

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství 5341

Bc. Alena Rálišová

Studijní obor: Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech

STRACH PŘI VÝKONU PROFESE VŠEOBECNÉ SESTRY

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Petra Bejvančická

PLZEŇ 2014

Prohlášení:

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

V Plzni dne 28.3.2014

.....

vlastnoruční podpis

Děkuji Mgr. Petře Bejvančické za odborné vedení diplomové práce, poskytování cenných odborných rad a za trpělivost při psaní práce. Také děkuji své rodině a přátelům za podporu po celou dobu mého studia.

ANOTACE

Příjmení a jméno: Rálišová Alena

Katedra: Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Strach při výkonu profese všeobecné sestry

Vedoucí práce: Mgr. Petra Bejvančická

Počet stran – číslované 60, nečíslované 27

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 62

Klíčová slova: Komunikace - pochybení v ošetrovatelské péči – násilí na pracovišti – strach - stres –supervize

Souhrn:

Diplomová práce se skládá ze dvou hlavních částí, teoretické a praktické. V teoretické části diplomové práce popisují pojmy vztahujících se k tématu diplomové práce, jako je komunikace, motivace, násilí na pracovišti, pochybení v ošetrovatelské péči, pracovní vztahy, prestiž, strach, stres a supervize.

Praktická část práce je zaměřena na vlastní šetření. Výsledky byly zjištěny metodou kvantitativního výzkumu a to za pomoci dotazníku. Získané výsledky prezentují v tabulkách. Výsledky výzkumu mohou pomoci všeobecným sestřám a jejich vedoucím pracovníkům. Výsledky mohou být též publikovány na odborných konferencích, nebo jako článek v odborných časopisech.

ANNOTATION

Surname and name: Rálišová Alena

Department: Department of Nursing and Midwifery

Title of thesis: Fear in the performance of the nurse profession

Consultant: Mgr. Petra Bejvančická

Number of pages – numbered 60, unnumbered 27

Number of appendices: 4

Number of literature items used: 62

Key words: Communication - errors in nursing practice – violence in the workplace - fear – stress – supervision

Summary:

The thesis is consisted of two main parts – theoretical part and practical part. The theoretical part of thesis is focused on describing of terms having relation to title of thesis, as a communication, motivation, violence in the workplace, errors in nursing practice, labor relations, prestige, fear, stress and supervision.

Practical part of thesis is focused on investigation of main aims. Results were found out using a method of quantitative research, namely using questionnaire. Obtain results are presented in tables. The all of determined hypotheses were confirmed.

Presented results could help to nurses and their supervisors. Obtain results also could be presented at specialist conferences or public in scientific journals.

OBSAH

ÚVOD	9
TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1. PROFESE VŠEOBECNÉ SESTRY.....	10
1.1. Motivace v práci všeobecné sestry.....	10
1. 1. 1 Motivačně – hygienická teorie motivace.....	12
1. 2. Prestiž v povolání všeobecné sestry.....	12
1. 3. Stres při výkonu profese všeobecné sestry.....	13
1. 4. Vztah všeobecné sestry a lékaře.....	15
2. STRACH.....	18
2. 1. Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče.....	18
2. 2. Komunikace v profesi všeobecné sestry.....	21
2. 2. 1. Komunikace s agresivním pacientem.....	24
2. 2. 2. Komunikace s umírajícím pacientem.....	26
2. 2. 3. Komunikace s pozůstalými.....	28
2. 3. Násilí na pracovišti.....	29
2. 3. 1. Mobbing.....	29
2. 3. 2. Bossing.....	33
2. 3. 3. Sexuální obtěžování.....	33
2. 4. Supervize pro všeobecné sestry.....	34
2. 4. 1. Aktéři supervize.....	34
2. 4. 2. Funkce a formy supervize.....	36
2. 4. 3. Supervize zdravotnických pracovníků.....	37
PRAKTICKÁ ČÁST.....	39
3. FORMULACE PROBLÉMU.....	39
4. CÍL A ÚKOL VÝZKUMU.....	39
5. HYPOTÉZY.....	40
6. METODIKA.....	41
7. VZOREK RESPONDENTŮ.....	42
8. PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ.....	43
DISKUZE.....	63
ZÁVĚR.....	67
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	69

SEZNAM TABULEK.....	75
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	77
SEZNAM PŘÍLOH.....	78

ÚVOD

Zdravotnictví je oborem, ve kterém díky rozvoji vědy a techniky dochází ke zlepšování péče a větším možnostem v oblasti léčby. S tímto rozvojem však stoupají nároky na poskytování ošetrovatelské péče. Všeobecným sestřám se zvyšují kompetence a tím i zodpovědnost nejen za správné provedení výkonů, ale i za ošetrovatelskou péči, kterou samostatně indikují a poskytují svým pacientům. Málokdo by si ale připustil, že i všeobecná sestra může pociťovat při výkonu své profese strach.

Téma diplomové práce jsem si zvolila pro jeho zajímavost. Během praxe jsem se setkala s členy ošetrovatelského týmu, kteří kdyby mohli znovu volit své budoucí povolání, rozhodli by se jinak. Na sestry jsou kladeny velké nároky jak ze strany pacientů, tak ze strany vedoucích pracovníků. Sestra by měla být při poskytování ošetrovatelské péče profesionální a oddělovat pracovní život od osobního, ale na druhou stranu jen těžko si dovedu představit, jak tato teorie funguje v praxi. Jsou situace, které ovlivní pohled sestry na život, ať už se jedná o každodenní konfrontaci s utrpením pacientů nebo smrtí. Prostřednictvím této práce bych chtěla zjistit, zda všeobecné sestry pociťují během své práce strach. Po pečlivém uvážení jsem zvolila kvantitativní metodu výzkumu a po provedeném šetření jsem vytvořila leták, jak eliminovat strach v profesi všeobecné sestry.

V následujících kapitolách, podkapitolách a oddílech bych ráda vystihla situace, ze kterých mohou všeobecné sestry pociťovat strach. Do své práce jsem zahrнула i téma supervize, protože právě ona může řadě sester pomoci strach eliminovat nebo proti němu bojovat.

Při vypracování diplomové práce jsem vycházela z literatury a zdrojů uvedených v seznamu literatury.

TEORETICKÁ ČÁST

1. PROFESE VŠEOBECNÉ SESTRY

1.1 Motivace v práci všeobecné sestry

Pojem motivace vychází z latinského slova *movere*, neboli pohybovat se. Způsobuje, že je člověk aktivní v dosahování určitého cíle a dává našemu jednání a chování smysluplnost. Jedná se o skupinu podnětů, které ovlivňují naše chování. Proto, abychom vykonali činnost, tak musíme být motivováni a k tomu slouží motivy, které rozdělujeme na vnější a vnitřní. (Holeček, Miňhová, Prunner, 2007, s. 122)

Mezi nejčastější motivy patří potřeby, touhy, pudy, instinkty, ideály a povinnosti. Každý z nás k tomu, aby vykonával svou práci, by měl mít více motivů, než pouze jeden. Motivaci můžeme považovat za bránu k úspěšnému kariéernímu postupu. (Dlugošová, 2011, s. 22 – 23)

Samotný proces motivace začíná podnětem, který nás ovlivňuje buď pozitivně, nebo negativně, poté dojde k vyhodnocení podnětu a rozvine se potřeba a v tomto momentě musíme přizpůsobit své chování tak, aby došlo k jejímu uspokojení. Základem motivace jsou příjemné pocity. Činnosti, které jsou pro nás příjemné, se snažíme vykonávat častěji, než ty činnosti, které jsou nepříjemné a kterým se záměrně vyhýbáme. Naší snahou je udržovat stále saturované potřeby. (Floriánová, 2013, s. 13)

Motivace se během našeho života pomalu mění. To co je pro nás důležité nyní, pro nás nebude důležité za pár let a obráceně. Většina lidí například považuje za důležité peníze a profesní růst, ale s odstupem času možná začnou přehodnocovat svůj život a uvědomí si, že je pro ně důležité třeba zdraví. (Plamínek, 2005, s. 80)

V profesi všeobecné sestry je velice důležité, aby motivace pro výkon povolání vycházela z obou typů motivace. Důležitější jsou ovšem vnitřní motivy, kdy chceme pomáhat druhým lidem a vnímáme svou práci jako poslání. Každý může účinně motivovat jen sám sebe, proto jedním z hlavních motivů je naplnění potřeb každého z nás.

Každý zdravotník by měl být ve své práci spokojený, aby mohl poskytovat takovou péči, kterou si pacienti zaslouží a aby byl oporou každému, kdo potřebuje vlídné slovo

a povzbuzení. Definovat pracovní spokojenost můžeme různě třeba tak, že se jedná o pohánějící sílu, která může zdravotníka v práci podporovat, nebo mu může klást i překážky. (Vévoda, 2013, s. 13)

Další možnou definicí je, že se jedná o začlenění do pracovního procesu, kde se odráží zájem zdravotníka o svou práci a postavení profese v jeho životě. Zahrnuje tedy vztah k práci, pracovním podmínkám a kolektivu spolupracovníků. (Plevová, 2012, s. 162)

Jak jsem se již zmínila na začátku kapitoly, tak pro motivaci jsou velmi důležité motivy, které se vyskytují i v souvislosti s motivací v práci. Jedná se o vnitřní motivy, které jsou součástí práce a nevychází z vnějších podnětů. Výkon profese všeobecné sestry nás uspokojuje sám o sobě, pečujeme o pacienty z vlastního přesvědčení. Opakem jsou vnější motivy práce, kdy je u nás motivace vyvolána vnějšími podněty, třeba výplatou, osobním ohodnocením atd. Proto, aby všeobecná sestra manažerka správně motivovala sestry pracující na oddělení, měla by znát jejich hodnotovou orientaci, tedy aspekty, které považují za důležité. Tyto hodnoty poté významně ovlivňují naši práci a přispívají k celkovému rozvoji zdravotnického zařízení. (Vévoda, 2013, s. 16)

Ošetřovatelství je dynamický obor, kterému se věnují převážně ženy. Žena je již od pradávna považována za symbol obětavosti, vytrvalosti a nositelky energie. Profesi všeobecné sestry si zvolíme náročnou, ale krásnou cestu, během které dojde k rozvoji naší osobnosti a na jejímž konci se můžeme ohlédnout plní spokojenosti za úctyhodným posláním. Sestrou by se neměl stát jen tak někdo. Měla by to být osobnost, která zná svůj hodnotový žebříček a má svou práci ráda, protože bude na denním pořádku konfrontována s utrpením pacienta a jeho nejbližších. Práce sestry je krásná, ale náročná. Jsou situace, které zasáhnou do života každého z nás. Pro sestru je touto situací nejspíše péče o umírajícího pacienta, kdy stojí tváří v tvář bezmocnosti a právě v těchto chvílích je pro pacienta velice důležité, aby sestra projevila laskavý a citlivý přístup. Každá taková situace je pro sestru přínosem, přestože to tak možná nevnímáme. Důležitým aspektem při výběru povolání je motivace. Faktory, které nejvíce ovlivňují motivaci pro práci všeobecné sestry, jsou ochota pomáhat, náplň práce sestry, psychické nároky a stres. (Zacharová, 2010, s. 30-31)

Poprvé se výzkum pracovní spokojenosti a motivace u zdravotnických pracovníků začal objevovat ve 30 letech 20. století a v současnosti se jedná o velmi často sledovaný a hodnocený jev. Byla provedena celá řada šetření, které poukázaly na nejčastější hodnoty, které by sestry chtěly mít pro lepší pracovní spokojenost a motivaci. Mezi tyto faktory

můžeme zařadit méně stresující a fyzicky náročnou práci, větší finanční ohodnocení, možnost kariérního růstu, čas na osobní život, méně pracovních hodin a přesčasů a pravidelně se střídající směny. (Vévoda, 2013, s. 19 - 20)

1. 1. 1 Motivačně-hygienická teorie motivace

Významnou osobností pracovní motivace byl zakladatel dvoufaktorové teorie Frederic Herzberg, který stanovil skupiny dvou faktorů. První skupinu tvoří hygienické faktory, kam mohou spadat pracovní podmínky, mzda a vztahy na pracovišti. Dle provedeného výzkumu Herzberg zjistil, že v případě jsou-li tyto faktory zajištěny, tak nejsou zaměstnanci vnímány. Pouze v situacích, kdy některý z výše jmenovaných faktorů je neúplný nebo dokonce chybí, tak se objevuje pracovní nespokojenost. Druhou skupinou jsou vnitřní faktory, jako uspokojení z vykonané práce. Tyto faktory jsou považovány za základní východisko pracovní motivace a proto, aby sestra manažerka mohla ovlivňovat tyto motivy, musí vycházet z hodnotového žebříčku každého pracovníka a na jeho základě motivačně působit. Z toho vyplývá, že v momentě, kdy bude působeno na jiné motivy, než které konkrétní zdravotník považuje za důležité, motivace je neúčinná. Výsledkem Herzbergerova zkoumání bylo pojmenování 14 faktorů, které jsou vzájemně propojeny. Mezi faktory patří uznání, úspěch, možnost profesionálního růstu, povýšení, mzda, odborné vedení, strategie zařízení, mezilidské vztahy, odpovědnost, pracovní podmínky, profese, osobní život, pozice a bezpečnost práce. (Vévoda, 2013, s. 32-33)

1. 2 Prestiž v povolání všeobecné sestry

Prestiž definujeme jako dobrou pověst spojenou s úctou a vlivem. Jedná se o ukazatel statusu každého člověka. Úzce souvisí se vzděláním, finančním příjmem a životním stylem. Veřejnost většinou nerozlišuje různé obory nelékařských zdravotnických pracovníků, ale všechny tyto obory vnímá jako jeden. Názor společnosti na profesi všeobecné sestry je do jisté míry ovlivněn i mediálními prostředky. Uvedme například seriál Ordinace v růžové zahradě, který má do reality hodně daleko, alespoň co se týká výkonů, vztahů na pracovišti a vystupováním sestry. Přestože každý zdravotník vnímá, jak jsou některé scény absurdní, tak laická veřejnost je vnímá jako pravdivé, reálné a důvěryhodné. Zvyšovat prestiž svého povolání bychom tedy měli hlavně my sami. Pomoci nám může vzdělání, oceňování své práce a práce ostatních kolegů z jiných oborů,

znalosti, dovednosti, odpovědnost a rozšiřující se kompetence v našem oboru. Sestra má dostatek znalostí a svůj vlastní úsudek a tak by s ní mělo být zacházeno. Prestiž sester souvisí i s chováním lékařů, které ale bohužel nezměníme. Tak jako my nechceme, aby s námi lékaři zacházeli jako s pomocným personálem, tak ani my bychom neměly zacházet s nám podřízeným personálem jako se sluhy. Výsledkem zvýšení prestiže bude zájem studentů o studium ošetrovatelství a ostatních nelékařských zdravotnických oborů. (Makyšková, 2010, s. 7)

Důležitým předpokladem pro výkon profese je empatie. Zařazujeme jí do efektivní komunikace. Znamená schopnost manipulovat s našimi emocemi a vcítit se do pocitů druhé osoby. Empatie je správná jen v určité míře. Jedná se o záměrnou činnost, pomocí které se snažíme pochopit pacienta. Každý zdravotník by měl své empatické dovednosti postupně zdokonalovat. Setkáváme se s ní v každodenním životě. Empatie se projevuje ve verbální i neverbální komunikaci a je do jisté míry závislá na našem porozumění pocitům pacienta a reagováním na ně. Měla by se uplatňovat všude tam, kde je důležitý kontakt s druhými lidmi. (Kutnohorská, Cichá, Goldmann, 2011, s. 48 – 49)

1. 3 Stres při výkonu profese všeobecné sestry

Na sestru jsou kladeny velké požadavky, ať už se jedná o vzdělávání nebo o zvyšování náročnosti ošetrovatelské péče o pacienty. Zdravotnictví je neustále se vyvíjejícím oborem a sestra musí poskytovat péči podle nejnovějších poznatků.

Práce všeobecné sestry je náročná jak po fyzické, tak psychické stránce. Po fyzické stránce dostává zabrat hlavně náš pohybový systém. Během některých výkonů musíme manipulovat s pacienty, proto je velkou výhodou využití technických pomůcek. Sestra každodenně prožívá bolest a utrpení nemocných a tato velká psychická zátěž ohrožuje každou sestru vznikem syndromu vyhoření, proto bychom měly nalézat rovnováhu mezi energií a prožívajícím stresem. (Komačková, 2009, s. 26-28)

Světová zdravotnická organizace vytvořila souhrn příznaků, které se vyskytují při stresu. Rozdělila je na do tří hlavních oblastí: fyziologické, psychologické a behaviorální. Mezi behaviorální symptomy, které se objevují v našem chování, můžeme zařadit nerozhodnost, změnu biorytmu, zvýšenou nepozornost, zvýšenou snahu vyhnout se činností, změny ve stravovacích návycích a v poslední řadě zde může být i zvýšená konzumace cigaret, alkoholu a drog. Do psychologických symptomů spadají změny nálad,

zvýšená úzkostnost, únava, omezování kontaktu s druhými lidmi a neschopnost projevovat emoce. Fyziologické příznaky jsou charakteristické palpitací, bolestí hlavy, zvýšeným svalovým napětím, změnami menstruačního cyklu a mohou se vyskytnout i vyrážky. (Křivohlavý, 2010, s. 22 - 23)

Stres můžeme rozdělit na eustres a distres, přičemž eustres je pozitivní, protože při jeho působení se mobilizují naše síly a dosahujeme vynikajících výsledků. Naopak distres je negativní stres, který náš výkon oslabuje a vzniká riziko poškození organismu. (Holeček, Miňhová, Prunner, 2007, s. 182 - 183)

Stres je způsoben stresory, které na člověka neustále působí. Pod pojmem stresor rozumíme situaci, kdy jsou na nás kladeny velké nároky a očekávání. Naproti stresorům stojí salutory, které pomáhají člověku zvládat stresové situace. Aby člověk nebyl ve stresu, tak by musely být salutory a stresory ve vzájemné rovnováze. (Křivohlavý, 2010, s. 25)

Všeobecná sestra může pociťovat pracovní stres v souvislosti s rolí, které zastává, kdy dochází k jejich konfliktu. Zastává například roli matky, manželky, dcery, studentky a samozřejmě roli profesionála v poskytování ošetrovatelské péče. Dále může pociťovat stres během výkonu svého povolání, související s vysokou mírou odpovědnosti a pracovního vytížení. Stresovou situací může být i nevhodná organizace práce. (Bártlová a kol., 2011, s. 33)

Z výše uvedeného tedy vyplývá, že práce sestry je spojena s celou řadou stresových situací. Za stresory v práci všeobecné sestry lze považovat zatížení pohybového aparátu, nepravidelnost ve stravování, směny, přesčasy, odpovědnost, udržení pozornosti, flexibilita, samostatné rozhodování, nízké hodnocení a neustálý tlak zvyšovat vzdělání. V péči o pacienta můžeme za stresory považovat setkávání se s utrpením nemocných, pocity bezmocnosti, komunikace s pacienty a jejich příbuznými a zacházení s důvěrnými záležitostmi každého pacienta. Sestra může omezit výskyt těchto stresových situací účastněním se supervizí, podporováním týmové spolupráce a komunikace. (Bártlová a kol., 2011, s. 34)

