

Sestra musí vědět, jak ji vnímají druzí

Psycholožka PhDr. Martina Venglářová se nevěnuje jen běžným klientům, ale v přednáškách, na seminářích, při koučinku a jako supervizor také zdravotním sestřám. Jako doprovod těchto aktivit zatím vydala dvě publikace: Komunikace pro zdravotní sestry a čerstvě vyšlé Sestry v nouzi. Protože nároky na odbornou i lidskou zralost „sestřiček“ neustále rostou, byl předmět následujícího rozhovoru dán: co si musí zdravotní sestra osvojit, aby úspěšně zvládala nástrahy svého náročného povolání.

Vy jste kdysi jako zdravotní sestra pracovala. Co bylo pro vás v této profesi nejsilnějším zážitkem?

Šlo jen o pár let, kdy jsem po absolvování zdravotnické školy působila jako sestra během vysokoškolských studií. Měla jsem štěstí, že jsem pracovala na psychiatrii, kde nevláda až taková hierarchie. V nemocnicích bylo tehdy velkým problémem členění: tohle jsou doktoři, tohle jsou sestry.

Myslíte, že profesní distance sestru hodně zatěžuje?

Záleží na osobnosti, ale myslím, že obecně se lidem lépe pracovně daří, když je prostředí spíše partnerské a ne příliš hierarchické.

Medicinské pracoviště má přece jinou atmosféru a vzory chování než běžná pracoviště zaměřená pouze na výkon, nemělo by se to odrážet i ve stylu chování nadřízených? Tady přece nestačí, když vedoucí pracovník jen sáhne po manuálu, návodu, jak věst.

Kuchařky jsou oblíbené, ale nefungují, protože co se daří mně, je u jiného nepoužitelné, protože má jinou povahu. Rozhodující zde je, že v trénování sester-manažerek nastal velký odklon od návodu, jak co dělat, co říkat, směrem ke hledání, jaký je kdo člověk a které strategie se pro něj hodí, aby byly věrohodné, aby si podřízené neříkali: „Kdo jí tohle zase nakukal.“ Jde o velký posun od „Naučte mě A, B, C, D“ k „Podívejte se, co mi nepůjde a co já osobně musím rozvinout, abych manažerem mohla být“. U sestry je situace o to zapletenější, že si vybraly pomáhat a najednou mají řídit. Stát se z člověka, pro něhož je včítání do druhých denním chlebem, nebot že pacientovi mnohem blíží než lékař, a někoho, kdo říká nepříjemné věci a už nemůže být jeho starostí jen být vůči druhým empaticky, protože má zodpovědnost za chod oddělení, je pro sestry-manažerky hrozně těžká role.

Mohla byste řečené podpořit nějakou zajímavou kasuistikou?

Na jedno chování mám obzvláště spadeno. Často slyším na trénincích manažerských dovedností sester: „Já to dělám už dlouho, deset dvanáct let, ale nikdy jsem vedoucí post nechtěla, oni mi ho dali dočasné, mně se vlastně nelíbí, nevyhovuje mi, tak mi promiňte, že dělám tu práci špatně.“ Myslím si, že máme každý zodpovědnost za svůj život. Mohu něco přijmout na dva měsíce, mohu také říci, že to nejde. Já zde skrytě vidím, že sestry se bojí být manažersky důraznější, racionalizují svůj strach ve větech typu: „No to víš, já musím, oni po mně chtějí...“, což je velký nešvar. Myslím však, že se situace velmi změnila díky vzdělávání. Přestože každý nadává na náš prapodivný systém vzdělávání sester, u něhož jsem i já – a to nejsem tak stará – zažila několikrát totální překopání, sestry vzdělávání velmi posílily. Byt na ně někdy nadávají, já jsem přesvědčena, že nikdy nedosáhnou rovinného postavení s lékaři, pokud nebudou vzdělané, v medicíně i jiných dovednostech.

Jak si dnes sestra buduje vlastní prostor?

