

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Vzájemná spolupráce sester s ostatními členy zdravotnického týmu
jako nedílná součást kvalitní ošetrovatelské péče

Bakalářská práce

Mgr. Andrea Hudáčková

Marta Byloková

2007

Nurses' co-operation with other members of medical staff as an integral part of high-quality treating care

Abstrakt

Public health has been – as well as other branches of science – coming through period of significant changes. For medical staff this necessarily means to learn lots of new things and getting new pieces of information as nurses and nursing itself are involved in all these changes. Nursing has got an unrivalled position in taking care of health of both individuals and the whole society. The main target is to satisfy human's needs. Nursing process is the basic tool for being able to achieve this. General nurse does play an irreplaceable role within a medical team. Her workload is to provide and manage a nursing care. The whole team must have brilliant knowledge and skills. Particular actions are led by law and internal regulations. Support and trust are two of very significant factors for patients, it should be a basis of a whole team work. A medical team is created by nurses, doctors, physiotherapists, nutrition specialists, lower medical workers (care assistants, ambulance men etc.) and all departments. Professional communication has been a basis of a success. A team that works properly must be organized according to the clear concept of particular nursing company. Quality environment supports a good work stage and safety. Medical management cooperates closely with its subordinates, motivates, watch and help them, ensure safety and quality equipment. This job has always been full of stress and tension, demanding quick decisions. Unfortunately then issues like burn out, mobbing, bossing or working failure can happen. It is necessary to prevent these situations and once they happen to sort them out as quickly as possible. It is well known that human behavior is affected by “hurry up” times these days. Anyway quality of interhuman relationships is reflected in a quality of taking care of patients. In this branch it is really a minus as many ill, suffering and dying human beings are part of it. It is really important to be social/psychical support to clients and their families, in sickness and in health. The objective of this bachelor's thesis is to find out how cooperation between nurses and other members of

medical team looks like and which particular mistakes to prevent. There were 100 nurses responding. The research results say that majority of them cannot feel support of management, have lack of motivation, are overwhelmed with work and both physically and mentally exhausted. They do strongly miss respect and better cooperation within teams. Arrogant behavior is quite usual as well. Reasons are different – age, length of experience, work level, popularity. Friendly relationships are usual more between individuals rather than within all the departments. Unfortunately professional behavior is not a standard because of low discipline and missing work organization. I think in this branch there is necessary to improve an approach to work and prevent doing mistakes or at least quickly retrieve them. Hopefully everyone will think this through and will fight for better times in the future.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Vzájemná spolupráce sester s ostatními členy zdravotnického týmu jako nedílná součást kvalitní ošetrovatelské péče vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

Souhlasím s použitím práce k vědeckým účelům.

Prohlašuji, že v souladu se § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích.....

.....

(podpis studenta)

Poděkování

Touto cestou bych chtěla velmi poděkovat Mgr. Andree Hudáčkové, R.N., za odborné vedení a cenné podněty při zpracování této problematiky.

OBSAH:

| | |
|---|----|
| Úvod..... | 4 |
| 1. Současný stav..... | 6 |
| 1.1 Ošetřovatelství..... | 6 |
| 1.1.1 Ošetřovatelství jako vědní obor..... | 6 |
| 1.1.2 Filozofie moderního ošetřovatelství..... | 6 |
| 1.2 Koncepce ošetřovatelství..... | 7 |
| 1.2.1 Definice ošetřovatelství..... | 7 |
| 1.2.2 Cíle ošetřovatelství..... | 8 |
| 1.2.3 Charakteristické rysy ošetřovatelství..... | 8 |
| 1.2.4 Pracovníci v oboru v ošetřovatelství..... | 9 |
| 1.2.5 Ošetřovatelský proces..... | 9 |
| 1.2.6 Výzkum v ošetřovatelství..... | 10 |
| 1.2.7 Hodnocení kvality ošetřovatelské péče..... | 11 |
| 1.3 Management v ošetřovatelství..... | 12 |
| 1.4 Všeobecná sestra..... | 13 |
| 1.4.1 Odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry..... | 14 |
| 1.4.2 Funkce všeobecné sestry..... | 15 |
| 1.4.3 Role všeobecné sestry..... | 15 |
| 1.4.4 Znalosti a dovednosti všeobecné sestry..... | 16 |
| 1.4.5 Činnosti všeobecné sestry..... | 17 |
| 1.5 Spolupráce ve zdravotnictví..... | 19 |
| 1.5.1 Multidisciplinární spolupráce..... | 20 |
| 1.5.2 Meziprofesní spolupráce..... | 21 |
| 1.5.3 Mezioborová spolupráce..... | 22 |
| 1.6 Všeobecná sestra jako členek týmu..... | 22 |
| 1.6.1 Všeobecná sestra a spolupracovníci..... | 22 |
| 1.6.2 Všeobecná sestra a lékař..... | 23 |
| 1.6.3 Všeobecná sestra a zdravotnický asistent..... | 24 |

| | |
|--|----|
| 1.6.4 Všeobecná sestra a ošetřovatel..... | 25 |
| 1.6.5 Všeobecná sestra a sanitář..... | 27 |
| 1.7 Profesionální přístup a způsob práce..... | 29 |
| 1.7.1 Profesionální chování..... | 29 |
| 1.7.2 Profesionální komunikace..... | 31 |
| 1.8 Pracovní prostředí a jeho vliv na pracovní výkon..... | 31 |
| 1.8.1 Pracovní prostředí..... | 32 |
| 1.8.2 Pracovní vztahy..... | 32 |
| 1.8.3 Vliv pracovního prostředí a vztahů na pracovní výkon..... | 34 |
| 1.8.3.1 Syndrom vyhoření..... | 34 |
| 1.9 Chyby ve spolupráci zdravotnického týmu..... | 35 |
| 1.9.1 Interpersonální konfliktní situace v pracovním prostředí sester..... | 35 |
| 1.9.1.1 Příčiny vzniku konfliktních situací a jejich řešení..... | 36 |
| 1.9.2 Soupeření a sekýrování..... | 37 |
| 1.9.3 Devalvace na pracovišti..... | 38 |
| 1.9.4 Mobbing na pracovišti..... | 38 |
| 1.9.5 Bossing na pracovišti..... | 39 |
| 2. Cíle práce a hypotézy..... | 40 |
| 2.1 Cíle práce..... | 40 |
| 2.2 Hypotézy..... | 40 |
| 3. Metodika a výzkum..... | 41 |
| 3.1 Metodika práce..... | 41 |
| 3.2 Charakteristika výzkumného souboru..... | 41 |
| 4. Výsledky..... | 42 |
| 4.1 Vyhodnocení podle typu oddělení..... | 42 |

| | |
|---------------------------------|-----|
| 5. Diskuze..... | 108 |
| 6. Závěr..... | 112 |
| 7. Seznam použitých zdrojů..... | 114 |
| 8. Klíčová slova..... | 118 |
| 9. Přílohy..... | 119 |

Úvod

Zdravotnictví, stejně jako další vědní obory, prodělává období velikých změn a přísunu informací. Pro zdravotnický personál to znamená naučit se velké množství teoretických i praktických poznatků a informací. Dnes je současné zdravotnictví výhradně týmovou činností a vytváří se prostor pro vzájemně bližší kontakt. Všeobecné sestry jsou středem dění v systému ekonomickém, sociologickém, psychologickém, právním, ale především mezioborovém a meziprofesionálním. Sestry a ošetřovatelství jsou zapojeny do všech změn, a to jako jejich původce nebo součást. Znalosti a dovednosti sester vedou k růstu jejich sebevědomí, komunikačních dovedností či asertivity. Musí vycházet s dobrým svědomím s klienty, s jinými pracovníky a s nadřízenými. Jde o posilování a povzbuzování celkového stavu klientů, ale i těch, kteří o ně pečují. Jedinou funkcí sestry je pomáhat člověku, zdravému či nemocnému, při provádění aktivit přispívajících ke zdraví či jeho obnovení, které by pacient provedl sám, kdyby k tomu měl dostatek sil, vůle a znalostí. Tím, že sestra poskytuje ošetřovatelskou péči, vzala na sebe odpovědnost, že jim bude poskytovat péči v souladu se standardy a morálními normami. Profesionální odpovědnost dokonce přesahuje individuální vztahy mezi sestrou, zaměstnavatelem, pacientem i ostatními osobami. Sestra je pacientovi, profesi, zaměstnavateli i společnosti odpovědná za vykonávanou zdravotní péči a důvěra veřejnosti k sesterské profesi závisí na tom, jak sestry plní své povinnosti a do jaké míry jsou zodpovědné. Právní záležitosti v ošetřovatelské praxi jsou specifikovány zákony týkající se této problematiky. Morální odpovědnost určuje Kodex sester ICN a standardy ošetřovatelské praxe, vytvořené členy z této profese. Aby mohla být odpovědnost naplněna v praxi, je třeba vytvořit jasné standardy ošetřovatelské péče a mechanismy, jak bude odpovědnost sestry vyhodnocována.

Spolupráce zahrnuje aktivní účast sester při zajišťování kvalitní péče, při vytváření způsobu ošetřovatelské praxe a vzájemnou vstřícnost těch, s nimiž se sestry profesně identifikují. To znamená, že sestra bere hodnoty a cíle těch, se kterými pracuje, v úvahu jako své vlastní. Spolupráce přispívá k vytváření vzájemné podpory a úzkých pracovních vztahů. Její pojetí podporuje takové ošetřovatelské skutky jako snahu

společně s ostatními dosahovat společných cílů, dodržovat sliby, starost jednoho o druhého a obětování vlastních zájmů pro dlouhodobé udržení profesionálních vztahů. Také vyjadřuje lidská pouta vyrůstající ze společné práce a společně stráveného času. Pokud se však pro člověka stane vztah k jeho spolupracovníkům důležitější než kvalita péče, může to ohrozit pacienta. Spolupráce musí udržovat takové pracovní vztahy a podmínky, které vyjadřují závazky vůči pacientovi a na kterých se všichni společně dohodli. Pomáhá spojit sestry s ostatními zdravotnickými pracovníky společně usilujícími o zlepšení péče o pacienty. Spolu s odpovědností pomáhá vytvořit silný rámec, který sestrám umožňuje vyhovět požadavkům profesionální praxe.

Význam pečování má ve vztahu sestry a pacienta důležitou hodnotu, protože pečovatelské činnosti jsou zpravidla považovány za základ ošetrovatelské role. Řada sester má pocit, že představa o rozsahu péče, která se od nich očekává, se výrazně liší od jejich fyzických i psychických možností. Oprávněně se obávají, že příliš mnoho péče vede k syndromu vyhoření a stresu sestry, které jsou nezdravé jak pro její vlastní kariéru, tak pro pacienty, o něž se stará. Pečovatelské jednání sestry je průběžně sledováno a hodnoceno jak její vlastní profesí, tak veřejností. Jakého stupně autority dosáhnou sestry v systému péče o pacienty a v realizaci ošetrovatelských služeb, bude dále záležet na tom, jak se zvýší pravomoc sester a odpovědnost ošetrovatelství za kvalitu a náklady na péči o pacienty. Být sociální oporou klientům a jejich rodinám, spolupracovníkům a spolupracovnicím znamená být tím nejlepším člověkem.

Ke zvolení tohoto tématu mě vedla situace, která probíhá ve zdravotnických zařízeních. V praxi je vzájemná spolupráce všech zdravotnických segmentů nejdůležitější a nepostradatelná, ale často se stává spíše stresem a rivalitou. Jelikož jsem součástí zdravotnického týmu, byla bych ráda, kdyby došlo ke změně k lepšímu a po zájmech klientů byly uspokojovány i zájmy pracovníků. Také aby zdravotnický management nevedl „tvrdou rukou“, ale zapojil se do spolupráce v péči o klienty. Chtěla bych přijít na to, v které části se vyskytuje nejvíce chyb a jestli by je bylo možné napravit.

1. Současný stav

1.1 Ošetřovatelství

Ošetřovatelství má bezkonkurenční postavení v péči o zdraví jedince i celé společnosti, má vlastní pole působnosti v ústavní, ambulantní i komunitní péči. Do ošetřovatelské péče patří udržení, podpora i navrácení zdraví (30).

1.1.1 Ošetřovatelství jako vědní obor

Ošetřovatelství je samostatný vědecky podložený obor. Ošetřovatelské povolání se formuje a utváří na vědeckých základech, které jsou založeny na dlouhodobém a usilovném výzkumu. Je to věda, která sestře poskytne nejenom moudrost, umění seberealizace, ale rozvíjí i cit, empatii, lásku, vlohly a jiné schopnosti pro péči, která směřuje k uzdravení jedinců. Rozvoj teorie ošetřovatelství přispívá k vytvoření celkových změn v ošetřovatelském vzdělání a v ošetřovatelské praxi. Pro ošetřovatelství jsou vytvořeny určité symboly, které jej vystihují - symbolem moudrosti je kniha, lásky srdce a pomoci ruka. Symbolem ošetřovatelství, na celosvětové úrovni Mezinárodní rady sester – ICN, je světlo lampy (8, 32).

1.1.2 Filozofie moderního ošetřovatelství

Filozofie má vliv na život, chování, jednání a práci celého lidstva. Každá vědní disciplína a její teoretické modely vycházejí z určité filozofie a filozofického názoru. Snaha o zachování rovnováhy mezi vědecko-technickým rozvojem a potřebami člověka vedla v ošetřovatelství k uplatnění holistického přístupu k jedinci. Tento postoj vyžaduje orientaci v biologických, psychických, sociálních a spirituálních aspektech nejen ve zdraví, ale především nemoci. Holismus je filozofický směr vycházející z idealismu a holistická filozofie se zabývá celkem jako základní jednotkou. Holisticky chápané zdraví zahrnuje kompletní osobnost člověka, všechny stránky jeho životního stylu, tělesnou zdatnost, primární prevenci, zvládání stresu, sebekoncepce. Také holistické ošetřovatelství akceptuje práva klientů a jeho nedílnou součástí je

ošetřovatelský proces. To znamená, že sestra nebere v úvahu jen vztahy jednotlivých částí jedince, ale dívá se na člověka jako na celistvou schránku a neléčí pouze příznaky onemocnění, ale snaží se postupně odstranit všechny jeho příčiny (8, 22).

1.2 Koncepce ošetřovatelství

Ošetřovatelství jako obor má svou koncepci. Tato koncepce respektuje doporučení Organizace spojených národů a klade důraz na náročnou a samostatnou práci ošetřovatelského personálu. Také zdůrazňuje metodu ošetřovatelského procesu spolu s vedením řádné dokumentace. Kvalitní ošetřovatelská péče je dosahována a naplňována pomocí ošetřovatelských standardů. Z koncepce vychází vydávání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu nelékařských zdravotnických pracovníků a vznikl Registr zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu povolání bez odborného dohledu. Ukazuje směr pro dokončení transformace vzdělávání ošetřovatelských pracovníků. V praxi vede ke zkvalitnění celkové péče o zdraví naší populace a napomáhá tvorbě koncepcí ošetřovatelství v jednotlivých klinických oborech. Předmětem ošetřovatelství je Metaparadigma, které je obsahovým zaměřením vědní disciplíny, kdy člověk je v neustále vzájemné vazbě s prostředím. Metaparadigma = osoba, prostředí, zdraví, ošetřovatelství. Osoba je příjemcem ošetřovatelské péče jako jednatel, rodina, skupina, společnost nebo komunita. Prostředí je příjemcem vnějším i vnitřním pro okolnosti ošetřovatelské péče a zdraví je stavem blaha nebo pohody, nejen absence nemoci. Ošetřovatelství tvoří sesterské součinnosti s klientem vedoucí v jeho prospěch (22, 25, 30).

1.2.1 Definice ošetřovatelství

Ošetřovatelství má pomáhat nemocným i zdravým vykonávat činnosti přispívající ke zdraví, uzdravení nebo k zabezpečení pokojné smrti, které by vykonávali sami bez pomoci, kdyby měli potřebnou sílu, dovednosti a vědomosti. Zrovna tak je úlohou sester pomoci nemocným navrátit co nejrychleji ztracenou soběstačnost.

Ošetřovatelství je humanitní věda, kde se předávání vědomostí a schopností spolu s názorným poznáváním v terénu zakládají na vědeckých poznatcích.

Ošetřovatelská praxe má nezávislé a kooperativní funkce, které pomáhají jedincům, skupinám a rodinám dosáhnout optimální biologický, sociální, osobní a duchovní stav.

Je integrovaná vědní disciplína, ve které je hlavním posláním vhodnými metodami systematicky a všestranně uspokojovat individuální potřeby člověka způsobené chorobou a pomáhat těm, co se sami o sebe nemůžou, nevědí nebo nechtějí starat.

Je zaměřeno zejména na udržení, podporu a navrácení zdraví, rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti. Významně se podílí na prevenci, diagnostice, terapii i rehabilitaci. Ošetřovatelský personál pomáhá jednotlivci, rodinám i skupinám, aby byli schopni samostatně uspokojovat fyziologické, psychosociální a duchovní potřeby. Vede nemocné k sebeděči, edukuje je i jejich blízké v poskytování laické ošetřovatelské péče a nemocným, kteří o sebe nemohou, nechtějí či neumějí pečovat, zajišťuje profesionální ošetřovatelskou péči (8, 30).

1.2.2 Cíle ošetřovatelství

Cílem ošetřovatelství je po všech stránkách uspokojovat lidské potřeby pro udržení a navrácení zdraví. Při dosahování cílů musí sestra spolupracovat se všemi kategoriemi zaměstnanců, s celým ošetřovatelským týmem, v komplexní mezioborové spolupráci. Mezi tyto cíle patří pomoc jednotlivcům, skupinám, rodinám v dosažení kompletního zdraví a pohody. Můžeme sem zařadit podporu a pozitivní přístup k vlastnímu zdraví. Je nutné zapojit člověka do péče o své zdraví a probudit v jedinci smysl pro správný životní styl. Dále se musíme zaměřit na primární, sekundární i terciární prevenci onemocnění. Snižovat negativní důsledky nemoci včetně eliminace jejich komplikací a snažit se zabránit tomu nejděsivějšímu, a tím je pro pacienty smrt (25, 28, 30).

1.2.3 Charakteristické rysy ošetřovatelství

Charakteristickým rysem ošetřovatelství je individualizovaná péče při vyhledávání, plánování a uspokojování potřeb člověka v souvislosti s jeho zdravím a

jeho potřebami, které jsou změněné nemocí. Kompletní ošetrovatelský proces vyžaduje kvalitní řízení, nepřetržitou kontrolu práce a poskytovanou péči je nutné provádět víceúrovňovým způsobem, jehož předpokladem je ošetrovatelský tým obsahující vzdělaný personál různorodé kvalifikace. Realizace ošetrovatelství souvisí s aktivní péčí, individualitou, vědeckými poznatky, komplexností, ošetrovatelským týmem a v neposlední řadě preventivním charakterem (22, 25, 30).

1.2.4 Pracovníci v oboru ošetrovatelství

Ošetrovatelskou péči zajišťují zdravotničtí pracovníci podle nové koncepce, v rozsahu vymezené Zákonem č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních pro zdravotnické pracovníky způsobilé k výkonu povolání bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti nebo pod odborným dohledem a přímým vedením. Konkrétní činnosti jednotlivých kategorií jsou stanoveny zvláštní Vyhláškou č. 424/2004 Sb.. Podrobnější určení činností si stanovuje sám zaměstnavatel a předá je svému zaměstnanci v podobě dokumentu o náplni práce. Pracovníci bez odborného dohledu mají vzdělání na střední zdravotnické škole nebo vysoké škole, které vyhovují směrnici podle EU. Pracovníci pod odborným dohledem získávají vzdělání na střední zdravotnické škole nebo v kvalifikačních kurzech. Obě skupiny si zvyšují a rozšiřují kvalitu vědomostí, dovedností a odbornosti v rámci celoživotního vzdělávání. V průběhu aktivního výkonu ošetrovatelské profese se zdravotničtí pracovníci bez odborného dohledu registrují v Registru zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu povolání. Registr je veřejně přístupný a poskytuje informace o počtu a odborném zaměření pracovníků. Dokladem a motivací k výkonu povolání bez odborného dohledu je Osvědčení vydané na 6 let. Pro průběžné zaznamenávání činností, vzdělávání a zkoušek slouží Průkaz odbornosti (25, 30).

1.2.5 Ošetrovatelský proces

Hlavní pracovní pomůckou v ošetrovatelství je ošetrovatelský proces, který je racionální metodou v poskytování a řízení ošetrovatelské péče. Tvoří základ pro poskytování individualizované a vstřícné ošetrovatelské péče, vede ke zvyšování kvality

a efektivitu různých metod a technik použitých při ošetřování nemocného. Dále zvyšuje profesní pravomoc a tvořivost sester a přináší jim lepší pocit pracovní spokojenosti, naplněnosti a seberealizace. Umožňuje každému pečovateli vyšší stupeň samostatnosti a řízení vlastní práce. Každý člen ošetřovatelského týmu vidí výsledný efekt své konkrétní práce v individuální péči. Koncepti vytváří od základu správný přístup ke zdravým či nemocným v průběhu profesní přípravy. Jeho kvalita závisí na znalosti, dovednosti a citlivém zhodnocení požadavků ošetřovatelské péče u jednotlivých klientů. Cílem ošetřovatelského procesu je prevence, odstranění nebo zmírnění problémů v oblasti potřeb klienta a představuje sérii plánovaných činností používaných v ošetřovatelství. Má pět fází a každá z nich je sice samostatná, ale přístup v ošetřovatelské péči je uplatněn jako celek a každý jednotlivý krok je závislý na ostatních. První fází je zhodnocení stavu pacienta, založení databáze vytvořené pomocí sesterské anamnézy, lékařských dokumentů, objektivního i subjektivního stavu pacienta. Druhá fáze zahrnuje diagnostiku, která je vytvořena pomocí sesterských diagnóz a to aktuálních i potencionálních. Plánování tvoří třetí fázi, kdy dochází ke stanovení určitých priorit a ošetřovatelských strategií. Realizace spadá do čtvrté fáze a je založena na adekvátním zhodnocení potřeb pacienta a využití specifických znalostí. Konečná, pátá fáze je hodnocení, kdy posuzujeme celkově poskytnutou péči a splnění cílů. Ošetřovatelská péče vyžaduje pravidelnou výměnu informací o klientech, která probíhá při poradách ošetřovatelského týmu a předávání služeb. U každého klienta je vedena zdravotnická dokumentace, jejíž součástí je ošetřovatelská dokumentace, do které se zaznamenávají veškeré údaje o klientovi, vývoj individuálních potřeb, ošetřovatelské problémy a postoje klienta, rodiny a blízkých (24, 26, 30) .

1.2.6 Výzkum v ošetřovatelství

Ošetřovatelství na počátku 21. století vychází mnohem více z vědeckého poznání než tomu bylo dříve a jedním z jeho pilířů se stává výzkum. Sestry musí považovat vědeckou práci jako integrální součást své profese, jinak nelze o zlepšování kvality ošetřovatelské péče vůbec hovořit. Výzkum v ošetřovatelství je nedílnou součástí výzkumu ve zdravotnictví. Ošetřovatelské bádání se soustředí na vytváření

daných znalostí do písemné formy v péči o lidi ve zdraví i v nemoci a má pochopení k základním genetickým, fyziologickým, sociálním a behaviorálním mechanismům, včetně životního prostředí. Vše ovlivňuje schopnosti jednotlivců i rodin udržet nebo zlepšovat všechny životně důležité funkce a minimalizovat negativní dopad nemocí. Klade důraz na vytváření znalostí o programech a systémech poskytujících ošetrovatelskou péči účinně a efektivně. Také vědomosti o profesi a jejím historickém vývoji, o etickém kodexu ošetrovatelské péče, o systémech připravujících sestru naplňovat její profesní roli. Účelem je přispět k celkovému všeobecnému lidskému vědění a získat důkazy o ošetrovatelské péči. Znalosti a dovednosti vytvářené výzkumem mají pozitivní praktické dopady nejen ve vzdělání, ale i v praxi. Výzkum je veden systematicky, aby byly přínosné výsledky. Zahrnuje široké spektrum témat jako klinická péče, péče o zdraví, příčiny špatného zdraví a celoživotní vzdělávání sester. Vhodná témata se mění s časem i místem. Výsledky ošetrovatelských výzkumných studií a projektů jsou publikovány v odborném tisku. Dále jsou s nimi zdravotničtí pracovníci seznamováni na odborných konferencích na národní i mezinárodní úrovni (1, 5).

1.2.7 Hodnocení kvality ošetrovatelské péče

Skvělá kvalita ošetrovatelské péče je základním cílem dnešního moderního ošetrovatelství. Určujeme ji pomocí ošetrovatelských standardů, které současně tvoří měřítko pro ošetrovatelskou práci a její kontrolu. Ošetrovatelským standardem se rozumí dohodnutá profesní norma kvality péče. Jsou napsány ve formě právních předpisů, metodických opatření Ministerstva zdravotnictví, ve Věštníku MZ nebo jsou vypracovány zdravotnickým zařízením či profesní organizací. Týkají se kategorií a kvalifikace ošetrovatelského personálu, realizace ošetrovatelského procesu, ošetrovatelské dokumentace, pracovních postupů, vybavení a personální obsazení z hlediska ošetrovatelské péče. Je nezbytně nutné, aby zdravotnická zařízení dodržovala dané právní předpisy a přijala vlastní ošetrovatelské standardy. Vedoucí pracovníci a odborníci v oboru ošetrovatelství musí průběžně hodnotit na svém pracovišti poskytovanou ošetrovatelskou péči, profesionální přístup, organizaci práci a

spokojenost nemocných a rodinných příslušníků. Součástí kvality péče je její průběžné a zpětné hodnocení. Zdravotničtí pracovníci dodržují a respektují Úmluvu o lidských právech a Etický kodex zdravotnických pracovníků v nelékařských profesích, Morální kodex sester, viz. příloha č. 2 (30).

1.3 Management v ošetrovatelství

Management ve zdravotnictví vyjadřuje poznatky o řízení na různých úrovních a funkčních místech v aplikaci na ošetrovatelství. Shromažďuje, analyzuje, třídí a syntetizuje výsledky výzkumu, zkušeností a řídicích činností. Moderní management ošetrovatelství se zakládá na aplikaci poznatků nových věd, informatiky, statistiky, operačních analýz, ekonomiky do procesu řízení a lze zde uplatňovat zásady interdisciplinárního přístupu. Nejvyšším metodickým článkem je Ministerstvo zdravotnictví, které řídí, kontroluje a vyjadřuje se k zásadním odborným, organizačním, ekonomickým i legislativním opatřením týkající se ošetrovatelství a práce ošetrovatelského personálu ve zdravotní i sociální oblasti. Také zřizuje a ustanovuje pracovní skupiny a komise, které připravují podklady pro rozvoj oboru.

V jednotlivých ústavních zařízeních je ošetrovatelská péče řízena náměstkyní/kem pro ošetrovatelskou péči – hlavní sestrou. Hlavní sestra by měla mít vysokoškolské a manažerské vzdělání, protože řídí a koordinuje činnost oddělení ošetrovatelské péče, oddělení léčebné výživy, oddělení zdravotně sociální, referát hygieny a epidemiologie, oddělení výchovy a vzdělávání. Vytváří podmínky pro zavádění nových poznatků, norem a metod v ošetrovatelství, dále podává návrhy na jmenování a odvolání všech sester. Podílí se na výběru a přípravě středoškolsky vzdělaných zdravotnických pracovníků. Řídí činnost vrchních sester a vedoucích středně zdravotnických pracovníků. Bez této spolupráce by nebyla možná existence jednotlivých oddělení. Vzájemná interakce přináší velké množství změn a zlepšování v našem oboru.

Vrchní sestry, v dnešní době též nazývané manažerky, jsou vedoucí všech sester pracujících obvykle na různých typech oddělení. Jsou blízké spolupracovnice vedoucího lékaře nebo primáře a měly by mít specializační nebo vysokoškolské vzdělání. Odpovídají za úroveň a kvalitu ošetrovatelství na svém oddělení, podílí se na

přijímání a rozmístování sester na ošetrovatelských jednotkách, zajišťují další vzdělávání sester včetně organizování seminářů, upravují ošetrovatelskou dokumentaci, zavádí nové ošetrovatelské postupy, připravují pracovní náplně, zkrátka zajišťují bezproblémový chod celého oddělení. Jsou nadřizené staničním sestřím, které jsou vedoucí sestry určené ošetrovatelské jednotky. Vedoucí stanice zná důkladně svěřené pracoviště, včetně personálu, materiálního vybavení a zařízení. Rozvíjí a korigují interpersonální vztahy, vzájemnou spolupráci a řeší konflikty.

Staniční sestra úzce spolupracuje s vedoucím lékařem své ošetrovací jednotky, organizuje a kontroluje práci sester, připravuje rozvrh střídání sester v nepřetržitém provozu, spolu s lékárnou objednává léky, pečuje o dostatek materiálu a prádla, dohlíží na kvalitu ošetrovatelské péče, vede záznamy o inventářích, měla by být zárukou dobrých interpersonálních vztahů na pracovišti.

Sestry pracující ve směnném úseku jsou zpravidla označovány jako směnové sestry. Vztahy mezi řadovými sestrami a jejich managementem velmi významně ovlivňují kvalitu pracovních i mezilidských vztahů na pracovišti a přispívají k pracovní atmosféře. Sesterským managementem jsou často sestry pracující na oddělení pověřovány úkoly, které nespádají do jejich náplně práce, ale vykonávají i činnosti pomocného nebo méně kvalifikovaného personálu. Tímto způsobem se nahrazují chybějící pomocné síly a pak nezbývá sestřím dostatek času na svou odbornou práci. Proto všeobecné sestry postrádají ke svému managementu určitý pocit důvěry, který by je motivoval, a chybí jim ocenění za tak fyzicky a psychicky náročnou práci (2, 13, 24, 30).

1.4 Všeobecná sestra

Všeobecná sestra je osoba, která úspěšně vystudovala obor všeobecná sestra a získala kvalifikaci na území svého státu, včetně registrace pro poskytování ošetrovatelské péče. Pomáhá jednotlivcům, rodinám nebo skupinám ve společnosti uspokojovat jejich bio – psycho – sociální a spirituální potřeby v rámci prostředí, ve kterém žijí nebo pracují (17).

