

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
EVANGELICKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Bakalářská práce

**Prevence syndromu vyhoření u
zdravotnických pracovníků Hospice
Štrasburk a Hospice Anežky České**

Eva Brabencová

Katedra sociálně pedagogická
Vedoucí práce Vojtěch Sivek
Studijní program B7502 Sociální práce
Studijní obor Sociální a pastorační práce

Praha 2007

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci s názvem Prevence syndromu vyhoření u zdravotnických pracovníků Hospice Štrasburk a Hospice Anežky České napsala samostatně a výhradně s použitím uvedených pramenů.

Souhlasím s tím, aby práce byla zveřejněna pro účely výzkumu a soukromého studia.

V Praze 11. června 2007

Brabencová Eva

Bibliografická citace

Bakalářská práce Prevence syndromu vyhoření u zdravotnických pracovníků Hospice Štrasburk a Hospice Anežky České
Eva Brabencová; vedoucí práce: Vojtěch Sivek; Praha, 2007, 86s.

Anotace

Bakalářská práce Prevence syndromu vyhoření u zdravotnických pracovníků Hospice Štrasburk a Hospice Anežky České se zabývá péčí o personál v uvedených organizacích. Tato péče zahrnuje rozvoj pracovníků, psychosociální podporu a duševní hygienu a organizaci práce. Tyto aspekty byly zkoumány pomocí dotazníkového šetření a rozhovorů s vedoucími pracovníky a personálem hospiců. Vyhodnocení ukázalo rozdíly ve způsobu vedení pracovních týmů a odlišné přístupy k zaměstnancům. Vedení Hospice Štrasburk upřednostňuje přátelský přístup k personálu a individuální řešení problémů a konfliktů.

Nedostatkem je malý zájem o vzdělávací programy pro zdravotníky a nepřítomnost supervize.

Hospic Anežky České má širokou nabídku odborných seminářů a vzdělávání pracovníků vnímá jako prioritní. V poslední době je zde však velmi malý kontakt pracovníků s vedením a

personál necítí dostatek zájmu a uznání. Pro obě organizace je pozitivní hodnocení kolektivních vztahů a zázemí hospice. Dalším společným znakem je stabilita pracovního týmu. Nebylo zjištěno, že by někteří zaměstnanci trpěli syndromem vyhoření, přesto, že většina oslovených pracuje v hospici přes pět let. Prevenci syndromu vyhoření tvoří mnoho faktorů, které se vzájemně ovlivňují. Tato práce se zabývala pouze těmi, které působí v práci. Nedílnou složkou je však síla a charakter osobnosti lidí, kteří zde pracují.

Klíčová slova

Syndrom vyhoření, zvládání stresu, zdravotnický personál, řízení a vedení pracovního týmu, psychosociální podpora, supervize, motivace, duševní hygiena.

Summary

Diploma work Prevention of „Burn-out syndrome of health care workers in Hospice Štrasburk and in Hospice Anežka Česká“ deals with the care of staff.

This care includes development of workers, psychosocial support, psychological hygiene and work organization.

These aspects were checked by answer sheets and by talks with the leaders and the hospice staff. Evaluation demonstrated divergence between kinds of management and in varied access to personnel. The management of Hospice Štrasburk prefers a friendly stance to the staff and individual solution of problems and conflicts. On the negative side is limited interest in educational programmes for health care workers and the absence of supervision.

Hospice Anežka Česká has a wide range of special seminars. Worker's education is a priority. But recently there is only little contact between workers and management. Staff do not feel enough interest and appreciation. Both organizations evaluate in a positive way collective relationships and zone of interior of hospice. The next common feature is team stability. No worker was found to suffer from burn-out syndrome even though that majority of informants work in hospices for more than five years. Prevention of burn out syndrome is achieved by many factors. This diploma work was focused only on factors which react at work. An integral component is the goodness and character of the people working in hospices.

Keywords

Burn-out syndrome, management of stress, health care workers, management and leading of working team, psychosocial support, supervision, motivation, psychological hygiene.

Poděkování

Děkuji vedoucímu bakalářské práce Vojtěchu Sivkovi za podporu a cenné připomínky.

Obsah

Úvod	8
1. Syndrom vyhoření	12
1.1. Definice	12
1.2. Z historie pojmu burn-out	13
1.3. Soubor symptomů, které provázejí syndrom vyhoření	13
1.4. Fáze procesu syndromu vyhoření	14
1.5. Burn-out a další negativní jevy	18
2. Kapitola: Rizikové skupiny ohrožené syndromem vyhoření.....	20
2.1. Obecně o rizikových skupinách	20
2.2. Zdravotnické profese	21
2.3. Zdravotní sestry	23
2.3.1. Dělení zdravotních sester podle kvalifikace.....	24
2.3.2. Jaká by měla být zdravotní sestra.....	25
2.3.3. Česká asociace sester.....	27
3. Kapitola: Péče o umírající a její specifika	29
3.1. Paliativní medicína.....	29
3.2. Hospicová péče	31
3.3. Hospicové hnutí	33
3.3.1. Historie hospicového hnutí v České republice	33
3.3.2. Statistika hospicových lůžek v ČR.....	34
3.4. Hospic	37
3.5. Práce hospicové sestry	38
3.5.1. Co je v hospici jiné.....	40
3.5.2. Umění komunikace.....	41
3.5.3. Dodržování morálních zásad	45
4. Kapitola: Prevence syndromu vyhoření	49
4.1. Zátěž-náročná životní situace	49
4.1.1. Co je zátěž	49
4.2. Zátěž v práci sestry	51
4.2.1. Ztráta sil jako zátěž.....	53
4.3. Stres.....	55
4.3.1. Projevy stresu	57
4.4. Zvládání zátěže	59
4.4.1. Aktivní techniky	60
4.4.2. Pasivní techniky	61
4.4.3. Techniky založené na psychologii učení, hlubší přístupy ke zvládání stresu.....	64
4.5. Protektivní faktory syndromu vyhoření	67
4.5.1. Obecné protektivní faktory podle V. Kebzy	67

4.6. Duševní hygiena zdravotní sestry	69
4.7. Pojetí zdravotnického managementu	75
4.7.1. Styly vedení	77
4.7.2. Praktická doporučení pro vedení členů ošetrovatelského týmu	78
4.7.3. Podpora a rozvoj týmové spolupráce.....	80
4.7.4. Motivace sester	82
4.7.5. Komunikace a strategie pro zlepšení	84
4.7.6. Konflikty a možnosti jejich řešení	85
4.7.7. Supervize ve zdravotnictví	85
4.8. Shrnutí teoretické části.....	92
5. Kapitola: Praktická část	93
5.1. Úvod k Hospici Štrasburk v Praze	93
5.2. Blokovaná praxe v hospici v roce 2006.....	94
5.3. Úvod k Hospici Anežky České v Červeném Kostelci	95
5.4. Krátkodobá stáž v květnu 2007.....	97
5.5. Závěry z výzkumu v Hospici Štrasburk a Hospici Anežky České ..	99
5.5.1. Výsledky dotazníků a komentáře k jednotlivým otázkám dotazníků	101
5.5.2. Výsledky z Inventáře projevů syndromu vyhoření.....	119
5.5.3. Dobrovolnictví v hospicích	120
5.5.4. Vyhodnocení.....	121
5.5.5. Diskuse	124
Závěr	128
Seznam literatury	129
Přílohy.....	132
Příloha č.1. Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester	132
Příloha č. 2 Dotazník: Prevence syndromu vyhoření u pracovníků hospice Štrasburk.....	134
Příloha č. 3 Dotazník: Prevence syndromu vyhoření u pracovníků hospice Anežky České	137
Příloha č. 4 Inventář projevů syndromu vyhoření	140
Příloha č .5 Fotografie Hospice Štrasburk.....	142
Příloha č. 6. Fotografie Hospice Anežky České.....	144

Úvod

Název mé práce je *Prevence syndromu vyhoření u zdravotnického personálu Hospice Štrasburk a Hospice Anežky České*. Otázkou prevence se budu zabývat z pohledu organizace. Cílem je zjistit, jaká je zde prevence uvedeného jevu- jak se organizace starají o své zaměstnance, jaká péče je věnována zdravotním sestřám a ošetřovatelům a poté udělat srovnání mezi oběma hospici.

O péči většinou hovoříme v souvislosti s klienty, pacienty, ale péče o personál by měla být stejně hodnotná. Jsem přesvědčena, že spokojený zaměstnanec může udělat pro své pacienty mnohem víc, tím i pro celou lidskou společnost.

V hospici Štrasburk jsem byla na blokové praxi, v Hospici Anežky České jsem absolvovala krátkodobou stáž.

Většinou jsou to zdravotní sestry a ošetřovatelky, které si vyslechnou nejvíce lidských příběhů, bolestí, zklamání, jsou to ony, které mají se svými pacienty užší vztah než lékaři. (Mezi ošetřovatelským personálem se vyskytují i muži, ale podstatně méně.)

Ošetřovatelství je na vztahu s pacientem přímo postaveno. Ošetřovatelská profese je velmi důležitou spojkou lékaře s pacientem. Právě proto, je někdy pozice zdravotní sestry velmi problematická a zčásti i konfliktní. Nový trend také přináší možnost vyššího vzdělávání zdravotních sester, ale primární role jim zůstává a tou je profesionální péče o pacienta, která je hlavně lidská.

To představuje velkou psychickou zátěž, jako ostatně u jiných profesí, kde je hlavní náplň práce s lidmi. U zdravotních sester se k tomu přidává překračování hranic lidské intimity, přímý kontakt s bolestí a utrpením, pohled na člověka v jeho nahotě a bezmocnosti vykonávat sebeobslužné činnosti, které jsou pro zdravé lidi běžné, setkávání se s umíráním a smrtí.

V hospicové péči je na sestry kladen nárok, aby braly umírání a smrt jako přirozený chod života, byly vyrovnané se svou smrtelností, aby uměly usměrňovat své emoce, měly nadhled a byly oporou pro samotné umírající a

pro jejich rodiny. To vyžaduje nejen profesionální dovednosti, ale i silnou osobnost člověka, dobrý charakter, zachování morálních zásad, pozitivní přístup k životu a lásku ke své práci a k lidem. Tito lidé často hoří nadšením ze své práce, ale mohou o to dříve vyhořet.

Prevence syndromu vyhoření by proto měla být běžnou součástí přípravy na zdravotní povolání a posilována dále v zaměstnání a celoživotním vzdělávání.

V textu budu nejvíce používat označení zdravotní sestra či jen sestra- i když titul kvalifikované- diplomované zdravotní sestry dle norem EU je možno získat až vyšším či vysokoškolským vzděláním, přesto se většina uvedených informací týká i sester s nižší kvalifikací- označované jako ošetřovatelky či nově jako zdravotničtí asistenti.

Povolání zdravotní sestry prochází v České republice velkými změnami a zdravotnictví se pomalu připravuje na zavedení nového systému vysokoškolsky vzdělaných sester, ale stále převládají zdravotní sestry se středoškolským vzděláním, které působí ve zdravotnictví řadu let.

Vzdělání v oboru paliativní péči mohou sestry získávat většinou jen v postgraduálním vzdělávání či na odborných seminářích, není ještě zcela běžnou součástí vzdělávání na zdravotních školách.

Text je uspořádán do kapitol a podkapitol: První kapitola se věnuje obecně syndromu vyhoření. Druhá kapitola popisuje skupiny lidí ohrožených syndromem vyhoření. Nejvíce prostoru je zde ponecháno zdravotním sestřám.

Třetí kapitola pojednává o péči o umírající a její specifikaci- paliativní medicína, hospicové hnutí, personál hospice.

Čtvrtá kapitola je věnována zátěžovým situacím s ohledem na výkon povolání zdravotních sester. Dále se zabývá prevencí a řešením zátěžových situací a syndromu vyhoření, kde je kladen důraz nejen na osobní zvládnání těžkých situací, ale na management ve zdravotnictví.

Pátá kapitola - praktická část - zahrnuje popis hospice Štrasburk a hospice Anežky České a dotazníkový výzkum uspořádaný mezi ošetrovatelským personálem obou zařízení. Další informace jsou získané z hospicových materiálů a z rozhovorů s personálem a vedoucími pracovníky.

Zjištěné výsledky jsou shrnuty v Hodnocení a v Závěru práce.

1. Syndrom vyhoření

„Pokud zapálíte oba konce svíčky, získáte tím více světla. Svíčka však zároveň rychleji vyhoří“¹

1.1. Definice

Burn- out syndrom je:

Soubor příznaků vyskytujících se u pracovníků pomáhajících profesí odvozený z dlouhodobé nekompensované zátěže, kterou přináší práce s lidmi²

Burn-out je syndrom emocionálního vyčerpání, odosobnění a snížení osobního výkonu projevující se u osob pracujících s lidmi.³

Stav psychického, někdy i celkového vyčerpání organismu, který bývá doprovázen pocitem beznaděje, zlosti, úzkosti, bezcennosti, neustálé napětí. Klesá motivace k práci, lze pozorovat zhoršení pracovního výkonu, které se projevuje negativním pocitem ke klientům, nechutí pracovat s nimi, lhostejnost k jejich potřebám, klient se pro něj stává odosobněným předmětem⁴

Literaturou, která mě oslovila, je kniha Jara Křivohlavého, Jak neztratit nadšení, kde autor velmi lidsky popisuje, jak je člověku, který ztratí nadšení pro práci, kterou dělá. Pro tuto práci je člověk zapálen, hoří pro ni, má ji rád, velmi se do ní angažuje a pak přijde moment, kdy to již nejde, kdy chybí síly pokračovat, kdy se práce stane noční můrou, lidská radost a energie z práce je vyhořelá. Chybí palivo pokračovat.

¹ Rush ,str. 7, 2004

² Matoušek, str. 263, 2003

³ Maslach a Jackson 1981,, In Křivolavý, str. 50, 1998

⁴ dle ICD 10 - *Mezinárodní klasifikace nemocí- Kategorie Z 73.0 Problémy spojené s obtížemi v uspořádání života*

1.2. Z historie pojmu burn-out

Burnout syndrome) byl poprvé popsán v roce 1974/1975 americkým psychiatrem Herbertem J. Freudenbergerem

H. J. Freudenberger byl sám „obětí tohoto syndromu“

„ Věnoval jsem se zabezpečování bezplatné péče, ponechal jsem si soukromou praxi, plně jsem se věnoval rodině a práci v profesních organizacích...Aniž bych začal chápat rozsah problému, otevřel jsem bezplatnou kliniku East Village, kde dobrovolně pracovalo několik mladých psychologů, sociálních pracovníků a lékařů, většina personálu však přicházela z ulice a potřebovala výcvik. Denně od 8 do 18 hodin jsem provozoval soukromou praxi, pak jsem pospíchal do města, kde se pracovalo do 23 hodin, a po výcvikovém sezení jsem kolem jedné až druhé hodiny směřoval domů. Čím víc jsem byl unavený, tím víc jsem se snažil...Když se mě moje žena pokoušela usměrňovat, říkal jsem podrážděně, že nepřichází v úvahu, abych dělal méně, že naopak musím dělat více, protože kolem jsou desítky a stovky potřebných...“

Z tohoto stavu se nakonec Freudenberger dostal sám díky sebereflexi a analýze svých pocitů. Každý den si namluvil na magnetofon zprávu o sobě, jak se cítí apod. a druhý den si to pouštěl a analyzoval. Objevil díky tomu své emoce, které předtím tolik nevnímal: hněv, vztek, depresi, aroganci, pocity viny. Zůstal doma a dokončil svou autoanalýzu, díky které přehodnotil své postoje a chování. Změnil sám sebe místo toho, aby jen obviňoval své okolí.

Jeho heslem se stalo : *„Burn-out nepředstavuje zoufalství, ale naději.“*⁵

1.3. Soubor symptomů, které provázejí syndrom vyhoření⁶

Psychické příznaky

- *ztráta nadšení, schopnosti pracovního nasazení, zodpovědnosti*
- *potíže se soustředěním, zapomínání*

⁵ Freudenberger 1974, tamtéž

⁶ T. a J. Tošnerovi, str. 8

- *sklíčenost, pocity bezmoci*
- *negativní postoj k sobě, práci, instituci, ke společnosti a k životu*
- *nízké sebehodnocení*
- *nechuť, lhostejnost k práci*
- *popudlivost, agresivita, nespokojenost, pocit nedostatku uznání*
- *emocionální vyčerpání*

Tělesné příznaky

- *poruchy spánku, chuti k jídlu*
- *náchylnost k nemocím*
- *vegetativní obtíže (srdce, dýchání, zažívání)*
- *rychlá unavitelnost, vyčerpání svalového napětí*
- *vysoký krevní tlak*

Sociální příznaky

- *ubývání angažovanosti pomáhat problémovým klientům*
- *omezení kontaktu s klienty a jejich příbuznými*
- *omezení kontaktů s kolegy*
- *přibývání konfliktů v oblasti soukromí*
- *nedostatečná příprava k výkonu práce*
- *přemíra jídla, pití, kouření*

Příznaky syndromu vyhoření provázejí nejenom jednotlivce samého, ale i kvalitu jeho práce, postižení bývají častěji nemocní, déle setrvávají v nemoci, mají časté absence. Často se problém rozpozná velmi pozdě, než okolí diagnostikuje tento stav. Prakticky je tento problém vidět na častém střídání pracovníků- dochází k jejich fluktuaci.

1.4. Fáze procesu syndromu vyhoření

Je uváděno mnoho dělení, druhů od různých autorů. Většinou jsou uváděny modely o čtyřech fázích.

Dělení podle **prof. Hanse Selye** (zakladatel souborného studia stresu GAS- General Adaptation Syndrom- obecný soubor příznaků procesu vyrovnávání se s těžkostmi) K pojmu stres se vrátím podrobně ve 4. kapitole.

Proces Gas - dynamický průběh ⁷

I. fáze- působení stresoru

II. fáze- zvýšená rezistence (obranyschopnost organismu)

III. fáze- vyčerpání rezerv sil a obranných možností. (Do této fáze stresu se obvykle zařazuje průběh syndromu burnout)

Další často uváděné dělení je podle **Christiny Maslach**:⁸

1. idealistické nadšení a přetěžování

2. emocionální a fyzické vyčerpání

3. dehumanizace druhých lidí jako obrany před vyhořením

4. terminální stadium : stavění se proti všem a proti všemu - vyhoření všech zdrojů energie

Podle Edelwiche a Brodského⁹ lze u většiny případů rozlišit pět stádií :

Nadšení - naprostá většina nováčků, vstupujících do profesí, si s sebou do svého prvního zaměstnání přináší velké naděje a nerealistická očekávání. S idealismem a plni elánu a nápadů se vrhají do práce, o které mají zpočátku jen nejasné představy. Velmi často přináší práce takové uspokojení, že se stane nejdůležitější součástí života – nadšený nováček věří, že práce pro druhé naplňuje smysl jeho života a kromě ní už nic nepotřebuje. Největším nebezpečím tohoto stadia je identifikace s klienty a neefektivní vydávání energie, které se často pojí s dobrovolným přepracováním.

Stagnace - Počáteční nadšení už dohasíná, práce už není tak přitažlivá, aby zastínila všechno ostatní. Člověk se už dostatečně rozkoukal, v mnohém byl realitou nucen slevit ze svých očekávání a začíná mít pocit, že by kromě práce

⁷ cit. podle H. Selye, In Křivohlavý, str.60, 1998

⁸ cit. Ch. Maslach, In Křivohlavý, str. 61, 1998

⁹ In Malottová, 2000

bylo pěkné mít také volný čas, aspoň trochu peněz, auto, přátele, partnera, možná rodinu nebo byt. Těžiště teď tvoří v první řadě snaha uspokojit tyto potřeby, pracovní doba, profesionální vzestup apod.

Frustrace - typické otázky v tomto období jsou: Jaký smysl má pomáhat lidem, kteří nespolupracují nebo nedělají pokroky? Má vůbec smysl pokoušet se pomáhat lidem, když mi to byrokracie znemožňuje? V této fázi se mohou objevit emocionální a fyzické obtíže. Vyskytují se i problémy ve vztazích na pracovišti, např. s nadřízenými.

Apatie - se objevuje v situaci, kdy je člověk při práci trvale frustrován, nemá ale možnost tuto situaci změnit a zároveň tuto práci nutně potřebuje, neboť je na ní, jako na zdroji obživy, závislý. Apatie se projevuje například tím, že člověk dělá pouze to, co má v náplni práce – na rozdíl od počátečních přesčasů začne přesně dodržovat pracovní dobu, dělá jen to, co je nutné a vyhýbá se novým úkolům (a někdy také klientům, pokud je to možné). Dominuje snaha udržet si jisté místo a příliš se nenamáhat.

Intervence - je jakýkoliv krok, který je reakcí na vyhoření a vede k přerušení koloběhu zklamání. Intervence může znamenat, že si člověk udělá víc času na soukromý život, odjede na dovolenou, najde si nové přátele nebo se přestěhuje. Člověk se může znovu začít vzdělávat, ať už proto, aby získal lepší místo, nebo proto, aby uspokojil touhu po poznávání a seberozvoji. Intervence může znamenat také nově definovat svůj vztah k práci, ke klientům, spolupracovníkům a přátelům.

Některé fáze syndromu vyhoření mohou být na člověku výrazně patrné, jiné mohou být jen naznačené a nevýrazné. Někdy si člověk uvědomuje, že je „přepřacovaný“, jindy se necítí dobře a neví proč. Příčinu hledá většinou jinde, než ve svém životním rytmu a komunikačních stylech.

Složitější dělení na 12 fází, které vytvořil **John. W. James**¹⁰

1. *Snaha osvědčit se kladně v pracovním procesu*
2. *Snaha udělat vše sám (nedelegovat nikomu jinému formální pracovní autoritu)*
3. *Zapomínání na sebe a na vlastní osobní potřeby- opomíjení nutné péče o sebe)*
4. *Práce, projekt, plán, úkol, cíl se stávají tím jediným, oč danému člověku jde.*
5. *Zmatení v hodnotovém žebříčku- neví, co je podstatné a nepodstatné*
6. *Kompulzivní popírání všech příznaků rodícího se vnitřního napětí- jako projev obrany proti tomu, co se děje.*
7. *Dezorientace, ztráta naděje, vymizení angažovanosti, zrod cynismu- útěk od všeho a hledání útěchy např. v alkoholu, drogách, nadměrném jídle, v hromadění peněz*
8. *Radikální, pozorovatelné změny v chování- nesnášenlivost kritiky, rad, rozhovoru a společnost druhých lidí- sociální izolace*
9. *Depersonalizace- ztráta kontaktu sama se sebou a s vlastními životními cíly a hodnotami*
10. *Prázdnota- pocity zoufalství ze selhání a dopadu až na dno. Potřeba smysluplného života je neuspokojována (silná frustrace)*
11. *Deprese- zoufalství z poznání, že nic nefunguje a člověk se ocitá ve smysluprázdném vakuu- pocit, že vše je marné*
12. *Totální vyčerpání- fyzické, emocionální a mentální. Prázdný zdroj energie a motivace. Pocit naprosté nesmyslnosti všeho- i marnosti dalšího žití.*

Členění podle **Dr. Alfreda Laengleho** (rakouský logoterapeut)¹¹

¹⁰ cit. Podle J. W. Jamese, In Křivohlavý, str. 62, 1998

¹¹ cit. Podle Laengleho, In Křivohlavý, str. 65, 1998

První fáze: Nadšení- člověk má před sebou určitý cíl, má pro co žít, jeho život má smysl, práce je smysluplná.

Druhá fáze: „Utilitarismus“- cíl už není práce, ale nějaká užitková hodnota např. peníze a člověk pracuje pro, že mu to něco přináší, ale už to není ona smysluplná práce. Základní motivace je neuspokojována-frustrována. Nadšení pohasíná.

Třetí fáze : „Život v popeli“- ztráta úcty k hodnotě druhých lidí, věcí a cílů. Nastává jakési odosobnění- lidé pro něj představují „*material*“. Zároveň tento člověk ztrácí úctu sám k sobě, chová se cynicky nejen k druhým, ale i sám k sobě. Život se stává pouhým „vegetováním“.

1.5. Burn-out a další negativní jevy

Lidé, kteří jsou vyhořelí, mají zároveň i velký stres, mohou být i v depresi, být unavení, cítit odcizení. Ale tyto jevy se mohou vyskytovat i samostatně, aniž by muselo jít o stav vyhoření. Dalším pravidlem je, že syndrom vyhoření *není* způsoben duševní poruchou.¹²

Mnoho lidí zažívá pracovní stres zcela běžně, jde však o to, jak se k tomu staví, zda jsou aktivní, jak se dokáží na novou situaci adaptovat. Při syndromu vyhoření naopak dochází k čím dál tím větší pasivitě, dojde ke zhroucení adaptačních mechanismů.

Stejně tak únava může být překonána fyzickým pohybem či dostatečným odpočinkem.

Deprese se naopak týká všech složek člověka, ne jen té pracovní. Je tedy důležité neoznačovat lidi, kteří jsou v depresi za „vyhořelé“. Obtíže přímo souvisí s výkonem určitého povolání a objevují se u lidí bez předchozí psychopatologie.

¹² viz. Masopust, str.17, 2005

„Za vyhořelé nelze také považovat lidi, kteří jsou neschopní kvalitně vykonávat svou práci, lidi nezodpovědné a neochotné. Ne každý je totiž osobnostně disponován k výkonu náročného povolání s cílem pomáhat druhým.“¹³

¹³ tamtéž str.17

2. Kapitola: Rizikové skupiny ohrožené syndromem vyhoření

2.1. Obecně o rizikových skupinách

V první řadě se jedná o pomáhající profese jako jsou lékaři a zdravotnický personál, učitelé, sociální pracovníci, duchovní, psychologové, policisté, právníci. Tedy tam, kde se jedná o dlouhodobý a bezprostřední styk s lidmi.

Ale nevyhýbá se ani ostatním profesím, kde jsou lidé ve stresu a napětí. To platí například i pro manželství- manželé začnou pociťovat vyhoření lásky, schází porozumění a vztah ztrácí svůj smysl.¹⁴

Obecně však platí, že syndrom vyhoření ovlivňuje mnoho faktorů- *životní styl, charakter člověka, jeho psychické vlastnosti, vnější faktory práce- podmínky práce, pracovní zatížení, vztahy mezi kolegy, s nadřízenými, podřízenými.*

U koho se tedy nejčastěji objevují příznaky syndromu vyhoření¹⁵:

- > u člověka, který byl zprvu velmi nadšen tím, co dělal, ale časem toto zanícení opadlo
- > u člověka, který na sebe klade příliš vysoké požadavky
- > u člověka, který pracuje nad úroveň své kapacity, možností
- > u člověka původně nejvýkonnějšího
- > u člověka, který vyžaduje naprostou dokonalost ve všem, co dělá
- > u člověka, který každý neúspěch vnímá jako svojí porážku
- > u člověka, který by mohl být zařazen svým způsobem práce mezi workoholiky
- > u člověka, který neumí odpočívat, relaxovat, doplňovat energii

¹⁴ viz. Křivohlavý, str.23-26,1998

¹⁵ viz. tamtéž, str.15-18

- u člověka, který je v neustálém časovém napětí a ve spěchu
 - u člověka, který si myslí, že musí naplnit očekávání ostatních lidí
- Pracoviště, kde nejsou příznivé podmínky k práci:
- tam, kde je nedostatek personálu, času, prostředků
 - tam, kde chybí kladné oceňování pracovníků
 - tam, kde není možné uplatnit tvořivost a dovednosti
 - tam, kde je kladen příliš velký důraz na kvantitu nebo na mimořádnou přesnost
 - kde jsou našponované termíny
 - tam, kde není dostatek příležitostí na odpočinek
 - tam, kde je vedení necitlivé k potřebám pracovníků
 - tam, kde není jasná organizace práce, míra kontroly a svobody
 - tam, kde jsou kladené příliš vysoké požadavky a příliš vysoká míra zodpovědnosti
 - tam, kde není lidem umožněno dále profesně růst, vzdělávat se
 - tam, kde celá organizace, podnik, stagnuje
 - tam, kde chybí možnost komunikace s vedením- ať už ze strachu nebo z jiného důvodu
 - tam, kde není možnost supervize (o supervizi viz.dále)

Prevencí tohoto syndromu je udržování optima angažovanosti ve prospěch klientů, vyvážení práce a osobního života, péče o duchovní hygienu, vhodné duchovní zázemí a kvalitní supervize.

2.2. Zdravotnické profese

Lékaři, zdravotní sestry, ošetrovatelé, sanitáři pracují tam, kde jsou nemocní lidé, senioři, lidé s postižením, malé děti, těhotné ženy, umírající.

- Nemocnice
- LDN (léčebna dlouhodobě nemocných)
- ošetrovatelská centra
- hospice
- domovy seniorů
- ambulance
- ÚSP (ústav sociální péče)
- Sanatoria
- Lázně
- Kojenecké ústavy
- Rehabilitační centra
- Rychlá záchranná služba
- Psychiatrické kliniky

Většina zdravotníků pracuje ve směnném provozu – ranní, denní, odpolední, noční. Pracují o víkendech i svátcích, jejich platy nejsou úměrné práci, kterou vykonávají.