Když vystuduje například bakalářský obor, najednou dostane odvahu lékari opakovat, doptávat se, vysvětlovat si, už jen nečeká, až jí lékař dá papíry a ona udělá pouze to, co on naordinoval. Sebevědomí se u dospělých zvyšuje hlavně tím, že něco zvládnou, překonají překážky. Profesní sebevědomí roste se vzděláváním. Jednak kvalifikačním, které se snad jednou osadí na nějaké základní všeobecné variantě bakalářského studia, a další budou možnosti nástavbových specializací, protože jednotlivé obory se tak zdokonalily, že sestry dnes musí znát nesrovnatelně více než před padesáti lety. Pak – jak jsem přesvědčena – je velká síla v trénincích. Co mění chování sestry a co jim pomáhá vydržet všechny tlaky, aby i doma byly k použití a neničily sebe samé, jsou tréninky prováděné v malé skupině a zaměřené na konkrétní věc, například na komunikaci nejen s pacienty, ale i v týmu. Někde reagují: „To nám ani neříkejte, to stejně nejde.“ Na druhém břehu stojí nemocnice, jejichž sestry naopak trénovaly hodné chůzi; například Nemocnice Na Homolce mi připadá takto nastavená.

Která komunikační dovednost vám připadá obzvláště důležitá?

Sestry se často chtějí učit zvládat otevřenou brutální agresivitu, ale napadení se odehraje jednou za drahý čas. Myslím si, že mnohem důležitější je umět zvládat agresivitu v podobě jedovatých poznámek pacientů, které v porci od osmi ráno do dvou odpoledne nonstop sestru úplně zničí; často jen reaguje tak, že pacienta v takové komunikaci potence. S některými sestrami se potkávám a říkají mi: „Někdy to jde a někdy ne.“ Kouzlo je však v tom, že se tyto dovednosti musejí trénovat dlouhodobě a management musí také vzdělávání podporovat, protože psychologické cestičky se musejí procházet dlouho, aby se automatizovaly, aby se přeúčily staré vzorce.

Kde se podle vašich zkušeností dělají největší chyby ve vzdělávání?

Ve vzdělávání je to jako v životě – tlak vyvolá protitlak. Když budu říkat sestře, že musí chodit na vzdělávání – neobejde se přece bez kreditních

bodů –, protože na ministerstvu to blbě vymysleli, můžeme si spolu zadávat a rohnit se ve vlastními rybníčky. Mohu však také říkat, že mi pomáhá, že když se sejdou s kolegy z jiných měst, vždycky se něco dozvím, i když toho na jednom semináři není tuna, a také to, že mám-li být vůči lékaři v partnerském postavení, musím na sobě pracovat. Ovšem když je ve vedení třeba nějaké menší nemocnice sestry, již skončilo vzdělávání před třiceti lety maturitou, a ona má najednou řídit nově čtyřzářející bakalářky, její postoje – byť má mnoho zkušeností a je to chytřejší ženská – mohou být odlišné.

Jaké?

Nové kolegyně může vnímat jako hrozbu. Vzdělanější sestry to pak mívají těžké, často slyším: „Přijdou ty bakalářky a magistry, tak af se přivedou.“ Ony se však vzdělávají jiným způsobem, je v nich větší důraz na rozvoj medicínských vědomostí než třeba na manuální praxi. Samozřejmě když se někdo na praxi s učitelkou dva roky učí odběry, jde mu to asi lépe, než když jde bakalářka třeba jen na stáž. Jenže to se dá doučit, takže rozhodující je, zda tým dokáže využít toho, co jiným způsobem vzdělané sestry umějí, nebo zda je vnímá jako hrozbu, což může vyústit v konflikt. Jeho zvládnutí je právě roli manažerky. Vrchní sestry jsou od něj už trochu dál, ale já bych rekla, že v nejtěžší pozici jsou zde staniční sestry, které jsou uprostřed bitvy. Ty musejí zajišťovat oddělení a péči o pacienty a zároveň také nejzákladnější fungování sestřského týmu, přičemž nemají mnoho řídicích kompetencí. Jestliže zaujmají otevřený postoj, že pokud někdo přichází ze školy, nechť nám něco nového ukáže a my mu zase ukážeme, co se u nás v praxi dlouhodobě osvědčilo, funguje to. Je-li však staniční sama ohrožena pocitem, že nemá dostatečné vzdělání, přimkne se k ní v kolektivu podobné kolegyně a vytvoří se dvě skupiny, mezi nimiž se rozhoří skrytý boj. Někde se takové situace řeší tak, že oddělení musí být nastaveno na jeden z modelů, takže plánované vznikají oddělení, kde už jsou pouze vzdělané sestry a ne středoškolačky, což mi přijde jako velká škoda. Jenže to na mnoha místech jinak nejde, ženský kolektiv má své specifika...