1.4.1 Odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry

Odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry se získává dle Zákona č.96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních absolvováním nejméně tříletého akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu všeobecných sester nebo tříletého studia v oboru diplomovaná sestra na vyšších zdravotnických školách. Také vysokoškolské studium ve studijních programech psychologie – péče o nemocné, pedagogika - ošetřovatelství, pedagogika – péče o nemocné, péče o nemocné nebo učitelství odborných předmětů pro střední zdravotnické školy, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději v akademickém roce 2003/2004. Tříleté studium v oboru diplomovaná dětská sestra nebo diplomovaná sestra pro psychiatrii na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004 a studijní obor všeobecná sestra na střední zdravotnické škole, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004. Studijní obor zdravotní sestra, dětská sestra, sestra pro psychiatrii, sestra pro intenzivní péči, ženská sestra nebo porodní asistentka na střední zdravotnické škole, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 1996/1997 nebo tříleté studium v oboru diplomovaná porodní asistentka na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004. Tyto druhy studia opravňují všeobecnou sestru ke získání odborné způsobilosti k výkonu povolání bez odborného dohledu až po 3 letech výkonu povolání všeobecné sestry. Do té doby musí vykonávat své povolání pouze pod odborným dohledem. Povinnost se nevztahuje na všeobecné sestry, které po získané odborné způsobilosti absolvovaly vysokoškolského studium ošetřovatelského zaměření. Za výkon povolání všeobecné sestry se považuje poskytování veškeré ošetřovatelské péče. Dále se všeobecná sestra ve spolupráci s lékařem podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární péči. Pokud způsobilost k výkonu všeobecné sestry získal muž, je oprávněn používat označení odbornosti všeobecný ošetřovatel (35).

1.4.2 Funkce všeobecné sestry

Náplň práce všeobecných sester přímo souvisí s jejich posláním ve společnosti a závisí na prostředí, době, zdravotním stavu jednotlivce nebo skupiny a na zdrojích, které jsou k dispozici. Poskytování a řízení ošetrovatelské péče je podpůrné, preventivní nebo léčebné. Mezi další funkce patří zajištění a identifikace potřeb jedince, vytvoření stupnice prioritních potřeb, naplánování a poskytování potřebné ošetrovatelské péče, zapojení jednotlivce do všech aspektů péče jako je například soběstačnost a rozhodování. Pro naplnění všech funkcí sestry je nutné zdokumentování všeho, co se kolem klienta děje, také aplikace vhodných kulturních, etických a profesních standardů. Výuka a výchova klientů nebo zdravotnického personálu, zjišťování individuálních znalostí a dovedností, poskytování informací na vhodné úrovni, účast na výchovných a vzdělávacích kampaních pomáhá sestřám získat nejen nové znalosti a dovednosti. Sestra je aktivní složka a účinně se začleňuje do zdravotnického týmu, spolupracuje s jednotlivci, rodinami, komunitami a dalším zdravotnickým personálem. Vystupuje v pozici „jednatele“ týmu ošetrovatelské péče (zahrnuje další sestry, pomocný personál, uživatele ošetrovatelských služeb), vyjednává s klienty při užívání péče a dohlíží nad jejich spoluúčastí. Udržuje kontakt a spolupráci s lidmi a dalšími členy v multidisciplinárních a multisektoriálních týmech tzn. rozvoj, koordinace, hodnocení efektivity, příprava zpráv úřadům a politikům na místní, regionální i celostátní úrovni. Rozvoj ošetrovatelské praxe, kritického myšlení, výzkumu, inovace stylů je dlouhodobá práce, která vede k lepším výsledkům, k zlepšení a zdokonalování dovedností v ošetrovatelské praxi. Je nezbytně nutné hledat a určovat nové oblasti výzkumu (17).

1.4.3 Role všeobecné sestry

Všeobecná sestra má nezastupitelnou roli ve zdravotnickém týmu. Pojem role znamená očekávané chování jedince, které souvisí s jeho určitým postavením ve společnosti. Jen málokteré povolání prodělalo v krátkém období takové množství změn jako profese sester. Profesionální role všeobecné sestry prodělala složitý vývoj v nedávné minulosti, ale mění se i dnes. Role sestry úzce souvisí i s rolí lékaře, a to

znamená, že sestra musí splňovat požadavek funkčního specialisty, mít kolektivní orientaci a emocionální neutralitu. Ale stejné vzory neznamenaají stejnou náplň práce, protože stanovy a pravidla profesionální role sestry popisují její činnost a velmi úzce se prolínají a navzájem se nevyklučují. Slouží k objasnění jejich povinností, které zlepšují zdravotní stav obyvatel, zvyšují efektivitu zdravotní péče, úroveň osobní spokojenosti a v neposlední řadě upravují postoje občanů nejen ke svému zdraví. Poznání osobní role je maximálně důležité, protože jen její osvojení může vyloučit nedomyšlené a lehkomyšlné porušování pravidel. Umožní nám ztotožnit se všemi dílčími rolemi a to vše je velmi obsáhlé učení. Pomáhá jednotlivci, jeho rodině i skupinám lidí v prevenci onemocnění, v období nemoci, rekonvalescenci i umírání. Spolupracuje s rodinou, podává instrukce pro jednotlivé výkony, pracuje v terénní oblasti, zejména v oblasti primární a domácí. Pracuje jako sestra u lůžka, v denních stacionářích, v sociální oblasti jako jsou domovy důchodců, ústavy sociální péče, domy s pečovatelskou službou. Svým profesionálním působením nezastává jen jednu roli, ale vždy jde o více rolí. Jsou ovlivňovány změnami ve společnosti, systémem zdravotnické péče, novými poznatky a technologiemi a celkovým zdravotním stavem obyvatelstva. Jako ošetřovatelka a „pomocnice“ tvoří sestra vztah holistického chápání jedince i skupiny, zohledňuje jejich zdraví a uspokojuje všechny potřeby. Jako komunikátorka, učitelka, edukátorka a poradkyně je mnohostranně zaměřená na utváření a formování uvědomělého a zodpovědného chování a konání. Edukační ovlivňování s sebou nese stálé vzdělávání, získávání nových postojů a technik. Obhájkyně práv a advokátka reprezentuje práva, vysvětluje je, překládá a tlumočí názory, požadavky a obhajuje zájmy. Nositelka změn, manažerka a asistentka se musí ztotožnit s touto rolí a být hnací silou změn v ošetřovatelství. Sestra výzkumnice se stává v dnešní společnosti sociálně významná a důvěryhodná osobnost i ve vědecké profesi (2, 8, 17, 28).

1.4.4 Znalosti a dovednosti všeobecné sestry

Odborné znalosti a dovednosti nelze od sebe oddělovat a vždy je třeba je posuzovat a dodržovat dohromady. Mezi znalosti patří struktura a vývoj lidského jedince jako bio – psycho – sociálního celku. Dále faktory vnitřního a vnějšího

prostředí ovlivňující zdraví, vznik a průběh zdravotních nedostatků. Rizikové faktory, které souvisí s životním stylem, ovlivňují vznik zdravotních problémů, výskyt tělesných a psychických modelů onemocnění, vývojových vad a poškození. S riziky velmi souvisí začátek, průběh a léčení nejrůznějších chorob, vývojových vad a jiných poškození. Dále sem můžeme zařadit různé druhy vnímání onemocnění klientů nebo handicapů a jejich léčení, a také vývoj a funkce skupinových onemocnění a jejich možné ovlivnění terapeutickým klimatem. Potom zde nesmí chybět ošetrovatelské problémy a s nimi spojené činnosti. Efektivita, účinnost a také bezpečnost ošetrovatelských zásahů a neprofesionálních zásahů v ošetrovatelství, souvisí i s rozvojem ošetrovatelských modelů a teorií. Určitě musíme mít na paměti všeobecné etické normy péče o zdraví, hlavně v ošetrovatelství a nezapomenout ani na společenský vývoj, který ovlivňuje strukturu a fungování zdravotní péče, včetně dějin, struktury a vzdělávání. Součástí jsou i náklady na zdravotní péči, zejména na ošetrovatelskou pomoc a na legislativu zdravotní péče, sociálního zabezpečení a ošetrovatelství. Do dovedností patří používání specifických pozorovacích technik a znalost vedení rozhovoru a komunikace, správné měření vitálních funkcí, vědomosti o vytváření písemných i počítačových záznamů. Mezi řízení porad a seminářů patří dotazování, shrnutí, formulace, organizování a rozhodování. Velkou část tvoří plánování, utváření individuální péče a vlastního pracovního plánu. Můžeme sem též zahrnout provádění tělesné hygieny, příjmu potravy a tekutin, vylučování a pohyb. Konzultace ve formě diskuzí, slovního i písemného vyjádření. Techniky oddělování, izolace a separace. V neposlední řadě bychom sem zařadili edukační techniky pro jednotlivce i skupiny nejen v nemocniční péči. Behaviorální modifikační techniky jsou změny chování a postojů, znalost ve vedení skupinové terapie. Techniky v diagnostice, léčbě, první pomoci, podávání léků a kyslíku, v laboratorním vyšetření, péči o katétry a rány všeho druhu, stlaní lůžka, výměna prádla, instalace pomocných zařízení lůžka a jiných pomůcek, to vše patří do udržování zdravého životního prostředí (17).

1.4.5 Činnosti všeobecné sestry

Všeobecná sestra vykonává činnosti podle Vyhlášky č. 424/2004, § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace, ale v souladu s diagnózou stanovenou lékařem. Poskytuje, případně zajišťuje základní i specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Přitom zejména vyhodnocuje potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů, projevů jejich onemocnění, rizikových faktorů, a to i za použití měřících technik používaných v ošetrovatelské praxi, např. testů soběstačnosti, rizika proleženin, měření intenzity bolesti, stavu výživy. Sleduje a orientačně hodnotí fyziologické funkce pacientů jako je dech, puls, elektrokardiogram, tělesnou teplotu, krevní tlak a další tělesné parametry. Pozoruje, hodnotí a zaznamenává stav pacienta a zařizuje herní aktivity dětí. Zajišťuje a provádí vyšetření biologického materiálu získaného neinvazivní cestou a kapilární krve semikvantitativními metodami = diagnostickými proužky. Odsává sekrety z horních cest dýchacích a zajišťuje jejich průchodnost. Hodnotí a ošetřuje poruchy celistvosti kůže, chronické rány, centrální i periferní žilní vstupy a věnuje se atonii. Provádí ve spolupráci s fyzioterapeutem a ergoterapeutem rehabilitační ošetřování, a to je zejména polohování, posazování, dechová cvičení a metody bazální stimulace s ohledem na prevenci a nápravu hybných odchylek, včetně prevence dalších poruch mobility. Provádí nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti. Edukuje pacienty, případně jiné blízké osoby v ošetrovatelských postupech a připravuje pro ně informační materiály. Orientačně hodnotí sociální situaci pacienta, identifikuje potřebnost spolupráce sociálního nebo zdravotně – sociálního pracovníka a zprostředkovává pomoc v otázkách sociálních a sociálně – právních. Zajišťuje činnosti spojené s příjmem, přeložením a propuštěním pacientů. Stará se o psychickou podporu umírajících a jejich blízkých a po stanovení smrti lékařem provádí péči o tělo zemřelého a činnosti spojené s úmrtím pacienta. Má pod dohledem přejímání, kontrolu, uložení léčivých přípravků včetně návykových látek a manipulaci s nimi, dle Zákona č.79/1997 Sb., o léčivech a o změnách a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, dle Zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů a stará se o jejich adekvátní množství. Zajišťuje přejímání, kontrolu a uložení

zdravotnických prostředků a prádla, manipulaci s nimi, jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu. Všeobecná sestra se podílí pod odborným dohledem všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí nebo porodní asistentky se specializovanou způsobilostí v oboru, případně zaměřením, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem na poskytování vysoce kvalifikované ošetrovatelské péče. Všeobecná sestra spolupracuje, bez odborného dohledu, na základě indikace lékaře na poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péče. Přitom především připravuje pacienty k diagnostickým a léčebným postupům na základě indikace lékaře je provádí nebo při nich asistuje, zajišťuje ošetrovatelskou péči při těchto výkonech a po nich, zejména podává léčivé přípravky s výjimkou nitrožilních injekcí nebo zavádění infúzí u novorozenců a dětí do 3 let a s výjimkou radiofarmak, pokud není dále uvedeno jinak. Podává a udržuje kyslíkovou terapii. Provádí screeningová a depistážní vyšetření, odebírá biologický materiál a orientačně hodnotí, zda jsou výsledky fyziologické. Odborně ošetřuje akutní i operační rány, včetně drenů. Provádí katetrizaci močového měchýře žen a dívek nad 10 let, pečuje o močové katetry pacientů všech věkových kategorií, včetně výplachů močového měchýře. Asistuje u výměny tracheostomické kanyly a ošetřuje jí. Dále zavádí nazogastrické a jejunální sondy pacientům při vědomí starším 10 let, pečuje o ně a aplikuje výživu sondou, případně žaludečními nebo duodenálními atoniemi u pacientů všech věkových kategorií. Dělá výplach žaludku u pacientů při vědomí starších 10 let. Všeobecná sestra pod odborným dohledem lékaře aplikuje nitrožilně krevní deriváty, dle Zákona č. 79/1997 Sb., o léčivech a o změnách a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Spolupracuje při zahájení převodu transfuzních přípravků, dle zákona č.79/1997 Sb., a o léčivech a o změnách a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, dále bez odborného dohledu na základě indikace lékaře ošetřuje pacienta v průběhu podávání transfúzních přípravků a ukončuje je (34).

1.5 Spolupráce ve zdravotnictví

Každý z nás je nějakým způsobem zařazen v sociálním systému, v sociální hierarchii, v různorodém a často současném postavení. Pozice mohou být podřízené,

souřadné, nadřazené, a to v rozličných variantách. Chceme-li v organizaci dobře fungovat, bývá nezbytné uvědomit si svoje místo a strukturu vztahů v určité skupině - své úkoly, povinnosti, práva. Mezi organizační pravidla patří, dělba úkolů, odpovědnost a pravomoc, přenos pravomoci, služební postup, předávání informací, zastupování, kontrola, koordinace činnosti, organizace a člověk, a v neposlední řadě já kontra organizace. Znalost organizačních zásad lze využít v identifikaci slabých míst a ke stanovení toho, co je možné vykonat, udělat plán a stanovit priority, získat spojence pro realizaci a od plánování přejít k činům. Nedostatky při spolupráci bývají z různých příčin - zmatek, časová tíseň, neznalost, neschopnost, nedbalost, nezáměr (1, 18, 21).

1.5.1 Multidisciplinární spolupráce

Významným faktorem při vytváření příjemného prostředí pro nemocného nebo trpícího člověka je síť vztahů pro podporu bezpečí a důvěry. Takové uskupení je velmi náročné vytvořit a vyžaduje velkou námahu a úsilí. Proces celkového poznávání v týmu spočívá ve vzájemném setkávání jednotlivých disciplín a v pravidelných schůzkách celé skupiny. Existují společné oblasti péče, kdy je nezbytná společná komunikace a úzká spolupráce. Koncepce a uplatňování multidisciplinární spolupráce má široký význam v systému zdravotní péče. Zlepšit a zefektivnit vlastní práci je naprosto nezbytné. Směrnice EU vymezují pět zdravotnických profesí, které ji regulují – farmaceuti, stomatologové, lékaři, všeobecné sestry a porodní asistentky. Základem zlepšení je zákon pro vymezení zdravotnického povolání a způsobilost k výkonu tohoto povolání a profesní standardy stanovené profesní organizací. Standardy struktury obsahují: vzdělání všeobecných sester (podle Libanonské smlouvy: bakalářské, magisterské, doktorandské), metodu ošetrovatelské praxe = ošetrovatelský proces, individuální profesionální výkonnost, kam patří kvalita práce, sebehodnocení, kolegiálnost, spolupráce, etika, vzdělávání, výzkum. Standardy procesu a výsledku obsahují kompetentní činnosti poskytování přímé ošetrovatelské péče. Zahrnují ošetrovatelské zákroky = intervence, všeobecnou péči, ošetrování klienta se speciálními potřebami, plány ošetrovatelské péče v jednotlivých klinických stavech. Sestry mají k dispozici různé typy příruček, metodických návodů, kapesních průvodců aj. Veškerá literatura

určená sestřám je velmi kvalitně a plnohodnotně napsaná, včetně moderních poznatků. Knihy jsou v pravidelných intervalech inovovány, vydávány a doporučují, jak zlepšit a zefektivnit týmovou spolupráci ve prospěch klienta a jeho potřeb. Zákony (př. Ústava, Listina základních práv a svobod, Úmluva o lidských právech a biomedicíně č. 2 96/2001Sb. mezinárodních smluv) určují nejen práva klientů na kvalitní péči, ale i zákonem (př. Zákon č. 96/2004 o nelékařských zdravotnických povolání, Zákon č. 95/2004 o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, Vyhláška č.424 ke stanovení činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků) musí být garantovaná práva a povinnosti zdravotníků lékařských i nelékařských oborů. Práce v multidisciplinárním zdravotnickém týmu vyžaduje denní výkonnost, efektivitu, kvalitu při vzájemné spolupráci lékařů, sester, manažerů, klinických a neklinických oddělení, včetně vedení dokumentace a předávání vzájemných informací nejen psanou formou (1, 18).

1.5.2 Meziprofesní spolupráce

Meziprofesní spolupráce je stále zlepšována a zkvalitňována z důvodu hlubšího chápání lidského organismu, stále probíhajících patologických procesů a z většího spektra vyšetřovacích a léčebných metod. Následující situace vyžadují stále širší znalosti nejen medicínské, ale i z jiných vědních oborů. A proto je léčba pouze jedincem v podstatě nemožná, je nutný celý tým „zdravotníků“ i „nezdravotníků“. Nejlepším řešením je dělba práce nebo-li specializace, která nemůže být úspěšná bez vzájemné spolupráce. Oba procesy se prohlubují a rozšiřují. Specializace narůstá a spolupráce dosahuje komplexnosti. Jednotlivce ošetřuje celý ošetrovatelský tým, včetně nezdravotnického personálu, s novými kompetencemi a novou odpovědností. Nelékařské obory (ošetrovatelství, fyzioterapie, ergoterapie) se stávají rovnocennými spolupracovníky s partnery profesí lékařských. Tato spolupráce úzce souvisí se zvýšením vzdělání středoškolského zdravotnického personálu na úroveň vysokoškolskou. Negativní stránkou specializace je zpochybnění zodpovědnosti konkrétního lékaře na konkrétního klienta, jeho anonymita a znejistění. Proto je nutné

rozvít koordinaci komplexní péče, podporovat kontinuitu péče a na vyšší úrovni obnovovat nepřetržitě odpovědného lékaře primární péče. Charakteristikou týmové práce bylo vytvoření a splnění společného cíle, dobrá struktura a organizace, kvalitní dělba práce, hierarchie týmu a také důkladná komunikace uvnitř celého týmu (21).

1.5.3 Mezioborová spolupráce

V současné době se lékařství rozdělilo do mnoha základních i nadstavbových lékařských oborů. I uvnitř jednotlivých oborů dochází k další tzv. funkční specializaci. Každý musí jednat taktně, ohleduplně a projevit určitou pokoru zejména tam, kde jeho vědomosti a schopnosti nestačí. Měli by umět dokázat včas navázat účinnou spolupráci s dalšími odborníky. Vedoucí pracovníci mají být vzorem pro lékařské spolupracovníky i celý ošetrovatelský kolektiv, protože jedině dokonalá souhra spolupráce všech může přinést žádoucí výsledky. Klienti s přibývajícím věkem trpí více chorobami vyžadující celou řadu specialistů i z jiných oborů. Víceoborovou spolupráci zajistíme vyžádáním péče (konsilium) nebo předáním do péče (dlouhodobá spolupráce). To znamená, že bez funkční spolupráce nelze klientovi poskytnout celistvou a kvalitní péči (21, 36).

1.6 Všeobecná sestra jako členek týmu

Sestra tvoří velmi důležitý článek zdravotnického týmu. Týmová práce je nejvyšším předpokladem vysoce odborné a také účinné péče. Všichni členové zdravotnického týmu mohou být pro sestru důležitým zdrojem informací a dalším článkem ke spolupráci. Sestra nespolupracuje jen s úzkým ošetrovatelským týmem, ale i s lékaři jiných oborů, rehabilitačními pracovníky, nutričním terapeutem, sociální pracovníci, učitelkami nemocniční školy atd. Do týmu patří nejen lékaři a sestry, ale také další členové z řad nemocničního personálu či jiných zařízení, např. policisté, laboranti, příbuzní a přátelé (7, 14, 24).

1.6.1 Všeobecná sestra a spolupracovníci

Všeobecná sestra spolupracuje a kooperuje s jinými profesionály zdravotní péče, uznává a respektuje jejich přítomnost a vyvíjí úsilí o patřičnou úroveň morálních vztahů

zdravotnického týmu. Sestra provádí zodpovědně indikovanou odbornou péči a může odmítnout účast na neadekvátním jednání, které odporuje stanovené etice či jejímu svědomí. Práce sestry má výrazně týmový charakter a v převážné většině ošetrovatelských činností je závislá nebo vázaná na spolupráci s jinými zdravotnickými pracovníky. Spolupracuje s lékaři, sestrami, laborantkami, ošetrovatelkami, s pomocným personálem. Činnosti všech pracovníků na sebe navazují, prolínají se a podmiňují. Platí zásada, že každý člen týmu je za sebe zodpovědný, ale nedbalost a nedůslednost v práci jednoho pracovníka může narušit celý systém péče a může vyvolat vážné následky a zkomplikovat zdravotní stav nemocného (9, 24).

1.6.2 Všeobecná sestra a lékař

Vztah sestra – lékař se mění postupně v důsledku řady sociálních změn, ke kterým došlo během dlouhého vývoje společnosti, včetně postavení role nemocného. Do každé úrovně lékařské hierarchie se ženy začleňují stále více. A v budoucnosti tomu nebude jinak. To poskytuje „půdu“ pro různé druhy vztahů a vazeb. Handicap ženského pohlaví ustupuje do pozadí, a tím také vztah lékař – sestra nabírá podobu rovnocennější. Také sestry s vysokoškolským vzděláním rozvíjí svoji nelehkou pozici. Mohou pracovat samostatně a asistence lékaři se stává pouze jednou z částí jejich nezávislé práce. Sestra se tak z dřívější „nesvéprávné pomocnice“ proměnila ve speciálně školenou odbornici, a to včetně svých povinností a zodpovědností. Interakce mezi sestrou a lékařem je často zkoumána, kdy sestry mohou být znevýhodněny. Tento vztah může být ovlivněn celou řadou faktorů, jako je komplikovanost organizačních struktur v nemocnici či to, že profesi sester vykonávají převážně ženy, dále změna vztahu mezi zdravotníkem a klientem, kladení rozdílného důrazu na specifické části léčebného procesu, a také nižší respekt k modernímu ošetrovatelství ze strany lékařů. Nejčastější problémy ve vztahu sestra a lékař pramení z nervozity, napětí v jejich jednání a chování nebo pracovního přetížení. Poměrně časté je také narušování kompetence všeobecné sestry takovými úkoly spadajícími do náplně práce jiného pracovníka. Dále narušování organizace práce sestry neplánovanými zásahy a podceňování práce sester (2, 3).

1.6.3 Všeobecná sestra a zdravotnický asistent

Naším členem ošetrovatelského týmu bude již brzy zdravotnický asistent. Bude vykonávat činnosti Vyhlášky č.424/2004, podle § 3 odst. 3 a dále pod odborným dohledem všeobecné sestry nebo porodní asistentky poskytne základní ošetrovatelskou péči a specializovanou ošetrovatelskou péči v rámci ošetrovatelského procesu. Bude se podílet na získávání informací nutných k určení ošetrovatelských diagnóz, v míře určené všeobecnou sestrou nebo porodní asistentkou bude plnit ošetrovatelský plán a provádět ošetrovatelské výkony. Přitom zejména pod odborným dohledem všeobecné sestry nebo porodní asistentky, bude sledovat fyziologické funkce, stav vědomí pacientů a zaznamenávat je do dokumentace. Pečovat o celkové vyprazdňování, provádět komplexní hygienickou péči, důkladnou prevenci proleženin, rozdělovat stravu pacientům podle určených diet a dbát na jejich přísné dodržování, dohlížet na dodržování dostatečného pitného režimu, zajišťovat aplikaci tepla a chladu. Provádět základní rehabilitační ošetrovatelství, včetně prevence poruch z mobility, vykonávat nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti pacienta. Zajišťovat herní aktivity dětí. Podílet se na přejímání, kontrole, manipulaci a uložení léčivých přípravků. Spolupracovat na přejímání, kontrole, manipulaci a uložení zdravotnických prostředků a prádla, na jejich dezinfekci, sterilizaci a zajištění jejich dostatečné zásoby. Zdravotnický asistent pod odborným dohledem všeobecné sestry, porodní asistentky nebo lékaře bude podávat léčivé přípravky, s výjimkou aplikace nitrožilně a do epidurálních katétrů a intramuskulárních injekcí u novorozenců a dětí do 3 let věku. Bude odebírat biologický materiál, provádět vyšetření biologického materiálu získaného neinvazivní cestou a kapilární krve semikvantitativními metodami. Zavádět a udržovat kyslíkovou terapii, také bude moci ošetřovat akutní i chronické rány. Připravovat pacienty k diagnostickým nebo léčebným výkonům podle rozhodnutí lékaře, všeobecné sestry nebo porodní asistentky při nich asistovat, poskytovat ošetrovatelskou péči při těchto výkonech i po nich. Podílet se na činnostech spojených s přijetím, překladem, propuštěním a úmrtím pacienta. Zdravotnický asistent se bude podílet pod přímým vedením všeobecné sestry

se specializovanou způsobilostí nebo porodní asistentky se specializovanou způsobilostí v oboru na poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče (34).

Odborná způsobilost k výkonu povolání zdravotnického asistenta se získává absolvováním střední zdravotnické školy v oboru zdravotnický asistent nebo akreditovaného kvalifikačního kurzu zdravotnický asistent po získání úplného středního vzdělání nebo úplného středního odborného vzdělání a způsobilosti k výkonu povolání ošetrovatele podle Zákona č. 96/2004 o nelékařských zdravotnických povoláních, § 36. Dále budou mít odbornou způsobilost k výkonu povolání zdravotnického asistenta zdravotničtí pracovníci, kteří získali způsobilost k výkonu povolání zdravotnického záchranáře podle Zákona č. 96/2004 o nelékařských zdravotnických povoláních § 18 nebo porodní asistentky podle § Zákona č. 96/2004 o nelékařských zdravotnických povoláních 6. Za výkon povolání zdravotnického asistenta se považuje poskytování ošetrovatelské péče pod odborným dohledem všeobecné sestry nebo porodní asistentky. Dále se zdravotnický asistent ve spolupráci s lékařem podílí na preventivní, léčebné, rehabilitační, neodkladné, diagnostické a dispenzární péči.

V praxi se spolupráce se zdravotnickým asistentem teprve utváří. Je nutné zajistit, aby znali své kompetence a nedocházelo ke střetům v ošetrovatelské péči a plnění ordinace lékařů. Sestry musí být připraveny na příchod tohoto nového člena a přijmout ho do svého zdravotnického týmu. Zdravotnický asistent by se měl stát pravou rukou všeobecné sestry, ale bude určitě trvat nějaký čas, než se tato spolupráce uvede v praxi (35).

1.6.4 Všeobecná sestra a ošetrovatel

Ošetrovatel vykonává činnosti podle Vyhlášky č. 424/2004, § 3 odst. 3 a dále pod odborným dohledem všeobecné sestry, porodní asistentky nebo radiologického asistenta. Podílí se na poskytování základní ošetrovatelské péče a specializované ošetrovatelské péče v rámci ošetrovatelského procesu. Provádí hygienickou péči pacientů, včetně základní prevence proleženin a úpravy lůžka. Pomáhá při podávání stravy pacientům a vytváří podmínky při stravování ležících nebo nepohyblivých pacientů, popřípadě je krmí. Pečuje o vyprazdňování pacientů, včetně případného

provedení očistného klyzma. Měří tělesnou teplotu, výšku a hmotnost. Doprovází pacienty na odborná vyšetření a ošetření. Buduje příjemné prostředí pacientům. Zařizuje herní aktivity dětí. Provádí posmrtnou úpravu těla zemřelého. Spolupracuje na přejímání, kontrole a uložení léčivých přípravků a na manipulaci s nimi. Podílí se na přejímání kontrole a uložení zdravotnických prostředků a prádla, na manipulaci s nimi a dále se zabývá jejich dezinfekcí i sterilizací a poukazuje na to, aby byly jejich dostatečné zásoby. Ošetřovatel pod přímým vedením všeobecné sestry, porodní asistentky, radiologického asistenta asistuje při určených ošetřovatelských, diagnostických nebo léčebných výkonech. Ošetřovatel se podílí pod přímým vedením všeobecné sestry nebo porodní asistentky se specializovanou způsobilostí v oboru a v souladu s diagnózou stanovenou lékařem na poskytování vysoce specializované ošetřovatelské péče (34).

Dle Zákona č. 96/2004 o nelékařských zdravotnických povoláních se odborná způsobilost k výkonu povolání ošetřovatele získává absolvováním akreditovaného kvalifikačního kurzu v oboru ošetřovatel nebo tříletého studia ukončeného závěrečnou zkouškou na střední zdravotnické škole v oboru ošetřovatel. Dále ukončením akreditovaného kvalifikačního kurzu v oboru ošetřovatel/ ošetřovatelka – pěstounka, charitní ošetřovatel, ošetřovatel nebo pěstounka, pokud bylo studium zahájeno do konce roku 2004. Absolvováním studia ukončeného závěrečnou zkouškou na střední zdravotnické škole, zdravotnické odborné škole nebo středním odborném učilišti zdravotnickém v oboru ošetřovatel/ ošetřovatelka, ošetřovatel/ ošetřovatelka se zaměřením na rodinnou výchovu nebo v oboru zdravotník prvního zaměření – ošetřovatelské a pečovatelské práce, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/ 2004. Dokončením nejméně 4 semestrů akreditovaného zdravotnického magisterského studijního programu všeobecné lékařství a složením zkoušky z předmětu ošetřovatelství, péče o nemocné nebo obdobného předmětu včetně praktické části výuky. Po absolvování třech semestrů akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního programu pro přípravu všeobecných sester nebo porodních asistentek nebo příslušného studijního oboru na vyšší zdravotnické škole nebo 3 ročníků na střední zdravotnické škole v oboru všeobecná sestra, dětská

sestra nebo zdravotní sestra, 4 ročníků studia na střední zdravotnické škole v oboru zdravotnický asistent. Za výkon povolání ošetřovatele se považuje poskytování ošetřovatelské péče pod odborným dohledem zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu povolání bez odborného dohledu v oboru ošetřovatelství, dále se ošetřovatel ve spolupráci s lékařem podílí na léčebné, rehabilitační, neodkladné a diagnostické péči.