Tato práce je velmi zodpovědná, osobní, často fyzicky namáhavá, když chybí příslušné pomůcky a podmínky.

Zdravotník vstupuje až do intimní zóny pacienta, klienta a ne vždy je to příjemné. Zdravotníci vidí bolest a utrpení pacienta- např. při nějakém výkonu, po výkonu (operace atd.), bolest u chronicky nemocných pacientů, umírání a smrt.

2.3. Zdravotní sestry

Zdravotní sestra je vnímána na jedné straně jako obětavá žena schopná empatie a soucitu a na straně druhé jde o vzdělanou profesionálku, která by neměla být jen pomocnicí lékaře, ale plnohodnotnou členkou pracovního týmu.

Ne vždy tomu tak bylo. Ošetřovatelství začalo být vnímáno jako autonomní povolání díky zásluze anglické ošetřovatelky **Florence Nightingaleové**. Chtěla, aby ošetřovatelství bylo spojované s lékařským povoláním.

Nightingaleová se stala roku 1853 vrchní sestrou v Ústavu pro nemocné šlechtičny v Londýně. Během svého působení provedla podstatné změny- prosadila výtah pro jídlo z kuchyně na oddělení, vymyslela signalizační systém od lůžka pacienta se zvonkem na chodbě, nechala rozvést teplou tekoucí vodu na každé patro v nemocnici.¹⁶

Ošetřovatelství však prošlo dalšími změnami, nejvýraznějšími v průběhu 20.století, které jsou spojeny se vznikem nemocnic současného typu.¹⁷ Tím je myšleno, že nemocnice poskytuje kvalitní zdravotní péči pro všechny- majetné i nemajetné. Tento posun nastal hlavně po druhé světové válce. A sociální role zdravotní sestry získala další rozměr, kromě té charitně náboženské také rozměr racionální a odborný.¹⁸

Dnešní sestra vykonává stále více rolí, které ji velmi zaměstnávají- kromě zvyšujících se nároků na péči o pacienty, jde o složité vedení ošetřovatelské dokumentace a administrativy.

¹⁶ podle Němčkové, Jarošové , 2005, In Ivanová, str.184, 2006

¹⁷ viz. Ivanová, str.184, 2006

¹⁸ viz. Bártlová,2005, In Ivanová, str.185,2006

Anna Chrzová, hlavní sestra pro VFN ve svém příspěvku v časopise Florence volně cituje prof. Pavla Klenera z 1. LF UK, přednostu I. interní kliniky VFN, jaká by měla být zdravotní sestra: *"Sestra má mít vrozenou inteligenci, charisma, má pomáhat všem potřebným, je profesionálně empatická, teoreticky i prakticky zdatná, v praxi tvořivá, rychlá a spolehlivá v rozhodování, má potřebu celoživotního vzdělávání, je společenská a musí dbát na to, aby její náročná práce byla dostatečně zviditelňována i ve společnosti."*¹⁹

2.3.1. Dělení zdravotních sester podle kvalifikace²⁰

Sestry jsou podřízené ošetřujícímu lékaři, ale zároveň musí být schopny rozhodovat a pracovat samostatně.

Toto se týká převážně **sester s vyšší kvalifikací typu A**- tyto sestry mají vyšší či vysokoškolské vzdělání, jsou vysoce specializované, pracují na postu manažerky-hlavní či vrchní sestra, působí v pedagogické a výzkumné oblasti.

Sestry typu B jsou více zaměřené prakticky, mají nižší kvalifikaci, jsou členkami týmu vedené sestrou typu A.

Pomocný ošetřovatelský personál je označen **typem C**, řídí se dle pokynů sestry B a A. V dnešní době to jsou absolventi středně zdravotnické školy-zdravotničtí asistenti, či absolventi ošetřovatelských či sanitářských kurzů.

Složení ošetřovatelského týmu bývá různé podle náročnosti a typu pracoviště- pracoviště následné péče (např.LDN) potřebuje více sester typu B a C, zatímco v akutní medicíně

¹⁹ <http://www.florence.cz/cislo.php?stat=15>

²⁰ viz. Staňková, str.9-10, 2002

(např. JIP) jsou více třeba sestry typu A.

I přes toto dělení je mnoho věcí pro sestry všech úrovní stejné a tím je přístup k lidem, k pacientům, klientům. Nevím, do jaké míry se toto učí na zdravotních školách. Možná se to týká spíše osobnosti a charakteru vůbec.

2.3.2. Jaká by měla být zdravotní sestra

Obecně lze říci, že sestra by měla být způsobilá k výkonu zdravotního povolání a to jak po stránce fyzické, tak psychické a v neposlední řadě po stránce morální s dobrým vztahem k lidem.

Níže uvedený výčet charakteristik může být praktickou ukázkou, jaká by měla být sestra.

Nejsem si však jistá., zda je možné trvale tento ideál naplňovat. Málokdo je nekonečně trpělivý v podmínkách, které jsou nepříznivé a ve vypjaté situaci.

Jak být dobrou sestrou²¹:

- 1) *Važ si každého pacienta/klienta a respektuj ho. Ber ho jako partnera a přítele, s kterým se i ty dobře cítíš a s kterým se vzájemně obohacujete. Ať se pacienti na práci s tebou těší, ať je to s tebou baví.*
- 2) *Stůj vždy za oprávněnými zájmy svých nemocných, dej jim pocit, že jsou v bezpečí.*
- 3) *Dbej, ať tvoji nemocní zbytečně nestrádají, pečuj o ně. Buď nekonečně trpělivá, Odpouštěj. Nikoho neironizuj.*

²¹ cit. podle Staňková, str.7, 2002

- 4) *Edukuj zdravé i nemocné osoby a jejich rodinné příslušníky. Ved' pacienty ke zdravému stylu života a k soběstačnosti, informuj je o tom, co jim pomůže a prospěje, jsou-li nuceni žít dlouhodobě s nemocí či hendikepem. Edukuj rodinu a laické pečovatele, jak mohou být nemocnému oporou a pomáhat mu.*
- 5) *Dopřej každému nemocnému radost z úspěchu. Chval co nejčastěji. Hodnoť jen to, čemu se pacient naučil, ne to, co ještě nedokáže. Vyhýbej se negativnímu hodnocení. Co pacient nedokáže dnes, udělá třeba zítra nebo pozítří.*
- 6) *Vzdělávej se, chod' na semináře, přednášky, čti odborný tisk.*
- 7) *Bud' všude, kde se něco nového v tvém oboru děje. Nadřizený to možná nedocení, ale pacienti ano!*
- 8) *Plň spolehlivě odborné pokyny a ordinace lékaře. Neboj se. Jsi- li o něčem přesvědčená, stůj za tím. Bud' optimistou.*
- 9) *Neboj se přiznat svůj omyl, vždyť chybovat je lidské.*
- 10) *Nemáš- li ráda lidi, nebud' sestrou.*

Exkurz k otázce vzdělávání zdravotních sester

Je k uvážení, jak posun ve vyšším vzdělávání zdravotních sester vnímají lékaři, zda post sestry v jejich očích povýšil či zůstal stejný. Myslím, že tento aspekt uznání a respektu hraje velmi důležitou roli v práci samotné, tak i v celkové spokojenosti sester v zaměstnání.

Autorka Olga Prudíková se v článku v časopise *Sestra* zamýšlí nad „**novou image**“ zdravotní sestry. Chce, aby české sestry dosáhly stejného postavení jako jinde v Evropě. Jako hlavní vidí především snahu samotných sester. Nejde jen o samotnou práci, ale i o způsob jejího provádění- např. u verbální

komunikace zdůrazňuje *jasnou artikulaci, schopnost a ochotu naslouchat, ověřovat si, zda informace byly pacientem dobře pochopeny, kontakt s rodinnými příslušníky atd.*

K tomu lze připočítat také vzhled, upravenost oděvu, chůze, způsob stání, gesta. Jako hlavní podstatu vidí autorka profesionalitu sestry. Tyto nároky není snadné naplňovat.

Náročná práce zdravotní sestry vyžaduje potřebu mít odbornou podporu, informační zdroje a možnosti dalšího vzdělávání a setkávání s kolegyněmi a kolegy, proto mi přišlo důležité zde uvést podkapitolu o profesní organizaci ČAS.

2.3.3. Česká asociace sester

Česká asociace sester (dále jen ČAS) vznikla v roce 1991, sdružuje sestry různého zaměření, porodní asistentky a některé další kategorie středních zdravotnických pracovníků.²²

ČAS se v únoru roku 2000 sloučila s Českou společností sester v ČR. A v současné době je největší profesní odbornou společností sester u nás. Od května roku 2000 je probíhá díky činnosti ČAS centrální registrace sester, od roku 2004 je povinná.

Zástupci ČAS se účastní všech důležitých jednání, týkajících se tvorby legislativních norem a jakýchkoliv otázek spojených s činností, vzděláváním a povoláním sester.

²² viz. Staňková, str. 52, 2002

Dále ČAS přijala mezinárodní **Etický kodex zdravotních sester**, který je základním standardem pro jednání sestry s nemocným, jeho rodinou, komunitou i veřejností.

Více informací o činnosti ČASU na http://www.cna.cz/o_spolecnosti.php

3. Kapitola: Péče o umírající a její specifika

Abych mohla hovořit o zátěži a prevenci syndromu vyhoření u zdravotních sester pracujících v hospici, považuji za užitečné popsat jejich práci a úlohu v paliativní medicíně a tedy i hospicovou péči a vše, co s ní souvisí. Náplň práce sester může nastítnit její těžkosti a obtížnost, o které budu psát později.

Bude zmíněna paliativní medicína, hospicová péče a hospicové hnutí v ČR. Přesto, že všechny tyto složky spolu souvisí, považovala jsem za užitečné je popsat zvlášť.

3.1. Paliativní medicína

*Integrovaná komplexní péče, která předchází a zmírňuje všechny aspekty utrpení nemocného, případně umírajícího člověka, především bolest.*²³

Dle Světové zdravotnické organizace (WHO) paliativní medicína :

- *podporuje život a považuje umírání za normální proces*
- *neurychluje, ani neoddaluje smrt*
- *poskytuje úlevu od bolesti a jiných svízelných symptomů*
- *začleňuje do péče o pacienta psychické a duchovní aspekty*
- *vytváří podpůrný systém, který pomáhá rodině vyrovnat se s pacientovou smrtí a zármutkem po jeho smrti*

Paliativní, neboli **útěšná a zmírňující medicína** je dle MUDr. Marie Svatošové nejstarší lékařskou a ošetrovatelskou disciplinou. **Principy**

²³ cit. podle Matouška, str. 140,2003

paliativní medicíny korelují s potřebami umírajících zahrnují tyto základní cíle²⁴:

Symptomatická a zmírňující léčba a péče, terapie somatické a psychické bolesti, emotivní podpora, spirituální pomoc, sociální zázemí, aktivizační individuální program, odborná pomoc rodině umírajícího.

Tyto cíle patří mezi zásady obecné paliativní péče²⁵.

Paliativní medicína znamená jednoznačně odmítnutí *euthanasie* – „*pomáhat v umírání ANO, pomáhat k smrti NE*“.²⁶ Cílem je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin až do konce.

Povědomí o paliativní péči by mělo být bez rozdílu ve všech zdravotnických zařízeních a být součástí profesionální role zdravotníků.

Dá se říct, že paliativní medicína je obor multiprofesionální a interdisciplinární.²⁷ Zahrnuje péči o všechny složky lidské bytosti - *fyzickou, psychickou, sociální a spirituální*, čímž reprezentuje tzv. **holistický přístup**²⁸. Na takto koncipované a prováděné terapii participuje celá řada nelékařských profesí. Největší tíha leží na ošetrovatelském personálu. Svoji nezastupitelnou roli mají také fyzioterapeuti, psychologové, sociální pracovníci, ergoterapeuti, duchovní a v neposlední řadě dobrovolníci.

Paliativní péče může být poskytována v hospicích, v domácnostech anebo nemocnicích. V systému paliativní péče je důležitá i úloha rodiny nemocného.

²⁴ <http://www.hospice.cz/hospice1/paliativ.html>

²⁵ <http://www.umirani.cz/index.php?cmd=page&id=121&lang=cs>

²⁶ cit. podle Svatošové, 1995

²⁷ <http://www.hospice.cz/hospice1/paliativ.html>

²⁸ viz. Svatošová, 1995

Rozeznáváme tři roviny paliativní péče²⁹:

- Paliativní přístup
- Specializované intervence (specializovaná péče)
- Paliativní péče poskytovaná specialisty

Paliativní péče je určena pro osoby s infaustní (nepříznivou) prognózou a pro pacienty v terminálním stadiu života. Nejčastěji jsou to tyto choroby:³⁰

3.2. Hospicová péče

Definice³¹

Forma komplexní ústavní péče založená na paliativní medicíně, navíc zohledňující psychické, duchovní i vztahové potřeby pacienta. Klade důraz na kvalitu života pacienta a zahrnuje i péči o jeho blízké. V ČR je hospicová péče službou zdravotnickou, poskytovanou nestátními zařízeními, kterou zdravotnické pojišťovny řadí do kategorie ošetrovatelských služeb na lůžku. (tato péče je zčásti hrazena pojišťovnou, dále z dotací ministerstev, z darů a poplatků za péči)

²⁹ Finlay a Jones, 1995 In O' Connor a Aranda, str. 15, 2005

³⁰ Jedná se o onemocnění maligními nádory, chronické srdeční selhání, chronické ledvinové selhání, CHOPN, amyotrofickou laterální sklerosu, sklerosu multiplex, progredující demenci Alzheimerovské i nealzheimerovské genese, rozvinutý imobilizační syndrom různé genese s komplikacemi - často po CMP (centrální mozková příhoda) s těžkým reziduálním funkčním postižením, terminální stádia AIDS, klienty v persistentním vegetativním stavu, vigilním komatu, event. další onemocnění.

³¹ cit.podle Matouška, str. 77-84, 2003

Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti. Nemocnému je přislíbeno, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, že s ním bude vždy zacházeno důstojně a že nezůstane v poslední chvíli života sám.

Hospicovou péči dělíme na tři základní typy:

-domácí hospicová péče, stacionární hospicová péče (denní pobyty),
lůžková hospicová péče

Ostatní informace se dále budou týkat **lůžkové hospicové péče**.

Tato péče je realizovaná v hospici, který má menší kapacitu než nemocnice, obvykle 25-30 lůžek. Pacient je přijímán při zhoršení stavu a po zlepšení se navrácí obvykle zpět domů.³² Problémem je nedostatek míst v lůžkových hospicích, které pak musí některé pacienty odmítnout. Indikace přijetí pacienta na hospicové lůžko je přesně vymezena.

Je přijímán nemocný, který splňuje tyto čtyři podmínky: *postupující choroba ohrožuje člověka na životě, je zde potřeba paliativní péče, léčba bolesti, není potřeba akutní ošetření v nemocnici a nestačí nebo není možná domácí hospicová péče.*

Hospicová péče není jen péče terminální. Z hlediska časového jde někdy o dlouhé období zahrnující tři časové úseky³³:

prae finem (měsíce i roky, nejčastěji formou domácí hospicové péče)

in finem (relativně krátký úsek péče terminální)

³² viz. Svatošová, 1995

³³ viz. <http://www.hospice.cz/hospice1/paliativ.html>

post finem (péče o pozůstalé, individuálně podle potřeby)

3.3. Hospicové hnutí

Založení prvního hospice v České republice považují za mimořádně důležitou událost, která postupně mění názory na umírání a dává pojetí smrti lidštější tvář. Pomalu se vrací myšlenka přirozeného umírání doma v přítomnosti celé rodiny, tedy těch blízkých, které chce mít člověk v poslední chvíli života u sebe. Zároveň může rodina a umírající využít odbornou pomoc, když jí potřebují. Nemusí být na to sami. Ani po smrti milované osoby tato pomoc nemusí končit, naopak dále pokračuje.

Hospicové hnutí je ucelený systém pomoci umírajícím a jejich rodinám, který se snaží o svojí vlastní identitu v stávajícím systému vítězné medicíny. Do péče o nemocného zapojuje i jeho rodinu.³⁴

3.3.1. Historie hospicového hnutí v České republice

Vize „lidského umírání“ byla základem pro vznik sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí **Ecce homo** (v překladu *Hle, člověk, J, 19,5*) v roce 1993, jehož iniciátorkou byla MUDr. Marie Svatošová. Tato lékařka se o hospicovém hnutí dozvěděla ze samizdatové literatury. Hospicové hnutí neprosazuje pouze zavedení hospiců jako takových, ale prosazuje možnost hospicové péče všude, kde umírají lidé.³⁵

³⁴ viz. <http://www.hospice.cz/hospice1/seznamy.php?sez=2#26>

³⁵ http://www.hospice.cz/hospice1/org_info.php?id=8

Inspirací hospicového hnutí byl hospic, který v roce 1967 otevřela Cecily Saundersová v Londýně *St. Christopher's Hospice*, Hospic sv. Kryštofa. Je to první hospic svého druhu na světě.³⁶

Sdružení *Ecce Homo* a Diecézní charita Hradec Králové otevřeli v roce 1995 první hospic u nás- Anežka Česká v Červeném Kostelci u Náchodu.

V současnosti je v České republice 18 lůžkových a domácích hospiců. A přesto, že přibývá aktivit spojených s paliativní a hospicovou péčí, lůžková kapacita je stále nedostačující.

Podle článku *Naděje na dobrou smrt* ve Zdravotnických novinách 7/2007 je v České republice 280 lůžek místo *potřebných* nejméně 500 lůžek. Světová zdravotnická organizace uvádí, že minimální potřebný počet hospicových lůžek je 5 na 100 000 obyvatel.

Tyto informace se sice přímo neváží k tématu mé práce, ale ukazují postavení hospicové péče v České republice. Svědčí to o nepřipravenosti zdravotního systému. Což sebou nese problémy finančního rázu, což má pak dopad na sestry, které v hospicích pracují. Domnívám se, že je třeba posilovat vědomí občanů o potřebnosti hospicové péče a tím i zvyšovat prestiž zdravotnického povolání.

3.3.2. Statistika hospicových lůžek v ČR³⁷

(legenda: první číslo ukazuje potřebný počet lůžek a číslo druhé je skutečný stav)

Česká republika	515	280
Hlavní město Praha	59	25
Středočeský kraj	58	0

³⁶ viz. Macková, str. 21, 2002

³⁷ viz. <http://www.asociacehospicu.cz/index.php?op=statistika&lang=cz>

Jihočeský kraj	31	30
Plzeňský kraj	28	28
Karlovarský kraj	16	0
Ústecký kraj	41	41
Liberecký kraj	22	0
Královeshradecký kraj	28	30
Pardubický kraj	25	0
Vysočina	26	0
Jihomoravský kraj	56	66
Olomoucký kraj	32	30
Zlínský kraj	30	30
Moravskoslezský kraj	63	0

Uvádím zajímavý názor, který asi bohužel odráží realitu hospicové problematiky:

„Navzdory demografickému vývoji (stárnoucí populace, prodlužující se věk), s čímž souvisí potřeba rozšiřovat kapacity tohoto typu zdravotně-sociálních služeb, je v České republice stále pohlíženo na hospicovou péči jako na „zbytnou“, i když se v praxi osvědčila. „Zbytnou - především z finančních důvodů - je každá péče nebo činnost, kterou v aktuálním čase nepotřebujeme,“ říká Ing. Marie Nikoličová z ministerstva zdravotnictví.

Punc, zbytečnosti nebo „zbytečného plýtvání finančními prostředky“ ztrácí daná problematika (nejen hospice) až v momentě, kdy se začne dotýkat jednotlivců a jejich potřeb. *„Kvalitní paliativní péče je přitom známkou vyspělosti a kulturnosti dané společenské komunity, v tomto případě státu,“ dodává Nikoličová.*³⁸

³⁸ <http://hospice.cz/hospice1/index1.php>

Exkurz k situaci umírajících v ČR:

V dnešní době, kdy umírá stejné množství lidí, jako se rodí, si mohu klást otázku, jak umírají lidé, kteří nejsou doma nebo v hospicích...

Lidé, kteří umírají postupně na chronickou či progresivní chorobu, ale i lidé, kteří zemřou náhle v důsledku úrazu, autonehody, náhlé srdeční či mozkové příhody. Jaké jsou jejich konce?

V hospici se o pacienty starají zdravotníci, kteří jsou speciálně vyškoleni, měli by mít potřebné znalosti, jak komunikovat s umírajícím a jeho rodinou, jak uspořádat pietní rozloučení se zesnulým, jak reagovat na spirituální potřeby člověka..., ale jak je tomu jinde?

Velmi zajímavou úvahou v tomto směru byla magisterská práce *Péče o rodinu umírajícího pacienta a o pozůstalé na jednotce intenzivní péče (jako integrální součást ošetrovatelské péče)* autorky Lucie Vylitové, studentky FHS UK. Autorka je zdravotní sestrou na JIP ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze, takže toto prostředí je jí více než známé. V rámci práce provedla autorka výzkum na svém oddělení a dalším oddělení- Koronární jednotce, kde se zabývala, do jaké míry jsou zdravotní sestry připraveny na umírání pacientů, na komunikaci s rodinou, co pro ně smrt pacienta znamená.

Na obou odděleních zjistila, že většina sester považuje smrt pacienta za selhání kurativní medicíny, na které nejsou ve většině případů připravené, že je pro ně velmi obtížné mluvit o úmrtí s rodinou, rodina ani není často informována, že je to tak vážné a smrt je pro ně velkým překvapením, že věci pacienta jsou předávány nedůstojně v igelitovém pytli...

Tedy výsledek je ten, že i v takovém prostředí mají zásady paliativní medicíny své místo a že to zde velmi chybí a vyžaduje to nápravu stavu, zvýšení informovanosti personálu, ucelené postupy atd.

Tyto informace nelze plně zobecnit, ale myslím, že do jisté míry lze říct, že podobnou situaci bychom mohli nalézt ve více zdravotnických zařízeních, kde je smrt zbytečně odosobněnou chybou medicíny.

Nemocnice, dle slov mého otce, lékaře, často mnohdy suplují roli jiných zařízení, která chybí nebo nemají dostatečný počet míst a doma být člověk z nějakých důvodů nemůže. V poslední době se toto samozřejmě mění, lůžko v nemocnici je velmi kapacitně vytížené.

3.4. Hospic

U termínu hospic záleží, zda hovoříme o hospici jako o budově, kde je poskytována ošetrovatelská lůžková péče či zda se jedná o hospic mobilní či domácí.

Původ slova *hospice* se spíše váže k hospici lůžkovému.

Anglické slovo "*hospice*" znamená doslova "*útočiště*" nebo "*útulek*". Již ve 4. století se tímto výrazem označovaly domy odpočinku pro poutníky. Myšlenka hospicové péče může být odvozena přímo od slova poutník. Těmto poutníkům se dostávalo velké úcty, protože přinášeli do vesnic novinky z okolního světa.

Domy pro poutníky byly označovány jako "*xenodochia*", v západním světě jako "*hospitia*". V Matoušově evangeliu (Mt. 25 - 35) čteme: "*Byl jsem na cestách a ujali jste se mne*".

Poutníci se zde mohli občerstvit, odpočinout si, načerpat další síly k putování, dostalo se jim ošetření. Putování bylo mnohdy tak náročné, že poutníci cestou umírali a pomoci se jim dostávalo právě v hospicích. Mnoho takových hospiců vzniklo po cestě do Svaté země. Provozovateli byly povětšinou církevní řády, např. Johanité.³⁹

³⁹ Viz. Macková, str.19-20, <http://hospice.cz/hospice1/index1.php>

Dnes si pod slovem hospic většinou již představíme zdravotnické zařízení, které je nestátní, bývá církevní, zřízené charitou nebo občanským sdružením.

V hospici je základem paliativní medicína a člověk, který je přijímán do hospice by měl být s tímto faktem obeznámen. Pacient podepisuje **Informovaný souhlas pacienta.**

Dle mého zjištění se hospice se snaží nepůsobit jako „nemocnice“, ale spíš jako „domov“. Každý pacient zde najde soukromí v převážně jednolůžkových pokojích s příslušenstvím a s přistýlkou pro člena rodiny či pro známé a kamarády, kteří se zdrží přes noc. Pokoj si sami mohou upravit, přinést „kousek domova“, pověsit obrázky, fotky atd.

Návštěvy zde mohou pobývat celých 24 hodin. Příbuzní mohou personálu pomáhat s péčí o pacienta a strávit tak společně další čas a lépe se připravit na ztrátu milovaného člověka.

Personál hospice je k dispozici nejen pacientům, ale i jejich rodinám, když si chtějí popovídat, něco vysvětlit, poradit se, vyplakat.

3.5. Práce hospicové sestry

Paliativní péče by měla být poskytována **interdisciplinárním** (mezioborovým) týmem lidí. Tento tým tvoří: lékaři, zdravotní sestry/bratři, ošetřovatelé, sociální pracovník, duchovní, dobrovolníci, psycholog. Uplatňuje se zde holistický (celostní) přístup k člověku a spolupráce mezi odborníky z různých profesí. Jak již bylo napsáno v předchozí podkapitole tento způsob péče zahrnuje všechny oblasti člověka a vychází z jeho potřeb: *fyzických, psychických, sociálních, spirituálních.*

Zcela prakticky zahrnuje veškeré činnosti, které jsou spjaté s člověkem. Priority potřeb se v průběhu nemoci a umírání mění.⁴⁰

Potřeby člověka⁴¹:

1. Biologické potřeby

Do této oblasti spadá potřeba přijímat potravu, někdy i zvláštním způsobem upravenou. Totéž souvisí i s přijímáním tekutin. Další důležitou potřebou je vyprazdňování, bez toho aniž by musel mít klient obtížnou cévku a dostávat klystýr. Tedy snažit se o co nejpřirozenější způsob. Potřeba nerušeného klidného spánku a odpočinku. Zároveň je třeba i nějaká přiměřená aktivita a polohování v případě nehybnosti pacienta, tišení bolesti.

2. Psychologické potřeby

Potřeba být respektován, zachování lidské důstojnosti za jakéhokoliv zdravotního stavu. Potřeba lásky a uznání. Někdy stačí jen pohled či gesto, pohlazení, aby pacient věděl, že není opuštěn v nejtěžších chvílích. Důležité je podávat pravdivé informace, nelhat o zdravotním stavu, ale zároveň nenechat člověka bez naděje. Nevymlouvat mu jeho názory, snažit se pochopit jeho pocity.

3. Sociální potřeby

Právo být obklopen lidmi, které chce vidět. Zároveň mít právo návštěvu odmítnout či přerušit. Nebýt vyloučen z běžného sociálního prostředí- právo vyřizovat si potřebné věci, které je schopen zvládat sám.

4. Potřeby spirituální

„Uspořádání věcí před odchodem“, možnost promluvit si s duchovním či přítelem o odpuštění, o tom, co klienta trápí- např. pocity viny, výčitky. Možnost připravit se na odchod, tak aby to bylo klientovi posilou, až nadejde chvíle smrti. Potřeba naděje, u věřících lidí je to víra ve věčný život.

⁴⁰ viz. Svatošová, 1995

⁴¹ viz. Svatošová, 1995

Většina těchto potřeb by měla být naplňována automaticky v každém zdravotnickém zařízení, kde jsou chronicky nemocní lidé, umírající. Není tomu tak vždy- někde není čas, dostatek vyškoleného personálu, porozumění, ochota atd. Zvláště často chybí porozumění pro potřeby spirituální, které třeba nejsou na první pohled vidět. Potřeby fyzické bývají povětšinou uspokojovány všude.

V hospicové péči je uspokojování všech těchto potřeb standardem, což sebou nese i zvýšené nároky na personál.

3.5.1. Co je v hospici jiné

První odlišností jsou asi dány již samotným hospicem, který svým vzhledem připomíná dům. Režim dne je přizpůsoben pacientům, jejich potřebám, přáním. Takže zde na první pohled schází takový ten „šrumec“ po ránu.

Všechny činnosti okolo pacientů jsou vykonávány více v klidu, pacient má možnost déle spát. Když jsem byla v hospici na praxi, tak můj první dojem byl: „...že, čas plyne nějak pomalu“.

A další specifikace zřejmě vycházejí již z celé filozofie hospicové péče, kde v popředí je člověk a kvalita jeho života, ne snahy medicíny o prodlužování života.

Nedílnou a velmi důležitou součástí hospicové péče a práce zdravotníků je poznat **fáze**, kterými nemocný a umírající člověk a jeho rodina prochází.