Jaké největší komunikační chyby se obvykle dělají?

U komunikace by mohlo být heslem dne: Nepotřebuji vyhrát. Když mluvím s pacientem a vim, že ani on nemá na různých ústlano, že své požadavky nemíní jako schválnosti, a budu se snažit domluvit na rovině informací a nikoli emocí, pak to jde. Musím mluvit o situacích, věcech, událostech, a ne o lidech – když trénuju sestry, říkám jim: „Budete-li říkat mladší kolegyni: „Ty jsi bordelářka,“ tak se našte a uchýlí se ke schválnostem, ale když jí řeknete, že potřebujete, aby nůžky byly srovnány podle druhů, tak pokud je normální, nemá problém požadavku vyhovět.“ Dítě také nevyhovává dobře tak, že mu budete říkat: „Beze mě shniješ ve špině,“ ale soustavně uplatňovaným požadavkem: „Každou sobotu budeš mít uklizené.“ Bohužel stres způsobuje, že i informace vnímáme jako tlak. Když se mne už třetí pacient zeptá, kudy se dostane na rentgen, mohu se buď zamyslet, zda nemáme na pracovišti cestu tak špatně vyznačenu, že lidi označení nerozumí, anebo se mohu naštít. Záleží, jakou mám povahu, jak vnímám svoji pracovní roli, zda chci procesu napomáhat, nebo mi pacienti jen komplikují život, a také zda stresu není příliš. Kupříkladu na Homolce jsme hodně mluvily o tom, jak mají uspořádané recepce a ambulance, protože některé věci se dají hodné zlepšit uspořádáním prostoru. Mám-li nějakou diskretní zónu odstupu od lidí, mohu-li během dne odejít několik, kde mě nikdo nevidí, abych vydechla, mohu pak znovu naplno fungovat

Jak sestry stárnou, mění se jejich využitelnost pro pracoviště. Můžete v tomto ohledu nabídnout nějaké poznatky?

Doktorky Jobánková a Bártlová dělaly před pár lety, kdy se začaly posouvat odchody do důchodu, velký výzkum, který dopadl opravdu varovně. Odpovědi vyznívaly ve smyslu: „Sestry mají zenit okolo čtyřicítky“, ovšem ani u této věkové kategorie někteří lékaři neváhali použít věty: „Než najde brejle, tak si to raději udělat sám.“ Ani všichni lékaři nejsou úplně hbití, ale představa, že takto vmané sestry před sebou mají ještě dalších dvacet let práce, mi připadala opravdu nefér. Dobře vyšla jediné psychiatrii, kde se jedná typem práce, jednak skladbou pacientů ukazovalo, že skladba týmu z mladších, starších i sester střední generace je výhodou, neboť přináší na oddělení různé věci a pohledy. Já si myslím, že aby sestra deje tomu v sedmapadesáti nebo i pětadesáti byla u lůžka, je obrovská fyzická zátěž.

Jak to podle vás řešit?