V této spolupráci musí být sestra velmi důsledná, pečlivě navrhovat a kontrolovat práci ošetřovatele. Jejich vzájemná spolupráce je „vizitkou“ kvalitní ošetřovatelské péče. Je nutné, aby se každý člen týmu podle svého svědomí aktivně zajímal o své činnosti, které na sebe vzájemně navazují, a byla splněna veškerá možná a dostupná péče. Při neplnění jejich povinností se zhoršuje celková péče a klient je ohrožen komplikacemi ve svém návratu do běžného života. V praxi se sestra bez spolupráce ošetřovatele zásadně neobejde (35).

1.6.5 Všeobecná sestra a sanitář

Všeobecný sanitář vykonává činnosti podle Vyhlášky č. 424/2004, § 3 odst. 3 a dále pod odborným dohledem všeobecné sestry nebo jiného zdravotnického pracovníka způsobilého k poskytování ošetřovatelské péče bez odborného dohledu provádí pomocné a obslužné činnosti nutné pro poskytování ošetřovatelské péče, preventivní, léčebné a diagnostické péče. Pečuje o hygienu prostředí. Dováží stravu na oddělení, podle potřeby ji ohřívá, provádí úklid čajové kuchyňky, včetně sběru, mytí a dezinfekce nádobí. Transportuje biologický a zdravotnický materiál, obstarává pochůzky pro potřeby oddělení a pacientů. Obstarává veškeré zacházení s prádlem, včetně dezinfekce a transportu. Manipuluje s tlakovými nádobami s medicínálními plyny. Doprovází a převáží dospělé pacienty na vyšetření, ošetření a při neklidu na jiné oddělení. Provádí technické úkony s lůžkem pacientů a jeho mechanickou očistu, dezinfekci a úpravu. Pomáhá při úpravě těla zemřelého a odváží je. Podílí se na přejímání, kontrole, manipulaci a uložení léčivých přípravků. Spolupracuje na přejímání, kontrole a uložení zdravotnických prostředků a prádla, na manipulaci s nimi. dále pomáhá s jejich dezinfekcí i sterilizací a se zajištěním jejich dostatečné zásoby. Pod odborným dohledem všeobecné sestry nebo porodní asistentky se podílí na poskytování základní

ošetřovatelské péče. Spolupodílí se na zajišťování hygienické péče o pacienty. Nepostradatelný je při polohování pacientů a manipulaci s nimi, včetně zajišťování základní prevence proleženin a úpravy lůžka. Spolu se sestrami rozděljuje stravu pacientům, pomáhá při jídle ležícím nebo nepohyblivým pacientům, popřípadě je krmí. Pod přímým vedením všeobecné sestry nebo porodní asistentky se podílí na poskytování specializované ošetřovatelské péče (34).

Odborná způsobilost k výkonu povolání sanitáře se dle Zákona č. 96/2004 o nelékařských zdravotnických povoláních získává absolvováním akreditovaného kvalifikačního kurzu v oboru - všeobecný sanitář, sanitář na operační sál, sanitář pro laboratoř a transfúzní oddělení, sanitář pro zařízení lékárenské péče, sanitář pro lázně a léčebnou rehabilitaci, sanitář pro autoptické oddělení nebo sanitář pro pitevnu. Dále odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání sanitáře mají fyzické osoby, které absolvovaly část studia na středních nebo vyšších zdravotnických školách nebo v akreditovaných zdravotnických studijních programech uskutečňovaných vysokými školami podle zvláštního právního předpisu - absolvováním 3 semestrů akreditovaného zdravotnického magisterského studijního programu všeobecné lékařství, a to v oboru všeobecný sanitář, sanitář pro operační sál, sanitář pro laboratoř a transfúzní oddělení a sanitář pro autoptické oddělení; 2 semestrů akreditovaného zdravotnického magisterského studijního programu farmacie nebo oboru diplomovaný farmaceutický asistent na vyšších zdravotnických školách, a to v oboru sanitář pro lékárenskou péči; 2 semestrů akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního programu pro přípravu všeobecných sester nebo porodních asistentek nebo příslušného studijního oboru na vyšší zdravotnické škole, a to v oboru všeobecný sanitář a sanitář pro operační sál; 3 semestrů akreditovaného zdravotnického vysokoškolského studijního programu pro přípravu fyzioterapeutů nebo ergoterapeutů nebo příslušného studijního oboru na vyšší zdravotnické škole, a to v oboru sanitář pro lázně a léčebnou rehabilitaci; 3 semestrů akreditovaného zdravotnického vysokoškolského studijního programu pro přípravu odborných pracovníků v laboratorních metodách nebo zdravotních laborantů nebo příslušného studijního oboru na vyšší zdravotnické škole, a to v oboru sanitář pro laboratoř a transfúzní oddělení; 3 ročníků studia na střední zdravotnické škole v oboru

zdravotní asistent, a to v oboru všeobecný sanitář nebo 3 ročníků studia na střední zdravotnické škole v oboru laboratorní asistent, a to v oboru sanitář pro laboratoř a transfúzní oddělení. Za výkon povolání sanitáře se považuje pomocná činnost v rámci poskytování zdravotní péče pod odborným dohledem zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu povolání bez odborného dohledu.

Při vzájemné spolupráci dochází často k chybám, které ovlivňují plynulý chod oddělení. Sestry si někdy dělají ze sanitářů sluhy a naopak oni si často neplní svoji náplň práce. V praxi je nutné zajistit péči o klienta komplexní. Není přípustné, aby meziprofesní vztahy a vazby negativně ovlivňovaly kvalitu ošetrovatelské péče. Profesionální přístup k práci a vzájemná spolupráce ovlivňují pracovní prostředí a mají vliv na celkový pracovní výkon (35).

1.7 Profesionální přístup a způsob práce

Slovo profesionální upozorňuje na to, že o tomto způsobu práce mluvíme pouze mezi klientem a pracovníkem, mezi pracovníkem a pracovníkem, ale nehovoříme o tom mezi širokou veřejností. Profesionalita pracovníka vyžaduje mít pro každou nenadálou situaci různé alternativy řešení. Jestliže pracovník jedná z pocitu nevyhnutelnosti a není schopen uvažovat o jiné alternativě postupuje neprofesionálně. Asertivita je jednou z užitečných dovedností v mezilidských kontaktech a ve zdravotnictví je naprosto nezbytná. Je to způsob zdravého sebeprosazování, tzn. nenechat druhého jednat na svůj účet, ale i nejednat na úkor druhých. Jednání za jakékoliv situace nesmí být ani pasivní, ani agresivní. Asertivně jednající člověk dokáže poznávat vlastní pocity, postoje, potřeby, přání, a to dělá i v souvislosti k druhé osobě. Asertivní jednání je vhodné ve vypjatých sociálních situacích a sporech. Ve vztazích formálních, čili pracovních, má velkou užitečnost a vede k řešení problémů (29).

1.7.1 Profesionální chování

Profesionálním chováním rozumíme takové formy projevu, které jsou typické pro určité povolání, profesionální roli. Formy chování, které se váží k určitému

zaměstnání, mají vývoj po celou dobu trvání profese. U historicky nejstarších řemesel, bývají ustálenější způsoby chování. Sestra vždy byla člověkem, který má pochopení a umí pomáhat s velkou tolerancí a laskavostí. Chování jsou objektivně pozorovatelné projevy nebo aktivity. Chování rozdělujeme na expresivní (bezprostřední, spontánní) a adaptivní (zvládnuté, upravené). Zdravotník by měl vždy splňovat chování adaptivní a to nejen před klientem, ale také při spolupráci v celém týmu. Expresivní chování by se mělo objevit jen ve vztahu s kladnými emocemi a v omezené míře. Ze sociologického rozboru v profesy zdravotníka platí kolektivní orientace (sociocentrismus), universalismus, emocionální neutralita. Sociocentrismus je hlavní hodnotou role sestry, kdy její zájmy nevychází ze svých zájmů a potřeb. Pro zdravotnický personál by měla být kolektivní orientace na druhého člověka samozřejmostí. Universalismus předpokládá, že zdravotník je vždy schopen zaujmout svoji roli ke všem klientům a spolupracovníkům bez ohledu na vlastní osobní postoj k nim. Chovají se stejně dobře k sympatickým a nesympatickým jedincům. Emocionální neutralita vyjadřuje očekávání, že zdravotníci jsou schopni svoje emoce vždy podřídit rozumové kontrole. Toto povolání vyvolává intenzivní až trvalé napětí z vysoké zodpovědnosti, ze stavů ohrožující život. Emocionální neutralita umožňuje výkon profese s menším množstvím vypjatých konfliktů a s jejich dobrým zvládnutím. Profesionální chování úzce souvisí s kvalitní výřečností. Komunikace se považuje za důležitý aspekt zdravotnické péče. Je základní a nedílnou součástí péče, kterou zdravotníci poskytují. Komunikace musí být jasná, stručná a zahrnuje verbální i neverbální sdělení, které přenáší nejen informace, ale vyjadřuje i pocity. Zdravotníci patří do skupiny, které se obecně říká skupina pomáhající. Převládají u nich pocity se o někoho starat, pečovat a ochraňovat. Péči vstupujeme i do intimních oblastí klienta nejen po stránce fyzické, ale i duševní a psychické. Proto náš způsob rozhovorů nesmí být „vlezlý“, neboť je velmi intenzivně vnímán. Efektivní promluvení přispívá k uzdravení. Komunikace může být snadná, lehká, milá, přínosná, ale také těžká, složitá i namáhavá, až odpuzující. Víme, kde máme své možnosti a kde své rezervy. Sestry při své každodenní praxi komunikují nejen s členy ošetrovatelského týmu, ale i klienty, jejich příbuznými a přáteli. Mezi formy komunikace patří sdělení, vysvětlování a přesvědčování. Sdělení je většinou

krátké, srozumitelné a laskavé. Pokynem vysvětlujeme to, co se bude v nejbližší době dít. Vysvětlováním sdělujeme co, proč, jak a kdy se má udělat. Pochopení je výsledkem dobrého vysvětlení. Tam, kde je vysvětlování neúspěšné nebo se setká s výhradami, používáme přesvědčování. Vycházíme z odezvy nemocného (6, 7, 23, 24).

1.7.2 Profesionální komunikace

Profesionální přístup k práci podtrhuje správná komunikace. Optimální komunikace v pracovním vztahu je přímá, upřímná a otevřená. Problémy v komunikaci nastávají z nepřesných interpretací partnerova chování, ale také z nedostatečně rozvinuté dovednosti komunikovat. V problémových situacích se často objevují maladaptivní stereotypní reakce, tzv. komunikační zlovyky. Pak oboustranná výměna komunikačních zlovyků vytváří konfliktní situace. Zlovykem je to, pokud příjemce podkládá pod obsah sdělení něco, co v něm chce slyšet. Také málo jasné sdělení vede ke „čtení myšlenek“, a tím vložení vlastního významu. I přerušování a skákání do řeči nebo nereagování na sdělení – ztráta zpětné vazby vede ke špatné komunikaci. Stejně jako neverbální odmítání, nepříjemné vyjadřování pocitů oklikou, neupřímnost, nejasnost a nekonkrétnost sdělení, přehánění, znehodnocení druhého takzvaně ho „označkovat“, nadměrné zobecňování, překrucování skutečnosti, nesoulad slovního a mimoslovního projevu, únik od tématu a přehnaná emoční reakce profesionální komunikaci velmi narušují (23).

1.8 Pracovní prostředí a jeho vliv na pracovní výkon

Každý z nás je nějakým způsobem zařazen v sociálním systému, v sociální hierarchii, v různorodé a často současné pozici. Pozice mohou být podřízené, souřadné nadřízené a to v rozličných variantách. Chceme-li v organizaci dobře fungovat, bývá nezbytně nutné uvědomit si svoji pozici a strukturu vztahů v určité skupině, své úkoly, povinnosti, práva. Mezi organizační pravidla patří dělba úkolů, odpovědnosti a pravomoci, předávání informací a pravomocí, zastupování, služební postup, kontrola, koordinace činnosti a organizace. Znalost organizačních zásad lze využít k identifikaci slabých místa ke stanovení toho, co je možné zvládnout. Udělat plán a stanovit si

priority, získat spojece pro realizaci, od plánování přejít k činům. Nedostatky vyplují na povrch z různých příčin jako je zmatek, časová tíseň, neznalost, neschopnost, nedbalost, nezáměr (6, 23).

1.8.1 Pracovní prostředí

Pracovní prostředí tvoří velkou část životního prostředí člověka. Je to děj otevřený, dynamický a měnící se soubor hmotných a duševních činitelů, s nimiž člověk v pracovním prostředí přichází do styku. Hygienickými podmínkami práce se zabývá Hygiene práce. S otázkami pracovního prostředí velmi úzce souvisí bezpečnost práce. Kvalita pracovního prostředí je nejen určena materiálními podmínkami jako jsou stavební a estetická úroveň, prostorové uspořádání, členění, propojení jednotlivých částí zařízení, přístrojové vybavení, druh manuálních výkonů. Je ovlivněna také mikroklimatickými podmínkami, mezi ně patří kvalita ovzduší v zařízení, výměna vzduchu a jeho intenzita, teplota, osvětlení, čistota. A v neposlední řadě hrají roli věcné složky, a to materiální vybavenost, pracovní pomůcky a nástroje, ochranná výbava pro pracovníky, pracovní oblečení. Lidé ovlivňují úroveň práce a její organizaci, formu řízení práce, podmínky pro spolupráci, mezilidské vztahy, míru psychické i fyzické zátěže. Zdravotní středisko poskytuje ambulantní péči, kdy nemocný k lékaři dochází, ale léčí se doma. V lůžkovém zdravotnickém zařízení má být nemocný důkladně vyšetřen, intenzivně léčen, popřípadě operován. Umístění klienta v lůžkovém zařízení je hospitalizace. Nemocnice je rozdělena na odborná oddělení, diagnostická oddělení, technický úsek a administrativní úsek. Velká lůžková oddělení se dále člení na menší úseky = ošetrovací jednotky, která mají různou oblohnost (24, 33).

1.8.2 Pracovní vztahy

Funkční tým pracovníků musí být sestaven podle jasné koncepce zařízení. Před přijetím nového pracovníka by mělo mít vedení zařízení jasno o jeho pracovní náplni. Nutné je stanovit kritéria vzdělání a výcviku, posoudit osobnostní předpoklady pro zastávání určitého místa. Organizačně výhodné je rozčlenění personálu do skupin nebo týmů, které nesou maximální odpovědnost, rozhodovací pravomoci a iniciativy. Mezi

důležité předpoklady spokojenosti v práci je odvádění profesionálního pracovního výkonu s dobrými pracovními vztahy. Celková atmosféra v zaměstnání ovlivňuje, ať už kladně nebo záporně, spolupráci s personálem i klienty. Nepřátelské klima na pracovišti může být zdrojem napětí, neklidu a nespokojenosti s prací. Chápeme-li to vše jako vztahy formálně vytvořené k více či méně společným pracovním úkolům, pak obecně platí, že souhra mezi dvěma lidmi se liší především podle jejich cílů. Základním „kamenem úrazu“ je vztah nadřízený a podřízený, který je důležitější zejména pro podřízené pracovníky. Bývají často nerovné, formální, orientované na pracovní úkoly, ale mohou být i přátelské. V pracovních skupinách se často vyskytuje neoficiální vedoucí, který je většinou pracovní starší a je jakýsi mluvčí. Určitá část obtíží v zaměstnání plyne z nesnášenlivosti mezi zaměstnanci a ta tvoří špatné klima na pracovišti. Mezi příslušníky jedné pracovní skupiny mohou zaměstnanci kooperovat a vzájemně si pomáhat, ale i konkurovat a vytvářet kanál pro pověsti a klepy, vztahy mezi osobami rozdílného statutu jsou obtížnější. Vztah mezi nadřízenými a podřízenými vytváří určitou distanci a může vést k problémům. K umění vést a řídit patří vytváření harmonické a vřelé atmosféry. Zvláštní je i postavení žen na pracovišti, a to z hlediska jejich věku, fyzické přitažlivosti a sympatií. Tato kombinace v souvislosti s vedoucím postavením, může způsobit neprofesionální pracovní vztah. Na atmosféru na pracovišti mají vliv i demografické, sociální a profesní faktory, formální i neformální mezilidské vztahy. Ty formální jsou dány cílem a úkolem pracoviště, řádem, normami, pracovní náplní, funkcemi lidí. Neformální vztahy jsou určeny pocitem blízkosti lidí vůči sobě. Může je sblížovat věk, vzdělání, bydliště, dovolená nebo sympatie. Naprostá pracovní spokojenost hraje významnou roli, je však spojena s řadou polemik o pracovním výkonu. Zaměstnance motivují k vyšším výkonům pozitivní vztahy k nadřízeným, spolupracovníkům, pacientům a k tomu je nutná důvěra a jistota. Jedinec by měl mít mezi spolupracovníky určitou důstojnost, vyhýbat se urážkám, předejít nadměrné kontrole a nedůvěřivému zacházení, odstranit nesmyslné rozdíly a autority (2, 4, 19, 20).

1.8.3 Vliv pracovního prostředí a vztahů na pracovní výkon

Ke kvalitnímu výkonu je potřeba motivace, schopnosti v určité oblasti a dobrá organizace. K dosažení dobrého výsledku je nutné znát všechny cíle, jejich prostředky a dílčí postupy. Pracovní výkon v kvalitě i kvantitě ovlivňují mnohé faktory – odměna a ohodnocení, objektivita hodnocení, dostatečná seberealizace, předcházející úspěšnost, teoretická a praktická příprava, tělesné a duševní rozpoložení, namáhavost práce, materiálně – technické podmínky, sociální podmínky a v neposlední řadě i organizace práce. V zaměstnání se vyskytují nejrůznější zátěžové momenty a chceme-li dobře pracovat a následně žít, musíme zbytečné, škodlivé a zátěžové momenty z našeho života co nejvíce vytěsnit. Ve zdravotnictví se často setkáváme s různými zdroji zátěže, kam patří nadměrné prodlužování pracovní doby, neúměrné množství práce. Časové stresy a rozhodování při nedostatku času, nepředvídatelné změny, přerušování a nedokončování práce. Také současné vykonávání více činností, přetěžování jednotlivých orgánů a smyslů, dlouhotrvající nucené jednostranné držení těla, nedostatek nebo nadbytek pohybu, nevhodné pracovní prostředí. Další jsou nejasnosti v organizační struktuře, špatná organizace práce, přílišná odpovědnost, sociální konflikty, problematické vztahy mezi podřízenými i nadřízenými, nízký společenský kredit vykonávané práce. Součástí je i nekvalitní spánek nebo nedostatek spánku, nesdílnost v pracovních problémech, vznik prostoru pro domněnky, zkreslování situací a sklon k intrikám (4).

1.8.3.1 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření nebo-li burn out je ztráta motivace způsobená prožitkem bezmoci, rezignace, a vyčerpání v zaměstnání. Pod tímto pojmem se skrývá celý soubor příznaků projevujících se ztrátou elánu, radosti ze života a energie nutné pro výkon profese. Je to stav fyzického, emocionálního a mentálního vyčerpání. Dochází k postupné stagnaci až rezignaci. Člověk je frustrovaný, podrážděný, depresivní, apatický, cynický. Tento proces má plíživý, pozvolný průběh a může zůstat bez povšimnutí, ale klesá schopnost se adaptovat a učit se novým věcem. K nejčastějším faktorům vedoucích k vyhoření patří nejasnost profesionální role, nesplnitelnost

pracovních úkolů, neslučitelnost pracovních úkolů, přemíra úkolů, neadekvátní finanční ohodnocení, úkoly přesahující schopnosti nebo kvalifikaci pracovníka, kritika a nepřítomnost ocenění. Proti syndromu vyhoření je potřeba se chránit, a proto je nutné znát problém a příznaky syndromu vyhoření. Zaměřit se na prevenci vlastní vůlí, hledat správné techniky pro odreagování vlastního těla – plavání, relaxaci, jógu, cvičení, běh. Nezapomínat na své bazální potřeby jako je jídlo, pití, vyprazdňování, přiměřený odpočinek a spánek je více než nutný. Každý je někdy nemocný a v tomto případě je nutné vše řádně vyležet, protože pracovní neschopnost není nic nekolegiálního. Nárok na dovolenou a její vybrání během roku by mělo být přiměřené. Soustředit se na pohodlí vlastní duše je součástí duševního zdraví, stejně jako pěstování zálib, vztahů a obklopení se veselými věcmi. Zpříjemnit si pracovní prostředí nejen hmotnými věcmi, ale i pomocí spolupracovníků, učit se a respektovat hranice toho, co je profesionálně bezpečné. Prostě hledat účinné postupy, jak odstraňovat podněty, které nás ohrožují (11, 31, 35).

1.9 Chyby ve spolupráci zdravotnického týmu

Chyby ve vzájemné spolupráci bychom našli v každém povolání, ale je pravda, že ve zdravotnictví se jich vyskytuje dost. Je to dáno tím, že v této profesi spolupracuje velké množství lidí různých věkových i pracovních kategoriích. Ale je nutné chybám předcházet a řešit je, protože neřešit problémy na zdravotnických pracovištích znamená neutvářet kvalitní mezilidské vztahy pro týmovou spolupráci. A pak se stává, že lidé na pracovišti některého ze svých kolegů zkrátka „neberou“. Takový pracovník prostě do kolektivu nezapadá, chová se nepřírozně, není aktivní v pracovních vztazích a je velká pravděpodobnost, že bude dělat zbytečné chyby (4).

1.9.1 Interpersonální konfliktní situace v pracovním prostředí sester

Dnešní doba je ovlivněná shonem, moderním způsobem života, existenčními problémy, zanedbáváním sebe a svých blízkých a dalšími negativními důsledky. To vše se podepisuje na kvalitě mezilidských vztahů, a to nejen rodinných, ale také pracovních. V práci sester se interpersonální vztahy velmi odráží od týmové práce a péče o klienta.

Ideálním modelem pracovních vztahů je prezentování vzájemného uznání, společenského chování, emocionální vnímavosti, spolupráce, ochoty pomoci, vhodné komunikace a soudržnosti. Pokud by tento model fungoval, nebyly by problémy a konflikty. Praxe je však odlišná. Konflikty různého charakteru a intenzity se vyskytují asi v každém pracovním kolektivu. A stává se, že neshody jsou pro všechny určitou výzvou, zdrojem nového přístupu, postojů a řešení, ale mohou být i noční můrou, důvodem hněvu, pláče, deprese, vzdoru a neochoty. Konflikt, konfliktní situace nebo spor je protichůdné působení dvou nebo více sil ve vztahu ke stejnému podnětu s tendencí získat převahu. Je propojen s nesouladem, disharmonií, rozporem. Nemusí vždy platit, že to, co je pro jednu stranu konfliktní situace negativní, může být pro druhou stranu konfliktní situace pozitivní, kdy se může vyřešit určitý problém. Rozporuplná situace vzniká v určitém čase, prostoru, cyklu a za určitých podmínek. Sestra a její opoziční partner jako je kolegyně, vrchní sestra, pacient, lékař se prezentují určitým modelem chování spolu s emocionálním kontextem. Rozepře mohou pracovníci řešit různými stupni chování od impulsivního až po ignoraci. Sporné situace, které se sestry bezprostředně týkají, se mohou dle směrů působení dělit na vnitřní a vnější. Podle počtu zúčastněných osob jsou konflikty mezi dvěma aktéry, skupinové nebo meziskupinové. Z psychologického hlediska je roztržka součástí představ, názorů, postojů, zájmů, plánů a cílů, hodnot a informací dané osoby. Rozpory mohou být běžné i závažné, a jejich řešení se nemusí vždy najít, nebo se ignoruje či odkládá. Vztahová a společenská úroveň staví sestru proti různým typům lidí jako sestra versus sestra, pacient, návštěvy pacienta, lékař, jiný zdravotnický pracovník či nadřízený (2).

1.9.1.1 Příčiny vzniku konfliktních situací a jejich řešení

Rovnováha sestry je výrazně ovlivněná skutečností, do jaké míry je sestra schopná udržovat pracovní vztahy, předcházet konfliktům a řešit je. Vyvolávající příčiny jsou v pracovním prostředí různé. Patří mezi ně např. nevyhovující organizace práce, nedostatečné materiální zabezpečení, deficit sester, nadměrné požadavky na výkon, nízká pracovní morálka některých členů. Také fyzická, psychická a emocionální zátěž ovlivňuje sestru v kvalitním pracovním výkonům. Nadřazenost, nezodpovědnost a

nespolehlivost nebo kritika místo pochvaly, či nedostatečné finanční ohodnocení způsobují sestřám určitou nepohodu, která se hromadí a často vede k neadekvátnímu chování nebo vzniku konfliktu. Ultimativní požadavky, názorové odlišnosti, nekompromisnost, tvrdohlavost, nesympatie a antipatie vůči některým osobám jsou chyby, které je nutné omezit na tu nejmenší možnou míru a nejlépe je jim předcházet. Sebepodceňování, nejasná komunikace, konflikt rolí, nízká asertivita, nepřizpůsobivost a neschopnost relaxace vedou často k vyčerpání i psychické a fyzické nepohodě pracovníka. Tyto negativní vlastnosti mohou způsobit celou řadu krizí a konfliktů. Konflikt je nějaký problém a ten vyžaduje řešení, a to změnu dané situace, která by byla žádoucí pro obě strany. Tento postoj je preferovaný před pouhým urovnáním. Schopnost řešit jej závisí na mnoha vnitřních i vnějších faktorech. Mezi vnitřní faktory patří věk, pohlaví, pracovní a osobní zkušenosti, osobní zralost, momentální fyzický i duševní stav. Vnější činitele tvoří prostředí, četnost výskytu, přítomnost nezainteresovaných osob, způsoby řešení. Úspěšné řešení konfliktních situací vede k uvolnění vnitřního napětí, získání pohody a dobré nálady. Neřešení vede ke kumulaci a následným nežádoucím pracovním vztahům. Dlouhodobé neřešení vede ke zhoršujícímu pracovnímu výkonu sestry. Může být ohrožen i vlastní zdravotní stav daného pracovníka a nese s sebou vážné následky i do citového života. Při řešení konkrétních konfliktních situací je nutné identifikovat osobu, zjistit příčinu, poskytnout návrhy řešení, vyslovit dohodnuté řešení a sledovat další vývoj. Neexistuje nic univerzálního pro řešení konfliktů na pracovišti, ale základním předpokladem je otevřená komunikace mezi stranami, a ta je často znemožněna a musí ji řešit třetí, neutrální osoba. Stav bez konfliktů je ideou pro praxi nereálnou (2, 20).

1.9.2 Soupeření a sekýrování

Častou chybou ve spolupráci je soupeření a sekýrování, které narůstá v dnešní době do velkých rozměrů. I v běžném životě se s tím setkáváme stále častěji, ale ve zdravotnickém týmu by se vyskytovat nemělo, protože je to nepřátelství, rivalita, boj o životní prostor a teritorium a ve zdravotnických zařízeních musí jít o zdraví klienta. V pravém slova smyslu mluvíme o soupeření, kdy jde o vztah mezi dvěma účastníky.

Boj může mít formu „soubojů“ až „rvaček“. Kdo je silnější, hbitější, vchytralejší, krutější, ten většinou vítězí. Soupeřivé výpady je možné provádět i beze slov pomocí grimas a úšklebků. Sekýrováním se rozumí nadměrné kritizování, hanění, „pérování“ člověka. Setkáváme se s tím v souvislosti kdy někdo má nebo chce mít nad druhým člověkem „navrch“. Sekýrováním dává najevo, že má nad ním moc nebo že je něco víc (15, 16).

1.9.3 Devalvace na pracovišti

Mezi další negativní chybu ve spolupráci řadíme devalvací. Je to snižování hodnoty druhého člověka, v očích ostatních lidí, kteří jsou svědkem našeho jednání. Děje se pomocí lidských činů, neverbálním jednáním i verbální komunikací. Příkladem může být nelaskavé a neuctivé chování, znevažování práce jedince, přezírání, pomlouvání, urážení až fyzické napadání (16).

1.9.4 Mobbing na pracovišti

Mobbing, šikana nebo teror na pracovišti jsou různá pojmenování pro jedno a to samé. Stres, který s sebou šikana přináší, může velmi poškodit organismus, a to vyčerpáním duševním i fyzickým, až zvýšením nemocnosti. Nárůst výskytu mobbingu souvisí s faktem, že je společnost výhradně zaměřená na ekonomický zisk, který obdivuje a preferuje. Společnost upřednostňuje ty silné a úspěšné, ale zavrhuje ty „slabé a hloupé“ a neplýtvá energií na jejich obranu. Dle slovníku znamená šikana pronásledování, záměrné obtěžování, nespravedlivé obviňování, trestání nebo týrání. Mobbing (z anglického překladu „to mob“ = srocovat se, obtěžovat, napadnout) je definován jako systematické intrikování, šikanování, psychoteror spojen s pracovním místem. Psychoteror je iniciován kolegy, pokud je teror prováděn nadřízenými, nazýváme jej bossing. Cílem je někoho poškodit dlouhodobým aktivním tlakem po určitou dobu. Za psychické týrání na pracovišti je třeba považovat každé znevažující chování, které se projevuje ve slovech, činech, gestech, podtextech a poškozuje osobnost, důstojnost nebo fyzickou či psychickou integritu jedince. Toto negativní jednání ohrožuje přímo zaměstnanecké místo nebo znehodnocuje pracovní klima a

může přispět k výskytu pracovních chyb. Mobbing vytváří velmi nezdravou atmosféru na pracovišti a ovlivňuje všechny přímé i nepřímé účastníky. Tento jev nelze tolerovat, natož jde-li o zdravotnictví, kde se rozhoduje o zdraví a životech. Zde by empatie a tolerance měly být nejpřednostnější lidskou vlastností (31).

