

SYNDROM VYHOŘENÍ (BURN-OUT SYNDROM) U ZDRAVOTNÍCH SESTER

Renáta Černá, Zuzana Kožíková

Urologická klinika – dětské oddělení, VFN, Praha

První zmínky o takzvaném syndromu vyhoření byly publikovány v USA v letech 1974–1975 americkým psychiatrem H. J. Freudendergerem, který pracoval v agentuře pro alternativní zdravotní péči. Autor si povšiml, že mnoho pracovníků této agentury prožívalo postupné emoční vyčerpání, ztrátu motivace a pracovního zaujetí. Tento proces byl doprovázen různými psychickými a tělesnými potížemi, přičemž se ukázalo, že nejde o abnormální chování několika jedinců, ale o širší sociální kontext.

Syndrom vyhoření je výsledkem procesu, v němž se lidé tak intenzivně zabývají nějakým úkolem, až ztrácejí své nadšení z toho, co dělají, při čemž dochází k fyzickému i psychickému vyčerpání, doprovázenému až celkovou apatií ke svému okolí.

Syndrom vyhoření nejčastěji postihuje zdravotní sestry, ošetřovatele, pracovníky na JIP, lékaře, psychoterapeuty, právníky, policisty a učitele, často právě ty, kteří se s velkou radostí a horlivostí zapojili do svého povolání.

Čím vším může syndrom vyhoření být?

- reakcí na mimořádně zatěžující práci
- totálním vyčerpáním sil
- pocitem člověka, který si říká „už nemohu dál“
- stavem, kdy člověk ztratil naději, že se ještě něco může změnit
- důsledkem selhání adaptace
- stavem totálního odcizení lidem a hlavně sobě samému.

Individuální faktory, které napomáhají syndromu vyhoření

- vysoké nároky a nesplnění cílů, které je prožíváno jako porážka
- neschopnost požádat druhého o pomoc pro sebe
- vnitřní potřeba neustále pomáhat jiným lidem
- souběh zátěže pracovní a stresu ze soukromého života.

Pracovní podmínky, které jsou rozhodující pro vznik syndromu vyhoření:

- ošetrovatelská péče probíhá výrazně asymetricky, to znamená, že například zdravotní sestra více dává než dostává (práce není oceněna, je málo pochvaly nebo vděku)

- nedostatek radosti, chybí prožitek úspěchu (např. při péči o staré a umírající lidi)
- zdravotní sestra pocituje málo svobody v rozhodování, cítí se být pod tlakem
- necitlivé vedení, které nepochvaluje za práci.

Fáze vývoje syndromu vyhoření u zdravotní sestry:

1. nadšení – vysoké ideály, vysoká angažovanost
2. stagnace – ideály se nedaří realizovat, mění se jejich zaměření
3. frustrace – sestra vnímá pacienta negativně, pracoviště pro ni představuje velké zklamání
4. apatie – mezi sestrou a okolím vládne nepřátelství, sestra se vyhýbá odborným rozhovorům
5. vlastní syndrom vyhoření – dosažení stadia úplného vyčerpání, ztráta smyslu práce, cynismus, odosobnění.

Z poslední fáze úplně rozvinutého syndromu vyhoření je cesta zpět již velmi těžká. Je štěstí, pokud se podaří zastavit ve fázi frustrace či apatie. Nejlepší předpoklady k tomu, abyste syndromu vyhoření zabránili, jsou ve fázi stagnace.

Příznaky syndromu vyhoření ovlivňují nejen jednotlivce samého, ale i kvalitu jeho práce. Často se tento stav rozpozná velmi pozdě.

Příznaky syndromu vyhoření rozdělujeme na:

psychické příznaky:

- ztráta nadšení, zodpovědnosti, nechuť, lhostejnost k práci, negativní postoje k sobě, k práci, ke společnosti, k životu, únik do fantazie, potíže se soustředěním, zapomínání, těžká deprese a jiné psychické poruchy, vypuknutí duševní nemoci nebo myšlenky na sebevraždu

emocionální příznaky:

- sklíčenost, pocity bezmoci, agresivita, nespokojenost, nervozita, únava, vyčerpání, ztráta zájmu, pití alkoholu, drogy

tělesné příznaky:

- poruchy spánku, chuti k jídlu, náchyllost k nemocem, vegetativní potíže, rychlá unavitelnost, svalové napětí, vysoký krevní tlak

sociální příznaky:

- ubývání angažovanosti a snahy pomáhat problémovým pacientům, omezení kontaktů s kolegy a pacienty, přibývání konfliktů v oblasti soukromé i se spolupracovníky, pokles výkonnosti a sebedůvěry.