Nejvíce se stres u všeobecných sester projevuje únavou, bolestmi zad, poruchami spánku, bolestmi hlavy a změnami nálad. Méně se potom objevují příznaky, jako jsou poruchy pozornosti, úzkost a nechutenství. (Bohutínská, 2005, s. 18)

Aby sestry byly schopné vykonávat práci dle požadavků, které jsou na ně kladeny, měly by se v kolektivu spolupracovníků cítit dobře. Výběrem profese všeobecné sestry vlastně rozhodneme o tom, že budeme zbytek života trávit zejména v ženském kolektivu,

který je poměrně náročný a má svá specifika. V práci trávíme část našeho života, a proto bychom si měli uvědomit, že sejde-li se kolektiv žen, jedná se o časovanou bombu, protože můžeme očekávat konflikt. Typickými znaky ženského kolektivu je upovídání a závistivost, proto velmi často dojde k rozdělení kolektivu na více skupin. (Sýkorová, 2005, s. 12)

V ženském kolektivu může docházet k interpersonálním konfliktům, které mohou probíhat na vertikální rovině mezi nadřízeným a podřízeným nebo v horizontální rovině mezi spolupracovníky. Takový konflikt můžeme vyřešit tak, že dojde ke zlepšení celé situace nebo daná situace sníží náš výkon a bude působit jako stres. Za možnou příčinu těchto konfliktů lze považovat špatnou organizaci práce a nedostatečný vztah k práci. (Šusterová, 2009, s. 24)

Abychom účinně bojovali proti stresu, tak musíme znát naši vlastní reakci na stres a pojmenovávat stresory. Jedině tak získáme potřebné schopnosti pro zvládnutí stresu. (Komačková, 2009, s. 26-28)

Samozřejmě, že stresu se dá předcházet a můžeme proti němu účinně bojovat a to tím, že při řešení situace zachováme chladnou hlavu, hledáme kladné stránky situace a hledáme pomoc u rodiny a přátel. (Křivohlavý, 2010, s. 27)

Snažíme se pečovat o naše duševní zdraví, kam zařazujeme spánek, který by měl být kvalitní. Vždy bychom měli mít na paměti, že i fyzický pohyb, správné dýchání a zdravá výživa významně eliminují stres. (Šusterová, 2009, s. 24)

1. 4 Vztah všeobecné sestry a lékaře

Všeobecná sestra spolu s lékařem zastává důležitou roli v léčbě onemocnění. Její kompetence spadají zejména do oblasti edukace, užívání léků, dietních opatření a uspokojování potřeb pacienta. Její snahou je propojit teoretické poznatky s praktickými dovednostmi, aby došlo u pacienta k efektivní léčbě. (Raudenská, 2011, s. 282)

Mezilidské vztahy na pracovišti jsou složité. Zvláště vztah lékařů k sestrami je ve většině situací žalostný. Sestry vykonávají odborné výkony, ale protože je nedostatek pomocného personálu, tak jsou mnohdy nuceny provádět činnosti, které nespádají pod jejich erudici. Přesto všechno se drtivá většina lékařů dívá na sestry skrze prsty. Nevnímají fakt, že jsme partneři a společně usilujeme o uzdravení pacientů. (Ovátková, 2009, s. 7)

Celá řada faktorů ovlivňuje vztah mezi sestrou a lékařem. Jedním z těchto faktorů je pracovní prostředí, které zastává významnou roli. Ovlivňuje zejména spokojenost sester a lékařů v zaměstnání. Spokojenost eliminuje riziko vzniku konfliktů na pracovišti. V tomto případě se jedná o nemocniční prostředí, které působí na výkon, fluktuaci a stabilizaci zaměstnanců. O kvalitním pracovním prostředí hovoříme tehdy, jsou-li uspokojovány požadavky zdravotníků a potřeby pacientů. (Bártlová, Chloubová, Trešlová, 2010, s. 55 – 56)

S pracovním prostředím úzce souvisí bezpečnost práce. Povolání všeobecné sestry zařazujeme k nejrizikovějším ze zdravotnického hlediska. Nemocniční prostředí je zasaženo infekčními chorobami, radioaktivním zářením a chemickými látkami. (Bártlová, Chloubová, Trešlová, 2010, s. 58 – 59)

Druhou skupinou faktorů je organizační struktura daného zařízení. Zde je největším kamenem úrazu dvojí podřízenost sester, kdy jsou sestry podřízené managementu ošetrovatelské péče a lékařům. Třetí skupinu tvoří role ženy, kdy profesi všeobecné sestry vykonávají převážně ženy. Většina žen po nástup do práce počítá s mateřstvím a dochází tak k časté fluktuaci sester. Právě to může být lékaři chápáno, že sestra je na oddělení jen dočasně. Asi nejvýznamněji vztah mezi sestrou a lékařem ovlivňuje pohled lékařů na sestry. Lékařská profese je veřejností i samotnými lékaři vnímána jako dominantní, zatímco ošetrovatelství představuje podřazenou profesi, kdy sestry vykonávají jen „pomocnou“ péči o pacienty. S tímto přístupem je spojen nižší respekt lékařů k sestram, které mají pouze plnit jejich příkazy a ordinace. (Bártlová, Chloubová, Trešlová, 2010, s. 59 – 60)

Výše uvedené faktory jsou klíčovými v pracovních vztazích mezi lékaři a sestrami. Pozitivní vztahy jsou základem k dobré spolupráci na oddělení, ale i mezi ostatními odbornými pracovníky. Pracovní vztah je činnost lidí v určité skupině a vyžaduje harmonickou spolupráci a využití všech podob komunikace. Pokud vztah mezi sestrou a lékařem bude dobrý, tak i poskytovaná péče pacientům bude kvalitní a na vysoké úrovni. Sestry pracují ve dvanáctihodinových směnách a jsou vystaveny velké zátěži, která může vést k negativním až impulsivním reakcím. V důsledku nedostatku všeobecných sester se zvyšují přesčasy, stres, riziko vzniku syndromu vyhoření a konflikty. (Bártlová, Chloubová, Trešlová, 2010, s. 63 – 64)

K upevnování pracovních vztahů může sloužit neformální setkávání zdravotnických pracovníků v rámci různých akcí pořádaných odděleními. Významnou roli lze přikládat

i vědomostem, dovednostem, osobnosti a vzdělání sester a lékařů. Sestry usilují o to, aby byly chápány jako partneři lékaře, nikoliv jako pomocný personál. (Bártlová, Chloubová, Trešlová, 2010, s. 65)

2. STRACH

Strach je nedílnou součástí našeho života. Lidstvo se již v dávných dobách snažilo o zmírnění a zvládnutí strachu. Využívali převážně náboženství, magii a vědu. Většina lidí se i dnes zabývá myšlenkou, zda bychom mohli žít beze strachu. Zároveň bychom si ale měli uvědomit, že se jedná o součást lidské existence. Každý z nás má snahu se mu vyhýbat ale je to realita, se kterou se musíme smířit, obdobně jako se smrtí. Strach může být u každého z nás vyvolán něčím jiným. V současné době můžeme strach ovlivňovat pomocí medikamentů. (Riemann, 2007, s. 12)

Strach na lidský organismus může působit dvěma odlišnými situacemi. Na jedné straně nás může pocit strachu vyburcovat k aktivitě a na druhé straně nás může ochromit. Strach je varovný aspekt blížícího se nebezpečí, ale zároveň je i výzvou k jeho překonání. Strach se u každého projevuje jinak, individuálně. Mezi fyziologické příznaky lze zařadit svalové napětí, závrať, nevolnost, rozřesenost, bolest hlavy, tlak na hrudi, nadměrné pocení, bušení srdce, poruchy spánku až úzkostné stavy a zažívací potíže.

Úzkost je projevem nadměrných a nepřiměřených obav. Jedná se o pocit trvalého psychického napětí a nemá reálný podklad. Těžko dokážeme definovat, co nám úzkost působí. Často vede ke strnulosti a člověk není schopný jakéhokoliv pohybu. Podkladem pro úzkost mohou být myšlenky na budoucnost, zaměřují se na zdraví a smrt.

Strach je tedy normální záležitost, ale pokud přeroste určitou hranici, je již neúnosný. Pokud tento stav přetrvává delší dobu a intenzivně působí na náš organismus, tak je zde riziko rozvinutí úzkostného stavu, který bývá ovlivněn stresem. Tento stav významně komplikuje a zasahuje do života jednice a způsobuje nelehké životní podmínky. (Prokopová, 2011, s. 4 – 5)

V následujících podkapitolách jsem se pokusila přiblížit situace, se kterými se všeobecné sestry během výkonu své profese setkávají a které by u nich mohly způsobovat strach.

2.1 Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče

Drtivá většina společnosti považuje za nejdůležitější hodnotu zdraví. Zdraví člověka je chráněno právními předpisy nejvyšší právní síly. Uchováním a navrácením zdraví

se potom zabývají právní předpisy nižší právní síly. Nevhodné chování každého zdravotníka může být postihováno sankcemi. (Vondráček, Vondráček, 2006, s. 7)

Všeobecné sestry mají stejná práva a povinnosti, jako každý jiný, ale volbou svého povolání ovšem získávají i nová práva a povinnosti související s výkonem profese. Jedním z těchto povinností je i odpovědnost. (Vondráček, Vondráček, 2006, s. 11)

Vykonávat profesi všeobecné sestry může ten, kdo získá odbornou způsobilost, je zdravotně způsobilý a bezúhonný. Tyto podmínky jsou stanoveny zákonem a zajišťují poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. (Vondráček, 2005, s. 61)

V souvislosti s pochybením ve zdravotnictví je důležité si uvědomit, že pochybit může kdokoliv z personálu. Termínem sorogenie je označováno zhoršení zdravotního stavu, které je zapříčiněno nevhodnou intervencí všeobecné sestry. Dále rozlišujeme iatrogenii, kde nesprávnou intervencí poškodí pacienta lékař. Zdravotní stav pacienta může být negativně ovlivněn i spolupacientem nebo léčitелеm, který nemá požadovanou kvalifikaci a pacient mu důvěřuje. (Bártlová a kol., 2011, s. 71-72)

Zejména ve vyspělých zemích se můžeme setkat s často používaným termínem mimořádná událost, kterou lze definovat takto:

„Mimořádná či nežádoucí události je jakékoli poškození pacienta nebo jen riziko tohoto poškození způsobené činností zdravotnického či nezdravotnického personálu zdravotnického zařízení, nikoli onemocnění či úraz pacienta.“ (Bártlová a kol., 2011, s. 72)

Nejznámější a nejvíce v praxi používané je dělení pochybení do tří skupin. První skupinu tvoří téměř pochybení, kdy se na poslední chvíli podaří zabránit poškození pacienta nebo majetku zdravotnického zařízení. Příkladem spadajícím do této skupiny může být, že všeobecná sestra, která má dle ordinace lékaře podat pacientovi infuzi a před samotnou její aplikací si ověří identifikaci nemocného. Nedojde tak k podání infuze nesprávnému pacientovi, kterého by mohla poškodit. Druhou skupinou je nežádoucí událost bez následků, která je charakteristická tím, že k samotnému pochybení ze strany všeobecné sestry došlo, ale zdravotní stav pacienta nebo majetek zdravotnického zařízení nebyly poškozeny. Jako příklad bychom si mohli uvést podávání léků. Všeobecná sestra má dle ordinace lékaře podat např. Letrox 100mg 1tbl., ale podá pouze Letrox 50mg tbl. Ze strany sestry tedy došlo k pochybení v dávce léku, ale pacientovi významně neublížila. Třetí nejnebezpečnější skupinou je nežádoucí událost s následky, kdy pochybení způsobilo pacientovi újmu na zdraví až smrt nebo došlo k poškození majetku zdravotnického

zařízení. Uveďme si příklad, kdy všeobecná sestra podá pacientovi nesprávnou transfuzi, která u něj vyvolá anafylaktický šok popřípadě smrt. (Bártlová a kol., 2011, s. 72)

Pokud k pochybení ze strany personálu zdravotnického zařízení dojde, je nutné vše zdokumentovat a najít příčinu proč k pochybení došlo. Příčinu poté můžeme odstranit, aby se pochybení již příště neopakovalo. Faktory, které se podílejí na vzniku pochybení, rozdělujeme na lidský faktor, jehož příčinou je nedostatek vědomostí, dovedností nebo nedodržení pravidel a latentní neboli skrytý faktor, kdy člověk svým rozhodnutím způsobí pochybení. Nejčastěji k pochybení zdravotnického personálu může vést podceňování rizika a nedostatečné se zamýšlení nad výkony, které již provádíme automaticky. (Bártlová a kol., 2011, str. 74)

Jak jsem se již zmínila, tak při každém pochybení je důležité vše zaznamenat do dokumentace. Vždy musí být tato závažná událost písemně zaznamenána. Dokumentace by měla obsahovat: jméno pacienta a zdravotnického personálu, datum, hodinu, místo vzniku události, detailní popis situace, preventivní opatření, která byla provedena a jméno osoby, které byla celá událost nahlášena. (Bártlová a kol., 2011, s. 75)

Prioritou při poskytování ošetrovatelské péče by mělo být zajištění bezpečnosti pacientů a získání si jejich důvěry. (Bártlová a kol., 2011, s. 76)

Každý zdravotník by měl přijmout odpovědnost za poskytovanou péči a za chyby, kterých se může během výkonu svého povolání dopustit. (Bártlová a kol., 2011, s. 78)

Existují dvě organizace, které se snaží zlepšit poskytovanou ošetrovatelskou péči. Patří k nim Světová aliance pro bezpečí pacientů a Lucemburská deklarace k bezpečí pacientů. (Bártlová a kol., 2011, s. 78)

Všeobecná sestra nese odpovědnost za poskytovanou ošetrovatelskou péči. Touto odpovědností rozumíme přijetí sankce za námi způsobené protiprávní jednání. (Vondráček, Wirthová, 2009, s. 27)

Všeobecná sestra je povinna poskytovat ošetrovatelskou péči lege artis dle stanovených standardů. Pod pojmem lege artis si představme péči, která je v souladu s odbornými pravidly nebo současnými dostupnými poznatky lékařské vědy. Součástí postupu lege artis je správné zaznamenávání do zdravotnické dokumentace, správná indikace daného výkonu a důsledná edukace pacienta. Pokud se ale výkonem nedosáhne ke zlepšení zdravotního stavu pacienta nebo jeho požadovaného výsledku, neznamená to, že byl výkon proveden non lege artis. (Vondráček, Wirthová, 2009, s. 39-40)

Sestry, které nechtějí provádět výkon, který je proti jejich přesvědčení nebo náboženství, jako například potrat, tak může sestře zdravotnické zařízení vyhovět. Nesmí být ovšem ohrožen život pacienta nebo chod oddělení či kliniky. (Vondráček, Wirthová, 2009, s. 41)

Přestože výkon naordinuje lékař, tak sestra nemá oprávnění ho provést bez souhlasu pacienta. Pacient musí vždycky dát zdravotnickému zařízení souhlas s preventivním, diagnostickým a léčebným výkonem. V současné době se více upřednostňují souhlasy v písemné formě, ale mohou být i ve verbální podobě. Vždy je důvěryhodnější souhlas, který je aktuální, nikoliv souhlas pacienta, který kdysi dávno dal ke konkrétnímu výkonu. Pokud se pacient rozhodl před deseti lety, že pokud u něj bude diagnostikovaný infarkt myokardu, tak podstoupí operaci srdce, tak i přestože k danému výkonu dal souhlas již před deseti lety, tak zdravotnické zařízení musí od pacienta dostat souhlas aktuální. (Vondráček, Wirthová, 2009, s. 35)

Jednou z povinností zdravotnického pracovníka je povinná mlčenlivost. Vztah sestry a pacienta je založen zejména na důvěře. Pacient sděluje sestře své osobní a intimní skutečnosti, u kterých předpokládá, že nebudou dále šířeny. Porušení této povinnosti je veřejností i odborníky vnímáno jako porušení etiky a právních předpisů. Nejčastěji k porušování mlčenlivosti dochází na sesterně a to slovně nebo po telefonu. (Vondráček, Wirthová, 2009, s. 59-60)

Nejenže by se každá sestra měla vzdělávat ve svém oboru, aby prohlubovala své znalosti a dovednosti, ale vzdělávat by se měla i v jiných oborech, k nimž bezesporu patří právo ve zdravotnictví. Ošetrovatelské péče by měla být prováděna lege artis neboli odborně. V současném zdravotnictví čím dál tím více výkonů provádí nelékařský zdravotnický personál, tudíž se zvyšují jeho kompetence a roste nezbytnost chápat právo jako součást zdravotnické profese. Za příčiny lze považovat omezené ekonomické možnosti, omezení v oblasti lidských zdrojů a celou řadu dalších faktorů. (Merhautová, 2009, s. 10)

2.2 Komunikace v profesi všeobecné sestry

„Sestra používá dovednost komunikovat s pacientem jako součást profesionálního vybavení. Schopnost komunikovat slouží k navázání a rozvíjení kontaktu s pacientem.“ (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 11)

Jak vyplývá z výše uvedeného sdělení, tak nezbytnou součástí profese všeobecné sestry je komunikace. Při kontaktu s pacientem ovšem nevystačíme jen s komunikací, kterou běžně používáme. V komunikaci by měla sestra využívat teoretické poznatky z psychologie osobnosti, kde posuzuje vlastnosti osobnosti a temperament, které nám mohou pomoci při odhadování reakce nemocného. Dále by měla mít znalosti z vývojové psychologie, protože se během své práce setkává s různými věkovými skupinami. Samozřejmě, že úspěch nezávisí jen na znalosti zásad správné komunikace, ale velmi záleží i na prostředí a na vystupování sestry. Pacient vlastně prostřednictvím komunikace sděluje sestře své pocity, přání a potřeby, proto je za základní požadavek považována schopnost naslouchat, tedy vnímat co, jak, kdy a proč nám pacient říká. Během komunikace by se každá sestra měla snažit získat důvěru pacienta, projevit empatii, porozumění, úctu k osobnosti nemocného a přistupovat k jednotlivým pacientům individuálně. Nejčastější metodou využívanou při komunikaci ve vztahu sestra a pacient je rozhovor, tedy záměrný dialog, kdy zjišťujeme důležité informace o pacientovi, které zaznamenáváme do ošetrovatelské dokumentace. Před samotným začátkem rozhovoru bychom měli mít jasně definovaný cíl. Pokud si sestra nezíská důvěru, nedosáhne vzájemné spolupráce, která je nezbytná pro úspěch léčebného programu. (Tutková, 2007, s. 22)