1.9.5 Bossing na pracovišti

Mobbing ze strany nadřízeného = bossing. Vedoucí je rozhodující osobnost pro každého pracovníka, má autoritu, je součástí vedení podniku a má mít důvěru svých nadřízených. Vedení má jiné motivy pro šikanování svých podřízených a volí i jiné strategie. Hlavní příčinou bossingu je strach vedoucího pracovníka o svojí pozici a žárlivost na schopného pracovníka, a proto se uchýlí k pokusům, jak udržet svoje postavení z pozice síly. Každý nadřízený se bojí myšlenek svých podřízených. Nejen strach, ale i hněv na organizaci a tlak shora působí frustraci vedoucího, a tím se tvoří špatné interpersonální vztahy. Negativní osobní vlastnosti dostanou příležitost se projevit v okamžiku, kdy jedinec získá moc. Šikanující vedoucí má motivy, které se odlišují od motivů na kolegiální úrovni. Úmyslně přiděluje nevhodné úkoly, které mohou být i traumatizující. Postižený pracovník je pod trvalou kontrolou v pracovním procesu, včetně telefonních hovorů, dodržování pracovní doby a přestávek. Další oblíbenou strategií jsou nečekaná překvapení, oklešťování kompetencí, pracovní izolace a zpochybňování psychického stavu oběti (10).

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cíl 1. Zjistit, jak funguje vzájemná spolupráce sester s ostatními členy zdravotnického týmu při zajišťování ošetrovatelské péče.

Cíl 2. Najít chyby ve spolupráci zdravotnického týmu

2.2 Hypotézy

H1. Vzájemná spolupráce sester s ostatními členy týmu není zcela profesionální

H2. Chyby ve spolupráci sester a lékařů vychází hlavně z nadřazenosti lékařů

H3. Chyby ve spolupráci mezi sestrami jsou hlavně podmíněny délkou praxe jednotlivých sester

H4. Chyby ve spolupráci sester a pomocného personálu často vychází z nedostatečné zodpovědnosti pomocného personálu

3. Metodika výzkumu

3.1 Metodika práce

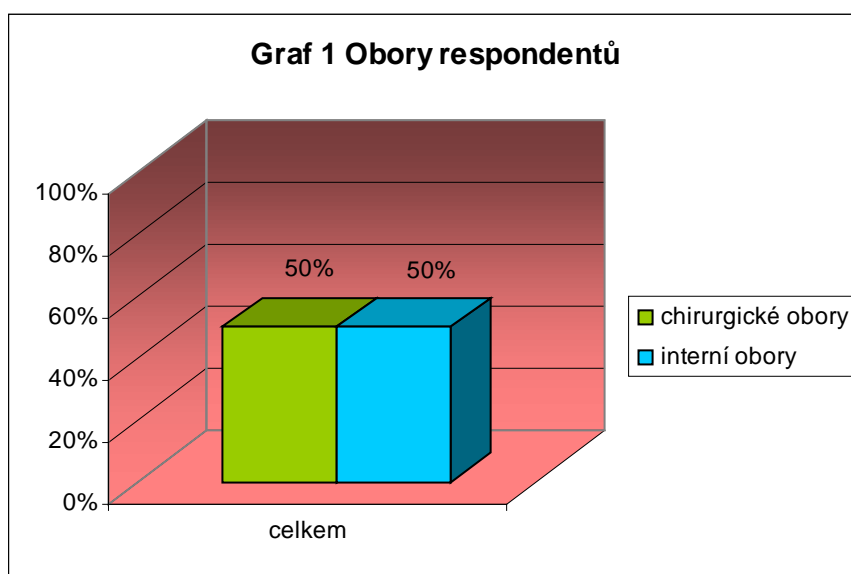
Pro bakalářskou práci byl zvolen kvantitativní výzkum metodou dotazování. Byl použit jeden typ dotazníku pro všeobecné sestry standardních oddělení různých interních a chirurgických oborů. Dotazník byl anonymní a obsahoval 42 otázek, které obsahovaly uzavřené i polootevřené otázky s možností jedné i více odpovědí nebo dopsání vlastního názoru. Každý dotazník byl vložen do vlastní obálky, po vyplnění zalepen, aby nedošlo k porušení anonymity. Postupně bylo rozdáno 115 dotazníků a navraceno také 108 dotazníků. Osm jich bylo nutné vyřadit pro nekompletnost nebo nevyplnění. Cílem bylo získat stejný počet respondentů z daných oddělení, kvůli přehlednosti jednotlivých otázek. Do výzkumu bylo zařazeno 100 kompletních dotazníků.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

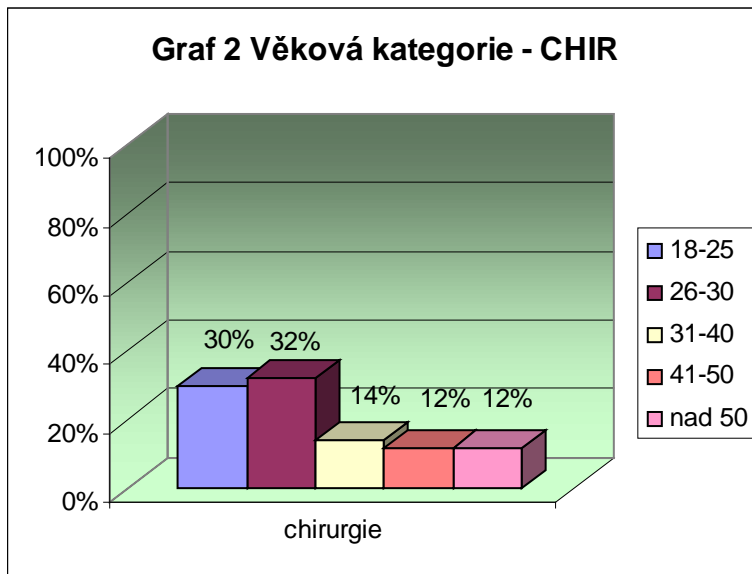
Výzkum byl realizován ve dvou nemocnicích, a to Nemocnice České Budějovice a.s. a Nemocnice Strakonice a.s. Výzkumný soubor tvořily všeobecné sestry pracující na standardních odděleních. 50 sester bylo z interních oborů a 50 z chirurgických oborů. Věková hranice byla omezena jen věkem, ve kterém je možné pracovat, a to je 18 – 60 let. Praxe jednotlivých sester byla zastoupena v celé šíři, od začátečnic až do 20 let a více.

4. Výsledky

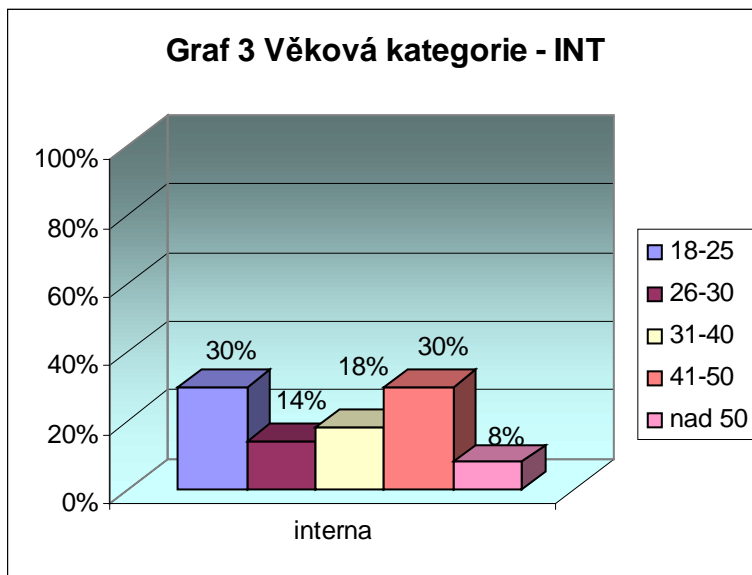
4.1 Vyhodnocení podle typu oddělení



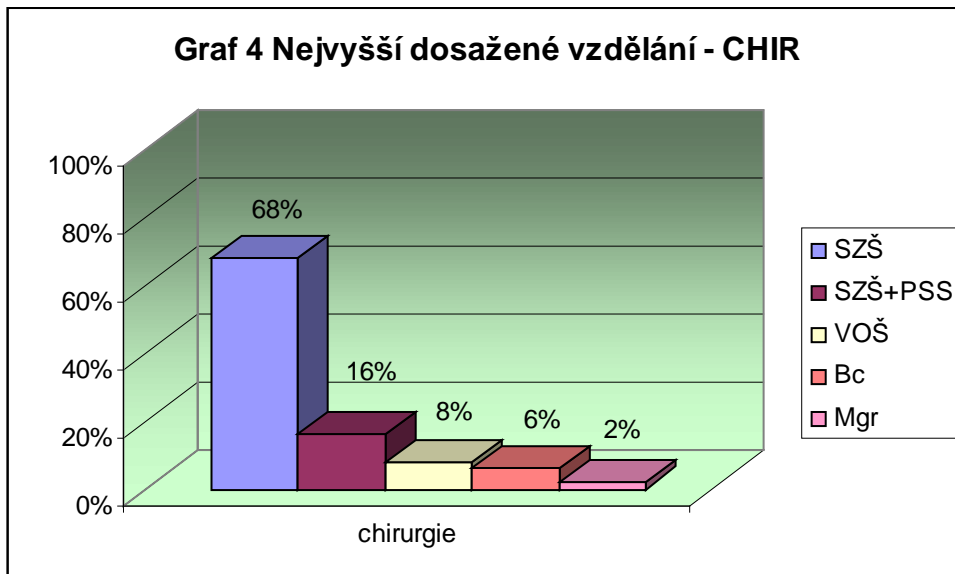
Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) bylo 50 sester (50 %) z chirurgicky zaměřených oborů a 50 (50 %) z interně zaměřených oborů. Ve všech daných otázkách odpovědělo celkem 50 sester z chirurgických oborů a 50 sester z interních oborů.



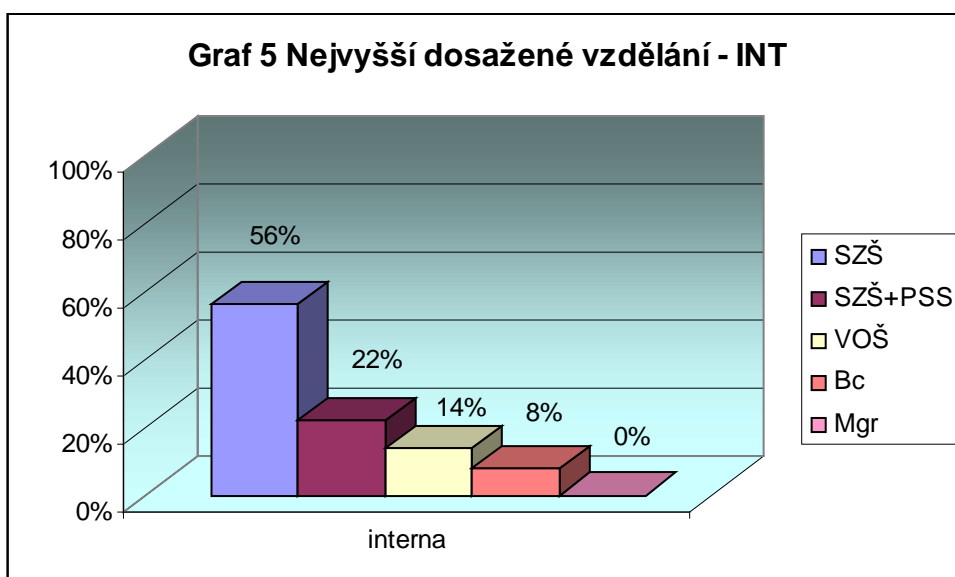
Na grafu číslo 2 je znázorněna věková hranice respondentů z chirurgických oborů, kterých je 50 (100 %). 15 sester (30 %) bylo ve věkové kategorii 18-25 let, 16 sester (32 %) 26-30 let, 7 sester (14 %) 31-40 let, 6 sester (12 %) 41-50 let, 6 sester (12 %) nad 50 let.



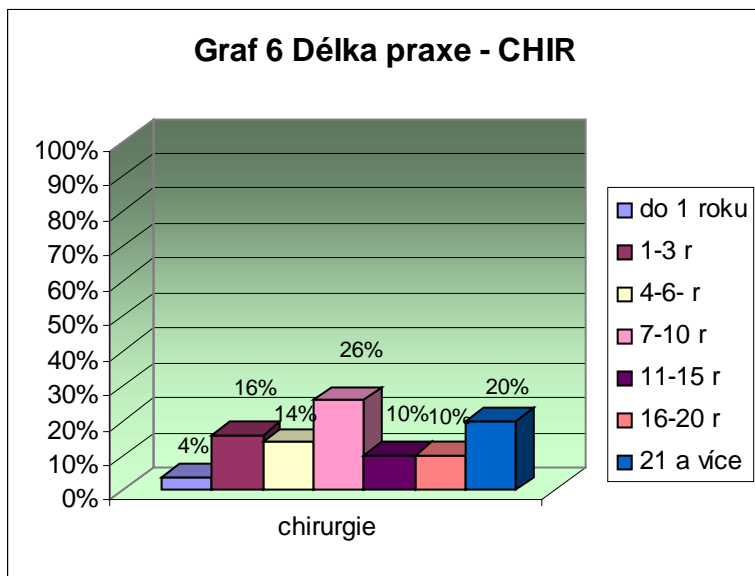
Na grafu číslo 3 je znázorněna věková hranice respondentů z interních oborů, kterých je 50 (100 %). 15 sester (30 %) bylo ve věkové kategorii 18-25 let, 7 sester (14 %) 26-30 let, 9 sester (18 %) 31-40 let, 15 sester (30 %) 41-50 let, 4 sestry (8 %) nad 50 let.



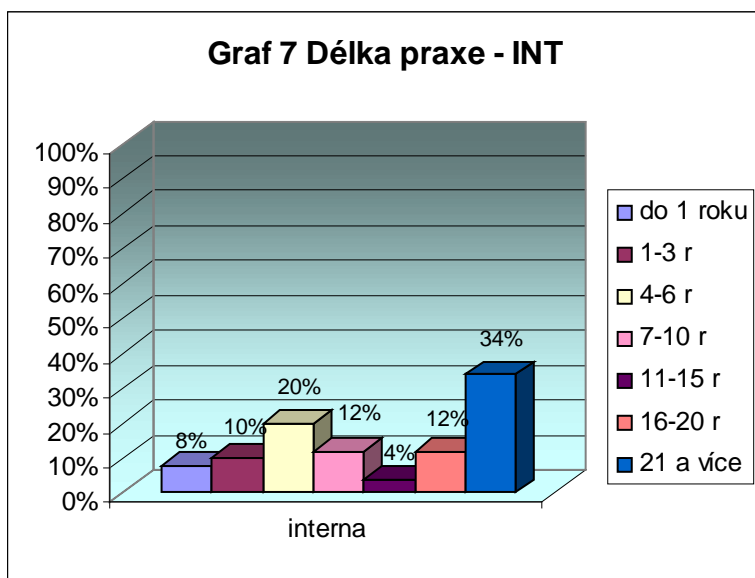
Z celkového počtu 50 sester (100 %) pracujících v chirurgických oborech, má SZŠ 34 sester (68 %), SZŠ + PSS 8 sester (16 %), VOŠ 4 sestry (8 %), Bc. 3 sestry (6 %), Mgr. 1sestra (2 %).



Z celkového počtu 50 sester (100 %) pracujících v interních oborech, má SZŠ 28 sester (56 %), SZŠ + PSS 11 sester (22 %), VOŠ 7 sester (14 %), Bc. 4 sestry (8 %), Mgr. žádná sestra (0 %).

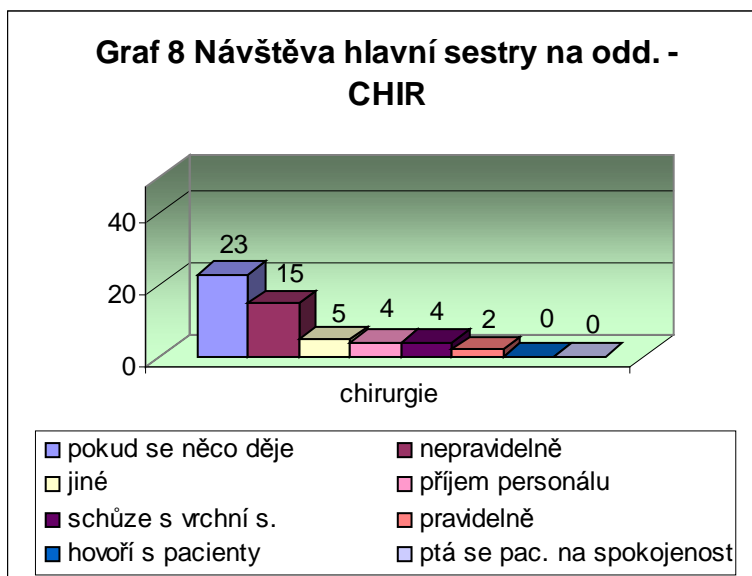


Délka praxe pro chirurgické obory je znázorněna na grafu číslo 6. Do 1 roku pracují 2 sestry (4 %), 1-3 roky 8 sester (16 %), 4-6 roků 7 sester (14 %), 7-10 roků 13 sester (26 %), 11-15 let 5 sester (10 %), 16-20 let 5 sester (10 %), 21 a více let pracuje 10 sester (20 %), z celkového počtu 50 sester.



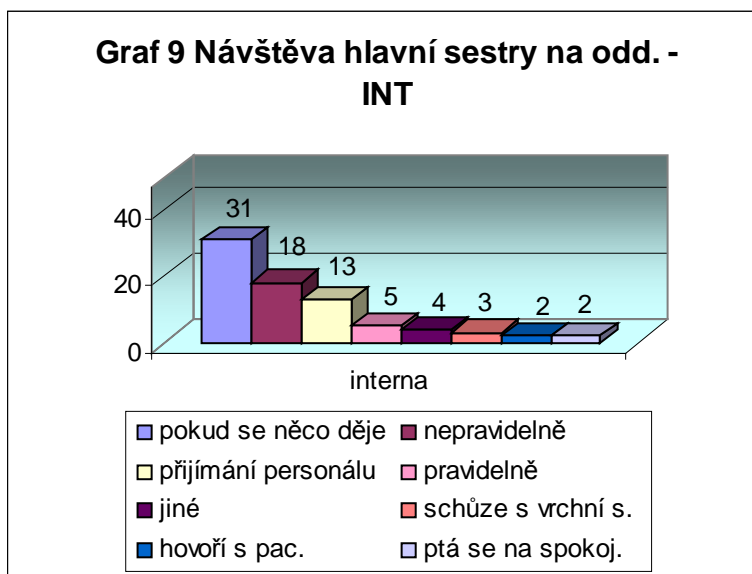
Délka praxe pro interní obory je znázorněna na grafu číslo 7. Do 1 roku pracují 4 sestry (8 %), 1-3 roky 5 sester (10 %), 4-6 roků 10 sester (20 %), 7-10 roků 6 sester (12 %), 11-15 let 2 sestry (4 %), 16-20 let 6 sester (12 %), 21 a více let pracuje 17 sester (34 %), z celkového počtu 50 sester.

Graf 8 Návštěva hlavní sestry na odd. - CHIR

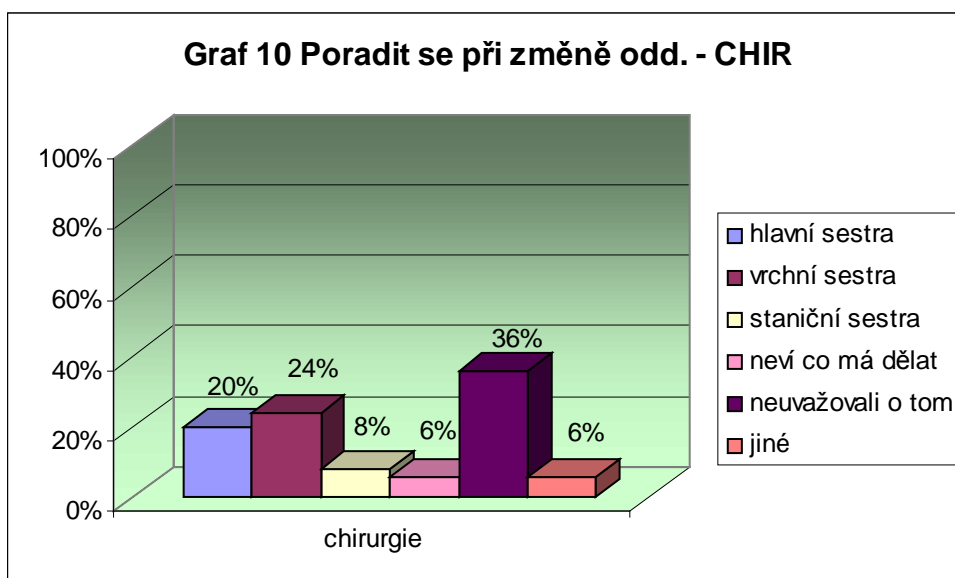


Odpovědělo 50 respondentů a bylo možné použít více odpovědí. Hlavní sestra navštěvuje odd., jen pokud se něco děje, bylo nejčastěji, a to 23x, nepravidelně 15x, jiné 5x, při přijímání personálu 4x, pravidelné schůze s vrchní sestrou 4x, pravidelně 2x. Ani jednou, že pravidelně hovoří s pac. o péči a že se pravidelně ptá na spokojenost.

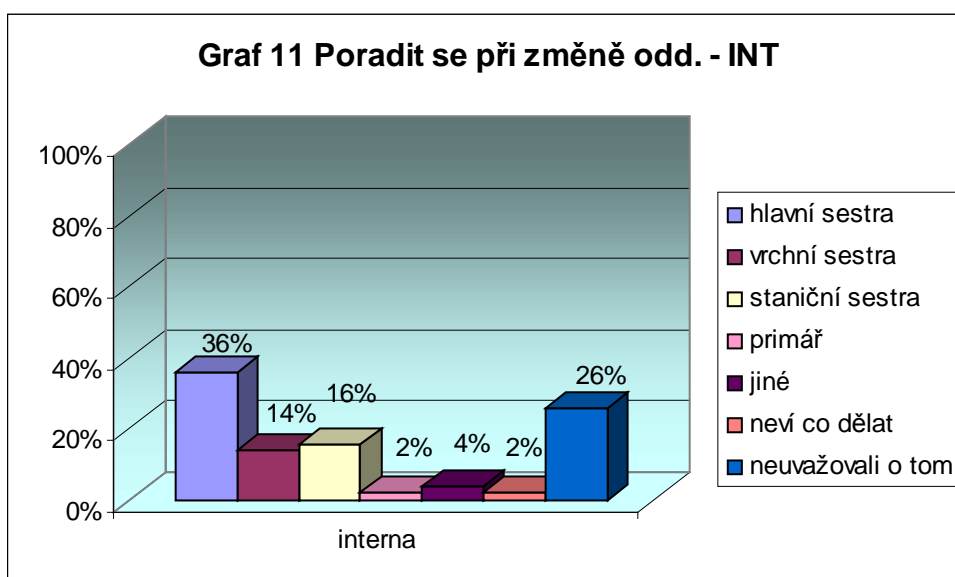
Graf 9 Návštěva hlavní sestry na odd. - INT



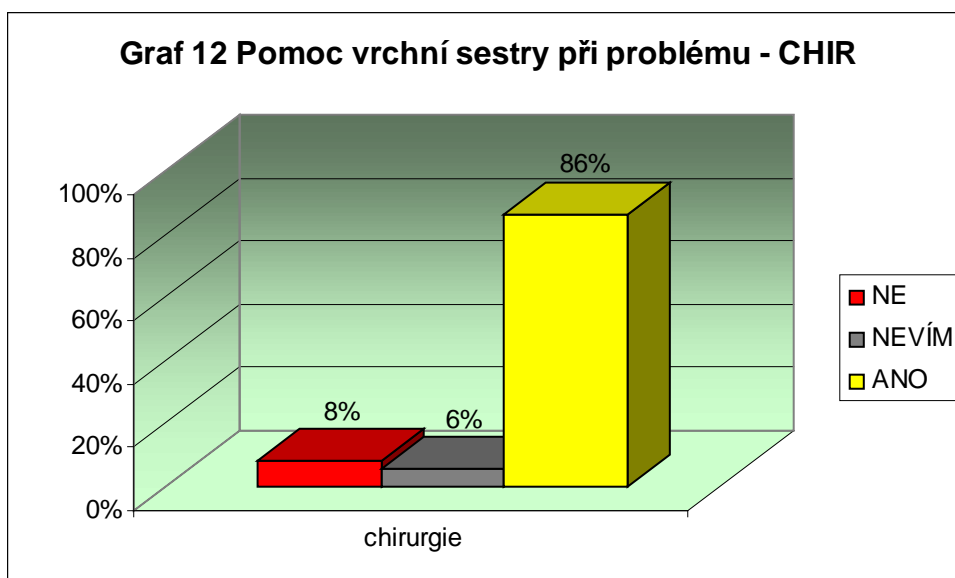
Odpovědělo 50 respondentů. Odpověď, že hlavní sestra navštěvuje odd., pokud se něco děje, byla nejčastěji, a to 31x, nepravidelně 18x, při přijímání personálu 13x, pravidelně 5x, jiné 4x, pravidelné schůze s vrchní sestrou 3x, pravidelně hovoří s pac. o péči 2x, pravidelně se ptá na spokojenost pacientů také 2x.



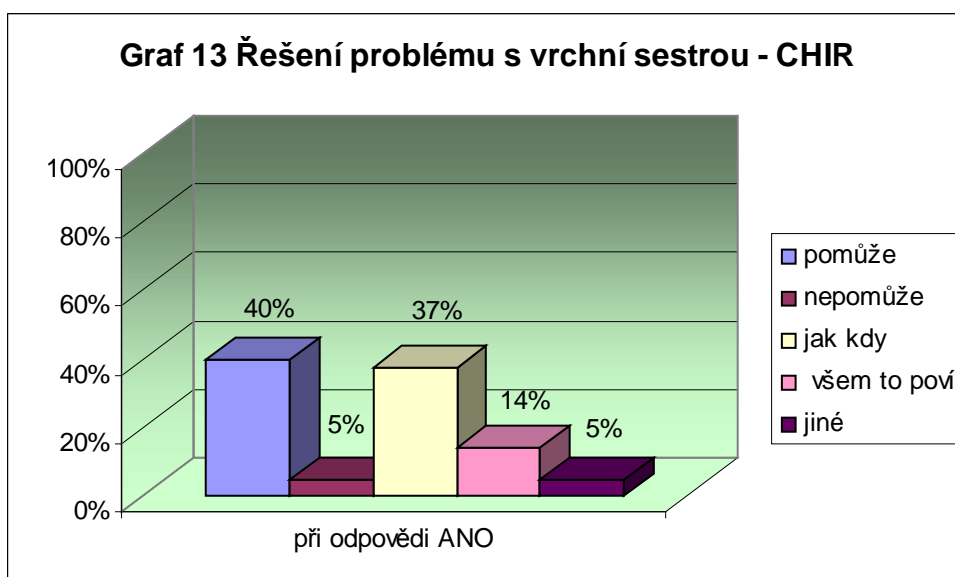
Z 50 respondentů (100 %) při změně oddělení půjde za hlavní sestrou 10 resp. (20 %), za vrchní sestrou 12 resp. (24 %), za staniční sestrou 4 resp. (8 %), neví co má dělat 3 respondenti (6 %), neuvažuje o tom 18 resp. (36 %). Jiné 3 respondenti (6 %), patří sem: „dané odd., nikomu nic neřeknu, neřeším to“.



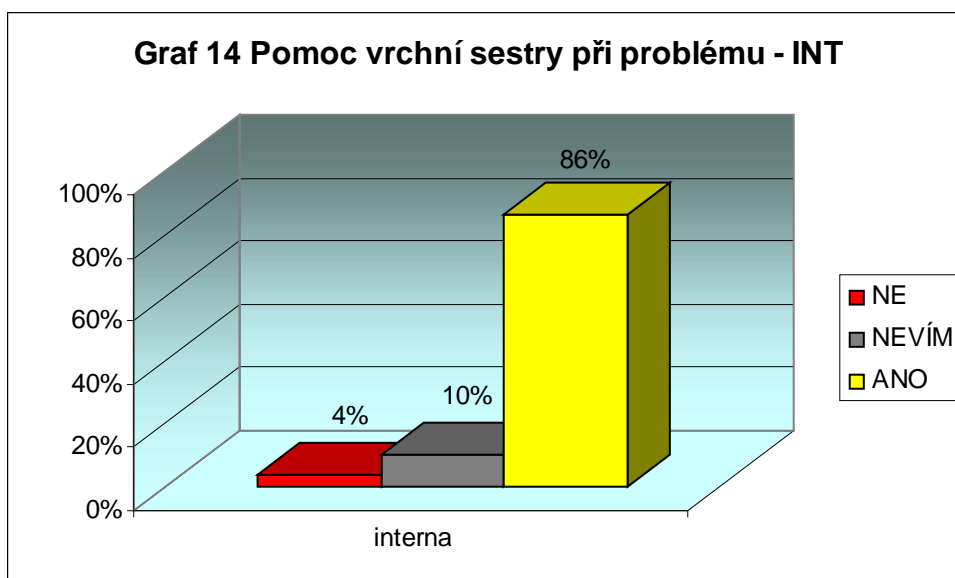
Z 50 respondentů (100 %) při změně oddělení půjde za hlavní sestrou 18 resp. (36 %), za vrchní sestrou 7 resp. (14 %), za staniční sestrou 8 resp. (16 %), za primářem odd. 1 resp. (2 %), jiné 2 resp. (4 %), neví, co má dělat, 13 respondentů (26 %), neuvažuje o tom 13 respondentů (26 %). Mezi jiné odpovědi patří: „zjistím to sama, nikomu nevěřím“.