Tyto fáze byly popsány MUDr. Elisabeth Kübler- Rossovou.⁴²

Pacient i jeho rodina potřebují oporu, dodat sebevědomí, pomoci nalézat smysl. Potřebují **doprovázet**⁴³ a to je jedna z velmi důležitých úloh hospicových sester. Vědět, kdy je jejich přítomnost nutná a žádaná a kdy naopak ponechat pacientovi a rodině jejich soukromí.

⁴² cit. podle Svatošové, 1995

⁴³ viz. Svatošová, 1995

S tímto souvisí řada dovedností, které by měla sestra v paliativní péči mít. Jako takové stěžejní jsem si vybrala **komunikaci a zachovávání morálních zásad**, které spolu úzce souvisejí.

3.5.2. Umění komunikace

Definice pojmu: *Komunikace je nadřazený pojem pro všechno, co je signalizováno a přijímáno, i pokud se to neděje navzájem.*⁴⁴

Komunikace je základem sociální interakce. Komunikace je obecně dělena na: *verbální* (slovní) a *neverbální* (beze slov). Nejčastěji komunikujeme oběma způsoby. Gesta, mimika, postoje, tón hlasu a další obohacují slovní sdělení. Především, pokud jsou spojeny s vyjadřováním kladných emocí- úsměv, pohlazení.

Ve zdravotnictví má komunikace nezastupitelné místo – dobře zvolenou komunikací lze zmírnit obavy nemocného, vysvětlit, co se bude dít, ujistit, že je vše v pořádku atd.

Domnívám se, že v paliativní péči toto platí dvojnásob. Dobrá komunikace může pozitivně ovlivnit psychický stav pacienta, pomoci zmírnit tělesné symptomy.

V tomto směru se hovoří o „*terapeutické komunikaci*“⁴⁵, což znamená vědomé, záměrné, účelové použití verbálních a neverbálních komunikačních dovedností v průběhu interakce mezi sestrou a pacientem.

Cílem je zhodnocení problémů, emocionálních projevů a zjištění pacientových obav a starostí.

⁴⁴ cit. podle Fürst, str. 231, 1997

⁴⁵, viz. O' Connor, Aranda, str. 29, 2005

Pacient klade otázky, zda jeho život má smysl, zda udělal v životě, co udělat měl... vypráví o životních obdobích, která pro něho měla a mají význam. Stejně tak čekají na rozhovor se sestrou i příbuzní a přátelé nemocného.

Sestra má ve svém postavení dobrou příležitost zjistit a vyhodnotit tělesné i psychosociální problémy pacientů a i jejich rodinných příslušníků a může pak tyto informace předat dalším pracovníkům hospice. Takovou komunikaci je pak možno označit za efektivní.

Jak vést efektivní komunikaci⁴⁶:

- *Připravit prostředí- zajištění soukromí a dostatek času*
- *Vyjasnit účel rozhovoru*
- *Navodit důvěru*
- *Mít schopnost získávat informace*
- *Aktivně naslouchat*
- *Být empatický*
- *Objasnit problémy*
- *Zajištění výsledku (např. doporučení ke specialistovi atd.)*

Zdravotní sestra by tento způsob komunikace měla ovládat, ale často se zjišťuje, že chybí tyto dovednosti v důsledku nedostatečného vzdělávání v psychologii.⁴⁷

⁴⁶ upraveno podle Lugtona a Kindlena, 1999, In O' Connor, Aranda, str.35, 2005

⁴⁷ viz. O' Connor, Aranda, str. 30,2005

Na druhou stranu není žádná příručka, která přesně hovoří o tom, co se má říkat, co naopak ne. Ani to není možné, každá situace je individuální a lidé rozdílní.

Způsob komunikace je tedy nechán na sestřích, na jejich citu a svědomí a na metodě pokusu a omylu.⁴⁸

Slovní i mimoslovní sdělení je silná zbraň se závažným dopadem, klade na zdravotníky značnou míru odpovědnosti za to, co říkají, co neverbálně vyjadřují.

Zdravotní sestra potřebuje znát pravděpodobné příčiny pacientových psychických obtíží a správně odhadnout skryté problémy či obavy. Zároveň je nezbytné podávat informace rodině, dávat profesionální rady, které sníží jejich nejistotu a pomohou jim reálně zhodnotit situaci.⁴⁹ Toto předpokládá výborné komunikační dovednosti.⁵⁰

Problematika komunikace se jeví jako rozporuplná, neboť na jedné straně je přiznáno, že chybí dostatečné vzdělávání v oblasti komunikace, učební materiály, avšak na straně druhé se komunikační dovednosti u sestry předpokládají a jsou velmi chtěné a žádoucí.

Možnou kompenzací mohou být aktivity zaměřené na nácvik komunikace.

⁴⁸ viz. tamtéž str. 30

⁴⁹ viz. O' Connor, Aranda, str. 31,2005

⁵⁰ viz. tamtéž ,str.31

Vzorový plán ke zlepšení komunikačních dovedností⁵¹:

- *Supervize- požádat zkušenou kolegyni, psychologa, sociálního pracovníka o supervizi*
- *Spolupráce s pacientem a s jeho rodinou- pravidelně se ptát, zda byly probrány všechny problémy pacienta*
- *Pracovní deník- deník, do kterého si sestra bude zapisovat své zkušenosti, co udělala dobře a naopak, v čem je třeba se zlepšit.*
- *Podpora ze strany kolegyň (peer podpora)- požádat při rozhovorech s pacienty o pomoc zkušenou kolegyni a konzultovat s ní zápisky v deníku*
- *Vzdělávání- pravidelně si doplňovat potřebné znalosti, na odborných seminářích rozebírat kazuistiky zaměřené na komunikaci.*
- *Duševní rovnováha- udržovat v rovnováze svůj osobní život, naučit se relaxovat*

Praxe je asi zřejmě jiná, není vždy čas vše konzultovat, zapisovat, vyhledávat supervizora. Podle mínění sester v hospici Štrasburk je většina dovedností závislá přímo na osobnosti sestry, na míře jejího citu, na schopnosti odpozorovat a učit se přímo praxí od zkušenějších sester.

Velkou oporou pro sestru může být i její duchovní život, který nemusí nutně znamenat pouze víru v Boha, i když tomu často tak bývá. I to považuji za způsob komunikace, za vyjádření sama sebe.

⁵¹ cit. podle Pollard, Swift In O' Connor, Aranda, str. 40,2005

Myslím, že díky tomuto faktoru, získává paliativní péče další rozměr a lze tak pacientovi velmi ulehčit od úzkosti a strachu, když si může popovídat s někým, kdo mu dodává naději o nekončícím životě a o smyslu života.

Vše je pochopitelně odvozeno od přání pacienta, sestra by mu nikdy neměla vnucovat svůj názor či ho přesvědčovat o náboženské víře. Někdy stačí účastný rozhovor a držení za ruku.

Součástí hospice by proto měla být i kaple, kde může nemocný chodit na mše, či jen zde hledat klidné místo k přemýšlení a samozřejmě tato místnost slouží i personálu, který si potřebuje na chvíli odpočinout, rozjímat, pomodlit se.

Zároveň je hospic „živý dům“, kde jsou lidé, kde není ticho. Setkávají se zde lidé, kteří se umí i bavit a rozptýlit. V článku o hospici v Červeném Kostelci jsem si přečetla názor jedné sestry, že se nikde tak „*nenasmála jako právě v hospici*.“ Smích a rozdávaní dobré nálady dobře pomáhají rozptýlit špatnou náladu, smutek, nudu. A jde třeba jen o drobnosti, které pobaví, potěší. Zapojit se může každý. Ale to je také věc, která se nedá naučit, která se musí zažít.

3.5.3. Dodržování morálních zásad

Zdravotní sestra by měla v první řadě zachovávat **Kodex sestry**⁵², (viz.příloha), kde jsou obsaženy základní hodnoty ošetřovatelství.

Etické zásady jsou jedna věc a ztotožnění se s nimi je věc druhá, zvláště, když velmi často dochází v praxi k *morálním dilematům*. Tato dilemata představují nejčastěji **konflikty**⁵³. Konflikty lze rozdělit na: *vztahové a rolové*.

Mezi vztahové se řadí :

⁵² viz. České ošetřovatelství č. 2. str. 41-43, 2006

⁵³ viz. Grohar-Murray a Di Croce, str. 106, 2003

Pacient - sestra, sestra - sestra, lékař - sestra, lékař - pacient, lékař - lékař a rodina - pacient, personál - rodina.

V každém kolektivu dochází ke konfliktům, o to více to může být v prostředí jako je hospic. Na tomto místě chci poukázat na vysoké nároky na sestry obsažené v Kodexu sestry -

i v případech, kdy je sestra hrubě napadána pacientem, musí zachovat svojí profesionalitu a morální zásady a pacientovy projevy agrese chápat a neodpovídat na ně stejným způsobem a to i v případě, že se to stane víckrát za den (dle mínění staniční sestry Hospice Štrasburk toto není neobvyklá situace, kterou musí sestra zvládat, což je samozřejmě obtížné, zvláště, když je sestra na konci služby a je již unavená atd.)

Rolové⁵⁴:

V těchto případech může lehce dojít k rozporu v rolích, kdy např. sestra zjistí, že došlo k zanedbání lékařské péče a cítí svou povinnost pacienta chránit, případ nahlásit. Zároveň je sestra loajální k instituci, kde pracuje a ke svým kolegům, takže se může stát, že raději bude o případu mlčet. Podle odbornosti jsou také dány určité kompetence, které brání v určité situaci zasáhnout, i když je sestra přesvědčena, že je to tak správné.

Většina situací, se kterými se setra může setkat, je nestandardních a neexistuje přesný návod, jak tyto situace řešit.

Přesto existují zásady odvozené od etických teorií, podle kterých se mohou sestry orientovat:

⁵⁴ viz. tamtéž, str. 113

*autonomie, směřování k dobru, nepoškození, spravedlnost*⁵⁵

Teď stručně ke každé z nich.

Autonomie- nárok na sebeurčení při rozhodování o tom, co se v rámci zdravotní péče stane s tělem. Od konce 60. let 20. století má každý jednotlivec právo rozhodovat o lékařské péči. Což znamená, že každý způsobilý dospělý má možnost léčbu odmítnout, i kdyby to mělo za následek smrt. Opakem autonomie je **paternalismus**, kdy poskytovatel zdravotní péče se rozhoduje pouze na základě toho, co on sám považuje pro pacienta za nejlepší.

Aby se mohl pacient autonomně rozhodovat, potřebuje adekvátní informace o možnostech léčby.

Směřování k dobru- vyžaduje, aby poskytovatelé péče přispívali ke zdraví a pohodě pacientů, a ne se pouze snažili zabránit jejich poškození. Příkladem může být plánování péče po propuštění pacienta- následná péče. Samozřejmostí by mělo být zachování důvěrných informací.

Nepoškození- zákaz úmyslného poškození pacienta, zvážení rizik a výhod léčby. Do toho lze zahrnout i dodržování příslušných opatření k ochraně zdraví zdravotnického personálu.

Spravedlnost- tento požadavek se vztahuje na pacienty i personál, tedy aby každý dostal to, na co má legitimní nárok. Větší nároky dodržování spravedlnosti jsou kladeny v případě omezených prostředků- materiálních, personálních i časových.

Být dobrou sestrou v hospici je nejen umění ošetřovat, ale i umění povzbuzovat, naslouchat, potěšit, podpořit, vysvětlit, podržet, přijít v pravou chvíli, být přítomná, kdy je třeba.

⁵⁵ viz. viz. Grohar-Murray a Di Croce, str. 109,2003

Možná zvládat nezvladatelné. To je zátěž, která doprovází zdravotní sestru při jejím povolání.

Poslední kapitola teoretické části bude věnována samotné prevenci syndromu vyhoření u zdravotnického personálu. První podkapitolou jsou zátěžové situace.

4. Kapitola: Prevence syndromu vyhoření

4.1. Zátěž-náročná životní situace

Zátěž je v lidském životě běžná a potřebná, žene člověka kupředu, aby se zlepšoval. Určitá míra zátěže je nutná. Každý člověk reaguje na zátěžové situace odlišně – to, co bez obtíží zvládá jeden člověk, je těžké pro druhého. Existuje mnoho souvislostí, které to vysvětlují.

Nyní se pokusím vysvětlit, co jsou zátěžové situace a jak s nimi zacházet.

4.1.1. Co je zátěž

Člověk je závislý na prostředí, ve kterém uspokojuje své potřeby⁵⁶. Prvotní zátěž je již neuspokojení nějaké z potřeb.

Subjektivní pocit člověka, že je něco nad jeho síly, limit, možnosti. Chybí často náhled na situaci, která člověka v danou chvíli ohrožuje, brání mu dosáhnout toho, co chtěl. Většinou se jedná o psychickou zátěž, která bývá zároveň spojena i se zátěží fyzickou.

Mikšík⁵⁷ dělí zátěžové situace z hlediska rozporu mezi požadavky a mezi možnostmi člověka, tyto požadavky splnit. Rozlišuje 5 typů psychické zátěže:

1. *Nepřiměřené úkoly a požadavky*- přetěžování člověka množstvím požadavků, nerespektování fyziologických a psychologických možností člověka, přetížení organismu, nerespektování zdravotního stavu jedince atd. (u zdravotních sester se může jednat o nástup do nového zařízení, zaučení v provozu, který je pro sestru zcela nový, pracovní přetěžování- služby navíc, větší množství náročných pacientů atd.)

⁵⁶ viz. hierarchie Potřeb A. Maslowa, In Hošek, 1999

⁵⁷ In Jobánková, str. 41, 2004

Důsledkem je nechuť pokračovat, rezignace, agrese, podrážděnost, útlumové chování.

2. *Problémové situace*- nové situace, ve kterých se jedinec neumí orientovat, kdy musí provádět zcela neznámé činnosti. Potřeba rychlého přizpůsobení situaci, změna navyklých způsobů. Někdy jsou tyto situace výzvou pro změnu a pro tvořivost člověka. (v práci zdravotní sestry to mohou být situace, kdy se nepřipravená sestra setká se smrtí pacienta, s pozůstalými atd.)
3. *Překážky*- zabraňují dosažení cíle nebo podstatně omezují jeho možnosti v tomto směru. Tyto situace vedou k významným změnám v motivaci. Prožívání překážek je charakterizováno zlostí, vztekem, lítostí, pocity bezvýchodnosti. Reakce na překážky je označena jako *frustrace*. Dlouhodobější stav frustrace obvykle vyústí do *deprivace*, závažnějšího stavu, kdy nejsou uspokojovány základní potřeby člověka v dostatečné míře, jak potřebuje (sestra má plnou zodpovědnost za pacienty, kteří nejsou schopni své potřeby kvůli handicapu plně uspokojovat)
4. *Konfliktová situace* –souvisí s procesem rozhodování se. Většinou se jedná o rozpor vnějších požadavků a vnitřními tendencemi jedince. Jak bylo řečeno výše o konfliktech, člověk váhá mezi tím, co cítí jako správné a mezi tím, co je za správné považováno. To je doprovázeno napětím, nerozhodností. V případě, kdy je napětí vyhroceno do nejvyšší možné míry, dochází ke zkratkovitému jednání a ukončení konfliktu za každou cenu.

5. *Stresové situace*- vznikají působením rušivé okolnosti při průběhu nějaké činnosti, znemožňující zdárný průběh této činnosti. Může jít o působení časového stresoru, atypického prostředí, odpovědnosti za život druhých lidí, v případě tlaku ohrožení vlastní osoby.

(i zkušená zdravotní sestra může selhat ve stresové situaci, protože její jistota je narušena úzkostí, pocity, že je na vše sama, chování se vymyká kontrole atd.)

4.2. Zátěž v práci sestry⁵⁸

Zátěže fyzické, chemické, fyzikální:

- *Statické zatížení (stání při práci a asistence u lůžka, u výkonů)*
- *Dynamické zatížení (přecházení mezi provozy, vyřizování)*
- *Zatížení páteře (zvedání pacientů, polohování)*
- *Zatížení svalového a kloubního systému*
- *Setkávání se s nepříjemnými podněty (exkrementy, otevřené rány, zápach, deformity)*
- *Rizika infekce*
- *Narušení spánkového rytmu při směnném provozu*
- *Nedostatek klidu a času na pravidelnou stravu a dodržování pitného režimu*
- *Kontakt s léky, dezinfekčními prostředky, pomůckami*

⁵⁸ cit. podle Bartošíkové, str.11-12, 2006

- *Hluk, nesprávné osvětlení, radiační záření*

Zátěže psychické, emocionální, sociální

- *Neustálá pozornost, pečlivé sledování stavu pacientů, přístrojů, rychlé přepojování mezi činnostmi*
- *Pružné reagování na různorodé požadavky a změny*
- *Nároky na paměť*
- *Velká zodpovědnost za následky své práce*
- *Nutnost rychlých rozhodnutí a účelného jednání i při nedostatku informací*
- *Nutnost improvizace při nárazovém charakteru práce*
- *Opakované setkávání s lidmi v těžkých emočních stavech*
- *Konfrontace s utrpením, bolestí, smrtí, vyrovnávání se s pocity bezmoci*
- *Zacházení s intimitou člověka, včetně překračování hranic*
- *Působení bolesti druhým lidem*
- *Provádění řady činností, které běžně vzbuzují odpor*
- *Opakované konfrontace s vlastními zážitky a postoji*
- *Komunikace s příbuznými pacientů*
- *Konflikt rolí*
- *Nízké ohodnocení náročné práce*
- *Nároky na neustálé učení se a vzdělávání*

Nešpor⁵⁹ kromě uvedených typu zátěží uvádí ještě:

- *Konflikt role rodič versus profese*
- *Riziko napadení pacientem*
- *Obtížné oddělování soukromého a profesionálního života*
- *Sklon k léčení sama sebe a rodiny*
- *Malá pozornost k vlastním problémům*

Zde bych se jen zastavila na úvaze, že samotnou zátěží v ošetrovatelství je fakt, že zde pracují převážně ženy. Což sebou nese větší námahu při práci s málo hybnými pacienty, vyšší riziko sexuálního napadání (mám na mysli hrubé poznámky, nevhodné dotyky, atd.), někdy obtížné skloubení pracovního a rodinného života, častější zdravotní obtíže (bolesti zad a hlavy...)

4.2.1. Ztráta sil jako zátěž

Velmi zajímavým podnětem, který bych chtěla uvést, je příspěvek Aleše Opatrného, **Kde síly v péči o druhé ztrácíme a kde je hledáme**. Pozornost bude věnována zejména ztrátě sil.

Příspěvek byl součástí přednášky v Hospici sv. Lazara v Plzni roku 2005.

Autor vychází z teorie, že ošetřující osoba se nechává připravovat o **síly** (energii) nesprávným způsobem druhými nebo že člověk sám nakládá se svými silami nevhodně, takže námaha je někdy nejen zbytečná, ale i škodlivá zdraví ošetřujícího. Dochází k tomu proto, že se ošetřující nechává **emocionálně využívat** pacientem. Jádrem emocionálního zneužívání je snaha vyvolat v

⁵⁹ In Červenková, str. 23, 2004

„oběti“ pocity viny, strachu. Zvláště když se jedná o prostředí hospice, kde je očekáváno naplňování křesťanských ideálů.

Nevýhodou této teorie je *nálepkování* pacientů, kteří jsou zařazeni podle chování do určitých charakteristik. Proto zde uvádím jen druhou část z příspěvku, která se týká nesprávných osobních postojů ošetřujících.

Vnitřní ztráta sil

- **Neadekvátní představa o vlastních silách-** touha vyniknout, vyrovnat se někomu jinému, zidealizované představy a motivace (např. přehnaná náboženská motivace pomáhat bližním)
- **Nerespektování hranic-** chybí zdravý odstup od pacientů, snaha být blízký všem současně, přílišné pocíťování bolesti z utrpení druhých osob.
- **Touha po trvalém nadšení-** nikdo nemůže být neustále nadšený po letech práce, někteří lidé se domnívají, že svou práci budou vykonávat dobře jen s velkým nadšením. To vede k přetvářce nebo k enormnímu vyčerpání, posléze k syndromu vyhoření. Naopak profesionalita je, pokud je člověk schopen dělat dobře svojí práci, i když zrovna nemá dobrou náladu a má své starosti.
- **Sebetrestání-** skrytá snaha konat dobro, pomáhat lidem =obětovat se ostatním, přemáhat se, být enormně altruistickým, je velmi nešťastný motiv snahy pracovat v pomáhajících profesích. To vede k pocitům viny, potrestání se za selhání. Navíc klient(pacient) je pak postaven do role objektu, který má napravit pocity viny toho, kdo se o něj stará.

- **Nadměrné zabývání se druhými-** kritika druhých, jak pracují, kontrola toho, co by lidé měli dělat a nedělají. Zabývání se problémy, na které dle jeho názoru ostatní nereagují atd. Tyto starosti pak jedince více vyčerpávají než samotná práce.
- **Enormní touha po zážitku vděčnosti-** silná potřeba být užitečný a významný pro druhé, neustálé hledání vděku za obětavost, silná očekávání. Po čase může být takový člověk velmi brzo frustrován, že to není tak, jak si představoval a jeho výkonnost značně poleví.

Co je však velmi příznačné pro 20. a 21. století a čemu se nyní chci v souvislosti se syndromem vyhoření věnovat je **pojetí stresu**.

Stres, který zažívají lidé v osobním životě, ale také současně v práci. Dle V. Hoška je stres synonymem pro zátěž. Nyní o stresu podrobněji.

4.3. Stres

Slovo stres pochází z latinského stringo, stringere, strictum, což znamená utahovati, svazovati, zadržovati- být pod tlakem, být v tísní.

Vnitřní stav člověka, který je buď přímo něčím ohrožován, nebo takové ohrožení očekává a přitom se domnívá, že jeho obrana proti nepříznivým vlivům není dostatečně silná.

Stav člověka vyvolaný jakýmkoli vnějším vlivem (stresorem)⁶⁰

Rozlišují se dva základní typy stresu:

⁶⁰ cit. podle Matouška, str.228,2003

Negativní stres : distres (viz. dále)

Kladný stres: eustres (narození dítěte, svatba)

Některé další dělení uvádí zvláště stres fyzický a psychický. Domnívám se ale, že je třeba mluvit o stresu, který zasahuje *celého člověka* po jeho fyzické i psychické stránce, jak je pak ukázáno na jednotlivých příznacích stresu. Pojem celého tohoto problému někdy tkví v definicích, co je a co není stres. Nejde zde ani tak o to, co je původcem stresu, ale to, co to s člověkem udělá, jak se cítí, jak řeší nepříznivou situaci. V první kapitole je popsán syndrom vyhoření a některé jeho definice uvádějí, že vyhoření je důsledkem chronického nadměrného stresu.

Až do konce 30. let 20. století převládal názor, že stres je *zvýšené namáhání, nadměrný tlak ve fyzikálním smyslu*- fyziologické, hormonální reakce. Zakladatel pojmu stres je Hans Selye, jehož teorie vychází z modelu stresu zaměřeného na reakci. Tedy každá nespecifická reakce těla na každý požadavek je stres.⁶¹

V medicíně je stres popsán jako automatická reakce organismu na *ohrožující podněty* - je to proces, který připravuje organismus na *útěk nebo útok*, další fáze je pak snaha o přežití v krajně nebezpečných podmínkách.⁶²

Tedy v tomto případě šlo často o život. Dnes je tento způsob reakce pozorovatelný u zvířat.

Boj o přežití je nutný i dnes, ale probíhá odlišným způsobem, než tomu bylo dříve.

⁶¹ viz. Fürst, str. 127, 1997

⁶² viz. Honzák, 2003

V dnešních podmínkách civilizovaného člověka se dostávají reakce na psychosociální podněty, které nejsou život ohrožující, ale kaskáda dějů se spustí stejně, jakoby o život šlo. Vyplaví se stresové hormony, tělo je připraveno na akci⁶³, ale nedojde k ní.

Místo přirozených reakcí, člověk zůstává sedět, je pasivní, nedojde k vybití nahromaděné energie.

Tato reakce se bohužel často zafixuje a vede k dalším obtížím, většinou zdravotním- vysoký krevní tlak, obezita z přejídání, bolesti zad, hlavy atd., ale i k psychickým problémům.

Co je zde špatně? Možná zde bude chyba ve vyhodnocování zátěže, v našem vnímání závažnosti náročných situací. Přehnaná reakce na stres je jednou z příčin rozvoje civilizačních chorob. (hypertenze- zvýšený krevní tlak, kardiovaskulární onemocnění- srdečně cévní onemocnění atd.)

V roce 2000 byly v České republice byly registrovány nemoci z povolání nejčastěji u horníků a na druhém místě byly zdravotnické profese. *„Vzhledem k úbytku pracovníků v hornictví se předpokládá, že zdravotníci zaujmou první místo.“*⁶⁴

4.3.1. Projevy stresu⁶⁵

Organické příznaky: bušení srdce (srdce bije příliš silně a příliš rychle vzhledem k aktuální námaze), nechutenství, nadměrné svalové napětí, bolesti hlavy, krční páteře, nepříjemné pocity v krku („knedlík“), změny v menstruačním cyklu, pokles sexuální touhy, impotence.

⁶³ (zvýšený přísun krve ke svalům, stresový průjem, husí kůže, zvýšený srdeční výdej, zrychlený dech, pocit sucha v ústech, stažení žaludku) viz. Honzák, 2003

⁶⁴ cit. podle Hlásenského, 2001, In Červenková, str. 21, 2004

⁶⁵ viz. Křivohlavý, str. 29-30, 1994

Emocionální příznaky: prudké změny nálad, neschopnost empatie, projevy hypochondrie, denní snění, únava, nekoncentrace, podrážděnost, úzkostnost, nadměrné „trápení se“ s drobnostmi.

Příznaky v chování: nerozhodnost, pracovní absence, zhoršená kvalita práce, odmítání úkolů, vyšší konzumace cigaret, alkoholu a drog, přejídání se, větší nehodovost (řízení vozidla), zvýšená nemocnost.

Charakteristické znaky negativně prožívaných stresových situací:⁶⁶

- Pocit neovlivnitelnosti situace -člověk je přesvědčen, že nelze zabránit tomu, aby vznikla. Naopak přesvědčení, že lze průběh událostí nějak ovlivnit, snižuje prožitek stresu.
- Pocit nepředvídatelnosti vzniku stresové situace - nemožnost odhadnout, kdy stresová situace vznikne a tudíž na ní člověk nemůže být připraven, což zvyšuje pocit intenzity stresu.
- Pocit nezvládnutelnosti situace - subjektivně pociťované nepřiměřené nároky, které člověk pociťuje v zaměstnání i jinde. To představují i vnitřní konflikty, které jedinec považuje za neřešitelné. (např. dítě trpí nevhodným chováním otce-alkoholika, ale zároveň touží po jeho lásce)
- Nepříjemný tlak okolností vyžadujících příliš mnoho změn - to vyvolává pocit dezorientace, zásadní změna životních zvyklostí klade velké nároky na adaptaci a znehodnocuje význam dosud fungujících strategií chování.(např. rozpad rodiny)

⁶⁶ volně podle Atkinsonové ,1995, In Vágnerová, str. 50, 2004

4.4. Zvládání zátěže

Hospicová sestra vidí těžiště své práce ve zlepšení kvality pacientova života před smrtí. To, co někdo vidí jako bezútešné, možná i zbytečné, je její náplní práce, ze které by měla mít uspokojení a radost. Pochopit opačný postup paliativní medicíny. Tedy zvládat náročné životní situace, mezi které úmrtí pacienta rozhodně patří.

Člověk je od raného věku vystaven zátěži různého typu, se kterou se musí vyrovnávat a tím je i utvářena jeho osobnost. Náročné situace jsou neodmyslitelným činitelem vývoje. Otázkou je však jejich prožívání a adaptace na nové zátěže.

Adaptace probíhá pomocí zkušeností- na počátku se jedinec chová náhodným způsobem a posléze zjistí, že určitý typ chování dopad zátěže zmenší či ji eliminuje. Na základě principu podmiňování má člověk tendenci zachovat se v obdobných situacích stejně, čili způsobem, který má osvědčený. Časem se tento způsob může stát stereotypním. Každý člověk má během svého života inventář technik, díky kterým zvládá zátěž.⁶⁷

Pro techniky, postupy, se také používá souhrnného názvu *coping*. Tento anglický výraz označuje *strategii zvládnutí situace*. Postupy lze rozdělit na *neúčelné* (s přechodnou úlevou) a *účelné*.⁶⁸

Křivohlavý uvádí jako neúčelné řešení stresu, ba přímo vysoce rizikové: *pítí alkoholu, kouření, užívání drog*.

⁶⁷ viz. Hošek, str.53,1999

⁶⁸ viz. Honázk, Kurzová, 2003

Na zvládání situace se podílí sám člověk, jeho okolí a další neovlivnitelné okolnosti, které se mohou vyskytnout. S. Freud používá termínu ***obranné mechanismy***, které jsou ve vztahu k nevědomým strategiím a které člověk používá k vyrovnávání se s negativními emocemi.⁶⁹

Základní soubor dále doplnila jeho dcera Anna Freudová.