Bohužel ambulantních míst určitě není tolik, aby se na ně všechny mohly uchýlit. Neočekávám, že by vláda snížila věkovou hranici pro odchod do důchodu pro některé kategorie pracovníků, takže dle mého názoru se situace vyhroutí tak, že sestry budou odcházet do invalidních důchodů. Možnosti je, aby stárnutí sestry tým ošetřil sám, takže budu-li mít na pracovišti starší kolegyně, budu se od ní učit a nebudu jí posílat na práce, jež pro ni představují problém. Překala jsem se za svůj život

jen s několika pracovišti, kde tento problém dokázali ladně řešit, a vždy to bylo díky vedení, které zvládalo lidský přístup.

Jak mít lidský přístup? Vim od sestry ve vedoucí pozici právě na Homolce, že velkým manažerským problémem pro ni je, že sestry, která se vrací z mateřské dovolené, už nedonutí, aby dělala cokoliv navíc. Proto si musí hledat počet sester před a po mateřské dovolené.

Pro sestru je sice práce na kardiologickém či jiném oddělení prestižní, ale zároveň se od ní hodně žádá, nejen po stránce vzdělání, ale i práce. Více by se dle mého mělo pracovat s týmy, říkám to s lejitou zkušeností práce supervizora. Jsou zařízení – ovšem v oblasti sociálních služeb, jež mají tuto činnost uloženu zákonem – kam už jezdím šest let, takže vidím vývoj, kam se posunuly týmy, které se naučily spolu vycházet právě i díky tomu, že se setkávají, baví se spolu za přítomnosti supervizora, čímž se vztahy velice kultivují. To ve zdravotnictví zatím není. Já se chystám v další publikaci věnovat supervizi v ošetrovatelství, protože to je věc, která se využívá jen někde. Většinou se s ní začíná, až když nastane nějaká katastrofa, když se tým hroutl, dávají se výpovědi, objevila se šikana na pracovišti, ale to už je pozdě. V případě kontinuální péče o dobré klima se vynaložené úsilí obrovsky vrací. Doufám, že i nemocnice nebudou čekat, až se povinnost supervize objeví v nějaké vyhlášce, ale samy si její potřebnost uvědomí.



PhDr. Martina Venglářová

V knižce Sestry v nouzi píšete, že sestra má pěstovat svoji vnitřní výbavu. Dá se i ta trénovat?

Řada lidí chová o sobě samých iracionální představu, takže takový trénink nebývá vždy příjemný. Avšak sestry pokudžé statečně nesou, když pracují na takových zásadních otázkách, jako jsou „Jaký opravdu jsem“, „Jak mne mohou vidět jiní“. Důležité je říci si, kdy strategie vycházející z mé vlastní povahy používám a kdy doplnit nějaké, které nevycházejí z mé osobnosti, ale potřebuji je pouze jako dovednosti. To znamená, jsem-li ranaf a vim-li, že se mi to vyplácí na příjmu na emergency, v dlouhodobé péči o pacienty musím sam sebe ztlumit a rozvinout schopnost udržet kontinuálně vztah s pacientem. Takže určité to jde: něco z nás vychází a něco si dobereme, vlastně půjčme.

Jak s tím ve své praxi pracujete?

Když děláme tréninky například na komunikaci, vždycky je na začátku nějaká mapa, kdy se pomoci tomu zviditelní vzorec, jaký kdo je. Je to velmi hezké, protože mezi sestrami-kolegyněmi pak padají věty jako: „No já tě úplně vidím, jak se zase...“ a následuje popis nějakého chování. Pak si říkáme, proč to děláme, jaké mám obavy a jak to mohu zkusit jinak. Musím použít veškerou svoji přesvědčivost a přimět sestru, aby alespoň na tréninku to opravdu jinak zkusila. Posléze zjistí, že odpověď okolí je pak také jiná.

Například?

Sestry se nerady představují jménem. Pamatuji si na jednu sestru z anesteziologie, která se po školení, na němž jsme tuto formu kontaktu cvičili, zkusila představit pacientce čekající na sále už jen na uspní. Co následovalo, ji vnelho slzy do očí; paní se posadila a děkovala jí, protože najednou spolu mluvily dvě osoby, paní a paní, ne anonymní ženy pod bílými nemocničními hadry.