pro návrat do jejich běžného života nezbytné (Krobot et al., 2017, s. 521-526).

Samotný proces motivace začíná podnětem, který nás ovlivňuje buď pozitivně, nebo negativně. Autoři japonské studie ve svém kvantitativním výzkumu proto zjišťovali faktory související s motivací a mírou předpokladů ke zvolenému povolání již u studentů zdravotnických škol. Výsledky výzkumu poukázaly na několik důležitých aspektů, které by u studentů zdravotnických škol neměly chybět. Patří mezi ně vnitřní a vnější motivace, ekonomická nezávislost, minulá zkušenost studentů a také neméně důležitá životní stabilita studentů. Autoři studie také podtrhují důležitost učitelů vést své studenty k etickému chování, což představuje vychovávat je k lidskému, až altruistickému přístupu k pacientům (Kudo et al., s. 33-42). Sestry ve vztahu k nemocnému zastávají nezastupitelnou roli, musí ale ovšem nejdříve duševně vyzrát. V opačném případě by se pro ně práce stala zdrojem stresu a zdrojem neúnosné zátěže. Ne vždy totiž dokáže všeobecná sestra své pacienty správně motivovat. A jak popisuje Ježorská, nedostatečnou motivací ve své profesi u ní může nastat až syndrom vyhoření (Ježorská 2014, s. 9-15).

4.2 Transakční analýza jako styl komunikace vyhořelé sestry

Nedostatečně motivovaná, až vyhořelá sestra se potom daleko snadněji dostává do komunikačních potíží přímo s pacienty či se svými kolegy. Hlavním problémem u mladých, nově vystudovaných všeobecných sester je fakt, že vynakládají maximum své emocionální, fyzické i psychické aktivity, a proto se v mnoha případech stává, že často mění profesi. U takových sester, které mohou trpět syndromem vyhoření, a to se nejedná jen o mladé, ale i o všechny starší a zkušené sestry, totiž může docházet ke špatnému chování k pacientovi. Bohužel existují případy, kdy sestra poškodila pacienta ať už úmyslně, nebo neúmyslně. Nadřízení by měli sledovat chování jednotlivých sester na svém pracovišti a na základě toho provádět za pomoci specialistů v oboru psychologie odborné konzultace jejich problémů. Případně se individuálně s určitou sestrou domluvit na změnách, které by ji pomohly (Melanová 2017, s.31).

Pojem transakční analýza (TA) jako psychologický přístup a směr psychoterapie pojmenoval v 60.letech 20.století americký psycholog Eric Berne rozvinul teorii ega, jako části osobnosti, která je zodpovědná za kontakt a komunikaci s okolím. TA se zaměřuje na studium ega, které zaujímá u každého člověka různé stavy. Berne na základě pozorování popsal tři různé egostavy, které se v průběhu vývoje vytvářejí u každého člověka: Dítě, Rodič a Dospělý. Každý z těchto egostavů se vyznačuje svým specifickým slovníkem i chováním a v komunikaci mezi sestrou a pacientem hrají velkou roli. V případě komunikace na úrovni Rodiče a Dítěte je vztah velmi asymetrický a je označován za otcovský neboli paternalistický (rodičem je míněn otec, v latině pater) a tento stav popsal Berne jako „elektroda“, protože vychází z tzv. energetizace a vyznačuje se rodičovským poselstvím se známky destrukce (Berne 2013, s.124). V ošetrovatelské praxi tento způsob komunikace sestry s pacientem představuje tlačení pacienta do pozic, ve kterých on sám nechce být a bývá mnohdy sestrou ponižován a uváděn do role malého dítěte, které nemůže o ničem samo rozhodovat. Druhý koncept Dítě v Dítěti se jako část dětského egostavu projevuje krutostí, arogancí až agresivitou a je pojmenován jako „démon“ či dokonce „malý fašista“ (Berne 2013, s. 131). U konceptu Dospělého v Dítěti popisuje Berne tento egostav jako obraz „malého profesora“, jež se sice vyznačuje racionální reakcí na reálný svět, ovšem bez potřebných mentálních schopností dostatečných informací (Berne 2013, s. 114).

4.3 Sororigenie

V případě komunikace či přístupu sestry s pacientem podle modelu transakční analýzy na úrovni nejčastěji Rodič-Dítě může dojít k tzv. sororigenii, což znamená poškození pacienta ze strany sestry. Tento výraz byl odvozen od termínu iatrogenie (který značí poškození pacienta jakýmkoliv zdravotnickým pracovníkem) a svým latinským základem od slova sestra (soror) a druhou řeckou částí genie znamená od sestry vyvolané či vzniklé. V profesi všeobecné sestry je naprosto nezbytné chovat se k pacientům lidsky, s úctou a respektem. Svým způsobem by empatií a ochotou druhému pomoci měly sestry přímo hořet. Jak uvádí Zacharová, pacienti jsou chováním sester mnohdy velmi ovlivněni a ať sestry chtějí nebo ne, právě jejich chování a nastavená komunikace, ať už verbální či neverbální, hraje v pacientově uzdravení obrovskou roli. Většina zdravotníků si myslí, že komunikovat s pacienty umí, nebo že jejich komunikace je na celkem dobré úrovni. Avšak opak je mnohdy pravdou a dosvědčují to časté negativní zkušenosti pacientů, stížnosti a někdy dokonce i soudní spory a žaloby. soudní žaloby a spory, kritiky a stížnosti pacientů (Zacharová 2016, s. 105).

Sestra může svým nevhodným chováním pacienta poškodit jak somaticky, tak i psychicky. Jedná se potom o sororigenii somatickou, kdy například sestra nevhodně a bolestivě aplikuje například pacientovi injekci či zavádí nešetrně kanylu, nebo může jít o tzv. sororigenii psychickou, která vzniká hrubým a arogantním chováním sestry k pacientovi. Taková sestra se nad pacienta povyšuje a její neempatické chování může v pacientovi přetrvávat v podobě nepříjemného zážitku do konce jeho života. Zvláště u pacientů s psychosomatickými nemocemi dochází v rutině medicíny mnohdy k častým komplikacím plynoucí z nepochopení jejich stavu. Léčba se často redukuje na jednoduché a rychlé předepsání v dnešní době stále populárnějších antidepresiv. A proto by se v přístupu sester k pacientům neměl vytrácet holistický, a především empatický pohled na celý životní příběh nemocného, protože právě lidskost a opravdový zájem o něj bývá mnohdy tím úspěchem v pacientově zdárném uzdravení (Irmiš, 2014, s. 77).

Výzkumná část

5 Formulace problému

Profese všeobecné sestry se již od nepaměti právem drží na jedné z předních příček v žebříčku hodnocení povolání, a to především díky své prestiži a zařazení do tzv. pomáhajících profesí. Laická veřejnost a samozřejmě většinou i samotné sestry toto krásné a zároveň náročné povolání označují spíše za poslání. A protože je všeobecná sestra s lidmi, tedy s pacienty, v neustálém každodenním kontaktu, nutně se i ona v této „profesi, založené na práci s lidmi“, dostává někdy do problémů. Potíže ve vztahu pacienta se všeobecnou sestrou nastávají většinou kvůli neodborné, nebo nevhodné komunikaci či nedostatečné empatii a profesionalitě. V odborné literatuře i zahraničních studiích se všeobecná sestra hojně prezentuje jako profesionálka, ale již málo se pohlíží na samotné pacienty: Jaké mají se sestrou sami vlastní zkušenosti a jak oni sami vnímají všeobecnou sestru nebo jakou by si ji přáli mít. Proto jsem považovala za důležité zmapovat jejich názory a zkušenosti stran celkového přístupu všeobecné sestry k pacientům.

5.1 Cíle výzkumu

Cílem diplomové práce bylo na základě získaných rozhovorů analyzovat zkušenosti pacientů se všeobecnými sestrami.

Hlavní otázka:

Popište mi prosím Vaši osobní zkušenost se všeobecnou sestrou / sestrami při Vaší hospitalizaci ve FNOL.

Dílčí cíl 1: Popsat a analyzovat z pohledu hospitalizovaných pacientů postoj všeobecné sestry k pacientovi.

Výzkumná otázka 1:

Jak Vás ovlivnila péče všeobecné sestry při Vaší léčbě a následnému návratu do běžného života při Vaší nedávné hospitalizaci?

Dílčí cíl 2: Popsat a analyzovat z pohledu hospitalizovaných pacientů význam komunikace ve vztahu sestra-pacient.

Výzkumná otázka 2:

Popište mi prosím Vaši zkušenost s komunikací všeobecné sestry k Vám při poslední hospitalizaci.

Dílčí cíl 3: Popsat a analyzovat z pohledu hospitalizovaných pacientů důležitost profese všeobecné sestry ve vztahu sestra-pacient v ošetrovatelské péči.

Výzkumná otázka 3:

V čem spatřujete důležitost profese všeobecné sestry?

Dílčí cíl 4: Popsat a analyzovat z pohledu hospitalizovaných pacientů jejich představu o všeobecné sestře.

Výzkumná otázka 4:

Jaká by podle Vás měla být všeobecná sestra?

5. 2 Metodika výzkumu

Pro tuto diplomovou práci zaměřenou na kvalitativní výzkum byla zvolena metoda zakotvené teorie. Jedná se o vědeckou metodu založenou na induktivním odvozování či způsobu přemýšlení nad získanými poznatky z rozhovorů. Výhodou kvalitativního postupu je možné prolínání fází výzkumu a používání induktivní logiky. Výsledky kvalitativního výzkumu nestojí na statisticky podložených datech získaných dotazníky, ale na vytváření celistvého, holistického obrazu zkoumaného problému. U metody zakotvené teorie jsou výzkumné otázky soustředěné většinou na nějaký průběh či dění. Záměrně široce formulovaná otázka na začátku výzkumu podle zakotvené teorie zajišťuje postupné

formulování a upřesňování dalších otázek a dílčích cílů výzkumu. Dochází tak k porozumění zkoumaného jevu a identifikaci klíčových kategorií (Strauss, 1999, str.102-111). Výzkum byl realizován pomocí kvalitativního polostrukturovaného rozhovoru, který na základě přímého kontaktu výzkumníka s respondenty umožnil získat detailní informace o zkoumaném problému. Získané poznatky by také mohly být použity ke tvorbě edukačních materiálů pro všeobecné sestry, případně ke tvorbě materiálů pro zkvalitnění a prohloubení výuky na Fakultě zdravotnických věd.

5. 3 Sběr dat

Pro sběr dat byla použita technika polostrukturovaného rozhovoru v trvání od 30 do 60 minut. Otázky v rozhovoru byly zaměřeny na popis zkušeností se všeobecnou sestrou u pacientů hospitalizovaných ve Fakultní nemocnici Olomouc. Výzkum probíhal v období od 1.7.2021 do 30.9.2021. Rozhovor byl prováděn po ukončení hospitalizace v klidném prostředí v soukromí, po domluvě s respondentem v místě jeho bydliště bezprostředně po jeho propuštění z nemocnice, nejpozději do 10 dnů. Rozhovor byl zaznamenán na diktafon a následně přepsán. Každý zvukový záznam, terénní poznámky a doslovný přepis rozhovoru byl zakódován z důvodu anonymity.

5. 4 Charakteristika souboru

Byl proveden záměrný výběr 21 dospělých pacientů oslovených ke spolupráci na výzkumu zjištění zkušeností se všeobecnou sestrou při hospitalizaci na rehabilitačním oddělení ve FN Olomouc. Do výzkumu byli zařazeni respondenti ve věku nad 18let, s lehčí i těžší funkční pohybovou ztrátou. Šlo o pacienty přeložené z neurologické kliniky po cévních mozkových příhodách, ale bez výrazných kognitivních ztrát. Stejně tak byli osloveni pacienti přeložení z jiných klinik FNOL, zejména po operacích a úrazech pohybového aparátu. Jednalo se nejčastěji o pacienty po náhradách kyčelního nebo kolenního kloubu, přeložených z Ortopedické kliniky, nebo o pacienty po operaci zad z Neurochirurgické kliniky, či po různých úrazech a traumatech z kliniky Traumatologie. Všem takto záměrně vybraným respondentům bylo zdůrazněno, že z účasti na výzkumu pro ně nevyplývají žádná rizika,

rozhovor bude probíhat bez účasti jiných osob a v jejich bezpečném prostředí se zajištěním soukromí, a to nejpozději 10 dnů po propuštění z nemocnice. Pokud by se respondent rozhodl odstoupit z účasti na výzkumném projektu, byl obeznámen, že tak může učinit kdykoliv v průběhu výzkumu a bez udání důvodu

5.5 Etické aspekty výzkumu

Přípravná fáze i celý průběh výzkumu probíhal za dodržování etických zásad, doporučených Helsinskou deklarácí WMA. Všichni účastníci výzkumného šetření byli podrobně seznámeni se záměrem výzkumu, s jeho průběhem i cíli. Vybraným respondentům bylo vysvětleno, že při interpretaci výsledků bude v uváděných rozhovorech pro zachování anonymity použito náhradní jméno. Byla respektována osobní svoboda, všechny rasy a etnika a vybraní pacienti dostali informovaný souhlas, který po přečtení podepsali. Výzkum byl schválen etickou komisí Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého, jehož vyjádření i vzor informovaného souhlasu je součástí přílohy této diplomové práce.

5.6 Zpracování dat

Všechny rozhovory respondentů byly z diktafonu detailně a autenticky přepsány do textového procesoru MS Word. Přiřazením anonymních jmen v textu přepsaných rozhovorů se zajistila důsledná anonymita výzkumníků. Rozhovory byly poté po přepisu z nahrávacího zařízení vymazány. Pomocí některých technik zakotvené teorie se přepsané rozhovory dále opakovaně pročitaly a získaná data analyzovala. Pomocí metody barvení textu byly postupně barevně zvýrazňovány ty podstatné části, které se nejvíce týkaly výzkumného problému. Na otevřené kódování, navazoval vznik kódování axiálního, kdy byla provedena kategorizace získaných údajů. Z analýzy dat vzešel výstup v podobě vytvoření subkategorií a následně kategorií. (Strauss a Corbinová 1999, s.111-114). Všechny vybrané doslovné citace respondentů, které byly v diplomové práci použity, jsou psány kurzívou.

Výsledky

Na základě opakovaného pročitání a podrobné analýzy všech přepsaných rozhovorů jsem vytvořila čtyři hlavní kategorie, které nejvíce vystihují všeobecnou sestru podle zkušeností samotných respondentů. Následné subkategorie zachycují podstatné vlastnosti sestry (přesněji jde o pocity pacientů), které v rozhovorech popisovali jednak jako vlastnosti sestry, které považují pro svoji spokojenost za nejdůležitější. Ale na druhé straně i vlastnosti spíše negativní, které podle pacientů ubírají sestře jak na její prestiži, tak především na kvalitě jí poskytované ošetrovatelské péče.

Tabulka č. 1 Vytvořené kategorie a subkategorie

Kategorie	Subkategorie
Profesionálka	Představí se Ví, co dělá Stará škola Vysokoškolačka Mluví se mnou Důslednost
Dobrý anděl	Sluníčko Lidskost Podporuje mě Důvěra
Syndrom vyhoření	Nezájem Rodič-dítě Rychlovka – rutinérka
Sororigenie	Nekolegialita Hanlivé výroky o předchozí léčbě

Profesionálka

Profesionalita a lidský přístup. Toto výstižné spojení není jen mottem Fakultní nemocnice Olomouc, ale mělo by být posláním či předsevzetím pro každého zdravotnického pracovníka. Pro všeobecnou sestru především. Všeobecná sestra nesmí být neprofesionální. Anebo by si alespoň neměla neprofesionální být dovolit. A lidský přístup k pacientům by měl být absolutní prioritou pro každou všeobecnou sestru. Význam a důležitost profesionality v ošetrovatelské péči a profesionálního přístupu sestry k pacientům potvrdilo ve výzkumných rozhovorech všech 21 respondentů. Tato první a nejobsáhlejší kategorie na základě výpovědí pacientů dala podnět k vytvoření několika důležitých subkategorií, které s profesionalitou všeobecné sestry úzce souvisí a vzájemně se prolínají. Jak uvedla například pacientka Dana... „určitě by sestřička měla mít individuální, ale hlavně profesionální přístup k pacientům. To si myslím, že by měla mít „nejen v popisu práce“ ale hlavně by to měla být jedna z jejích předností. Některá vás vyslechne, hlavně se ptá a dá vám prostor se svěřit...takový přístup považuji za profesionální“. Na profesionalitu v sesterské profesi poukazuje i Valerie ...“ideální sestra není jen starostlivá, pečlivá, milá a laskavá. Ale hlavně by měla být profesionál ve své profesi. Taková umí jednat s lidmi a poradí si i s nějakým zamračeným pacientem nebo ukňouranou slečinkou. Zažila jsem takové sestry, které to dokázaly. A sestřička, která si s nimi dokázala poradit, která je svou dobrotou a svým přístupem uměla odzbrojit, tak taková je u mne opravdový profík ve své profesi. Nemůže si dovolit zkrátka jednat neprofesionálně“. Respondentka Marie zase připisuje znakům profesionality více faktorů, které s profesionální výbavou všeobecné sestry souvisí. Vyzdvihuje osobnost, vzdělání, či prostředí, ve kterém sestra žije a také umění ovládnout sama sebe... „myslím, že hodně dělá nejen charakter sestry, ale i výše jejího vzdělání a také prostředí, v jakém se pohybuje. Jestli je doma spokojená, má milujícího partnera, nebo je na domácnost a děti sama, a asi to potom nezvládá, asi se to odráží na ní i v její práci. To vše totiž jde na sestřičkách hodně poznat. Některá je pořád veselá a některá prostě pořád nabručená. Ale pokud je sestřička profesionálka, s pacienty jedná mile a hezky vždycky“. Ve společnosti je profese všeobecné sestry vnímána jako prestižní povolání a profesionalita v přístupu k pacientům se řadí na první místo. Respondentka Eva to potvrzuje ve svých odpovědích... „považuji profesi sestry ve zdravotnictví za naprosto nezbytnou a nenahraditelnou. Pacienti, kteří přijdou domů z nemocnice, většinou nemluví o doktorech, ale o sestřičkách, jaké byly, jak se k nim chovaly, jak se o ně staraly, jak je převazovaly nebo i vlastně přebalovali, tak