Techniky zvládání lze podle Hoška⁷⁰ dělit na dvě základní skupiny:

- Převážně aktivní techniky
- Převážně pasivní techniky

Rozdělení na dvě skupiny proto, protože člověk je od počátku vybaven fylogenetickými instinkty: *útok, útek*, což jsou bazální vzorce chování.

4.4.1. Aktivní techniky

Jednou z nejzákladnějších technik je *agrese*, která je přímá a efektivní, ale většinou společností netolerovaná a tudíž nežádoucí.

Možností, jak se zbavit napětí a vybit svoji agresivitu představuje *sublimace* agresivity ve sportu. Sport má daná pravidla, tudíž agrese je regulovaná a sportovní výkony jsou odměňované.

Upoutávání pozornosti, které slouží ke zvyšování sebevědomí-extravagantní oblékání a chování, touha po obdivu.

⁶⁹ In Jobánková , str. 46,2004

⁷⁰ Hošek, str. 53,1999

Identifikace je ztotožnění se s určitým vzorcem chování, s obdivovanou osobou, s členstvím ve skupině, klubu. Identifikačně „zakotvený“ člověk je považován za odolnějšího.

Kompensace představuje náhradní řešení situace, která není příznivá. Může to být snaha o kompenzaci nějakého handicapu- přeorientování se na jinou činnost či dlouhodobé opakování činnosti předešlé, ve které nebyl člověk úspěšný. Lidé se realizují ve svých zálibách, překonávají tak svůj neúspěch na jiném poli apod.

Racionalizace nebo-li zdůvodňování neúspěšného či nepřijatelného chování tím, že připouští zásah vnějšího činitele mimo vlastní kontrolu (např. náhoda). Člověk se chce v tomto případě vyhnout trestu a obhájit tak své chování. S racionalizací souvisí velmi úzce *bagatelizace*, znevážení nedosažené, nebo ohrožené hodnoty.

Relativizace, porovnávání aktuálních potíží s potížemi mnohem většími, které se staly samotnému jedinci či někomu jinému. Velkou pomocí je zde humorný nadhled na věc.

4.4.2. Pasivní techniky

Izolace, útek do samoty, do neřešení situace. V některých případech je zmenšena pravděpodobnost vzniku nové zátěžové situace, zároveň se však zmenšuje šance na sociální adaptaci.

Denní snění je únik do světa fantazie, kde je „lepší svět“, člověk si přehrává situace *co by kdyby...* do jisté míry tato technika pomáhá se zátěží, ale přílišné odpoutávání od reality může být až patologické.

Únik do nemoci je vyhledávaný již od dětství, kdy jedinec ví, že se o něj bude někdo starat, může si tak odpočinout, stát se tím, o koho je pečováno.

Regrese znamená únik do vývojově nižšího stádia, dojde ke zpřimitivnění reakcí. Tento způsob bývá u post-traumatických stavů či někdy tento stav navazuje kontrastně na vypjaté a velmi adaptivní chování.

Popření je tendence „zavírat oči nad problémem“, jedinec reaguje tak, že se ho to netýká, že neexistuje. Toto řešení nevede k adaptaci a k vyřešení náročné situace. (Hošek, str.53-56)

Hoškův výčet není zcela dle mého názoru úplný, proto si ho dovolím doplnit dalšími technikami.⁷¹

Velmi podobnou technikou jako popření je *vytěsnění*, které je neuvědomovaným dějem. Jedinec se tak snaží zbavit nepříjemných zážitků, pocitů, které jsou neslučitelné s jeho pojetím. Úplné vytěsnění se rovná zapomenutí. (např. nemohu si na tuhle situaci vzpomenout, tudíž se vůbec nestala)

Potlačení je úmyslné sebeovládání, tlumení nepříjemných pohnutek nebo přání. Potlačované myšlenky si člověk uvědomuje, pouze je odsouvá stranou. „*nebudu teď na to myslet*“ Paradoxní na této technice je, že čím víc se člověk snaží na věci nemyslet, tím více se jimi v duchu zaobírá.

Vytěsnění i potlačení je provázeno zvýšenou hladinou psychického napětí a fyziologické aktivace, což může mít negativní vliv na lidský organismus.

Podstatou techniky *Projekce* je připisování vlastních nežádoucích myšlenek, vlastností a prožitků druhým lidem a zbavení se tak úzkosti.

Reaktivní výtvar je nahrazení nežádoucí a nepřijatelné pohnutky na opačnou úroveň- např. nenávisť k někomu blízkému je vědomě nahrazena přemrštěnou péčí a laskavostí, která se stává až neúnosnou.

⁷¹ podle R. L. Atkinsona, 1995, In Jobánková, str. 46-48, 2004

Přesunutí- potřeba, která nemůže být uspokojena určitým způsobem, je přesunuta na jiný objekt, je stanoven náhradní cíl. Např. pacient, který nemůže vybit svou agresi na personálu zařízení, přenesse svou agresi na spolupacienty, rodinné příslušníky či tajně poškodí v nemocnici nějakou věc. Pocity agrese, zlosti se dají řešit i pitím a přejídáním atd.

Intelektualizace je pokus o získání citového odstupu od stresové situace tím, že se s ní člověk vyrovnává pomocí abstraktních, intelektuálních termínů. Druh obrany často nutný při práci zdravotníků na exponovaných pracovištích (Jednotka intenzivní péče, práce v hospici...)

Jde tedy o vytvoření určitého emočního odstupu od pacientů a jejich problémů.

Přes známé vzorce chování má každý jedinec své originální cesty v pozitivním slova smyslu, ale i zlovyky, jak pracovat se stresem a s náročnými životními situacemi.

Podle mých zkušeností je to právě oblast zdravotnictví, kde velký počet sester a ošetřovatelů kouří a jí sladkosti, je pro ně odpočinek, odbourání stresu.

Tyto „rituály“ jsou na druhou stranu spojeny s „bytím“ v kolektivu, s příjemným povídáním, se sdílením zkušeností, s legrací. Lze zde hovořit o stmelování pracovního týmu, navození příjemné atmosféry a tím o přirozené prevenci syndromu vyhoření.

Naopak tam, kde se lidé necítí v pracovním kolektivu dobře, je pravděpodobnost vyhoření mnohem vyšší. Tato hypotéza bude ověřena v praktické části z dotazníkového šetření mezi personálem.

4.4.3. Techniky založené na psychologii učení, hlubší přístupy ke zvládnání stresu

Podstata *správného zvládnání stresu*, tak aby se člověk vyhnul poškození, aby se nedostal do stresu, je velmi složitou záležitostí, která vyžaduje mnohem více času, vlastní sebereflexe a účelného vzdělávání v této problematice. Ale ani tehdy si nejsem jistá, zda se člověk může stoprocentně ubránit.

Křivohlavý rozděluje techniky zvládnání stresu na : **rizikové, méně vhodné a správné**. Rizikové byly již zmíněny, také byly podrobně popsány obranné mechanismy jako reakce na stres a snaha o jeho řešení, byť je to řešení přechodné a tedy dle Křivohlavého méně účelné.

Zbývá se zaměřit na techniky, které jsou odvozeny od **psychologie učení**.

V této teorii se vychází z poznatků o *pasivním a aktivním učení*. (pasivní učení na základě podmíněných reflexů objevených I. P. Pavlovem, aktivní učení autorů Skinnera a Hulla)

K tomu se dále připojuje *síla motivace se učit, poznávat*.

P.C Kendall⁷² vytvořil soubor přístupů, které se dají použít ve stresu.

1. Nejprve se zjistí, jak člověk do té doby zvládal těžké životní situace, jaké metody používal.

2. Poté se vyberou ty přístupy, které jsou dobré, které fungují a je možno je posilovat a postupně zdokonalovat.

3. Stávající techniky se dále rozšiřují o nové přístupy, které si člověk zkouší v mysli- imaginace, myšlení.

4. Nové strategie se pak zkouší již v praxi.

⁷² In Křivohlavý, str. 67-68, 1994

5. Zjišťuje se, které strategie nefungují, které jsou nevhodné- falešné představy, ideje, postoje.

6. Nevhodné techniky se pomocí učení odstraňují, snižuje se četnost jejich používání.

7. Dochází k tomu, že člověk nepřemýšlí jen o současných situacích, ale myslí i na budoucnost, předvídá další náročné situace a vypracovává způsoby, jak to zvládnout.

Křivohlavý dále uvádí konkrétní příklady⁷³, jak se vypořádat např. se strachem, bolestí, s úzkostí a se zlostí. Jsou to zajímavé úvahy, které stojí za to si přečíst, ale z důvodu jejich rozsahu je neuvádím.

Vybrala jsem si pouze *zvládnání zlosti, hněvu*. Myslím si, že v současném zdravotnictví nemá sestra ke zlosti daleko- ať je to již z nedostatku financí ve zdravotnickém systému, těžké náročné práce s malým počtem personálu apod. Člověk, který prožívá vysokou úroveň emocionálního vzrušení, na ni odpovídá povětšinou vztekem, zlostí.⁷⁴ Tyto osoby se nechají snadno vyprovokovat, vybouří se a situace se uklidní. Ne vždy je toto řešení vhodné a žádoucí, naopak může být i nepřipustné. Zdravotní sestra se snadno může rozhněvat na pacienta, který nedodrží její instrukce, narušuje jí práci, je hrubý atd. Její chování je pak považováno za neetické a může ovlivnit její postavení v práci, v kariéerním postupu na základě stížností pacientů a rodinných příslušníků.

Zcela prakticky se dají nacvičovat situace, ve kterých se předpokládá nějaký střet- je třeba, aby člověk poznal podle signálů, kdy se blíží výbuch zlosti, aby tyto projevy uměl pojmenovat, pochopil, co je vyvolává a jak se jim bránit. Součástí je myšlenkové zpracování- sebereflexe situací- krok za krokem se

⁷³ viz. Křivohlavý, str.69-109, 1994

⁷⁴ podle Feindlera a Frenowa In Křivohlavý, str. 105, 1994

rozebere, co se dělo v chování i v myšlení, jaké měl dotyčný pocity. Jedinci může pomoci i jeho *vnitřní řeč*: „*Zastav se, přemýšlej*“, další metodou je *myšlení dopředu*- domýšlet, co by se stalo, jaký to bude mít důsledek.

Podstatnou věcí je dále použití relaxačních technik či osvojení si základních prvků - zklidněné dýchání, mluvit pomaleji a tišším hlasem apod.

Podle M. a P. Škrlových jsou problémoví lidé a situace pro člověka výzvou ke zdokonalování a růstu osobnosti. Ne vždy může člověk ovlivnit, co se děje v jeho okolí, ale skoro vždy může ovlivnit to, co se děje v něm.

Nyní blíže k termínu **relaxace**. Slovo relaxace vychází z lat. kořene *laxus*-volný. V první řadě se jedná o uvolnění svalového napětí (rukou, nohou, obličejem apod.). Mezi nejznámější cvičení patří Schulzův autogenní trénink.⁷⁵

Je potřeba i uvolnění psychické- odpočinout si od činností, které člověka vyčerpaly, pomocí činností jiných, odlišných. Měly by to být aktivity, které má člověk rád, které mu působí radost- např. hudba- zpěv, hraní na hudební nástroj, jít na koncert apod. Zpěv mám osobně vyzkoušený jako dobrou techniku. Podobně je pro někoho důležité výtvarné umění, práce na zahradě, tělesné aktivity.

Pro doplnění uvádím další způsoby a techniky: *sebereflexe, biologická zpětná vazba, metoda sebevidění- video feed back, nácvik asertivity*. Blížeji o těchto technikách.⁷⁶

Co mi však přijde velmi podnětné, je teorie **hledání smyslu života**. To velmi přesně vyjadřuje logoterapie Victora Frankla. Ten, kdo se odvážně staví proti utrpení a překážkám, vytváří pro ostatní lidi hodnoty.⁷⁷ Člověk, který zná

⁷⁵ podle Míčka In Křivohlavý, str. 119, 1994

⁷⁶ viz. Křivohlavý, str. 111-127, 1994

⁷⁷ tamtéž, str. 140

smysl života a má pro co žít, je mnohem odolnější než ostatní, kteří se situaci odevzdají, rezignují na ni. Líbí se mi Franklův výrok, který obrací otázku lidí, kteří jsou nešťastní, neví, co ještě mají od života čekat, na otázku, *co může/mohou život /lidé čekat ještě ode mě*. Reakce na životní úkoly pomáhá vytvářet a udržovat hodnoty člověka. Frankl tyto hodnoty dělí na: *tvůrčí, zážitkové a postojové*.

Frankl je často citovaný MUD. Svatošovou v knize Hospice a umění doprovázet, jeho knihu o logoterapii velmi doporučuje zdravotním sestřám a ošetřovatelům jako inspiraci pro jejich práci ale i pro ně samotné.

Inspirující může být také racionálně **emoční terapie** A. Ellise.⁷⁸

Další podkapitola bude věnována protektivním faktorům syndromu vyhoření - nejprve obecné předpoklady prevence- osobní a v organizaci, poté podrobněji rozvedu duševní hygienu zdravotní sestry a potřebnost správného managementu ve zdravotnictví.

4.5. Protektivní faktory syndromu vyhoření

Zde se opět vrátím k řešení stresových situací a také se budu zabývat osobností člověka a jeho odolností vůči zátěži.

4.5.1. Obecné protektivní faktory podle V. Kebzy⁷⁹

Osobnostní:

- *dostatečná schopnost asertivity*
- *schopnost a dovednost relaxovat*
- *schopnost time-managementu- umění zacházet s časem, nedostávat se do časové tísně*

⁷⁸ viz. Kratochvíl, str. 68-72, 2002

⁷⁹ In Čánská, str. 29-32

- *pracovní autonomie, pestrost a proměnlivost práce*
- *pocit dostatku vlastních schopností zvládat situaci, víra ve vlastní schopnosti a sebeuplatnění*
- *pocit adekvátního společenského a ekonomického uznání a hodnocení*
- *pocit osobní pohody „well-being“*

Z hlediska instituce(organizace) :

- *programy zaměřené na osobní rozvoj*
- *pracovní poradenství*
- *výcvik v profesních dovednostech*
- *důraz na týmovou spolupráci a na identifikaci rolí v týmu*
- *zvýšení podílu pracovníků na řízení*
- *organizace práce*
- *co nejpřesněji ujasnit, co se od každého očekává*
- *stanovovat pracovní úkoly s ohledem na možnosti realizace*
- *dbát na zpětnou vazbu*
- *v rámci možností respektovat individualitu jednotlivce*
- *nešetřit uznáním*

Pro jedince je klíčová *sociální opora*, která má vliv na zvládnání stresu a je nezastupitelná při řešení syndromu vyhoření. K základním složkám sociální opory patří:

- *Naslouchání, empatie*
- *Sociální zrcadlo, zpětná vazba*
- *Uznání*
- *Emocionální vzpruha, optimismus, povzbuzování*
- *Dělba práce*
- *Spolupráce*

- *Nezištná pomoc*

Některé protektivní faktory se zaměřením na zdravotní sestry bych ráda přiblížila blíže v následujících dvou podkapitolách.

4.6. Duševní hygiena zdravotní sestry

Většina lidí se umí starat o fyzický vzhled, je to společností chtěné a žádané, ale zdaleka ne tolik lidí pečuje stejně dobře o svůj psychický stav, o duševní život.

Potřebnost duševní hygieny u zdravotních sester je více než zřejmá. Aby mohly pečovat dobře o pacienty, musí vědět, jak se starat správně o sebe. Duševní hygiena v sobě zahrnuje komplexní starost o člověka po fyzické a duševní stránce. Ten, kdo se cítí dobře fyzicky, bývá spokojený i po duševní stránce a naopak. Tedy vyváženost obou složek přispívá k dobru celého člověka.

Duševní hygiena sester je však někdy podstatnější po duchovní stránce - sestra musí zvládat vysoké pracovní nasazení, stres, emocionální napětí. A málokdy je sestra vzdělávána, jak čelit psycho-sociálnímu tlaku, kterému je denně vystavena.

Proto myslím, že být v práci v pohodě je jedním z hlavních cílů, o který by mělo jít sestrám samotným, ale i jejich nadřízeným.

12 kroků ke zvládnání stresu podle *Messnerové a McDowella*⁸⁰:

1. *Uchovejte si fyzickou, duševní, sociální a duchovní rovnováhu* - Zamyšlení se nad životním stylem, míře odpočinku, kreativním vyjádřením své osobnosti.

⁸⁰ In P. a M. Škrlovi, str.352-354

2. *Zamyslete se nad svými pocity-* Přiznat si pocity hněvu, deprese, smutku, viny, frustrace a hledat jejich příčinu.

3. *Zapomeňte na to, že můžete být vším všem lidem-* Dovolit ostatním lidem, aby dělali, co dělat mohou, nekontrolovat každý detail jejich práce.

4. *Dělejte to, o čem jste přesvědčeni, že je správné-* Nedělat to, co mě netěší, nezůstávat ve společnosti lidí, kteří vyčerpávají vaši životní energii. Jen člověk sám může ukončit situace, které ničí jeho život.

5. *Určete si své priority, zjednodušte a organizujte-* Zamyslet se vážně nad tím, zda jsou požadavky nadřazeného nesmyslné nebo oprávněné. Seřadit si cíle dle priorit a co nejvíce je zjednodušit.

6. *Požádejte o pomoc, kdykoliv cítíte, že ji potřebujete-* Základem je plán pro celý kolektiv, aby neležely povinnosti jen na několika lidech. Pěstovat ve svém týmu důvěryhodné vztahy, potom nebude těžké o pomoc požádat nebo nějaký úkol zadat.

7. *Využívejte efektivně svůj podpůrný systém-* K získání nových nápadů a myšlenek využívat ve svém týmu brainstormingového procesu. Případně využít profesionální pomoc z jiných zdrojů. Podporovat dobrou komunikační klima respektu a jednoty. Ochrana před závistí, radost z úspěchů jiných lidí, podporovat je a chválit.

8. *Zaměňte nic neříkající rituály za smysluplnou aktivitu-* Naučit se přistupovat k věcem s otevřenými očima, předcházet tak stereotypu v práci, vnímat lépe detaily, které jsou odlišné.

9. *Zaměřte se na výtečnost, ne na perfekcionismus-* Nerealistické očekávání ničí tvořivost a spontánnost. Nevyžadovat perfektní jednání od ostatních.

10. *Obklopte se krásou-* Upravit své pracovní prostředí tím, co má člověk rád a co se mu líbí. (květiny, obrázky, uspořádání věcí)

11. *Podporujte v sobě smysl pro humor-* Naučit se zasmát především sám sobě, nebrat se příliš vážně a nebýt vztahovačný.

12. *Naučte se dívat na věci z jiné perspektivy*- Někdy vyžaduje management stresu pouze změnu našeho pohledu. Prohra nebo neúspěch je pouze zpětnou vazbou na cestě k úspěchu.

Všechno závisí pouze na našem pozitivním náhledu!

Pozitivní náhled je dle mého názoru základ copingových strategií. Jde o celkový postoj k životu a k práci. Možná někdo namítne, že tohle je právě ten „americký způsob“, který je někdy až přehnaný, ale myslím, že autoři neříkají nic o tom, že se zdravotníci musí stále usmívat a radovat. Naopak, zdravotník je také jen člověk, který má právo přiznat, že mu není dobře, že udělal chybu, ale že i přesto chce na sobě dál pracovat a zlepšovat se. V tom vidím ten potřebný optimismus.

Další předpoklad k úspěšnému zvládnání stresu je **nezdolnost člověka**. Tento způsob ověřil profesor *A. Antonovsky*⁸¹, který zkoumal, proč někteří lidé nepodlehnu nemoci a ostatní ano. Své hypotézy si ověřoval na lidech, kteří prošli koncentračními tábory a přežili. Rozdělil je do dvou skupin- první byli ti, kteří zvládali životní těžkosti velmi dobře a druzí pouze „živořili“.

Výsledky shrnul do pojetí nezdolnosti, což označil jako postoj lidí k životu. Nezdolnost má podle něj tři dimenze: *smysluplnost, srozumitelnost, zvládnutelnost*. Vypracoval dotazník **SOC- Sense of cohesion**=smysl pro soudržnost, integritu. Každá zmíněná dimenze má svůj kladný a záporný pól - čím více byly odpovědi přikloněny ke kladnému pólu, tím více se ukazovalo, že tito lidé zvládají životní těžkosti mnohem lépe, tak snadno nevyhoří a jsou i fyzicky zdravější.

⁸¹ In Křivohlavý, str. 82-83, 1998

Smysluplnost- člověk je vnitřně motivován k řešení problémů, hledá řešení, protože to pro něj má smysl. Je to pro něj výzva k aktivitě, která mu dělá radost. Takový člověk má dojem, že může svým chováním ovlivňovat chod dění a dokáže být hrdý, na to co udělal.

Na opačné straně pólu stojí naopak člověk, který se nedokáže citově angažovat do toho, co dělá, spíše se odcizuje. Chybí zde radost a uspokojení z práce, činnost není pro něj smysluplná, nemá hodnotu.

i. Srozumitelnost- důležitý je celkový vhled do situace, kdy má člověk přehled o pořádku věcí, cítí v tom nějaký řád. Zároveň je tento člověk schopen vidět i negativní věci- nemoci, smrt, překážky. Přesto vidí před sebou budoucnost, může předvídat, co se stane a lépe tak řešit problémy.

V negativním pohledu se člověk cítí chaoticky, nic nemá svůj pořádek, chybí pravidla. Těžko se orientuje, spíše věří předsudkům. Nepomáhá ani komunikace s ostatními lidmi.

Zvládnutelnost- základní představou je povědomí o přiměřenosti vlastních sil tak možností. Tento člověk má dojem, že to zvládne, věří si. Je schopen řídit své kompetence, má je pod kontrolou.

Záporný pól je charakterizován představou, že se situace zvládnout nedá, že chybí síly a možnosti. Objevuje se pocit úzkosti, strachu, obav, bezmocnosti.

Podobné pojetí nezdolnosti člověka popsala **S. Kobasová a S. Maddi**⁸², kteří tento aspekt osobnosti nazvali **tvrdostí, nepoddajností**. Opět zjišťovali postoje lidí ke třem dimenzím: *angažovanost, zvládnutelnost a víra ve správnost*. Ukázalo se, že lidé, kteří jsou označováni za *poddajný typ osobnosti*, mají větší sklony k syndromu vyhoření.

⁸² In Křivohlavý, str. 86, 1998

Další typ výzkumů *A. Pines* prokázal, že na syndrom vyhoření má vliv *monotónnost*. Naopak lidé, kteří mají rádi **změny, proměnlivost**, se syndromu vyhoření vyhýbají snadněji. Nové situace vnímají jako výzvu, než ti, kteří se jich obávají. Tato skutečnost je ovlivnitelná ze strany jedinců tím, že si sami budou hledat na své práci něco nového nebo odejdou jinam, kde je práce více tvořivější. Problematictější to může být spíš na straně zaměstnavatele, který naopak může vyžadovat stále stejné postupy a bránit se změnám. Lidé, kteří pracují v neměnném prostředí, mají pak sami problém přijmout změnu.

Co nás dále může ovlivňovat je **orientace na výkon**. *D. C. McClland*⁸³ se zabýval *výkonovou motivací*. Lidé, kteří byli úspěšní, něčeho dosáhli, brali úspěch svého snažení jako vedlejší produkt, ne jako cíl. Dopředu si plánovali, přiměřeně riskovali, měli zájem o zpětnou vazbu. Tito lidé byli podle studie poměrně odolnější k vyhoření.

Syndrom vyhoření se netýká jen psychického vyčerpání, jak již bylo na začátku naznačeno, ale zasahuje celého člověka, má vliv na jeho zdraví. Do nejčastějších zdravotních obtíží lze zahrnout zvýšený krevní tlak, ale i velké riziko infarktu myokardu. *M. Friedman a B. H. Roesman*⁸⁴ pozorovali jednání lidí v souvislosti s těmito chorobami. Rozdělili si lidi podle typu chování do dvou skupin. Ve stručnosti objasním výsledky jejich práce.

Skupina A byli lidé, kteří byli velmi energičtí a rychlí. Ve všem soutěžili a chtěli být nejlepší. Pracovali přes čas a práci si brali domů, takže neměli čas na rodinu- můžeme je označit za **workoholiky**. Hodně riskovali, při jednání

⁸³ tamtéž, str. 87

⁸⁴ In Křivohlavý, str. 80, 1998

s druhými byli asertivní až nepřátelští. Měli vždy vysoké cíle, ze kterými šli za každou cenu. Výsledek jejich zběsilé činnosti byl infarkt myokardu.

Skupina B byli lidé, kterým šlo také o výkon, ale úspěch za každou cenu nebyl hlavním cílem. Dokázali pracovat, ale i přiměřeně odpočívat. Spektrum jejich zájmů bylo podstatně širší než u skupiny A. Měli čas i na rodinu a na své záliby. Nestěžovali si, že nestíhají. Výsledkem u této skupiny byla větší odolnost vůči infarktu, ale i vůči syndromu vyhoření.

Jako poslední zde uvádím zásady duševní hygieny *J. Křivohlavého a Pečenkové*⁸⁵, které jsou mi osobně nejbližší a nejsrozumitelnější.

Křivohlavý zdůrazňuje v duševní hygieně zdravotní sestry podstatu **hluboké radosti**: „*radovat se z toho, že se ještě můžeme radovat*“. Vnímát radostně každý dar v životě- že svítí slunce, že jsme zdraví, že prší...

Dobré rodinné zázemí jako jeden z hlavních faktorů vnitřního klidu a pokoje.

Ticho a klid jako možnost poznat sám sebe a přemýšlet - **meditace, sebereflexe**

Relaxace jako nezbytné uvolnění svalů a veškerého napětí. (možno praktikovat relaxační cvičení jako je Jacobsnova forma relaxace, Schultzův autogenní trénink)

Záliba, koníček jako doplnění života, hlavně to musí být něco, co nám dělá radost.

Umění hospodařit s časem znamená vybírat si to, co pro nás má význam a tomu věnovat nejvíce času, nepodstatným věcem naopak věnovat času méně apod.

Setkávání s lidmi, které mám rád.

⁸⁵ In Křivohlavý a Pečenková, str.22-26

Stanovení hranic znamená nedělat vše za každou cenu, udržet si odstup od věcí, které nás zbytečně zahlcují, nezapomínat na sebe a svůj volný čas.

Myslím, že udržování hranic se dá použít i pro lidi, mít svůj vlastní osobní prostor.

Četba knih působí blahodárně na mozek a člověk má tak možnost si velmi dobře odpočinout. Čtení v člověku podporuje jeho fantazii, je to tvůrčí činnost.

Já bych ještě uvedla položku **vzdělávání**, chápu to jako součást duševní hygieny.

Protože moje téma práce se týká pouze ošetrovatelského personálu, bude i kapitola o managementu zaměřena převážně na vedení týmu zdravotních sester a ošetrovatelů.

Následující kapitola je tematicky stěžejní- zabývá se tím, jaká by měla být péče o zaměstnance - způsob vedení, spolupráci v týmu, motivace sester a jejich odměňování, řešení konfliktů na oddělení, péči o duševní hygienu sester a o jejich vzdělávání.

4.7. Pojetí zdravotnického managementu

Prevence syndromu vyhoření na pracovišti by měla být velmi důležitou součástí **zdravotního managementu**- vedení, řízení organizace. Motivací k péči o zaměstnance by měla být **kvalita práce**, která je nejvíce vidět na spokojenosti pacientů. Pacienti velmi rychle vycítí přístup personálu, poznají, když někdo práci předstírá, když je vyčerpaný, citově okoralý. S tím souvisí potřeba **stabilního počtu zaměstnanců**. Neustálý nábor nových sester bez potřebných zkušeností může začít pozvolna ohrožovat kvalitu péče o pacienty a tím i fungování celé organizace.⁸⁶

V hospici je velmi podobná hierarchie funkcí jako v ostatních lůžkových zdravotnických zařízeních.⁸⁷ Nějaké odlišnosti jsou dány menším kolektivem lidí, proto zde chybí např. funkce **hlavní sestry**, jak tomu bývá v nemocnicích. Její funkci přebírá **vrchní sestra** a její nejbližší podřízená je **staniční sestra**, která koordinuje přímý provoz na oddělení.

Obě tyto funkce mají **manažerský charakter práce**. V některé zahraniční literatuře je tento typ sestry nazýván **sestra-manažerka**. K tomuto pojetí směřuje v současné době bakalářský a magisterský vzdělávací program, který je součástí vzdělávání na lékařských fakultách.

Pod staniční sestru spadají **řadové zdravotní sestry** a další **ošetřovatelský personál**- sanitáři, zdravotničtí asistenti, ošetřovatelé. Na některých odděleních bývá zvykem, že nižší ošetřovatelský personál spadá pod kompetence řadové zdravotní sestry.

Vrchní sestra je nejbližší spolupracovnící primáře, lékařů, spolupracuje s ředitelstvím zařízení.