Hlavními funkcemi komunikace je informování, vysvětlení, naučení, ovlivnění a pobavení ve smyslu rozveselení. Komunikaci definujeme jako přenos informací, myšlenek a pocitů, ale aby byla účinná, je třeba jí aktivně naslouchat. Rozlišujeme 2 základní podoby komunikace: verbální a nonverbální, vedle těchto dvou nejvíce zmiňovaných existuje ještě grafická komunikace neboli psaný text a symboly. (Bednářová, 2010, s. 16)

Zvláštní podobou je komunikace činy, kdy naše sdělení by mělo být v souladu s činy. Pokud pacientovi slíbíme, že se za ním přijdeme podívat znovu za hodinu, ale slib nedodržíme a nepřijdeme, tak se významně změní okolnosti našeho vztahu. Pomocí činů lze působit na pacienta pozitivně i negativně. (Kopecká, 2012, s. 53)

Ve smyslu pozitivním mluvíme o evalvací, kdy pacientovi projevujeme úctu a vážíme si jej jako osobnosti. Je považována za základ mezilidských vztahů a posiluje sebevědomí. Opakem je negativní působení neboli devalvace, kdy pacientovi neprojevujeme potřebnou úctu, ponižujeme ho a vytváříme nevhodné mezilidské vztahy. Výrazně dochází

ke snižování sebevědomí a může vést k rozvoji psychosomatického onemocnění. (Kopecká, 2012, s. 118 – 119)

Proces komunikace zahrnuje osobu, která něco sděluje, osobu, která tuto informaci přijímá a komuniké neboli obsah sdělení. Dále rozlišujeme komunikační kanál, který vyjadřuje způsob, jak se informace dostává k příjemci zprávy. Nejdůležitější je však zpětná vazba, při které příjemce vyjadřuje svůj názor na sdělení. Komunikace může být ovlivněna vnějšími a vnitřními rušivými faktory, které celý proces komunikace narušují a mohou zabránit porozumění sdělení. Mezi tyto faktory lze zařadit hluk v místnosti, kde komunikace probíhá, zapnuté rádio, ostré světlo, vysoká nebo nízká teplota v místnosti, únava, hlad a bolest. Abychom se těmto faktorům vyhnuli, je velice důležité při komunikaci s pacientem zajistit klidné prostředí s optimálními podmínkami. Nesmíme zapomenout ani na výše zmiňovanou bolest, která významně ovlivňuje spolupráci s nemocným a společnou komunikaci. (Kopecká, 2012, s. 49 – 51)

Během svého povolání se sestra může setkat s různými pacienty. Jedním z těchto typů může být „obtížný pacient“. Pod označením si představme perfekcionalistického nebo svádějícího pacienta. Perfekcionalistický nebo se také setkáme s názvem rigidní pacient, chce mít každou situaci a činnost plně pod svou kontrolou. Neustále zjišťuje, koho by mohl poškodit a zpochybňuje názor všech, kromě sestry, se kterou právě hovoří. Takový pacient je velice úzkostný a získává pocit, že žádná sestra o něj není schopna odborně pečovat. V okamžiku, kdy se s tímto pacientem setkáme je velice důležité jeho názor nevyvracet, ale ani s ním nesouhlasit. Odpověď by měla být neutrální, aby sestra jako profesionálka nepomlouvala svou kolegyni a nevyvolala konflikt. Situaci nemůžeme hodnotit, pokud jsme se jí nezúčastnili. Za druhého obtížného pacienta lze považovat svádějícího nemocného, se kterým se může setkat každá z nás a to bez rozdílu věku. Většinou bychom nejspíše reagovali studem, útekem ze situace nebo se pacientovi záměrně vyhýbali, ale ani jedno z těchto možných řešení není vhodné. Nejlepším způsobem, jak ze situace profesionálně vybruslit je navrhnout pacientovi rozhovor o sexualitě, kterého se pacient zalekne a rozhovor rychle ukončí. Ovšem, aby všeobecná sestra uměla hovořit o sexualitě otevřeně, tak musí být tématu přístupná a nesmí se ho bát. (Dynáková, 2005, s. 14)

2. 2. 1 Komunikace s agresivním pacientem

Pokud se všeobecná sestra setká během své profese s agresivním pacientem, měla by se zamyslet nad příčinou takového chování. Může být ovlivněno bolestí, samotou, protože se nachází daleko od svých blízkých nebo jen nemá možnost zvládat zátěž svým způsobem. Každý zdravotník by měl projevovat zájem o pacienta a dát mu najevo své porozumění. Jedině tak můžeme očekávat úspěch ve spolupráci. (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 81)

Agresivní chování pacienta se projevuje různě. Třeba hostilním způsobem komunikace až projevy násilí. Ohroženi jsou spolupacienti, zdravotníci i rodinní příslušníci. Příčinou může být strach pacienta, zklamání, pocit nespravedlnosti, bezmoc nebo psychopatické rysy jedince. (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 81 - 82)

Pod pojmem agresivní komunikace si můžeme představit záměrné překračování práv a hranic druhého člověka. Sestra může neúmyslně vyvolat agresivitu u pacienta, když bude v jeho zájmu provádět výkon, který pacient nebude chtít nebo mu bude nepříjemný. Takovým příkladem může být výměna plenkových kalhotek a hygiena. Sestra provede tento výkon a tím je považována za agresora a pacient na něj samozřejmě reaguje agresivní komunikací. (Dynáková, 2005, s. 20)

Rozlišujeme několik druhů agrese. Sublimovanou agresi, pro kterou je charakteristické, že se agresivita odráží v činnostech, které nejsou chápány negativně. Tato agrese se může například odrážet ve výběru povolání chirurga. Dalším druhem je převrácená agrese, kdy dochází k jejímu maskování přehnanou péčí. Příkladem může být přehnaná péče, kterou sestra poskytuje pacientovi, který je jí nepříjemný nebo z něho má dokonce strach. Přenesená agrese představuje přenášení agresivity z osoby, ke které si ji nemohu dovolit, jako je vedoucí pracovník na pacienta. Dalším druhem je agrese označována jako zadržovaná, která je typická pouze výhrůzkami, nikoliv činy. Pokud sestra během výkonu svého povolání provádí pacientovi celou řadu výkonů, které jsou pro něho nepříjemné, a odůvodňuje tyto činnosti, že jsou v pacientův prospěch, potom mluvíme o racionalizované agresi. Posledním neméně závažným druhem je autoagrese, kdy sice neublížujeme někomu jinému, ale sami sobě. (Dynáková, 2005, s. 20)

Agresory mohou být jak pacienti, tak zdravotnický personál. V některých situacích lze považovat i úsměv a klid za typ agrese, přestože se jedná o zdánlivě nevinná gesta. Konkrétně se tomuto typu říká pasivní agresivita, kdy si netroufneme říci kolegovi nebo

pacientovi, co si o nich myslíme a co nám vadí, ale mluvíme s nimi s hraným úsměvem, který na druhého působí, že je vše v pořádku. V povolání všeobecné sestry bychom mohli jako příklad uvést vyhýbání se chození na konkrétní pokoj atd. Účelovým typem agrese je utlačovaná, kdy se pacient vcítí do role oběti a nedělá, co by dělat měl. Odmítá pravidelně užívat léky atd. Bývá to velmi časté u pacientů se závažným onemocněním, kdy se jejich zlost obrací na sestru, protože představuje osobu, která je zdravá. (Dynáková, Kožnar, 2005, s. 12)

Dlouze udržovaný oční kontakt, prudké pohyby, neklid a následné prudké uklidnění mohou být nápadné znaky blížícího se napadení. Mnohdy je agresorem pacient, do kterého bychom to primárně neřekli. Pokud pečujeme o pacienta, který byl například v minulosti trestně stíhaný, tak u něj můžeme agresivitu očekávat a této situaci přizpůsobit svou ostražitost a prostředí, aby k napadení nedošlo. (Venglářová, 2005, s. 22)

Existují zásady, které by měly všeobecné sestry při kontaktu s agresivním pacientem dodržovat, a to pokud možno nezůstávat s agresivním pacientem nikdy sami v jedné místnosti a v okamžiku, kdy se přece jen do této situace dostaneme, tak zkontrolovat prostory místnosti, zda máme možnost únikové cesty. Dále dávat pozor, aby se v místnosti nenacházely ostré předměty, které by mohl agresivní pacient použít proti nám a udržovat bezpečnou vzdálenost od 1 – 3 metrů. Setkání a komunikace s takovým pacientem vyžaduje od sestry vysokou míru profesionality. Můžeme v rámci komunikace využít prvky deescalace neboli zklidnění, které zahrnují verbální a neverbální složky ve vzájemném souladu. Aby si sestra získala důvěru pacienta, měla by s ním mluvit tváří v tvář a nejlépe by bylo, kdyby se pokusila pacienta posadit naproti sobě, aby mohla udržovat oční kontakt. Pacient stejně tak jako sestra je během rozhovoru ve střehu, a proto se vyhýbáme prudkým pohybům, které by pacient mohl vnímat jako útok proti jeho osobě. Vystupujte klidně, mluvejte jasně, srozumitelně a zdůrazňujte pacientovi váš zájem o jeho problém. Při vysvětlování výkonu nebo postupu vyšetření se vyhýbejte užívání odborné terminologie, protože neznalost těchto pojmů by mohla u pacienta vyvolat agresi. Přestože v současné medicíně jsou i možnosti farmakologického nebo fyzického zklidnění, tak považuji vzhledem ke svému tématu diplomové práce za důležité věnovat pozornost činnostem sester, které mohou vykonávat bez souhlasu lékaře a jsou plně v jejich kompetencích. (Křížová, 2006, s. 43)

Pokud některý ze zdravotníků zažije agresivitu pacienta na vlastní kůži, může pocítovat profesionální selhání, že nezvládl danou situaci, tak jak by měl. Agresivní pacient

hospitalizovaný na oddělení je záležitostí všech, protože každý z nás se může stát jeho obětí. Více ohrožené jsou ženy. Po napadení zdravotníka je důležitá podpora kolegů, a proto bychom měli o napadení mluvit a sdělovat pocity, které jsme prožívali. Důsledky napadení mohou být krátkodobé, jako jsou pocity, že neumím jednat s lidmi, psychická a fyzická únava. Mezi dlouhodobé patří strach z opakování, nedůvěra v sebe sama až rozvoj posttraumatické stresové poruchy. (Venglářová, 2005, s. 21)

2. 2. 2 Komunikace s umírajícím pacientem

Smrt patří nevyhnutelně k životu. Lze říci, že je to jediná jistota, která dříve či později postihne každého z nás. Dnešní společnost se smrti a tématům o ní vyhýbá. Hovoříme o tabuizaci smrti. Je chápána jako něco ošklivého, o čem by se nemělo mluvit. Někteří lidé mohou mít ze smrti až patologický strach, který je označován thanatofobie. (Andršová, 2012, s. 80)

Obor, který se zabývá problematikou umírání a smrti se nazývá thanatologie. Všeobecná sestra se během své profese setkává s celou řadou situací, které musí zvládat, jak po odborné, tak po lidské stránce a umírání pacienta patří do těchto situací. Když pacient umírá, znamená to, že se loučí se vším a všemi, které měl rád. Pacienti vnímají svou budoucnost, jako nejistou a jsou konfrontováni s bezmocí, která ovlivňuje jejich myšlení a jednání. Neexistuje žádný návod, který by jasně definoval, co prožívá umírající člověk. (Kutnohorská, 2007, s. 70 – 72)

Rozlišujeme dva modely umírání. Dříve byl umírající člověk v kruhu své rodiny a bylo mu umožněno umřít doma. Byl to rituál, kterého se zúčastnili všichni příbuzní a známí. Došlo k rozloučení, vyjasnění všech záležitostí a zároveň docházelo k předávání této zkušenosti mladším rodinným příslušníkům. Toto umírání je označováno jako ritualizovaný model. V dnešní společnosti je bohužel upřednostňováno umírání institucionální. Již z názvu vyplývá, že se jedná o umírání v různých institucích. Jedná se o nemocnice, léčebny dlouhodobě nemocných a domovy důchodců. Velkým problémem je, že zde člověk umírá sám, bez své rodiny. Má kolem sebe sice zdravotníky, ale ty pacientovi poskytují profesionální péči. Výhodou jsou proto hospicová zařízení, která umožňují pacientovi kontakt s rodinou kdykoliv o něj požádá. Navíc je zde proškolený

ošetřovatelský personál, který se zaměřuje na komunikaci s těmito nemocnými a je dostatečně seznámen s pocity, které pacient prožívá. (Kutnohorská, 2007, s. 75 – 77)

Aby se sestra dokázala smířit se smrtí pacienta, o kterého pečuje, musí nejprve přijmout myšlenku vlastní smrtelnosti, pochopit sebe sama a to konkrétně své city, uvědomit si své znalosti, dovednosti a chovat se jako lidská bytost, nikoliv vystupovat za každé situace jako profesionál. Dále by měla být připravena mluvit s pacienty o jejich pocitech a přáních. Na sklonku života všichni rekapituluji svůj život, a proto bychom měli tuto etapu respektovat. Vlivem onemocnění a stárí se každý člověk mění a je jen na nás, zda budeme pro pacienta v této těžké situaci oporou nebo naopak. (Kisvetrová, 2005, s. 22)

Komunikace s umírajícím pacientem patří mezi profesionální dovednosti všeobecné sestry. Efektivní komunikace je považována za součást komplexní ošetřovatelské péče poskytované umírajícímu pacientovi. Je na zvážení lékaře jak a kdy sdělí pacientovi nevléčitelnost jeho choroby. Umírající pacient potřebuje zejména ohleduplnou ošetřovatelskou péči a každá sestra by si měla uvědomit, že pacient bude chtít o svých pocitech mluvit právě s ní, nikoliv s lékařem. Nikdy bychom neměli pacientovi vzít naději, právě naopak bychom měli tuto naději povzbuzovat, ale pouze pokud je reálná. Elizabeth K. Rossová popsala pět fází, kterými pacient prochází po sdělení závažné diagnózy. V každé fázi je důležitá přítomnost sestry. První fází tvoří šok neboli popření, kdy pacient odmítá přijmout informace o nevléčitelném onemocnění. Zde by měla sestra pacienta ujistit, že v této náročné situaci nebude sám. Měla by mluvit s pacientem o realitě. Sestra musí tuto fázi respektovat a neměla by do ní významně zasahovat. Každý pacient má právo a musí jí prožít. Druhou fází je agrese neboli hněv, kdy má pacient zlost na všechny kolem něj, zejména na zdravé lidi. Pacient se může k personálu chovat agresivně, ale nemělo by mu to být za zlé. Velmi důležitá je empatie ze strany sestry a snaha diskutovat s pacientem o jeho pocitech a zlosti. Třetí fází je smlouvání, pro které je charakteristická snaha udělat cokoli proto, aby se smrt oddálila. Pacient potřebuje čas, aby přijal skutečnost. Čtvrtou fází je deprese, kdy pacient pocítuje únavu, apatii, je plačtivý a nespavý. Důležité je nesnažit se pacienta odreagovat, stejně se nám to moc nepovede. Měli bychom ho držet za ruku a zajistit přítomnost milující osoby. Poslední fází je smíření, kdy pacient přijme smrtelnost a je připraven na odchod. Zde je bezpodmínečně důležitá přítomnost rodiny. (Kellnarová, Matějková, 2009, s. 54- 57)

Komunikace s umírajícím pacientem je pro sestru velice náročná po psychické stránce. Žádný zdravotník by se neměl této komunikaci vyhýbat, protože je to součástí morální

péče. V první řadě pacient potřebuje, aby mu byl někdo nablízku a naslouchal mu. Měla by být respektována pacientova důstojnost a jeho přání. Je nutné sdělovat informace o zdravotním stavu citlivě a uvážlivě. V této situaci sestra uplatní zejména empatii a schopnost efektivní komunikace. Nevyhýbáme se zde ani doteku, který by mohl eliminovat u pacienta strach ze smrti. Při kontaktu s umírajícím pacientem je sestra konfrontována s vlastní smrtelností. (Kutnohorská, 2007, s. 78 – 79)

2. 2. 3 Komunikace s pozůstalými

Pro každého je ztráta milovaného člověka náročná a to i v situacích, kdy je smrt očekávána v souvislosti s onemocněním nebo věkem. V případě, že dojde k nečekanému úmrtí je situace o to horší. Sestra je mnohdy postavena před tuto nezáviděníhodnou situaci, kdy musí po sdělení lékaře o úmrtí vyřešit některé záležitosti s pozůstalými, kteří potřebují pomoc a podporu. Proces truchlení, kterým se odborně nazývá smutek z úmrtí, je obvykle dlouhodobá záležitost, která se dříve či později projeví na jejich zdravotním stavu. Za normální dobu lze považovat šest až dvanáct měsíců truchlení. Objevují se příznaky jako nechutenství, nespavost, svalová slabost a bolest za hrudní kostí. Mohou pociťovat bezradnost a osamělost. Důležité je si uvědomit, že všechny reakce pozůstalých jsou normální. Sestra zastává důležitou roli a měla by být vstřícná a empatická.

Komunikace s pozůstalými je obtížná. Platí zde, že bychom měli naslouchat jejich pocitům a vzpomínkám. Měli bychom pozůstalé ujistit, že udělali vše, co mohli a že nemocný netrpěl bolestí. Mezi další zásady patří nebránit pozůstalým v pláči, vyjádření sdílení a nepřerušovat pozůstalé v hovoru. Sestra by měla být schopna odkázat pozůstalé k odborné pomoci a poskytnout jim informace ohledně pohřbu a patřičných záležitostí. (Špatenková, Králová, 2009, s. 118 – 120)

2. 3 Násilí na pracovišti

Násilí na pracovišti je nepříjemný jev, se kterým se může setkat každý z nás. Jedná se o závažný problém vyskytující se pouze v souvislosti s profesním prostředím. Přestože

je násilí na pracovišti zejména v zahraničí směrem na západ věnována velká pozornost, tak bohužel v České republice tomu tak není. Při nástupu všeobecné sestry do zaměstnání je kladen důraz na bezpečnost zdraví při práci, ale minimální pozornost a edukace je věnována oblasti správného a vhodného chování ke spolupracovníkům a nadřízeným. Samozřejmě, že vzorec chování se u nás vyvíjí na základě vrozených předpokladů, výchovy našich rodičů a získaným vzděláním, ale zaměstnanec mnohdy netuší, jak může násilí předcházet nebo jak proti němu může bojovat. Násilí na pracovišti je téma, které se netýká pouze samotné oběti a její rodiny, ale zasahuje do celého pracovního kolektivu a významně tak ovlivňuje spolupráci, komunikaci a výsledky práce. Mezi specifické formy násilí patří mobbing, bossing a sexuální obtěžování. (Buchalová, 2013, s. 6)

Nelze se domnívat, že šikana slouží k zavedení pořádku na oddělení nebo klinice. Je šokující, že všeobecné sestry, které na jedné straně pečují o nemocné, jsou k nim empatictí a respektují pacienta v holistickém pojetí, tak na druhé straně někomu ubližují a jsou považovány za agresory. Jedním z ovlivňujících faktorů proč dochází k mobbingu právě na pracovišti může být, že dnešní společnost klade důraz zejména na ekonomickou situaci, vyzdvihuje hlavně silné a úspěšné, zatímco ostatní považuje za slabé a hloupé. Násilí na pracovišti u zdravotnických pracovníků může být často odůvodňováno tím, že se kolektiv chce zbavit nepracujících a neochotných spolupracovníků. (Chlebowczyková, 2006, s. 17)

V práci všeobecné sestry je situace více složitá, protože sestra poskytuje ošetrovatelskou péči pacientům, kteří jí potřebují a pokud je obětí násilí, tak pracuje ve stresu a strachu, které mohou způsobit závažné pochybení při výkonu profese.