jako mě. Většina sester mě utvrdila v tom, že profese všeobecné sestry je opravdu poslání, a že ho ale také nemůže vykonávat kde kdo, že to musí mít ta sestřička v sobě „. Rovněž i pacient Karel, který je sám profesí lékař, považuje u sestry profesionalitu za naprosto zásadní. I z vlastních zkušeností lékaře uvádí „sestřička je pravou rukou lékaře, vždyť ona samotná může velmi ovlivnit pacientův osud a také mnohdy ovlivní. Proto je důležité, aby si to sestřičky uvědomovaly. A podle toho také k pacientovi s náležitou profesionalitou přistupovaly. Nejen svojí zdvořilostí, když se představí, ale i upravený vzhled a příjemné profesionální chování a její aktivní zájem o potřeby pacienta hrají v jeho uzdravení velkou roli“. Jako znak zdvořilosti téměř všichni respondenti ve svých odpovědích uvedli zásadu představení se, což vedlo k vytvoření první subkategorie:

a) Představí se – z rozhovorů pacientů jednoznačně vyplynulo, že tento znak zdvořilosti jim u všeobecných sester chybí. Jak shodně uvádí i pacientka Dana, představení bývá samozřejmostí spíše u lékařů... „někteřá sestra sotva pozdraví. A hlavně se nepředstaví. Až na malé výjimky a na lékaře. Ti se představí, ale sestry ne. Vlastně nevíte, kdo se o vás stará...oni nás znají, ale my je ne...“. Pacient Jindřich popisuje, jaký to je rozdíl, když se sestra představí „v profesionálním přístupu sestry k pacientům mi to připadá jako samozřejmost se představit, bohužel moc zažité to sestry asi nemají, ale když přišla jedna sestra na pokoj a představila se a řekla co bude dělat, jakou má službu a dokdy tu bude, cítil jsem se jako v nebi, cítil jsem, že tady jde opravdu o mě a hlavně vím, kdo o mě bude pečovat“. Stejně tak i pacient Jiří by uvítal, kdyby se mu každá sestra představila...“ *když vejde sestřička do dveří a představí se, tak to už je o něčem jiném, to zbystríte, aha pozor, tady je něco jinak...ony se totiž sestry moc nepředstavují. Je to ale přece potom takové osobnější, ta komunikace mezi námi, přece když vím, s kým mám tu čest, je to o něčem jiném. Vždyť sestra mě zná jménem, veze si to v těch svých papírech a já jí mám říct, pojd'te ke mně blíž a ukažte mi vizitku, ať si přečtu vaše jméno? Proč to neudělá automaticky?“. Profesionální přístup všeobecné sestry k pacientům také podle odpovědí respondentů úzce souvisí s její profesní odborností, s tím, jak odborně k pacientům přistupuje. Druhou subkategorii profesionality můžeme tedy poddle pacientů nazvat:*

b) Ví, co dělá – pacienti shodně ve svých rozhovorech uváděli jako další znak profesionality odborné znalosti všeobecné sestry. Z jejich pohledu má mít všeobecná sestra patřičné odborné vzdělání a své získané znalosti, nejen ze studií, ale i následným celoživotním

vzděláváním, by měla umět správně využívat ve své praxi, což ze svých zkušeností potvrzuje respondent David „, *velice si cením odborné péče a přístupu sestřiček, ptaly se několikrát denně na to mé bolavé koleno a nabízely mi léky od bolesti a zajímaly se, proč mám koleno tak zatuhlé, potom to také hlásily hned lékaři, takže za mě mohu říct, že je to opravdu sestřička, která odvedla velký kus práce při mé hospitalizaci a já jsem za to velmi rád. Protože jsem cítil, že to, co dělá, tak tomu rozumí, a navíc si to tak nějak vše spojuje... Sestřička je ten prostředník v našich nemocích, ten most mezi nemocí a uzdravením, a ona vás po něm vede a mnohdy také dovede až na tu druhou stranu, do toho uzdravení. Myslím, že je to nejen o tom ošetřovatelství, jak bezbolestně a odborně zavádí infuze, převazuje rány a další, co já jsem vše zažil, ale hlavně taková ta špatně popsateľná péče o moji psychiku, nebojím se říct, že o moji duši, abych se cítil, že vše jde k lepšímu a bude to lepší“.* Podobně se cítil i František, který dostal po dobu své hospitalizace hodně infuzí ...“ *hezká, upravená sestra je supr, ale hlavně když byla šikovná a dokázala mi napíchnout infuzi napoprvé, nebo zavést kanylu bezbolestně, nerýpala se mi v žíle a byla vůbec taková pečlivá, vše tak odborně prováděla a také mi vysvětlovala, co se bude mnou dít, jaké budu mít zákroky a vyšetření. Prostě tomu všemu rozuměla. To je důležité, takové sestřičky jsem si pochvaloval „. Dle dalšího respondenta Šimona je také odbornost sestry velmi důležitá a poukazyval na znalosti z oblasti hojení ran... „*měl jsem takovou škaredou jizvu na zádech, co se nějak nehojila, jak by měla a ta jedna sestra na to koukla a hned věděla, že se to musí spravit a dala mi tam nějaké speciální lepení ...ale ty před ní to asi ani nepoznaly, nebo nevěděly, prostě neměly ty odborné znalosti, tak si to vysvětlují, takže jsem nesmírně rád, že mi tu jizvu ta šikovná sestřička spravila“.* Respondenti se ale na profesionalitu dívali i z více stran, a z jejich výpovědí vyplynulo, že rovněž záleží na tom, zda je všeobecná sestra starší a zkušená, nebo naopak mladší a vysokoškolsky vzdělaná. Někteří respondenti si pochvalovali starší zkušenější sestry, jiní zase mladší, většinou vysokoškolsky vzdělané. Polemizovali ale nad tím, jaké každá ze skupin má plusy či mínusy. Na základě těchto podnětů vznikla další subkategorie:*

c) Stará škola – pacienti takové sestry takto „přesně zaškatulkovali“, aniž by to mysleli, jakkoliv hanlivě, prostě podle jejich výpovědí tyto všeobecné sestry byly zkušené, věděly, co mají dělat, na co se zaměřit, měly ty zkušenosti. I když mnohdy budily zdánlivý dojem, že už se jim nechce dělat něco navíc, jako těm mladým. To popisoval například pacient František „... sestry se většinou *ptají, mají zájem, ty starší ale snad víc. Mladší sestry se zeptají na*

bolest a jestli jsem byl na velké. Ale ty starší, a asi i zkušenější řekl bych, tak ty se ptají víc, víc odborně, jestli mi to nestřílí někam, nebo jak to bolí dnes a tak. Je vidět, že o tom všem asi i více přemýšlí. Je to různé, někdy mi totiž připadlo, že ty starší sestry mluvily víc, než vlastně dělaly“ Velký rozdíl mezi zkušenými staršími sestrami a mladšími potvrzuje pacient Šimon „dobrá sestra je poklad. A jak jsem již řekl, mně jedna strašně moc pomohla. Nebyla už mladá, také ne proboha stará, ale hlavně asi už zkušená, asi takových pacientů jako já viděla víc. Já věřím, že právě ona mi nejvíc pomohla, protože bez ní nevím... věřím totiž, že přispěla mému rychlému domluvení operace. Jinak jsem prý mohl ochrnout na nohy, a hlavně neudržet moč. Ona totiž se mnou dlouho mluvila a říkala, že musím jít na CT, že to s doktorem musí probrat. Věřím tomu, že všímavá sestra může hodně ovlivnit. Já totiž tomu lékaři asi vše neřekl, ale ta sestřička to ze mě nakonec vše dostala, co mě trápí. Protože ona je tu se mnou celý den, kdežto lékař přijde 2x za den jen na pár minut. To jsem si všiml, že některá sestra si všímá všeho kolem mě, některé většinou ty mladší jen proletí a podle mne nezjistí vlastně asi nic...třeba se nepodívá pod peřinu, na nohy, jestli nejsou oteklé nebo tak...“

Další skupinou zahrnující dle respondentů ty mladší sestry, většinou jen několik roků po škole, vznikla subkategorie:

d) Vysokoškolačka – sem pacienti zařadili všeobecné sestry sice vzdělané, ale někdy i ještě životem nezkušené, jak hezky ve svých odpovědích popsal respondent Karel, který sám byl profesí lékař „některé sestřičky byly více a některé zase méně v aplikaci infuzí šikovné, ale to je o praxi, řekl bych. Ty mladší někdy nemohly najít vhodnou žílu, a i když byly vysokoškolačky, jak se mi sami svěřily, moc praxe tam asi neměly, a tak se prostě bály, nebo si úplně nevěřily, jak jsem, tak nějak vycítil... Ale vím, že to hodnotím jako zdravotník, a ti prý bývají (dodává se smíchem) nejhorší pacienti“. Další respondentka, všeobecná sestra vysokoškolsky vzdělaná, poukazovala na rozdíly v kompetencích a čeho si po dobu své delší hospitalizace všímala „profese všeobecné sestry je naprosto důležitá ve zdravotnictví i celé společnosti a protože sama jsem sestřička a teď když jsem se tím úrazem ocitla v roli pacienta, tak mohu spoustu věcí vyzorovat, ale také na druhou stranu i pochopit. Například u vysokoškolsky vzdělaných sester se cítím asi bezpečněji než u praktických sester, a na druhou stranu zase ty starší sestry mají mnohdy více zkušeností. Třeba u převazů ran, je vidět ty mladé sestry, že nevědí a bojí se, a jsou nejisté při některých výkonech. Ale tohle mi nevadí, to se doučí, když tedy budou chtít. Spíše mi vadí, když se starší sestra povyšuje, když mi dává

najevo, že ona ví vše nejlépe. Přitom ty mladé vysokoškolačky mají úplně jiný rozhled, nové možnosti v léčbě, jsou více profesionální Pozorují sestřičky asi trochu jinak, protože jsem sama zdravotník. Všímám si jejich kompetencí, které jsou rozdílné u všeobecných a praktických sester. Jen si myslím, že ty praktické sestry stejně dělají všechno...“.

Další subkategorie vycházející z nezbytné nutnosti správné komunikace v ošetrovatelské péči jsem podle respondentů vhodně pojmenovala:

e) Mluví se mnou – když totiž všeobecné sestry s pacienty mluví a hodně se ptají, hodně se také mnohdy dozví a mohou tedy toho spoustu ovlivnit. A to je v ošetrovatelské péči naprosto zásadní. Pacientka Marie popisuje verbální i neverbální komunikaci, zvláště teď v období roušek, a i když se její odpovědi prolínají i s druhou hlavní kategorií „Dobrý anděl“, komunikaci respondentka Marie považuje v ošetrovatelské péči za zásadní ... „asi bych to rozdělila. Na ty, co umějí komunikovat a komunikují dobře a ty, co komunikovat neumějí, nebo nechtějí anebo komunikují špatně. Byly někdy i takové, které bych vyloučila. Nebo jim dala poloviční výplatu. Nezajímaly se o člověka jako takového. Přemýšlela jsem nad tím proč. Liší se to asi i typologií člověka. Jestli má kladný nebo minusový náboj. Jestli má svítící srdce a je to člověk s velkým Č nebo je to člověk, spíše zlý, nebo zapšklý závistivý bručoun. Člověk obrazně se sluncem v očích a v duši. Má úsměv, ale ne takový ten „umělý číííís“, ale spontánní, přirozený, takovou pozitivní energií nabitý výraz a takové štěstí v očích. I ty roušky teď promlouvají. Vidíte za rouškou škleb nebo úsměv. To za první. A k té roušce jsou navázány oči. To jsou dva důležité body. A dovršuje to verbální projev. Ať jsou klidně roušky. Takového anděla poznáte. Rouška byla tou nejintimnější prověrkou kvality sestry. Ne že se člověk za roušku schová, ale skrze ni je do něj vidět víc. Ať pohledem zraku, ať projevem slova, anebo úsměvem či šklebem. Rouška mluví víc, než si lidé myslí. Těma očima pohladí, nebo vyšle blesky... neverbálně mi dala jednou sestra třeba najevo, že obtěžuji, ušklíbla se a otočila hlavu, když jsem požádala o podložní mísu...“ Také další pacientka Pavlína komunikaci staví na první místo... „ano zajímaly se o mě. Mluvily se mnou. Ale ne všechny. Ty – komunikativnější – ty se mnou hovořily a nebylo jim jedno, jak mi je a co mě trápí, či spíše, že jim na mně záleželo a daly se se mnou do řeči. A tím, že se mě ptaly, jak to bylo a jak dlouho mě to rameno trápí, tak jsme společně přišly na spoustu věcí. Se slzami v očích jsem přijmula fakt, že toho mám spoustu v hlavě. Že to musím pustit, jinak s ramenem nepohnu a nebudu se moci vrátit do práce. Přiznala jsem se, že asi mají pravdu a ony mi pomohly neskutečně.

Poradily se s lékařem, nebo spíš mu to řekly přímo, a on mi nabídl antidepresiva. Prvně jsem se bála, ale potom mi došlo, že měly pravdu a jsem jim za to nesmírně vděčná. Protože už po týdnu, i když se mi trochu z těch léků motala hlava, ale už po týdnu jsem opravdu rameno zvedla daleko víc“. Byť s těžkou diagnózou, se kterou potýkala pacientka Markéta, tak i ta ráda potvrdila, že díky správně nastavené komunikaci jí bylo mnohdy líp... „některé sestřičky se bály asi zeptat, jak to bylo a co bude, protože asi ta moje diagnóza není úplně dobrá. Ale takové ty nejmilejší sestřičky se mnou o tom mluvily a moc mi to pomohlo. Dokázaly se mnou profesionálně komunikovat, ptaly se, co se mnou bude, kam půjdu, kdo mi bude doma pomáhat. Nenechaly mě v tom samotnou. Musím o tom přece mluvit. A s kým jiným než se sestřičkama“ I Valerie viděla u všeobecných sester rozdíly v komunikaci „komunikace je moc důležitá, klidně byla sestřička na pokoji i 10, 15 minut a jiná asi tak 1 minutu... no, a to je hodně velký rozdíl... Neméně důležitými vlastnostmi v návaznosti na komunikaci je u všeobecné sestry tedy potřebný také její celkový zájem a starostlivost o pacienta.

Z výpovědí respondentů tak vznikla další subkategorie, která vyzdvihuje u všeobecné sestry pracovitost, pečlivost a především:

f) Důslednost – protože sestra důsledná nenechá nic náhodě a ošetřuje pacienta s pečlivým a důsledným přístupem a mnohdy dokáže předejít zbytečnému prodlužování léčby a dalším nežádoucím problémům. Příklad důsledného přístupu všeobecné sestry potvrdil například respondent David *“v ošetřování nemocných je důležitá také důslednost sestřičky. Protože, když mi hned na začátku hospitalizace sestřička nabídla pomoc, byla ochotná ale hlavně důsledná mi v mém problému pomoci, potom problém vyřeším a takovou zdánlivou „blbůstku“, která by se mohla rozvinout, prostě vyřeším s její pomocí hned. Říkám tomu „princip teta ze vsi“. Třeba jen s tou bolestí, ptala se pořád, jestli mě to nebolí a také ať jí ukážu záda, kde jsem měl dřív ten katetr, a tak mi zjistila, že tam mám nějaký flek asi po izolepě, po tom krytí, jak jsem tam měl ten katetr...a ona mi to mazala, kontrolovala, prostě o mě pečovala a já měl radost, že se to nezhoršilo“* Podobně se cítila zachráněná i další pacientka Valerie... *“ když se jedna sestřička, až skoro v noci, začala ptát na moji jizvu, jak vypadá, ať jí ji ukážu, tak zjistila, že mi nějak asi špatně srůstá jizva, že to musí spravit....a nějak mi to speciálně přelepila...tak jsem si říkala, kdyby toto udělala sestra jiná už dříve, a prostě si všimla, že je něco špatně, potom by se to asi nemuselo rozjet ta jizva, ne? Kdyby mě prohlédla, tak by to viděla... Ale to by musela být důslednější ale hlavně chtít. Nevím, tohle je*

pro mě zásadní. Mluvit, ptát se, zajímat se o pacienty... My tu ležíme 24 hodin denně a jsme odkázané na ně...“

Další, druhá hlavní, kategorie se vyznačuje především empatickým přístupem sestry k pacientům. Empatický přístup označilo i preferovalo u všeobecných sester všech 21 respondentů. Některé subkategorie v této kategorii se prolínají i s profesionalitou a do profesionality by se tedy zařadit mohly, ale respondenti vlastnostem v této kategorii připisovaly spíše andělský plusový náboj, a tak druhá kategorii nese příznačný název:

Dobrý anděl

Empatický přístup všeobecné sestry k pacientům v podobě pomyslného anděla popisuje všech 21 respondentů. Tato kategorie vlastně obsahuje to vše dobré, čím by všeobecná sestra měla disponovat, plus takový vlastně „nadstandard“. Ten si pochvalují, nebo by si ho u sester přáli mít všichni respondenti. Pacientka Marie ve svých odpovědích na výzkumné otázky poukazuje na důležitost empatie jako součásti osobnostního vybavení každé sestry.... *„bez sestřiček je každý lékař v kělu...ty sestřičky co byly milé, slušné, pomáhající, a hodné, měly vždy pro mě vlídné slovo, zastavily se, zasmály jsme se kolikrát. Bez těch andělských bytostí to prostě nejde. Sestřička je ve své profesi nenahraditelná a nezastupitelná. Mohou ji jedinež nahradit řádové sestry, které jsou dcery Boží a je to pro ně poslání. Sestřička podle mě musí zářit...“*