⁸⁶ viz. Bartošiková, str 51, 2006

⁸⁷ mé vlastní poznatky

Jak již bylo uvedeno výše, hospicová péče je poskytována **interdisciplinárním týmem lidí**, který by měl po všech stránkách spolupracovat na kvalitě poskytované péče.

V tomto případě je nezbytně nutná **podpora a rozvoj** této spolupráce, jedině tak může být dosaženo úspěchu. Dobrá organizační kultura práce je výsledkem **správného manažerského vedení**.

K problematice managementu jsem si vybrala jako základní literaturu ***Kreativní ošetrovatelský management*** autorů Petra a Magdy Škrlových. Tato kniha je unikátní velkým množstvím informací z oblasti řízení a vedení, které autoři získali díky mnohaletým zkušenostem práce v zahraničí a tyto poznatky se snaží aplikovat na české zdravotnictví.

4.7.1. Styly vedení

Autokratický styl- vyznačuje se přebráním veškeré kontroly za vedení, vedoucí sám formuluje úkoly bez konzultace se skupinou, nediskutuje o nich, neinformuje podřízené o cílech. K zajištění realizace používá převážně tresty, ignoruje osobní přání a potřeby pracovníků.

Demokratický styl- konzultace se spolupracovníky, společné formulování úkolů, informování o cílech, rozdělení pravomocí a odpovědnosti ve shodě s kvalifikací a zkušenostmi. Je zde zřejmý zájem o pracovníky, vedoucí se zajímá o jejich pracovní, ale i osobní problémy. Umožňuje pracovníkům využít jejich schopnosti a kvalifikaci.

Nezúčastněný styl –vedoucí se vyhýbá rozhodování, nezasahuje příliš do činnosti podřízených, neprovádí důslednou kontrolu. Nechává pracovníky, aby se řídili sami.

Z uvedených stylů je jednoznačně preferován styl **demokratický**, protože jeho podstatou je **kvalita práce**, ale i **spokojenost zaměstnanců**. Možnou nevýhodou může být jeho náročnost na kvalitu manažera, který musí rozdělovat svoji pozornost současně a vyrovnaně na obě oblasti.

4.7.2. Praktická doporučení pro vedení členů ošetrovatelského týmu⁸⁸

Vedení týmu mladých nových sester se zdá být podstatně jednodušší, než vedení sester zkušenějších s léty praxe. Nové sestry bývají povětšinou nadšené pracovat a usilují o to stát se akceptovanými členkami týmu. Naopak starší sestry mají již svůj náhled na práci, který je dán délkou působení ve zdravotnictví na konkrétním oddělení.

Zde je velmi důležitý úkol sestry- manažerky vést oba typy sester, aby bylo dosaženo jednotného pohledu na poskytování kvality péče.

Pravidla demokratického vedení⁸⁹ :

- *Umožněte sestřám podílet se na procesu rozhodování v souladu s jejich znalostmi a zkušenostmi*
- *Komunikujte s podřízenými otevřeně a čestně o plánech a projektech na oddělení*
- *Umožněte sestřám, aby ve spolupráci s vámi formulovaly cíle, kterých chtějí dosáhnout*
- *Naplánujte si pravidelné schůzky vašeho kolektivu*
- *Bud'te rozhodná, nikoli však nekompromisní*

⁸⁸ podle P. a M. Škrlových, str. 267-268

⁸⁹ podle P. a M. Škrlových, str. 268

- *Oceňujte veřejně každou správnou myšlenku a ochotu podílet se na rozhodování*
- *Odměňujte pozitivní chování*
- *Zdržte se zbytečných demonstrací moci*

Strategie přístupu k podřízeným⁹⁰

- *Manažerka by měla jít všem ostatním příkladem a nevyžadovat něco, co sama nechce dělat*
- *Být optimistická, soustředit se na pozitivní stránku věci*
- *Nevybíjet si svůj hněv nebo frustraci na podřízených*
- *Komunikovat pravidelně se sestrami, soustředěné a empatické naslouchání*
- *Chválit, ale nebát se i kritiky*
- *Pečlivé vážení kritiky- nekritizovat na veřejnosti, zdůrazňovat i pozitivní aspekty*
- *Používat slovo „děkuji“, nešetřit veřejnou chválou*
- *Bezprostřední odměňování výkonu*
- *Zajistit kontinuitu procesu oceňování kvalitního plnění úkolu*
- *Pamatovat na to, že každý člověk má občas špatný den*

Manažerka by měla mít vyrovnaný postoj ke všem zaměstnancům. Pravidelné oceňování výkonu sester podporuje jejich zdravé sebevědomí a jejich loajalitu k sestře manažerce a k zařízení.

Strategie předcházení a řešení problémů⁹¹

- *sledovat změny v chování sester*

⁹⁰ tamtéž, str.269

⁹¹ viz. P. a M. Škrlovi, str. 270

- *všímat si zvýšené nemocnosti nebo zvýšené potřeby pracovat přesčas*
- *všímat si případů selhání pozornosti, mimořádných událostí a příznaků nadměrné únavy*
- *sledovat symptomy užívání alkoholu či jiných návykových látek*
- *naslouchat kritickým poznámkám a stížnostem pracovníků „utroušeným“ mnohdy mimoděk*
- *zacházet efektivně s vyhořením*
- *doporučit či nařídit pracovníků vyhledání pomoci odborníků, je-li to nezbytné*

4.7.3. Podpora a rozvoj týmové spolupráce

Základem týmové spolupráce je, aby každý věděl, jaké jsou **cíle organizace** a jakou **roli on sám plní v týmu**.

Práce v týmu poskytuje pracovníkům **sociální oporu**- bylo již zmíněno, že tento typ opory se jeví jako jeden z nejdůležitějších faktorů při prevenci syndromu vyhoření.

Jedním ze základních předpokladů zdravé organizační kultury a dobré týmové spolupráce je **manažerská filozofie**⁹²:

- *v moderním ošetrovatelství je sestra důležitější než vybavení oddělení nebo špičková technika*
- *management vnímá ošetrovatelský personál jako investici, kterou je nutno budovat a zhodnocovat*
- *manažerky jsou přesvědčeny o tom, že sestry jsou tou nejlepší investicí/aktivem oddělení a proto se zajímají o jejich skutečné potřeby, problémy, ambice i starosti*

⁹² viz. Bartošíková, str. 57, 2006

- *manažerky ví, jak podpořit sestry a jak rozvíjet jejich potenciál a tím napomáhat k dobré pracovní atmosféře*

Do péče o zaměstnance patří⁹³ :

Zabezpečit možnost regenerace- racionální rozpisy služeb, podpora rodiny v rozpisech služeb, poukázky na sportovní aktivity, rehabilitaci, plavání, na kulturní akce. (v zahraničí je tento způsob ověřen, prokazatelně snižuje náklady na nemocenské dávky a fluktuaci pracovníků)

Péče o bezpečnost sester- bezpečnější typy jehel a výuka univerzálních principů ochrany

Péče o psychické zdraví sester- spolupráce s psychology nebo jinými odborníky na přípravě programů k osvojení dovedností nutných pro předcházení stresu (program pro osobní rozvoj, nácvik relaxace apod.)

Podporovat růst pracovníků- vzdělávání, ale i zvýšení autonomie pracovníka, který je pak více angažovaný a tvořivý, umožnit stáže v zahraničí, studijní pobyty, střídání pracovní činnosti v rámci jednoho týmu

Mapování zátěže- rozpoznávat zdroje a míru stresu, podpora výzkumu v oblasti zátěže práce zdravotníků

Zvýšení participace pracovníků na rozhodování- brát v potaz návrhy a požadavky sester, přizvat sestry k rozhodování o modernizaci, nákupu ošetřovatelských pomůcek atd.

Podle výzkumu mezi zdravotními sestrami⁹⁴, který byl věnovaný souvislostem *syndromu vyhoření a kvality sociální opory a sociálních kontaktů na pracovišti*, se jasně ukázalo, že nejvíce problematická je oblast vztahů mezi sestrami a jejich nadřízenými. Sestry uvedly, že nadřízení se málo zajímají o

⁹³ viz. Bartošíková, str.58-59, 2006

⁹⁴ viz. Kocmanová, str. 20-22, 2005

jejich psychický stav, málo je chváli, naopak hodně kritizují, na oddělení dochází k častým nedorozuměním, sestřám chybí informace o provozu pracoviště, vedení nezajímají oprávněné požadavky sester. Tyto problémy pak narušují i vztahy mezi personálem.

Nevím, do jaké míry lze toto zobecnit, ale skepticky se domnívám, že to není rozhodně ojedinělý stav ve zdravotnických zařízeních. (viz. praktická část- výzkum)

4.7.4. Motivace sester

Motivace sester a ostatního ošetrovatelského personálu stojí na setře - manažerce, o které se předpokládá, že je sama motivována dostatečně ke své práci. Být v takovém postavení vyžaduje nejen plné nasazení na motivaci druhých, ale také péči o sebe. (o této péči bylo pojednáno v předchozích kapitolách)

Co je motivace:

Motivace bývá definována jako schopnost ovlivnit chování jednotlivce nebo skupiny.⁹⁵

Prvotní motivace zaměstnance k práci vyplývá již z jeho pracovní smlouvy, z toho, co je definováno v popisu a náplni práce. Motivace, kterou provádí nadřízený pracovník slouží k udržování organizační kultury, k dobré atmosféře v týmu apod.

⁹⁵ viz. P. a M. Škrlovi, str. 278,2003

Sestra manažerka by proto měla vědět, co sestry motivuje a přímo se zeptat: „*Co děláš ráda, s čím jsi spokojená atd.*“⁹⁶

Motivací pracovníků nebývají jen **peníze**, ale také **uznání, pozitivní vztahy v kolektivu, společné aktivity týmu**- neformální setkávání, výlety, sportovní akce apod. Studiemi bylo dokázáno, že zaměstnanci, kteří se aktivně účastní neformálních akcí mimo pracovní dobu, lze motivovat mnohem snadněji než ostatní.

Herzbergova motivační teorie

Tato teorie má dvě skupiny faktorů: **základní a motivační**. Vychází z toho, že je nezbytné naplnit základní faktory, aby se mohlo přejít ke skupině vyšších motivačních faktorů.

Základní faktory⁹⁷:

- *Plat a ostatní výhody*
- *Pracovní podmínky- počet hodin, směny, vybavení, prostředí*
- *Politika zdravotnického zařízení- pravidla a směrnice, formální a neformální*
- *Postavení- autorita, vztahy, přijetí*
- *Jistota zaměstnání*
- *Dohled a autonomie- rozsah kontroly v oblasti vlastní práce*
- *Organizační kultura- interpersonální vztahy a atmosféra na oddělení*

⁹⁶viz. P. a M. Škrlovi str.279,2003

⁹⁷ Herzberg In P. a M. Škrlovi, str. 279,2003

- *Kvalita soukromého života- čas na rodinu, přátele, koníčky- stupeň omezení soukromí zaměstnáním*

Motivační faktory⁹⁸:

- *Úspěch- jeden z nejsilnějších motivátorů a přirozená touha člověka*
- *Uznání- uznání úspěchu vrcholovým managementem a týmem spolupracovníků*
- *Pracovní náplň- která je pro zaměstnance přitažlivá a zajímavá*
- *Odpovědnost- příležitost mít moc a kontrolu, rozhodování a riskování- tyto vlastnosti zvyšují sebevědomí*
- *Postup v profesionální kariéře- opět silný motivátor*

4.7.5. Komunikace a strategie pro zlepšení

„Komunikace je jednou ze základních podmínek k rozvíjení zdravých profesionálních vztahů“.⁹⁹

Základní předpoklady správné komunikace¹⁰⁰:

Efektivní verbální komunikace- sestra by měla mít přehled a znalost o předmětech týkajících se oddělení (používání správné terminologie, objektivní vyjadřování)

Efektivní naslouchání- vnímat neverbální signály, snažit se o porozumění

Zpětná vazba- kladení otázek, parafrázování, zájem o informace

V týmové komunikaci je kladen důraz nejen na rozhovor mezi sestrami, ale i mezi sestrami a lékaři. V této oblasti mohou vyvstat problémy, které pocházejí z historické podřízenosti sester lékařům, dále se to může týkat

⁹⁸ Herzberg, tamtéž, str.280

⁹⁹ viz. P. a M. Škrlovi, str. 292,2003

¹⁰⁰ tamtéž, str. 293

genderové rozdílnosti, nedostatku respektu lékařů k ošetřovatelství a konfliktu zájmu medicíny a ošetřovatelství.

Řešením může být vedení k vzájemnému respektu a pochopení rolí v týmu.

4.7.6. Konflikty a možnosti jejich řešení

Konflikty v týmu mohou pocházet z různých příčin, jednou z nich mohou být *problémoví zaměstnanci*.¹⁰¹ Tito pracovníci kazí náladu týmu, mohou rozšiřovat pomluvy o ostatních a pacientech, mohou vyvolávat zbytečné konflikty a ohrozit svým chováním kvalitu práce.

Důležité je hledat důvod chování problémové osoby- může to být přechodný stav způsobený osobními či zdravotními problémy nebo se jedná o sobu, kterou nelze změnit, její chování je trvalého charakteru.

S první skupinou problémových pracovníků je možno pracovat na zlepšení stavu pomocí empatie, pochopení, porozumění proč se tak děje. Někdy za tím stojí nespokojenost pracovníků, nezvládání pracovních nároků, frustrace z neúspěchu, chronický stres, problémy v rodině apod.

Sestra manažerka by měla situaci řešit s ohledem na celé oddělení, být oporou pro ostatní, kteří nevycházejí s problémovou osobou. Součástí tohoto řešení by měla být **upřímně míněná konfrontace**¹⁰²- setkání s problémovým zaměstnancem v soukromí, nekonfliktní komunikace, věcné požadavky na změnu chování, vyvarovat se ironie a sarkasmu, nabídnutí pomoci, mít konfrontaci pod kontrolou.

4.7.7. Supervize ve zdravotnictví

Definice:

Kvalifikovaný dohled nad průběhem programu nebo projektu zaměřený na kvalitu činnosti pracovníků (profesionálů či dobrovolníků).

¹⁰¹ tamtéž, str.301

¹⁰² viz. P.a M. Škrlovi, str.302, 2003

*Funkce supervize : řídicí, podpůrná, vzdělávací, pomoc při řízení konfliktů.*¹⁰³

Cílem supervize je zlepšení pracovní situace, pracovní atmosféry, organizace práce a kompetencí odpovídající specifickým úkolům.¹⁰⁴

Co by měla supervize supervidovaným přinášet? Myslím, že je to důležitý typ **podpory**, který může pomoci jednotlivcům, ale i skupinám zvládat obtíže, které se vyskytují v práci, v přímém kontaktu s klienty (vnímání bolesti, zoufalství klienta). Tyto obtíže nemusí být zapříčiněny jen samotnou prací, ale také problémy jiného rázu- rodinné potíže, problém s otevřenou komunikací, traumatizují zážitky.

Tedy supervize působí na celou osobnost člověka, může mu napomoci se orientovat ve svých pocitech, úzkostech a hledat jejich příčiny, získat nadhled nad situací. Další podstatnou funkcí supervize je **rozvoj pracovníků a jejich vzdělávání**. Nyní však blíže k podpůrné funkci.

Je důležité věnovat pozornost emocím pracovníka, v opačném případě se pracovník bude příliš identifikovat s klienty a jejich problémy nebo se bude snažit klientům vyhýbat. Obojí vede ke stresu a časem i k vyhoření. Tak jako se po těžké práci musí člověk umýt, tak i pracovník pracující s lidmi potřebuje očistu duševního rázu.

Je dokázáno, že myšlení a řeč k sobě patří, různé teorie dokazují, že myšlení je závislé na řeči a opačně. Pokud při supervizi pracovníci o něčem mluví, zároveň o svých slovech přemýšlí, uvědomují si je, mohou své myšlenky reflektovat a usilovat o pozitivní změnu.

b.

¹⁰³ podle Matouška, str.231, 2003

¹⁰⁴ podle Bartošíkové, str.61,2006

c. Podmínky úspěšné supervize v organizaci

Sama organizace by měla být *otevřena ke změnám, hledání nových řešení*, pracovníci musí být obeznámeni, co mohou od supervize očekávat a být ochotni dělat věci jinak. Zároveň by zde měla být *důvěra* k supervizorovi.¹⁰⁵

Pokud se chce organizace nadále vyvíjet, podporovat rozvoj jedinců, kteří v ní pracují, má zájem o udržení kvality poskytovaných služeb, pak je supervize jedním z možných řešení, jak toho dosáhnout.

Supervize se může zabývat: *etikou a hodnotami, legislativou, rolmi pracovníků a jejich potřebami, otázkami hranic a kompetencí, diskusí o případech, pracovním klimatem, zvládáním konfliktů, podporou a spoluprací v týmu, zvládáním stresu, prevencí syndromu vyhoření, perspektivou organizace a rozvojem.*

Pro pracovníky se může supervize stát centrální formou podpory.¹⁰⁶

Dobrá supervize pomáhá pracovníkům:

- *Lépe využívat vlastní zdroje*
- *Reagovat na různé výzvy (pozitivní i negativní)*
- *Vyrovnat a rozvrhnout si pracovní zátěž*

d. Co je podstatou dobré a užitečné supervize

Převzetí odpovědnosti při uzavírání smlouvy o supervizi- jasná představa toho, čeho se supervize bude týkat, jakých cílů se má dosáhnout, jaké metody budou při supervizi použity, jaká jsou očekávání u obou stran, jaké mohou být třeba obavy. Neméně podstatné je stanovení četnosti setkávání, místo, ale i cena za supervizi a způsob placení.

¹⁰⁵ viz. Kolářková, In Matoušek, str.363, 2003

¹⁰⁶ viz. Kolářková, In Matoušek, str. 364, 2003

Aktivita a sebereflexe pomáhají zkoumat, zda je současná podpora dostatečná, co se může zlepšit, v čem může supervize konkrétně pomoci, nakolik je člověk otevřený vůči sdílení problémů a zážitků a tedy i vůči supervizi. Pro někoho je jednodušší přenechat řešení na druhých lidech, třeba i na supervizorovi, snaha o zbavení zodpovědnosti může být také podnětem k přemýšlení. Proč třeba supervize nepomáhá tolik, jak by si člověk představoval atd.

*e. Překážky k zavedení supervize do organizace*¹⁰⁷

Předchozí zkušenosti se supervizí- mohou být dobré tak špatné (např. v případě Hospice Štrasburk se jedná o jednu negativní zkušenost, která zabránila, aby se zde supervize zavedla)

Osobní zábrany a obranné mechanismy- zábrany, které člověk cítí, pocit, že je „pod lupou“, strach z kritiky, úzkost, nepříjemné pocity před skupinou, popření toho, že je nějaký problém.

Potíže s autoritou- snaha dokazovat, že svojí práci člověk výborně ovládá, potíže s přenosem.¹⁰⁸

Konflikt rolí- nadměrná očekávání supervidovaných, že supervizor jejich problémy vyřeší, nejistota, zda může pracovník supervizorovi důvěřovat a přiznat i své nedostatky.¹⁰⁹

Praktické překážky- mohou být finanční, dostupnost supervize.(to se, myslím, spíš týká individuálních supervizí pracovníků, kteří pracují mimo organizace.)

V případě organizace, která nemá příliš o supervizi zájem, může být finanční náročnost dostatečným důvodem, proč zde supervize není. Někdy je

¹⁰⁷ definované podle Hawkinse a Shoheta, str. 35-38, 2004

¹⁰⁸ tamtéž, str.36,2004

¹⁰⁹ viz. Hawkins a Shohet, str.37, 2004

ovšem otázka financí opravdu palčivá a je reálnou překážkou. (Jak uvedl ředitel hospice ve Valašském Meziříčí Jan Běťák : „*Vzhledem k permanentně deficitnímu rozpočtu v uplynulých obdobích, kdy prvořadým úkolem bylo finančně zajistit standardní ošetrovatelskou péči, jsme si nemohli dovolit zaměstnat vlastního psychologa či externího supervizora.*“

Potíže s přijímáním podpory- pro některé pracovníky je nepřijatelné, aby sami přijímali nějakou pomoc, protože byli vychováni k tomu, aby své potřeby popírali. Projevení potřeb může být pro někoho projevem *slabosti*. Tento postoj je výrazně ovlivňován kulturou práce.

(Právě oblast zdravotnictví je praktickou ukázkou toho, že se nikdo příliš nezajímá o potřeby lékařů a ostatního zdravotnického personálu. Nadřízení pouze kontrolovali kvalitu odvedené práce a výkonu, ale už si nevšimli pocitů, problémů, které pracovník v práci má. Po čase si na tento způsob zdravotníci zvykli a je pro ně dnes možná méně obvyklé, že by tomu mělo být jinak. Měla jsem možnost se setkat s vrchní sestrou z jedné terénní ošetrovatelské služby, která má velký zájem o supervizi, ale neustále bojuje s tím, že starší sestry jí odmítají, dokud jim účast na supervizi nenařídí jako jejich vedoucí. Zdůvodňují to tak, že si mezi sebou mohou také povídat a nikoho dalšího k tomu nepotřebují.)

Překážky v organizaci- organizace může vytvářet takové podmínky kultury práce, že pracovníci mohou být odrazeni od toho, aby tento typ podpory žádali. Lpění na tradičních představách, hodnotách, zásadách a přesvědčeních bývá překážkou ke změnám. Uvažovat lze i o nejistotě, jak to změnit, zavést něco nového, přesvědčit pracovníky. (zvláště ty starší) Nadřízený, vedení má kompetence to změnit a často má i moc to formálně vyžadovat.

Ráda bych teď uvedla přehled strategií, jak zavést praxi supervize do organizace¹¹⁰:

- *Provést oceňující zjišťování toho, k jaké supervizi již dochází*
- *Probudit zájem o rozvoj strategie a praxe supervize*
- *Zahájit experimenty*
- *Zvládnout odpor vůči změně*
- *Rozvinout strategii supervize*
- *Rozvinout procesy trvalého učení a rozvoje supervizorů a supervidovaných*
- *Zavést proces permanentní kontroly a revizí*

Z důvodu rozsahu se nebudu o těchto strategiích více rozepisovat.

Souhlasím s přístupy, které ukazují **důsledek** neexistence supervize, to jsem sama také zažila: **zastaralé a nevyhovující přístupy, zhoršená pracovní morálka pracovníků, úbytek pracovníků a jejich negativní postoje k organizaci.**

Nyní blíže k supervizi ve zdravotnictví

Pojem supervize je v sociální oblasti celkem rozšířený a supervize je i využívána, v oblasti zdravotní se obecně jedná o minimální využívání tohoto druhu podpory.¹¹¹

Typ „vnitřní“ supervize, který se občas vyskytuje, provádí lékař, či primář oddělení a tento způsob se klasické supervizi snaží přiblížit. Někde se může

¹¹⁰ tamtéž, str.179, 2004

¹¹¹ viz. Bartošíková, str.60, 2006

jednat o tzv. *balintovské skupiny*, které bývají zaměřeny na vztah zdravotníka a pacienta.¹¹²

Z tohoto důvodu zatím schází literatura, která by se této formě podpory ve zdravotnictví konkrétně věnovala.

V hospicích by měla být supervize pro zdravotníky samozřejmostí, jak je to ovšem ve skutečnosti je věc jiná. Vím o tom, že supervize probíhá v Hospici v Prachaticích, Hospici Anežky České a v Hospici v Litoměřicích. V Hospici Štrasburk supervize neprobíhají kvůli *nezájmu personálu*.

Proč tomu tak je, bylo celkem podrobně rozebráno výše, co je však asi faktem, je nedostatek financí ve zdravotnictví a to se může pak nepříznivě projevit právě na nemožnosti dovolit si externí odbornou spolupráci a poskytovat tak personálu kvalitnější péči.

¹¹² tamtéž, str.60, 2006

4.8. Shrnutí teoretické části

Poznatky, které jsem v teoretické části zmínila jsou obecně platné pro zdravotně-sociální zařízení. Chtěla jsem najít literaturu, která by se přímo zabývala syndromem vyhoření a jeho prevencí u zdravotníků v hospicích, ale taková asi zatím není. Vycházela jsem proto ze všech možných dostupných zdrojů a zkušeností lidí, kteří jsou v hospicové péči přímo zapojeni.

Na závěr dodávám názory některých odborníků, jak zabránit syndromu vyhoření¹¹³.

MUDr. Marie Svatošová: *„Podmínkou je dobré tělesné i duševní zdraví, výhodou smysl pro humor. Personál nesmí být přetěžován například přesčasy a potřebuje být řádně oceněn, nejen finančně, ale i slovně.“*

Miloslav Běťák, ředitel Hospice ve Valašském Meziříčí: *„Velmi důležitý je dobrý vztah k pacientovi a umění ovládat své emoce“*

Vrchní sestra Eva Ludačková Hospice v Prachaticích: *„Osobnostní zralost, vyrovnanost s vlastní smrtelností, schopnost nedirektivního přístupu, empatie a pozitivního myšlení, umění komunikace a v neposlední řadě zázemí zdravotníka - mít kde si odpočinout a načerpat síly. Supervize probíhají cca jednou měsíčně a jsou pro prevenci vyhoření velmi přínosné.“*

¹¹³ <http://www.umirani.cz/index.php?cmd=page&id=8&item=364>

5. Kapitola: Praktická část

5.1. Úvod k Hospici Štrasburk v Praze

Hospic Štrasburk sídlí na Praze 8 v Bohnicích v budově, která byla postavena asi v 17. stol, kdy sloužila jako zájezdní hostinec.(vedla zde kupecká stezka) Ve 20.stol. byl objekt zestátněn a byla v něm ubytovna pro pracovníky Psychiatrické léčebny Bohnice.

V roce 1997 si Občanské sdružení Hospic Štrasburk tento objekt pronajalo od hl. Města Prahy za symbolickou 1Kč. Aby tato budova vyhovovala veškerým požadavkům, byla v letech 1997/1998 přestavěna a vznikla zde přístavba pro druhé oddělení(budova A a B).Kapacita obou budov je 26 lůžek. Pokoje jsou vybaveny příslušenstvím a přistýlkou pro rodinného příslušníka či přítele pacienta. Na každém oddělení je sesterna a kuchyňka, kde mohou mít pacienti vlastní potraviny. Celá budova působí příjemně, rozhodně ne nemocničně. Místnosti jsou prostorné a světlé. Velmi hezky je na chodbě řešeno atrium, které je prosklené. Zde mohou pacienti a jejich rodinní příslušníci sedět, občas se zde konají kulturní akce. Dole v přízemí se nachází kaple, která sice není velká, ale kapacitě hospice zcela postačuje. Kolem budovy se nachází prostorná zahrada, která sousedí s pozemkem Léčebny.

Členy občanského sdružení jsou jak fyzické, tak právnické osoby. Mezi nejvýznamnější právnické osoby patří Psychiatrická léčebna Bohnice a Vojenský a špitální řád Rytířů sv. Lazara Jeruzalémského, který převzal na hospicem záštitu a je také garantem duchovní a spirituální péče v hospici.

Od roku 2001 je také poskytována domácí hospicová péče, kterou zajišťuje zdravotní sestra, která je zaměstnankyně hospice.

Nyní k personálnímu zajištění. Mezi řídicí pracovníky patří ředitel, Ing. Josef Heller, primář MUDr. Roman Procházka a vrchní sestra Milada Šubrtová. Z ošetřovatelského personálu je to 10 zdravotních sester, 12 ošetřovatelek.Na půl úvazek je zde zastupující lékař. Externím

spolupracovníkem je psycholog, duchovní. Sociální pracovníce zde není sociální záležitosti pacientů řeší vrchní sestra a pan ředitel.

Ošetřovatelský personál zde pracuje ve dvousměnném provozu: denní 7-19h, noční 19-7h. Na denní směnu je na každém oddělení 1 zdravotní sestra a 2 ošetřovatelé. Každý všední den do 16h je zde přítomná staniční sestra, která dohlíží na obě oddělení. Na noční směnu je jedna sestra a jeden/jedna ošetřovatel/ka. Ošetřovatelé pracují pod přímých dohledem zdravotních sester, tedy nepracují samostatně, jejich práce je řízena.

Velmi často se zde střídají stážisté ze škol zdravotního a sociálního zaměření. Nejvíce spolupracuje hospic se sociálně zdravotní fakultou z Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, v poslední době chodí na praxe studentky ošetřovatelství LF UK.

5.2. Blokovaná praxe v hospici v roce 2006

K blokované praxi ve třetím ročníku jsem si vybrala Hospic Štrasburk, protože mě baví ošetřovatelská práce. Již na jedné praxi podobného typu jsem zjistila, že se tak dostanu blíž k lidem, kterým můžu být užitečná a že poznám něco nového. Zajímá mě spojení zdravotně -sociální oblasti, domnívám se, že je to neoddelitelná složka člověka. Jedna ovlivňuje druhou, je to životní příběh. A tyto životní příběhy bylo, to, co mě lákalo nejvíc, vidět blíž osobnost člověka. Druhý důvod možná byl, že oba moji rodiče ve zdravotnictví pracují, odmala jsem s tím vyrůstala.