2. 3. 1 Mobbing

Pochází z anglického slova to mob neboli obtěžovat, napadnout. V 80 letech 20. století byl tento pojem začleněn do psychologie švédským profesorem Heinzem Leymannem. Do té doby byl spojován pouze s výskytem v říši zvířat. (Svobodová, 2007, s. 5-6)

Heinz Leydmann zkoumal problematiku výskytu mobbingu v různých pracovních skupinách po dobu 10 let ve Švédsku. Na základě tohoto výzkumu se v současnosti o tuto problematiku zajímají různé odbory pracovního lékařství a pojišťovny. Tento zájem souvisí s faktem, že zaměstnanec, který je obětí násilí, bývá více nemocný, snižuje se

kvalita a výkonnost jeho práce a v poslední řadě jedná-li se o zaměstnání, kde je každodenní styk s lidmi je zde riziko vzniku syndromu vyhoření. S násilím se setkáváme ze strany kolegy, podřízeného a nadřízeného. Pokud na oddělení nastane mobbing, řeší ho převážně staniční nebo vrchní sestra. Tato situace ani pro ně není jednoduchá, protože se očekává, že zvolí vhodnou metodu, aby nedošlo k ještě většímu prohloubení násilí. (Sýkorová, 2005, s. 16)

Mobbing je zpravidla záležitostí měsíců až roků a nastupuje velmi pomalu a nenápadně. Pod pojmem mobbing bychom si neměli představit jen fyzické násilí, ale i ignorování, posmívání a záměrné izolování oběti od ostatních. Jedná se o formu psychického teroru na pracovišti. (Fehlau, 2003, s. 24)

Probíhá v několika fázích. Na začátku většinou dochází ke střetu mezi dvěma osobami, kdy jedna z nich se stane obětí. Ve druhé fázi se objevují útoky vůči oběti, dochází k jejich častějšímu opakování a můžeme se zde setkat s urážením a ponižováním oběti. V tomto momentě se daná situace stává veřejnou záležitostí, protože začíná zasahovat do pracovních vztahů. Ve třetí fázi oběť zpravidla hledá odbornou pomoc u psychologa či jiného lékaře, protože se mohou objevit v souvislosti se vzniklou situací deprese a agresivita. Čtvrtá fáze je chápána jako brána k izolaci, kdy se oběť cítí bezradná a zvažuje ukončení pracovního poměru. V poslední fázi už oběť ukončuje pracovní poměr, jako jediné možné řešení situace. Následkem prodělaného násilí na pracovišti může být nezaměstnanost a krize v rodinném životě. (Fehlau, 2003, s. 27-28)

Mobbing bývá často zaměňován se šikanou, ale lépe jej lze označovat jako psychoteror neboli psychické týrání. Konflikty na pracovišti, se kterými se běžně setkáváme, mohou být přínosné, ale v okamžiku, kdy překročí určitou hranici nebo se neřeší, tak mohou vyústit v mobbing. Obětí se může stát každý bez zjevné příčiny, kdo byl vyloučen, ponížen či potrestán. Negativními pracovními důsledky mobbingu může být snížení pozornosti, snížení motivace, ztráta uspokojení z činnosti a ztráta zájmu. (Svobodová, 2007, s. 5-6) Základní podmínkou, proto abychom mohli hovořit o mobbingu je, že se musí vyskytovat jednou týdně a to po dobu nejméně půl roku. Ostatními charakteristickými znaky je pravidelnost, cíl, zákeřnost, nepřátelskost a nelítostnost. Mobbing často probíhá po dlouhou dobu skrytě a nenápadně, a proto bývá velmi obtížně dokazatelný. (Svobodová, 2007, s. 7-8) Osoba, která se mobbingu dopouští, bývá označována jako mobber. (Svobodová, 2007, s. 8)

Důvody proč se z člověka stane mobber jsou různé. Roli mohou hrát peníze, závist, strach, nesympatie a v poslední řadě i samotná osobnost mobbera. Překvapujícím faktorem ovlivňující mobbing je prostředí, nikoliv oběť, protože aby mohl mobber uplatňovat svou moc potřebuje vhodné podmínky, které mu umožní na oběť vytvářet nátlak, pomlouvat jí a intrikovat. (Svobodová, 2007, s. 9)

Mobber je na své oběti závislý a v okamžiku, kdy oběť opouští zaměstnání pod tíhou násilí, začne se pomalu poohlížet po nově nastupujících pracovnících, které by se mohly stát budoucí obětí. Důvodem proč někoho šikanuje, může být i fakt, že on sám pocituje strach ze své neschopnosti a touží si udržet moc. Na násilí na pracovišti bychom měli pomyslet i v případě, kdy dochází k častému střídání pracovníků a je třeba zvážit, zda právě mobbing není jeho příčinou. Je velice smutné, že se tato problematika týká i zdravotnických pracovníků, kteří by měli projevovat v každém svém chování lidskost. (Chlebowczykova, 2006, s. 18)

Spouštěcím momentem pro mobbing může být konflikt, který není závažný a mnohdy je až banální. V případě, že se konflikt neřeší, tak se rozvíjí psychický teror, který spočívá v pravidelných a cílených útocích na oběť. V počátcích nemusí být vůbec nátlak silný, mobber jen zjišťuje, co všechno si může k oběti dovolit. Pokud nátlak přetrvává, objevují se u oběti zdravotní problémy, protože pracuje pod velkým stresem a začne dělat ve své práci chyby, které často vedou ke snížení pravomocí nebo opuštění zaměstnání. (Svobodová, 2007, s. 11-12)

Jak jsem se již zmínila, tak mobbing probíhá skrytě, znamená to, že mobber nechce, aby se o jeho nátlaku na oběť někdo dozvěděl a on byl postaven tváří v tvář svému chování. Mezi nejčastější techniky mobbingu zařazujeme obtížnou komunikaci, která spočívá v rozporu mezi verbální a nonverbální komunikací, nezájmem oběti cokoliv vysvětlovat, ignorování otázek a celková nespolupráce. Komunikace se tedy v tomto případě omezuje pouze na psaní vzkazů a emailů, chybí osobní kontakt. Další možnou technikou mohou být slovní útoky ve smyslu urážek a okřikování. Poslední často využívanou technikou jsou mimoslovní útoky, kdy mobber s obětí nemluví, přehlíží jí a v případě, že oběť něco říká, tak mobber vzdychá, ironizuje a krčí rameny. (Svobodová, 2007, s. 17)

V roce 2010 byl pod záštitou Evropské unie proveden výzkum zabývající se násilím na pracovišti. Konkrétně se zaměřoval na jednotlivé formy násilí a jejich prevenci. Projekt pod názvem: „Posilování sociálního dialogu s důrazem na zvládání krizové situace

při vzniku násilí na pracovištích, zejména ve zdravotnických zařízeních a zařízeních sociálních služeb“, byl rozdělen na dvě části. První část zahrnovala vyplnění speciálního dotazníku respondenty. Šetření se celkem zúčastnilo 88 organizací s počtem respondentů ve výši 1052. Výsledky ukázaly, že s fyzickým násilím na pracovišti se setkalo 16,6% dotazovaných. Se slovním napadením bylo konfrontováno až 45,2% respondentů. Se sexuálním obtěžováním se setkaly pouze 2,4% respondentů. Druhá etapa projektu byla uskutečněna roku 2011 výukovou částí, která obsahovala kurzy proškolení zaměstnanců v problematice násilí na pracovišti. Jednalo se o semináře s tématy, jako jsou sebeobrana, krizová komunikace a psychologie násilí. Závěrem projektu bylo vytvoření týmu některých pracovníků, kteří by se rádi nadále problematikou zabývali na profesionální úrovni. (Merhautová, 2010, s. 13)

S obranou proti násilí na pracovišti je nejlépe začít hned. Důležitým aspektem by mohlo být upevnění své pozice ve zbytku kolektivu, zejména jedná-li se o mobbing. Poté je vhodné kontaktovat a svěřit se s tímto problémem externímu specialistovi jako je personalista, psycholog nebo se obrátit na různé organizace zabývající se touto problematikou. Pomoci by nám mohlo i schovávání důkazů mobbingu nebo bossingu, protože mohou být nápomocné při případném řešení situace třetí osobou nebo soudním jednáním. Zaměstnavatel je povinen zaměstnanci vytvořit vhodné pracovní podmínky, dle zákoníku práce. (Bednářová, 2009. s. 19)

Většina obětí má tendenci se násilníkovi vyhýbat. To ovšem není správné, zejména pokud oba pracují na stejném oddělení nebo podniku je velmi složité se izolovat. Dále se můžeme snažit získat sympatie agresora, aby se jeho zájem o nás změnil, ale ani toto řešení není správné. Mobber vycítí, že s ním chceme manipulovat a jeho efekt bude opačný než ten, který očekáváme. (Kratz. 2005, s. 85)

Oběť by samozřejmě měla vyhodnotit i finanční dopad mobbingu jako jsou právní poplatky, náklady na zdravotní péči, duševní zdraví a možná ztráta zaměstnání, která ovlivní celou rodinu. (Housker, 2006)

2. 3. 2 Bossing

Termín bossing pochází z anglického slova boss neboli šéf. Je to tedy násilí, které probíhá pod vedením nadřízeného. Klíčovým faktorem je vztahová nerovnoměrnost, kdy nadřízený využívá svou moc proti podřízenému. (Haškovcová, 2004, s. 68)

Příčinou bossingu je, že šéf nemá svého podřízeného rád. Situace je velmi náročná i pro ostatní pracovníky, kteří se oběti nezastanou ze strachu, aby se také nestali šikanovanými. Základním pravidlem pro bossing je, že zde dochází k uplatnění větší moci, než je tomu u mobbingu.

V České republice zatím není bossing příliš rozšířen a nedostal se do podvědomí veřejnosti, jako mobbing. Komplikovaná situace nastává v oblasti zdravotnictví, kde všeobecné sestry pocítují strach ze ztráty pracovního místa, kdy v současné době je dostatek kvalifikovaného nelékařského personálu. Na druhou stranu je právě odchod ze zaměstnání v této situaci jediné nejčastější možné řešení, za které se nemusí nikdo stydět. (Haškovcová, 2004, s. 73-74)

Dalším problematickým úskalím bossingu je, že vedoucí pracovník požaduje od svých podřízených samostatnost a kreativitu, ale zároveň očekává poslušnost a podřízení se jeho názorům. (Sýkorová, 2005, s. 16)

2. 3. 3 Sexuální obtěžování

Sexuální obtěžování je charakteristické jednáním, které má sexuální podtext. V tomto případě kolega nebo nadřízený verbálně nebo fyzicky obtěžuje zaměstnance nebo svého podřízeného. Setkáváme se nejčastěji s různými vtípkami se sexuálním tématem, narážkami na osobní nebo intimní život a zasíláním emailů, vzkazů se sexuálním nádechem. Typickým znakem je, že aktéry jsou převážně muži a oběťmi ženy. Výměna rolí ale není výjimkou. V nejhorším případě, může obtěžování přerůst až v znásilnění. Iniciátorem i obětí mohou být osoby se stejným pohlavím. (Buchalová, 2013, s. 22)

Pokud k sexuálnímu obtěžování dochází mezi personálem oddělení, tak se touto problematikou zabývá i zákoník práce, který uvádí, že v této situaci dochází k vytváření nepřátelského prostředí a snižuje se lidská důstojnost. Prvním orgánem, který by se měl vzniklou situací zabývat je vrchní sestra a primář oddělení. V případě, že se situace opakuje, jsou vyrozuměni náměstkyně pro ošetrovatelskou péči a náměstek pro léčebně preventivní péči. (Vondráček, Vondráček, 2007, s. 23 – 24)

2. 4 Supervize pro všeobecné sestry

Na základě rozvoje vzdělávání dospělých v 70. letech 20. století došlo k podpoření nezbytnosti supervize, která se dostala do středu zájmu. (Havrdová, Hajný, 2008, s. 23) Termín supervize pochází z anglického slova supervision, které v překladu znamená dohled. (Havrdová, Hajný, 2008, s. 17)

V současné době se rozvíjí supervize i ve zdravotnických zařízeních. Více a po delší dobu se uplatňovala supervize zejména v oblasti sociálních služeb, kde je zákonem stanovena povinnost spolupracovat se supervizorem. Dříve se uplatňovala spíše v souvislosti s psychoterapií. (Venglářová, 2011, r. 153)

Pod pojmem supervize si můžeme představit setkání dvou a více lidí s cílem sdílet zážitky a zkušenosti v souvislosti s vykonáváním pomáhající profese. Hlavním účelem takového sezení je pozitivně podporovat profesionální uplatnění a růst sociálního či zdravotnického personálu, dále dochází ke sdílení zkušeností, emocí a nápadů. Velice důležitým přínosem supervize je i získávání nových pohledů na řešení určité situace nebo doporučení dalšího vzdělávání. Obsahem supervize je rozhovor o situacích, které zdravotníci řeší během výkonu své profese nebo případová studie závažného případu. (Venglářová, 2011, s. 153) Porozumět supervizi můžeme jen na základě zkušenosti. Jedná se o praktickou činnost. Teprve potom jsme schopni pochopit význam různých textů a její základní charakteristiku. (Matoušek, 2013, s. 357)

Při zavádění supervize v rámci zdravotnického či jiného zařízení mohou vzniknout překážky, které bychom ze začátku měli brát v úvahu, a to špatná zkušenost s předchozí supervizí, problémy s autoritou, konflikt rolí mezi účastníky supervize, ekonomické potíže a nedostupnost kvalifikovaného supervizora. Významnou roli lze přikládat i kultuře organizace. (Hawkins, Shohet, 2004, s. 35)

2. 4. 1 Aktéři supervize

Supervize probíhá pod vedením supervizora, který musí mít pro práci v daném oboru vzdělání ve formě čtyřletého supervizního výcviku, dále by měl mít zkušenosti z oblasti pedagogiky, být citově stabilní a přístupný dalšímu vzdělávání. (Venglářová, 2011, s. 160) Měl by absolvovat magisterský stupeň vysokoškolského studia a před samotným

zahájením výcviku mít minimálně 13let praxe. Výhodou je praxe ve vedení lidí. (Venglářová, 2013, s. 19)

Pravomoci supervizora lze rozdělit do dvou skupin, kdy první skupinu tvoří způsobilost a oprávněnost, kam zejména spadá řízení supervize, podpora skupinové práce a schopnost vytvořit pozitivní vztahy, aby došlo k saturaci potřeb klientů. Druhou skupinou pravomocí je role supervizora, kde je důležitá odpovědnost za dodržování profesionality a etických zásad supervize. (Havrdová, Hajný, 2008, s. 80-81) Mezi tyto klíčové zásady supervize, které jsou vytvořeny Evropskou asociací supervize, zařazujeme prospěch klienta, chránění individuality klienta, zlatým standardem je, že klient jedná vždy s dobrým úmyslem, mlčenlivost, ochrana dat a důvěrnost. (Venglářová, 2011, s. 159-160)

Supervizor ovšem neodpovídá za výsledek supervize. (Havrdová, Hajný, 2008, s. 82)

Umožňuje zdravotnickému personálu se na danou situaci podívat zvenčí, jaksi nezaujatě a poskytuje jim své rady, doporučení a interpretuje své zkušenosti, které mohou zdravotníci využít. Tato situace neznamena, že odpovědnost za průběh péče se přenáší na supervizora, naopak odpovědnost stále zůstává v rukou pracovníka, který ošetrovatelskou péči poskytuje. (Venglářová, 2011, s. 153-154)

Supervizantem je označován klient, který se zúčastňuje sezení se supervizorem. Mezi jeho pravomoci, které může supervizi získat je pojmenování svých potřeb, ujasnění si jednotlivých témat na každém sezení, pracovat na uspokojování svých potřeb s pomocí ostatních účastníků supervize a pod vedením supervizora, přispívat vlastními zkušenostmi, reagovat na problémy ostatních a rozvíjet reflexi u sebe i ostatních. (Havrdová, Hajný, 2008, s. 82)

Ve vztahu supervizora a supervizanta je nezbytným faktorem otevřenost, autenticita, vřelost, vcítění a sebeotevření. (Havrdová, Hajný, 2008, s. 29) Samotná supervize probíhá několika fázemi. První fází je příprava, kde se plánuje záměr supervize a určují se zájmy a potřeby účastníků. Druhou fází je zahájení, které spočívá v přivítání a seznámení se s účastníky, stanovení cíle a vytvoření přátelské atmosféry. Následuje prezentace tématu. Po stanovení tématu se zvolí vhodná metoda a její realizace. Předposlední fází je hodnocení, zda došlo k dosažení předem stanoveného cíle a zda byla supervize přínosem pro účastníky. Závěrečnou fází je zakončení, kde se rekapituluje dojmy a supervizor spolu s ostatními hodnotí supervizi. (Havrdová, Hajný, 2008, s. 84-85)

2. 4. 2 Funkce a formy supervize

Při prvním kontaktu klientů se supervizorem dochází k vymezení její funkce a formy. Důležité je stanovení cíle, kterého má být dosaženo. Mezi možné funkce můžeme zařadit vzdělávací funkci, která slouží k osvojování si nových znalostí a dovedností. Podpůrná funkce je charakteristická snahou supervizora pochopit a vcítit se do situace zdravotníka a do stresu, který může během práce zažívat. Tímto stresem může být kontakt s umírajícím pacientem nebo bolestí. Tyto a jiné situace nepříznivě působí na psychiku zdravotníků a mohou vytvořit jakousi hranici, která zdravotníkovi slouží jako ochrana před touto psychickou zátěží. Podpůrná supervize je tedy jednou z hlavních metod boje proti syndromu vyhoření. Řídící funkci supervize rozumíme hlavně zájem o erudici a poskytování kvalitní ošetrovatelské péče, kdy zdravotník má odpovědnost za práci, kterou vykonává, ale zároveň supervizor může být jeho pomocník. Tato funkce se uplatňuje u zdravotníků, kteří nastupují do profese po skončení vzdělání. (Venglářová, 2011, s. 155-156)