Z této kategorie jako první subkategorie tak vnáší dle shodných odpovědí téměř všech pacientů do profese všeobecné sestry jas, tu pomyslnou „svatozář či sluneční paprsky“ nejen v podobě úsměvu, nebo kolem očí, ale vůbec z radosti z práce, kterou vykonává a nazvala jsem ji proto:

a) Sluníčko – takto respondenti přímo všeobecné sestry nazvaly, nebo takovou by si přáli v nemocnici u sebe mít. Pacient Jiří takovou poznal... *„ideální sestřička je podle mě sluníčko. Takové, které jí nezáří jen z očí teď v době roušek, ale z ní celé. Jak vejde do dveří, jak pozdraví, usměje se, ptá se, zajímá se, je prostě milá a laskavá. A takovou jsem teď v nemocnici poznal. Jen kdyby takových bylo víc...“* Další respondentka Terezie měla na rozdíl od Jiřího zkušenost i s nesluníčkovými sestrami, proto si těch milých tolik vážila a ve svých rozhovorech krásně popsala *„předností sestřičky je určitě její povaha, jestli je laskavá a milá, přátelská a veselá a pracovitá, to je nejdůležitější. A jestli se umí i chovat. A pokud je*

nepříjemná, neochotná mi pomoci, nebo udělat něco navíc, což jsem bohužel také zažila, tak tím škodí, takovými nedostatky si kazí svou reputaci, je to škoda, protože ona by tu měla být ta veselá a tou co mi dodává odvalu a úsměv ve tváři. Ideální sestřička je podle mě takové sluníčko nebo anděl. Ano, poznala jsem teď v nemocnici dva anděly. Takové sestřičky jsou prostě pro pacienta štěstí, když takové pozná. Jsou milé a je to na nich vidět i přes ty roušky, které musejí chudiny nosit, oni se usmívají očima, pohladí slovem i po rameni, neměly problém si se mnou povídat o čemkoliv a zpříjemnit mi tak den a vůbec celou hospitalizaci. Těšila jsem se vždy, až přijdou. Byly to sluníčka a takových by mělo být mezi sestřičkami víc. Pro pacienta Davida znamenala milá a ochotná sestřička ještě i záruku jistoty...“některé sestřičky byly moc milé...taková veselá a laskavá sluníčka. Takové, co mi rozjasnily den a pomohly s tou mojí bolestí a vlastně celkovou nemohoucností. Co je si myslím opravdu důležité, že mi ty sestřičky daly jistotu. Jistotu v tom, že jsem se na ně kdykoliv mohl obrátit, že tam byly pro mě. A to je si myslím zásadní.“ Stejně jako David i respondentka Jiřina měla to štěstí... „měla jsem to štěstí poznat opravdu sestřičky sluníčka. Veselé, ochotné, milé a pracovité sestřičky. Měly radost, když jsem radost měla já. A úplně tak automaticky a nezištně vše dělaly. Když tak kolem poklidily všechno, bylo mi tak hezky, ještě i když jsem byla hezky upravená a oblečená. Ony mi třeba i třikrát spravily postel za ten den. Byla jsem šťastná, když měly službu. Zůstanou pro mě tím sluníčkem, co nezapadá. Ostatní sestřičky neříkám že by nebyly hodné, ale byly prostě jiné... Tahle sluníčka, to byl prostě bonus“. Pacient Aleš zase ve svých rozhovorech popisoval spíše vzhled sestřiček, který si pochvaloval, ale i pro něj bylo důležité mít vedle sebe usměvavou a milou sestřičku...“ byly hodné, hezké, a když měly dlouhé vlasy některé, nebo si je někdy rozpustily, to se mi líbilo a taky se s nimi hezky povídalo, to jsem byl rád. Ne všechny si se mnou povídaly, to je pravda. Nějak mě přehlížely. Asi jsem jim připadl málo chytrý myslím. Některé jen přišly a zase odešly a některé si se mnou víc povídaly a smály se, to se mi líbilo. Asi jsem je trochu zlobil, protože jsem utíkal ven z oddělení kouřit, a to jsem asi nesměl moc no...ale některá mi to řekla tak normálně s úsměvem, hlavně ať řeknu příště a jiná mě sjela a bylo, že nikam chodit nebudu a hotovo...Takže to se mi moc nelíbilo, taková zamračená sestřička, nebo zapšklá nevím. Ještě že jsem tam měl ty sluníčka některý“. Tento pacient byl po cévní mozkové příhodě (CMP). a z jeho odpovědí vyznívá, že i když měl určitý sociální handicap, a sám si jej uvědomoval, neznamenalo to, že by se k němu všeobecná sestra měla chovat jinak než k jiným pacientům. Tím spíše, že by si ho nevšímalá nebo se nad něj nějak povyšovala. S každým pacientem musí

sestra jednat profesionálně, s empatickým a lidským přístupem. Další podrobný rozbor odpovědí všech respondentů vystihoval samotný empatický přístup všeobecné sestry k pacientům, založený právě na lidském přístupu a dal tak podnět k vytvoření druhé podkategorie s názvem:

b) Lidskost – pacienti nepopisovali jen usměvavé sestřičky, ale všímaly si i celkového lidského přístupu k nim a v rozhovorech vyzdvihovali vlastnosti jako je *úcta, laskavost, vlídnost, ochota i pokora*. Přitom se podle nich nemusely sestřičky vždy jen usmívat, stačilo, když se chovaly empaticky, zjednodušeně: Lidsky! A protože lidství znamená to, co člověka vlastně dělá člověkem a projevuje se laskavostí a touhou druhému pomoci, popisovali respondenti u sestřiček lidství jako projev empatie z mnoha různých pohledů. Pacient Karel by mezi nejdůležitější vlastnosti všeobecné sestry zařadil nejen profesionalitu, ale především i vlídnost a vůbec empatii jako takovou.... „*samozřejmě že k pacientům by sestřičky měly přistupovat individuálně a holisticky. Ale myslím, že jejich ještě větší předností je vlídná a milá povaha. Sestřička je anděl prostě. Nejen s pomyslnými křídly, které pro nás představují její pomoc ve dne v noci. Ale měla by být taková i svým způsobem vznešená. Empatická samozřejmě a milá a profesionální zároveň. A také pokorná. Pokora, a vlídnost by u ní rozhodně chybět neměla. Tak jsem to alespoň vypožoroval...některá tohle vše měla, prostě byla lidská, a to byl pro mě ráj a dar zároveň takovou poznat... Byla i vlastně asertivní, dokázala si totiž lidským způsobem pacienty převést na svoji stranu, získat si je, s úctou, aniž by se nad nimi povyšovala nebo je tlačila někam, kam sami nechtěli...Taková...jak to říct, to vycítíte...odborně se tomu říká altruismus....udělá co vám na očích vidí i co tam ještě nemáte...a nic za to nechce ...“ Za nejdůležitější vlastnost všeobecné sestry ve svých odpovědích uváděla respondentka Marie nejen empatii, popisovanou jako dar sestry, ale stejně jako Karel zmínila také lidsky podanou asertivitu... „*velké množství sestřiček, co jsem nyní při své delší hospitalizaci napříč různými odděleními poznala, mělo empatii tak 100 % a víc, některé měly tak 45 % , ale byly i některé, které měly tak 5 %...ale to bylo tak 5 sester z 50 .Těch 5 chodilo do práce pro peníze, měla jsem pocit, že tam nechodili ani jako sestra. Sestra by se měla chovat k pacientům i asertivně. To znamená, respektovat je, ale přitom si je získat, neurazit ani neponížit. Někdy jsem měla pocit, že sestry neměly odborné sebevědomí. Jako by neznaly svoji cenu. Ale jen cenu své výplaty. Myslím, že sestřičky opravdu neznají cenu své nenahraditelnosti a pokud si to myslí, tak je to spíš s podtržitkem pýchy, že je to povahový rys, ale není to charisma, které třeba nenašly. Některé budily dojem nízkého**

sebevědomí toho, co vše svou profesí mohou ovlivnit. A předností sestřičky je podle mě narodit se s darem pro toto povolání, či poslání. To je nejvyšší výhra té nejkvalitnější vlastnosti sestřičky. Jsou sestry, které, aniž si to uvědomují, se s tímto posláním opravdu věřím rodí, pro ty je to požehnání, a hlavně pro každého pacienta je jejich přístup tím požehnáním. Pokud v sobě sestřička má tu jiskřičku a má dobré vedení, je z ní opravdu dobrá sestra. Pro nás pacienty je andělem a mnohdy i vlastně takovou světluškou ve tmě, která nás vede z té naší nemoci a bolesti a mnohdy i samoty a bezradnosti“. Další respondent František popisoval své zkušenosti se všeobecnou sestrou s úsměvem ... „sestřiček jsem poznal za dobu hospitalizace asi 7 a musím říct, že hodné byly všechny, ale rozdíly jsem pozoroval. Pro mě ideální sestřička byla ta, co se chovala mile a laskavě. Prostě na ní bylo vidět, že ji to, co dělá baví. Že nechodila do práce jen pro peníze, ale měla z toho všeho dobrý pocit. Podle mě ideální sestřička léčí svého pacienta už jen hezkým slovem, milým přístupem a pohlazením po rameni. Prostě to s námi pacienty uměla. A hlavně si myslím, že věděla i to, že nám takto může pomoci a dokázala to ve prospěch všech správně využít. Měla šmrnc prostě. A pacienti na ní mohli oči nechat. Těšila se na ně a měla radost, že jsme měli radost my pacienti...“. Také respondentka Pavlína měla krásnou zkušenost s milou empatickou sestřičkou a dokázala popsat výjimečné vlastnosti všeobecných sester i rozdíl v jejich lidském přístupu k pacientům... „na základě mých zkušeností považuji za nejdůležitější vlastnosti všeobecné sestry její výjimečnou osobnost, kterou zdobí především lidskost. Byla tam pro nás pacienty, aby nám prostě pomohla. Laskavá, přívětivá k člověku, a všímala si toho, čím si pacient prošel a dokázala se vcítit do jeho kůže. Nenechala pacienty napospas svému trápení, či dokonce se ani nestalo, že by se ho na to nezeptala, co ho trápí. Je to jednoduché, když se sestřička neptá, nic se nedozví, a tudíž nemusí nic řešit. Oni se totiž pacienti, jsem tak vycítila, moc sami od sebe sestřičkám nesvěří. Já se taky bála, nebo jsem se asi styděla. Pozorovala jsem velký rozdíl v tom, když se sestřička zeptala jen na bolest, prášek na spaní a jestli jsem byla na stoličce a bylo splněno. Nebo jestli ji zajímalo, jak se cítím, jaký jsem měla den, nebo jestli mě něco netrápí, třeba i ráno, jestli nepotřebuji pomoci ve sprše, nebo obléknout podprsenku, to se opravdu zeptaly tak dvě, tři. Ostatním to asi bylo jedno. Potom se divily, že jsem u snídaně ještě polonahá...“. Z odpovědí respondentů tedy vyplývá, že mnohdy stačí pár vlídných slov, ze kterých pacient vycítí jak zájem a ochotu sestřičky pro něj něco udělat, tak i získá pocit jistoty, že je o něj dobře a kdykoliv postaráno. Podle pacienta Pavla ideální sestra nemusí být rozhodně mladá a krásná, ale stačí, když se umí profesionálně a hezky chovat, je

prostě lidská „... poznal jsem takové sestřičky, jaké bych přál všem pacientům. Byly opravdu milé. Každý člověk, i sestřičky, mají svůj život, někdy byly unavené, ale já jsem poznal, že pokud je sestřička natolik zkušená a asi i schopná a profesionální, že to vše dokáže zvládnout. I se slzami v očích. Jednu jsem takovou zažil. Vlastně mě ohromila, tou svou laskavostí, dobrotou, úsměvem. Řekl bych i pokorou. Přišla jednou na noční, a asi měla těžký den, nebo ji něco trápilo, a mně připadlo, že byla ještě o to laskavější než předtím. Zaleskly se jí oči, ale dala nám všem svou vlídností a ochotou pocit jistoty a klidu. A tohle podle mě pacienti potřebují. Mnohdy dokonce více než léky či infuze od bolesti. Taková si myslím by měla sestřička být...zeptá se, jestli je vše v pořádku, porovná polštář, natřepe peřinu, vyvětrá...taková maminka prostě...“. Dalšího anděla mezi všeobecnými sestrami poznala a popsala ve svých odpovědích na výzkumné otázky také respondentka Eva...“ některá sestřička už ráno přišla s dobrou náladou, nečekala až zazvoním, až mi bude zle, ale ptala se dopředu, jak se cítím a tím že se ptala, tak jsme tomu i kolikrát zabránili, pomohla mi se otočit, nebo mě zavezla na záchod. To že byla všímavá, ochotná, nespěchala, tím mi moc pomohla. Nejdůležitější vlastnosti u sestřiček bych pojmenovala jedním slovem. Anděl. Laskavý, především ochotný, milý a s dobrým srdcem. Který je u mě ve dne v noci. A předností sestřičky bych určitě vyzdvihla její osobnost. Profesionální, milá a ochotná především. Chápající a ochotná udělat něco navíc. S jistou dávkou altruismu. Nebo většinu navíc vlastně řekla bych. Ne za něco...ale prostě proto, že to dělá ráda...Na všem záleží, i to, jak mě otáčí, jestli hrubými pohyby nebo jemně, s citem, když mě bolí rameno, přála bych si, aby zacházely se mnou opatrně, jenže to asi ne každá chápe...jedna mě drapla za ruku a doslova hodila na vozík, druhá mi dala čas a vše jsme zvládly v klidu a bezbolestně. Sestřička by přece měla být i ohleduplná a tolerantní, respektující mé pocity a někdy i nálady...“. Všechny tyto postřehy a zkušenosti respondentů tedy vyzdvihují u všeobecných sester jejich empatický a lidský přístup k pacientům. Ten je založen nejen na soucitu s pacienty, na umění vcítit se do jejich bolestí jak fyzických, tak psychických, ale i na samotné touze nezištné pomoci pacientům.

S tím souvisí i celkový zájem o osudy pacientů, podpora jejich zdraví a projevení touhy jim v návratu do běžného života pomoci. Další podkategorii jsem tedy nazvala:

c) Podporuje mě – pacienti shodně téměř vždy považují „podporu všeobecné sestry v jejich nemoci“ za velmi důležitou. Jak respondenti ve svých odpovědích uváděli, kolikrát

ztráceli nebo neměli vůbec žádnou motivaci a všeobecné sestry byly těmi, které jim motivaci dokázaly zvýšit či znovu nalézt. Vážně nemocný respondent Honza měl velkou radost z povzbuzení, které se mu při hospitalizaci dostalo a jak uvedl, někdy si sám už moc nevěřil „... měl jsem pocit, že už to nedám, že to prostě nezvládnou a chodit už nebudu, ale ony mě v tom tam nenechaly. Třeba fyzioterapeut mě plácl po zádech a řekl, pojd', jdeme na to, jdeme makat, on byl celkem drsný. Ale takové to něžnější pobídnutí od pěkné sluníčkové sestřičky, to bylo jiné kafe, to byla pro mě ještě větší výzva, a já jsem jim za to všem moc vděčný...“.

Pacientka Karla popisovala se slzami štěstí v očích své zkušenosti a své uzdravení doslova jako zázrak, ke kterému by nedošlo bez podpory a motivace všech, v čele se všeobecnými sestrami... „poznala jsem takové dobré srdcové sestřičky, které do mě vlévaly opravdu takovou svou srdcovou energii. Udržovaly ve mně takovou naději, že to dáme, víte...já jsem tam přišla jako chciplý čert a co tam se mnou všichni dokázali...Nedokázala jsem se ani na posteli pohnout a teď chodím sama v chodítku. Byly to prostě andělé... Hlavně sestry při mně stály ve dne v noci, neustále mi říkaly, že to půjde. Když je třeba. drží vás za ruku, nebo vás i postrkuje a povzbuzuje a nalévá energii do žil, kterou si myslíte že už nemáte...“.

Někteří respondenti byli po úrazech či velkých traumatech a podpora motivace vedoucí ke zdárnému uzdravení pro ně byla zásadní a mnohdy ovlivnila jak průběh, tak i délku samotné hospitalizace. Respondentka Barbora, která se podle svých slov podruhé narodila, svou motivaci díky všeobecným sestram také znovu našla ...“ *kdyby se ke mně všichni nechovali tak perfektně a nepodporovali mě, že to zvládnou, tak nevím, jak bych dopadla. Dokonce mě napadlo, že ani nemám sílu na to, abych vyskočila z okna, protože jsem si nedokázala představit, jak budu vůbec moct žít dál a já v tu chvíli asi ani žít nechtěla. A takové hloupé myšlenky jsem opravdu měla. Ale sestřičky mě nenechaly, abych propadala beznaději. Neustále mě ujišťovaly, že to zvládnou a za chvíli budu zase běhat. A já se opravdu naučila tak nějak zatím pomalu chodit s protézou a potom mi najednou došlo, že to je moje druhá šance v životě. Když jsem ležela pod tím kamionem, myslela jsem, že je po mně a teď prostě žiju a zase budu chodit. Sestřičky mi dodávaly obrovskou chuť žít. Svým přístupem, úsměvem, svůj elán vlévaly do mě. Kdyby nebyly takové, tak nevím, jestli bych to dokázala... Nejen rodina, ale i ony, byla jsem odkázaná na jejich pomoc. Ze začátku jsem se nedokázala přesunout na vozík a pamatuji si, jak mě tahaly chudiny, jsem trochu těžší, a tak si myslím se se mnou i nadřely...“.*

Dle respondentů všeobecné sestry motivovaly své pacienty nejen k lepším fyzickým výkonům, ale hlavně se je snažily podporovat po stránce psychické. Mnohdy

pacienti ve svých výpovědích přiznávali, že sice měli naordinovaná antidepresiva, ale do doby nastavení jejich hladiny to vůbec nebylo lehké, a právě sestřičky je mockrát v nelehkých chvílích podržely a podporovaly v jejich motivaci. Jako například pacient Marek po CMP, ze začátku se smíšenými pocity, jak a jestli návrat do běžného života vůbec nějak zvládne, se díky podpoře a motivaci všeobecných sester mohl po třech týdnech vrátit domů... „*strašně moc mi sestřičky pomohly, neměl jsem motivaci ze začátku vůbec žádnou. Ležel jsem jen na posteli a nevěděl co se mnou bude. Dali si tam všichni se mnou asi dost práce, jak fyzioterapeuti, tak sestry. Ale kdyby nebyly ty sestry některé tak supr, tak bych to asi nezvládl. Já jim říkal, vy mi pomáháte už jen tím, že jste tady. I když jsem se bál někdy pořád o něco volat, ale bez nich bych to prostě nedal. Namazat si chleba nebo utřít zadek jsem jednou rukou prostě neuměl. A to jsem jim i kolikrát málem spadl, no proto se mě pořád snažily naučit správně sedět a stát, abych to doma hlavně nějak zvládl...*“. Další pacient František také vnímal pozitivní příliv motivace od sester, ale popisoval i rozdíly „*některá sestra vypadala, že pořád někam spěchala a jiná zase že právě vůbec nikam a byla ráda, že přišla na pokoj a ptala se, jak jsme se měli, co jsme dělali, a tak člověka naladila úplně na jinou vlnu. Že to třeba bude zítra lepší a že infuze mi více zaberou. A i kdyby ne, tak se to krásně poslouchalo a spravilo mi to náladu. Když přišla sestřička ráno a jen tak na nás hukla a rychle šup do sprchy...nebo přišla s úsměvem a se slovy, pánové jdeme na to, pojdte to všechno zvládneme, pomůžu vám, tak to se nám o to víc hned lépe vstávalo, prostě ta nás dokázala nastartovat a povzbudit...*“.