Na obou praxích jsem se setkala se staršími lidmi, kteří měli bohaté životní zkušenosti a rádi je předávali někomu dalšímu, pokud o to měl zájem, chvíli se zastavil a poslouchal. A to jsem se snažila dělat.

Zároveň jsem si uvědomovala, že je to celkem dost náročná práce fyzicky i psychicky. Bývala jsem dost unavená po celém dni a to jsem odcházela dříve než běžný personál. Nad jednotlivými lidmi jsem ještě přemýšlela na cestě domů. Byla jsem tím docela pohlcená, nad některými lidmi mi bylo smutno.

Vzpomínám zvláště na jednu paní, které jsem chodila zpívat, ona zpívala se mnou, byly to vzácné chvíle. Myslím, že po stránce citové jsem se angažovala dost, možná až příliš. Ostatní personál se choval trochu odlišně, protože na tento způsob práce byli zvyklí a věděli, že se musí šetřit, odpočívat, neřešit jen pacienty.

Jedna věc, které si mohl všimnout kdokoliv, byly všudypřítomné cigarety. Kouřili snad všichni a všude. Od pana ředitele po ošetřovatelky a kouření bylo dovoleno i pacientům. Bylo to bráno jako samozřejmá věc v době přestávek, oběda, jako uvolnění v době odpočinku a pohody. Těch cigaret se vykouřilo hodně. Přišlo mi to až paradoxní na tomto místě, kde byli lidé s onkologickým onemocněním. Nebo možná právě proto, aby to ustáli. To nevím. Kouření jako takové je celkem ve zdravotnictví běžné.

Co jsem dále zpozorovala, bylo velmi slušné chování k pacientům- ať už v oslovování (používání titulů, vykání), zaklepání na dveře, než vstoupili. Tento způsob chování považuji za standard a za nezbytné. (i když asi ne všude se tak děje)

Během praxe jsem byla více soustředěná na pacienty, nepozorovala jsem tolik personál, spíš jen, abych věděla, co dělat. Při zběžném pohledu jsem měla pocit, že mezi personálem vládne přátelská atmosféra, o přestávkách si povídali, nevšimla jsem si žádného konfliktu, problému. V době praxe jsem ještě nevěděla, o čem budu později psát absolventskou práci.

Závěr z této praxe byl, že bylo velmi přínosné být i na místě, kde lidé umírají, zkusit si práci s nemocnými, přemýšlet sama o sobě. Asi bych neřekla, že mi to moc pomohlo vyrovnat se s vlastní smrtelností, spíš mě napadlo, že bych chtěla raději umřít doma, přesto, že péče zde je velmi dobrá.

5.3. Úvod k Hospici Anežky České v Červeném Kostelci

Zřizovatelem hospice je Diecézní charita Hradec Králové, která je zároveň provozovatelem Charitní pečovatelské a ošetřovatelské služby, centra volného

času- Háčka a Domova sv. Josefa v Žirči. Na výstavbě hospice se dále podílelo město Červený Kostelec, na jehož pozemku je hospic postaven, dále stavbu podpořilo ministerstvo zdravotnictví. Hospic Anežky České je vůbec prvním hospicem u nás, byl otevřen v lednu roku 1996.

Budova je postavena do písmene L, skládá se ze suterénu, přízemí a prvního patra. Suterén je zázemí pro kuchyň, prádelnu, sklady a je zde místnost posledního rozloučení. Z boku budovy je v suterénu vchod do prodejny s levnými oděvy, zisk z prodeje je věnován k podpoře činnosti hospice. Součástí hospice je také Poradenské centrum s půjčovnou pomůcek pro ošetřování pacientů v domácím prostředí. Mobilní hospicová domácí péče zde není zřízena, ale do budoucna se o ní uvažuje, péči zatím zajišťuje Ošetřovatelská služba Charity.

Přízemí a patro slouží jako samostatné ošetřovatelské jednotky. Každá má zvlášť svoji sesternu a malou kuchyňku. V přízemí je dále recepce, kavárna s knihovnou a prodejnou knih, zimní zahrada a kancelář staniční sestry a sociální pracovnice. V patře se nachází jídelna, hospicová kaple, také zimní zahrada a kancelář edukačního pracovníka. Všechna podlaží jsou dostupná výtahem. Z přízemí je možno vjet přímo ven na terasu. Celá budova působí příjemně, moderně zařízená, plná květin a hezkých zákoutí, kde má rodina s pacientem soukromí.

Kapacita lůžek je pro třicet pacientů. 14 pokojů je jednolůžkových s přistýlkou pro doprovod, 4 dvoulůžkové a 2 čtyřlůžkové pokoje. Pokoje jsou vybaveny velmi podobně jako v Hospici Štrasburk, tedy mají vlastní sociální zařízení, telefon, televizi, stůl a židle. Pacienti se mohou stravovat přímo v na lůžku pomocí dřevěné podložky, která se nasadí na postel (jinde mají např. výsuvné stolky.

Personální zajištění: ředitelem je Ing. Miroslav Wajsar, vrchní sestra je Michaela Růžičková, kterou aktuálně, ale již delší dobu, zastupuje staniční

sestra Petra Nováková, sociální pracovnice Zdeňka Kafková se stará o sociální záležitosti pacientů a jejich rodin, stáže a edukaci zajišťuje Mgr. Lenka Litomiská. O paliativní péči se zde stará primář. MUDr. Jiří Král, dále se zde střídají asi 4 lékaři, ošetrovatelskou péči poskytuje tým 24 zdravotních sester a ošetrovatelů. (jsou zde i tři muži) Pracují zde také ve dvousměnném provozu ve složení zdravotní sestra a dva ošetrovatelé. Tento tým dále doplňují brigádníci, stážisté a dobrovolníci. Duchovní péče je zajištěna katolickým knězem. Ale je možnost zajistit i kněze jiné církve. Bohoslužby se konají ve středu a v sobotu, dále duchovní obchází jednotlivě pacienty, kteří mají zájem.

Velmi dobře zde funguje dobrovolnictví- dobrovolníci mají svojí koordinátorku a podílejí se na chodu hospice- zajišťují službu v recepci, v kavárně, starají se o zeleň a dochází za pacienty. Většinou jsou to místní lidé- mladí, ale je zde i množství lidí v důchodovém věku.

5.4. Krátkodobá stáž v květnu 2007

K dotazníkovému šetření v hospici bylo třeba si zde udělat stáž. Vzhledem k mé předchozí praxi v hospici jsem se domluvila na stáži od čtvrtka do neděle ve 12hodinových směnách. Do Kostelce jsem přijela již večer ve středu, první cesta mířila do hospice, kde jsem si vyzvedla klíče od Háčka- což je budova, kterou využívá Charita a hospic ke vzdělávacím účelům, k trávení volného času dětí a mládeže, ale je zde i možnost ubytování v podkroví. Mohou se zde ubytovat stážisté, doprovody od pacientů a lidé, kteří přijedou na vzdělávací semináře. Ubytování je pro stážisty poskytováno zdarma. Do hospice trvá cesta asi 10 minut. Celou dobu stáže jsem byla přidělena na oddělení v patře. Pomohlo mi, že jsem již praxi v hospici měla a zhruba věděla, co dělat. První ráno jsem měla školení o bezpečnosti práce a prohlídku hospice s paní Litomiskou.

První dva dny tu se mnou byly ještě dvě stážistky ze střední školy. Víceméně jsme pracovaly společně, občas jsem je dostala na starost. Vždy byla

možnost se zeptat sestry nebo ošetřovatelky, co je třeba udělat, hlavně, kde co najdu, metody práce- polohování, hygiena. Velmi dobře zde fungovala vzájemná pomoc sester, které dělaly práci společně- méně hybný nebo těžší pacient. Před začátkem služby jsme se rozdělili na chodby. (jsou zde dvě) Pokud byl personál v pokoji u pacienta, přihlásil se na signalizační zařízení, aby ostatní věděli, že tam zrovna někdo je. Myslím, že se tak předejde zbytečnému hledání a je větší přehled, co kde dělá. Samozřejmě byla i spolupráce ošetřovatelky a sestry např. při převazu či jiné odborné práci u „těžších pacientů“- horší zdravotní stav...Při psaní dokumentace dodávaly ošetřovatelky informace o pacientech a doplňovaly hlášení. Při službě opravdu tvořily tým, nebyly striktně rozděleny role. Takový vzájemný respekt k práci druhého člověka. Když se jednalo o podávání informací rodině, vždy je podávala zdravotní sestra, která k tomu je více kompetentní. Byla zde příjemná atmosféra, ve chvílích volna se povídalo, někteří šli kouřit- ale obecně zde moc kuřáků nebylo, alespoň jsem jich tolik neviděla jako ve Štrasburku, rozhodně se zde nesmělo kouřit jinde než venku- na balkoně, na terase. Byla jsem i mile překvapená, že personál zajímalo mé téma práce. Ptali se, odpovídali velmi ochotně na dotazy. Téma syndromu vyhoření je pro ně zajímavé a potřebné k práci- vědět, jak se tomu bránit, jak nevyhořet. Během stáže jsem nezaznamenala mezi personálem žádný konflikt, spíše zde byly stížnosti na vedení, že má malý zájem o personál, že by mohl být lepší plat, že zde už dlouho neviděli pana ředitele. Aktuální problém je dlouhodobá nemocnost asi 4 zaměstnanců, protože ostatní mají tak více služeb, někteří uvedli, že se cítí více unavení a přesčasy se zde neplatí, takže si pak musí místo toho brát náhradní volno. Tyto informace mám od pracovníků z patra, do přízemí jsem se moc nedostala. Každé oddělení pracuje odděleně, zvlášť také bývají neformální setkání a oslavy. Nemají mezi sebou obecně příliš kamarádské vazby- ne že by se spolu nebavili, ale kolektiv pro ně představují lidé ze stejného oddělení.

I přes intenzivní práci s pacienty, jsem měla dost času na povídání s personálem, více jsem se mohla zaměřit na problematiku organizace práce, kolektivitu a motivace.

5.5. Závěry z výzkumu v Hospici Štrasburk a Hospici Anežky České

Již v úvodu práce jsem se snažila objasnit důvod, proč se zabývám zdravotními sestrami a zvládáním zátěže v jejich náročném povolání. V hospici jsou sestry konfrontovány denně s umíráním a smrtí pacientů, ke kterým si utvořily vztah. Zároveň jsou zde rodiny, pozůstalí, kterým také hospic slibuje podporu a pomoc. Tyto aspekty práce v hospici mi osobně přijdou nejtěžší. Chtěla jsem se tedy dobrat k tomu, jak se zdravotní sestry mohou vyrovnávat z citovými ztrátami. Když jsem přemýšlela, jak to zjistit, vytvořila jsem si dva základní předpoklady: **osobní zvládnutí zátěže**, kdy sama sestra používá určité způsoby strategie, jak se vyrovnat s těžkostmi, se stresem, jak si dobíjet energii, která je tak pro práci potřebná. Některé strategie dle mé hypotézy vycházejí ze samotné osobnosti sestry, z jejích genetických základů, z výchovy v rodině a ty ostatní zahrnují to, co se setra naučila vzděláváním, zkušenostmi atd. Druhý předpoklad je **dobře fungující organizace**, která má zájem o své zaměstnance a není jí jedno, jak se pracovníci cítí, jak jsou spokojeni a zda mají nějaké problémy. Dobrá organizace se také snaží o trvalý profesní růst zaměstnanců, o zabezpečení potřebného zázemí a o udržení motivace k práci.

Z hlediska zkoumání a vyhodnocování mi přišlo jednodušší a objektivnější popsat prevenci syndromu vyhoření z hlediska organizace. Tedy jak organizace zabezpečuje tuto prevenci- vědomě či nevědomě.

I přesto lze považovat můj výzkum za ilustrativní, který nechci nijak zobecňovat a který se pouze snažil zjistit, co dva konkrétní hospice dělají pro své zaměstnance, jak je chrání před stresem a syndromem vyhoření.

Jako metodu jsem použila dotazníky se 14 otázkami (dvoustránkový), třetí stranu tvoří **Inventář projevů syndromu vyhoření**- sebesposuzovací dotazník (podle C. Henniga a G. Kellera¹¹⁴). Tento inventář je spíš orientační, výsledkem nemělo být hodnocení, kdo je vyhořelý. Spíš mi šlo pouze o doplnění předchozího dotazníku a jen ilustrativní ukázkou, kde může být něco v nepořádku.

Během psaní bakalářské práce jsem prvotní dotazník přepracovala, v té době jsem ovšem měla již hotový výzkum v hospici Štrasburk. Pro Anežku jsem již použila dotazník přepracovaný. Některé otázky jsou přeformulované¹¹⁵, chtěla jsem se vyhnout sugestivním otázkám použitým v předchozím dotazníku. Z tohoto důvodu může být výsledné porovnávání obou organizací nepřesné, s nějakými odchylkami. Přesto si myslím, že se tím snad nezměnil význam toho, co jsem chtěla vysledovat a porovnávat.

Další cenné informace, které ilustrují situaci v hospici, jsem získala rozhovory. V hospici Štrasburk to byl rozhovor s vrchní sestrou, paní Šubrtovou, v Anežce jsem se informovala u edukační pracovnice, paní Litomiské, protože vrchní sestra nebyla k zastížení a staniční sestra byla také dost vytížená. Ostatní fakta vychází z rozhovorů se zaměstnanci.

Než přišla moje první návštěva hospice Štrasburk s dotazníky, zavolala jsem předem vrchní sestře, zda s tím souhlasí. Bylo mi řečeno, že personál nemá v lásce jakékoliv dotazování a že je musím sama požádat o vyplnění. Výhodou bylo, že jsem zde byla na praxi a trochu problematiku hospice znám. Často prý různé výzkumy a dotazníky odmítají. Trochu jsem se obávala, jak mě personál přijme, zda tam budou ti samí lidé. Většina z nich byla stejná a někdo si na mě pamatoval. Prvních pár dotazníků jsem si odnesla již vyplněných sebou, pro další jsem si ještě dvakrát přišla. Poprosila jsem staniční sestru, zda může

¹¹⁴ T. a J. Tošnerovi,

¹¹⁵ viz. příloha

ostatní dotazníky rozdat sestřím, které přijdou na službu. Ze 22 dotazníků byla návratnost 13 z nich. Přesto se jedná alespoň o více než polovinu z počtu lidí, kteří zde pracují.

V Anežce jsem si stáž a dotazníkové šetření domluvila přes paní Litomiskou. Dotazníky jsem průběžně rozdávala pracovníkům na směně. Nejprve jsem vysvětlila účel výzkumu, většinou mi vyšli vstříc. Snažila jsem se, aby je to neobtěžovalo nebo jsem volila chvíle, kdy byl klid a tedy i vhodný čas dotazník vyplnit. Ve výsledku mám 17 vyplněných dotazníků.

Otázky v dotazníku jsem volila podle měřítek : *spokojenost v práci, vztahy v kolektivu, motivace a uznání personálu, obtížnost práce a to, co je pro pracovníky v práci důležité.*

Vycházela jsem z poznatků literatury o zdravotním managementu a z odborných článků které popisují současnou situaci ve zdravotnictví.

5.5.1. Výsledky dotazníků a komentáře k jednotlivých otázkám dotazníků

Nejsem příliš zkušený výzkumník a jsem si vědoma toho, že výsledky výzkumu mohou být zkresleny použitím dvou trochu odlišných dotazníků. Až po rozdání dotazníků v prvním zařízení jsem obdržela připomínky od vedoucího práce, že by bylo potřeba některé otázky přeformulovat.(např. sugestivní otázky) Rozhodla jsem se pro zpracování stávajícího dotazníku (nechtěla jsem, aby díky mým chybám museli pracovníci hospice Štrasburk vyplňovat další dotazník, ani si nejsem jistá, zda by byli znovu tak ochotní) a vypracování dotazníku nového pro hospic Anežky České v Červeném Kostelci.

Budu zde uvádět obě formy dotazníku, otázky, které se liší, jsou psány zvlášť. Názvy hospiců budou uvedeny zkráceně: *Štrasburk a Anežka*

Hospic Štrasburk

100%22 lidí (celkový počet stálého ošetrovatelského personálu)

59%.....13 lidí (návratnost dotazníků- počet respondentů)

100%.....13 lidí

38,4%..... zdravotní sestry (5) (číslo v závorce označuje počet osob)

46%..... ošetrovatelky (6)

15,3%.....ošetrovatelé (2)

Hospic Anežky České

100%.....24 lidí (asi celkový počet stálého ošetrovatelského personálu- + další brigádníci, lidé s malými úvazky, neznám jejich přesný počet)

71%..... 17 lidí (návratnost dotazníků- počet respondentů)

100%.....17 lidí

43%.....zdravotní sestry (6) (jedna sestra je aktuálně na mateřské, v hospici pracuje teď asi brigádně)

57%..... ošetrovatelky (8)

18%..... ošetrovatelé (3) (1 pracuje jako brigádník)

č.1. Jak zde dlouho pracujete?

ŠTRASBURK	Méně než 1 rok	Více než 1 rok	3-5let	Více než 5 let
Zdravotní sestry	0	20%(1)	20% (1)	60%(3)
ošetrovatelky	16,6% (1)	0	66,6% (4)	16,6%(1)
ošetrovatelé	0	50%(1)	50%(1)	0

ANEŽKA	Méně než 1rok	1-3 roky	3-5 let	Více než 5 let
Zdravotní sestry	0	33%(2)	0	67%(4)
Ošetrovatelky	12,5% (1)	12,5% (1)	0	75%(6)
Ošetrovatelé	33,3% (1)	33,3% (1)	0	33,3% (1)

Komentář k otázce č.1

Otázka č.1. měla zjistit, jaká je *stabilita týmu*, popř. kolik pracovníků je nových, kolik dlouhodobých.

Vrchní sestra ze Štrasburku uvedla, že tým je celkem stabilní, vždy v počtu 22 osob- tento počet je nutný k chodu oddělení. Nejčastější důvod k odchodu je těhotenství mateřská dovolená. Menší množství lidí odejde z důvodu **psychické zátěže**. Bývají to většinou mladší sestry, které neměly moc zkušeností, chtěly pracovat v hospici a zjistily, že to pro ně není vhodné, že to nezvládají. Většinou to řešily právě odchodem. U personálu se předpokládá, že se začlení do kolektivu, bude komunikovat s kolegy, řešit svoje negativní pocity- vypustit z hlavy, co bylo v práci, odpočívat, nemíchat osobní a profesní život.

Z toho vyplývá, že pracovní stres je dost na člověku samotném, jak to vyřeší. Vrchní sestra připouští, že sestrám chybí příprava na psychickou zátěž, že nejsou dostatečně připravené ze školy, že čekají něco jiného atd.

V Anežce je pracovní tým také celkem stabilní- **11 lidí v dotazníku uvedlo**, že zde pracuje přes 5 let (mluvila jsem i s těmi, co jsou zde od počátku přes 10 let). Odcházejí většinou ženy, které jdou na mateřskou dovolenou a dále lidé v důchodu.

Tým je z důvodu dlouhodobě nemocných zaměstnanců v poslední době posílen o brigádníky- což jsou většinou lidé, kteří zde byli na stáži a osvědčili se (studenti zdravotních škol...), dále vypomáhají lidé v důchodu. Tento stav trvá již několik měsíců a příliš se neřeší. Zvláště pracovníci vnímají negativně nepřítomnost vrchní sestry- ta pracuje z rodinných důvodů z domova, což asi

nestačí a většinu její práce přebrala staniční sestra, která toho má moc a nemůže se pak tolik věnovat práci na oddělení a sestřám.

Sestry, se kterými jsem mluvila, vnímají zvýšenou psychickou zátěž, kterou nejvíce kompenzují smíchem, dobrou náladou, tím, že si popovídají. Souhlasí s tím, že když jdou domů, tak se snaží vypustit to, co bylo v práci, i když ne vždy je to možné.

č. 2. Víte co je syndrom vyhoření, znáte jeho rizika?

ŠTRASBURK: 100% respondentů odpovědělo ANO.

ANEŽKA: 100% respondentů odpovědělo ANO

Komentář k otázce č.2

Otázka č.2. zjišťovala *znalost termínu syndrom vyhoření*, přičemž 100% respondentů obou zařízení uvedlo že ví, o co se jedná, že zná jeho rizika.

Jedna z mých otázek na vrchní sestru ve Štrasburku byla právě na zmiňovaný jev, zda byl některý seminář tomuto jevu přímo věnován. Odpověď byla: nebyl. Což asi svědčí o tom, že se sestry informovaly v literatuře, v článku nebo měly nějaký jiný vzdělávací seminář, kde byla vyhoření věnována pozornost.

V Anežce mají sestry možnost bezplatného vzdělávání a semináře na toto téma se pravidelně objevují mezi tématy.(zjištěno podle vzdělávacího programu na rok 2005 a na rok 2007)

č.3.ŠTRASBURK- Cítíte se dobře ve svém pracovním týmu?

	Ano	Ne
Zdravotní sestry	100%(5)	0
Ošetřovatelky	83% (5)	16,6% (1)
Ošetřovatelé	100% (2)	0

č.3. ANEŽKA- Jak se cítíte ve svém pracovním týmu? (1 zdrav. sestra neodpověděla)

	Velmi dobře	Docela dobře	Ne moc dobře	Špatně
Zdravotní sestry	33% (2)	50% (3)	0	0
Ošetřovatelky	62,5% (5)	37,5% (3)	0	0
Ošetřovatelé	66,6% (2)	33,3% (1)	0	0

Komentář k otázce č.3

Otázka č.3. byla asi jedna z těch sugestivních otázek ANO- NE, kromě jedné odpovědi NE, bylo ANO. Cítit se dobře v pracovním týmu znamená, že dotyčný má v kolektivu lidi, se kterými se mu dobře pracuje, povídá, kde je pro něj příjemná atmosféra. Ve Štrasburku probíhají neformální setkávání personálu- oslavy, zahradní party, besídky. Tyto setkání jsou dobrovolná, přijde ten, kdo nemá službu a chce přijít. Výsledky tedy vypovídají, že většina lidí se v pracovním kolektivu cítí dobře.

Ve druhé verzi dotazníku byla otázka formulována méně sugestivně. I zde vyšlo najevo, že zaměstnanci mají zřejmě dobrý kolektiv, ve kterém je jim dobře.

Taková neformální setkávání mají i v Anežce, kromě oslav a večírků si mohou zaměstnanci jít zahrát volejbal, někteří vyrážejí v létě na společné výlety. Zde se ovšem spíše dávají dohromady lidé pracující na jednom oddělení. Pokud bývají nějaké akce na patře, bývá pozváno i „přízemí“, ale moc jich prý nechodí.

č.4. Máte při své pracovní době čas na rodinu, přátele, koníčky?

ŠTRASBURK	Spíš ano	Občas	Spíš ne	Vůbec ne
Zdravotní sestry	100% (5)	0	0	0
ošetřovatelky	83%(5)	16,6% (1)	0	0
ošetřovatelé	0	50% (1)	50% (1)	0

ANEŽKA	Spíš ano	Občas	Spíš ne	Vůbec ne
Zdravotní sestry	82,5% (5)	16,5%(1)	0	0
Ošetřovatelky	87,5% (7)	12,5% (1)	0	0
Ošetřovatelé	100% (3)	0	0	0

Komentář k otázce č.4

Tato otázka se vztahuje k tomu, zda mají pracovníci dostatek volného času, který mohou trávit s rodinou, přáteli- zda je jim obecně umožněno plánovat si volný čas. V obou organizacích se ukázalo, že je to možné. V Anežce mohou pracovníci říct, jaký den nemohou mít službu. Myslím, že si navzájem asi vycházejí vstříc. I když poslední dobou jsou služby více nerovnoměrné.

ŠTRASBURK – č.5. Máte v práci možnost supervize nebo jiné psychologické pomoci a podpory?

	Ano	Ne	Nevím o této možnosti
Zdravotní sestry	80% (4)	20% (1)	0
Ošetřovatelky	66,6% (4)	33% (2)	0
Ošetřovatelé	100% (2)	0	0

ANEŽKA- č.5. Jaké možnosti psychologické podpory můžete v práci využít?

	Supervize	Konzultace s psychologem	Rozhovor s duchovním	Rozhovor s kolegy a nadřízenými	Jiné
Zdrav. sestry	100% (6)	66,5% (4)	50% (3)	100% (6)	16,6(1)
Ošetřovatelky	87,5% (7)	37,5 % (3)	75% (6)	87,5% (7)	0
Ošetřovatelé	33,3% (1)	0	33,3% (1)	100% (3)	0

(1 zdravotní sestra uvedla jako jiné- modlitbu, knihovnu v hospici, 1 ošetřovatel výrazně podtrhl rozhovor s kolegy)

Komentář k otázce č. 5

Otázka č. 5. se v dotazníku pro Štrasburk ptala, zda pracovníci mají ve své práci nějakou *podporu*- psychologickou pomoc, supervizi, ptala jsem se raději na všechny způsoby, protože má hypotéza byla, že zde nejspíš neprobíhá

klasická supervize, ale že zde bude nějaká jiná forma pomoci, která může plnit podobnou funkci. Nevím tedy z odpovědí, o jakou podporu se přesně jedná. Vrchní sestra mi k tomu řekla, že jsou zde podle potřeby porady, kterých se mohou zúčastnit všichni. Je toho názoru, že věci, které spěchají, se mají se řešit hned- tedy i konflikty, problémy týkající se pacientů. Ale spíš mi připadá, že tyto porady jsou odborného rázu, že se na nich řeší pracovní věci a ne problémy zaměstnanců. Osobní, ale i pracovní problémy se řeší individuálně- buď sestry mezi sebou nebo se pracovník může obrátit na staniční a vrchní sestru. Kolektivní řešení na supervizi pracovníci odmítají- názor vrchní sestry a staniční- prý to jednou zkusili a nemělo to pozitivní výsledek, aby supervize probíhaly pravidelně. Dále je možnost využít služby psychologa, který dochází 3x týdně. Vrchní sestra neuvedla, jak často je tento způsob podpory využíván.

Ve druhém dotazníku pro Anežku jsem tuto otázku upravila a to tak, že již zjišťuji, co konkrétně pracovníci mohou využívat jako formu psychologické podpory nebo-li co využívají- výklad může být různý, to že je zde možnost, nemusí nutně znamenat, že je využita či naopak. Potěšilo mě, že supervizi zaškrtno všech 100% zdravotních sester a 7 ošetřovatelek.

Supervize zde probíhají pravidelně od listopadu 2006 jednou za měsíc, každý pracovní tým zvlášť. Názory na supervizi jsou zde různé- někdo ji považuje za důležitou, prospěšnou sobě i práci, kterou dělá- možnost vypovídat se, vyřešit si něco a někdo ji naopak bere jako ztracený čas, příliš osobní věc před více lidmi. Jeden názor je, že by supervize měla být dělána lépe, efektivněji- než se všech lidí supervizor zeptá, jak se mají, tak uběhne veškerý čas a nestihne se ni podstatného vyřešit. Myslím, že podstatné zde je, že supervize probíhá, že je vedením podporována a vždy je možné něco zlepšit a společně na tom pracovat.

Stejně tak se ukazuje důležitost rozhovoru s kolegy- současně bylo uvedeno rozhovor s kolegy a nadřízenými, někteří respondenti podtrhli výrazně **kolegy a škrtili nadřízené**. Nevím, jak by to vypadalo, kdyby byly tyto dvě možnosti uvedeny zvlášť, kolik odpovědí by se týkalo nadřízených.

6 ošetřovatelek si vybralo rozhovor s duchovním. Neměla jsem příliš možnost ho poznat. Některé sestry také využívají prostoru kaple k modlitbě před službou.

č.6.ŠTRASBURK - Dostává se Vám dostatečného ocenění Vaší práce od Vašich kolegů, nadřízených popř. od dalších lidí? (pochvaly, kladné hodnocení, uznání...)

	Ano	Ne
Zdravotní sestry	80% (4)	20% (1)
Ošetřovatelky	66,6 % (4)	33 % (2)
Ošetřovatelé	0	100%

č.6.ANEŽKA - Myslíte si, že jste v práci dostatečně oceňováni?- pochvala, povzbuzení, kladné hodnocení, uznání od nadřízených, kolegů a dalších lidí

	Spíš ano	Spíš ne
Zdravotní sestry	16,6% (1)	82,5% (5)
Ošetřovatelky	25% (2)	75% (6)
Ošetřovatelé	33,3% (1)	33,3% (1)

(1 ošetřovatel uvedl , že od kolegů a ostatních lidí oceňován spíš je, od nadřízených spíš ne)

Komentář k otázce č. 6

Otázka č.6. se týkala *oceňování práce*. (pochvaly, uznání- tedy i motivace k práci)

Přes polovinu respondentů 61,5% ze Štrasburku uvedlo, že jejich ocenění je dostatečné. Tím, že odpovědi přesně nespecifikují od koho, jsou pracovníci chváleni, není jisté, jak a kdo pozitivně pracovníky hodnotí. Nechtěla jsem, aby

to opět bylo moc sugestivní, ale spíš jen uvědomění: „že dělám práci dobře, když mě někdo ocení.“ Z informací od vrchní sestry vyplývá, že vedení si uvědomuje potřebnost pochválit, poděkovat a motivovat tak k tomu ,aby pracovníci zde zůstali.