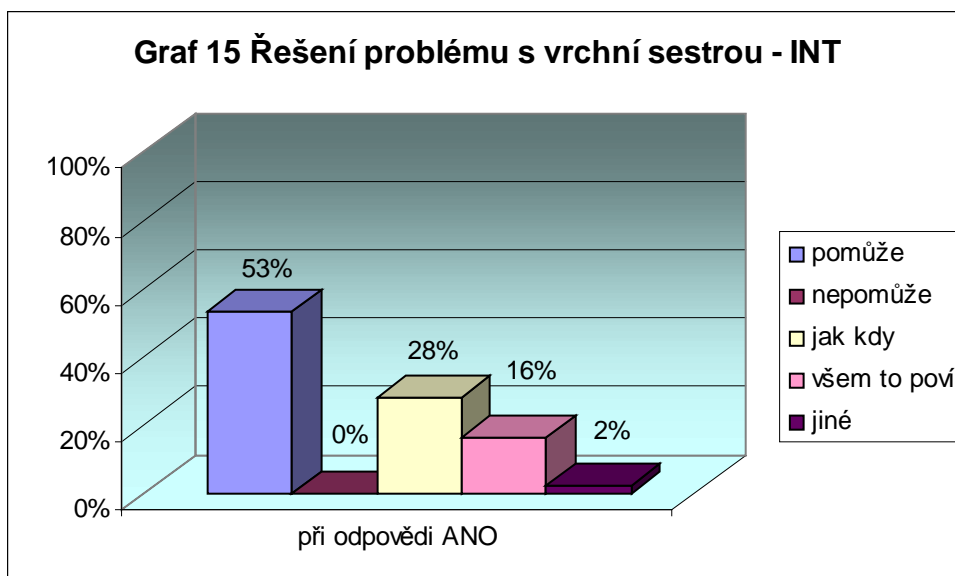
Graf číslo 12 znázorňuje situaci pokud, je problém, který je nutný řešit v chirurgických oborech, zda je možné řešit jej s vrchní sestrou. Odpovídalo 50 (100 %) sester. Neodpověděli 4 respondenti (8 %), neví 3 resp. (6 %), ano odpovědělo 43 respondentů (86 %).



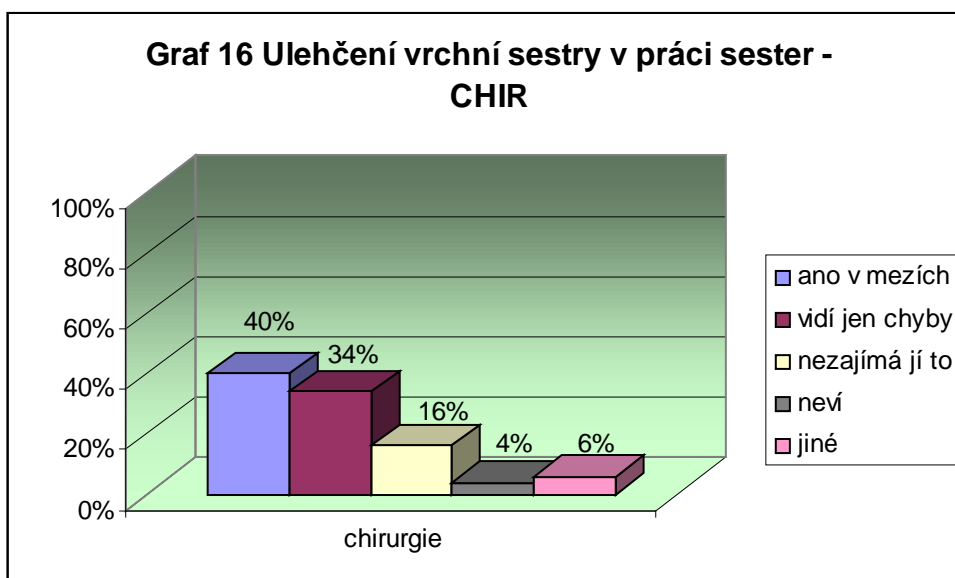
Ano odpovědělo 43 respondentů (100 %). Pocit, že vrchní sestra pomůže má 17 respondentů (40 %), že nepomůže 2 resp.(5 %), pomůže jak kdy 16 resp.(37 %), pomůže, ale všem to poví 6 resp.(14 %). Jinak odpověděli 2 respondenti (5 %), např.: „dle situace, není důvěra“.



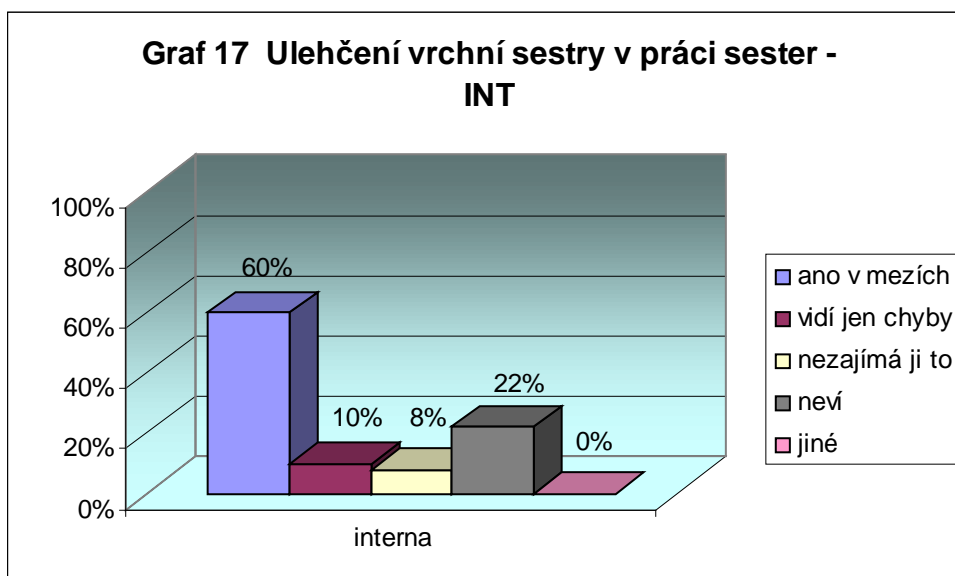
Graf číslo 14 znázorňuje, pokud je problém, který je nutný řešit v interních oborech, zda je možné řešit jej s vrchní sestrou. Odpovídalo 50 sester (100 %). Ne odpověděli 2 respondenti (4 %), neví 5 resp. (10 %), ano odpovědělo 43 respondentů (86 %).



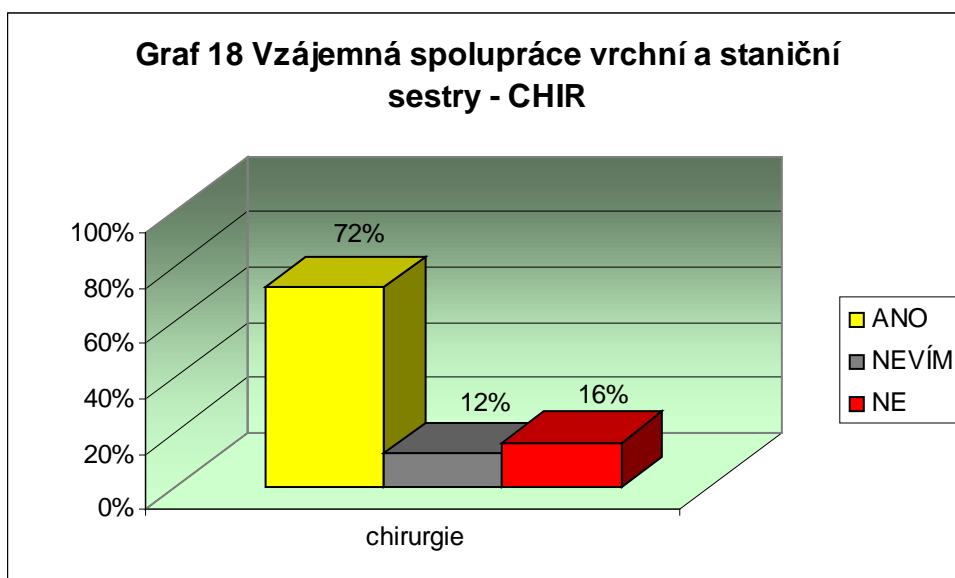
Ano odpovědělo 43 respondentů (100 %). Pocit, že vrchní sestra pomůže, má 23 respondentů (53 %), že nepomůže 0 resp. (0%), pomůže jak kdy 12 resp. (28 %), pomůže, ale všem to poví, 7 resp. (16 %). Jinak odpověděl 1 respondent (2 %), např.: „vysměje se a pomluví“.



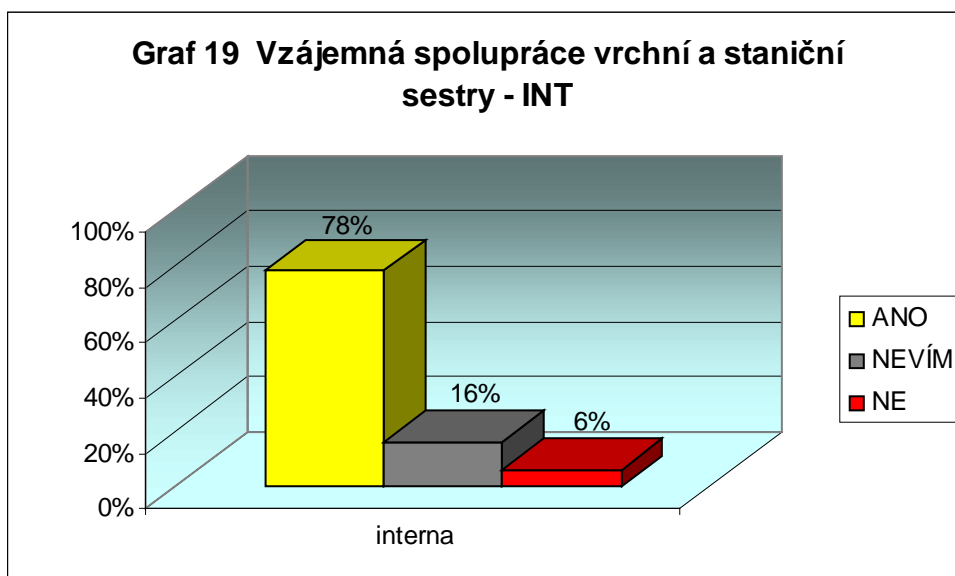
Ulehčení práce v mezích možnosti odpovědělo 20 resp. (40 %), ne, naopak vidí jen chyby 17 (34 %), 8 respondentů (16 %) má pocit, že to vrchní sestru nezajímá, neví 2 resp. (4 %). Jinou odpověď, jako občas nebo málokdy dali 3 respondenti (6 %).



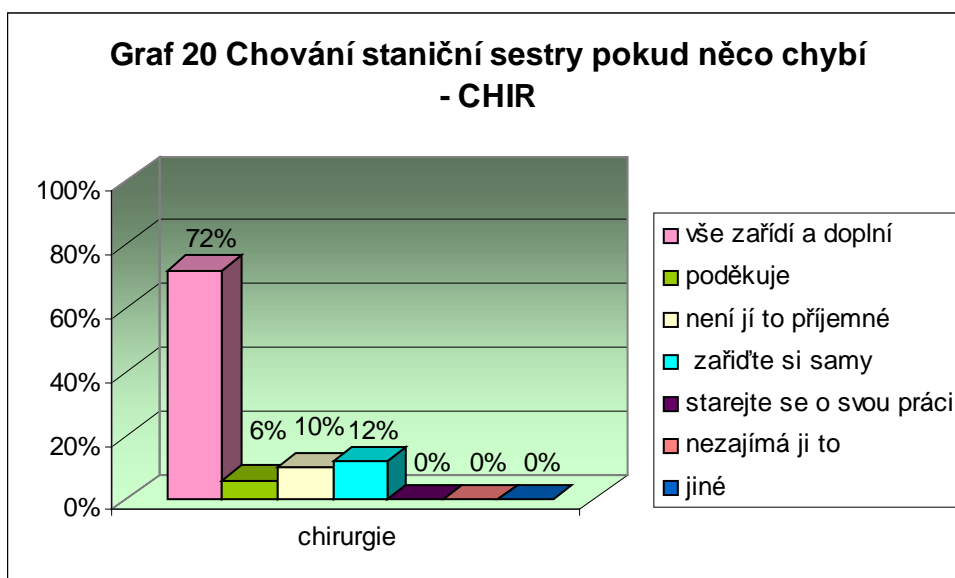
Ulehčení práce v mezích možnosti odpovědělo 30 sester (60 %), že vidí jen chyby 5 sester (10 %), nezajímá jí to 4 sestry (8 %), neví 11 sester (22 %) a jiné 0 sester (0%). Celkem 50 respondentů (100 %).



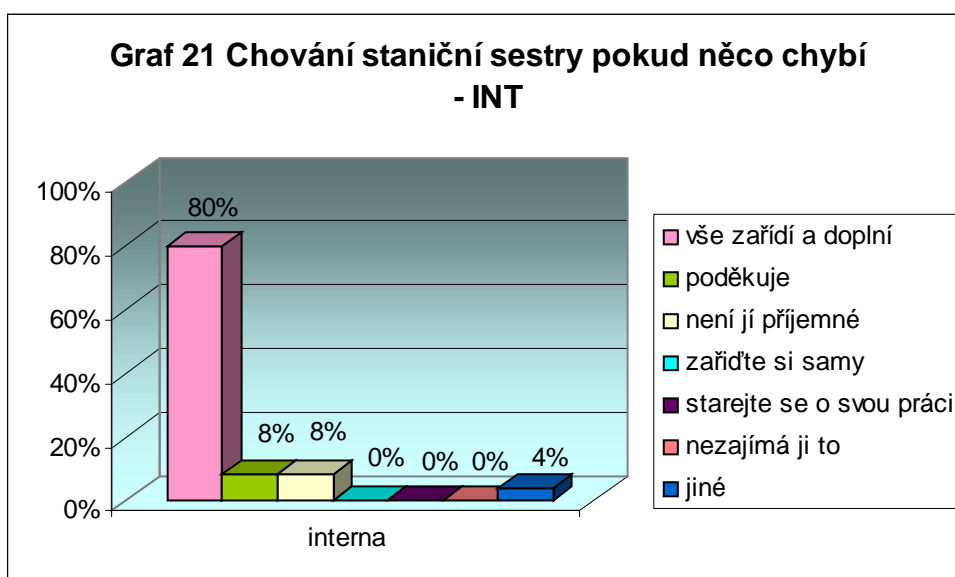
Vzájemnou spolupráci vrchní a staniční sestry odhaluje graf 18. Z 50 respondentů (100 %) odpovědělo ano 36 respondentů (72 %), nevím 6 respondentů (12 %), ne 8 respondentů (16 %).



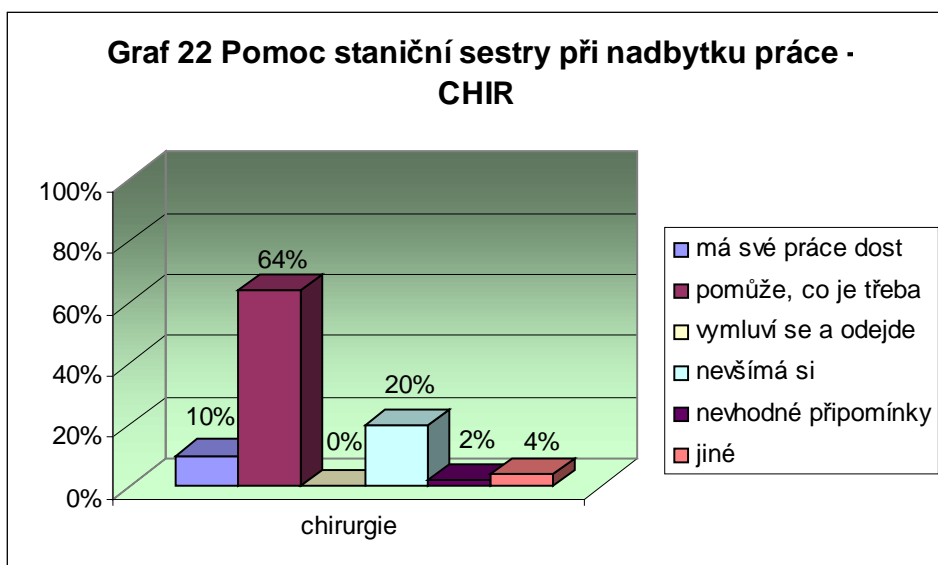
Vzájemnou spolupráci vrchní a staniční sestry ukazuje graf 19. Z 50 respondentů (100 %) odpovědělo ano 39 respondentů (78 %), nevím 8 respondentů (16 %), ne 3 respondenti (6 %).



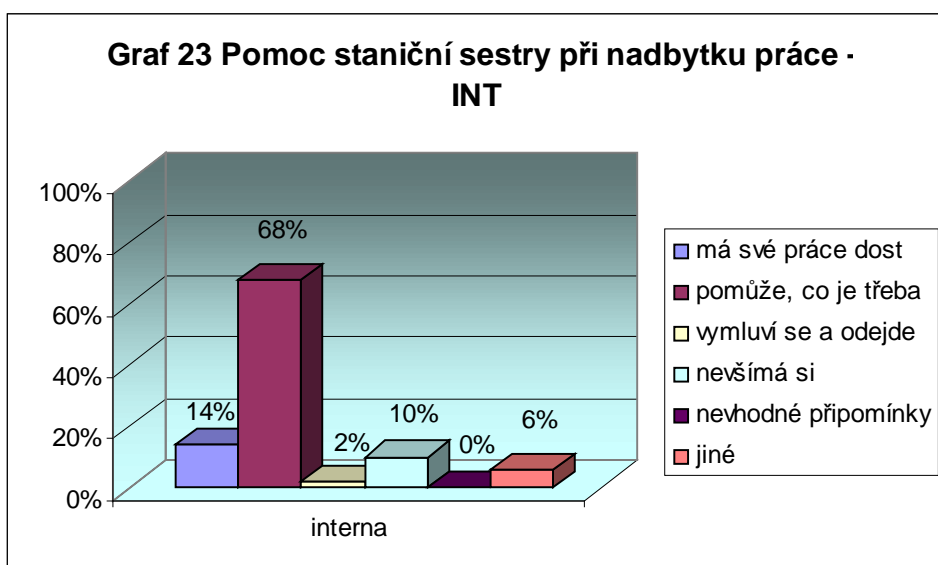
Na chirurgických odd. odpovědělo 36 sester (72 %), že staniční vše zařídí a doplní, poděkuje podle 3 sester (6 %), není jí to příjemné podle 5 sester (10 %), zařídí si to samy 6 sester (12 %). Žádné odpovědi nenaznačily, že se mají starat o svou práci (0 %), že ji to nezajímá (0 %) a jiné (0 %), z celku 50 sester (100 %).



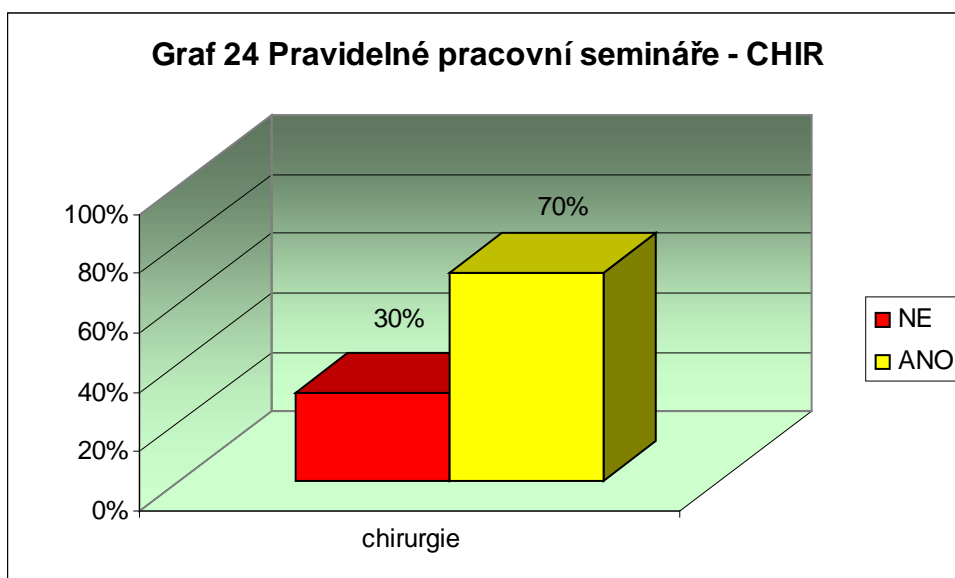
Na interních odd. staniční sestra vše zařídí podle 40 sester (80 %), poděkuje podle 4 sester (8 %) a není jí to příjemné dle 4 sester (8 %). Žádná odpověď v části zařídte si to samy (0 %), starejte se jen o svou práci (0 %), a že ji to nezajímá (0 %). Mezi jiné patří pokud nezapomene a dle nálady odpověděly 2 sestry (4 %), z celku 50 sester (100 %).



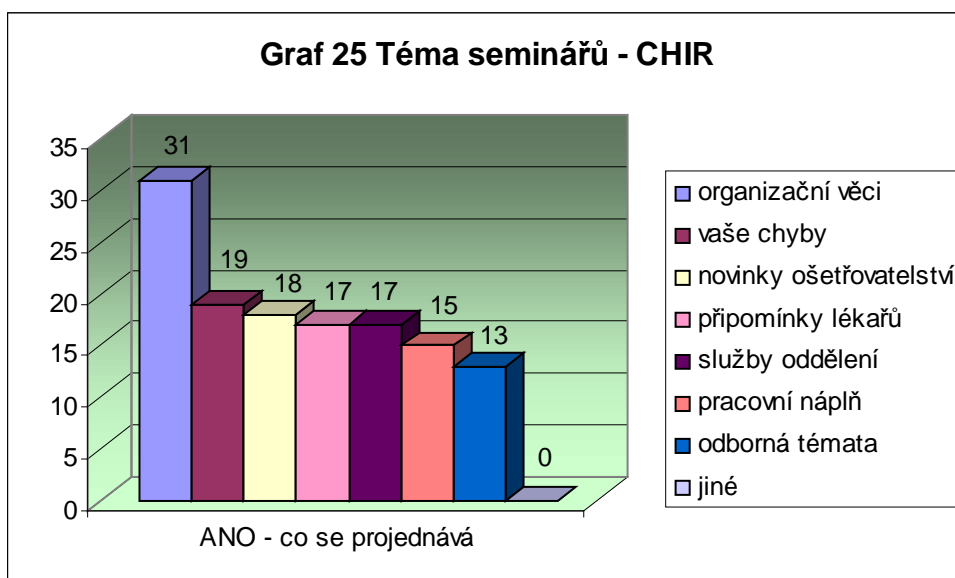
Z 50ti respondentů (100 %), 5 respondentů (10%) odpovědělo, že má staniční sestra své práce dost, 32 resp. (64%) pomůže s tím, co je třeba, vymluví se a odejde 0 resp. (0%), nevšímá si podle 10 resp. (20%), ještě má nevhodné připomínky dle 1 resp. (2%), jiné odpovědi 2 resp. (4%). Mezi jiné odpovědi patří zábava na internetu, dá si sama kávu.



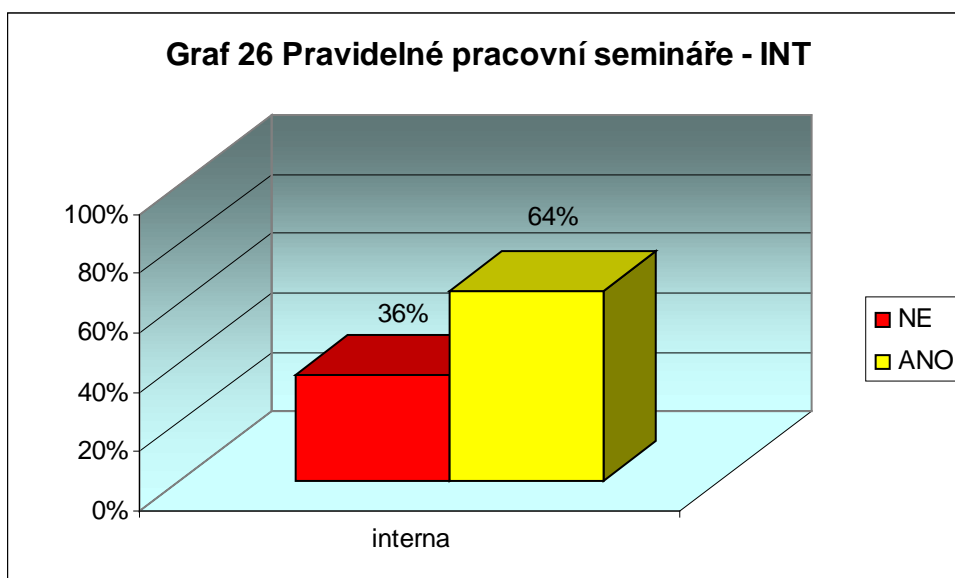
Z 50ti resp. (100%), odpovědělo 7 respondentů (14%), že má staniční sestra své práce dost, dle 34 resp. (68%) pomůže s tím, co je třeba, vymluví se a odejde dle 1 resp. (2%), nevšímá si podle 5 resp. (10%), ještě má nevhodné připomínky dle 0 resp. (0%), jiné odpovědi 3 resp. (6%). Mezi jiné patří, jak má náladu nebo naopak staniční do nepohody a dělá na 101%.



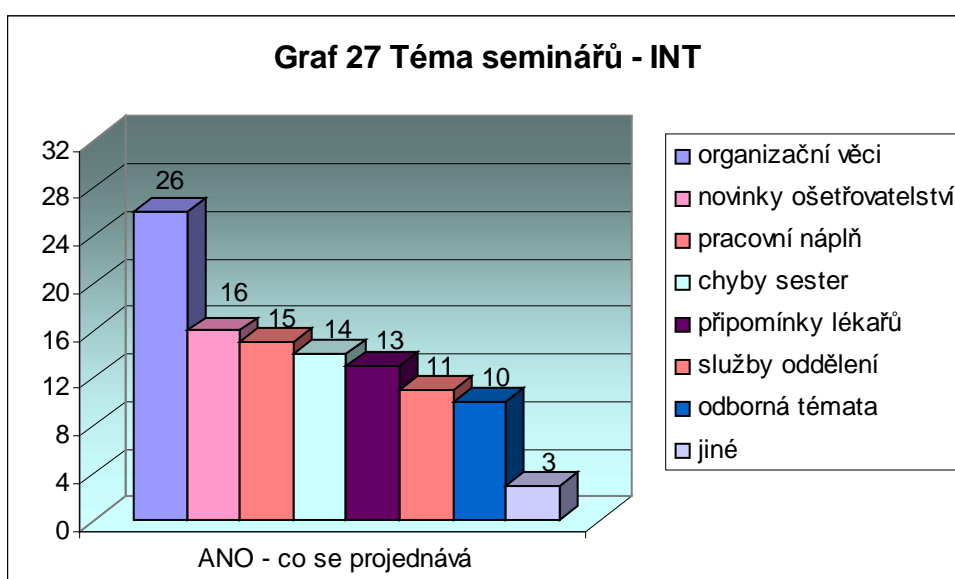
V chirurgických oborech, z 50 sester celkem (100 %), nemá pravidelné pracovní semináře 15 sester (30 %), má semináře 35 sester (70 %).



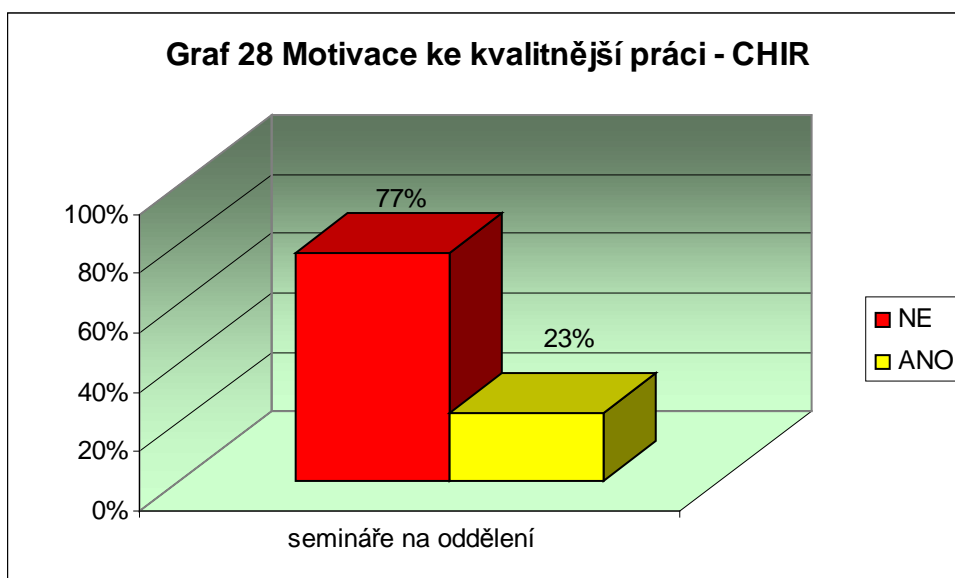
Jaká jsou témata seminářů odpovídalo 50 respondentů (100 %) z chirurgických oborů. Z možnosti více odpovědí bylo 31x organizační záležitosti, 19x chyby sester, 18x novinky v ošetrovatelství, 17x připomínky lékařů i služby sester na oddělení, 15x pracovní náplň sester, 13x odborná témata, 0x jiné.



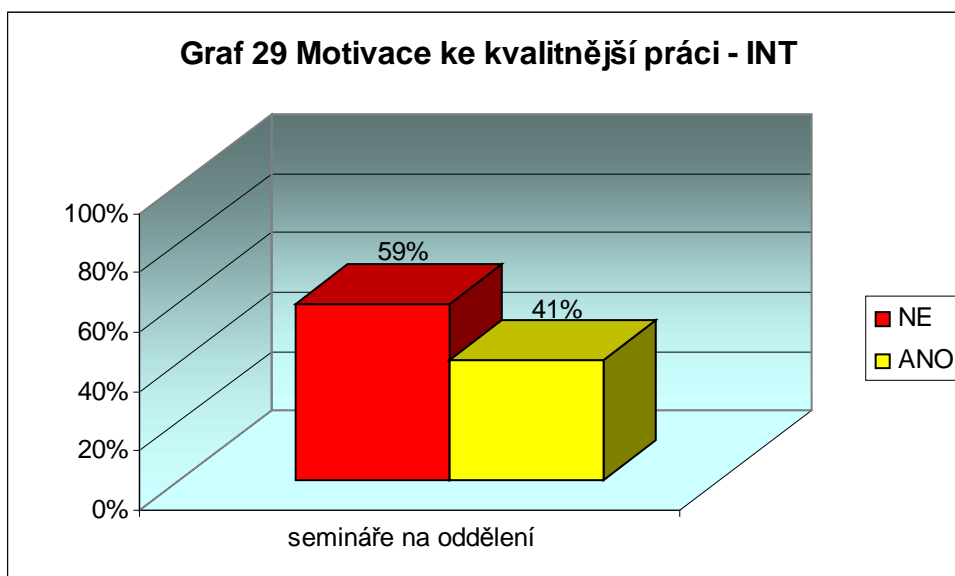
V interních oborech , z 50 sester celkem (100 %), nemá pravidelné pracovní semináře 18 sester (36 %), má semináře 32 sester (64 %).