Pacienti jsou v nemocnicích mnohdy odkázáni více či méně opravdu na pomoc druhých a někdy jako by čekají na milosrdenství druhých. A více než na lékařích, je budování motivace právě na všeobecných sestřích. Aby ho mohla vést a podporovat, je potřeba si u pacienta nejprve získat důvěru. O ní respondenti ve svých odpovědích také hovořili a označili ji za velmi důležitou a dali tak podnět k vytvoření další subkategorie s názvem:

d) Důvěra – v žádném vztahu by neměla chybět a ve vztahu všeobecné sestry k pacientovi už vůbec ne. Pacienti se na sestřičky spoléhají a ony jim naopak dávají jistotu. Jistotu v tom, že jim donesou léky, jídlo, pomohou jim se umýt, obléct nebo dojít na toaletu. Mnohdy je navázání důvěry kvůli intimitě pacientů nezbytné a je na umění sestry, jak si dokáže pacientovu důvěru získat. Podle zkušeností respondenta Marka to ale nedokáže každá... „*je to moc důležité, když si sestra umí navázat důvěru. Já jsem to na nich poznal*

hned podle prvních slov, jestli to půjde nebo nepůjde. Některá nezaujala ničím, ani se neusmála a chovala se odtažitě, některá si nás získala po pár minutách. Nejen mě, ale i ostatní pacienty na pokoji. I ten staříček pán vedle mě byl úplně v klidu a potom spal celou noc, protože ta sestřička nám dala jistotu a my v ní měli prostě důvěru...a to jen řekla, kdykoliv budete potřebovat, zazvoňte na mě, a já se cítím úplně jinak, než když jiná sestřička neřekla nic. A to nemusela ani říkat, ne abyste zvonili, ale z jejího postoje to tak prostě vyznělo...“ Mnohdy se pacienti stydí nebo se i bojí svěřit se svými problémy. To potom může vést ke zhoršování jejich potíží. Ale když dá sestra pacientovi prostor, nespěchá, věnuje se mu a dá mu najevo, že on jí zajímá a ona je tu pro něj, potom si získá jeho důvěru a pacient se jí svěří s tím, co ho trápí. Podobně jako respondentka Jiřina, která popsala svoji zkušenost ... *„to že byla ke mně sestřička všímavá, nespěchala, ale jednala se mnou jako se sobě rovným, tím mi moc pomohla. Jednou večer, když se mě sestřička na noční ptala, jak jsem se měla celý den a jestli mě něco netrápí, řekla jsem jí o lék proti průjmu, protože už od rána mě trápil...jen ale nebylo prostě komu to říct, nebyla možnost, sestra tu proběhla brzy ráno, u oběda to bylo jen ve dveřích šup šup a potom večer asi už spěchala domů a já jí ani neměla možnost to říct a ani jsem nezvonila, bála jsem se, že by byla na mě zlá, proč jsem to neřekla dřív...“.* Takové sestry většina pacientů v rozhovorech popisují jako unavené, vyčerpané, nebo takové, co nemají zájem a prostě je na nich vidět, že „je to moc nebaví“. Že udělají to nejnnutnější a na víc nemají ani energii ani náladu. A nemusí být ani starší. I mezi mladými sestřičkami, které by snad měly být „plné elánu“, hodnotilo více respondentů jakýsi nezájem, či snad už syndrom vyhoření.

Proto další kategorie jsem nazvala jednoduše:

Syndrom vyhoření

Stav emoční vyčerpanosti, ztráta motivace nebo pokles profesionálního přístupu. Syndrom vyhoření je popisován nejčastěji u lidí v pomáhajících profesích a známý spíše jako psychický stav než nemoc. A všeobecné sestry patří jeho výskytem do nejvíce ohrožené skupiny. Respondenti ve svých odpovědích zkušenosti s takovými sestrami nepopisovali jen u starší populace, ale často měli pocit, že i u mladších sester se projevovala nějaká demotivace, nechuť nebo nedostačená komunikace s pacienty. Pacientka Marie měla pocit, že některé sestry by z nemocnice dokonce vyloučila a přemýšlela, proč tomu tak je... *„asi bych to rozdělila...Ty, co umějí komunikovat a komunikují dobře a ty, co komunikovat neumějí, nebo*

nechtějí anebo komunikují špatně...Sestry byly někdy i takové, které bych vyloučila. A dokonce i mladé brzy po škole. Nebo jim dala poloviční výplatu. Myslím, že neměly chuť se starat o člověka jako takového. Přemýšlela jsem nad tím proč. Liší se to typologií člověka. Jestli má sestřička kladný nebo minusový náboj. Jestli má svítící srdce a je to člověk s velkým Č nebo je to člověk, zlý, zapšklý, závistivý bručoun. Pokud přece sestru nezajímá pacient v celém kontextu, co se sním stalo, jak se teď cítí a co s ním bude potom, tak ji nezajímá podle mě vůbec a je jí jedno, jak se momentálně cítí. A hlavně když se na to neptá, ne každý pacient dokáže říct vše, co ho trápí...“. Nejen Marie, ale i další respondenti připisovali syndromu vyhoření nezájem sestřiček o samotného pacienta a jeho osud, jako by jim bylo jedno, co se s ním děje a co se s ním bude dít dál.

Jejich popisované zkušenosti tak daly podnět k vytvoření podkategorie syndromu vyhoření:

a) nezájem – ten budil u respondentů mnohdy pocit, že se o ně starají sestry vyhořené a takové, které je jejich práce už příliš nezajímá, nemotivuje a nežene někam vpřed. Jako by sestry nevěděly, co všechno mohou u nemocného ovlivnit. Podle zkušeností respondentky Pavlínky mohou i sestry nemocného doslova zachránit... *„pokud to sestry dokážou a mají zájem o pacienta, mohou ho věřím zachránit. Říkám to na rovinu, opravdu zachránit. Někdy totiž mohou i ublížit. Tím, jak k němu přistupují, jak s ním mluví nebo nemluví. Některé se tvářily jako kakabus, nezaklepaly, nepozdravily, dokázaly fláknout jídlo na stůl, ani bú ani bé a byly pryč, tak mě napadlo jediné. Byly vyhořené a už je to nebavilo. Jenže to jsem myslela, že je u těch starších, které toho mají už hodně za sebou. Ale když přišla sestřička mladá, taková „vývrтка“ jsem si ji nazvala...tak jsem nevěděla, co se děje. Přišla, vysypala léky do mističky, otočila se a byla pryč. Držela si odstup. Říkala jsem si, asi spěchá, má toho moc, ale když se jiná usmála a prohodila jednu dvě věty...tak to byl prostě velký rozdíl...“.* Pacientka Zuzana, která byla sama všeobecná sestra, popisovala ve svých rozhovorech sestry vystupující s nezájmem o pacienta, tedy se silně neprofesionálním chováním a syndrom vyhoření by jim také připsala ...*“ když je sestra do práce zapálená a aktivní, je na ní poznat, že jí to, co dělá baví a potom má spokojené pacienty. Tak to prostě je. Když mi nebylo dobře, chtěla jsem další deku a sestra mi odpověděla – teď v létě deku? Na co? Odměřeně mi odsekla ...No a já už neměla sílu to dál rozvíjet a jiná sestřička mi ji potom ochotně donesla, nic jí nebylo zatěžko, byla milá, a hlavně jsme přece zdravotníci a ti si pomáhají mi řekla. Ale vím, že by ji bez*

problémů donesla i té starší paní vedle mě... Tak mě napadlo, že chápu a zvláště, když jsem sestra, že nemusela mít ta sestřička svůj den supr, jen nechápu, že si ten svůj „neden“ vylévala na pacientovi. A hlavně, vždyť to na ni ti pacienti přece poznali, že ji to nebaví, a to nechápu, že jí nevadilo...no asi ne vlastně, jestli byla vyhořená...“. Nezájem ze stran některých sester popisovala i respondentka Valerie, který ale dle jejich zkušeností naštěstí „ti dobří andělé převálcovali“... „měla jsem pocit, že některým sestřím jsem byla, řekla bych, skoro ukradená, lhostejná. Takové sestry berou pacienty jako kus, co přijde a zase odejde někam jinam...nezajímá je, že je vám zle, měla jsem pocit, že obtěžuji, když zvoním a potřebuji zase na toaletu nebo pomoci se obléct. Asi jsem budila dojem, že to zvládnou, jenže já byla tak slabá, že jsem neměla prostě sílu. Ne že by přímo řekly, že mi nepomohou, ale to poznáte, zpod té roušky, jak se tváří jejich oči. Ty totiž strašně moc prozradí. A když tu tak ležíte celý den a koukáte do stropu a přemýšlíte, to potom vás až děsí, jakých detailů si všímáte... a co pod tím vším vše naleznete...A když přijde milá veselá sestřička, to je anděl a pro vás je to naštěstí po těch asi vyhořených balzám na duši...“. Pacientka Markéta měla zkušeností se sestrami kvůli své delší hospitalizaci o něco víc, a protože její diagnóza nebyla příliš přívětivá, připisovala si většinu zkušeností s nimi ovlivněné i tím, že buď se s ní sestry bály o její nemoci bavit a držely si odstup, nebo už ji nějak odepsaly... „moje zkušenosti jsou různé, protože tahle hospitalizace byla delší a měla jsem možnost tedy poznat různé sestry. Některé byly až zlé troufnu si říct. Asi byly unavené, přetažené, vyhořelé. Ale to je přece neomlouvá. Držely si odstup, moc se nebavily. Lékař vám ten nádor najde, ale hlavně ta sestřička by vám měla pomoci s tou hroznou diagnózou se vyrovnat, nebo nějak srovnat, když na to sami nemáte sílu. Tak jsem si to nějak myslela. Anebo holt nepomůže a vy ses tím musíte srovnat, jak dokážete.... Podle mě je sestra vyhořelá, když nemá o mě zájem a dělá jen co musí a nic co by chtěla a má vás jako ten další kus, co přijde a zase odejde, a to je postě zlé...“. To respondentka Marie se snažila svou situaci zvládnout za každé situace a ty vyhořelé sestry, jak uvedla, si moc nezabírala.... „když mi bylo ouvej, tak jsem neřešila, jestli je ta sestřička hodná, nebo nepříjemná, já jsem se soustředila na to, abych to zvládla. Protože zlá, nebo našťvaná, protivná sestra mě nezastaví v tom, abych se nedala dohromady. V tu chvíli jsem co nejmíň zvonila, nebo zase naopak. Když jsem byla v klidu, a nic jsem nepotřebovala, tak to bylo v klidu. Ale když to bylo horší a zvonila jsem, tak jsem jako nemohoucí musela volat o pomoc.... A oni ve dveřích tak zle...co zase????? Co zase potřebujete? A já jim v klidu řekla: Vy jste tak hodná, nemohla byste mi to nebo ono...A ona nemohla v tu chvíli nic, jen to

nasupeně šla udělat. Prostě jsem ty vyhořené neřešila, ale snažila se být milá za každé situace, a ono jim to třeba některým i došlo...“. Marie se tedy jako jedna z mála respondentů nenechala vtlačit do situace, že by se bála zazvonit nebo požádat sestru opakovaně o pomoc. Jiní pacienti ale v rozhovorech popisovali situace, kdy byli neprofesionálním přístupem sestry či jejím vyhořelým postojem zatlačováni do pozic tzv. malého dítěte, které nesmí nic říkat a jen poslouchat. Takovéto povýšené či nadřazené chování je v psychologické teorii, v tzv. transakční analýze, jež se zabývá mezilidskou komunikací, označeno jedním ze tří hlavních pojmů této analýzy, a to jako vztah rodič – dítě.

Další podkategorie byla tedy vytvořena na základě respondenty popisovaných situací a nese stejný název

b) Rodič-dítě – komunikace na této úrovni dle výpovědí respondentů nerespektuje pacienta a vtahuje a tlačí ho do pozic, kam se mu ani nechce, nebo momentálně kam se ani dostat nemůže. Pacientka Jiřina byla toho smutným příkladem...“ *některé sestry si to ani neuvědomovaly, ale povýšeně mi dávaly najevo, že jen ony tomu všemu nejlépe rozumí a já at' nic neříkám. Případlo mi, že mám jen poslouchat. Případla jsem si jako malé dítě ve škole, co neumí vypočítat příklad. Byly některé, no nebojím se je nazvat, arogantní, podle mě vyhořelé. Neměly zájem o mě ani o můj stav. Byl velký rozdíl, pokud mi sestra řekla-tomu nemůžete rozumět, to nechte laskavě na mně... nebo mi to jiná podala úplně jiným tónem, že jsem ji dala za pravdu a nechala se vést anebo o tom pak sestřička ještě i přemýšlela a snažila se to vyřešit. Pořád jsem totiž sestrám opakovala, že mě opravdu tak moc bolí záda a hrudník, a jedna mi řekla, že není divu při mé diagnóze, at' prostě zatnu zuby a nekňourám. To bylo pro mě hrozné. Hlavně když se potom na rtg zjistilo, že mám prasklé žebro, a proto mě to vstávání do chodítka tak bolelo. Ta milá sestřička, jak jsem se potom od lékaře dozvěděla, byla ta, co za ním přišla, že se mnou není něco v pořádku, a i když oba jistě tušili, že mohu mít už metastázy, přesto mě lékař poslal na rtg. Donesli mi potom bederní pás a už se mi vstávalo líp. Pro mě to byla velká pomoc a úleva zároveň a hlavně zjištění, že ne všechny sestry jsou odměřené a promiňte mi to, až nelidsky zlé, ale že jsou mezi nimi díky Bohu ti andělé... „*Také další respondentka Eva popsala ve svých zkušenostech, že byla mnohdy tlačena do pozic, ve kterých ji vůbec nenapadlo, že by se jako pacient mohla, kdy ocitnout a měla pocit, že musí jen poslouchat a nemůže skoro nic... „*moje zkušenost je vlastně hrozná i úžasná. Protože ten rozdíl v sestrách byl obrovský. Věřte mi, posbíraly nám na noc zvonky, že se bude spát a ne*

zvonic. Nemohla jsem tomu věřit, nemohla jsem se ani bránit. Tehdy jsem se ještě moc nemohla hýbat a mluvení mi šlo taky na nic...ale došlo mi, že jsou sestry, kterým bych řekla, že za nima je spousta dalších a oni ať jdou kopat kanály, když je to tu v nemocnici nebaví...to poznáte, kterou to baví a kterou ne...když už ráno přišla našťvaná a já měla stáhlý žaludek. Nechci na to ani myslet. Naštěstí další zkušenosti mám úplně jiné, zazvonila jsem a hned někdo přišel. Nikdo na mě nezvyšoval hlas. Když mi jedna sestra řekla, že před půlnocí mi dá mísu a potom se bude spát až do rána, jako by mi dávala ultimátum...co když se mi v tu půlnoc nebude chtít čůrat, ale až třeba za dvě hodiny??? Nebo se mi bude chtít na velkou...Co budu dělat? Tolik strachu, co jsem zažila, to bylo hrozné ...“ Rovněž i u pacientky Terezie se v rozhovorech potvrdila nevhodná komunikace, v níž byla sestrou tlačena do pozice neposlušného dítěte...“připadlo mi, že některé sestry si myslí, že si vymýšlím, že tou rukou nemůžu něco udělat. Byly některé takové odměřené, ať si dám kapky sama, že to přece snad zvládnou, co tak asi budu dělat potom doma. Já jsem asi taková citlivější a hned mě vše rozhodilo a měla jsem špatný celý den, když sestra byla odměřená, připadla jsem si, jako bych něco provedla. Nebo když jsem se chtěla večer upocená po celém dni osprchovat...tak na mě jedna vyjela – teď se nemůžete sprchovat!!! Sprchuje se tu ráno! A já se bála říct, že bych se ráda umyla teď večer, že tak jsem na to zvyklá, že se cítím špatně jít neosprchovaná spát...“ To na rozdíl od Terezie se pacient Jiří koupat nechtěl a špatné zkušenosti měl také...“arogance, nezám, nebavilo je to...takový jsem měl z některých sester pocit. Ležel jsem, všechno mě bolelo, a nemohl ráno rychle vstát do koupelny Ale jako by některé sestře na tom, jak mi je a co zvládnou vůbec nezáleželo. Řekla mi, nechcete teď vstávat a jít se umýt, tak si dělejte, co chcete a skoro našťvaně na mě hukla, tak si to prostěradlo potom vyměníte sám, když se vám teď nechce vstát...Naštěstí jiná sestřička šla na mě úplně jinak...dala mi jen prostě trochu více času, popovídala si se mnou, byla klidná, milá a laskavá a já z té postele nakonec vylezl. Myslím, že sestřička nemusí být úplně přehodná, ale měla by to s lidmi přece umět. Tak, aby pacienta neurazila ani neponížila. Pokud bude hrubá, sprostá a cholerická, těžko si pacienta získá na svou stranu. Když mi řekla, ať si teda nevstávám, že ji to nezajímá, že mě přemlouvát nebude, tak potom tady asi nemá moc co dělat. Prostě nezám, šumák, co mám z tebe...tak mi to přišlo...jednala se mnou jako s malým děckem. Tak mě napadlo, že je asi chudák vyhořená, jak se říká. Holt jsem nedokázal okamžitě vyskočit ráno z postele, jak to některé chtěly. Víte, já mám firmu a prošel jsem spoustou školení, jak jednat se zaměstnanci...Je to vše o lidech a jejich umění komunikace ...“.