Naproti tomu respondenti z Anežky se cítí nedoceny především od vedení, jak vyplývá z dále zmíněného Inventáře a z odpovědí na otázku č. 13. Nejvíce byl zmiňován nedostatek zájmu, malý kontakt s nadřízenými, potřeba víc chválit a ne brát vše jako samozřejmost. Co jsem si mohla já sama všimnout, tak během služby si pracovníci navzájem děkovali za pomoc, pochválena jsem byla i já.

č.7.ŠTRASBURK- Vyhovuje Vám organizace práce? (rozpis služeb, pracovní úkoly)

	Určitě ano	Asi ano	Spíše ne	Určitě ne
Zdravotní sestry	80% (4)	20% (1)	0	0
ošetřovatelky	100% (6)	0	0	0
ošetřovatelé	50% (1)	50% (1)	0	0

č.7.ANEŽKA - Jak hodnotíte organizaci práce? (rozpis služeb, pracovní úkoly)

	Dobrá	Docela dobrá	Není moc dobrá
Zdravotní sestry	16,6% (1)	50% (3)	16,6% (1)
Ošetřovatelky	37,5% (3)	37,5% (3)	25% (2)
Ošetřovatelé	33,3% (1)	33,3% (1)	33,3% (1)

Komentář k otázce č. 7

Otázka č. 7. se konkrétně ptá na *organizaci práce*, zda rozpis služeb a pracovní úkoly pracovníkům vyhovují, zda jsou pro ně dobré. V dotazníku pro Štrasburk byla otázka asi příliš sugestivně položená. V Anežce se lidé nejvíce shodli na prostřední možnosti.

č.8. Myslíte si, že je dostatečně zajištěno zaměstnavatelem Vaše další vzdělávání v oboru paliativní medicíny ? (odborné semináře, školení, knihy, časopisy, využívání internetu)

ŠTRASBURK	Ano , je dostačující	Mohlo by toho být více	Není příliš dostačující	Vzdělávání mi velmi chybí
Zdravotní sestry	40% (2)	0	40% (2)	20% (1)
Ošetřovatelky	33% (2)	16,6 % (1)	33% (1)	16,6% (1)
Ošetřovatelé	0	50% (1)	50% (1)	0

ANEŽKA	Ano , je dostačující	Mohlo by toho být více	Není příliš dostačující	Vzdělávání mi velmi chybí
Zdravotní sestry	100% (6)	0	0	0
Ošetřovatelky	87,5% (7)	0	0	0
Ošetřovatelé	66,6% (2)	0	0	33,3% (1)

(1 ošetřovatel, který uvedl, že mu vzdělávání chybí, zde pracuje brigádně a je tedy možné, že se příliš ke školení a seminářům nedostane, 1 ošetřovatelka se k této otázce nevyjádřila)

Komentář k otázce č. 8

Otázka č.8. zjišťovala, *do jaké míry stačí pracovníkům vzdělávání*, které poskytuje zaměstnavatel. Všechny tři skupiny pracovníků ve Štrasburku měly nejvyšší četnost u položky „je dostačující“ a „není příliš dostačující“. To je trochu rozporné... to může ukazovat, že polovina pracovníků se tolik vzdělávat nechce a proto jim to stačí a polovina druhá je možná aktivnější a vzdělávání proto považuje za nedostatečné.

To je asi realita toho, že zaměstnavatel organizuje vzdělávání, když ho pro práci potřebuje, to ostatně potvrdila i vrchní sestra. Další vzdělávání si zajišťují sestry samy, protože od roku 2004 je pro registrované sestry¹¹⁶ celoživotní vzdělávání povinné, musí shánět potřebný počet kreditů- minimální počet 40 kreditů do 6 let - a samy si vzdělávací semináře platí. Pro práci sestry v hospici

¹¹⁶ Registrace pro sestru znamená, že může pracovat bez odborného dohledu, tedy samostatně, což je pozitivní aspekt, uznání autonomie ošetřovatelství.

je potřeba kurz, který zdejší sestry mají. Některé se ještě doškolují, pokud chtějí. (kurzy typu sestra v onkologii apod.) Ale vzdělávání je trvalý životní proces. To vidím osobně jako velký problém, protože sestry jsou pak nuceny investovat do vzdělávání svoje vlastní finance a volný čas, což je pak značně omezuje, není jim to nijak usnadněno a finančně zohledněno.

Exkurz: Jak vím od své matky, zdravotní sestry, mnoho sester jede na seminář pro papír s kredity, aniž by je třeba téma kurzu zajímalo.

Pro nižší ošetrovatelský personál povinnost vzdělávání není- musí mít pouze ošetrovatelský kurz, který jim hradí organizace, *ostatní záleží na nich*- zda využijí knihy, časopisy, kurzy... V hospici je knihovna s odbornou literaturou, odebírají se časopisy Sestra, Florence a Ošetrovatelství.

Z tohoto důvodu bych se přikláněla k pořádání více vzdělávacích akcí přímo v hospici- s požadavkem, aby i ošetrovatelé měli svůj seminář, který bude zohledňovat jejich zaměření.

Opačná situace je v Anežce, kde se v dotazníku možnost „*není příliš dostačující*“ vůbec nevyskytuje, naopak kromě jedné odpovědi všichni považují nabízené vzdělávání za dostatečné. Vzdělávací semináře jsou pro hospicový personál zdarma- nejčastěji probíhají přímo v Červeném Kostelci a to buď přímo v hospici či na Háčku. Na tyto aktivity má hospic na dva roky grant- personál má možnost si vybrat kurz i jinde (např. v Brně, v Praze...) a zaměstnavatel mi proplatí i cestu, pobyt, stravu a ještě dostane zapláceno za hodiny, které na kurzu stráví. Pro příklad uvedu témata, kterými se semináře konané na Háčku pro personál zabývají kromě odborné ošetrovatelské problematiky: *syndrom vyhoření, základy komunikace, empatie-naslouchání, asertivita při komunikaci s klientem, psychiatrické minimum, duševní hygiena pracovníků, zvládání stresu atd.* Tyto semináře jsou hojně využívány i pracovníky z jiných profesí. Tyto témata tedy mohou zaujmout svým zaměřením i ošetrovatele, kteří nepotřebují tolik odborného vzdělávání.

Kromě toho mohou pracovníci využít odbornou knihovnu, o časopisech nevím.

č. 9. Byl některý vzdělávací seminář věnovaný problematice syndromu vyhoření?

(v dotazníku pro Anežku jsem přidala do otázky zda byl vzdělávací seminář realizován v hospici)

ŠTRASBURK	Ano	Ne
Zdravotní sestry	60 % (3)	40% (2)
Ošetřovatelky	50 % (3)	50% (3)
Ošetřovatelé	0	100% (2)

ANEŽKA	Ano	Ne
Zdravotní sestry	82,5% (5)	16,6% (1)
Ošetřovatelky	87,5% (7)	0
Ošetřovatelé	66,6% (2)	33,3% (1 brigádník)

(1 ošetřovatelka se k této otázce nevyjádřila)

Komentář k otázce č. 9

Otázka č. 9. vyzněla ve Štrasburku rozporně-60% zdrav. sester uvedlo, že byl vzdělávací seminář, který se zabýval syndromem vyhoření, u ošetřovatelek to bylo 50 a 50%, ošetřovatelé uvedli shodně NE. Zde tedy není jasné, jak interpretovat výsledky a odpovědět jasně. Vrchní sestra dále uvedla, že seminář na toto téma v hospici nebyl. To je možné vysvětlit tak, že pokud nějaká akce tohoto typu byla, tak ne všichni se zúčastnili, možná o tom nevěděli, možná to byla akce o které nevědělo vedení. Od bývalého duchovního hospice vím, že jedna akce tohoto typu pořádána byla a byla snaha na ni navázat, což se pak nezdařilo.

V Anežce celkem jasně lze usoudit, že seminář této problematice věnován byl.

č. 10 (11) ŠTRASBURK- Baví Vás vaše práce?

	Převážně ano	Převážně ne
Zdravotní sestry	100% (5)	0
Ošetřovatelky	100% (6)	0
Ošetřovatelé	100% (2)	0

č.10 ANEŽKA- Domníváte se, že Vás vaše práce profesně naplňuje?

	Určitě ano	Asi ano	Asi ne	Určitě ne
Zdravotní sestry	82,5% (5)	16,6% (1)	0	0
Ošetřovatelky	75% (6)	25% (2)	0	0
Ošetřovatelé	100% (3)	0	0	0

Komentář k otázce č.10

V dotazníku pro Štrasburk byla tato otázka řazena jako č.11. Tato otázka (asi opět trochu sugestivní) zjišťovala, *zda práce pracovníky baví*, všechny odpovědi byly PŘEVÁŽNĚ ANO. Je asi zřejmé, že pokud by je práce s lidmi nebavila, tak tento typ práce nedělají. Uvědomuji si, že tento způsob ptaní mi nic podstatného neřekl.

V dotazníku pro Anežku jsem chtěla vědět, zda práce pracovníky profesně naplňuje- neměla jsem na mysli opět, zda je to baví, ale zjištění postoje k práci právě v této organizaci. Je to možné vyložit tak, že personál je spokojen se svým profesionálním zařazením a i výkonem.

č.11 Co je pro Vás ve vaší profesi nejvíce obtížné? (možno vybrat více variant)

ŠTRASBURK	Pracovní stres	Umírání a smrt pacientů	Rozhovory s rodinou a pozůstalými	Negativní emoce, se kterými odcházím domů	Dlouhé služby a směnný provoz	Únava a málo spánku	Problematické skloubení práce a rodiny
Zdravotní sestry	0	20%(1)	100% (5)	0	0	0	0
Ošetřovatelky	0	50%(3)	66,6% (4)	33%(2)	0	16,6%(1)	16,6% (1)
Ošetřovatelé	0	50%(1)	100%(2)	50%(1)	0	0	0

ANEŽKA	Pracovní stres	Umírání a smrt pacientů	Rozhovory s rodinou a pozůstalými	Negativní emoce, se kterými odcházím domů	Dlouhé služby a směnný provoz	Únava a málo spánku	Problematické skloubení práce a rodiny
Zdravotní sestry	33% (2)	0	50% (3)	33% (2)	16,6%(1)	50%(3)	0
Ošetřovatelky	25% (2)	12,5%(1)	75% (6)	25%(2)	25%(2)	37,5%(3)	12,5%(1)
Ošetřovatelé	33,3%(1)	0	33,3%(1)	0	0	33,3%(1)	0

(1 sestra a 1 ošetřovatel se k této otázce nevyjádřili)

Komentář k otázce č. 11

Otázka č.11. chtěla zjistit, *co pracovníci vnímají ve své práci jako nejvíce obtížné*, měli možnost vybrat i více variant. U všech skupin respondentů ve Štrasburku se objevila obtížnost v *komunikaci s rodinou a pozůstalými*: u zdravotních sester byla výsledkem 100% četnost výběru této možnosti, u ošetřovatelek 68 %, ošetřovatelé opět 100%. Tento výsledek může napovídat, že nejvíce hovoří s rodinou a pozůstalými zdravotní sestry, poskytují jim odborné informace, odkazují na lékaře, vrchní sestru atd.

Naopak *umírání a smrt pacientů* uvedla pouze jedna zdravotní sestra, možná v této oblasti jsou sestry více připravené, poznají, když se blíží smrt pacienta, je to součást jejich vzdělání, vědí, co mají dělat. Naopak 50% ošetřovatelek uvedlo, že je to pro ně obtížné. Lze se domnívat, že ošetřovatelky, které pracují pod dozorem zdravotních sester, nemají kompetence řešit situaci při umírání a smrti pacienta, asistují zdravotní sestře, která dále situaci konzultuje s lékařem. V tomto ohledu se hlídá etický přístup pracovníků a jejich kompetence. Nové sestry se *vždy zaškolují* pod dohledem starší zkušené sestry.

I přesto je těžké být připravený na všechny situace, které se v hospici vyskytnou.

V Anežce kromě možnosti *rozhovory s rodinou...* objevila také možnost *pracovní stres, negativní emoc, únava a málo spánku*- je možné z toho vyčíst

opět nějakou souvislost se zvýšeným množstvím služeb, nedostatečnou podporou od vedení, možná je i nejistota pracovníků na změnu situace.

č. 12. Co považujete ve svém zaměstnání za důležité? (možno vybrat z více variant)

V tabulkách jsou použity zkratky:

Odpovídající finanční ohodnocení,

Dobrý pracovní kolektiv, přátelské vztahy,

Vzdělávání

Podpora od vedení, motivace

Zázemí hospice

Supervize či jiná forma psychologické pomoci

Kreativní způsob práce

Hospicová kaple

ŠTRASBURK	fin.oh.	kolektiv	vzděl.	podpora	zázemí	supervize	kreativ.práce	h.kaple
Zdravotní sestry	40%(2)	80%(4)	60%(3)	20%(1)	80%(4)	20%(1)	40%(2)	20%(1)
Ošetřovatelky	33%(2)	83%(5)	0	16,6%(1)	66,6%(4)	16,6%(1)	16,6%(1)	16,6%(1)
Ošetřovatelé	50%(1)	100%(2)	50%(1)	50%(1)	50%(1)	50%(1)	50%(1)	0

ANEŽKA	fin.oh.	kolektiv	vzděl.	podpora	zázemí	superv.	kreat.práce	h.kaple
Zdrav. sestry	66,4%(4)	100%(6)	100%(6)	66,4%(4)	66,4%(4)	50%(3)	66,4%(4)	50%(3)
Ošetřovatelky	37,5%(3)	87,5%(7)	62,5%(5)	62,5%(5)	87,5%(7)	37,5%(3)	62,5%(5)	50%(4)
Ošetřovatelé	33,3%(1)	100% (3)	66,6%(2)	66,6(2)	0	0	0	0

(1 ošetřovatel uvedl vedle možnosti hospicová kaple, že není důležité místo, ale o to, kdo tam je- Ježíš)

Komentář k otázce č. 12

Otázka č. 12. byla zaměřena na to, *co považují pracovníci v práci za důležité*. Bylo na výběr 8 možností, ze kterých si měli libovolně vybrat, co je pro ně důležité. Nejvíce lidí ve Štrasburku se vyjádřilo k možnostem: *dobrý pracovní kolektiv a zázemí hospice*. Dobrý kolektiv je zřejmě základem, od

kterého se odvíjí spolupráce a nejspíš i kvalita poskytované péče. Zázemím je asi myšleno místo, kde může personál odpočívat, jíst, kouřit, uvařit si kávu, čaj, sejít se s ostatními.

Vzdělávání považují za důležité zdravotní sestry (60%) a 1 ošetřovatel. Ošetřovatelky se k tomuto bodu nevyjádřily. Myslím, že právě zdravotní sestry cítí velkou potřebu vzdělávání- zdravotnictví se po technické stránce vyvíjí neustále dopředu, jsou nové postupy, metody, léky a sestry chtějí být informované.

Ve dvou případech byla zmíněna *hospicová kaple* - nevím, kolik osob je mezi personálem věřících (vím asi o dvou sestrách) Kaple je možná více podstatná pro pacienty, kteří chodí na mši, pro rodiny, které zde hledají místo klidu atd.

V Anežce získal nejvíce hlasů: *dobrý pracovní kolektiv*, zdravotní sestry se ve 100% vyjádřily ke *vzdělávání a v 50% k supervizi*. Pro více než 60% respondentů je důležitá *podpora, zázemí hospice a kreativní způsob práce*. Pro 50% ze skupiny žen je důležitá *hospicová kaple*- Červený Kostelec je město s nejvyšším počtem věřících lidí v celé Králové-hradecké diecézi.

Naopak nikdo z mužů se nevyjádřil k možnostem: *supervize, zázemí, kreativní práce a h. kaple*- pouze jeden muž uvedl vedle možnosti kaple, že sama místnost nemá význam, pokud zde není Ježíš. Já jsem ale měla na mysli kapli jako *posvátný prostor* otevřený všem, kdo v něm chtějí nalézt klid, podporu a to bez ohledu na vyznání. (i když samozřejmě předpokládám, že do kaple si najde cestu spíš věřící pracovník)

13. Co by se muselo změnit, aby jste byl/a plně spokojena v zaměstnání? ŠTRASBURK

85 % celého personálu si myslí, že by měl být **vyšší plat**, další názor je zlepšit kolektiv, mít „nová záda“.

ostatní: 15% si myslí: „**To, co považuji za důležité, není pro vedení podstatné.**“ (zdravotní

sestra- pracuje zde více než 5 let), druhý názor: „**Na všem něco**“ (ošetřovatel)

ANEŽKA

Zdravotní sestry by ocenily větší kontakt s vedením, více pochvaly a uznání od nadřízených, vyšší plat, větší spolupráci s lékaři, lepší zázemí hospice.

Ošetřovatelky by chtěly, aby si nadřízení více vážili jejich práce, lepší supervizi a psychologa, jiné vedení, více zájmu a uznání od nadřízených.

Ošetřovatelé- zlepšit přístup vedení i společnosti k práci v hospici, dle jednoho názoru ideál neexistuje, ošetřovatel- brigádník by si přál trvalé místo ošetřovatele a pravidelné služby.

Komentář k otázce č. 13

Tato otázka byla jediná otevřená, kde mohli pracovníci vyjádřit svůj názor na to, co by se mohlo změnit. U pracovníků ze Štrasburku převažoval požadavek na zvýšení platu. Tuto odpověď jsem očekávala, obecně si lidé stěžují na výši platů, ve zdravotnictví je to markantní do té míry, že mnoho mladších zdravotníků odchází pracovat do zahraničí právě kvůli lepším platům. Platy v hospici jsou stanoveny dle tabulek a podle let praxe v oboru. Nedožvěděla jsem se průměrnou výši platu zdravotní sestry a ošetřovatele.

Ojedinělý, ale velmi podstatný byl pro mě názor: „ *To, co považuji za důležité, není pro vedení podstatné.*“ Lze říci, že je v komunikaci mezi pracovníky a nadřízenými komunikační blok? Z pohledu této osoby asi ano.

V Anežce se dva respondenti k této otázce vůbec nevyjádřili, plně spokojené jsou dvě ošetřovatelky a další dva názory je možno považovat za neutrální : „*Nic mě nenapadá*“, *Ideál neexistuje*“.

Ostatní názory se víceméně shodovaly (viz. uvedeno výše)

14. Uvažujete o změně zaměstnání?

ŠTRASBURK	Ano	Ne	Nevím
Zdravotní sestry	20%(1)	60%(1)	20% (1)
Ošetřovatelky	16,6%(1)	83% (5)	0
Ošetřovatelé	100% (2)	0	0

ANEŽKA	Ano	Ne	Nevím
Zdravotní sestry	0	66,4%(4)	33%(2)
Ošetřovatelky	12,5%(1) Někdy	87,5% (7)	0
Ošetřovatelé	33,3% (1) Časem	66,6%(2)	0

Komentář k otázce č. 14

V obou zařízeních byla převažující odpověď **ne**. I přes určité problémy, nespokojenost je možné vyčíst, že práce tyto lidi baví, že pracují s umírajícími pacienty rádi, vidí smysl v tomto typu zaměstnání. Jedinou změnou byla odpověď mužů- asi je zde patrné, že práce ošetřovatele není celoživotní a finančně výhodná. (vycházím z předpokladu, že ženatý muž s dětmi by měl velké problémy uživit rodinu z platu ošetřovatele)

5.5.2. Výsledky z Inventáře projevů syndromu vyhoření

Jeho bodové hodnoty měly ukázat, jaká je míra náchylnosti ke stresu a syndromu vyhoření. Vyhodnocení se provádí ve 4 rovinách: *kognitivní, emocionální, tělesná, sociální*. Sčítají se body za jednotlivé otázky.

Maximální hodnota jedné roviny může být 24 bodů, minimální 0- což jsou extrémní hodnoty. Takovým středem, kdy je vše v pořádku je součet do čísla **12**- nad 12 je dobré se nad výsledky zamyslet a hledat příčiny. Maximální součet všech rovin je 96 bodů, minimální opět 0. O střed se jedná pokud se součet rovin pohybuje do čísla **48**.

Tento dotazník se používá při hodnocení syndromu vyhoření docela často a s výsledky se dále pracuje. Pro moji práci jsem to brala jako doplněk.

Snažila jsem se v obou zařízeních pracovníkům vysvětlit, že Inventář není útok proti nim, ani jejich práci a že se nejedná o kontrolu, spíš o orientační odhad jejich situace. Pár pracovníků také zajímalo řešení Inventáře a jejich výsledky.

ŠTRASBURK

Inventář vyplnilo celkem 12 osob. (92%) Výsledky si byly průměrně velmi podobné. Jen ve dvou případech se vyskytly extrémní hodnoty: **64 bodů a 4 body**.

První výsledek se týká ošetřovatelky, která pracuje v hospici 3-5 let, na otázky v dotazníku odpovídala povětšinou negativně, chce změnit zaměstnání. Tyto vysoké hodnoty již mohou napovídat, že se u ní může jednat již o syndrom vyhoření či je velké riziko, že nastane.

Druhý výsledek vypadá na to, že zřejmě není příliš reálný, pouze ve dvou případech dotyčná přiznala nějaké potíže ve stupni *někdy*. Tato pracovnice je také ošetřovatelka, pracuje zde méně než 1 rok, na většinu otázek odpovídala

pozitivně. Lze usuzovat, že odpovědi jsou nadsazené a asi nepravdivé. I když v tomto případě by bylo potřeba znát přesnější údaj, jak dlouho zde pracuje. Tento výsledek by pak tomu odpovídal. (velké nadšení, nic není problém-první fáze syndromu vyhoření)

Průměrný výsledek ostatních 10 respondentů se pohybuje okolo čísla **24,4**. Výsledky do 20 bodů také mohou vypovídat, že ne vždy si chce člověk přiznat pravdu a problémy. Ale to je jen moje spekulace.

ANEŽKA

Inventář vyplnilo všech 17 osob. Výsledky zde byly průměrně vyšší- výsledky ze 6 inventářů jsou od čísla 30 do čísla 43. Nejnižší číslo bylo **12**, ostatní výsledky jsou přes číslo 20. Průměrný výsledek všech respondentů je číslo **27**.

Vyšší číselné hodnocení se mnohokrát dotýkalo výroku č. 18: *Trpím nedostatkem uznání a ocenění*. To také velmi koresponduje s odpověďmi na otázku číslo 13.

S větší četností zde také bylo *3-často a 4- vždy* u tělesných obtíží- bolesti hlavy, poruchy spánku. To může vycházet ze situace, která je momentálně v hospici. (více nemocných z řad personálu)

Obecně mi přijde, že výsledky inventáře v Anežce jsou více reálné, že se pracovníci nebáli připustit si pravdu o svých pocitech a postojích.

5.5.3. Dobrovolnictví v hospicích

Než přistoupím k hodnocení a závěru, ještě si dovolím poznámky k otázce dobrovolnictví v obu hospicích:(I přesto, že tato otázka nebyla zařazena do dotazníků)

ŠTRASBURK

V současné době dochází pouze jedna dobrovolnice. Problémem je, že většina lidí zde vydrží pouze krátkou dobu a pak jednoho dne už nepřijdou. Je to možná tím, že dobrovolníci často neví, co je v hospici čeká a také to, že je nikdo příliš nekoordinuje. Asi také nejsou bráni jako součást týmu, mají malou motivaci zůstat déle. Vrchní sestra by přivítala, kdyby dobrovolníci byli z řad stážistů a praktikantů, ke kterým by měl hospic větší důvěru.

Proto ani nebylo možno určit, zda dobrovolnictví nějak pozitivně ovlivňuje situaci v hospici a zda je pomocí pro stálý personál.

ANEŽKA

Zaregistrováno je 80 dobrovolníků, všichni pravidelně nedochází, v případě potřeby. Dobrovolníci jsou koordinováni- uzavírají kontrakt, mají školení, je organizovaný rozpis služeb. Podílejí se nejvíce na chodu hospice- práce v recepci, v kavárně, v péči o zeleň. Ale docházejí také za pacienty- přijdou na oddělení a personál je informuje, za jakým pacientem by mohli jít. Někteří obstarávají pacientům nákupy a různé pochůzky. Složení dobrovolníků je různé: mladí lidé, střední věk, ale i množství lidí v důchodu, často to jsou lidé věřící.

Nejčastěji bývají od někoho nakontaktováni. Neznám postoje personálu k dobrovolníkům, ale přišlo mi, že je zde soulad a vzájemný respekt.

5.5.4. Vyhodnocení

Výsledky jasně ukázaly odlišnosti v řízení ošetrovatelských týmů, v přístupu k pracovníkům a k jejich profesionálnímu i osobnímu rozvoji.

V Hospici Štrasburk má vedení s pracovníky podstatně bližší vztah a je s nimi více v kontaktu. Zvláště staniční a vrchní sestra. Převládá zde individuální řešení problémů a konfliktů. Z výsledků dále vyplývá, že velmi podstatné jsou dobré vztahy v kolektivu. Probíhají zde celkem pravidelně neformální setkávání- oslavy, večírky, grilování.

Nejvíce obtížné jsou pro pracovníky rozhovory s rodinou a pozůstalými. Přesto zde chybí vzdělávací semináře, které by pomohly personálu lépe komunikovat. Ve Štrasburku vzdělávání pracovníků, zvláště zdravotním sestřím, schází, byla by zde motivace ke vzdělání, která není příliš oceněna vedením. Zcela postrádám akce, které by učily personál duševní hygieně. Přesto se neprokázalo, že by byl personál vyhořelý. Vliv na to má zřejmě mnoho faktorů, které jsem ani nemohla vypočítat. Určitě to budou osobní dispozice člověka, jeho odolnost ke stresu, rodinné a sociální vazby, životní styl a jiné. Ostatně to nebylo tématem této práce, ale vliv to prokazatelně má. Podle vrchní sestry hospic potřebuje lidi s dobrým charakterem a psychickou a fyzickou odolností. Člověka, který si zvládne vyřešit své problémy, nenosí si práci domů a zapojí se do kolektivu.

Z psychosociální podpory může personál využít rozhovor s psychologem, duchovním či se svými kolegy a nadřízenými. Supervize zde není. Nevím, co přesně způsobilo nezájem personálu Štrasburku o supervizi, ale pokud nemá zájem vedení, tak pracovníci se sami neozvou. Možná ani nezažili kvalitní supervizi a neví, co od toho čekat, proto jim tento typ podpory asi neschází.

O syndromu vyhoření mají povědomí všichni respondenti, ale neshodli se v názoru, zda hospic pořádal na toto téma vzdělávací seminář. Většina personálu se cítí málo finančně doceněna.

Lze říci, že je zde nějaká forma prevence syndromu vyhoření(přesto, že není na první pohled pozorovatelná), protože vedení si uvědomuje náročnost práce, zátěž zaměstnanců a důležitost pochvaly, zájmu a ocenění.

V hospici Anežky České je podle výsledků také kladen důraz na kolektiv a přátelské vztahy. Co se týká profesionálního rozvoje personálu, je Anežka ukázková. Semináře jsou zdarma, jsou rozmanité, věnují se tématům spojeným se zvládním stresu, syndromu vyhoření, komunikaci aj. a může se jich zúčastňovat i nižší ošetrovatelský personál, semináře konané mimo Kostelec, jsou pracovníkům propláceny. Personál v Anežce může využívat také podpory supervize. Jak bylo zjištěno v dotaznících, pro velkou část respondentů je supervize podstatná a důležitá. Poskytuje jim možnost vypořádat se s pocity, zbavit se napětí, probrat to, co je trápí, co se nedaří. Sice není pro všechny jednoduché otevřeně mluvit, přesto si někteří myslí, že jim supervize pomůže k práci i v rozvoji jich samých.

Na druhou stranu převládá nespokojení pracovníků s vedením hospice- málo zájmu a kontaktu s pracovníky, problémům personálu je věnována malá pozornost. Jak bylo již řečeno o situaci, která nyní v hospici je, personál se cítí více unavený, ve stresu- odpověď na otázku č. 13. (naopak v Hospici Štrasburk se tato možnost skoro neobjevila) Pracovníci se dále shodují na tom, že jsou pro ně obtížné rozhovory s rodinou a pozůstalými.

Personál by uvítal změnu v přístupu nadřízených, naopak požadavek na zvýšení platu se objevil jen u několika respondentů.

Některé odlišnosti mohou být dány umístěním hospiců, je jistě velký rozdíl pracovat v Praze nebo na malém městě. Také způsob života a životní nároky budou jiné.