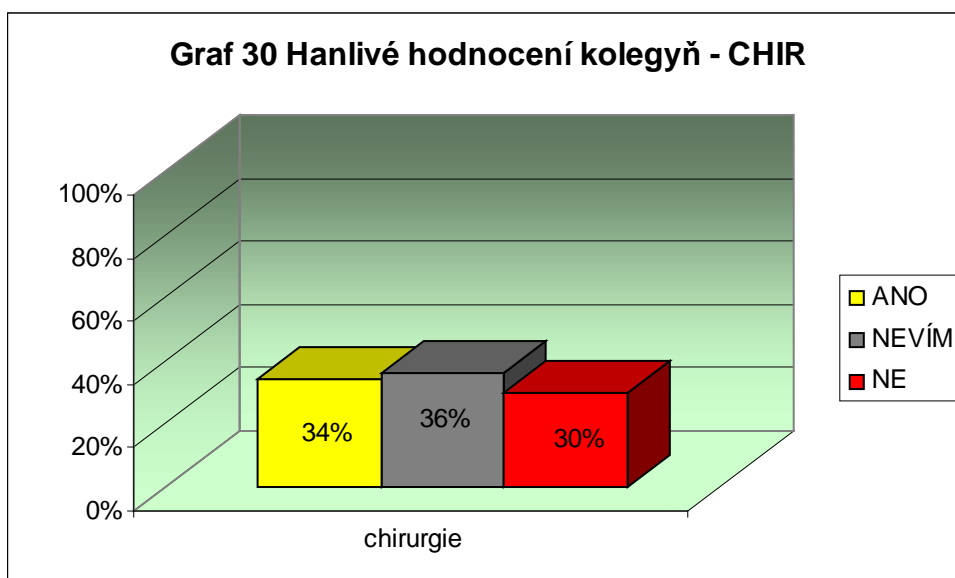
Jaká jsou témata seminářů odpovídalo 50 respondentů (100 %) z interních oborů. Bylo označeno 26x organizační věci, 16x novinky v ošetřovatelství, 15x pracovní náplň sester, 14x chyby sester, 13x připomínky lékařů, 11x služby na daném oddělení, 10x odborná témata. 3krát jiné, např. mimořádná opatření, události, prevence.



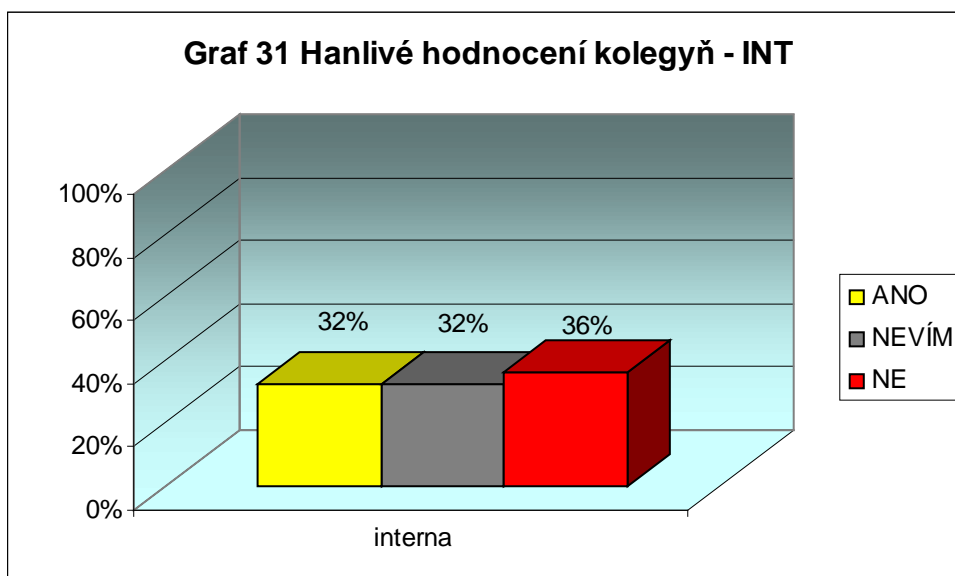
Zda motivují pracovní semináře sestry na chirurgických odd., ukazuje graf číslo 28. Odpovídalo 35 všeobecných sester (100 %) z chirurgických oddělení. Více než polovina, 27 sester (77 %), odpověděla ne, 8 sester (23 %) odpovědělo ano.



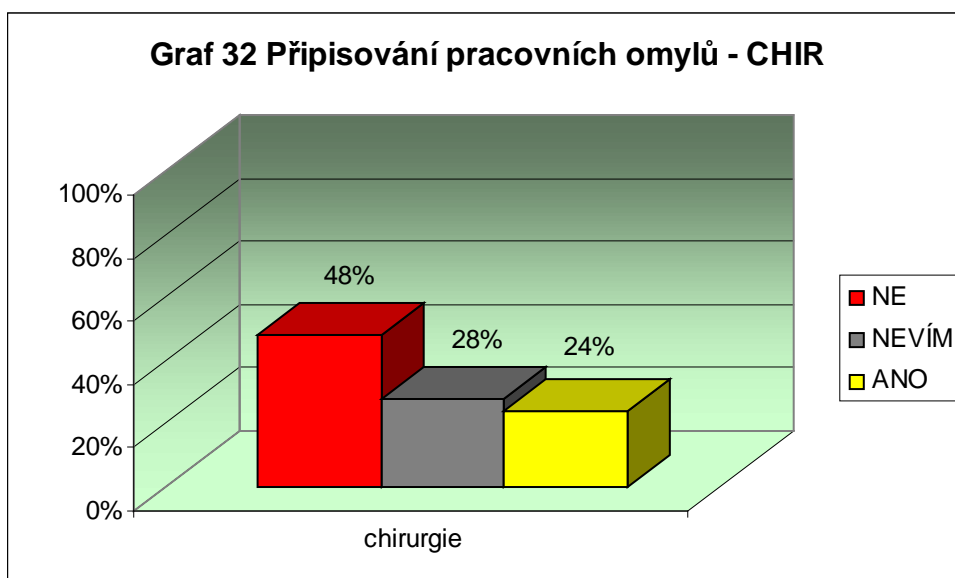
Zda motivují pracovní semináře sestry na interních odd., ukazuje graf číslo 29. Odpovídalo 32 všeobecných sester (100 %) z interních oddělení. Více než polovina, 19 sester (59 %), odpověděla ne, 13 sester (41 %) odpovědělo ano.



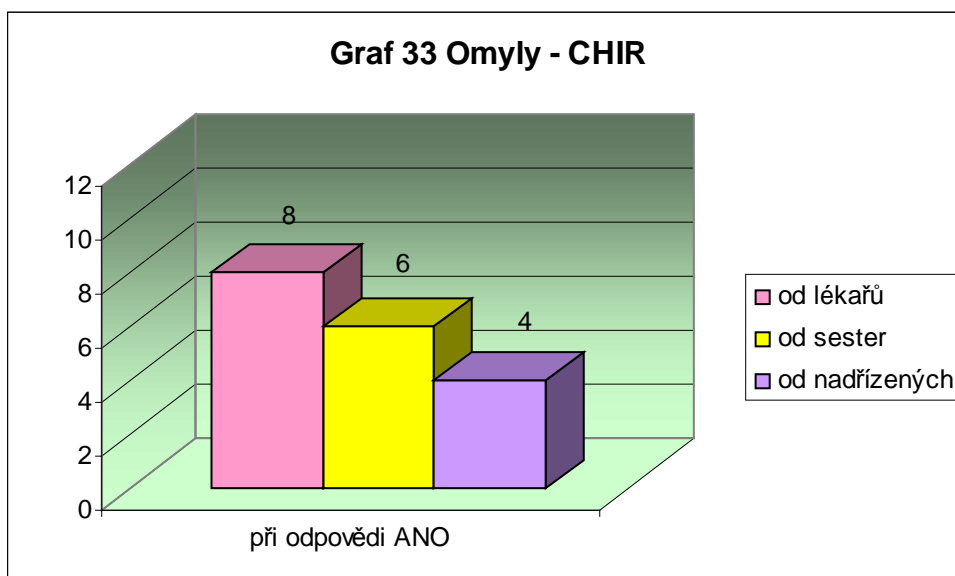
Graf 30 objasňuje, jestli se vyjadřují kolegyně o práci jiných sester hanlivě. Ano odpovědělo 17 sester (34 %), neví 18 sester (36 %), ne odpovědělo 15 sester (30 %), z chirurgických oborů, z celku 50 sester (100 %).



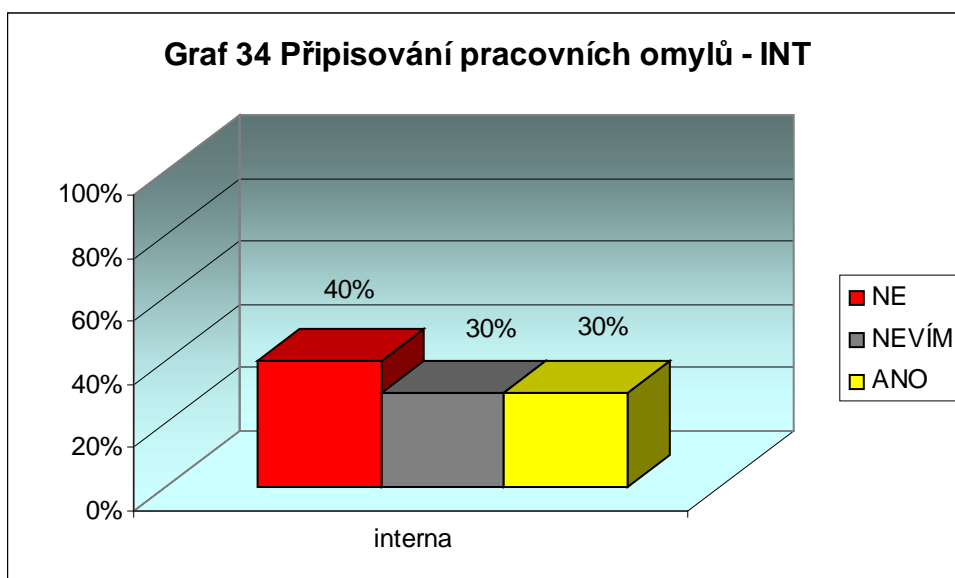
Graf 31 objasňuje, jestli se vyjadřují kolegyně o práci jiných sester hanlivě. Ano odpovědělo 16 sester (32 %), neví 16 sester (32 %), ne odpovědělo 18 sester (36 %), z interních oborů, z celku 50 sester (100 %).



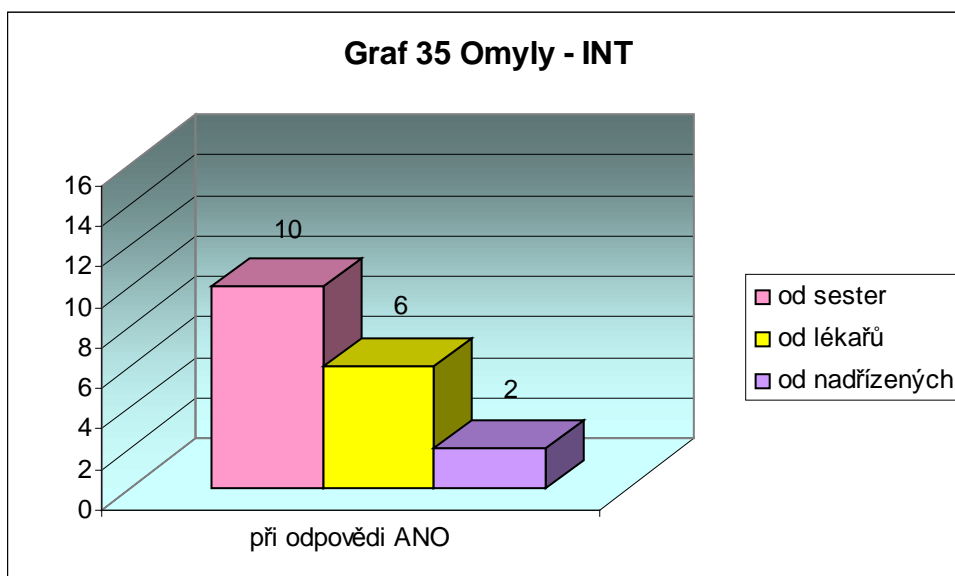
Připisování pracovních omylů od kolegyň v chirurgických oborech, nepocítuje 24 sester (48 %), neví 14 sester (28 %) a pocítuje 12 sester (24 %). Z celkového počtu respondentů 50 (100 %).



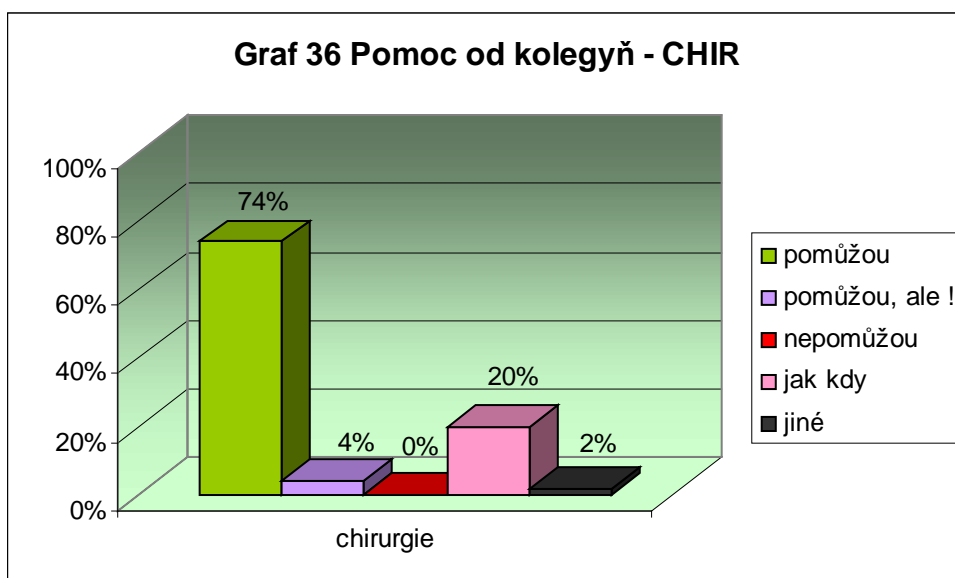
Graf 33 ukazuje na situaci, kdo přisuzuje chyby sestrám. Dle předchozího grafu odpovídá 12 sester, pokud odpovědělo na předchozí otázku ano. Nejvíce je to od lékařů 8x, pak od dalších sester 6x a nejméně od nadřízených 4x.



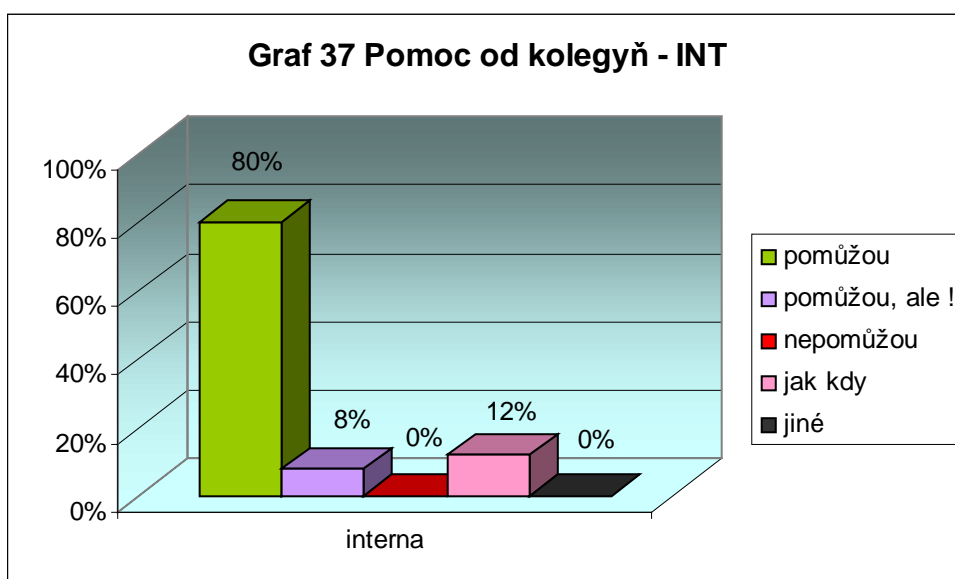
Připisování pracovních omylů od kolegyně v interních oborech. Nepocítuje 20 sester (40 %), neví 15 sester (30 %) a pocítuje 15 sester (30 %). Z celkového počtu respondentů 50 (100 %).



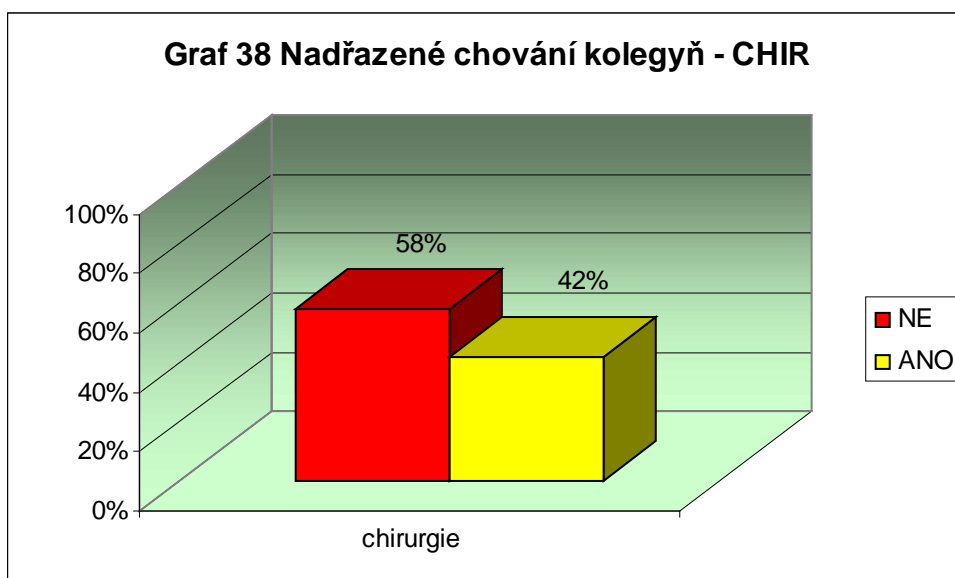
Graf 35 ukazuje na situaci, kdo přisuzuje chyby sestrám. Dle předchozího grafu, při odpovědi ano, odpovídá 15 sester. Nejvíce je to od jiných sester 10x, pak od lékařů 6x a nejméně od nadřízených 2x.



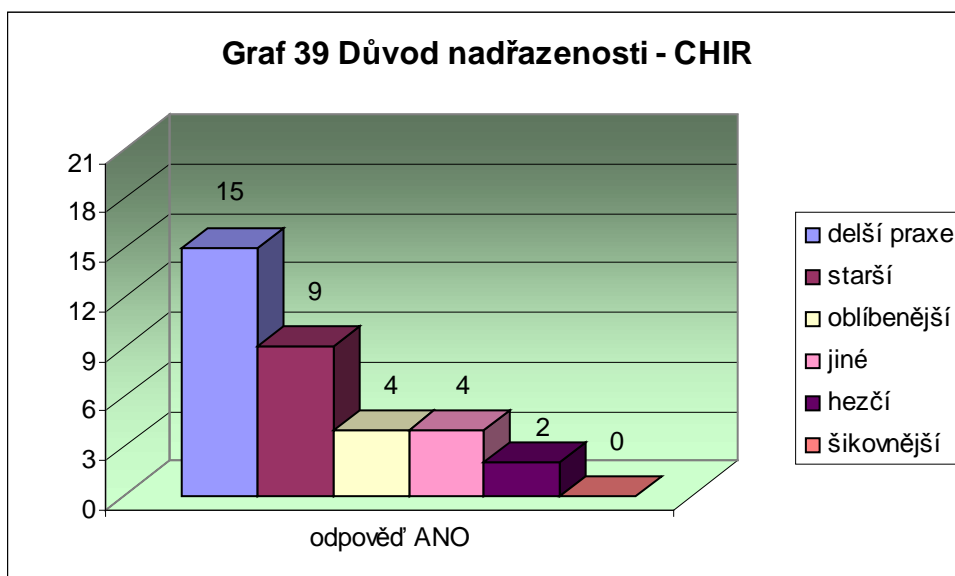
Jak funguje vzájemná pomoc mezi sestrami ukazuje graf 36. Vzájemná pomoc je podle 37 sester (74 %), pomoc s negativním přístupem dle 2 sester (4 %), že si nepomůžou ani jednou 0 (0 %). Pomůžou si jak kdy podle 10 sester (20 %). Jiné situace 1 sestra (2 %), a to odpověď jak která sestra, z celku 50 sester (100 %).



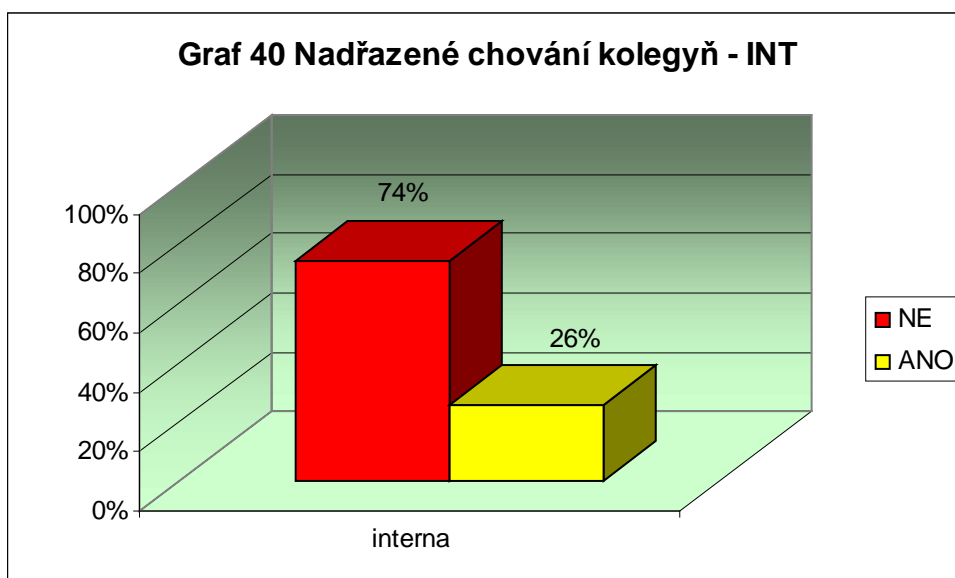
Jak funguje vzájemná pomoc mezi sestrami, ukazuje graf 37. Vzájemná pomoc je podle 40 sester (80 %), pomoc s negativním přístupem dle 4 sester (8 %), že si nepomůžou 0 (0 %). Pomůžou si jak kdy podle 6 sester (12 %) a jiné situace 0 (0 %), z celku 50 sester (100 %).



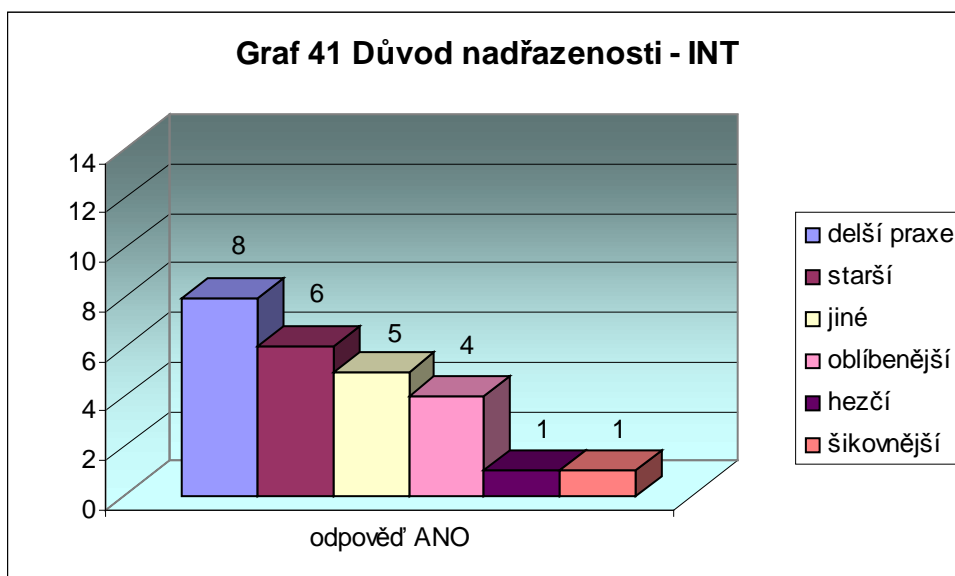
Na nadřazené chování kolegyň odpovídalo 50 respondentů z chirurgických oborů (100 %). Nadřazené chování kolegyň na oddělení nepocítuje 29 sester (58 %), pocítuje 21 sester (42 %).



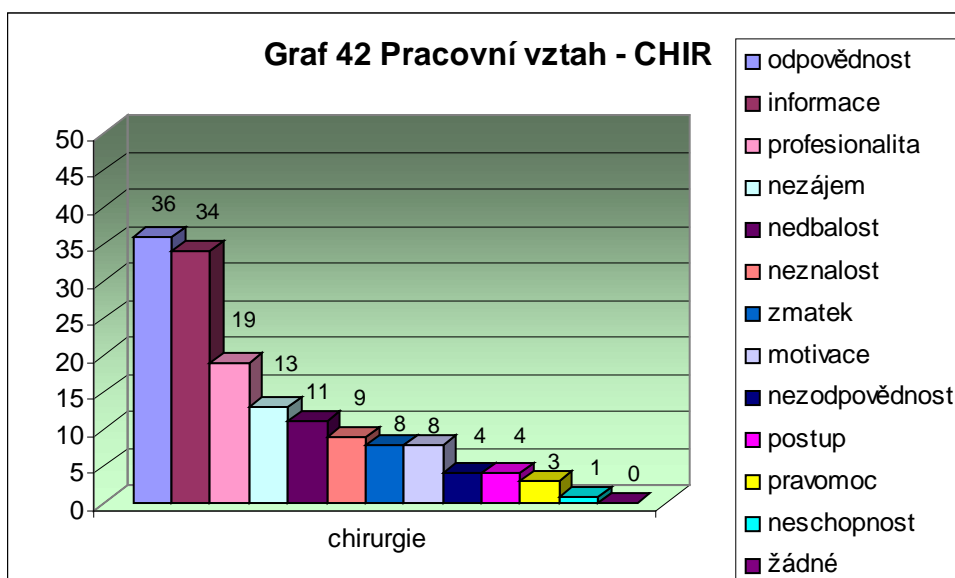
Důvod nadřazenosti ostatních sester ukazuje graf 39. Odpovídalo 21 sester s možností více odpovědí. Kvůli delší praxi 15x, protože je starší 9x. Oblíbenost a jiné důvody 4x, hezčí 2x, šikovnější ani jednou. Mezi jiné patří, že je vzdělanější, arogantnější, chytřejší nebo závidí.



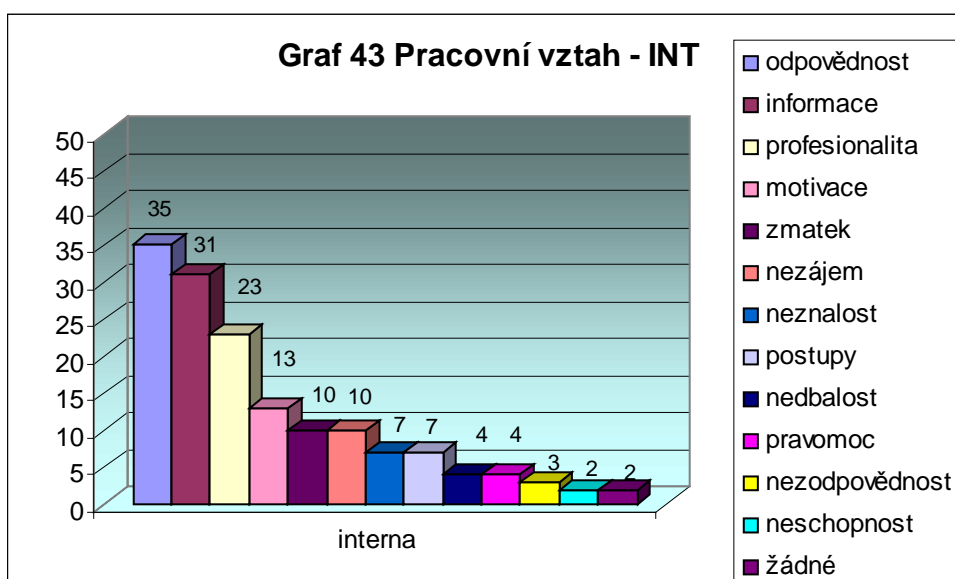
Na nadřazené chování kolegyň odpovídalo 50 respondentů z interních oborů (100 %). Nadřazené chování kolegyň na oddělení nepocítuje 37 sester (74 %), pocítuje 13 sester (26 %).



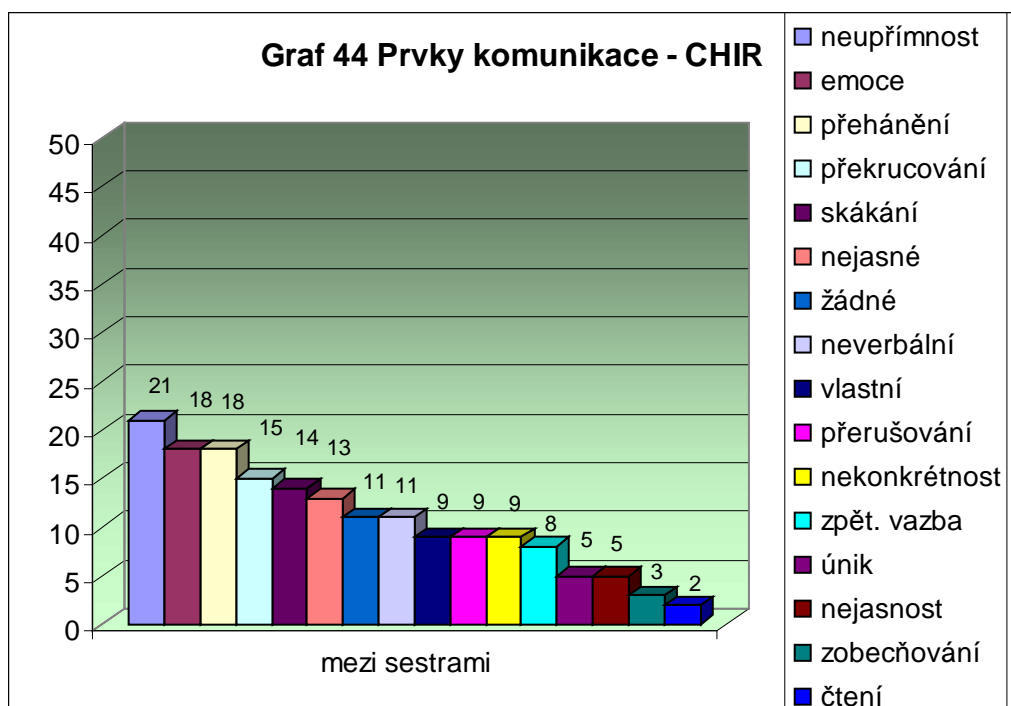
Důvod nadřazenosti ostatních sester ukazuje graf 41. Odpovídalo 13 sester s možností více odpovědí. Kvůli delší praxi 8x, protože je starší 6x. Jiné 5x, oblíbenější 4x, hezčí a šikovnější 1x. Mezi jiné patří, že je sebevědomější, donáščí, závidí, má titul, má antipatie, je rychlejší, pružnější, mladší.