Ve zdravotnických zařízeních je supervize setkáním většinou jedné pracovní skupiny, kdy dochází zvláště k supervizi u všeobecných sester, lékařů a nižšího zdravotnického personálu, přestože v praxi tyto lidé pracují jako tým. V lepším případě se sezení uskuteční s týmem stejného oddělení či stejné kliniky. Formy supervize jsou různé, ale nejčastěji používaná je týmová supervize, jejímž hlavním cílem je spolupráce, efektivní komunikace mezi členy týmu a posílení vztahů. Výhodou je, když se sezení účastní i vedoucí pracovník, v tomto případě staniční nebo vrchní sestra. (Venglářová, 2011, s. 154-155) U této formy supervize se setkáváme s ekonomickými výhodami, kdy dochází k supervizi pro více pracovníků, s tím souvisí i časová úspora a nejdůležitějším pozitivem je vzájemná interakce mezi pracovníky. (Venglářová, 2013, s. 54)

Další formou je skupinová supervize, která se využívá pro kontakt se zdravotníky, kteří pracují v podobných zařízeních a se stejnými či podobnými pacienty. Tato forma probíhá jako kazuistická, to znamená, že zdravotník přednese svoji zkušenost nebo situaci, kterou v rámci praxe zažil, a ostatní se k danému případu vyjadřují. Cílem je rozvoj profesionality a možnou výhodou je zisk podpory od ostatních zdravotníků nebo nových vědomostí a dovedností. (Venglářová, 2011, s. 154-155)

Poslední nejčastěji zmiňovanou formou supervize je individuální, která je založena na základě předem připraveného rozhovoru mezi supervizorem a zdravotníkem. Zdravotník

může touto formou řešit pracovní problémy, častěji ji využívají lékaři. (Venglářová, 2011, s. 154-155)

V literatuře se můžeme ještě setkat s autosupervizí, kdy se zdravotník zamýšlí nad svojí prací a to prostřednictvím sebezpozorování a sebehodnocení. Cílem je uvědomit si čeho chceme v profesi dosáhnout. (Venglářová, 2013, s. 39)

2. 4. 3 Supervize zdravotnických pracovníků

Ve zdravotnictví se supervize začala uplatňovat v roce 1902 u porodních asistentek ve Velké Británii, kdy se zaměřovala na propojení praxe s administrativními úkoly. V ošetrovatelství se můžeme setkat vedle supervize i s pojmem reflexe, kdy klíčovou zásadou reflexe je pravidelnost, která vede k propojení znalostí a dovedností a tím dochází k možnosti profesionálního růstu. (Havrdová, Hajný, 2008, s. 177-178)

Ve zdravotnictví se supervize u všeobecných sester na rozdíl od psychoterapie zaměřuje přímo na ošetrovatelské výkony a poskytování vhodné péče pacientům. (Havrdová, Hajný, 2008, s. 178)

V České republice zatím není supervize rozšířena a moc využívána, přestože pomocí jí dochází k profesnímu rozvoji. Mnohdy mohou mít zdravotníci pocit, že jsou prostřednictvím supervize kontrolováni nebo jsou vyhledávány jejich nedostatky při výkonu profese. Již při zavádění nové koncepce ošetrovatelství pro zajišťování kvality poskytované péče se objevovaly překážky, které bylo nutné překonat. Nyní tato koncepce je zdravotníky přijata a funguje, tudíž i pro přijetí a pochopení supervize potřebují zdravotníci čas a hlavně dostatek informací, aby si uvědomili, že supervize je pomocníkem, který pomáhá, aby jejich myšlenky a nápady byly uvedeny do praxe. (Havrdová, Hajný, 2008, s. 179)

Supervizi lze považovat za nejlepší způsob jak pozitivně ovlivňovat dovednosti a kvalitu ošetrovatelské péče a propojovat teoretické znalosti s praxí. Významnou roli zaujímá v prevenci syndromu vyhoření a v posilování motivace k výkonu profese. (Havrdová, Hajný, 2008, s. 182)

Supervize se tedy snaží pečovat o ty, kteří pečují o pacienty, a představuje pro ně vizi do budoucnosti, kde je možnost kariérního postupu a slouží jako nástroj pro management zdravotnického zařízení. (Vaňková, 2011, s. 26)

Nejčastější skupinovou supervizí využívanou ve zdravotnictví je balintovská skupina používaná od padesáti let 20. století, kdy se jedná o systematickou metodu, která je určena pro pracovníky pomáhajících profesí. Je obvykle složena z šesti až dvanácti účastníků a při sezeních se projednávají problematické vztahy a situace s pacienty nebo klienty. Účastníci přednesou případové studie, se kterými se v průběhu své praxe setkali a zvolí se jeden, u kterého dojde k detailnějšímu popisu. Ten, který má s daným případem zkušenost ostatním sdělí, o co se pokusil nebo jak situaci vyřešil. Následují otázky od ostatních členů a rozprava o emocích a obavách. Předkladatel celé situace pozorně naslouchá a ostatní mu poskytují své nápady na možné řešení situace. Závěrem předkladatel shrne nápady, které ho zaujaly a mohl by je využít. (Venglářová, 2011, s. 158)

Dohled nad supervizí v celé Evropě má na starosti Sdružení národních organizací pro dohled v Evropě, která vznikla roku 1975 a v současné době zaštiťuje 22 zemí a celkem 80 organizací věnující se supervizi, kterou dle této organizace můžeme definovat jako formu poradenství, při kterém dochází k rozvoji komunikace a spolupráce. (Anse, 2008)

PRAKTICKÁ ČÁST

3. FORMULACE PROBLÉMU

Povolání všeobecné sestry je náročné a velmi zodpovědné. Od sester se vyžaduje profesionalita při každém ošetrovatelském výkonu, činnosti a jednání s pacienty. Součástí ošetrovatelské profese je práce s lidmi, která je vyčerpávající a může s sebou přinášet celou řadu obtížných momentů. Sestry musejí zvládat komunikaci s pacienty i v náročnějších situacích. Často pocítují strach z vykonávání ošetrovatelských výkonů, které jsou stěžejní v ošetrovatelské péči. Všechny zmiňované situace se mohou významně podílet na strachu všeobecných sester z profese. Strachu lze předcházet zejména zkušenostmi s jednotlivými činnostmi a situacemi, které jsou zdrojem strachu. Významný vliv na prožívání strachu u všeobecných sester má supervize, která ho pomáhá eliminovat, popřípadě s ním bojovat.

4. CÍL A ÚKOL VÝZKUMU

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit zkušenosti respondentů se strachem při výkonu profese všeobecné sestry.

5. HYPOTÉZY

V souladu s uvedeným cílem jsem stanovila tři hypotézy:

H1:Všeobecné sestry s praxí v oboru delší než 5 let pocít'ují strach z profesního selhání méně často než sestry s kratší praxí.

H2:Domnívám se, že všeobecné sestry, které mají možnost supervize, jí využívají.

Kritérium k hypotéze: hypotéza bude potvrzena, jestliže více než 60% všeobecných sester, které mají možnost supervize na svém pracovišti, jí využívají.

H3:Všeobecné sestry se setkávají s násilím ze strany pacienta častěji než ze strany spolupracovníka nebo nadřízeného.

6. METODIKA

Výzkumná část byla realizovaná metodou kvantitativního šetření formou anonymního dotazníku (Příloha č. 1), který obsahoval 29 otázek. Výhodou dotazníkového šetření je rychlý sběr dat. Tento druh výzkumného šetření jsem zvolila záměrně, abych mohla oslovit více respondentů. Dotazník byl složen z 21 uzavřených, 7 polootevřených a 1 otevřené otázky. U dvou otázek jsem umožnila respondentům zvolit více odpovědí. Dotazník vychází z oblastí, kterým se věnuji v teoretické části diplomové práce, cíle a stanovených hypotéz.

Před zahájením samotného výzkumného šetření byla provedena pilotní studie, která měla za úkol odhalit nesrozumitelnost a nedostatky otázek v dotazníku. Dotazníky jsem rozdala 10 všeobecným sestřím. Na základě této studie došlo k úpravám několika otázek. U otázky č. 11 chyběla respondentům možnost odpovědi „nevím“ a u otázek č. 10, 17, 25, 27 postrádaly sestry možnost volby odpovědi „jiné“. Dotazníky jsem, po písemném souhlasu náměstkyní pro ošetrovatelskou péči, osobně rozdala v obálce dle počtu všeobecných sester, které na oddělení pracují. Na každém oddělení jsem je ponechala 3 týdny a poté ve smluvený den osobně vyzvedla. Všeobecné sestry byly upozorněny na anonymitu dotazníku a dobrovolnou účast při jeho vyplňování. Všeobecné sestry dotazník vyplňovaly ve svém osobním volnu a individuálně jej odevzdávaly vrchním sestřím, které je po uplynutí časového rámce odevzdaly mně.

Praktická část byla zpracována pomocí programu Microsoft Excel 2007. Každá otázka je pro přehlednost znázorněna pomocí tabulek, které jsou opatřeny komentářem. Tabulky obsahují hodnoty relativní i absolutní četnosti.

7. VZOREK RESPONDENTŮ

Výzkumné šetření probíhalo od ledna 2014 do února 2014. Dotazníky byly rozdány všeobecným sestřím v Klatovské nemocnici a.s a Domažlické nemocnici a.s.

Výzkumný vzorek tvořily všeobecné sestry pracující na ambulancích, standardních odděleních a odděleních intenzivní péče.

Dotazníky jsem po souhlasu vedení nemocnice osobně odnesla vrchním sestřím jednotlivých pracovišť a poprosila je o spolupráci ve výzkumném šetření k diplomové práci. Na většině oddělení jsem se při žádosti o rozdání dotazníků setkala s ochotou a vstřícností vrchních sester.

V Klatovské nemocnici a.s, byla oslovena tato standardní oddělení: chirurgické, urologické, otorhinolaryngologické, traumatologické, interní, plicní, neurologické, gynekologické, ortopedické, dětské a psychiatrické. Součástí všech výše jmenovaných oddělení jsou i ambulance. V rámci jednotek intenzivní péče byla oslovena multioborová jednotka intenzivní péče (JIP), anesteziologicko-resuscitační oddělení (ARO) a následná intenzivní péče (DIP).

V Domažlické nemocnici a.s, bylo osloveno chirurgické, interní, gynekologické a dětské oddělení z řad standardních lůžek. Součástí těchto oddělení je opět i ambulantní sféra. V rámci jednotek intenzivní péče bylo osloveno ARO a JIP.

Z celkového počtu 265 rozdaných dotazníků jsem jich získala zpět 229. Návratnost byla 86 %. Z celkového počtu 229vrácených dotazníků jich ale bylo 6 nevyplněných a 5 vyplněných pouze zčásti. Tyto dotazníky jsem vyřadila. Celkový výsledný počet respondentů byl 218 (100%).

8. PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Otázka č. 1:

Jaké je Vaše pohlaví?

Tabulka č. 1 – Pohlaví

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žena	216	99%
Muž	2	1%
Celkem	218	100%

Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 218 (100 %) respondentů bylo 216 žen (99 %) a pouze 2 muži (1 %).

Otázka č. 2:

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka č. 2 – Vzdělání

	Absolutní četnost	Relativní četnost
SZŠ	194	89%
VOŠZ	14	6%
VŠ - Bc.	8	4%
VŠ - Mgr.	2	1%
Jiné	0	0%
Celkem	218	100%

Zdroj: vlastní

194 respondentů (89 %) absolvovalo studium na střední zdravotnické škole. Vyšší odbornou školu zdravotnickou vystudovalo 14 (6 %) dotazovaných. 8 (4 %) respondentů absolvovalo bakalářské studium na vysoké škole, 2 respondenti (1 %) získali magisterský titul. Možnost jiné vzdělání ne zvolil žádný respondent.

Otázka č. 3:

Kolik let pracujete ve zdravotnictví?

Tabulka č. 3 – Délka praxe ve zdravotnictví

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Do 5 let	31	14%
6 - 10 let	43	20%
11 - 15 let	39	18%
16 - 20 let	56	26%
21 let a více	49	22%
Celkem	218	100%

Zdroj: vlastní

Praxi ve zdravotnictví kratší než 5 let uvedlo 31 (14 %) respondentů. Možnost 6 – 10 let praxe zvolilo 43 (20 %) respondentů. Mezi 11 – 15 lety pracuje v oboru 39 (18 %) respondentů. 56 (26 %) respondentů pracuje ve zdravotnictví po dobu 16 – 20 let. 21 let a více pracuje 49 (22 %) respondentů.

Otázka č. 4:

Na jakém oddělení pracujete?

Tabulka č. 4 – Oddělení výkonu profese

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ambulance	19	9%
Standardní oddělení	167	77%
JIP, ARO, DIP	32	15%
Celkem	218	100%

Zdroj: vlastní

19 (9 %) respondentů pracuje v ambulantní sféře, na standardním oddělení různého zaměření pracuje největší počet dotazovaných a to 167 (77 %). Na jednotce intenzivní péče, anesteziologicko-resuscitačním oddělení a dlouhodobé intenzivní péči pracuje celkem 32 (15 %) respondentů.

Otázka č. 5:

Jak dlouho na oddělení pracujete?

Tabulka č. 5 – Praxe na stávajícím oddělení

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Do 1 roku	7	3%
2 - 5 let	21	10%
6 - 10 let	79	36%
11 let a více	111	51%
Celkem	218	100%

Zdroj: vlastní

Praxi na stávajícím oddělení do 1 roku má 7 (3 %) respondentů. Možnost 2 – 5 let zvolilo 21 (10 %) respondentů. 79 (36 %) dotazovaných odpovědělo, že na oddělení pracuje 6 – 10 let. 11 let a více praxe na současném oddělení má 111 (51 %) respondentů.

Otázka č. 6:

Vnímáte práci sestry jako zodpovědnou?

Tabulka č. 6 – Vnímání odpovědnosti při výkonu profese

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	218	100%
Ne	0	0%
Celkem	218	100%

Zdroj: vlastní

Všichni respondenti 218 (100 %) odpověděli, že práci všeobecné sestry považují za zodpovědnou.

Otázka č. 7:

Pocitujete někdy strach při poskytování ošetrovatelské péče?

Tabulka č. 7 – Strach při poskytování ošetrovatelské péče

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	183	84%
Ne	35	16%
Celkem	218	100%

Zdroj: vlastní

183 (84 %) respondentů pocituje při poskytování ošetrovatelské péče strach. Naopak 35 (16 %) respondentů uvedlo, že strach nepocituje a pokračovalo ve vyplňování dotazníku otázkou č. 9.

Otázka č. 8:

Pocitujete strach z některého ošetrovatelského výkonu?

Tabulka č. 8 – Strach z ošetrovatelských výkonů

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	162	89%
Ne	21	11%
Celkem	183	100%

Zdroj: vlastní

Zde tvoří zkoumaný soubor 183 respondentů (100 %), kteří u otázky č. 7 uvedli, že pocitují při ošetrovatelském výkonu své profese strach. Strach z některého ošetrovatelského výkonu má 162 (89 %) respondentů. 21 (11 %) respondentů zvolilo možnost, že strach při ošetrovatelských výkonech nemají.

Respondenti, kteří zvolili v této otázce odpověď „ano“, měli doplnit, z kterého konkrétního ošetrovatelského výkonu mají strach. Odpovědi jsou znázorněny v tabulce č. 8.1.

Tabulka č. 8.1 – Ošetřovatelské výkony, ze kterých všeobecné sestry pocít'ují strach

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Aplikace intravenózní injekce	22	14%
Zavedení periferního žilního katétru	2	1%
Kardiopulmonální resuscitace	52	32%
Aplikace intramuskulární injekce	3	2%
Z výkonů, které jsou v kompetenci lékaře	1	1%
Katetrizace močového měchýře	11	7%
Podání transfúze	48	30%
Zavedení nasogastrické sondy	23	14%
Celkem	162	100%

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 8. 1 ukazuje odpovědi 162 (100 %) respondentů, kteří v otázce č. 8 uvedli, že pocít'ují strach z některého ošetřovatelského výkonu. Strach z aplikace intravenózní injekce pocít'uje 22 (14 %) respondentů, ze zavedení periferního žilního katétru 2 (1 %) respondentů. Z kardiopulmonální resuscitace má strach největší počet respondentů a to 52 (32 %). Aplikace intramuskulární injekce se obává 3 (2 %) respondentů. 1 (1 %) respondentů uvedlo, že pocít'uje strach z výkonů, které jsou primárně v kompetenci lékaře. Dále 11 (7 %) respondentů uvedlo, že se obává katetrizace močového měchýře. 48 (30 %) respondentů uvedlo, že má strach z podání transfúze. Další možností bylo zavedení nasogastrické sondy, kterého se obává 23 (14 %) respondentů.

Tabulka č. 8.2 – Strach z ošetrovatelských výkonů u respondentů s praxí do 5 let

Strach z ošetrovatelských výkonů	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano - sestry do 5 let praxe	29	94%
Ne - sestry do 5 let praxe	2	6%
Celkem	31	100%

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 8.2 nám ukazuje, že 29 (94 %) respondentů s praxí kratší než je 5 let pocítuje strach z ošetrovatelských výkonů. 2 (6 %) respondentů strach nepocítuje.

Tabulka č. 8.3 – Strach z ošetrovatelských výkonů u respondentů s praxí nad 5 let

Strach z ošetrovatelských výkonů	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano - sestry nad 5 let praxe	133	71%
Ne - sestry nad 5 let praxe	54	29%
Celkem	187	100%

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 8.3 zobrazuje, že 133 (71 %) respondentů s praxí delší než je 5 let pocítuje strach z ošetrovatelských výkonů. 54 (29 %) respondentů strach nepocítuje.

Otázka č. 9:

Máte strach ze spolupráce s lékaři?

Tabulka č. 9 – Spolupráce s lékaři

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	132	61%
Ne	86	39%
Celkem	218	100%

Zdroj: vlastní

Strach ze spolupráce s lékaři má 132 (61 %) respondentů. Možnost „ne“ zvolilo 86 (39 %) respondentů.

Tabulka č. 9. 1 – Strach ze spolupráce s lékaři u respondentů s praxí do 5 let

Máte strach ze spolupráce s lékaři?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano - sestry do 5 let praxe	28	90%
Ne - sestry do 5 let praxe	3	10%
Celkem	31	100%

Zdroj: vlastní

Z tabulky č. 9.1 vyplývá, že 28 (90 %) respondentů s praxí do 5 let má strach ze spolupráce s lékaři. 3 (10 %) respondentů strach nepocítuje.

Tabulka č. 9. 2 – Strach ze spolupráce s lékaři u respondentů s praxí nad 5 let

Máte strach ze spolupráce s lékaři?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano - sestry nad 5 let praxe	104	56%
Ne - sestry nad 5 let praxe	82	44%
Celkem	186	100%

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 9.2 ukazuje, že 104 (56 %) respondentů s praxí nad 5 let pocítuje strach ze spolupráce s lékaři. 82 (44 %) respondentů strach nepocítuje.