Léčba syndromu vyhoření:

1. vždy potřebujeme pomoc druhého, protože sami si nejsme schopni pomoci
2. je nutno vyhledat odbornou pomoc psychologa nebo psychoterapeuta, který situaci posoudí
3. v některých případech pomůže zkrácení pracovní doby nebo změna pracoviště.

Prevence syndromu vyhoření:

- v první řadě zahrnout své zdraví a kondici mezi nejdůležitější hodnoty
- pěstovat dobré mezilidské vztahy
- snížit příliš vysoké nároky
- naučit se říkat NE
- stanovit si priority
- doplňovat energii
- využívat nabídek pomoci.

Desatero péče o zdraví sestry

1. Žij zdravě – každý dobře víme, co to znamená. Pokus se všechna tato pravidla skutečně ve svém životě dodržovat.
2. Pracovní zátěž kompenzuj příjemnými mimopracovními zážitky a zálibami.
3. Vytvoř si při směně provozu jistou pravidelnost a symetričnost životního rytmu.
4. Nepodceňuj biologická ani psychická rizika náročného sesterského povolání.
5. V zaměstnání dodržuj hygienická a bezpečnostní pravidla a předpisy.
6. Občas se cíleně zamysli nad svými pocity, projevy, vystupováním, chováním, nad svojí „image“.
7. Pečuj o své zdraví, objeví-li se potíže, nesnaž se je léčit sama, ale včas navštiv odborného lékaře a staň se řádným pacientem.
8. V případě nemoci dodržuj léčebný režim tak, jak by sis přála, aby ho dodržovali tvoji pacienti.
9. Zvaž, co potřebuješ udělat pro své zdraví zejména ty osobně a doplň tím desatero, aby bylo úplné!

Pamatujte! Důvěřujte sami sobě, buďte sami sebou!

TRANSSEXUALIZMUS A CHIRURGICKÁ KONVERZE POHLAVÍ Z POHLEDU SESTRY

Marie Škodová, Lenka Dohnalová

Urologická klinika FN Motol, Praha

Pohlavní identita vyjadřuje subjektivně vnímaný pocit sounáležitosti či naopak rozporu s vlastním tělem, s jeho primárními a sekundárními pohlavními znaky i se sociální rolí přisuzovanou danému pohlaví. Odráží se v myšlení, citění i chování jedince, v jeho zájmech, sociálních vztazích i ve výběru profese. Vrozenou poruchou pohlavní identifikace je transsexualismus. Nositel této poruchy má genetickou, somatickou a hormonální výbavu, která přísluší jednomu pohlaví, sexuální identifikace však náleží pohlaví opačnému.

Z historie jsou první zprávy, které připomínají poruchu pohlavní identity z období antiky. Snad nejznámějším příkladem pravděpodobného transsexuálního chování ve středověku je legendární Johanka z Arku. Rovněž informace o „lidech dvojího ducha“ z deníků evropských kolonizátorů amerického kontinentu lze považovat za zmínku o transsexualizmu. Jsou však spíše snůškou urážek, brutality, zloby a přehlídkou omezenosti křesťanských kolonizátorů, než odbornou studií. Tito lidé byli ve svých kmenech považováni za vážené osoby. Všichni se k nim chovali s patřičnou úctou, často byli v pozici šamanů. Některé indiánské kmeny si dodnes uchovaly svoji tradiční kulturu, ve které je pro lidi „dvojího ducha“ místo a všem připadá jejich existence normální a přirozená. Dodnes jsou považováni za „lepší“, protože v sobě spojují muže i ženu. Mají tedy velkou výhodu oproti bílým transsexuálním dětem, které jsou vychovávány v tom, že Bůh stvořil ženu a muže a všechny projevy odlišnosti od vymezených norem jsou špatné a proti Bohu. Tyto děti vyrůstají v permanentním stresu a v pocitech viny.

Transsexuálové mají jednoznačné chromozomální pohlaví a netrpí ani žádným dosud známým genetickým onemocněním. Cítí se chyceni ve falešném těle a pudově pociťují touhu po přeměně pohlaví. Chirurgická konverze pohlaví transsexuálních osob je jedním z kroků komplexního přístupu k této komplikované poruše. Rozhodnutí, kdy operaci provést, musí učinit sexuolog a je legalizována komisionálně. Rozhoduje se na základě dlouhodobého a podrobného psychologického sledování. To směřuje k důkazu adaptace na novou sociální roli v návaznosti na dlouhodobou hormonální léčbu a pokračuje i po operaci

a matriční změně pohlaví. Všeobecně lze říci, že proces přeměny pohlaví se dá rozdělit do následujících fází.