Respondenti ve svých rozhovorech přisuzovali syndrom vyhoření i takovým sestřám, které se jim zdály příliš rychlé, jako by udělaly jen to nejnnutnější a nic víc je nezajímalo. Nebo i takové, co dělaly jen svoji naučenou práci, takovou rutinu, kterou si odbyly. Další podkategorie syndromu vyhoření jsem tedy přímo podle výpovědí respondentů nazvala:

c) Rutinérka-rychlovka – některé sestry se podle mnoha pacientů netvářily „nijak zle“, ale současně „ani ne moc nadšeně“. Z podobného přístupu mívali pacienti mnohdy pocit, že sestry pracují bez elánu či radosti a dělají jen to, co je nutné. Respondent František takovou sestru ve svém rozhovoru přímo popsal...“ *sestřička byla taková strohá, tak si to tak na pokoji nějak rychle odbyla, asi co měla, a nic víc ji nezajímalo, taková normální rychlovka...my chlapi jsme se dívali na fotbal, a to bylo najednou hrk sem, hrk tam s nerezovým vozíkem ve dveřích, stolice byla a něco chcete? Ne, tak dobrou a byla pryč ...no, a tak to jsme se tedy nic nedozvěděli. Ale ani ona věřím ne. Ale asi se ani nic dozvědět nechtěla. Protože jiná sestřička přijela a prostě s námi trávila čas. Tak jsem ten rozdíl viděl. Vypytávala se nás, jaký jsme měli den, co jsme dělali, jak se cítíme a třeba i poklízela kolem nás, takže jsem vnímal ty rychlé jako vyhořené, protože jsem z nich měl pocit, že je to prostě nebaví. Proč některé sestry byly takové rychlé, skoro se mě na nic nezeptaly a než jsem se vzpamatoval, byly pryč. Já si potom vzpomněl, že bych poprosil o kabátek od pyžama a když jsem tedy zazvonil a sestra vlétla do dveří se slovy, no copak ještě??? Vždyť jsem tady byla ne...No tak to byla pro mě studená sprcha, a nějak jsem si říkal, že toto je špatně...“.* Stejně tak i pacientka Markéta měla dle svých zkušeností pocit, že se o ni starala vyhořená sestra...“ *sestřička přitom byla celkem mladá, ale moc se neusmívala a dělala si jen tu svoji rutinu...jako by nechtěla vybočit ani napravo, ani nalevo... Chyběl mi tam ten lidský přístup, ten pohled z očí do očí a ta jistota, haló – já jsem tady pro vás vaše sestřička.....No prostě některá řekla šup, honem, jedem, tak mě drapla a skoro hodila na vozík...jenže to já tak neuměla rychle. A přála jsem si zpomalit, chtělo se mi plakat, všechno mě bolelo. To dělá hrozně moc, když je sestra klidná a ohleduplná, než když je taková zbrklá a chce mít vše honem hotové, a hlavně asi už aby měla klid...“.* Jak respondenti ve svých rozhovorech popisovali, všeobecná sestra může pracovat i svižně, a dokonce i samozřejmě někdy musí, protože má spoustu práce a nestihla by udělat co má a co i udělat sama chce. Což se někdy mohlo jevit, že je i moc rychlá, ale spíše by v té její, byť i rutinně, neměla chybět důslednost, pečlivost a zájem o pacienta jako takového. I když se tyto pojmy prolínaly s kategorií profesionálka, pacienti takovému odosobněnému a mnohdy nekomunikativnímu přístupu

přiřadili již syndrom vyhoření. Přitom vyhořelá nemusela být jen starší sestra profesionálka, co si dělala rutinně svoji práci a nabízelo se jí tak pacientům mnohdy nazvat třeba vyhořenou rutinérkou. Svoji profesionalitou by se sice mohla zařadit do podkategorie stará škola v kategorii profesionálka, ale bohužel pro svůj nezájem a jakousi apatii takovou sestru respondenti vnímali spíše jako už vyhořenou. V očích respondentů byly ale vyhořelé i mladší sestry a dle zkušeností respondenta Jindřicha i mladá všeobecná sestra nedlouho po ukončení vysoké školy. Otázkou tak zůstává, zdali u mladé sestřičky nepřevažoval jen nezájem a lhostejnost, takové brání všeho na lehkou váhu a vyhořená ani nemusela být ...“ *měl jsem pocit, že sestra chtěla, abychom s mým spolupacientem nic nechtěli a v noci nezvonili... no, a tak se radši ani na nic moc neptala...kdo se neptá, nic se nedozví že. Jenže bohužel, nezlobte se, ale musím vám to říct, jednou ta sestra ráno proběhla, jestli něco nepotřebujeme ani prostěradlo nepřevlékla, a to dělaly sestřičky každý den přitom, a k tomu mému sousedovi, který jen tak pokrčil rameny, a to byl na tom hůře než já, tak k němu ani zvlášť nepřišla... odešla a já měl divný pocit, on totiž ten můj soused v noci moc nespál, chodil po pokoji, ráno nic neříkal, jen seděl na posteli. Díky Bohu přišla vzápětí jiná sestra, která se asi nespokojila s tím, že ten na šestce nic nechce, když nic neříkal a cíleně se ho začala ptát, jak se vyspal a jak se cítí...a v tu ránu byl problém na světě...sestřička hned zavolala lékařku a spolu zjistili, že je trochu více popletený a mluví hůře než den před tím a hned ho odváželi...za několik dní se vrátil, a já se dozvěděl, že měl znovu slabší příhodu. Takže tak to vidíte, jedna sestra je rychlá, jen to rychle proletět, hlavně ať nikdo nic nechce, tak to ani zkoumat nebudu...jiná je pečlivá a důsledná. Kdyby ale i ta rychlá byla důslednější a měla o pacienta zájem, věřím, že by si toho problému u mého souseda určitě všimla...“.*

Z postřehů i z výpovědí respondentů je tedy naprosto zřejmé, že sestry jsou různé a různě i ke svým pacientům přistupují. Pokud jsou rychlé a dělají si jen svoji rutinu, nemuselo by to dle zkušeností pacientů být špatné, ale bohužel pro svůj nezájem a celkovou lhostejnost o pacienta se tyto sestry již zařazují do kategorie syndromu vyhoření. Co je ale dle respondentů ještě závažnější a z hlediska profesionality a kolegiality naprosto mezi sestrami nepřípustné, jsou neetické a neprofesionální výroky či nelidsky vedená komunikace od sester směrem k pacientům. Nebo i mezi samotnými sestrami navzájem. Na základě těchto respondentů popisovaných zkušeností jsem vytvořila čtvrtou a poslední kategorii s názvem zcela konkrétně:

Sororigenie

Tento speciální termín v překladu znamená poškození pacienta sestrou a patří do skupiny iatrogenie, označující poškození pacienta nejen lékařem, ale kýmkoliv ze zdravotnického personálu. Odborný název sororigenie je tedy synonymem pro sestrou prováděné poškozující jednání škodlivě působící na pacienty. Dle respondentů se jednalo převážně o sororigenii psychickou, tedy podle pacientů chování sestry, které se vyznačovalo nejen nesprávným ošetrovatelským postupem, ale současně či spíše nevhodnou až poškozující komunikací či neetickým chováním sestry. Respondenti ve svých rozhovorech uváděli několik případů, kdy sestry neeticky a neprofesionálně komunikovaly jak přímo s nimi, nebo o nich v jejich nepřítomnosti. Pacient Jiří na základě svých zkušeností popisoval přístup sestry, která mu „nedala moc šanci“, když nechtěl ráno vstát a jít hned do koupelny a svým způsobem ho odepsala... *„řekla mi, nechcete teď vstávat a jít se umýt, tak si dělejte, co chcete...je to vaše zdraví, ano tak mi to řekla... tak arogantně...To mi moc síly nedodalo pravda. Mávla na de mnou rukou, ať si dělám, co chci, že je to moje noha a moje zdraví. Udělala hned nade mnou konec, místo aby hledala příčinu, proč tomu tak je...“*. Také respondentka Dana se rozprávěla o svojí nepříjemné zkušenosti se sestrou, která jí nemohla napíchnout infuzi... *„ vím, že mám špatné žíly, ale ona mi sestřička nechtěla věřit, když jsem se jí snažila říct, že v té pravé mě to opravdu bolí a nepůjde to tam, štěkla na mě, že ona přece ví, co má dělat, ať jí laskavě neradím. No bohužel to dopadlo, jak jsem říkala. V pravé ruce to nešlo a v levé se také nedokázala trefit. Všechno bych pochopila, ale protože byla arogantní až zlá, a ještě ke všemu vůbec nebyla jemná, až mi vyhrkly slzy, jak mě obě ruce bolely, tak jsem se jí snažila požádat o jinou sestru, jenže to ona nechtěla, že si poradí sama. Naštěstí ta jiná za nedlouho přišla a zachránila mě. Říkala jsem si, že přece nemůže být jedna sestra tak krutá a necitlivá, když druhá je hotový anděl. No může. Já to tak zažila...“*. Mnohdy byli také pacienti svědky různých rozhovorů mezi sestrami, nebo i jedné sestry přímo s pacientem, které nebyly dle respondentů příliš vhodné. Vzhledem k ostatnímu zdravotnickému personálu i k pacientům samotným byly takové rozhovory nekolegiální a jak ve svých rozhovorech pacienti popisovali, sestry by takto před pacienty i svými kolegy mluvit neměly.

Podobné postřehy, bohužel většiny, respondentů mi daly podnět k vytvoření podkategorie:

a) **nekollegialita** – neprofesionální komunikaci sester s pacienty či „pomlouvání“ kolegyň popisovali někteří respondenti ve svých rozhovorech zpočátku bázlivě, ale po opětovném ujištění, že všechny rozhovory budou smazány a použity jen anonymně s jinými jmény v této práci, se o nepříjemných zkušenostech rozpovídali. Pacient Marek se cítil ponížený, když při otevřených dveřích na chodbu zaslechl sestru o něm mluvit... *„sestřičky jsou buď úžasné nebo moc nepoužitelné. A to mě někdy trápilo. Měl jsem pocit, že mě některé sestry považují za blázna a že mi to dávají najevo. Dokonce jsem to od jedné přímo zaslechl při pootvřených dveřích na chodbu ...odcházela a říkala druhé...vždyť je to blázen ten první tam. No, vím že myslela mě. Povyšovaly se nade mnou, někdy říkaly něco, co si myslely, že neslyším, třeba že to je hrůza tady...když jsem nestihl včas dojít na záchod...Cítil jsem se trapně, no hrozně prostě. Přece jsem to neudělal schválně. A hlavně jsem měl potom strach co dál. Nebo byly takové odměřené, obracely oči v sloup, co že to zase vyvádím a tak. Třeba mi jedna sestra řekla, že pořád nějak blbě ležím a pořád si zamotávám tu hadičku od katetru, ale copak já za to můžu? Nemůžu se moc v tom lůžku dobře otáčet s tou jednou nohou co je na nic. To takové ty kočky tady moje šikovný, to je úplně jiná liga. Přijdou s úsměvem a dobrou náladou a vše mi jde hned líp a já jsem hlavně v pohodě. Když je sestra zapšklá, vypadá že je pořád naštvaná, tak jsem se jim pak bál cokoli říct...“.* Také další pacient David slyšel na chodbě „co asi neměl slyšet“, jen s tím rozdílem, že sestra se vůbec nebála to říct nahlas, a ještě to řekla přímo před ním... *“ když jsem chodil po chodbě, slyšel jsem sestry, jak se baví o tom mém spolupacientovi – jako o tom protivném na desítce, a vůbec jim nevadilo, že je slyším, asi chtěly, abych jim dal za pravdu. Jo, já vím, že je asi trochu bručoun a že mu celý den skoro hraje televize, kterou já také nemusím, ale přece něco vydržím, a hlavně ta laskavá péče druhých sestřiček to 100násobně vylepší. Můžeme se nějak domluvit a ta sestřička si myslím se také dokáže, když bude chtít, i na takového bručouna usmívat a nemusí za to hned mít svatozář, i když některé ji opravdu mají. S nevhodným a neprofesionálním chování sester měla zkušenost i respondentka Eva, která zaslechla rozhovor dvou sester. Domlouvaly se jakou napsat paní Evě dietu ...“ v tu dobu se mi už polykalo lépe a já tedy prosila sestřičku, jestli bych nemohla mít už normální dietu místo toho mletého masa, už jsem to nemohla ani vidět ta pomletá jídla no a ta sestřička zavolala na druhou, ať mi to změní. Jenže ta druhá mě asi neviděla a houkla zpátky – proč by měla mít normální dietu, kdo by jí to asi tak krájel? Tak to mě šokovalo, jasně jednou rukou bych si to asi ještě nenakrájela, ale od toho tu přece jsou ty sestřičky, aby mi pomohly. Nejhorší bylo, že ta sestřička, co byla u mě to viděla, že*

jsem to celé slyšela a neudělala vůbec nic, na můj nechápavý výraz jen pokrčila rameny. Napadlo mě, když jsem tam tak celé dny ležela, že ty sestřičky to mají na jednu stranu těžké, ale na druhou si tuto profesi přece vybraly, a tak kdyby se chovaly k pacientům tak, jako by to byla jejich maminka, že by to asi mnohdy vypadalo jinak. Záleží, jak to má každá v sobě asi nastavené. Za mě to ty dvě sestry profesionálně nezvládly a mě vlastně poškodily. Já byla smutná a nešťastná zároveň. Bála jsem se skoro poprosit o namazání rohliku. Naštěstí jiné sestry potom byly už pravý opak...“. Několik respondentů a zvláště ženy, viděly problém s komunikací a neprofesionálním chováním sester právě v ženském kolektivu. Pacientka Marie, která poznala za dobu hospitalizace spoustu sester, se svěřila v rozhovorech i se svými zkušenostmi...“ *sestry si záviděly, konkurovaly si, nepřáli si, prostě netáhly za jeden provaz. Závist jako jedovatá slina, která sršela, pomlouvačnost, klevetivost, zloba. Víte kolikrát jsem slyšela, jak jely, naladění na závist a pomlouvaly jedna druhou, takové pokrytectví, faleš. Ahoj sluníčka, vyšly z pokoje a už jely. Která něco neudělala nebo udělala špatně, a i na pokoji spustily přede mnou, proč ta před ní nedoplnila, co měla a že ona to teda dělat nebude a uklízet po ní už vůbec ne...No takové pomlouvání, to si mají nechat někde mezi sebou, ale ne před pacienty, jaký obraz si o takových sestřích má pacient potom udělat? Faleš, tu poznáte...Asi si sestry neuvědomovaly, že pacient je takový pozorovatel vlastně. Že nemá jen zacpané uši a opravdu mnohdy slyší i to, co si sestry myslí, že neslyší. A hlavně, já jako pacient v nich potom ztrácela důvěru...když se tak pomlouvaly, jak bych jim mohla věřit...Měla jsem z toho divný pocit...“.*

Někdy se podle respondentů dokonce stalo, že sestry nebraly v potaz lékařem nastavenou léčbu, hanlivě ji shazovaly před pacienty, nebo se vyjadřovaly o léčebných či ošetrovatelských postupech s takovou nelibostí až nesouhlasem, že samotní respondenti byli postaveni do „pozice nevěřících“ a nevěděli, co jak na to reagovat. Na základě těchto podnětů z rozhovorů těchto respondentů nazvala druhou podkategorii:

b) Hanlivé výroky o předchozí léčbě – některé zkušenosti respondentů, popisující neprofesionální a neetické chování sester, by se mohly zařadit i do nějaké další kategorie neempatických a nevhodně se chovajících sester. Ale protože takové výroky pacienta svým způsobem poškozují, vyvolávají v něm nedůvěru a strach, jsou právem zařazeny do této kategorie spojené s poškozováním pacienta sestrou. A to jak po stránce psychické, tak i somatické. Respondentka Pavlína, která sama pracuje v ženském kolektivu v sociálních

službách, vnímala takové situace o to více ...“ *pracuji v ženském kolektivu a při této hospitalizaci mi asi i něco došlo. Když jsem tak pozorovala ty sestřičky, a to tam byly až na dva muže samé ženy nebo slečny, tak mi došlo, jaký to byl mnohdy, promiňte mi. „slepičinec“.* Několikrát jsem slyšela, jak se sestry vybavovaly a pomlouvaly jedna druhou, bohužel i pacienty, a hlavně popisovaly nepřilíš hezky jejich léčbu...*Ony si to asi mnohdy neuvědomovaly, když byly zabrané do rozhovoru, třeba při předávání služby, nebo na kuchyňce a já jsem chodila po chodbě, prostě jsem někdy slyšela pěkné pomluvy. Chápu, že ne každý kolektiv má takové vedení, které by si vychvaloval, ale myslím, že před námi pacienty by sestřičky o svém vedení a nadřízených špatně mluvit neměly...“.* Pacientce Terezii se dokonce stalo, že ji sestra nepodporovala v nastavené léčbě a o lékařích se nevyjadřovala příliš profesionálně...“ *měla jsem si brát takové kapky 3x denně a sestřičce akorát došly a druhé se jí asi nechtěly shánět, protože mi řekla, že je to stejně k ničemu, že mi to nepomůže, že nechápe, proč mi to lékař napsal, že on tomu evidentně nerozumí. No tak já z toho byla úplně vedle, možná to ta sestra tak nemyslela, ale říkat by mi takové věci asi neměla...“.* Na rozdíl od Terezie respondentka Dana popisovala zase sestru, která jí sice svým způsobem pomohla, ale „mluvit o kolegyních by tak asi také neměla“...“*jednou navečer mi přišla sestřička napojit infuzi, měla jsem zavedenou kanylu, tak jsem si myslela, že to bude vše v pořádku, jenomže asi byla špatná a kapačka nechtěla kapat a tak ta sestřička se začala rozčilovat, kdo mi to zase dal do té loketní jamky že tam se to dávat nemá, no byla celkem rozjetá...já byla ráda, že mi to přepíchla, ale ty řeči kolem tedy byly...“.* Podobně i pacient Šimon, který měl na zádech špatně se hojící jizvu, si vyslechl nevhodné komentáře ... „*ráno se mi přišla sestra podívat na jizvu a prohlásila ...no ti vám to teda odflingli a kdo vám to tak blbě zalepil? Já v tu chvíli měl představu několikacentimetrového kráteru v páteři a klidný jsem tedy nebyl. Sestře jsem se cokoliv bál říct, protože jsem nevěděl, kdo co odflingl, jestli operatér nebo sestry potom co mi přelepovaly jizvu, ale v tu chvíli mi to bylo jedno. Potřeboval jsem ujištění, že to bude dobré, a to mi tahle sestra bohužel nedopřála...“.* Sestry by se přitom měly při zjištění problému vždy zachovat důstojně a s noblesou to přejít, a hlavně se snažit problém diplomaticky vyřešit. I když sestra věděla, že kanyla je nefunkční, nebo rána špatně přelepená, výroky o tom, jak a kdo kanylu nevhodně zavedl nebo ránu neodborně převázal, to přece pacient vůbec nepotřeboval slyšet. Všeobecné sestry by rozhodně neměly podrývat lékařovu autoritu a nepomlouvat před pacienty ani své své kolegyně, natož lékaře.