Otázka č. 10:

Pocitujete někdy strach z níže uvedených situací?

Tabulka č. 10 – Strach z uvedených situací

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost
Z překročení kompetencí všeobecné sestry	19	3%	9%
Z komunikace s pacientem	109	17%	50%
Z podání nesprávného léku pacientovi	213	34%	98%
Z nevykonání ordinace lékaře	182	29%	83%
Z usnutí o noční službě	37	6%	17%
Z nedodržení standardu během výkonu	14	2%	6%
Z péče o umírajícího pacienta	49	8%	22%
Jiné	0	0%	0%
Celkem	623	100%	X

Zdroj: vlastní

U této otázky, která zjišťovala situace, ze kterých mají respondenti strach, mohl každý respondent zaškrtnout libovolný počet odpovědí. Strach z překročení kompetencí byl v dotazníku zvolen 19x (3 %), komunikace s pacientem 109x (71 %). 213x (34 %) byla respondenty zvolena možnost, že mají strach z nesprávného podání léku. Druhou nejpočetnější zvolenou volbou byl strach z nevykonání ordinace lékaře, která byla označena 182x (29 %). Odpověď strach z usnutí o noční službě bylo zvoleno 37x (6 %). Nedodržení standardu během výkonu bylo označeno 14x (2 %). Poslední zvolenou možností byla péče o umírajícího pacienta, která byla zaškrtnuta 49x (8 %). Nabídku odpovědi „jiné“ ne zvolil žádný respondent.

Sloupec č. 4 znázorňuje, u kolika % respondentů (z celkového počtu 218) vyvolala určitá situace pocit strachu. Největší zastoupení 98 % mělo podání nesprávného léku pacientovi. U 83 % respondentů byla zvolena možnost z nevykonání ordinace lékaře, z komunikace s pacientem má strach 50 % respondentů.

Tabulka č. 10.1 – Počet zvolených odpovědí u respondentů do 5 let a nad 5 let praxe

Pocit'ujete strach z uvedených situací?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Počet zvolených odpovědí u sester do 5 let praxe	102	16%
Počet zvolených odpovědí u sester nad 5 let praxe	521	84%
Celkem	623	100%

Zdroj:vlastní

Z tabulky č. 10. 1 vyplývá, kolik možností zvolili respondenti (pocit'ující strach z níže uvedených situací, otázka č. 10) s praxí ve zdravotnictví do 5 let a s praxí delší než 5 let. U otázky č. 10 měli respondenti možnost zaškrtnout více odpovědí. Respondenti s praxí ve zdravotnictví do 5 let zvolili 102 (16 %) odpovědí. Respondenti s praxí nad 5 let zaškrtili 521 (84 %) odpovědí.

Tabulka č 10. 2 – Strach z níže uvedených situací u respondentů s praxí do 5 let a nad 5 let

Pocit'ujete strach z níže uvedených situací?	Průměr
Počet odpovědí u sester do 5 let praxe	3,29
Počet odpovědí u sester nad 5 let praxe	2,78

Zdroj: vlastní

Z tabulky č. 10. 1 vyplývá, kolik možností zvolili respondenti (pocit'ující strach z níže uvedených situací, otázka č. 10) s praxí ve zdravotnictví do 5 let a s praxí delší než 5 let. Respondenti s praxí kratší než 5 let zvolili průměrně 3,29 možností. Respondenti s praxí nad 5 let průměrně zvolili 2, 78 možností.

Otázka č. 11:

Máte na oddělení možnost supervize?

Tabulka č. 11 – Možnost supervize

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	189	87%
Ne	26	12%
Nevím	3	1%
Celkem	218	100%

Zdroj: vlastní

Možnost supervize na svém pracovišti má 189 (87 %) respondentů. 26 (12 %) respondentů odpovědělo, že tuto možnost nemají. Odpověď neví si vybrali 3 (1 %) respondentů. Respondenti, kteří odpověděli, že „ne“ nebo „nevím“ pokračovali ve vyplňování dotazníku otázkou č. 18.

Otázka č. 12:

Jak často máte na pracovišti možnost zúčastnit se supervize?

Tabulka č. 12 – Možnost účasti na supervizi

	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 x měsíčně	28	15%
2 x měsíčně	2	1%
1 x za 1/2 roku	155	82%
Nevím	4	2%
Celkem	189	100%

Zdroj: vlastní

Tuto otázku vyplňovalo 189 (100 %) respondentů, kteří v předchozí otázce odpověděli, že mají na oddělení možnost supervize. 28 (15 %) respondentů má možnost se zúčastnit supervize 1x měsíčně. Pouze 2 (1 %) respondentů zvolilo, že se u nich supervize koná 2x měsíčně. Největší počet odpovědí byl u možnosti 1x za ½ roku, kterou zvolilo 155 (82 %) respondentů. 4 (2 %) dotazovaných uvedlo, že neví, jak často se mohou supervize zúčastnit na svém pracovišti.

Otázka č. 13:

Jak často se supervize účastníte?

Tabulka č. 13 – Účast na supervizi

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vždy	138	73%
Občas	24	13%
Nezúčastnil/a jsem se	27	14%
Jiné	0	0%
Celkem	189	100%

Zdroj: vlastní

U této otázky odpovídalo 189 (100 %) respondentů, kteří na otázku č. 11 odpověděli, že mají možnost supervize na svém oddělení. 138 (73 %) respondentů odpovědělo, že se supervize zúčastňuje vždy. Občas se jí zúčastňuje 24 (13 %) respondentů. Supervize se nikdy nezúčastnilo 27 (14 %) dotazovaných. Možnost volby jiné ne zvolil žádný respondent.

Otázka č. 14:

Pomohla Vám supervize v řešení podobné situace?

Tabulka č. 14 - Pomoc supervize při řešení situace

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	93	49%
Ne	90	48%
Nevím	6	3%
Celkem	189	100%

Zdroj: vlastní

Tuto otázku vyplňovalo 189 (100 %) respondentů, kteří v otázce č. 11 odpověděli, že mají na oddělení možnost supervize. V řešení podobné situace byla supervize nápomocná 93 (49 %) respondentů. Nepomohla 90 (48 %) dotazovaných. 6 (3 %) respondentů nedovedlo odpovědět, zda jim supervize pomohla v řešení podobné situace.

Otázka č. 15:

Přispěl/a jste v supervizi vlastní zkušeností?

Tabulka č. 15 – Vlastní zkušenost v supervizi

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	8	4%
Ne	181	96%
Celkem	189	100%

Zdroj: vlastní

Tuto otázku vyplňovalo 189 (100 %) respondentů, kteří v otázce č. 11 odpověděli, že mají na oddělení možnost supervize. 8 (4 %) respondentů přispěli v supervizi vlastní zkušeností. 181 (96 %) respondentů v supervizi vlastní zkušeností nepřispělo. U této otázky měli respondenti, pokud odpověděli „ano“ nebo „ne“, svou odpověď zdůvodnit. Odpovědi jsou znázorněny v níže uvedených tabulkách č. 15.1 a 15.2.

Tabulka č. 15.1 – Odůvodnění, pokud respondenti odpověděli „ano“

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Dlouholetá praxe	4	50%
Vedoucí pracovník	1	13%
Zkušenosti z jiné nemocnice	1	13%
Nevhodné chování lékařů k sestřám	2	25%
Celkem	8	100%

Zdroj: vlastní

U této otázky odpovídalo 8 (100 %) respondentů, kteří v předchozí otázce č. 15 odpověděli, že přispěli vlastní zkušeností v supervizi. Jako odůvodnění pro odpověď „ano“ zvolili 4 (50 %) respondentů dlouholetou praxi. Svou zkušeností do supervize přispěl i vedoucí pracovník 1 (13 %). Zkušenosti z jiné nemocnice byly odůvodněním pro 1 (13 %) respondenta. Nevhodné chování lékařů k sestřám napsali 2 (25 %) respondentů.

Tabulka č. 15.2 - Odůvodnění pokud respondenti odpověděli "ne"

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Málo zkušeností	16	9%
Nenapsalo odůvodnění	165	91%
Celkem	181	100%

Zdroj: vlastní

U této otázky odpovídalo 181 (100 %) respondentů, kteří v otázce č. 15 odpověděli, že nepřispěli vlastní zkušeností v supervizi. Odůvodnění, že mají málo zkušeností, napsalo 16 (9 %) respondentů. Ostatních 165 (91 %) respondentů odůvodnění pro svou volbu „ne“ nezdůvodnilo.

Otázka č. 16:

Máte strach zúčastnit se supervize?

Tabulka č. 16 – Strach ze supervize

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	16	8%
Ne	173	92%
Celkem	189	100%

Zdroj: vlastní

Tuto otázku vyplňovalo 189 (100 %) respondentů, kteří v otázce č. 11 odpověděli, že mají na oddělení možnost supervize. Strach zúčastnit se supervize má 16 (8 %) respondentů. Strach z účasti na supervizi nepocití uje 173 (92 %) respondentů.

Otázka č. 17:

Jaký vliv na Vás supervize měla?

Tabulka č. 17 – Vliv supervize

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Pomohla mi zmírnit strach	51	27%
Pomohla mi předcházet strachu	36	19%
Pomohla mi předcházet stresu	33	17%
Pomohla mi bojovat proti stresu	46	24%
Jiné	23	12%
Celkem	189	100%

Zdroj: vlastní

Tuto otázku vyplňovalo 189 (100 %) respondentů, kteří v otázce č. 11 odpověděli, že mají na oddělení možnost supervize. Supervize pomohla zmírnit strach u 51 (27 %) respondentů. U 36 (19 %) respondentů pomohla předcházet strachu. Předcházet stresu pomohla supervize u 33 (17 %) respondentů. 46 (24 %) dotazovaných pomohla bojovat proti stresu. Možnost „jiné“ zvolilo 23 (12 %) respondentů, kteří ale svou odpověď nezdůvodnili.

Otázka č. 18:

Častěji se setkávám s násilím ze strany:

Tabulka č. 18 – Setkání s násilím

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Pacienta	164	75%
Spolupracovníka, nadřízeného	17	8%
Nesetkávám se s násilím na pracovišti	37	17%
Celkem	218	100%

Zdroj: vlastní

S násilím ze strany pacienta setkává 164 (75 %) respondentů. S násilím od spolupracovníka, nadřízeného se častěji setkává 17 (8 %) respondentů. S násilím na pracovišti se nesetkává 37 (17 %) dotazovaných.

Otázka č. 19:

Jaké jsou vztahy na Vašem oddělení mezi personálem?

Tabulka č. 19-Vztahy mezi personálem

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Výborné	4	2%
Velmi dobré	53	24%
Dobré	78	36%
Dostačující	65	30%
Nevyhovující	18	8%
Celkem	218	100%

Zdroj: vlastní

Za výborné označili vztahy mezi personálem 4 (2 %) respondenti. Velmi dobré vztahy mezi personálem jsou u 53 (24 %) respondentů, dobré jsou u 78 (36 %) respondentů. 65 (30 %) dotazovaných označilo vztahy na svém pracovišti jako dostačující. Nevyhovující jsou pro 18 (8 %) respondentů.

Otázka č. 20:

Jaké jsou vztahy na Vašem oddělení mezi personálem a vedením?

Tabulka č. 20-Vztahy mezi personálem a vedením

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Výborné	8	4%
Velmi dobré	80	37%
Dobré	94	43%
Dostačující	31	14%
Nevyhovující	5	2%
Celkem	218	100%

Zdroj: vlastní

Z tabulky č. 20 vyplývá, že pro 8 (4 %) respondentů jsou vztahy mezi personálem a vedením výborné. Velmi dobré jsou pro 80 (37 %) dotazovaných. Za dobré je označilo 94 (43 %) respondentů. Pro 31 (14 %) jsou tyto vztahy dostačující. Nevyhovující jsou pro 5 (2 %) respondentů.

Otázka č. 21:

Komunikaci na Vašem pracovišti byste označil/a jako:

Tabulka č. 21 – Komunikace na pracovišti

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vyhovující	167	77%
Nevyhovující	51	23%
Jiné	0	0%
Celkem	218	100%

Zdroj: vlastní

Komunikaci na pracovišti označilo jako vyhovující 167 (77 %) respondentů. Nevyhovující je pro 51 (23 %) respondentů.

Otázka č. 22:

Nejvíce se obávám násilí (šikany) ze strany:

Tabulka č. 22 – Obavy z násilí

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Pacienta	107	49%
Spolupracovníka	32	15%
Nadřízeného	72	33%
Neobávám se	7	3%
Celkem	218	100%

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 22 uvádí, jakého násilí se respondenti nejvíce obávají. Násilí ze strany pacienta se obává 107 (49 %) respondentů. Násilí či šikany od spolupracovníka se nejvíce obává 32 (15 %) respondentů. 72 (33 %) dotazovaných zvolilo možnost, že se nejvíce obává násilí či šikany ze strany nadřízeného. Násilí se neobává 7 (3 %) respondentů.

Otázka č. 23:

Setkáváte se během výkonu svého povolání s násilím na pracovišti?

Tabulka č. 23 – Setkání s násilím na pracovišti

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, opakovaně	97	44%
Jedinkrát	73	33%
Ne, nikdy	48	22%
Celkem	218	100%

Zdroj: vlastní

S násilím na pracovišti se opakovaně setkalo 97 (44 %) respondentů. Jedinkrát se s násilím setkalo 73 (33 %). Nikdy se s ním neseťkalo 48 (22 %) dotazovaných, kteří pokračovali ve vyplňování dotazníku otázkou č. 26.

Otázka č. 24:

V případě, že se šikanou setkáváte, je to ze strany:

Tabulka č. 24 – Iniciátor násilí na pracovišti

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Spolupracovníka	107	63%
Vedoucího pracovníka	61	36%
Jiné osoby	2	1%
Celkem	170	100%

Zdroj: vlastní

Na tuto otázku odpovídalo 170 (100 %) respondentů, kteří v otázce č. 23 potvrdili, že se setkávají s násilím na pracovišti. S násilím ze strany spolupracovníka se setkala nejvíce a to 107 (63 %) respondentů. Ze strany vedoucího pracovníka to bylo u 61 (36 %) respondentů. S násilím od jiné osoby se setkali 2 (1 %) dotazovaní, kteří ale tuto osobu nespécifikovali.

Otázka č. 25:

O jaký druh šikany se jedná?

Tabulka č. 25 – Druh šikany

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Verbální (slovní)	162	95%
Fyzickou	5	3%
Sexuální obtěžování	3	2%
Celkem	170	100%

Zdroj: vlastní

Na tuto otázku odpovídalo 170 (100 %) respondentů, kteří v otázce č. 23 potvrdili, že se setkávají s násilím na pracovišti. S verbálním druhem násilí se setkala nejvíce respondentů a to 162 (95 %). S fyzickým druhem násilí se setkala 5 (3 %) respondentů. Se sexuálním obtěžováním se setkali pouze 3 (2 %) respondenti.

Otázka č. 26:

Jak často se setkáváte s agresivním pacientem?

Tabulka č. 26 – Setkání s agresivním pacientem

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nikdy	79	36%
Málokdy	93	43%
Často	19	9%
Velmi často	27	12%
Celkem	218	100%

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 26 ukazuje, jak často se respondenti setkávají s agresivním pacientem. Nikdy se s agresivním pacientem nesetkalo 79 (36 %) respondentů, kteří pokračovali ve vyplňování dotazníku otázkou č. 29. Málokdy se s ním setkává 93 (43 %) respondentů. Možnost často označilo 19 (9 %) respondentů. 27 (12 %) dotazovaných se setkává s agresivním pacientem velmi často.

Otázka č. 27:

O jakou agresi ze strany pacienta se jedná?

Tabulka č. 27 – Druh agresivity ze strany pacienta

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Verbální (slovní)	133	83%
Fyzickou	21	13%
Sexuální obtěžování	6	4%
Celkem	160	100%

Zdroj: vlastní

Na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, kteří na otázku č. 26 odpověděli, že se na pracovišti setkávají s agresivními pacienty. Měli zde možnost zvolit více odpovědí. S verbální agresi ze strany pacienta se setkala 133 (83 %) respondentů. S fyzickou agresi se setkala 21 (13 %) dotazovaných. 6 (4 %) respondentů zažilo sexuální obtěžování ze strany pacienta.

Otázka č. 28:

Máte strach z agresivního pacienta?

Tabulka č. 28 – Strach z agresivního pacienta

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, vždy	24	17%
Ano, někdy	106	76%
Ne	9	6%
Celkem	139	100%

Zdroj: vlastní

Na tuto otázku odpovídalo 139 (100 %) respondentů, kteří v otázce č. 26 potvrdili, že se setkávají s násilím ze strany pacienta. Strach z agresivního pacienta má vždy 24 (17 %) respondentů. Někdy strach pociťuje 106 (76 %) respondentů. Strach nepociťuje 9 (6 %) dotazovaných.

Otázka č. 29:

V případě, že pociťujete strach z něčeho jiného, než je uvedeno v dotazníku, tak prosím o Vaše vyjádření:

Tabulka č. 29 – Volné odpovědi respondentů

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Agresivita ze strany lékaře	1	0%
Současná situace ve zdravotnictví	4	2%
Slovní napadení personálu od příbuzných pacientů	2	1%
Neuvedlo odpověď	211	97%
Celkem	218	100%

Zdroj: vlastní

Otázku č. 29 vyplnilo pouze 7 (100 %) respondentů. 1 (14 %) respondent napsal, že se obává agresivity ze strany lékaře. Současná situace ve zdravotnictví nahání strach 4 (57 %) respondentů. Slovní napadení personálu od příbuzných pacientů uvedli 2 (29 %) dotazovaných. Odpověď neuvedlo 211 (97 %) respondentů.

DISKUSE

Cílem diplomové práce bylo zjistit zkušenosti respondentů se strachem při výkonu profese všeobecné sestry. Výzkum mezi všeobecnými sestrami proběhl formou dotazníkového šetření, otázky do dotazníku byly sestaveny dle stanovených hypotéz. Výsledky našeho výzkumu budeme porovnávat s různými bakalářskými, diplomovými a rigorózními pracemi.

Otázky č. 1, 2, 4, 5, 6 jsou věnovány vstupním údajům, jako je pohlaví, nejvyšší dosažené vzdělání, oddělení výkonu povolání, délka praxe na oddělení a zhodnocení subjektivního názoru respondentů na míru zodpovědnosti v práci všeobecné sestry. Tyto otázky byly spíše informativní. Zajímalo nás, kolik sester s vysokoškolským vzděláním pracuje v nemocnicích a na jakém oddělení. Překvapivé bylo zjištění, že z 218 respondentů byli pouze dva muži se středoškolským vzděláním.