5.5.5. Diskuse

Jsem ráda, že se podařilo výzkum uskutečnit, že lidé byli většinou ochotní vyplnit dotazníky, když věděli, čím se zabývám. V obou hospicích jsem vždy našla pár lidí, kteří mi k tomu řekli i něco víc. Ve Štrasburku byly v tomto ohledu sdílné staniční a vrchní setra, v Anežce to byla paní Litomiská a sestry na směně. Přesto mi asi plno informací uniklo, nebylo pro mě lehké vstupovat na „tenký led“ a ptát se, co moc dobře nefunguje, v čem je problém atd. Pokud bych v obu organizacích nějakou dobu pracovala, lépe bych pronikla do podstaty, měla bych to zažité. Jako studentka na praxi jsem mohla jen pozorovat, občas se zeptat, ale moc času na to nebylo. Není příjemné vystupovat jako pozorovatel zvenčí, spíš je lepší se zapojit do práce na oddělení a získat si tak důvěru personálu, což se mi snad i dařilo.

Nevýhodou bylo, že praxe ve Štrasburku byla již před rokem a chybí mi aktuální dojmy. Navíc během blokové praxe jsem ještě neměla představu, na jaké téma budu psát práci a tak jsem se nesoustředila příliš na personál.

Většinou věci jsem tak čerpala z ročníkové práce, kterou jsem těsně po praxi napsala. V dubnu tohoto roku jsem šla do hospice Štrasburk třikrát za účelem vyplnění dotazníků a rozhovoru s vrchní sestrou. Poprvé jsem si připadala trochu jako vetřelec, obávala jsem se, jak mě vrchní sestra přijme, zda bude na mít na mě čas. (do telefonu jsem měla přislíbeno 20 minut) Nakonec z toho byl rozhovor skoro na hodinu, napětí ze mě spadlo. Další dvě návštěvy byly příjemnější, povídala jsem si i se staniční sestrou. Neměla jsem pocit, že by se zde mnoho od mé praxe změnilo, většinu lidí jsem si pamatovala.

Jednotlivě jsem pracovníkům vysvětlovala, k čemu použiji výsledky, pro ostatní jsem napsala písemné vysvětlení.

Naopak v Anežce jsem měla k personálu mnohem blíž, mohla jsem s nimi mluvit, bylo to tak víc osobní. Během směny, když bylo volno, jsem požádala sestry o vyplnění. Většinou tomu ještě předcházela rozhovor, zajímalo je, odkud jsem, z jaké školy apod. Záměrně jsem se ptala, co mě zajímalo, měla jsem určitý cíl, co chci sledovat.

Další plus bylo, že jsem zde zbyla jako stážistka sama a na službě jsem byla do večera. Ostatní stážisté skončili v pátek a byli ve službě jen do odpoledne. Tím, že jsem se více pracovně angažovala, tak jsem toho asi, i víc viděla a zažila.

Během praxe ve Štrasburku nás bylo na praxi hodně, až to někdy muselo být pro personál obtížné- zaučovat tolik lidí, kteří se neustále střídali. (dopoledne/odpoledne) To jsem ostatně také viděla teď v dubnu, když jsem přišla s dotazníky, že někteří pracovníci nebyli příliš rádi, že mají na oddělení tolik lidí a nevěděli, kdo odejde a kdo přijde.

Myslím, že velké množství stážistů je spíš ke škodě, práce se tak stává méně systematická, je potřeba neustále koordinovat lidi, úkoly, pacienty... a ještě mít přitom svůj klid. Někdy bylo problematické rozdělit rovnoměrně stážisty na obě oddělení, tak aby každý věděl, kam kdo patří. Stážisté pak zde působí jako nechtěný element, protože narušují běh oddělení. Koordinuje je nejspíš staniční sestra.

V Anežce koordinuje praxe paní Litomiská, který také dbá na přiměřený počet stážistů. Má to svoje opodstatnění. Nevšimla jsem si, že by moje a

přítomnost dalších dvou stážistek nějak vadila personálu, spíš naopak byli rádi, že jim pomůžeme. To je tedy postřeh k organizaci praxí.

Celkově na mě Hospic Anežky české působí jako více rodinný. Lidé se znají, většina dobrovolníků je místních, stejně tak personál pochází z Kostelce či z okolí.

Obě skupiny pracovníků dělaly svoji práci rádi, personál byl laskavý, nezažila jsem žádný náznak konfliktu s pacienty. Přesto mám pocit, že pracovníci z Anežky jsou k práci více motivovaní a s pacienty tráví víc času.

Všechny věci, které se rozebíraly o pacientech se v obou hospicích odehrávaly na sesterně či v místnosti sester. Zde byl pak prostor na postěžování si, odreagování, legraci, vyprávění příhod s pacienty a jejich rodinou. Zázemí, které patří pouze personálu se tak ukázalo jako velmi podstatné. Zde je možnost na chvíli odložit svoji *profesionalitu* a třeba si i zanádat na to, co se nedaří.

S personálem z Anežky jsem se mohla bavit více otevřeně o věcech, které jim vadí- jak se ukázalo většina lidí hodnotí negativně vedení, že má malý zájem o pracovníky, některým vyloženě chybí kontakt s nadřízenými- jak bylo již uvedeno, vrchní sestra pracuje z domova v hospici se příliš nevyskytuje a má plný pracovní úvazek. Názory jsou takové, že by měla mít úvazek menší a měla by nastoupit místo ní jiná sestra, která ji bude zastupovat, protože staniční sestra pak plní úkoly za dva lidi a nestíhá to. Je pak málo na oddělení mezi personálem.

Já jsem osobně také neviděla nikoho z řídicích pracovníků. Mezi sestrami se neobjevují ani moc lékaři. Naproti tomu ve Štrasburku se schází všichni v místnosti sester na kávu a cigaretu, přijde staniční, vrchní, primář, popř. další lékař.

Se setrou z Anežky jsme si povídaly o emocích, jak je někdy těžké přijmout smrt někoho, kdo byl v hospici dlouho, ke komu si sestry vybudovaly vztah. Jednou zde bylo jako pacient malé dítě- batole, jeho rodiče byli celou dobu s ním. Bylo to pro všechny velmi dojemné a plakali, když chlapeček zemřel. Na druhou stranu si dodnes personál dopisuje s rodiči chlapce. Takových lidí je víc, kteří si dopisují se sestrami- sestry do měsíce po úmrtí pacienta kontaktují rodinu pohledem a většinou si pak dopisují pravidelně, konají se návštěvy. Byly zde i svatby. Přesto že jsou v těchto chvílích vypjaté emoce, pomáhá to i pozitivně. Personál je tak součástí obřadu rodiny, zapojují se do jejich „příběhu“, přátelí se spolu, vznikne takové zvláštní pouto. Myslím, že sestry, které mají tuto zkušenost, zvládají lépe komunikaci s rodinou pacienta. Jsou více lidské, protože svoje emoce přijmou.

Nevím, jak toto probíhá ve Štrasburku, viděla jsem na nástěnce pár děkovných pohledů a dopisů od pozůstalých.

Vypořádávání se s emocemi jistě také patří k prevenci syndromu vyhoření. Mnoho dalších otázek mě napadlo až při zpracování dotazníků, kdy mi začala docházet podstata věcí, které se syndromu vyhoření také dotýkají, ale už nebyl čas na bližší zkoumání. Některé věci by mohly být samostatně rozpracovány jako např.: *kontakt personálu hospice s pozůstalými, supervize a aspekt víry v Boha při práci v hospici.*

Závěr

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaká je prevence syndromu vyhoření u zdravotnických pracovníků v Hospici Štrasburk v Praze a v Hospici Anežky České v Červeném Kostelci. Myslím, že tento cíl byl naplněn.

V obou zařízeních byl proveden výzkum, který byl soustředěn na oblast vzdělávání, kolektiv pracovníků, sociální a psychologickou podporu a na možnosti změn v organizaci. Zároveň byla snaha zjistit míru spokojenosti pracovníků v zaměstnání, což se zčásti ukázalo v dotazníkovém šetření, i v jednotlivých rozhovorech s personálem.

Zjistila jsem, že obě organizace mají určitou míru prevence syndromu vyhoření. V Hospici Štrasburk jsou prevencí dobré vztahy v kolektivu a zájem vedoucích pracovníků o personál. Oblasti vzdělávání a rozvoj pracovníků jsou poněkud opomíjené. Personál se cítí málo finančně doceněn.

V Hospici Anežky České je hlavní těžiště prevence také ve vztazích mezi personálem a v široké nabídce vzdělávacích akcí. Velký vliv má jistě i pravidelně konaná supervize. Naopak zde chybí kontakt s vedením. Personál by ocenil více pochvaly a slovního uznání.

Oba hospice mají celkem dobré zázemí, které pracovníkům vyhovuje.

Pro oba hospice navrhuji posílit otevřenost vztahů personálu s nadřízenými, zvýšit motivaci pracovníků a hledat nové možnosti rozvoje pracovníků. K tomu je nezbytně nutné, aby nadřízení přehodnotili své postoje. Myslím, že právě v managementu je skvělé uplatnění pro vysokoškolsky vzdělané zdravotní sestry.

Díky této práci jsem si lépe utřídila názory a poznatky o syndromu vyhoření, více poznala prostředí hospice a lidi, kteří zde pracují. Zjistila jsem, jaká by měla být péče o zaměstnance, aby nevyhořeli. Tyto poznatky jistě v budoucnu využiji.

Seznam literatury

- BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Brno: 2006. 86 s., ISBN 80-7013-439-9
- ČÁNSKÁ, Irena. absolventská práce: *Problematika syndromu vyhoření u pomáhajících profesí*. JABOK-VOŠ sociálně pedagogická a teologická, 2001
- ČERMÁK, Martin. *Hospicová paliativní péče - Naděje na dobrou smrt*. Zdravotnické noviny. 2007, č.7, str. 12, [cit.20.4.2007] dostupné z <
<http://www.hospice.cz/hospice1/index1.php>
- ČERVENKOVÁ, Zuzana. bakalářská práce: *Hranice psychiky sestry mezi profesní rolí a rolí matky a manželky*. UK LF Hradec Králové, 2004. 60 s.
- ČESKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ 2. *Zajišťování kvality ošetrovatelské péče, Etický kodex sester, Charty práv pacientů*. Brno: NCO NZO, 2006, 47 s. ISBN 80-7013-270-1
- FÜRST, Maria. *Psychologie, včetně vývojové psychologie a teorie výchovy*. překlad: Jiří Horák, Olomouc: Votobia, 1997, 263 s., ISBN 80-7198-199-0
- GROHAR- MURRAY, Mary Ellen , DICROCE, Helen R. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. překlad: Jana Heřmanová, Věra Topilová, Praha: Grada Publishing, 2003, 320 s., ISBN 80-247-0267-3
- HAWKINS, Peter, SHOHET, Robin. *Supervize v pomáhajících profesích*. překlad: Helena Hartlová, 1. vyd. Praha: Portál, 2004, 208 s., ISBN 80-7178-715-9
- HONZÁK, Radkin. *Burn-out syndrom- nebezpečí pro nás pro všechny*. Časopis Diagnóza v ošetrovatelství. 2005, č. 2, str. 94-95
- HOŠEK, Václav. *Psychologie odolnosti*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 1999, 69 s., ISBN 80-7066-976-4
- IVANOVÁ, Kateřina. *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: 2006. 240 s., ISBN 80-7013-442-9
- JOBÁNKOVÁ, Marta a kol. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 3. vyd. Brno: NCO NZO, 2004, 225 s., ISBN 80-7013-390-2
- KOČMANOVÁ, Alena. *Syndrom vyhoření*. časopis *Sestra*. 2005, roč. 15, č. 12, str. 20-22
- KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. 4. vyd. Praha: Portál, 2002, 392 s., ISBN 80-7178-657-8
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak neztratit nadšení*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998, 228 s. ISBN 80-7169-551-3.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. PEČENKOVÁ, Jaroslava. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004, 80.s., ISBN 80-247-0784-6
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada Avicenum, 1994, 192 s. ISBN 80-7169-121-6

- MACKOVÁ, Marie. Diplomová práce: *Hospicová hnutí u nás a ve světě*. Ostravská univerzita, zdravotně sociální fakulta, 2002, 100 s., [cit.30.4.2007] dostupné z < <http://www.hospice.cz/hospice1/index1.php>
- MALLOTOVÁ, Kateřina. *Burn-out neboli syndrom vyhoření*. Psychologie Dnes, č.2,2000.[28.4.2007], dostupné z< <http://obchod.studovna.cz/scripts/detail.asp?id=702>
- MASOPUST, Jiří. *Syndrom profesionálního vyhoření*. Practicus, 2.ročník, č.10,2003. [cit.10.5.2007], str. 16-17, dostupné z< <http://www.practicus.cz/2003/practicus03-10.pdf>
- MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. 1.vyd. Praha: Portál, 2003, 288 s., ISBN 80-7178-549-0
- MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 384 s. ISBN 80-7178-548-2
- O' CONNOR, Margaret, ARANDA, Sanchia. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. překlad: Jana Heřmanová, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005, 324 s., ISBN 80-247-1295-4
- OPATRŇÝ, Aleš. *Kde síly v péči o druhé ztrácíme a kde je hledáme*. příspěvek přednášky v Hospici sv. Lazara v Plzni roku 2005, dostupné z <<http://www.hospice.cz/hospice1/index1.php>
- PRUDÍKOVÁ, Olga. *Celkový dojem sestry na pacienty a veřejnost*. Sestra, č.3, 2007.[20.5.2007], str. 21-22, dostupné z <<http://www.sestra.cz/scripts/detail.php?id=295931>
- STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetrovatelství 11- Sestra- reprezentant profese*. 1.vyd. Brno: NCO NZO, 2002, 78 s., ISBN 80-7013-368-6
- SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 1995, [cit.12.5.2007] dostupné z< http://www.hospice.cz/hospice1/data/_hospic_umeni.html
- ŠKRLOVI, Petr a Magda. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1.vyd. Praha: Advent- Orion s.r.o., 2003, 485 s., ISBN 80-7172-841-1
- TOŠNEROVI, Tamara a Jiří., pracovní sešit pro účastníky kurzů: *Burn-out syndrom- Syndrom vyhoření*. Praha: Hestia, 2002[cit.20.3.2007] dostupné z < <http://www.hest.cz/pruvodce.shtml>
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3.vyd. Praha: Portál, 2004, 872 s., ISBN 80-7178-802-3
- VYLITOVÁ, Lucie. Diplomová práce: *Péče o rodinu umírajícího pacienta a o pozůstalé na jednotce intenzivní péče jako integrální součást ošetrovatelské péče*. UK, FHS Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických zařízeních, 2004

Další internetové zdroje:

<http://www.florence.cz>

<http://www.cna.cz>

<http://www.hospice.cz>

<http://www.umirani.cz>

<http://www.asociacehospicu.cz>

Přílohy

Příloha č.1. Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester

Mezinárodní etický kodex pro sestry byl poprvé přijat Mezinárodní radou sester (ICN) v roce 1953. Od té doby byl několikrát revidován a znovu schvalován, tato zatím poslední revize byla provedena v roce 2000.

ÚVOD

Sestry mají čtyři základní povinnosti: pečovat o zdraví, předcházet nemocem, navracet zdraví a zmírňovat utrpení. Potřeba ošetrovatelské péče je všeobecná.

Neodmyslitelnou součástí ošetrovatelské péče je respektování lidských práv, jako je právo na život, na důstojnost a právo na zacházení s úctou.

Ošetrovatelská péče není omezena, pokud jde o věk, barvu pleti, vyznání, kulturní zvyklosti, postižení nebo nemoc, pohlaví, národnost, politické přesvědčení, rasu nebo společenské postavení pacienta.

Sestry poskytují zdravotnické služby jednotlivcům, rodinám a komunitám a koordinují svoje služby se službami jiných oborů.

KODEX ICN

Etický kodex sester připravený ICN má čtyři hlavní články, které vymezují normy etického chování.

Články Kodexu

1. Sestry a lidé/občané

Sestra má profesní odpovědnost především vůči lidem, kteří potřebují ošetrovatelskou péči.

Při poskytování péče sestra vytváří prostředí, v němž jsou respektována lidská práva, hodnoty, zvyky a duchovní přesvědčení jednotlivce, rodiny a komunity. Sestra se stará o to, aby byly jednotlivým osobám poskytnuty dostatečné informace, z nichž může vycházet jejich souhlas s péčí a související terapií. Osobní informace o pacientovi chrání sestra jako důvěrné a tyto informace sděluje dalším lidem pouze po pečlivé úvaze.

Sestra je spolu se společností odpovědná za zahájení a podporu aktivit zaměřených na uspokojování zdravotních a sociálních potřeb občanů, zejména občanů patřících do ohrožených skupin.

Sestra je také spoluodpovědná za zachování přirozeného prostředí a jeho ochranu před znehodnocováním, znečišťováním, úpadkem a ničením.

2. Sestry a jejich práce/praxe

Sestra nese osobní odpovědnost za svou ošetrovatelskou praxi a za udržování své kvalifikace na potřebné výši průběžným studiem.

Sestra pečuje o své vlastní zdraví, aby nebyla narušena její schopnost poskytovat péči.

Sestra pečlivě posuzuje svou kvalifikaci a své schopnosti při přijímání určité povinnosti a stejně tak posuzuje kvalifikaci a schopnosti osob, které pověřuje

plněním určité povinnosti.

Sestra za všech okolností dodržuje pravidla slušného chování, což přispívá k budování dobré pověsti profese a zvyšuje důvěru občanů.

Sestra se při poskytování péče stará o to, aby se při užívání nové techniky a uplatňování vědeckého pokroku dbalo na bezpečnost, důstojnost a lidská práva občanů/pacientů.

3. Sestry a jejich povolání

Sestra hraje rozhodující roli při určování a realizaci přijatelných norem klinické ošetrovatelské praxe, řízení, výzkumu a vzdělávání.

Sestra se aktivně podílí na rozvoji základní soustavy odborných znalostí vycházejících z vědeckého poznání.

Sestra se prostřednictvím profesní organizace podílí na vytváření a zachování slušných/spravedlivých sociálních a ekonomických pracovních podmínek v ošetrovatelství.

4. Sestry a jejich spolupracovníci

Sestra udržuje vztahy spolupráce se svými spolupracovníky z oboru ošetrovatelství a dalších oborů.

Sestra podnikne odpovídající kroky, aby ochránila občany, když je jejich péče ohrožena jejím spolupracovníkem nebo kteroukoliv jinou osobou.

Příloha č. 2 Dotazník: Prevence syndromu vyhoření u pracovníků hospice Štrasburk

Dobrý den, jsem Eva Brabencová, studentka oboru sociální a pastorační práce a píši práci na téma: Prevence syndromu vyhoření u zdravotnických pracovníků hospice. Dotazník je anonymní a bude použit pouze pro moji práci do školy. Jeho součástí je inventář projevů syndromu vyhoření. Prosím Vás o jeho laskavé vyplnění.

Díky za Váš čas.

- Žena
- Muž

- Zdravotní sestra/bratr
- Ošetřovatel/ka

1. Jak zde dlouho pracujete?

- Méně než jeden rok
- 1 rok a více
- 3-5 let
- Více než 5 let

2. Víte, co je syndrom vyhoření, znáte jeho rizika?

- Ano
- Ne

3. Cítíte se dobře ve svém pracovním týmu?

- Ano
- Ne

4. máte při své pracovní době čas na rodinu, přátele, koníčky?

- Spíš ano
- Občas
- Spíš ne
- Vůbec ne

5. Máte v práci možnost supervize nebo jiné psychologické pomoci a podpory?

- Ano
- Ne
- Nevím o této možnosti

6. Dostává se Vám dostatečného ocenění vaší práce od vašich kolegů, nadřízených popř. dalších lidí? (pochvaly, kladné hodnocení, uznání...)

- Ano
- Ne

7. Vyhovuje Vám organizace práce? (rozpis služeb, pracovní úkoly)

- Určitě ano
- Asi ano
- Spíše ne
- Určitě ne

8. Myslíte si, že dostatečně zajištěno zaměstnavatelem Vaše další vzdělávání v oboru paliativní medicíny? (odborné semináře, školení, knihy, časopisy, využívání internetu)

- Ano, je dostačující
- Mohlo by toho být více
- Není příliš dostačující
- Vzdělávání mi velmi chybí

9. Byl některý vzdělávací seminář věnovaný problematice syndromu vyhoření?

- Ano
- Ne

10. Co je pro Vás ve vaší profesi nejvíce obtížné? (možno zaškrtnout i více variant)

- Pracovní stres- mnoho pracovních úkolů a málo času
- Umírání a smrt pacientů
- Rozhovory s rodinou a pozůstalými
- Negativní emoce, se kterými odcházím domů
- Dlouhé služby a směnný provoz
- Únava a málo spánku
- Problematické skloubení práce a rodiny

11. Baví Vás vaše práce?

- Převážně ano**
- Převážně ne**

12. Co považujete ve svém zaměstnání za důležité? (možno zaškrtnout i více variant)

- Odpovídající finanční ohodnocení
- Dobrý pracovní kolektiv, přátelské vztahy

- Vzdělávání
- Podpora od vedení, motivace
- Zázemí hospice
- Supervizi či jinou formu psychologické pomoci
- Kreativní způsob práce
- Hospicovou kapli

13. Co by se muselo změnit, aby jste byl/a plně v zaměstnání spokojen/a?

.....
.....

14. Uvažujete o změně zaměstnání?

- Ano
- Ne
- Nevím

Příloha č. 3 Dotazník: Prevence syndromu vyhoření u pracovníků hospice Anežky České

Dobrý den, jsem Eva Brabencová, studentka oboru sociální a pastorační práce a píší bakalářskou práci na téma: Prevence syndromu vyhoření u zdravotnického personálu hospice. Výsledky dotazníku budu porovnávat s výzkumem v Hospici Štrasburk, kde jsem byla minulý rok na měsíční praxi. Dotazník je anonymní a bude použit pouze pro moji práci do školy. Jeho součástí je inventář projevů syndromu vyhoření. Prosím Vás o jeho laskavé vyplnění.

Díky za Váš čas.

Jste

- Žena
- Muž

- Zdravotní sestra/bratr
- Ošetřovatel/ka

1. Jak zde dlouho pracujete?

- Méně než jeden rok
- 1-3 roky
- 3- 5 let
- více než 5 let

2. Víte, co je syndrom vyhoření, znáte jeho rizika?

- Ano
- Ne

3. Jak se cítíte ve své pracovním týmu?

- Velmi dobře
- Docela dobře
- Ne moc dobře
- Špatně

4. Máte při své pracovní době čas na rodinu, přátele, koníčky?

- Spíš ano
- Občas
- Spíš ne
- Vůbec ne

5. Jaké možnosti psychologické podpory můžete v práci využít?

- Supervizi
- Konzultace s psychologem
- Rozhovor s duchovním
- Rozhovor s kolegy a nadřízenými
- Jiné-
uved'te.....

6. Myslíte si, že jste v práci dostatečně oceňováni?- pochvala, povzbuzení, kladné hodnocení, uznání od nadřízených, kolegů, dalších lidí.

- Spíš ano
- Spíš ne

7. Jak hodnotíte organizaci práce? (rozpis sužeb, pracovní úkoly)

- Dobrá
- Docela dobrá
- Není moc dobrá

8. Myslíte si, že je dostatečně zajištěno zaměstnavatelem Vaše další vzdělávání v oboru paliativní medicíny? (odborné semináře, školení, knihy, časopisy, využívání internetu)

- Ano, je dostačující
- Mohlo by toho být více
- Není příliš dostačující
- Vzdělávání mi velmi chybí

9. Byl některý vzdělávací seminář v hospici věnovaný problematice syndromu vyhoření?

- Ano
- Ne

10. Domníváte se, že Vás vaše práce profesně naplňuje?

- Určitě ano
- Asi ano
- Asi ne
- Určitě ne

11. Co je pro Vás ve vaší profesi nejvíce obtížné? (možno zaškrtnout i více variant)

- Pracovní stres- mnoho pracovních úkolů a málo času
- Umírání a smrt pacientů
- Rozhovory s rodinou a pozůstalými

- Negativní emoce, se kterými odcházím domů
- Dlouhé služby a směnný provoz
- Únava a málo spánku
- Problematické skloubení práce a rodiny

12. Co považujete ve svém zaměstnání za důležité? (možno zaškrtnout i více variant)

- Odpovídající finanční ohodnocení
- Dobrý pracovní kolektiv, přátelské vztahy
- Vzdělávání
- Podpora od vedení, motivace
- Zázemí hospice
- Supervizi či jinou formu psychologické pomoci
- Kreativní způsob práce
- Hospicovou kapli

13. Co by se muselo změnit, aby jste byl/a plně v zaměstnání spokojen/a?

.....
.....

14. Uvažujete o změně zaměstnání?

- Ano
- Ne
- Nevím

Příloha č. 4 Inventář projevů syndromu vyhoření

	vždy	často	někdy	zřídka	nikdy
1. Obtížně se soustřeďuji	4	3	2	1	0
2. Nedokáži se radovat ze své práce	4	3	2	1	0
3. Připadám si fyzicky „vyždímaný/á“	4	3	2	1	0
4. Nemám chuť pomáhat problémovým klientům	4	3	2	1	0
5. Pochybuji o svých profesionálních schopnostech	4	3	2	1	0
6. Jsem sklíčený/á	4	3	2	1	0
7. Jsem náchylný/á k nemocím	4	3	2	1	0
8. Pokud je to možné vyhýbám se odborným rozhovorům s kolegy	4	3	2	1	0
9. Vyjadřuji se posměšně o příbuzných klienta i o klientech	4	3	2	1	0
10. V konfliktních situacích na pracovišti se cítím bezmocný/á	4	3	2	1	0
11. Mám problémy se srdcem, dýcháním, trávením, ap.	4	3	2	1	0
12. Frustrace ze zaměstnání narušuje moje soukromé vztahy	4	3	2	1	0
13. Můj odborný růst a zájem o obor zaostává	4	3	2	1	0
14. Jsem vnitřně neklidný/á a nervózní	4	3	2	1	0
15. Jsem napjatý/á	4	3	2	1	0
16. Svou práci omezují na její mechanické provádění	4	3	2	1	0
17. Přemýšlím o odchodu z oboru	4	3	2	1	0
18. Trpím nedostatkem uznání a ocenění	4	3	2	1	0
19. Trápí mě poruchy spánku	4	3	2	1	0
20. Vyhýbám se účasti na dalším vzdělávání	4	3	2	1	0
21. Hrozí mi nebezp., že ztratím přehled o dění v oboru	4	3	2	1	0
22. Cítím se ustrašený/á	4	3	2	1	0
23. Trpím bolestmi hlavy	4	3	2	1	0
24. Pokud je to možné, vyhýbám se rozhov. s klienty	4	3	2	1	0

VYHODNOCENÍ INVENTÁŘE PROJEVŮ SYNDROMU VYHOŘENÍ

Do níže uvedených řádků запиšte vždy vedle čísla položky počet bodů, který jste u této položky zaškrtnuli.

Potom v každé řádce sečtete výsledky pro každou **rovinu** dotazníku zvlášť.

Z dosažených hodnot v každé řádce můžete vyčíst svůj individuální stresový profil.

Maximální hodnota bodů v jedné rovině je 24, minimální - 0 bodů.

Rozumová rovina:

položky č. 1..... + č. 5..... + č. 9..... + č. 13..... + č. 17..... + č. 21..... = bodů

Emocionální rovina:

položky č. 2..... + č. 6..... + č. 10..... + č. 14..... + č. 18..... + č. 22..... = bodů

Tělesná rovina

položky č. 3..... + č. 7..... + č. 11..... + č. 15..... + č. 19..... + č. 23..... = bodů

Sociální rovina

položky č. 4..... + č. 8..... + č. 12..... + č. 16..... + č. 20..... + č. 24..... = bodů

Rovina rozumová + emocionální + tělesná + sociální..... Celkem = bodů
(podrobný popis potíží charakterizujících jednotlivé roviny uvádíme na následující stránce)

Z dosažených hodnot můžete vyčíst svůj individuální stressový profil. Maximální hodnota bodů jedné roviny je 24, minimální je 0 (u hodnot vyšších než 12 je dobré se nad výsledky zamyslet).

Součtem hodnot všech čtyř rovin získáte číslo označující celkovou míru vaší náchylnosti ke stressu a syndromu vyhoření. Maximální hodnota je 96, minimální 0 (pokud je číslo vyšší než 48, měli bychom být na pozoru).

Pamatujte, že se nejedná o hodnotící test ale pouze o orientační zjištění, ve kterých složkách osobnosti není u vás vše v pořádku.

Příloha č .5 Fotografie Hospice Štrasburk



Pohled z boku na terasu



Kaple



Atrium v prvním patře



Příloha č. 6. Fotografie Hospice Anežky České



Pohled na terasu



Kaple



Zimní zahrada