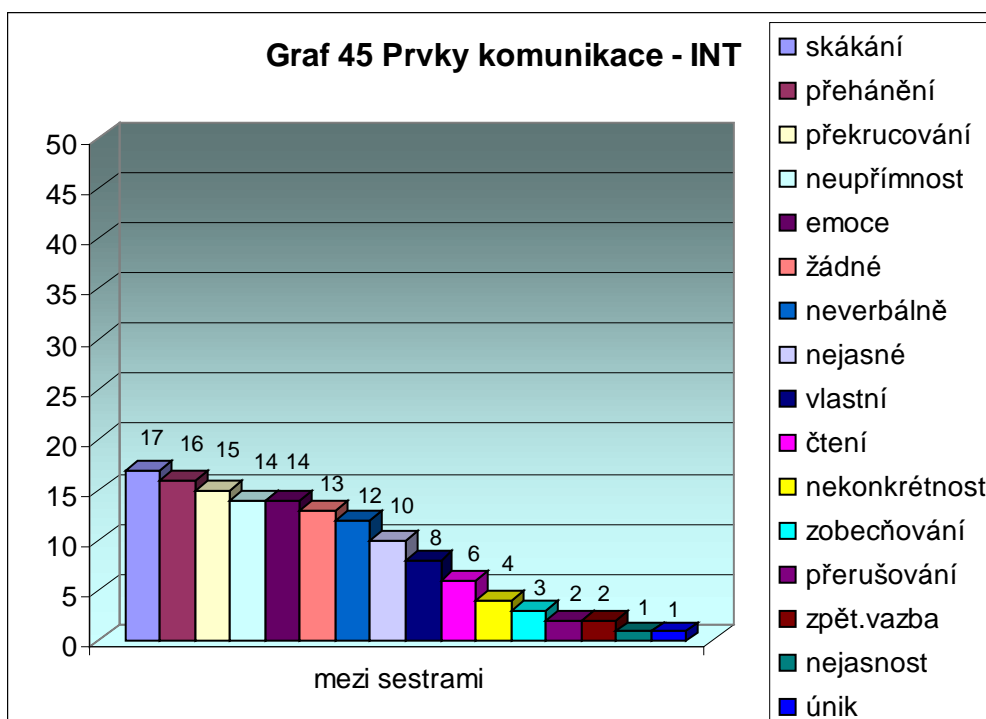
Graf 42 znázorňuje situaci pracovních vztahů na chirurgických oddělení. Odpovídalo 50 sester s možností více odpovědí. Odpovědnost 36x, předání informací 34x, profesionalita 19x, nezájem 13x, nedbalost 11x, neznalost 9x, zmatek 8x, motivace 8x, nezodpovědnost 4x, postupný postup 4x, pravomoc 3x, neschopnost 1krát, žádné 0.



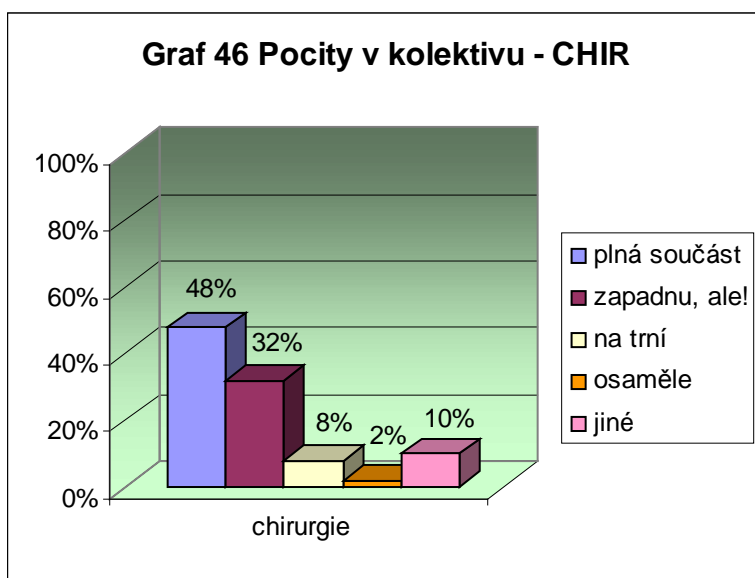
Graf 43 znázorňuje situaci pracovních vztahů na interních oddělení. Odpovídalo 50 sester s možností více odpovědí. Odpovědnost 35x, informace 31x, profesionalita 23x, motivace 13x, zmatek 10x, nezájem 10x, neznalost 7x, postupný postup 7x, nedbalost 4x, pravomoc 4x, nezodpovědnost 3x, neschopnost 2x, žádné z uvedených 2x.



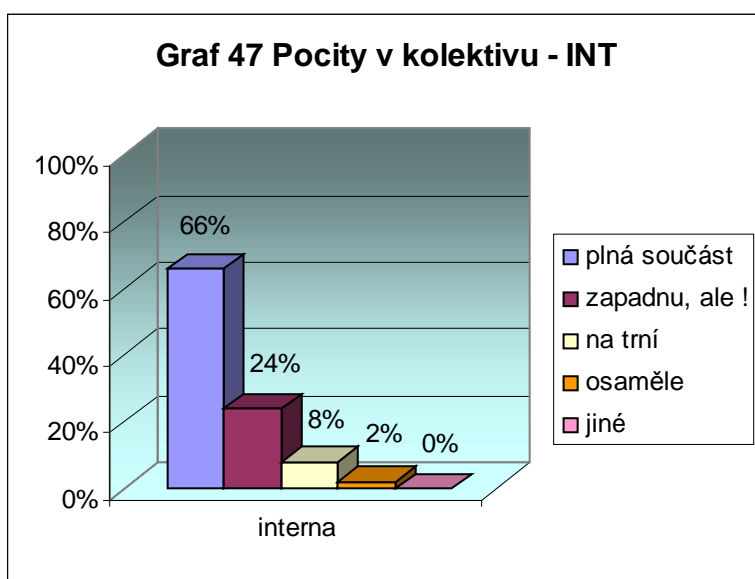
Graf 44 ukazuje prvky komunikace mezi sestrami. Odpovídalo 50 sester z chirurgického oddělení. Bylo možné vybrat více odpovědí. Neupřímnost byla označena 21x, přehnaná emoční reakce 18x, přehánění 18x, překrucování 15x, „skákání“ do řeči 14x, nejasné sdělení 13x, žádné z možností 11x, neverbální projevy 11x, vložení vlastního významu 9x, přerušování 9x, nekonkrétnost 9x, chybí zpětná vazba 8x, únik od tématu 5x, nejasnost 5x, nadměrné zobecňování 3x, „čtení“ myšlenek 2x.



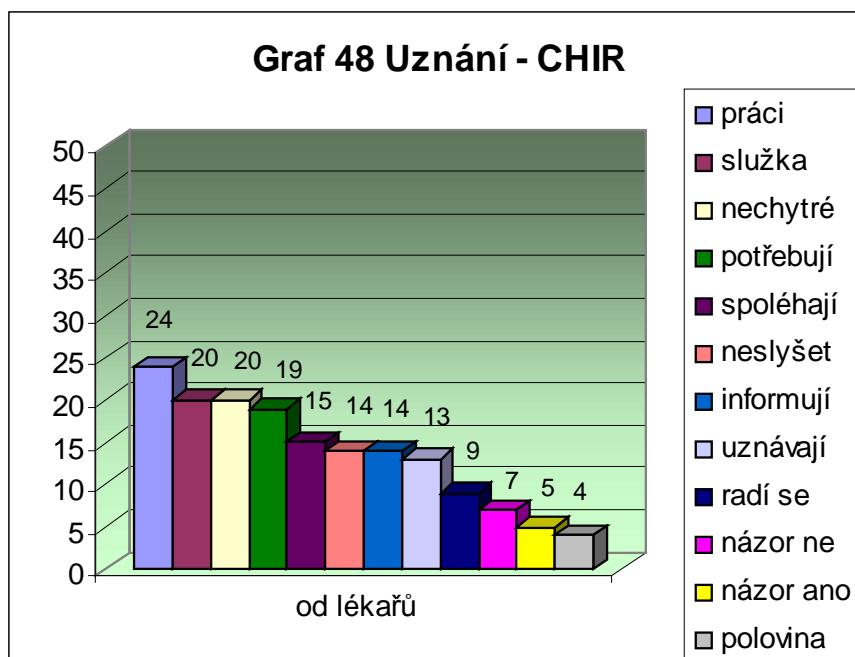
Graf 45 ukazuje prvky komunikace mezi sestrami. Odpovídalo 50 sester z interních oddělení. Bylo možné vybrat více odpovědí. „Skákání“ do řeči bylo označeno 17x, přehánění 16x, překrucování 15x, neupřímnost 14x, přehnaná emoční reakce 14x, žádné z uvedených 13x, neverbální projevy 12x, nejasné sdělení 10x, vložení vlastního významu 8x, „čtení“ myšlenek 6x, nekonkrétnost 4x, zobecňování 3x, přerušování 2x, není zpětná vazba 2x, nejasnost 1x, únik od tématu 1x.



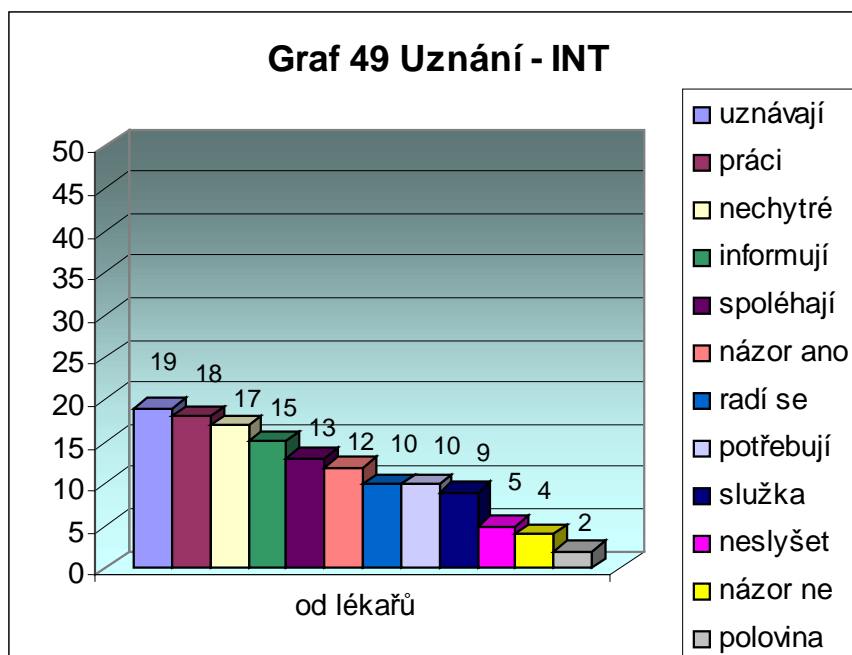
Z 50 resp. (100 %) odpovědělo, že se cítí plnou součástí v kolektivu 24 sester (48 %). 16 sester (32 %) zapadne, ale není to ideální, 4 sestry (8 %) jsou jako na trní, 1 sestra (2 %) se cítí osaměle. 5 sester (10 %) uvedlo jinou odpověď, např. jak kdy, některé kolegyně mě dusí, jako nová to nemám jednoduché.



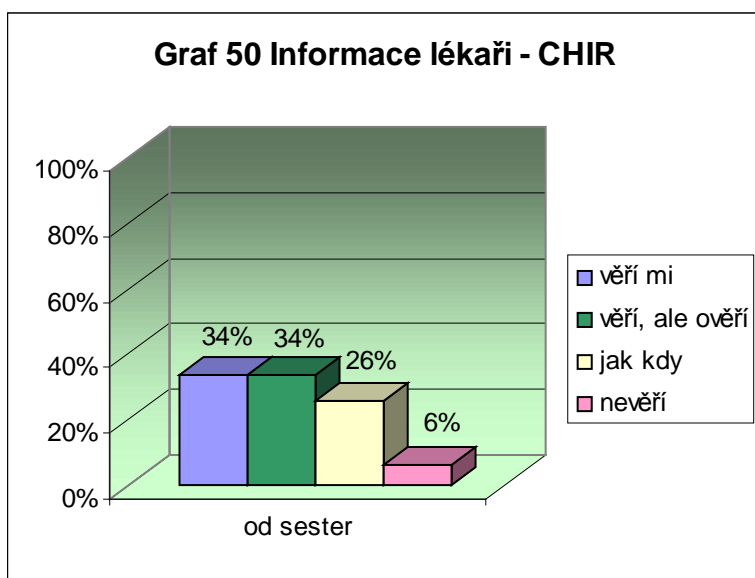
Z 50 resp. (100 %) odpovědělo, že se cítí plnou součástí v kolektivu 33 sester (66 %). 12 sester (24 %) zapadne, ale není to ideální, 4 sestry (8 %) jsou jako na trní, 1 sestra (2 %) se cítí osaměle. Jinou odpověď ne zvolila žádná sestra (0 %).



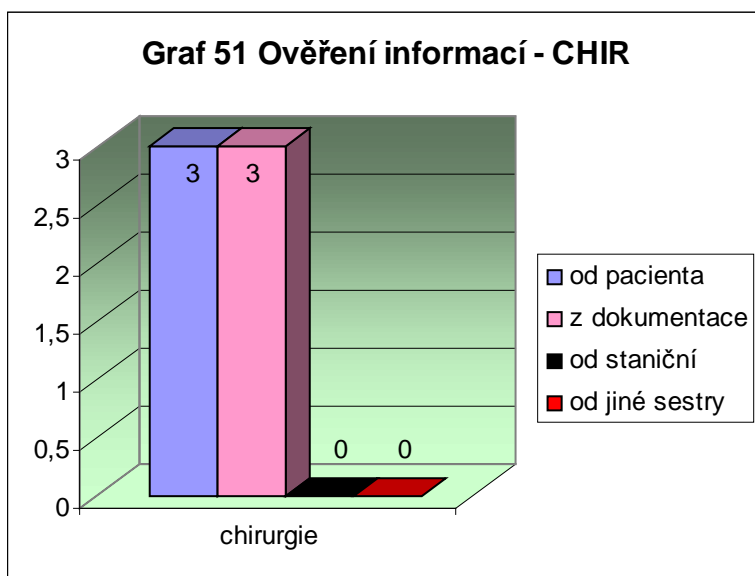
Na uznání v kolektivu odpovídalo 50 sester (100 %), s možností více odpovědí. Nejčastěji byla odpověď, že lékaři předávají na sestry práci, kterou nechtějí dělat, a to 24x. Sestry jsou služby 20x, nepovažují sestry za chytré 20x, jsou dobré, jen když něco potřebují 19x, spoléhají na sestru 15x, nechtějí slyšet připomínky 14x. Informují sestru o stavu pacienta 14x, uznávají sesterskou práci 13x, radí se se sestrou 9x, neberou názor sestry na zřetel 7x, ptají se na její názor 5x. A v poslední řadě, že je setra jejich „polovinou“ 4x.



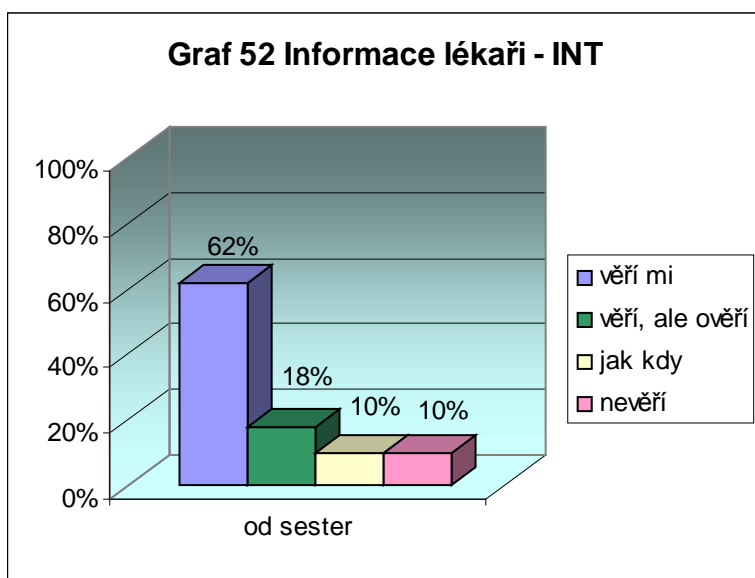
Na uznání v kolektivu odpovídalo 50 sester (100 %), s možností více odpovědí. Nejčastěji byla odpověď, že lékaři uznávají sesterskou práci, a to 19x. Předávají na sestry práci, kterou nechtějí dělat 18x. Nepovažují sestry za chytré 17x, informují sestru o stavu pacienta 15x, spoléhají na sestru 13x, ptají se na její názor 12x. Radí se se sestrou 10x, jsou jim dobré, jen když něco potřebují 10x, jsou pro ně služby 9x, nechtějí slyšet žádné připomínky 5x. Neberou názor sestry na zřetel 4x a v poslední řadě, že je sestra jejich „polovinou“ 2x.



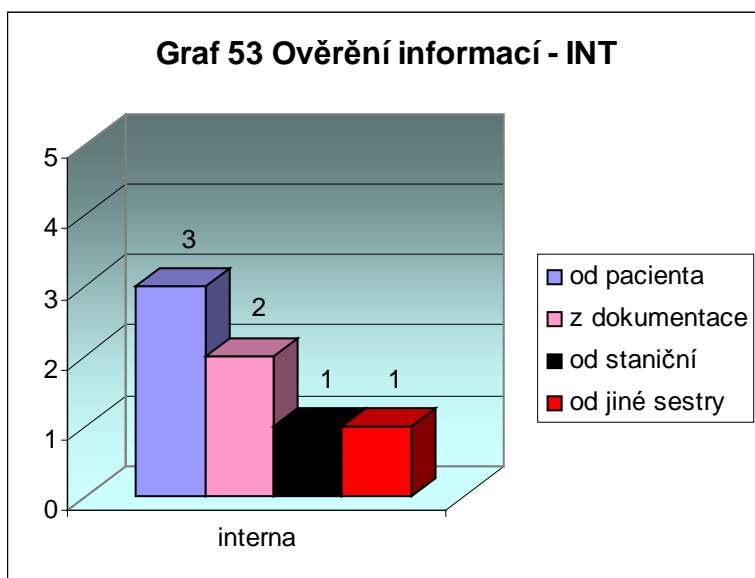
Z celkového počtu 50 sester (100 %) 17 sester (34 %) odpovědělo, že jim lékař věří. 17 sester (34 %), že jim důvěřuje, ale raději si to ověří. 13 sester (26 %) odpovídalo jak kdy a 3 sestry (6 %) mají pocit, že jim nevěří.



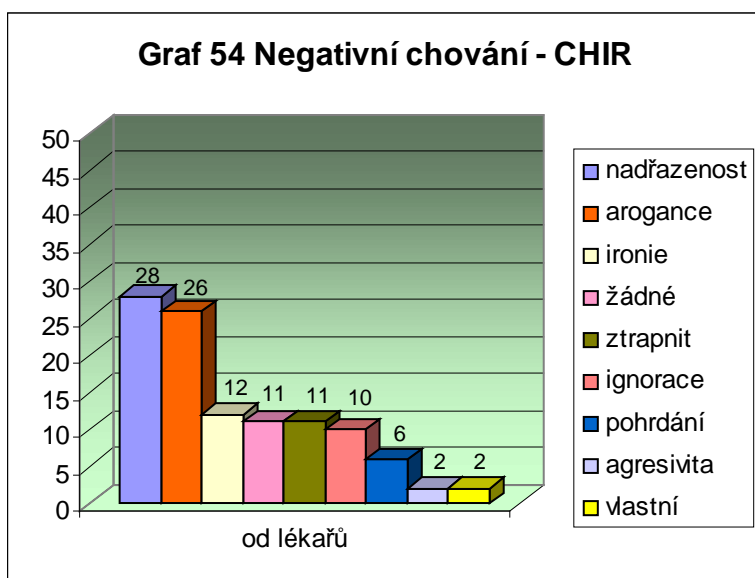
Dle předchozí otázky na graf 51 odpovídaly 3 sestry s možností více odpovědí. 3x bylo zodpovězeno, že si ověří informace od pacienta, 3x z dokumentace. Ani jednou od staniční sestry nebo od jiné sestry.



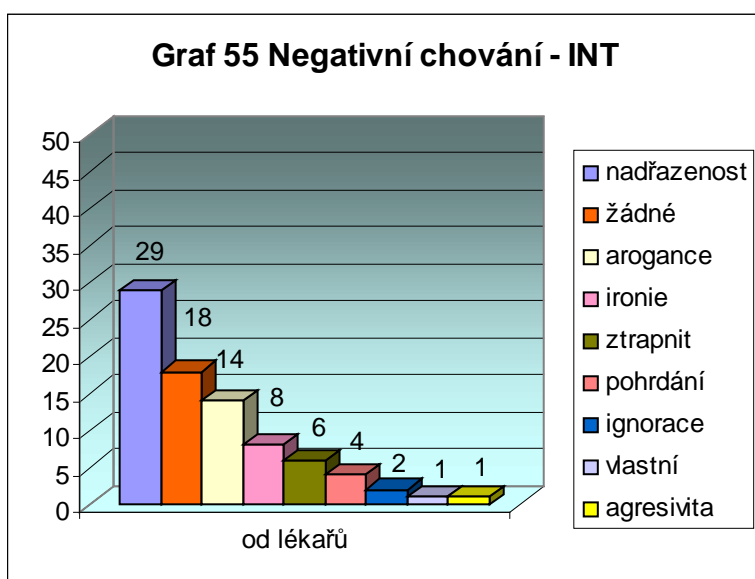
Z celkového počtu 50 sester (100 %) 31 sester (62 %) odpovědělo, že jim lékař věří. 9 sester (18 %), že jim lékař důvěřuje, ale raději si to ověří. 5 sester (10 %) odpovídalo jak kdy a 5 sester (10 %) má pocit, že jim nevěří.



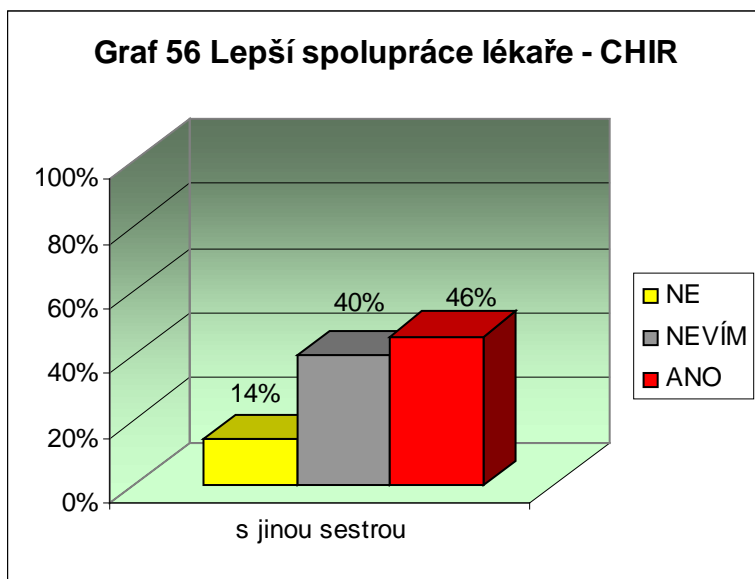
Dle předchozí otázky na graf 53 odpovídaly 3 sestry s možností více odpovědí. 3x bylo zodpovězeno, že si ověří informace od pacienta, 2x z dokumentace. 1x od staniční sestry nebo od jiné sestry.



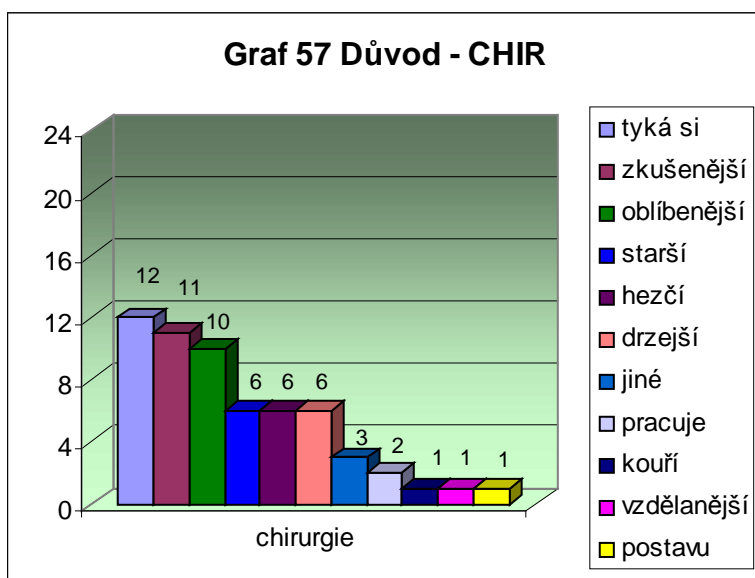
Negativní chování lékařů plyne nejvíce z nadřazenosti 28x, z arogance 26x, z ironie 12x. 11 sester ne zvolilo žádnou odpověď. Chuť sestru ztrapnit 11x, ignorace 10x, pohrdání 6x, agresivita 2x. Vlastní názor 2x, např. ne všichni, individuálně. Celkem 50 respondentů.



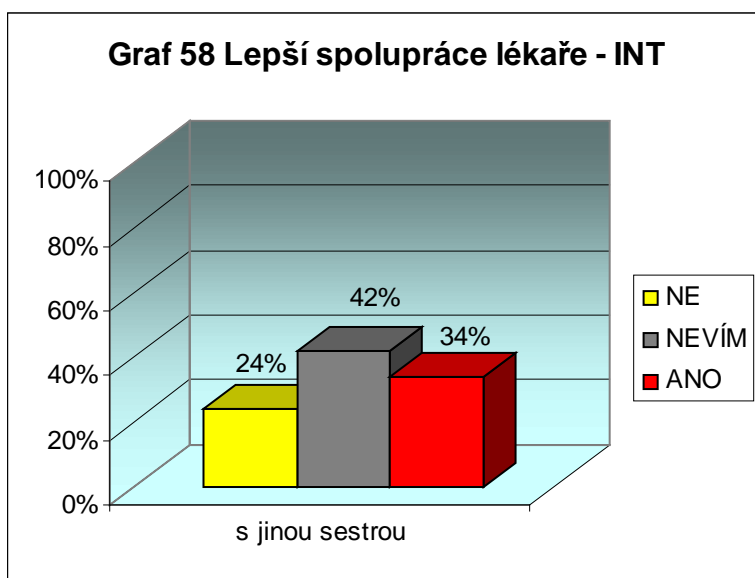
Negativní chování lékařů plyne nejvíce z nadřazenosti 29x. 18 sester ne zvolilo žádnou odpověď. Arogance 14x, ironie 8x, chuť sestru ztrapnit 6x, pohrdání 4x, ignorace 2x, agresivita 1x. Vlastní názor 1x, např. neúcta. Celkem 50 respondentů.



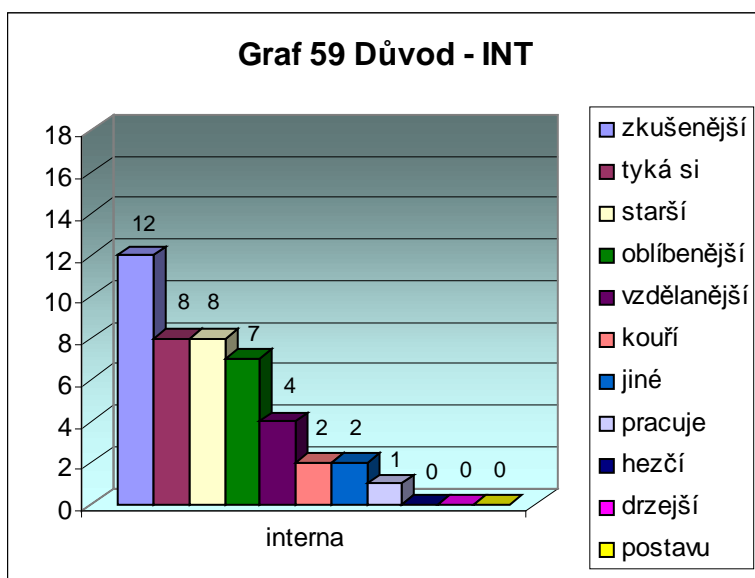
Lepší spolupráce lékaře s jinou sestrou není podle 7 resp. (14 %), neví 20 resp. (40 %).
 Odpověď ano zvolilo 23 resp. (46 %), z celku 50 respondentů (100 %).