Diskuze

Předmětem výzkumu této diplomové práce bylo popsat a zanalyzovat subjektivní zkušenosti pacientů se všeobecnou sestrou. Pro úspěšné dosažení cílů a potvrzení či vyvrácení hypotéz byly v tomto kvalitativním výzkumu zvoleny některé z metod zakotvené teorie (Strauss a Corbinová, 1999, s. 111-114), popsaných výše v metodice výzkumu. Na poli ošetrovatelské vědy bylo již představeno mnoho výzkumů, zaměřujících se na spokojenost pacientů. Většinou ale probíhá v cizích zemích, a především za pomoci kvantitativních metod. V České republice jsou kvalitativně z různých pohledů zkoumány pouze všeobecné sestry. Pacienti potom jen v souvislosti s různými onemocněními, ale zatím nebyli příliš dotazováni přímo na zkušenosti se všeobecnou sestrou při své hospitalizaci. Zkušenostem pacientů s péčí zdravotníků pomocí kvalitativního výzkumu se z dohledaných prací věnovala v České republice pouze jedna studentka z Univerzity v Pardubicích. Výzkum se zaměřoval na zkušenosti pacientů se zdravotní péčí a na přístup sester k pacientům pomocí již dříve vytvořeného pečujícího přístupu nazvaných podle metafor Baletka a Buldozer, blíže popsaného v teoretické části práce. Pro malé procento kvalitativních výzkumů v ošetrovatelství byla v této diplomové práci použitý výzkum formou rozhovorů. Ty předpokládaly obsáhlejší, a především validněji získané informace než statistické zpracování dat v dotaznících. Kvalitativní výzkum totiž nabízí úplně jiný pohled na svět než jeho kvantitativní protějšky. Problém většiny kvantitativních výzkumů mnohdy tkví v metodologických potížích, daných nízkou mírou návratnosti vyplněných dotazníků a s tím spojených potížích se shromážděním dat od všech účastníků. Způsob výzkumu v této diplomové práci navíc pomáhal navést u respondentů atmosféru běžného a hlavně přirozeného rozhovoru, který nebyl pro vybrané pacienty ani výzkumníka v ničem stresující.

Na položenou **hlavní otázku**, na (obecnou) zkušenost pacientů se všeobecnou sestrou vyšlo ze získaných rozhovorů najevo, že všichni oslovení byli při své hospitalizaci se všeobecnou sestrou v jejich celkovém pohledu více či méně spokojeni.

Ve dvou ze čtyř stanovených kategorií pacienti označili svá **hodnocení jako kladná**. Z důkladné analýzy rozhovorů, v návaznosti na dílčí výzkumné otázky, se ovšem vlastně demaskovaly i **dvě záporné kategorie**. V těchto výpovědích pacienti popisovali svá vlastní negativní hodnocení, přesněji negativní přístup všeobecných sester k nim. Respondenti popisovali nejčastěji méně profesionální, přesněji vlastně téměř vždy neprofesionální přístup

všeobecných sester. U všech respondentů toto negativní hodnocení všeobecné sestry vyplývalo či navazovalo především na vůbec první kontakt, první setkání, nemocného se všeobecnou sestrou! (Zvyklé kombinace, nově přijatý pacient + další sestra ve směnném provozu apod.).

Všichni respondenti hodnotili jako „silně“ negativní přístup sestry, resp. někteří až jako ponižující jejich osobnost, **nepředstavení se sestry pacientovi**. Toto potvrdilo v odpovědích všech 21 dotazovaných. Pacienti uvedli, že se jim prakticky téměř vždy (jiná situace během dne a noční lékařské služby) představil pouze lékař. Z nižších nelékařských pracovníků, tedy ošetřovatelé a sanitáři, se nepředstavil vůbec nikdo nikdy (!). Ze všeobecných sester to bylo, alespoň při prvním kontaktu tento „zdvořilostní fenomén“ uvedli pouze dva nemocní (z 21) a to opět „pouze“ dvě sestry, z celkem 12 během cca dvou až tří týdenní hospitalizace.

Je tedy otázkou, pouze zdánlivě okrajovou ve vztahu sestra – pacient, proč? Přestože moderní vývoj ve zdravotnictví klade na celý ošetřovatelský tým v popředí se všeobecnou sestrou stále větší požadavky, profesionální vystupování by u všech zdravotníků mělo být naprostou samozřejmostí. Potvrzují to například autoři španělské studie v integrativním přehledu literatury pomocí koncepční analýzy, věnující se vztahu sestra-pacient. Tento kolektiv jednoznačně argumentovali, že **proces představování se pacientům je zcela zásadní interakcí**, tvoří základ terapeutického vztahu sestra–pacient (Allande-Cussó et al., 2022, s. 462-484). Profese všeobecné sestry je podle Plevové společensky na sociální pozici laickou veřejností přijímána na poměrně vysokém stupni (blížícím se ve zdravotnictví lékaři). Rozvoj ošetřovatelství ve 21.století, i rozvoj celého ošetřovatelského procesu, by měl všeobecným sestrám zajistit také **novou image**. Všeobecná sestra by měla zaujmout postavení rovnocenného partnera v multidisciplinárním týmu. Svým nejen lidským a empatickým, ale především také profesionálním, vystupováním dokázat odbourat ve společnosti mýty o všeobecných sestrách (jako „pouze“ pomocnicích“) a zlepšit tak obraz sestry v laické veřejnosti (Plevová, 2012, s. 90-91). Společnost je totiž stále ještě hodně ovlivněna minulým (20.) stoletím, přesněji „předlistopadovým režimem“, kdy sestra byla považována za pokornou a „hodnou holku pro všechno“, která také převezme kdykoliv všechny služby, bez ohledu na svoje soukromí a rodinu, bude sloužit víkendy a svátky se spoustou přesčasových hodin, atd. Bohužel v mnohých menších českých nemocnicích s nedostatkem personálu tomu tak stále je a pozvednout prestiž, ale spolu s tím i výši platu, všeobecných sester se tam daří jen velmi zvolna. Jak v této diplomové práci respondenti v rozhovorech uvedli, všeobecné

sestry se většinou všechny snažily být milé, ale v profesionálním přístupu sester většina respondentů vnímali značné rozdíly. Rozdílnost v odlišném „módu představování“ u lékařů a odlišně u sester, které navíc s pacienty trávily nejvíce času a pacienti by je tedy měli znát, respondenti připisovali tomu, že lékaři jsou vysokoškolsky vzdělaní a jejich profesionální přístup je „logicky na vyšší úrovni“. Přitom podle Vévody se prestiž profese všeobecné sestry ve společnosti stále zvyšuje (Vévoda et al. 2013, s. 25). Ovšem mezi sestrami, které respondenti popisovali, některé vysokoškolsky vzdělané byly, a zásadní rozdíl v profesionálním přístupu – na základě jejich vzdělání – respondenti vlastně nepozorovali či nevnímali. Přesto Špirudová upozorňuje, že pro profesionalitu české sestry je důležité získat profesní sebevědomí a nenechat se manipulovat. Pro posilování autonomie všeobecných sester je totiž nezbytné si uvědomit, jak, a zdali vůbec, jsou sestry na pracovišti uznávány a považovány za kompetentní a nezávislé profesionálky (Špirudová, 2015, s.8). S tím jistě souvisí jak samotná připravenost (profesní edukace) všeobecných sester na jejich povolání, tak i samotná osobnost všeobecné sestry. I když respondenti připisovali vysokou míru spokojenosti se všeobecnou sestrou v kategorii „Dobrý anděl“ právě a především empatickému (lidskému) přístupu, z bližší analýzy celé kvalitativní studie vyplývá, že kromě forem empatie stejně vysoce pacienti hodnotí profesionální vystupování podložené na odborných znalostech. Tento, pouze zdánlivý „protimluv“ či paradox, potvrzuje například Ghadirian v iránské studii. Z review jednoznačně vyplývá, že pro profesionalitu sester je nejdůležitější jejich úroveň vzdělání. Ošetrovatelská profesionalita je totiž složitý, rozmanitý a dynamický proces a vyspělá společnost si žádá neustálý vývoj ošetrovatelské profese (Ghadirian et.al, 2014, s. 1-10).

Většina sledovaných (současných) studií poukazuje na důležitost vysokoškolského vzdělání všeobecných sester a související „komplexní posílení“ jejich základních profesních kompetencí. V tomto smyslu tak například jako **důležitou roli mentorů a praxi založenou na důkazech (EBP)** velmi vysoce hodnotili například skandinávští autoři průřezového deskriptivního průzkumu kvality sester ve Finsku. Přestože v hodnocených kohortách byly sestry obeznámené s EBP, měly k němu pozitivní postoje a věřily v hodnotu EBP při zlepšování kvality péče, vnímaly své vlastní dosažené znalosti a dovednosti z praxe založené na důkazech jako nedostatečné! Otázkou je proč? I když je systematické zavádění praxe založené na důkazech (EBP) nezbytné pro efektivní zlepšení kvality a hodnoty péče pacientů, sestry v praxi důkazy důsledně nepoužívají. Tento žádoucí trend je velmi pravděpodobně také

dán malou až nedostačující edukací a připraveností sester na EBP. Včetně jejich přesvědčení o významu EBP a zřejmě **především nedostatkem mentorů EBP** (Saunders, 2016, s.128-140).

Tuto zkušenost potvrzují rovněž autoři z Kypru, kteří pomocí systematického přehledu zkoumaly překážky, které brání sestřím v hodnocení a aplikaci důkazů z výzkumu poznatků ve své ošetrovatelské praxi. I když přijetí a vlastní aplikace EBP je relativně novým přístupem, který má blahodárné účinky na zdraví nemocných ale současně i na celý zdravotnický systém, využití výzkumu v ošetrovatelské praxi zůstává omezené. A to i přes vesměs pozitivní postoje, které sestry prezentují. Výsledky této studie ukazují, že nejdůležitějším faktorem pro nízké využívání výzkumu v praxi je nedostatek času pro přístup a čtení výzkumů a následné přijímání EBP sestrami. **Důvody pro nedostatek času se zapojit do činností spojené s EBP nejsou zatím jasné** a vyžadují proto další zkoumání (Pitsillidou et al., 2020, s.85-91).

Naproti tomu, autoři korejské analýzy, zabývající se také profesionalitou sester, považují jako základ pro vytvoření profesionality sester a poskytování dobré ošetrovatelské péče nejen pokročilé ošetrovatelské znalosti a dovednosti, ale především komplexní „ošetrovatelský styl“ zaměřený holisticky na člověka, profesní i osobnostní odpovědnost, etiku, samostatnost, spolupráci s vrstevníky a také **dovednost v umění řešení problémů** (Lee, Kimm, 2019, s.94-107).

V naší kvalitativní studii: První dílčí cíl, zaměřený na postoj všeobecné sestry k pacientovi, koreloval s první výzkumnou otázkou, dotazující se respondentů, jak je ovlivnila péče všeobecné sestry při jejich hospitalizaci. Postoj všeobecné sestry byl k pacientům dle respondentů ovlivněn celkovým přístupem sestry, který byl – podle všech respondentů – založený na **umění komunikace, míře profesionality a současně empatie**. Téměř všichni respondenti odpovídali, že je péče ovlivnila pozitivně, a to stran motivace k jejich uzdravení a návratu tak do běžného života. Všeobecné sestry je motivovaly, přesněji „cíleně povzbuzovaly“, což všichni respondenti hodnotili jako velmi silný fenomén pro jejich uzdravení. Bohužel se v některých odpovědích respondentů ale také potvrdilo, že ne všechny sestry byly stejné a ne každá dokázala komunikovat s pacientem takovým způsobem, aby ho „pozitivně naladila“ a cíleně u něj vzbudila pocit jistoty a bezpečí. Je zřejmé, že profesionalita zdravotníka nespočívá pouze „v nošení uniformy“ a zdvořilém chování, ale mnohem důležitější je osvojení a neustálé kultivování **komunikačních dovedností**. Tedy

profesionalita, zejména pak všeobecné sestry prokazatelně velmi úzce souvisí především s uměním **správně či vhodně s pacientem komunikovat**. A taková žádoucí komunikace vzniká právě až na základě zvládnutí emocí vlastních (tedy sestry) a současně i emocí pacienta. Je nanejvýše zřejmé, že i v ošetrovatelské péči tyto komunikační dovednosti všeobecné sestry hrají ještě významnější roli, než konvenčně předpokládá.

Autoři studie zkoumající „vnímanou spokojenost“ u 1241 kanadských sester poukázali především na existenci „celého vějíře“ emočních modalit. Jejich důsledným osvojováním pak prokazatelně všeobecné sestry disponují vysokou úrovní emoční inteligence, morálním svědomím a mají také optimistický náhled na svůj život. Takto formovaná (vyzrálá) sestra podle autorů prokazuje rovněž věrnost určitým zásadám a díky své osobní motivaci dochází zpětně právě k rozvoji jejich emočních schopností. Výsledky této studie potvrzovali i výpovědi respondentů a s autory studie se shodli na tom, že **jen šťastná a motivovaná sestra dokáže svým správným empatickým přístupem správně motivovat své pacienty** (Beckham, Riedford, 2017, str. 79-82).

Dalším aspektem, ovlivňující spokojenost pacientů, se tedy dle respondentů ukázala nedostatečná nebo nevhodná komunikace sestry s pacientem. Vzájemné komunikaci a jejímu významu ve vztahu pacient-sestra je věnována druhá výzkumná otázka i druhý dílčí cíl této práce. V této otázce, týkající se zkušeností s komunikací mezi pacientem a všeobecnou sestrou, se respondenti opět shodli na některých pochybeních stran komunikace všeobecné sestry. Jak popisuje i Haškovcová: Samotné sestry většinou (teoreticky!!!) vědí, jak mají s pacienty správně komunikovat a dodržují i zásady etického kodexu v ošetrovatelství. Hlavním problémem se ale stává ztráta jejich přirozených komunikačních schopností v konkrétní klinické praxi. Důsledkem je především narůstající úpadek skutečného (lidského) zájmu o druhého člověka jako takového (Haškovcová, 2013, s. 25–26). Jak také i z rozhovorů respondentů vyplynulo, ne všechny sestry s nimi komunikovaly profesionálně a empaticky. Jejich přístup byl někdy odměřený, bez zájmu a pochopení. Přitom umění správné komunikace je pro vztah mezi všeobecnou sestrou a pacienty naprosto klíčové. Potvrzují to i ve své analýze autoři Xue a Heffernan z katedry ošetrovatelství v irském městě Tralle, ve které zdůrazňují význam terapeutické komunikace (angl. TC) v rámci vztahu sestra–pacient. Většina literatury stále hovoří o TC jako o strategii ke zlepšení terapeutického vztahu sestra–pacient specificky pouze v psychoterapii. **Příčemž ignoruje aplikaci TC v rámci všeobecného ošetrovatelství**, kde může být přínosem pro mnohem více pacientů. Toto je

hiátus, který se tento výzkum snažil zaplnit. Podle těchto autorů zmírňování duševních nemocí či stresových stavů pacientů již není pouze úkolem psychiatrického ošetřovatelství. **Mělo by se dostat i do oblasti všech klinických sester.** TC je třeba považovat za jádro profesionální ošetřovatelské praxe ve všeobecném ošetřovatelství, protože jen tak může být přínosem pro více pacientů a povede ke zlepšení výsledků péče a současně ke spokojenosti pacientů. Dle autorů je nezbytné přesnější vyjasnění pojmů TC pro podporu a jeho porozumění i dalšími zdravotnickými pracovníky (Xue, Heffernan 2021, s.2-8).

Spokojenost s péčí popisovali respondenti právě ve spojitosti s několika uvedenými dovednostmi či „přednostmi“ všeobecné sestry. A na těchto, dále uvedených, attributech respondenti postavili právě onu důležitost profese všeobecné sestry ve vztahu sestra-pacient, na kterou byli respondenti dotazováni ve třetí výzkumné otázce a byl na ní postaven i třetí dílčí cíl této práce. Jednalo se především o **aktivní zájem všeobecné sestry o pacienta a její profesionální a empatický přístup.** Z konkrétních zkušeností respondentů vyplynulo, že všeobecná sestra by si měla být vždy vědomá „obrovské léčivé energie“, komplexu schopností, jak vše dokáže svým aktivním pozitivním přístupem ke svým pacientům velmi významně ovlivnit. **Jestli si u nich svým zájmem, pečlivostí a důsledností získá důvěru a navodí pocit jistoty, nebo naopak svou odměřeností a lhostejností vyvolá pocit strachu a nejistoty.** Pečlivost a důslednost považovali respondenti u všeobecných sester za naprosto zásadní, protože jak uváděli i ve svých rozhovorech, tyto důležité vlastnosti u nich mnohdy ovlivňovaly jak průběh ošetřovatelské péče, tak i průběh jejich celkové léčby.

Komunikačním dovednostem a zájmu o pacienty připisují klíčovou roli spokojenosti pacientů také autoři průzkumné studie v Turecku. V této popisné studii na základě deskriptivního průřezového designu hodnotí autoři u 635 propuštěných pacientů z nemocnice pomocí dotazníků spokojenost s kvalitou ošetřovatelské péče. Z výsledků vyplynulo, že pacienti byli spokojenější se zájmem a péčí sester a méně spokojeni s informacemi, které dostali a že na základě naslouchání, ohleduplného a přátelského přístupu sester byli také méně stresováni. Výsledky studie stejně jako odpovědi respondentů diplomové práce potvrzují, že se sestra díky svým komunikačním dovednostem se cíleně (!) chová k pacientům ohleduplně, přátelsky, s přiměřeným. A pokud projevuje adekvátní zájem a je důsledná, navodí u pacientů důvěru, která jim pak dává objektivně prokazatelný pocit, že je „sestry léčí více než lékař“ (Karaca, 2019, s.535-545). Pokud ale všeobecná sestra nedisponuje komunikačními dovednostmi, nemá zájem o pacienta a není důsledná, pečlivá ani

k pacientovi nepřístupuje empaticky, potom u pacientů, jak všichni respondenti popisovali ve svých rozhovorech, potom vyvolává silný pocit nedůvěry, nezájmu, strachu. Nejčastěji pocitu, že je jejich pečující sestra „již vyhořelá“ (ačkoliv tento termín pacienti použili jen ojedinele).

Syndrom vyhoření přitom jako profesionální fenomén již uznala 28. května 2019 Světová zdravotnická organizace (WHO) za vážný zdravotní problém a v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN) jej zařadila mezi nemoci, kterou je potřeba léčit, a hlavně se jí snažit předcházet. WHO tak plánuje vyvinout pokyny pro duševní pohodu na pracovišti, a to na základě metaanalýzy 113 studií zahrnujících 45 539 sester po celém světě ve 49 zemích napříč různými specializacemi. Tato studie je vůbec první studií, která sjednocuje publikované studie a odhaduje souhrnný počet příznaků vyhoření mezi sestrami po celém světě. Z výsledků vyplývá, že sestry mají vysokou prevalenci symptomů vyhoření, což vyžaduje zvýšenou pozornost a další řešení problému. Tato studie navíc slouží jako podnět pro další studie a vůbec nastavení změn, s cílem zlepšit celkovou kvalitu zdravotní péče a pracovní podmínky sester (Woo et al., 2020, s.9-20).