Fáze diagnostiky, která zahrnuje různě dlouhé období. Rozhodovací fáze, kde hraje nejdůležitější roli práce sexuologa. Další je fáze reálného života, harmonizace se zvolenou identitou. V tomto období se provádí změna jména na neutrální podobu. Fáze hormonální terapie trvá nejméně jeden rok před operačním výkonem a pokračuje i po operaci. V souvislosti s hormonální terapií je důležitá také foniatričká péče. Vlastní chirurgická konverze je možná nejdříve v 18 letech. V pooperačním období je pro pacienta nejdůležitějším krokem změna úřední identity.

Ke každému klientovi musí být v průběhu celé léčby přistupováno individuálně. V přípravné fázi je kladen velký důraz na posuzování kontraindikací. Mezi hlavní patří právní překážky jako např. trvalý manželství nebo věk nižší než 18 let. Kontraindikací je rovněž chybně stanovená diagnóza. Relativní kontraindikací může být psychotické onemocnění, těžká porucha osobnosti, závislost na alkoholu a drogách, rodičovství a kriminální anamnéza. Žádná z uvedených kontraindikací však nemusí představovat neměnnou překážku terapie.

Na naší klinice pacienti podstupují vlastní operační léčbu. Operátor doc. MUDr. Jarolím se touto problematikou zabývá již léta. Pro tým sester však šlo o naprostou novinku, s níž se dosud nesetkávaly.

Operační postup:

konverze z ženy na muže – F to M:

- hysterektomie
- adnexektomie
- redukční mamoplastika
- rekonstrukce penisu a skrota
- popř. implantace náhrady varlat

konverze z muže na ženu – M to F:

- inverze kůže penisu – orchiektomie, penektomie a formace vaginy a vulvy popř. rektosigmoidální vaginoplastika
- mamoplastika.

Z počátku, často i za pochodu, bylo nutné řešit problémy vzniklé s hospitalizací těchto nemocných. Komunikace s transsexu-

álními pacienty vyžadovala speciální přístup. Při hospitalizaci před výkonem bylo třeba respektovat příslušné pohlaví, s nímž se pacient identifikoval, i přes opačný charakter jména či rodného čísla. Mnohdy nám tuto situaci komplikoval i ne zcela přesvědčivý vzhled pacienta. Je nutné dodat, že od počátku byla naše komunikace s pacienty, kteří přicházeli ke konverzi z ženy na muže, mnohem snazší a přirozenější. Naopak pacientky přicházející k opačné přeměně nás velmi často překvapovaly svým způsobem „ženského chování“.

Obrázek 1. Genitálie pacienta po konverzi z ženy na muže



Obrázek 2. Genitálie pacientky po konverzi z muže na ženu



Obrázek 3. Operátorem označená část kůže, která bude použita pro plastiku neofalu při konverzi z ženy na muže



I přes tyto počáteční problémy se časem ukázalo, že mladé sestřičky na rozdíl od nás starších, snadněji navazují s těmito pacienty kontakt. Problémy spojené s řešením některých nepříjemných situací mohou částečně pramenit z neznalosti tohoto onemocnění. Při své práci musí sestry důsledně dodržovat intimitu pacientů, zvláště při výkladu týkajícího se speciálních rehabilitačních pomůcek.

Např. ne všechny pacientky po operaci byly ochotny provádět nutné dilatace neovaginy, byť v soukromí, v místnosti k tomuto účelu vyčleněné.

Při edukaci pacienta velmi záleží na spolupráci ošetřujícího lékaře se sestrou. Medicínský model vztahu ošetřujícího personálu a pacienta v naší společnosti stále ještě hluboce přežívá. Tento model s sebou nese výraznou asymetrii

ve vztahu dvou lidí a s tím související pozici „mocného“ a „nemocného“. Aplikace uvedeného modelu snad příliš neuškodí v případě vytržení zubu či změření krevního tlaku, ale při diagnostice a terapii transsexualizmu může mít pro pacienta nedozírné následky. Citlivý přístup zdravotní sestry během hospitalizace přispívá k úspěchu chirurgických výkonů, které zbaví pacienty hendikepujících tělesných prvků.