Ověření hypotézy č. 1: *Všeobecné sestry s praxí v oboru delší než 5 let pocítují strach z profesního selhání méně často než sestry s kratší praxí.* K této hypotéze se vztahovaly v dotazníku otázky č. 3, 7, 8, 9, 10. Mezník 5 let praxe jsme zvolili, protože si myslíme, že po 5 letech praxe mají sestry dostatek zkušeností s ošetrovatelskou péčí, komunikací s pacienty a jsou adaptované na svoji profesi. Jako klíčové otázky, které měly potvrdit nebo vyvrátit stanovenou hypotézu jsme určili otázku č. 8, 9, 10, ze kterých jsme vytvořili tabulky dle odpovědí sester s praxí kratší než 5 let a delší než 5 let. Jedná se o tabulky č. 8.2, 8.3, 9.1, 9.2, 10.1 a 10.2. Za profesní selhání u všeobecných sester považujeme překročení kompetencí všeobecné sestry, nevhodnou komunikaci s pacientem, podání nesprávného léku pacientovi, nevykonání ordinace lékaře, usnutí o noční službě, nedodržení ošetrovatelského standardu během výkonu a neprofesionální péči o umírajícího pacienta. Pro lepší přehlednost jsme vytvořili tabulku č. 10.2, která znázorňuje průměrný počet zvolených možností u otázky č. 10. Sestry s praxí do 5 let průměrně zvolily 3, 29 možností a sestry s praxí delší než 5 let zvolily 2, 78 možností. Tabulka č. 8.2 nám ukazuje, že 94 % sester s praxí ve zdravotnictví kratší než je 5 let pocítuje strach z ošetrovatelských výkonů. U sester s praxí delší než je 5 let pocítuje strach z ošetrovatelských výkonů 71 % sester. Prokopová ve své bakalářské práci na podobné téma, ve které provedla kvalitativní výzkumné šetření, uvádí, že žádná z 10 oslovených sester, které pracovaly ve zdravotnictví 5 let a více, nepocítovaly strach z ošetrovatelských výkonů. Naopak sestry s praxí kratší

než 5 let uvedly, že se žádného ošetrovatelského výkonu neobávají, maximálně tak pociťují nejistotu z jeho provedení. (Prokopová, 2011, s. 49)

50 % dotazovaných sester se obává komunikace s pacientem. 98 % sester má strach z podání nesprávného léku pacientovi a 83 % sester se obává nevykonání ordinace lékaře. Jen 22 % sester má strach z péče o umírajícího pacienta. Strach ze spolupráce s lékařem má 90 % sester pracujících ve zdravotnictví kratší dobu než 5 let. 56 % sester s praxí v oboru nad 5 let pociťuje strach ze spolupráce s lékaři. Problematikou pracovního vztahu lékaře a sestry jsme se podrobněji zabývali v teoretické části práce. Tuto otázku jsme položili záměrně, protože jsme očekávali, že sestry nebudou se spoluprací lékařů spokojeny a budou se jí bát. Prokopová ve své bakalářské práci uvádí, že 50 % sester hodnotilo spolupráci s lékaři jako dobrou a strach z ní pociťovalo 20 % dotazovaných sester. (Prokopová, 2011, s. 47 – 48)

Z výše uvedeného vyplývá, že hypotéza č. 1 se potvrdila. Domnívali jsme se, že všeobecné sestry pracující ve svém oboru déle než 5 let nebudou mít strach z vykonávání profese sestry. Bylo pro nás tedy velkým překvapením, když výsledky výzkumného šetření naší domněnku vyvrátily a poukázaly spíše na fakt, že délka praxe v této problematice nerozhoduje. Pro budoucí výzkum u podobného tématu absolventské, bakalářské nebo diplomové práce by jistě bylo zajímavé zaměřit se na to, co konkrétně u všeobecných sester ovlivňuje prožívání strachu, zda vzdělání, oddělení výkonu práce nebo nějaký z jiných faktorů.

Ověření hypotézy č. 2: *Domnívám se, že všeobecné sestry, které mají možnost supervize, ji využívají.* Jako kritérium k potvrzení této hypotézy jsme stanovili, že více než 60 % všeobecných sester, které mají možnost supervize na svém pracovišti, ji využívají. K této hypotéze se vztahovaly v dotazníku otázky č. 11, 12, 13, 14, 15, 16 a 17. Jako klíčové otázky pro potvrzení nebo vyvrácení hypotézy jsme stanovili otázku č. 11 a 13. Možnost supervize na svém pracovišti má 87 % oslovených všeobecných sester a zúčastňuje se jí 86 % z nich. 73 % sester se supervize účastní vždy, když u nich supervize na oddělení probíhá a 13 % sester se zúčastňuje jen občas. Z výše uvedených informací vyplývá, že hypotéza č. 2 se potvrdila.

Účast na supervizi pomohla 49 % sester v řešení podobné situace. U otázky, zda sestry přispívají či nepřispívají vlastní zkušeností v supervizi, jsme požadovali po respondentech, aby nám svoji odpověď zdůvodnili. Vlastní zkušeností během supervize přispěla pouze 4 % sester, jako hlavní důvod uvedly dlouholetou praxi. Celých 96 % respondentů tedy

během supervize své zkušenosti neventiluje! Jako důvod uvedlo 9 % respondentů, že má málo zkušeností, které by mohli nadnést v supervizi, 91 % sester svůj postoj nezduvodnilo. Domníváme se, že supervize je nezbytnou součástí ošetrovatelského povolání. Je velice důležité, aby se jí pravidelně zúčastňovalo co nejvíce sester, které ale nebudou jen pasivně přijímat názory a doporučení ostatních, ale které se budou aktivně zapojovat do řešení problematiky a nadnesou na supervizi své vlastní zkušenosti. Přestože je účast na supervizích vysoká, tak by pro praxi měla být supervize povinná pro všechny zdravotnické pracovníky. Je proto důležité sestřím, které uvedly, že nepřispívají svými zkušenostmi v supervizi, protože se domnívají, že mají málo zkušeností, vysvětlit, že se supervize nezakládá na zkušenostech, ale zejména na sdělování a ztotožnění se s pocity druhých. Uvědomění si, že i někdo další prožívá ty samé nebo alespoň podobné pocity.

Otázka č. 17 úzce souvisela s tématem diplomové práce. Potěšující a důležité pro nás bylo zjištění, že 92 % všeobecných sester, které mají možnost supervize, z ní nemá strach.

Příčinou strachu ze supervize u 8 % sester může být strach vyjádřit svůj názor, přiznat si, že strach během poskytování ošetrovatelské péče pociťují. Nebo skutečnost, že se supervize mohou účastnit i vedoucí pracovníci a sestry se tak obávají nadnést během supervize téma, za které by mohly být později právě vedoucími pracovníky potrestány. Supervize pomohla zmírnit strach nebo mu předcházet u 46 % sester a pomohla předcházet stresu nebo proti němu bojovat 41 % respondentů, kteří mají možnost se supervize účastnit. Ciklerová ve své diplomové práci uvádí, že 46 % všeobecných sester považuje supervizi u zdravotnických pracovníků za potřebnou. (Ciklerová, 2013, s. 68) S tímto výsledkem souhlasíme a považujeme za důležité konání supervizí ve všech zdravotnických zařízeních. V souvislosti s výsledky našeho výzkumu jsme se rozhodli vypracovat výstup do praxe v podobě letáku, který se zabývá nejdůležitějšími poznatky našeho šetření a právě supervizí, aby si sestry uvědomily její potřebnost a význam v boji proti strachu.

Ověření hypotézy č. 3: *Všeobecné sestry se setkávají s násilím od pacienta častěji než s násilím ze strany spolupracovníka nebo nadřízeného.* K této hypotéze se vztahovaly v dotazníku otázky č. 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27 a 28. Jako klíčovou otázku k potvrzení nebo vyvrácení stanovené hypotézy jsme stanovili otázku č. 18, kde se přímo respondentů ptáme, zda se setkávají častěji s násilím ze strany pacienta nebo spolupracovníka či nadřízeného. Výsledky jsou jednoznačné, až 75 % sester se setkává častěji s násilím ze strany pacienta. Nejčastěji se jednalo v 83 % o slovní násilí.

Z agresivního pacienta má strach 93 % sester. Z výše uvedeného vyplývá, že se nám hypotéza č. 3 potvrdila. Peňáková ve své bakalářské práci uvádí, že se s agresivitou ze strany pacienta setkala 87, 8 % všeobecných sester. Dále se i v jejím výzkumném šetření jednalo více o verbální agresivitu a to až v 68, 3 %. Z těchto výsledků vyplývá, že výsledky našeho šetření ohledně agresivity ze strany pacienta jsou obdobné. (Peňáková, 2011, s. 36, 43)

S násilím ze strany spolupracovníka či nadřízeného se častěji setkává 8 % dotazovaných všeobecných sester. V 64% se jednalo o násilí ze strany spolupracovníka a v 36 % ze strany nadřízeného pracovníka. I zde převažovalo v 95 % verbální (slovní) násilí. Motlová ve své rigorózní práci uvádí, že 33 % zdravotnických pracovníků se setkává s násilím na pracovišti. Nejčastěji se jedná o psychické projevy, jako je ponižování, pomlouvání, kritizování a nalézání chyb. (Motlová, 2013, s. 116, 119)

V profesi všeobecné sestry je celá řada faktorů a situací, které mohou ovlivňovat jejich práci. Již v teoretické části jsem se pokusila některé z nich přiblížit. Proto, aby sestry mohly strachu předcházet nebo s ním bojovat, je důležité, aby dokázaly pojmenovat konkrétní činnosti nebo situace, které jim v povolání všeobecné sestry způsobují strach. A právě prostřednictvím této práce jsme chtěli všeobecným sestřám umožnit, aby vyjádřily situace, které u nich vyvolávají strach, a zamyslely se nad nimi.

ZÁVĚR

Téma diplomové práce zní: „Strach při výkonu profese všeobecné sestry“. Ve zdravotnictví dochází k neustálému zvyšování požadavků na všeobecnou sestru. I pacienti očekávají od sestry profesionalitu a vysokou úroveň poskytované péče. Považuji profesi všeobecné sestry za jednu z nejzodpovědnějších. To vše spolu s tlakem od vedoucích pracovníků, může u sester vzbuzovat strach. Strach je součástí života každého z nás a proto bychom se měli naučit s ním žít a přijmout ho. Jak jsem se již zmínila v úvodu své práce, tak jen málokdo z nás si dovede představit, že i sestra může pociťovat strach při vykonávání svého povolání. Tento strach může významně ovlivnit poskytovanou ošetrovatelskou péči a zkreslit vnímání, tak krásného povolání.

V teoretické části jsem se zaměřila na přiblížení problematiky komunikace ve zdravotnictví a to jak mezi zdravotnickými pracovníky, tak mezi všeobecnou sestrou a pacientem. Samozřejmě jsem neopomenula ani komunikaci s umírajícím pacientem a jeho příbuznými, která je pro sestru velmi náročná. V kapitole pochybení v ošetrovatelské péči jsem se pokusila nastínit některé povinnosti sester vyplývající ze zákona a možné situace, které by u sester mohly vyvolávat strach. Do teoretické části jsem zařadila i problematiku stresu, protože se domnívám, že v profesi všeobecné sestry je mnoho stresujících okamžiků. Násilí na pracovišti je nezbytnou součástí mého tématu. Kapitole supervize jsem zmínila zejména z důvodu, že je to jedna z možností, jak sestry mohou strachu předcházet nebo jak proti němu mohou bojovat. Prostřednictvím supervize se mohou sestry zamyslet nad sebou a svým chováním.

Praktická část diplomové práce je zaměřena na zjištění zkušeností sester se strachem při výkonu své profese. Tento stanovený cíl byl splněn. Abych získala zkušenosti od více všeobecných sester, zvolila jsem proto kvantitativní výzkumné šetření, které odhalilo četnost výskytu strachu ve zdravotnickém povolání. Analýza výsledků přinesla několik zajímavých zjištění, kterým by bylo vhodné se v budoucnu hlouběji věnovat.

Výstupem mé práce je vytvoření letáku pro všeobecné sestry, kterým se mohou inspirovat při boji proti strachu nebo jim může poskytnout informace z výsledku výzkumného šetření a pomoci jim nebát se přiznat, že strach pociťují a že nejsou jediný, kdo se strachem trápí.

Jsem velice ráda, že jsem si zvolila jako téma diplomové práce právě tuto problematiku a pokusila se alespoň trochu přiblížit náročnost profese všeobecné sestry z trochu jiného

pohledu, než s jakým se běžně setkáváme. Věřím, že tato práce nabídne všeobecným sestřám i studentům další témata k výzkumu stanovené problematiky.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

KNIHY

ANDRŠOVÁ, Alena. *Psychologie a komunikace pro záchranáře v praxi*. 1 vyd. Praha: Grada, 2012. 128 s. ISBN 978-80-247-4119-2.

BÁRTLOVÁ, Sylva a kol. *Role sestry specialistky*. 2 vyd. Brno: NCONZO, 2011. 102 s. ISBN 978-80-7013-488-7.

BÁRTLOVÁ, Sylva, CHLOUBOVÁ, Ivana, TREŠLOVÁ, Marie. *Vztah sestra-lékař*. 1 vyd. Brno: NCONZO, 2010. 127 s. ISBN 978-80-7013-526-6.

FEHLAU, Eberhard. *Konflikty v práci: jak se vypořádat s konfliktními situacemi a lidmi*. Praha: Grada, 2003. 108 s. ISBN 80-247-0533-8.

FREI, Jiří, LOUDOVÁ, Soňa. *Manuál pro zpracování diplomové práce*. 1 vyd. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2013. 56 s. ISBN 978-80-261-0167-3.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Manuálek o násilí*. 1. Vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. 83 s. ISBN 80-701-3397-X.

HAVRDOVÁ, Zuzana, HAJNÝ, Martin. *Praktická supervize: průvodce supervizí pro začínající supervizory, manažery a příjemce supervize*. Praha: Galén, 2008. 213 s. ISBN 978-807-2625-321.

HAWKINS, Peter, SHOHET, Robin. *Supervize v pomáhajících profesích*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 202 s. ISBN 978-807-1787-150.

HOLEČEK, Václav, MIŇHOVÁ, Jana, PRUNNER, Pavel. *Psychologie pro právníky*. 2 vyd. Plzeň: Aleš Čeněk, 2007. 351 s. ISBN 978-80-7380-065-9.

KELLNAROVÁ, Jarmila, MATĚJKOVÁ, Eva. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty 4. ročník*. 1 vyd. Praha: Grada, 2009. 140 s. ISBN 978-80-247-2831-5.

KOPECKÁ, Ilona. *Psychologie 2. Díl Učebnice pro obor sociální činnost*. 1 vyd. Praha: Grada, 2012. 164 s. ISBN 978-80-247-3876-5.

KRATZ, Hans. *Mobbing: Jak ho rozpoznat a jak mu čelit*. 1 vyd. Praha: Management Press, 2005. 131 s. ISBN 80-7261-127-5.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. 1 vyd. Praha: Grada, 2010. 119 s. ISBN 978-80-247-3149-0.

KUTNOHORSKÁ, Jana, CICHÁ, Martina, GOLDMANN, Radoslav. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. 1 vyd. Praha: Grada, 2011. 192 s. ISBN 978-80-247-3843-7.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. 1 vyd. Praha: Grada, 2007. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.

MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 3 vyd. Praha: Portál, 2013. 400 s. ISBN 978-80-262-0213-4.

PLAMÍNEK, Jiří. *Vedení lidí, týmů a firem: praktický atlas managementu*. 2 vyd. Praha: Grada, 2005. 175 s. ISBN 80-247-1092-7.

PLEVOVÁ, Ilona a kol. *Management v ošetrovatelství*. 1 vyd. Praha: Grada, 2012. 304 s. ISBN 978-80-247-3871-0.

RAUDENSKÁ, Jaroslava, JAVŮRKOVÁ, Alena. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. 1 vyd. Praha: Grada, 2011, 304 s. ISBN 978-80-247-2223-8.

RIEMANN, Fritz. *Základní formy strachu: typy lidské osobnosti, jejich vznik, charakteristiky a formy vztahů*. 2 vyd. Praha: Portál, 2007. 199 s. ISBN 978-80-7367-345-1.

SVOBODOVÁ, Lenka. *Mobbing - nebezpečný fenomén naší doby*. 1. vyd. Praha: Výzkumný ústav bezpečnosti práce, 2007. 28 s. ISBN 978-80-86973-66-1.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda, KRÁLOVÁ, Jaroslava. *Základní otázky komunikace: Komunikace (nejen) pro sestry*. 1 vyd. Praha: Galén, 2009. 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.

VENGLÁŘOVÁ, Martina, MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1 vyd. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 184 s. ISBN 978-802-4731-742.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Supervize v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 100 s. ISBN 978-80-247-4082-9.

VÉVODA, Jiří a kol. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. 1 vyd. Praha: Grada, 2013. 160 s. ISBN 978-80-247-4732-3.

VONDRÁČEK, Lubomír, VONDRÁČEK, Jan. *Odpovědnost při poskytování ošetrovatelské péče*. 1 vyd. Praha: Galén, 2006. 30 s. ISBN 80-7262-392-3.

VONDRÁČEK, Lubomír, VONDRÁČEK, Jan. *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče 2*. 1 vyd. Praha: Grada, 2006. 68 s. ISBN 80-247-1919-3.

VONDRÁČEK, Lubomír, VONDRÁČEK, Jan. *Sestra mezi paragrafy*. 1 vyd. Praha: Galén, 2007. 31 s. ISBN 978-80-7262-459-1.

VONDRÁČEK, Lubomír, WIRTHOVÁ, Vlasta. *Právní minimum pro sestry*. 1 vyd. Praha: Grada, 2009. 95 s. ISBN 978-80-247-3132-3.

VONDRÁČEK, Lubomír. *Právní předpisy nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry*. 1 vyd. Praha, Grada, 2005. 100 s. ISBN 80-247-1198-2.

ČASOPISY

BEDNÁŘOVÁ, Jana. Šikana na pracovišti. *Sestra*. 2009, roč. 19, č. 5, s. 19. ISSN 1210-0404.

BEDNÁŘOVÁ, Jana. Umění komunikovat. *Sestra*. 2010, roč. 20, č. 4, s. 16 – 17. ISSN 1210-0404.

BOHUTÍNSKÁ, Marie. Profesionální stres u sester. *Sestra*. 2005, roč. 15, č. 10, s. 16-18. ISSN 1210-0404.

DLUGOŠOVÁ, Anna, TKÁČOVÁ, Lubomíra. Motivace a její aplikace na práci sester. *Sestra*. 2011, roč. 21, č. 9, s. 22 – 24. ISSN 1210-0404.

DYNÁKOVÁ, Šárka, KOŽNAR. Křik není to nejhorší. *Sestra*. 2005, roč. 15, č. 9, s. 12. ISSN 1210-0404.

DYNÁKOVÁ, Šárka. Komunikační strategie s „obtížným pacientem“. *Sestra*. 2005, roč. 15, č. 10, s. 14. ISSN 1210-0404.