Respondenti ve svých odpovědích navíc u sester, které se k nim nechovaly empaticky a ohleduplně, nebo jim připadaly vyhořelé, poukazovaly i na nevhodně zvolenou komunikaci, která je pacienty uváděla do „nepříjemných až nekomfortních pozic“. V níž nechtěli být, a bránili se spíše non verbálně, nejčastěji apaticky. Očekávali „další směnu“, sestru s odlišnými vlastnostmi. Pacienti udávali nadřazené a arogantní chování sester, mnohdy měli i pocit, že z nich všeobecné sestry dělají simulanty a tlačili je do „pozic malého dítěte“. Takový neosobní a arogantní přístup, zavlékající pacienta do pozic malého dítěte je v odborné literatuře v tzv transakční analýze popisován jako **paternalistický přístup v rovině rodič-dítě**. Respondenti popisovali, že si připadali jako malé dítě, co musí poslouchat a nemůže říct svůj názor. Přitom, jak uvádí i autoři ze španělské univerzity ošetřovatelství v Seville, základními atributy vztahu mezi sestrou a pacientem musí být empatie, důvěra, komunikace, aktivní naslouchání a respekt k etickým hodnotám. Výsledky studie na základě zjištění výhod u pomáhajícího vztahu sestra – pacient přináší důkazy o zlepšení celkového zdravotního stavu pacientů, a to jak po stránce fyzické, emocionální, obecně psychické ale i následného sociálního života pacientů (Allande-Cussó et al., 2022, s. 462-484).

Dále se respondenti ve svých rozhovorech svěřili také se snad „ještě závažnějším“ neprofesionálním chováním nemalého počtu sester. To se vyznačovalo nevhodným verbálním ale i non-verbálním vyjadřováním o jejich kolegyních i samotných pacientech, což

respondenti buď náhodou zaslechli, nebo takto sestra mluvila přímo před nimi. Odborně je takový přístup zdravotníků k pacientům označován jako **terapeutická iatrogenie** a vyznačuje se hanlivými výroky o předchozí léčbě. Takové zcela nevhodné neprofesionální chování sester vyvolávalo u respondentů pocity nedůvěry, nejistoty a strachu. Samotné nepřiměřené a škodlivě působící jednání sester k pacientům, uváděné v literatuře jako **sororigenie**, respondenti popisovali u sester jako znak neprofesionality a neempatického přístupu. Dle Vévody by přitom měla všeobecná sestra chápat sebe samu jako člověka a jejím celoživotním cílem by mělo být právě zlepšování dovedností profesionální komunikace založené na empatii, soucitu a laskavé péči u svých pacientů (Vévoda 2013, s.19).

Představa respondentů o tom, jaká by měla být všeobecná sestra bylo předmětem čtvrté výzkumné otázky a zároveň i čtvrtého dílčího cíle této diplomové práce. Jak z podrobné analýzy a opakovaného pročitání rozhovorů respondentů vyplynulo, pacienti se o představě všeobecné sestry shodovali v několika vlastnostech. Největším přínosem byl pro ně empatický a profesionální přístup všeobecné sestry, který se projevoval jak lidským přístupem, tak profesionálním vystupováním i odbornými znalostmi všeobecné sestry. Jak uvádí i autorky Drahošová a Jarošová ve svém přehledu kvalitativních studií, zaměřených na koncept péče v ošetrovatelství, sestry chápou péči v ošetrovatelství jako vztah k pacientům, založený na individuálním a empatickém přístupu, aktivní komunikaci i osobnostní výbavě sester jako jsou odborné znalosti a dovednosti (Drahošová, Jarošová 2016, s. 453-460).

V kontextu k výsledkům této práce naši respondenti popisují ve vytvořené kategorii Dobrý anděl všeobecnou sestru nejčastěji jako sluníčko, pomyslného anděla, který je jim nablízku a dává jim svým lidským přístupem naději a svou pečlivostí a důsledností i pocit jistoty a důvěry. Jak respondenti uváděli, byla pro ně **velmi důležitá vzájemná komunikace na profesionální úrovni**. To „vše dobré“, čím by všeobecná sestra měla disponovat, respondenti přisuzovali jak povahovým vlastnostem, tak i jejímu vzdělání. A pokud byla navíc milá, laskavá a pacienty si svým lidským přístupem uměla získat, takovou popisovali respondenti jako **ideální sestru**.

Závěr

Kvalitní sestra musí splňovat nejen nároky na odbornou způsobilost, širěji profesní kompetence, ale současně i další atributy, které pacienti od sester vesměs vyžadují. Nezastupitelné vlastnosti či projevy všeobecné sestry jsou vedle profesionality projevy empatie, tedy lidskosti a navození důvěry. Tento komplex znamená pro nemocného mnohdy více než samotné „mechanické“ ošetřovatelství. Z provedeného kvalitativního výzkumu jednoznačně vyplývá, že psychologický přístup k pacientovi je mnohdy důležitější než vlastní proces léčení. Vlídná slova pomohou někdy stejně, častěji více než užívání medikamentů. Jde vlastně o cílený placebo efekt. Všeobecná sestra se setkává s nadějemi, radostmi, utrpením i zármutky nemocných a je svědkem každého, byť malého pokroku na cestě k uzdravení u svých pacientů. A jak tento výzkum potvrzuje, svým profesionálním přístupem a uměním se pacientům představit, svou důsledností, pečlivostí a zájmem, si všeobecná sestra u svých pacientů získává nejen důvěru a sympatie, ale i jistotu, že její profese je důležitá a v ošetřovatelské péči nezastupitelná.

Sestra za svoji práci totiž dostává od pacientů okamžitou zpětnou vazbu a může ihned vidět a reagovat, zda své povolání vykonává dobře. Úsměv, radost v očích, pohlazení a všechny ty drobné projevy lidských citů sestra spoluprožívá v blízkosti s nemocnými. Sestra je odpovědná za poskytování kvalitní ošetřovatelské péče a v rámci zdravotnického týmu spolupracuje s dalšími zdravotníky. Musí se neustále učit, být empatická, a především by měla mít ráda lidi a touhu pomáhat druhým. Výsledky této diplomové práce by mohly být použity pro rozvoj péče zaměřené na pacienta a také v oblasti ošetřovatelského vzdělávání, jako výuka v předmětech týkajících se ošetřovatelské péče a komunikace mezi sestrami a pacienty. Jako výukový materiál by mohlo posloužit díky kvalitativní studii vytvořené „desatero pro komunikaci sestry s pacientem“:

Desatero komunikace všeobecné sestry s pacientem

1. Představte se
2. Mluvte se mnou
3. Nespěchejte
4. Usmějte se

5. Naslouchejte mi
6. Buďte mou jistotou
7. Buďte opatrná
8. Respektujte mě
9. Učte mě ke zdraví
10. Buďte lidská

Zdroje

AIKEN, Linda H, Douglas M SLOANE, Luk BRUYNEEL, et al., 2014. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet* [online]. **383**(9931), 1824-1830 [cit. 2022-06-29]. ISSN 01406736.

Dostupné z: doi:10.1016/S0140-6736(13)62631-8

ALLANDE-CUSSÓ, Regina, Elena FERNÁNDEZ-GARCÍA a Ana María PORCEL-GÁLVEZ, 2022. Defining and characterising the nurse–patient relationship: A concept analysis. *Nursing Ethics* [online]. **29**(2), 462-484 [cit. 2022-06-07]. ISSN 0969-7330.

Dostupné z: doi:10.1177/09697330211046651

BECKHAM, R. a K. RIEDFORD, 2017. Emotional Competence: Demonstrated Performance. *Medsurg Nursing: Official Journal Of The Academy Of Medical-Surgical Nurses* [online]. **26**(2), 79-82, 92 [cit. 2020-02-23]. ISSN 10920811. Dostupné z: doi:https://search.proquest.com/docview/1907285732?accountid=16730.

BERNE, Eric, 2013. Co řeknete, až pozdravíte: transakční analýza životních scénářů. Přeložil Iva MACHOVÁ, přeložil Josef GRUMLÍK. Praha: Portál. Spektrum (Portál), s. 114-131. ISBN 978-80-262-0486-2.

BJÖRKDAHL, A., T. PALMSTIERNA a G. HANSEBO, 2010. The bulldozer and the ballet dancer: aspects of nurses' caring approaches in acute psychiatric intensive care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* [online]. **17**(6), 510-518 [cit. 2022-06-25]. ISSN 13510126. Dostupné z: doi:10.1111/j.1365-2850.2010.01548.x

BOROŇOVÁ, J. 2010. Kapitoly z ošetrovatelství I. Plzeň: Maurea, s.r.o., 2010. 196 s. ISBN 978-80-902876-4-8.

CARAMAZZA, Alfonso, Stefano ANZELLOTTI, Lukas STRNAD a Angelika LINGNAU, 2014. Embodied Cognition and Mirror Neurons: A Critical Assessment. *Annual Review of Neuroscience* [online]. **37**(1), 1-15 [cit. 2022-06-25]. ISSN 0147006X. Dostupné z: doi:10.1146/annurev-neuro-071013-013950

DERKSEN, F., BENSING, J., & LAGRO-JANSSEN, A. (2013). Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *Br J Gen Pract*, 63(606), e76-e84.

DRAHOŠOVÁ, Lenka a Darja JAROŠOVÁ, 2016. Concept caring in nursing. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. 7(2), 453-460. ISSN 23363517. Dostupné z: doi:10.15452/CEJNM.2016.07.0014

GHADIRIAN F, SALSALI M, CHERAGHI MA. Nursing professionalism: An evolutionary concept analysis. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2014 Jan;19(1):1-10. PMID: 24554953; PMCID: PMC3917177.

GOLEMAN, Daniel, 2015. Jak se stát skutečným lídrem: proč je emoční inteligence tak důležitá: výběr prací z nejvýznamnějších podnikatelských časopisů. Přeložil Kateřina ORLOVÁ. V Praze: Metafora., s.95 ISBN 978-80-7359-453-4.

GURKOVÁ, Elena, Ivana ANDRAŠČÍKOVÁ a Juraj ČÁP, 2015. Parents' experience with a dying child with cancer in palliative care. *Central European Journal of Nursing and Midwifery* [online]. 6(1), 201-208 [cit. 2022-06-12]. ISSN 23363517. Dostupné z: doi:10.15452/CEJNM.2015.06.0004

HAŠKOVCOVÁ Helena a Jindra PAVLICOVÁ. Ošetrovatelství: ideály a realita v ambulantní péči. 1. vyd. Praha: Galén, 2013, s. 21-26 ISBN 978-80-7492-063-9

HEŘMANOVÁ, J., VÁCHA, M., SVOBODOVÁ, H., ZVONÍČKOVÁ, M., SLOVÁK, J. (2012). Etika v ošetrovatelské praxi. Praha: Grada Publishing., s.22-26. ISBN 978-70-247-3469-9.

HETZEL-RIGGIN, Melanie D., Brett A. SWORDS, Hau L. TUANG, Joshua M. DECK a Nicholas S. SPURGEON, 2020. Work Engagement and Resiliency Impact the Relationship Between Nursing Stress and Burnout. *Psychological Reports* [online]. 123(5), 1835-1853 [cit. 2022-06-13]. ISSN 0033-2941. Dostupné z: doi:10.1177/0033294119876076

HLINOVSKÁ, Jana a Jitka NĚMCOVÁ, 2012. Interaktivní procesy v ošetrovatelství a porodní asistenci. Praha: Maurea., s.32-34. ISBN 978-80-904955-3-1.

HONZÁK, Radkin, 2010. Smie humor do medicíny? Revue medicíny v praxi: odborný medicínsky časopis. Bratislava: MAURO Slovakia, 8(2), 33. ISSN 1336202X.

HUMPL, Lukáš, Jiří PROKOP a Alena TOBIÁŠOVÁ, 2013. První psychická pomoc ve zdravotnictví. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. 78, ISBN 978-80-7013-562-4.

IRMIŠ, Felix, 2011. Stresující vlivy při bolesti pacienta: individuální biosociální pohled. Paliativna medicína a liečba bolesti. XIII. česko-slovenské dialógy o bolesti: 6. - 8. október 2011, Košice: abstrakty: [suplement]. Bratislava: SOLEN, 4, 11., s.77 ISSN 1337-9917.

JANKOVSKÝ, Jiří, 2018. Etika pro pomáhající profese. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton., s.17-19. ISBN 978-80-7553-414-9.

JEFFREY, D. (2016). Empathy, sympathy and compassion in healthcare: Is there a problem? Is there a difference? Does it matter?. Journal of the Royal Society of Medicine, 109(12), 446-452.

JEŽORSKÁ, Šárka, Jiří VÉVODA a Jan CHRASTINA, 2014. Nurses motivation and burnout: is there a connections?. Profese online [online]. 7(1), 9-15 [cit. 2022-06-13]. ISSN 18034330. Dostupné z: doi:10.5507/pol.2014.002

KAAS J, STASKOVÁ V, ŠULISTOVÁ R. The concept of health literacy in contemporary nursing. Kontakt 2016; 18(4): e219–e223; <http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2016.10.001>

KARACA, Anita a Zehra DURNA, 2019. Patient satisfaction with the quality of nursing care. Nursing Open [online]. 6(2), 535-545 [cit. 2022-05-12]. ISSN 2054-1058. Dostupné z: doi:10.1002/nop2.237

KILÍKOVÁ, M. a kolektiv. (2013). Teorie moderního ošetrovatelství II. 1. vydání. Příbram: Ústav sv. J. N. Neumanna Příbram. S. 146 ISBN 978-80-260-3756-9.

KIM, Ji-Soo, 2020. Emotional Labor Strategies, Stress, and Burnout Among Hospital Nurses: A Path Analysis. Journal of Nursing Scholarship [online]. 52(1), 105-112 [cit. 2022-06-13]. ISSN 1527-6546. Dostupné z: doi:10.1111/jnu.12532

KOURKOUTA, Lambrini a Ioanna PAPATHANASIOU, 2014. Communication in Nursing Practice. *Materia Socio Medica* [online]. **26**(1) [cit. 2022-06-12]. ISSN 1512-7680. Dostupné z: doi:10.5455/msm.2014.26.65-67

KOZLOWSKI, Desirée, Marie HUTCHINSON, John HURLEY, Joanne ROWLEY a Joanna SUTHERLAND, 2017. The role of emotion in clinical decision making: an integrative literature review. *BMC Medical Education*. **17**(1), 12909-017. 1472-6920. ISSN 1472-6920. Dostupné z: doi:10.1186/s12909-017-1089-7

KROBOT, Alois, Barbora KOLÁŘOVÁ, Petr KOLÁŘ, Bronislava SCHUSTEROVÁ a Jana TOMSOVÁ, 2017. Gait Neurorehabilitation in Stroke Patients. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie* [online]. **80/113**(5), 521-526 [cit. 2019-09-06]. ISSN 12107859. Dostupné z: doi:10.14735/amcsnn2017521

KUDO, Yasushi, Sachiko HAYASHI, Emiko YOSHIMURA, Akitaka SHIBUYA a Yoshiharu AIZAWA, 2013. Nursing Students' Learning Motivation Toward Technical Knowledge and Their Ethics Regarding Patients' Rights. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine* [online]. **230**(1), 33-42 [cit. 2022-04-05]. ISSN 0040-8727. Dostupné z: doi:10.1620/tjem.230.33

LEE, K. and KIM, S. H. (2019) "Professionalism of the Nurse: A Concept Analysis," *Journal of Convergence for Information Technology*. *Convergence Society for SMB*, **9**(9), pp. 94–107. doi: 10.22156/CS4SMB.2019.9.9.094. [online], 2019. [cit. 2022-06-11]. Dostupné z: doi:10.22156/CS4SMB.2019.9.9.094

LOFT, Mia Ingerslev, Bente MARTINSEN, Bente Appel ESBENSEN, Lone L. MATHIESEN, Helle K. IVERSEN a Ingrid POULSEN, 2017. Strengthening the role and functions of nursing staff in inpatient stroke rehabilitation: developing a complex intervention using the Behaviour Change Wheel. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. **12**(1), 162-174. ISSN 1748-2631. Dostupné z: doi:10.1080/17482631.2017.1392218

LOŠŤÁKOVÁ, Olga, 2020. Empatická a asertivní komunikace: jak zvládat obtížné komunikační situace. Praha: Grada. s. 13-15 ISBN 978-80-271-2227-1.

- MAROON, Istifan, 2012. Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: teorie, praxe, kazuistiky. Přeložil Kateřina LEPIČOVÁ. Praha: Portál. S.30-31. ISBN 978-80-262-0180-9.
- MELLANOVÁ, Alena, 2017. Psychosociální problematika v ošetrovatelské profesi. Praha: Grada.s.31, ISBN 978-80-247-5589-2.
- MORGAN, Stephanie a Linda H. YODER, 2012. A Concept Analysis of Person-Centered Care. Journal of Holistic Nursing [online]. **30**(1), 6-15 [cit. 2022-06-28]. ISSN 0898-0101. Dostupné z: doi:10.1177/0898010111412189
- MOTSCHNIG, Renate a Ladislav NYKL, 2011. Komunikace zaměřená na člověka: rozumět sobě i druhým. Praha: Grada. Psyché (Grada). s. 41. ISBN 978-80-247-3612-9.
- NEŠPOR, Karel, 2017. Léčivá moc smíchu: smích a zdraví, smích a vztahy, smích a práce, smích a výchova. Vydání páté. Ilustroval Václav HRADECKÝ. V Praze: Vyšehrad. s. 28. ISBN 978-80-7429-826-4.
- PLEVOVÁ, Ilona a kol. Ošetrovatelství I. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, s. 90–91. ISBN 978–80-247-3557-3.
- PLEVOVÁ, Ilona, 2018. Ošetrovatelství I. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. Sestra. s. 84-85. ISBN 978-80-271-0888-6
- PLEVOVÁ, Ilona, 2019. Ošetrovatelství II. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, s.48-49. Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0889-3.
- PITSILLIDOU, Maria, Zoe ROUPA, Antonis FARMAKAS a Maria NOULA, 2020. Barriers to the adoption of evidence-based practice among nurses. Kontakt [online]. **22**(2), 85-91 [cit. 2022-06-13]. ISSN 12124117. Dostupné z: doi:10.32725/kont.2020.017
- POORCHANGIZI, Batool, Fariba BORHANI, Abbas ABBASZADEH, Moghaddameh MIRZAEI a Jamileh FAROKHZADIAN, 2019. Professional Values of Nurses and Nursing Students: a comparative study. BMC Medical Education [online]. **19**(1) [cit. 2022-06-28]. ISSN 1472-6920. Dostupné z: doi:10.1186/s12909-019-1878-2
- PLEVOVÁ, Ilona, 2018. Ošetrovatelství I. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. Sestra. ISBN 978-80-271-0888-6

- PLEVOVÁ, Ilona, 2019. Ošetrovatelství II. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, s.48-49. Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0889-3.
- PRASZKIER, Ryszard, 2016. Empathy, mirror neurons and SYNC. Journal; Peer Reviewed Journal. **15**(1), 1-25. ISSN 1593-7879. Dostupné z: doi:10.1007/s11299-0140160x
- SAUNDERS, Hannele a Katri VEHVILÄINEN-JULKUNEN, 2016. The state of readiness for evidence-based practice among nurses: An integrative review. International Journal of Nursing Studies [online]. **56**, 128-140 [cit. 2022-04-19]. ISSN 00207489. Dostupné z: doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.10.018
- STASKOVÁ, Věra a Valérie TÓTHOVÁ, 2015. Pojetí vztahu člověka k člověku v ošetrovatelství. Kontakt. **17**(4), 212-217. ISSN 1212-4117. Dostupné také z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/>
- STRAUSS, Anselm L. a Juliet CORBIN, 1999. Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie. Brno: Sdružení Podané ruce. SCAN.s.102-114. ISBN 80-858-3460-x.
- ŠIMEK, Jiří, 2016. Specifics of nursing ethics. Kontakt. **18**(2), s.74-76. ISSN 12124117. Dostupné z: doi: 10.1016/j.kontakt.2016.05.006
- ŠPIRUDOVÁ, Lenka. Doprovázení v ošetrovatelství I. 1. vyd. Praha: Grada, 2015, s. 8. ISBN 978-80-247-9962-9.
- ŠPIRUDOVÁ, Lenka. Doprovázení v ošetrovatelství II. 1. vyd. Praha: Grada, 2015, s.814 ISBN 978-80-247-9964-3.
- TOMOVÁ, Šárka a Jana KŘIVKOVÁ, 2016. Komunikace s pacientem v intenzivní péči. Praha: Grada Publishing. Sestra. s. 21. ISBN 978-80-271-0064-4.
- TÓTHOVÁ, Valérie, 2014, 16(3), 179-180. Potřebuje sestra vysokoškolské vzdělání? Kontakt. ISSN 1212-4117. Dostupné také z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/>
- TOUMOVÁ, Kristýna, Lucie HAVIERNIKOVÁ, Jana KIMMEROVÁ, Věra HELLEROVÁ, Valérie TÓTHOVÁ a Ivana CHLOUBOVÁ, 2021. The importance of ethical codes in nursing care. Kontakt [online]. **23**(2), 83-89 [cit. 2022-07-04]. ISSN 12124117. Dostupné z: doi:10.32725/kont.2021.021

VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2011. *Sestry v nouzi: Syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada. s.15. ISBN 978-80-247-3174-2.

VERTINO, K. A., 2014. *Effective Interpersonal Communication: A Practical Guide to Improve Your Life*. Online Journal Of Issues In Nursing [online]. **19**(3), 1 [cit. 2020-03-04]. ISSN 10913734. Dostupné z: doi:10.3912/OJIN.Vol19No03Man01.

VÉVODA, Jiří a kol. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, s.19-15. ISBN 978-80-247-4732-3.

VÉVODOVÁ, Šárka, Jiří VÉVODA, Marcela VETEŠNÍKOVÁ, Helena KISVETROVÁ a Jan CHRASTINA, 2016. *The relationship between burnout syndrome and empathy among nurses in emergency medical services*. Kontakt. **18**(1), 17-22. ISSN 1212-4117. Dostupné z: doi:10.1016/j.kontakt.2016.02.002

WOO, Tiffany, Roger HO, Arthur TANG a Wilson TAM, 2020. *Global prevalence of burnout symptoms among nurses: A systematic review and meta-analysis*. Journal of Psychiatric Research [online]. **123**, 9-20 [cit. 2022-06-13]. ISSN 00223956. Dostupné z: doi:10.1016/j.jpsychires.2019.12.015

XUE, Wantong a Catrina HEFFERNAN, 2021. *Therapeutic communication within the nurse–patient relationship: A concept analysis*. International Journal of Nursing Practice. **27**(6), 2-8. ISSN 1322-7114. Dostupné z: doi:10.1111/ijn.12938

ZACHAROVÁ, Eva a Ivica GULÁŠOVÁ, 2011. *Conference Proceedings of the IV. International Conference of General Nurses*.s.162. ISBN 9788026300021.

ZACHAROVÁ, Eva, 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). s.97. ISBN 978-80-271-0156-6.

ZANCHETTA, Margareth, Yasmin TAHER, Suzanne FREDERICKS, Janice WADDELL, Carol FINE a Rona SALES, 2013. *Undergraduate nursing students integrating health literacy in clinical settings*. Nurse Education Today [online]. **33**(9), 1026-1033 [cit. 2022-06-09]. ISSN 02606917. Dostupné z: doi: 10.1016/j.nedt.2012.05.008

Seznam zkratek

CMP – cévní mozková příhoda

EBP – praxe založená na důkazech

EI - emoční inteligence

IOM- Institut of Medicine- institut medicíny

MKN- mezinárodní klasifikace nemocí

NLZP- nelékařský zdravotnický pracovník

TA-transakční analýza

TC – terapeutická komunikace

WHO – Světová zdravotnická organizace

Seznam příloh

Žádost o vyjádření etické komise

Vyjádření etické komise

Žádost o poskytnutí informace pro studijní účely

Informovaný souhlas pacienta



Fakulta
zdravotnických věd

Žádost o vyjádření Etické komise FZV UP k výzkumné části diplomové práce

Název projektu: Zkušenosti se všeobecnou sestrou u pacientů hospitalizovaných ve FNOL

Řešitelé projektu: Mgr. Šárka Vévodová Ph.D.
Bc. Jana Bartoňková

E-mail na hlavního řešitele: jani.bartonkova@seznam.cz

Výzkumná část projektu podaného do soutěže IGA UP:

Vyplňte každou kategorii, vždy max. 800 znaků.

Cíle: Cílem kvalitativní studie je popsat a analyzovat pozitivně i negativně působící role všeobecné sestry pro nemocné, hospitalizované na oddělení lůžkové rehabilitace FNOL. A to v časovém kontextu 24/7, tj. 24 hodin denně a 7 dnů v týdnu. Cílem studie je detailněji popsat verbální, ale hlavně neverbální, projevy a aktivity všeobecné sestry. Ty, které nemocní na rehabilitačním lůžku FNOL nejvíce oceňují či preferují pro svůj, individuálně vnímaný celkový výsledek léčebné rehabilitační péče.

Metodika: Metodou sběru dat bude polostrukturovaný hloubkový rozhovor, na analýzu dat bude využita metoda interpretativní fenomenologické analýzy (IPA).

Popis výběru subjektů výzkumu, charakteristika výzkumného souboru:

Záměrný výběr dospělých pacientů oslovených ke spolupráci na výzkumu zjištění zkušeností se všeobecnou sestrou při hospitalizaci na rehabilitačním oddělení ve FN Olomouc. Do výzkumu budou zařazeni respondenti ve věku nad 18-let, s lehcí i těžší funkční pohybovou ztrátou. Podle dosavadních zkušeností jde o pacienty, přeložené z neurologické kliniky po cévní mozkové příhodě ale bez výrazných kognitivních ztrát. Stejně i pacienti přeložení z jiných klinik FNOL, zejména po operacích a úrazech pohybového aparátu.

Popis sběru, zpracování, uchovávání a prezentace, způsob zajištění anonymity dat: Pro sběr dat bude použita technika hloubkového polostrukturovaného rozhovoru v trvání cca 30 minut. Otázky v rozhovoru budou zaměřeny na popis zkušeností pacientů se všeobecnou sestrou při jejich hospitalizaci. Rozhovor bude prováděn před ukončením hospitalizace v klidném prostředí oddělení v soukromí, popř. po domluvě s respondentem v místě jeho bydliště bezprostředně po jeho propuštění z nemocnice. Rozhovor bude zaznamenán na diktafon a následně přepsán. V průběhu rozhovoru budou realizovány terénní poznámky, ve kterých budou zachyceny další aspekty situačního kontextu jako např. místo a atmosféra rozhovoru, neverbální projevy respondenta. Každý zvukový záznam, terénní poznámky a doslovný přepis rozhovoru bude zakódován z důvodu anonymity.

Možná rizika či zátěž pro účastníky výzkumného šetření, uvedení délky zátěže (testování): Z účasti na výzkumu pro respondenty nevyplývají žádná rizika. Hloubkový rozhovor bude v délce trvání 30 min. v bezpečném prostředí se zajištěním soukromí pro účastníka výzkumu a bez účasti jiných osob. Pokud se účastník rozhodne odstoupit z účasti na výzkumném projektu, může tak udělat kdykoliv v průběhu výzkumu a bez udání důvodu

Etické aspekty studie (respektování osobní svobody, rasové, etnické tolerance, zařazení do studie osob neschopných udělit souhlas apod.): Bude respektovaná osobní svoboda, všechny rasy a etnika; nebudou zařazeny subjekty, které nebudou souhlasit s výzkumem.

Povinné přílohy žádosti:

- 1. Informovaný souhlas** poskytovaný subjektům výzkumu včetně písemné informace poskytované subjektům výzkumu. Informovaný souhlas musí být vytvořen dle vzoru dostupného na www.fzv.upol.cz.

Vyjádření vedoucího diplomové práce :

Souhlasím s realizací

Podpis vedoucího :



V Olomouci dne : 24.5.2021

Podpis žadatele :





Fakulta
zdravotnických věd

UPOL - 155768/1070-2021

Vážená paní
Bc. Jana Bartoňková

2021-08-26

Vyjádření Etické komise FZV UP

Vážená paní bakalářko,

na základě Vaší Žádosti o stanovisko Etické komise FZV UP byla Vaše výzkumná část diplomové práce posouzena a po vyhodnocení všech zaslaných dokumentů Vám sdělujeme, že diplomové práci s názvem „**Zkušenosti se všeobecnou sestrou u pacientů hospitalizovaných ve FNOL**“, jehož jste hlavní řešitelkou, bylo uděleno

souhlasné stanovisko Etické komise FZV UP .

S pozdravem,

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
Fakulta zdravotnických věd
Etická komise
Hněvotínská 3, 775 15 Olomouc


Mgr. Lenka Mazalová, Ph.D.
předsedkyně
Etické komise FZV UP

Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci
Hněvotínská 3 | 775 15 Olomouc | T: 585 632 880
www.fzv.upol.cz



FAKULTNÍ NEMOCNICE
OLOMOUC

I. P. Pavlova 185/6, 779 00 Olomouc
Tel. 588 441 111, E-mail: info@fnol.cz
IČ: 00298892

Fm-MP-G015-05-ZADOST-001

ODBOR KVALITY

verze č. 1, str. 1/2

Žádost o poskytnutí informace pro studijní účely/sběr dat

Jméno a příjmení žadatele: Bc. JANA BARTOŇKOVÁ
 Datum narození: 22.4.1980 Telefon: 725 703 358 E-mail: jana.bartokova@fnol.cz
 Kontaktní adresa: BARBEROVA 220/5 OLOMOUC 779 00
 Přesný název školy/fakulty: UNIVERZITA PALACKÉHO OLOMOC, FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH
 Obor studia: OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE V INTERNÍCH ODVĚTĚCH VEŠ
 Forma studia: prezenční kombinovaná distanční

Téma závěrečné práce:

ZRÚČENOSTI SE VŠEOBECNOU PÉČÍ V PACIENTŮ HOSPIITALIZOVANÝCH VE FNOL

Žadatel ve FNOL koná odbornou praxi:

ANO na pracovišti: _____ v termínu od: _____ do: _____
 NE

Žadatel je zaměstnancem FNOL:

ANO na pracovišti: ODDĚLENÍ REHABILITACE
 NE

Pracoviště FNOL dotčená průzkumem: ODDĚLENÍ REHABILITACE 44

Účel žádosti:

- sběr dat/zjišťování informací pro zpracování diplomové/bakalářské práce
 sběr dat/zjišťování informací pro zpracování seminární/odborné práce
 sběr dat/zjišťování informací pro jiný účel: (uveďte):

Požadavek na (zaškrtněte):

V případě, že žadatel potřebuje získat informaci o počtech vyšetření/šetření a předem má souhlas konkrétního pracoviště, že tato data mu budou poskytnuta vedením tohoto pracoviště bez nutnosti jeho nahlížení do zdravotnické dokumentace pacientů, vyplní oddíl „Ostatní – statistická data“. Jinak vyplní oddíl „Nahlížení do zdr. dokumentace“.

Dotazníková akce pro pacienty FNOL pro zaměstnance FNOL

Počet respondentů, kteří budou vyplňovat dotazník: _____

Termín, kdy proběhne vyplnění dotazníků: od: _____ do: _____

K vyplněné žádosti je nutno doložit vzor vašeho dotazníku.

Nahlížení do zdravotnické dokumentace

Předpokládaný počet kusů zdravotnické dokumentace, do které bude žadatel nahlížet: _____

Termín, ve kterém bude žadatel nahlížet do zdravotnické dokumentace: od: _____ do: _____

Přesná specifikace co bude žadatel vyhledávat ve zdravotnické dokumentaci:

Při nahlížení do zdravotnické dokumentace bude do každé dokumentace vložen formulář Fm-MP-G015-05-NAHLIŽED-001 Záznam o nahlížení do zdravotnické dokumentace pro účely výzkumu/studie.

Ostatní

kazuistika – počet

vedení rozhovoru s pacientem FNOL – počet pacientů: 009 20-30

vedení rozhovoru se zaměstnancem FNOL – počet zaměstnanců: _____ povolání: _____

K vyplněné žádosti je nutno doložit vzor rozhovoru (orientační okruh otázek).

statistická data – informace o počtech např. zdravotnických výkonů, vyšetření, urtité agendy (např. porodnost), přístrojích

jiné (specifikujte):

Za které období budou data zjišťována:

ČERVENEC 2020 - ZÁŘÍ 2021

Kdy proběhne sběr dat žadatelem: od:

1.7. 2021

do:

30.9. 2021

Přesná specifikace co bude žadatel zjišťovat:

POKRYVOSTI PACIENTŮ SE VĚDOVĚNOU
REKONV
PŘI HOSPIZACI VE FNOL

Způsob zveřejnění závěrečnéseminární práce:

Budete FNOL uvádět jako „zdroj dat“ ve své práci? ANO NE

Poučení:

Žadatel souhlasí se zpracováním jeho osobních údajů dle zásad GDPR pro účely evidence této žádosti. Zavazuje se zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat/informací.

Žadatel (datum podpis):

Z. JANA BARTOŇKOVÁ 1.6.2021

Schválí (datum podpis):

1.6. 2021

Ing. Bc. Andrea Drošáková
MUDr. MSc. Miroslav Štěl
FNOL Olomouc

Poznámky:

Souhlas



Mgr. Jiljí Štecha
63133



Fakulta
zdravotnických věd

Informovaný souhlas

Pro výzkum v diplomové práci: Zkušenosti se všeobecnou sestrou u pacientů hospitalizovaných ve FNOL.

Období realizace: 1.7. 2021–30.9.2021

Řešitelé projektu: Mgr. Šárka Vévodová, Ph.D., Bc. Jana Bartoňková

Vážená paní, vážený pane,

dovolujeme si Vás požádat o zvážení Vaší účasti ve výzkumu, který řeší Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci ve spolupráci s Fakultní nemocnicí Olomouc. Cílem výzkumu je zjistit zkušenosti se všeobecnou sestrou u pacientů hospitalizovaných na oddělení lůžkové rehabilitace FNOL, kteří byli na oddělení přeloženi z jiných oddělení FNOL a blíže tak popsat pozitivně i negativně působící role všeobecné sestry pro tyto nemocné v časovém kontextu 24/7 (24 hodin denně a 7 dnů v týdnu).

Je velmi důležité, abyste si pečlivě přečetl(a) následující text a Vaš případný souhlas s účastí v projektu zvážil(a). Pokud se rozhodnete do výzkumného projektu nevstoupit, budete nadále léčen(a) dosud běžně používanými postupy a Vaše neúčast v projektu neovlivní dostupnost běžně dostupné léčby.

Prosíme o Váš souhlas s vedením rozhovoru, který je zaměřen na sledování Vašich zkušeností se všeobecnou sestrou, která s Vámi časově, a tedy i profesně tráví každých 24 hodin 7 dní v týdnu. Vaše zkušenosti se zkoumanou problematikou jsou pro nás velmi cenné. Abychom je však mohli pro účely tohoto výzkumu využít, potřebujeme Váš souhlas s následujícím:

Rozhovor bude nahráván na diktafon. Z nahrávky bude vytvořen přepis, který bude plně anonymizován (budou změněna všechna osobní jména, pokud se v rozhovoru objeví, jména ulic apod.). Žádný z Vašich výroků nebo názorů nebude přímo spojován s Vaší osobou. Krátké citace ze zápisu mohou být využity v publikacích z výzkumu. Anonymizovaný text bude archivován. Účast na tomto

Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci
Hněvotínská 3 | 775 15 Olomouc | T: 585 632 880
www.fzv.upol.cz

výzkumu je pro Vás zcela dobrovolná, máte právo Vaši účast kdykoliv přerušit, a to bez udání důvodu a bez rizika jakýchkoliv sankcí. Vedení rozhovoru Vám zabere přibližně 30- 60 minut. Z účasti na projektu pro Vás nevyplyvají žádná rizika. Pokud se rozhodnete odstoupit z účasti na výzkumu, můžete tak učinit kdykoliv, i v průběhu rozhovoru a bez udání důvodu.

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Řešitel/ka výzkumu mne informoval/a o podstatě výzkumu a seznámil/a mne s cíli, metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, podobně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na projektu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány, použity jen pro účely výzkumu a že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány.

Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se řešitele/ky zeptat na vše, co jsem považoval/a za pro mne podstatné a potřebné vědět. Na tyto mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď. Jsem informován/a, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na výzkumu odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Osobní údaje (sociodemografická data) účastníka výzkumu budou v rámci výzkumného projektu zpracovány v souladu s nařízením Evropského parlamentu a Rady EU 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (dále jen „nařízení“).

Prohlašuji, že beru na vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu a souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů účastníka výzkumu v rozsahu a způsobem a za účelem specifikovaným v tomto informovaném souhlasu.

Vyplněním tohoto dotazníku souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu.

V Olomouci, dne

jméno a podpis pacienta