DYNÁKOVÁ, Šárka. Nejsme si v něčem podobní?. *Sestra*. 2005, roč. 15, č. 7-8, s. 20. ISSN 1210-0404.

CHLEBOWCZYKOVÁ, Jana. Šikana na pracovišti. *Sestra*. 2006, r. 16, č. 1, s.18. ISSN 1210-0404.

KISVETROVÁ, Helena. Péče o umírajícího pacienta. *Sestra*. 2005, roč. 15, č. 10, s. 22. ISSN 1210-0404.

KOMAČEKOVÁ, Dagmar. Fyzická a psychická zátěž při poskytování ošetrovatelské péče-prevence, ochrana a podpora zdraví sestry. *Sestra*. 2009, roč. 19, č. 7-8, s. 26- 28. ISSN 1210-0404.

KŘÍŽOVÁ, Valentýna. Neklidný a agresivní pacient v přednemocniční péči. *Sestra*. 2006, roč. 16, č. 10, s. 43. ISSN 1210-0404.

MAKYŠKOVÁ, Andrea. O prestiži sesterského povolání. *Sestra*. 2010, roč. 20, č. 2, s. 7. ISSN 1210-0404.

MERHAUTOVÁ, Iva. Násilí na pracovišti. *Sestra*. 2010, roč. 20, č. 11, s. 13. ISSN 1210-0404.

MERHAUTOVÁ, Iva. Obejdou se zdravotníci bez znalosti medicínského práva?. *Sestra*. 2009, roč. 19, č. 1, s. 10. ISSN 1210-0404.

OVÁDKOVÁ, Veronika. O příbuzných pacientů a vztahu lékařů k sestram. *Sestra*. 2009, roč. 19, č. 6, s. 7. ISSN 1210-0404.

SÝKOROVÁ, Anna. Jak přežít v ženském kolektivu?. *Sestra*. 2005, roč. 15, č. 3, s. 12. ISSN 1210-0404.

SÝKOROVÁ, Anna. Zapomeňme na mobbing, buďme hodní. *Sestra*. 2005, roč. 15, č. 1, s. 16. ISSN 1210-0404.

ŠUSTEROVÁ, Dáša. Stres v práci sestry. *Sestra*. 2009, roč. 19, č. 11, s. 24. ISSN 1210-0404.

TUTKOVÁ, Jitka. Komunikace sestra-pacient. *Sestra*. 2007, roč. 17, č. 1, s. 22 – 23. ISSN 1210-0404.

VAŇKOVÁ, Milena. Supervize v ošetrovatelství aneb vize pro budoucnost?. *Sestra*. 2011, roč. 21, č. 11, s. 25 – 27. ISSN 1210-0404.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. Agresivní klient v ošetrovatelské praxi. *Sestra*. 2005, roč. 15, č. 2, s. 20 – 21. ISSN 1210-0404.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. I s problémovým pacientem se dá většinou domluvit – když víte jak. *Sestra*. 2005, roč. 15, č. 2, s. 21 – 22. ISSN 1210-0404.

ZACHAROVÁ, Eva. Motivační faktory v sesterském povolání. *Sestra*. 2010, roč. 20, č. 6, s. 30-31. ISSN 1210-0404.

KVALIFIKAČNÍ PRÁCE

BUHALOVÁ, Iveta. *Násilí na pracovišti*. Olomouc, 2013. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Právnická fakulta. Vedoucí práce Patrik MATYÁŠEK.

CIKLEROVÁ, Monika. *Význam supervize pro zdravotnické pracovníky v lůžkových zařízeních*. České Budějovice, 2013. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Adéla MOJŽÍŠOVÁ.

FLORIÁNOVÁ, Michaela. *Pracovní motivace sester*. České Budějovice, 2013. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Iva BRABCOVÁ.

MOTLOVÁ, Iveta. *Mobbing u pracovníků ve zdravotnických zařízeních*. Olomouc, 2013. Rigorózní práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Filozofická fakulta.

PEŇÁKOVÁ, Simona. *Aktuální výskyt agresivity u pacientů ve zdravotnických zařízeních z pohledu zdravotníka*. Brno, 2011. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. Vedoucí práce Alexandra ŽOURKOVÁ.

PROKOPOVÁ, Radka. *Strach při výkonu ošetrovatelské profese*. České Budějovice, 2011. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce František DOLÁK.

INTERNETOVÉ ZDROJE

ANSE: Association of National Organization for Supervision in Europe. *ANSE Theory: definition of supervision and coaching*. 2008. [online]. [cit. 4.3.2014]. Dostupné z: <http://www.anse.eu/home.html>.

HOUSKER, Jody. *Warning: Mobbing is Legal, Work with Caution*. 2006. [online]. [cit.4.3.2014]. Dostupné z: <http://counselingoutfitters.com/Housker.htm>.

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Pohlaví

Tabulka č. 2: Vzdělání

Tabulka č. 3: Délka praxe ve zdravotnictví

Tabulka č. 4: Oddělení výkonu profese

Tabulka č. 5: Praxe na stávajícím oddělení

Tabulka č. 6: Vnímání odpovědnosti při výkonu profese

Tabulka č. 7: Strach při poskytování ošetrovatelské péče

Tabulka č. 8: Strach z ošetrovatelských výkonů

Tabulka č. 8.1: Ošetrovatelské výkony, ze kterých všeobecné sestry pocítují strach

Tabulka č. 8.2: Strach z ošetrovatelských výkonů u respondentů s praxí do 5 let

Tabulka č. 8.3: Strach z ošetrovatelských výkonů u respondentů s praxí nad 5 let

Tabulka č. 9: Spolupráce s lékaři

Tabulka č. 9.1: Strach ze spolupráce s lékaři u respondentů s praxí do 5 let

Tabulka č. 9.2: Strach ze spolupráce s lékaři u respondentů s praxí nad 5 let

Tabulka č. 10: Strach z uvedených situací

Tabulka 10.1: Počet zvolených odpovědí u respondentů do 5 let a nad 5 let praxe

Tabulka č. 10.2: Strach z níže uvedených situací u respondentů s praxí do 5 let a nad 5 let

Tabulka č. 11: Možnost supervize

Tabulka č. 12: Možnost účasti na supervizi

Tabulka č. 13: Účast na supervizi

Tabulka č. 14: Pomoc supervize při řešení situace

Tabulka č. 15: Vlastní zkušenost v supervizi

Tabulka č. 15.1: Odůvodnění, pokud respondenti odpověděli „ano“

Tabulka č. 15.2: Odůvodnění pokud respondenti odpověděli "ne"

Tabulka č. 16: Strach ze supervize

Tabulka č. 17: Vliv supervize

Tabulka č. 18: Setkání s násilím

Tabulka č. 19: Vztahy mezi personálem

Tabulka č. 20: Vztahy mezi personálem a vedením

Tabulka č. 21: Komunikace na pracovišti

Tabulka č. 22: Obavy z násilí

Tabulka č. 23: Setkání s násilím na pracovišti

Tabulka č. 24: Iniciátor násilí na pracovišti

Tabulka č. 25: Druh šikany

Tabulka č. 26: Setkání s agresivním pacientem

Tabulka č. 27: Druh agresivity ze strany pacienta

Tabulka č. 28: Strach z agresivního pacienta

Tabulka č. 29: Volné odpovědi respondentů

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
Atd.	A tak dále
Bc.	Bakalářský titul
Č.	Číslo
DIP	Dlouhodobá intenzivní péče
JIP	Jednotka intenzivní péče
Mgr.	Magisterský titul
NCONZO	Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
Roč.	Ročník
s.	Strana
SZŠ	Střední zdravotnická škola
Tbl.	Tableta
VOŠZ	Vyšší odborná škola zdravotnická
VŠ	Vysoká škola
NLP	Nelékařský zdravotnický pracovník

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Dotazník

Příloha č. 2: Výstup diplomové práce – Strach při výkonu profese všeobecné sestry

Příloha č. 3: Žádost o umožnění výzkumného šetření v Domažlické nemocnici a.s

Příloha č. 4: Žádost o umožnění výzkumného šetření v Klatovské nemocnici a.s

Příloha č. 1: Dotazník

Vážené kolegyně/Vážený kolegovo,

jmenuji se Alena Rálišová a jsem studentkou druhého ročníku magisterského studia na Fakultě zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni. Ráda bych Vás touto cestou chtěla požádat o vyplnění dotazníku k mé diplomové práci na téma: Strach při výkonu profese všeobecné sestry. Dotazník je anonymní a veškeré informace, které z něho získám, budou použity pouze pro účely diplomové práce.

Odpovědi prosím označte křížkem do vyznačeného pole (u každé otázky pouze jednu odpověď, není-li pod otázkou uvedeno jinak).

Za Vaši ochotu a čas strávený při vyplňování dotazníku předem děkuji.

Bc. Alena Rálišová

1. Pohlaví:

- Muž
- Žena

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- SZŠ
- VOŠZ
- VŠ – Bc.
- VŠ – Mgr.
- Jiné:.....

3. Kolik let pracujete ve zdravotnictví?

- do 5let
- 6 – 10let
- 11 – 15let
- 16 – 20let
- 21let a více

4. Na jakém oddělení pracujete?

- Ambulance
- Standardní oddělení
- JIP, ARO, DIP

5. Jak dlouho na oddělení pracujete?

- do 1 roku
- 2 – 5let
- 6 – 10let
- 11 let a více

6. Vnímáte práci sestry jako zodpovědnou?

- Ano
- Ne

7. Pociťujete někdy strach při poskytování ošetrovatelské péče?

- Ano
- Ne (*Pokud jste odpověděl/a „ne“, pokračujte prosím otázkou č. 9)*

8. Pociťujete strach z některého ošetrovatelského výkonu?

- Ano, z jakého?
- Ne

9. Máte strach ze spolupráce s lékaři?

- Ano
- Ne

10. Pociťujete někdy strach z níže uvedených situací?

(Lze označit více odpovědí)

- Z překročení kompetencí všeobecné sestry
- Z komunikace s pacientem
- Z podání nesprávného léku pacientovi
- Z nevykonání ordinaci lékaře
- Z usnutí o noční službě
- Z nedodržení standardu během výkonu
- Z péče o umírajícího pacienta
- Jiné:

11. Máte na oddělení možnost supervize?

- Ano
- Ne
- Nevím

(Pokud jste odpověděl/a „ne“ nebo „nevím“, pokračujte prosím otázkou č. 18)

12. Jak často máte na pracovišti možnost zúčastnit se supervize?

- 1x měsíčně
- 2x měsíčně
- 1x za ½ roku
- Nevím

13. Jak často se supervize účastníte?

- Vždy
- Občas
- Neúčastnil/a jsem se
- jiné:.....

14. Pomohla Vám supervize v řešení podobné situace?

- Ano
- Ne
- Nevím

15. Přispěl/a jste v supervizi vlastní zkušeností?

- Ano, proč?
- Ne, proč?

16. Máte strach zúčastnit se supervize?

- Ano
- Ne

17. Jaký vliv na Vás supervize měla?

- Pomohla mi zmírnit strach
- Pomohla mi předcházet strachu
- Pomohla mi předcházet stresu
- Pomohla mi bojovat proti stresu
- Jiné:

18. Častěji se setkávám s násilím ze strany:

- Pacienta
- Spolupracovníka, nadřízeného
- Nesetkávám se s násilím na pracovišti

19. Jaké jsou vztahy na vašem oddělení mezi personálem?

- Výborné
- Velmi dobré
- Dobré
- Dostačující

- Nevyhovující

20. Jaké jsou vztahy na vašem oddělení mezi personálem a vedením?

- Výborné
- Velmi dobré
- Dobré
- Dostačující
- Nevyhovující

21. Komunikaci na vašem pracovišti byste označil/a jako:

- Vyhovující
- Nevyhovující
- Jiné:

22. Nejvíce se obávám násilí (šikany) ze strany?

- Pacienta
- Spolupracovníka
- Nadřízeného
- Neobávám se

23. Setkáváte se během výkonu svého povolání se šikanou?

- Ano, opakovaně
- Jedinkrát
- Ne, nikdy *(Pokud jste odpověděl/a „ne“, pokračujte prosím otázkou č. 26)*

24. V případě, že se s šikanou setkáváte, je to ze strany:

- Spolupracovníka
- Vedoucího pracovníka
- Jiné osoby

25. O jaký druh šikany se jedná?

- Verbální (slovní)
- Fyzickou
- Sexuální obtěžování

26. Jak často se setkáváte s agresivním pacientem?

- Nikdy (*Pokud jste odpověděl/a „nikdy“, pokračujte prosím otázkou č. 29*)
- Málokdy
- Často
- Velmi často

27. O jakou agresi ze strany pacienta se jedná?

(Lze označit více odpovědí)

- Verbální (slovní)
- Fyzickou
- Sexuální obtěžování

28. Máte strach z agresivního pacienta?

- Ano, vždy
- Ano, někdy
- Ne

29. V případě, že pocítujete strach z něčeho jiného, než je uvedeno v dotazníku, tak prosím o Vaše vyjádření:

.....

.....

.....

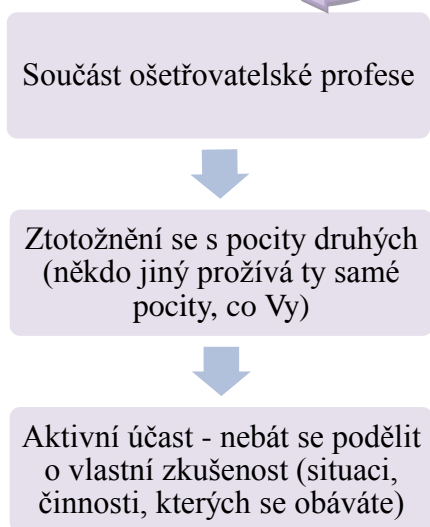
Příloha č. 2: Výstup diplomové práce – Strach při výkonu profese všeobecné sestry

Strach při výkonu profese všeobecné sestry

84 % všeobecných sester pociťuje strach při poskytování ošetrovatelské péče

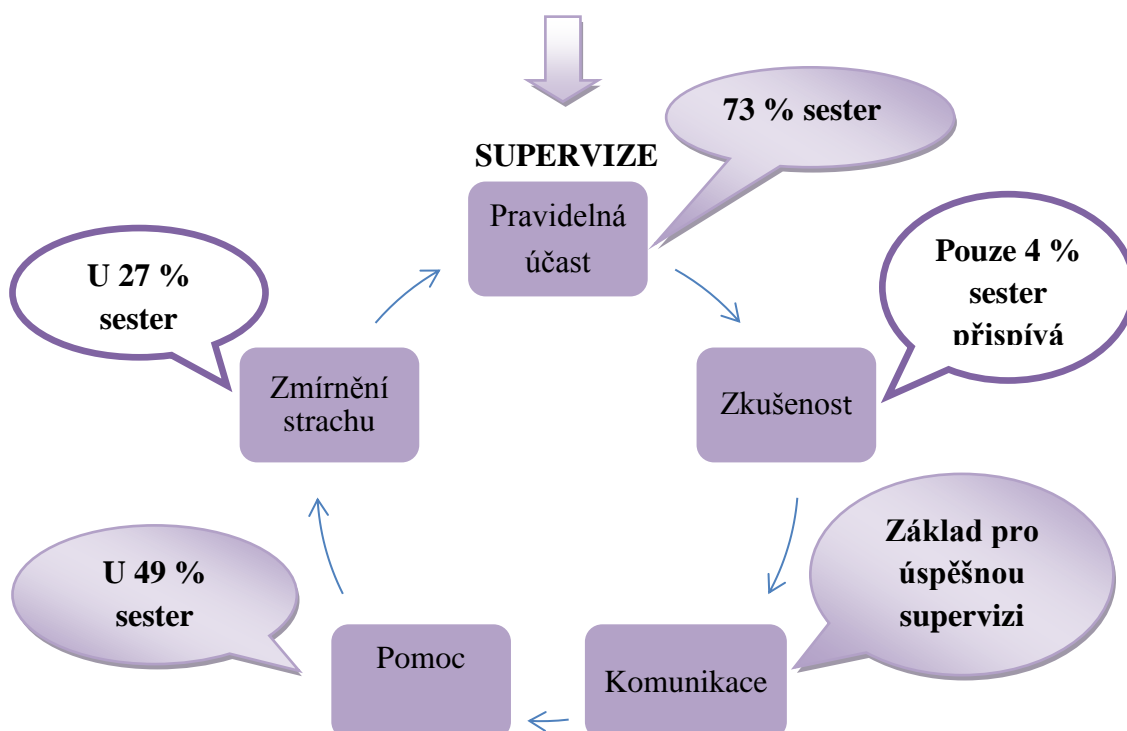
Nejčastější příčiny strachu v povolání všeobecné sestry:

Supervize znamená:



- Kardiopulmonální resuscitace
- Podání transfúze
- Zavedení nasogastrické sondy
- Aplikace intravenózní injekce
- Podání nesprávného léku pacientovi
- Nevykonání ordinace lékaře
- Komunikace s pacientem
- Snolunráce s lékaři

Důležitým aspektem pro předcházení a eliminaci strachu



Příloha č. 3: Žádost o umožnění výzkumného šetření v Domažlické nemocnici a.s

Bc. Alena Rálišová
Domažlické předměstí 696
Klatovy 3, 339 01

Domažlická nemocnice a.s.
Kozinova 292
Domažlice, 344 22

VĚC: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ K DIPLOMOVÉ PRÁCI

Vážená paní manažerko pro NLP,

jsem studentkou druhého ročníku magisterského studia Fakulty zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni. Žádám Vás o souhlas s umožněním výzkumného šetření v Domažlické nemocnici a.s., které se bude týkat diplomové práce na téma: Strach při výkonu profese všeobecné sestry. Výzkumný vzorek budou tvořit všeobecné sestry, které vyplní dotazník k danému tématu diplomové práce.

.....
Bc. Alena Rálišová
Studentka FZS ZČU

.....
Mgr. Jana Barbora Boučková
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči

V Domažlicích 20.2.2014

Příloha č. 4: Žádost o umožnění výzkumného šetření v Klatovské nemocnici a.s

Bc. Alena Rálišová
Domažlické předměstí 696
Klatovy 3, 339 01

Klatovská nemocnice a.s.
Plzeňská 569
Klatovy 2, 339 38

VĚC: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ K DIPLOMOVÉ PRÁCI

Vážený pane řediteli,

jsem studentkou druhého ročníku magisterského studia Fakulty zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni. Žádám Vás o souhlas s umožněním výzkumného šetření v Klatovské nemocnici a.s., které se bude týkat diplomové práce na téma: Strach při výkonu profese všeobecné sestry. Výzkumný vzorek budou tvořit všeobecné sestry, které vyplní dotazník k danému tématu diplomové práce.

.....
Bc. Alena Rálišová
Studentka FZS ZČU

.....
Ing. František Lešundák
Ředitel Klatovské nemocnice a.s.

.....
Mgr. Vladislava Veselá
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči

V Klatovech 9. 1. 2014