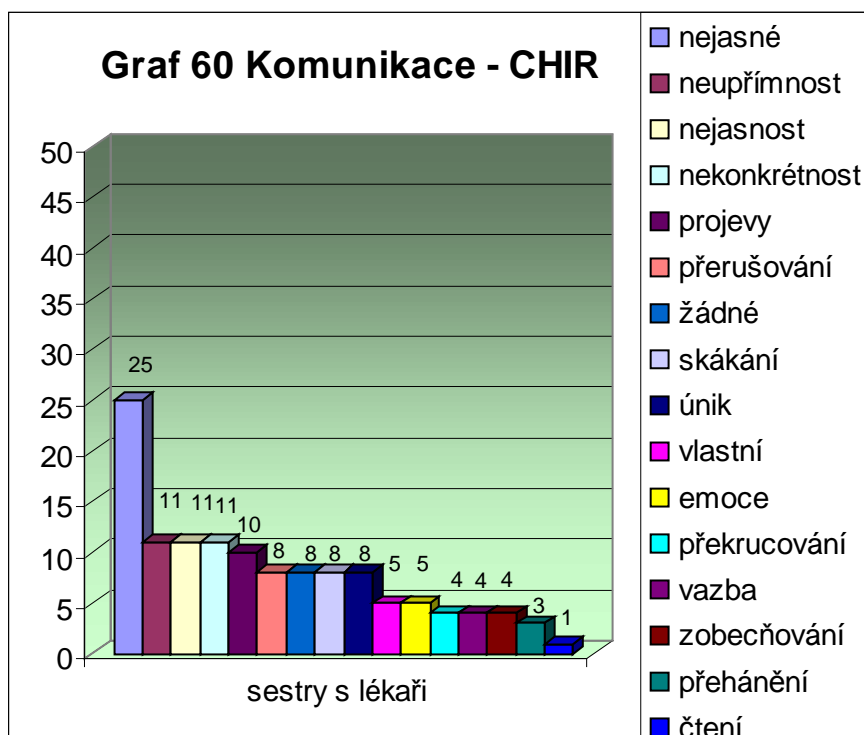
Důvodem lepší spolupráce sestry s lékařem je tykání 12x, je zkušenější 11x, je oblíbenější 10x, je starší 6x, je hezčí 6x, je drzejší 6x, jiné 3x, lépe pracuje 2x, kouří 1x, je vzdělanější 1x, má lepší postavu 1x. Mezi jiné patří skupinová péče o pac., lépe komunikuje, dle nálady lékaře.



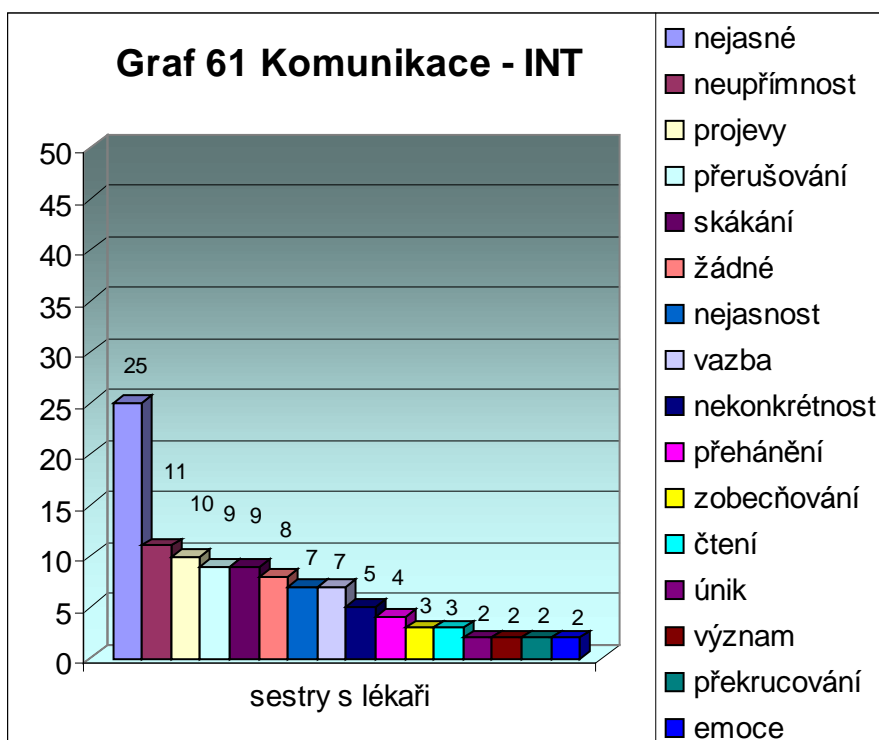
Lepší spolupráce lékaře s jinou sestrou není podle 12 resp. (24 %), neví 21 resp. (42 %).
 Odpověď ano zvolilo 17 resp. (34 %), z celku 50 resp. (100 %).



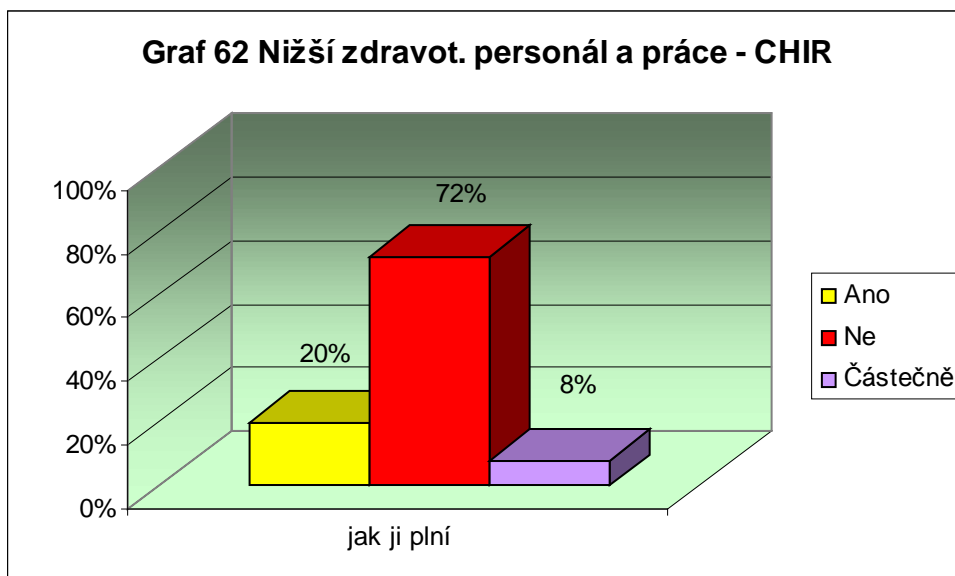
Důvodem lepší spolupráce sestry s lékařem je, že je zkušenější 12x, tyká si s ním 8x, je starší 8x, je oblíbenější 7x, je vzdělanější 4x, kouří 2x, jiné 2x, lépe pracuje 1x. Ani jedna odpověď, že je hezčí, drzejší, má lepší postavu. Mezi jiné patří, že je to staniční sestra, déle ji zná.



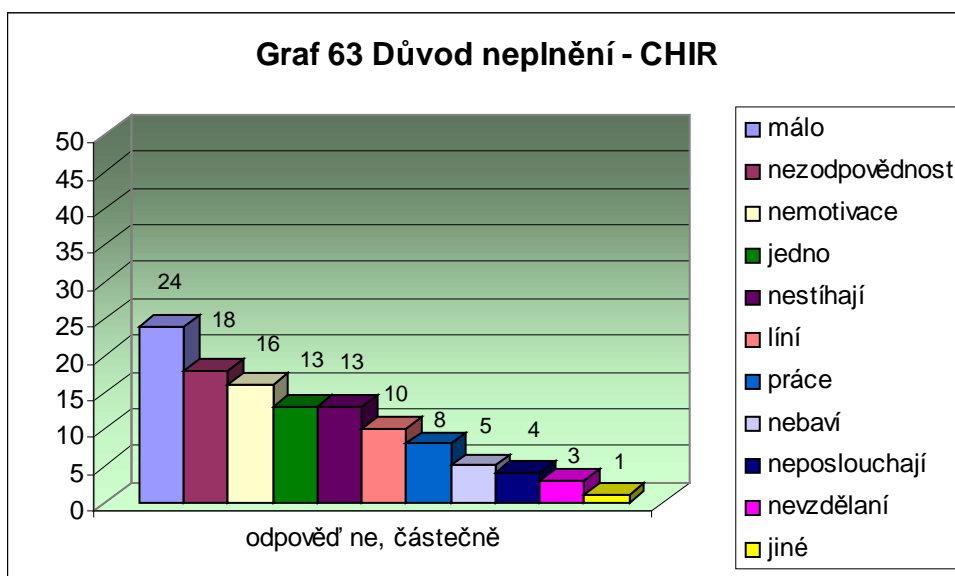
Graf 60 poukazuje na chyby v komunikaci sester s lékaři na chirurgických odděleních. Odpovídalo 50 sester s možností více odpovědí. Mezi nejčastější chyby patří nejasné sdělení významu, to bylo označeno 25x, neupřímnost 11x, nejasnost 11x, nekonkrétnost 11x, neverbální projevy 10x, přerušování 8x. Žádné problémy v komunikaci nepocítuje 8 sester. Mezi další chyby patří skákání do řeči, to bylo označeno 8x, únik od tématu 8x, vložení vlastního významu 5x, přehnaná emoční reakce 5x, překrucování 4x, chybění zpětné vazby 4x, nadměrné zobecňování 4x, přehánění 3x, tzv. čtení myšlenek 1x.



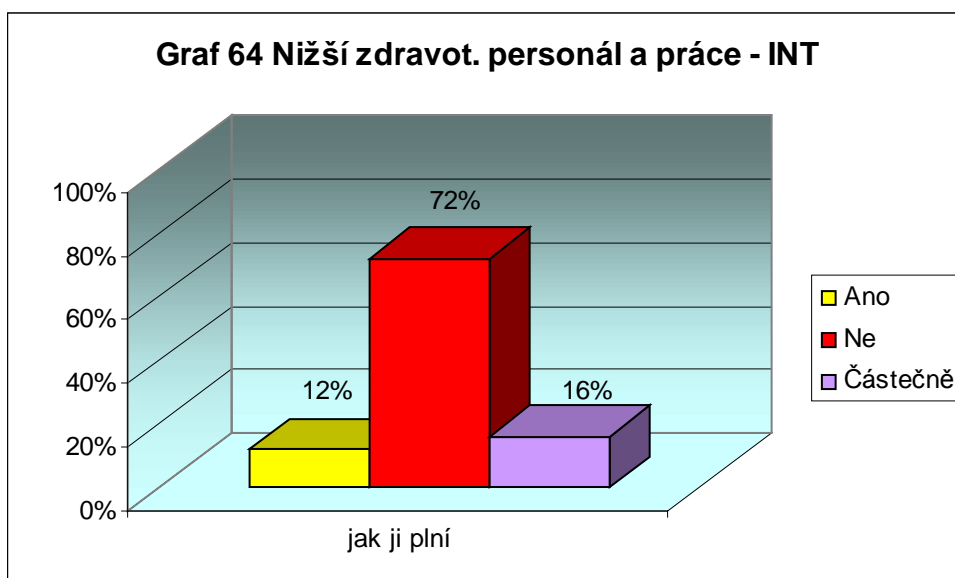
Graf 61 poukazuje na chyby v komunikaci sester s lékaři na interních odděleních. Odpovídalo 50 sester s možností více odpovědí. Mezi nejčastější chyby patří nejasné sdělení významu, to bylo označeno 25x, neupřímnost 11x, neverbální projevy 10x, přerušování 9x, skákání do řeči 9x. Žádné problémy v komunikaci nepocítuje 8 sester. Mezi další chyby patří nejasnost, ta byla označena 7x, chybění zpětné vazby 7x, nekonkrétnost 5x, přehánění 4x, nadměrné zobecňování 3x, „čtení“ myšlenek 3x, únik od tématu 2x, vložení vlastního významu 2x, překrucování 2x, přehnaná emoční reakce 2x.



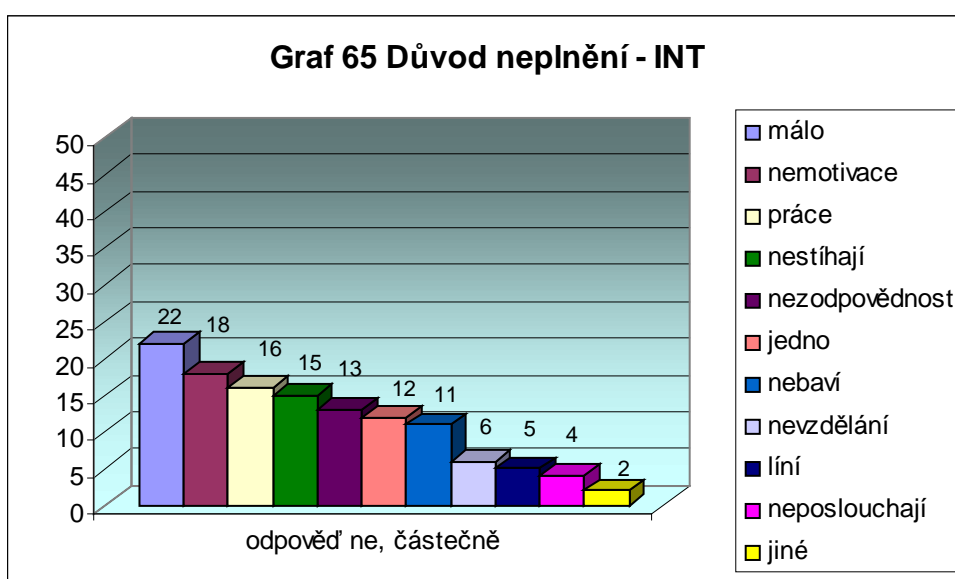
Podle 10 sester (20 %) si nižší zdrav. personál plní svou práci, dle 36 sester (72 %) neplní a podle 4 sester (8 %) si plní práci částečně, z celku 50 sester (100 %).



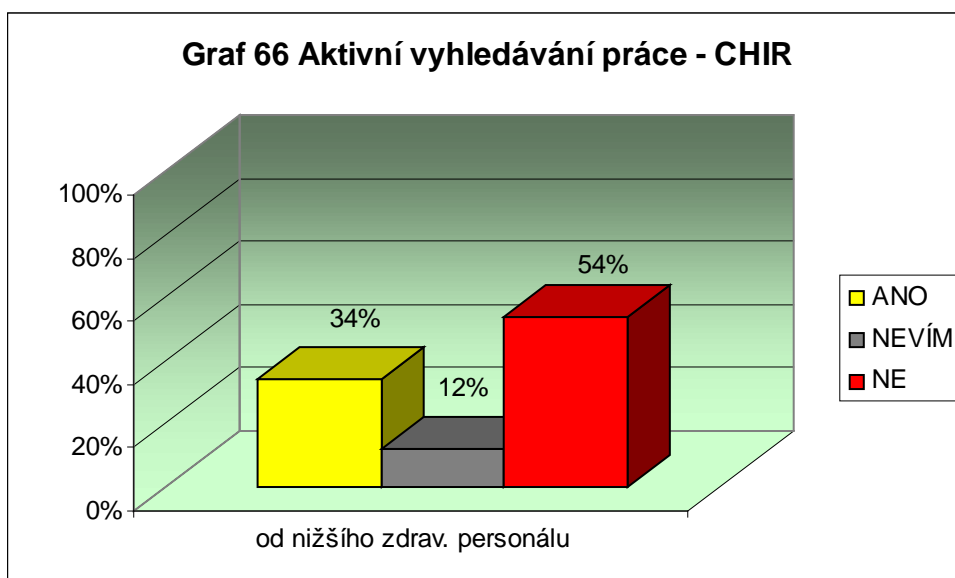
Důvodem proč si nižší zdrav. personál neplní svou práci je nejčastěji 24x, že je jim málo. 18x byla odpověď, že jsou nezodpovědní, 16x nemají motivaci. 13x, že jim je to jedno a 13x, že nestíhají. 10x, že jsou líní, 8x mají hodně práce, 5x práce je nebaví, 4x nechtějí nikoho poslouchat. 3x, že jsou nevzdělaní. 1x jiná odpověď, a to, že nejsou nijak nuceni práci dělat, sestry ji dodělávají.



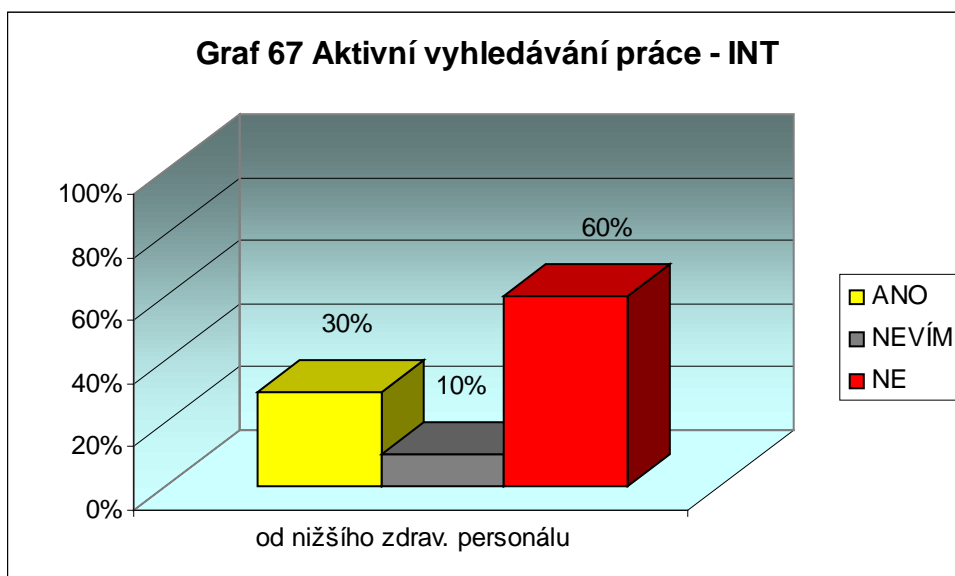
Podle 6 sester (12 %) si nižší zdrav. personál plní svou práci, dle 36 sester (72 %) neplní a podle 8 sester (16 %) si plní práci částečně, z celku 50 sester (100 %).



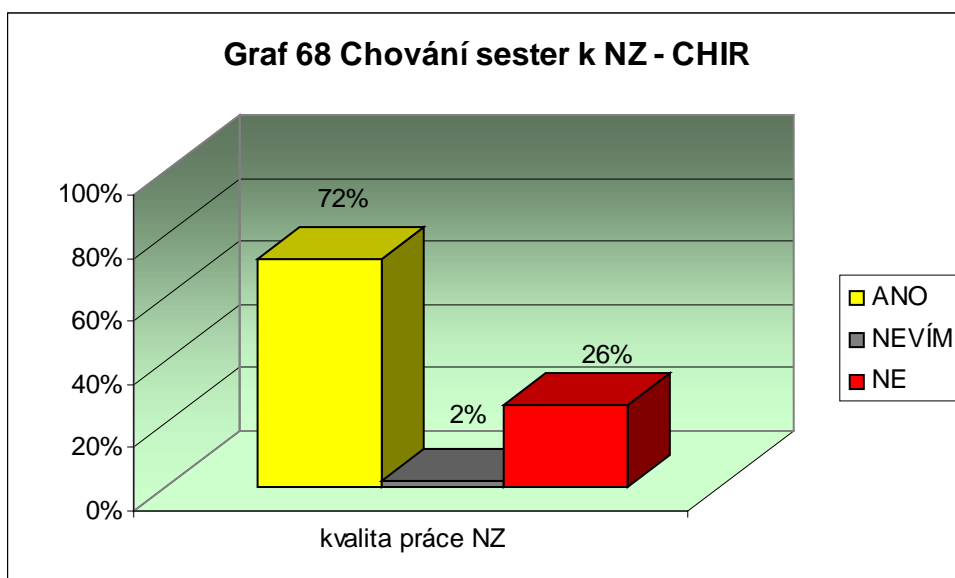
Důvodem proč si nižší zdrav. personál neplní svou práci je nejčastěji 22x, že je jim málo. 18x byla odpověď, že nemají motivaci, 16x, že mají moc práce, 15x, že nestíhají. 13x, že jsou nezodpovědní, 12x je jim to jedno, 11x práce je nebaví. 6x, že jsou nevzdělaní, 5x líní, 4x nikoho nechtějí poslouchat. 2x jiná odpověď, a to, že odmlouvají a někteří jsou líní od přírody.



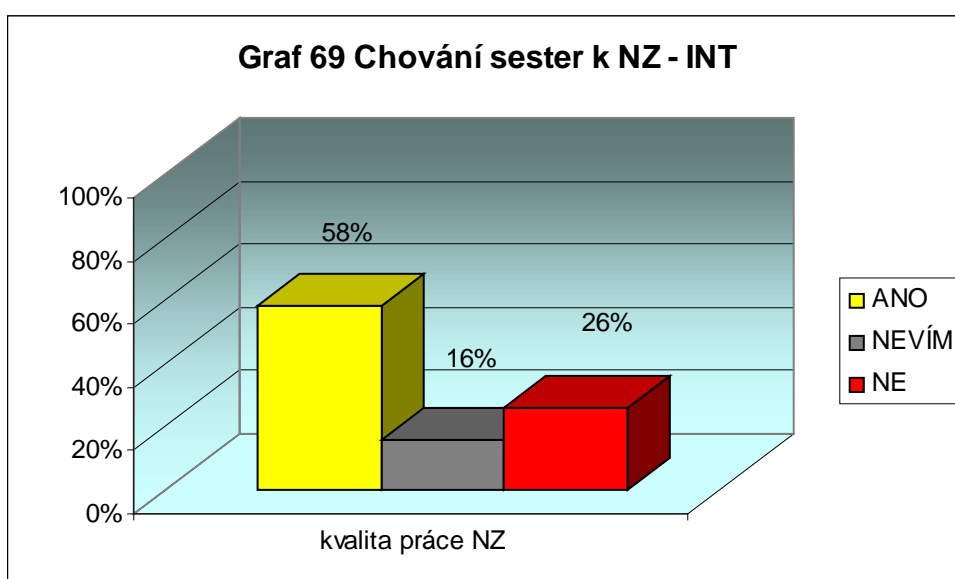
Z celkového počtu respondentů 50 (100 %), odpovědělo 17 respondentů (34 %), že nižší zdrav. personál aktivně vyhledává práci. 6 respondentů (12 %) neví a 27 respondentů (54 %) odpovědělo, že nevyhledává nižší zdr. personál práci.



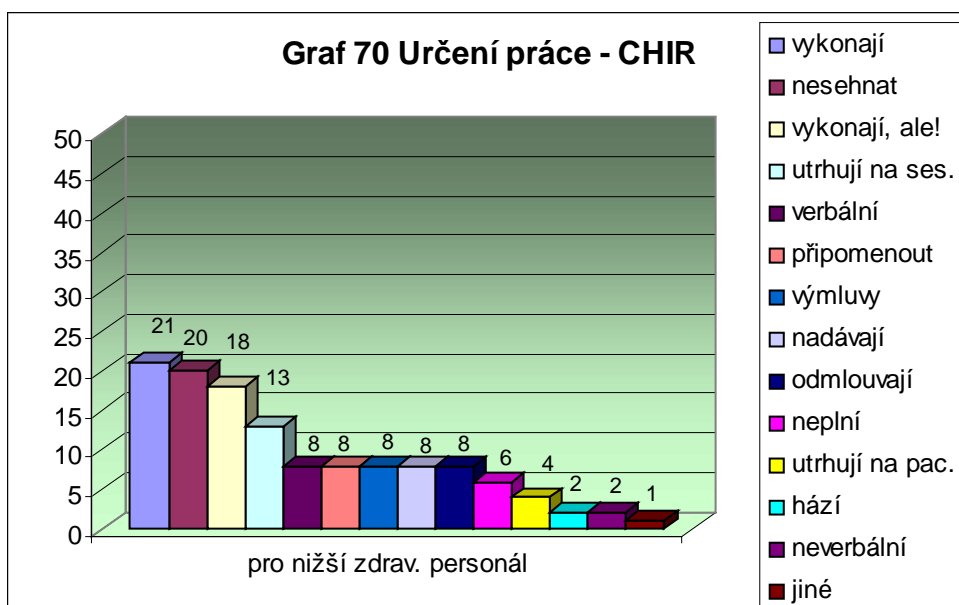
Z celkového počtu respondentů 50 (100 %), odpovědělo 15 respondentů (30 %), že nižší zdrav. personál aktivně vyhledává práci. 5 respondentů (10 %) neví a 30 respondentů (60 %) odpovědělo, že nevyhledává nižší zdr. personál práci.



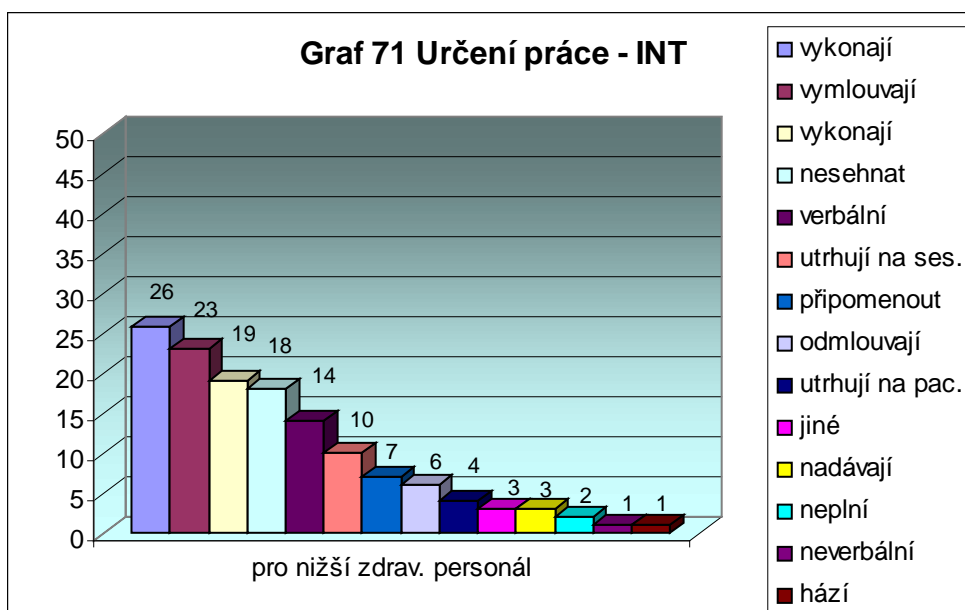
Chování sester k NZ (= nižšímu zdr. personálu) ovlivňuje kvalitu práce dle 36 resp. (72 %). Neví 1 respondent (2 %) a 13 resp. (26 %) nemá pocit, že to ovlivňuje práci NZ.



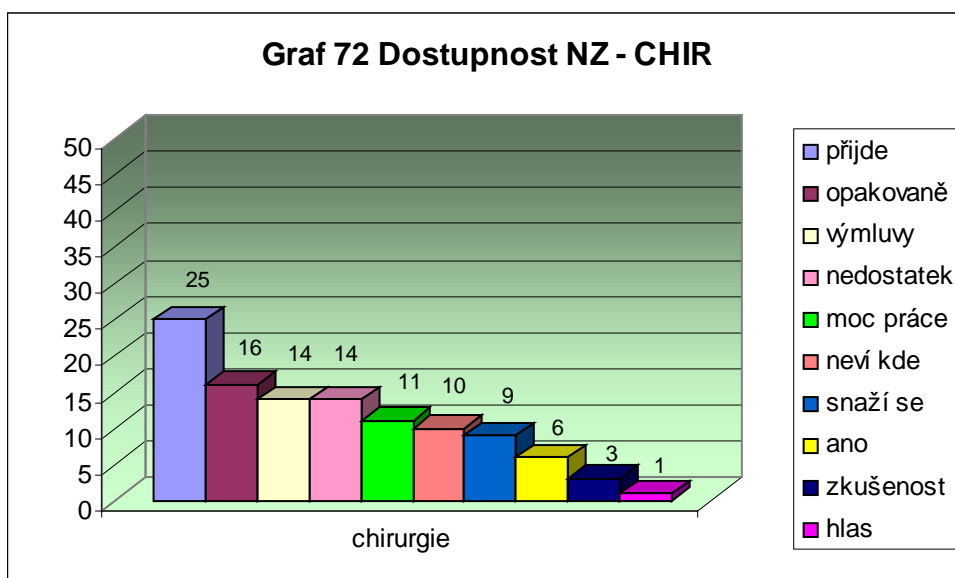
Chování sester k NZ (= nižšímu zdr. personálu) ovlivňuje kvalitu práce dle 29 resp. (58 %). Neví 8 respondentů (16 %) a 13 resp. (26 %) nemá pocit, že to ovlivňuje práci NZ.



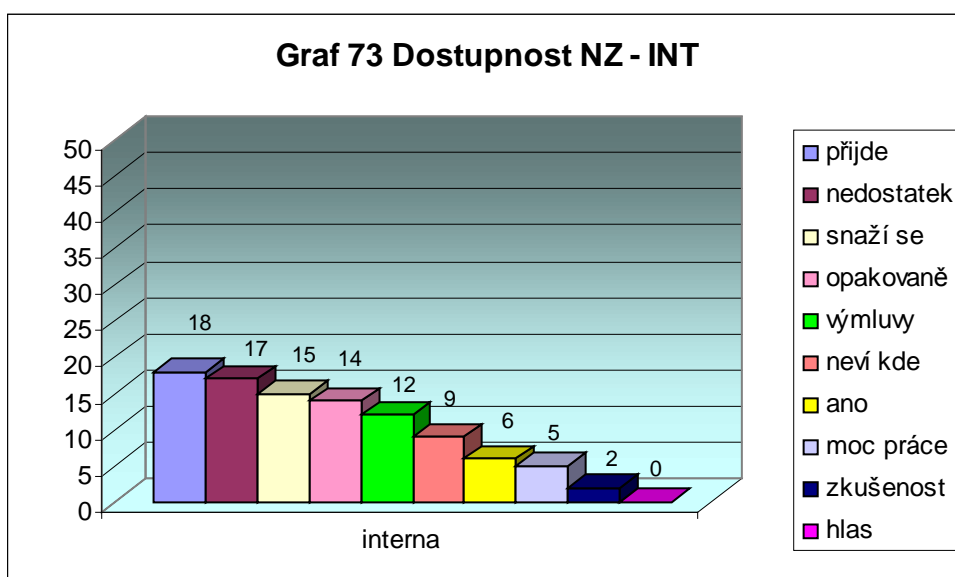
Odpovídalo 50 sester z chirurgických oborů, s možností více odpovědí. Při určení práce niž. zdr. personálu sestrou bylo označeno 21 odpovědí, že ji vykonají. 20x, že je nelze sehnat, 18x, že ji vykonají, ale s neverbálními projevy. 13x, že se utrhují na sestry, 8x, že mají verbální komentáře, 8x čekají na připomenutí. 8x mají výmluvy na jinou práci, 8x, že nadávají, 8x odmlouvají. 6x, že si neplní práci, 4x utrhují se na pacienty. 2x, že hází s věcmi a 2x, že mají neverbální grimasy. Jiná odpověď byla zvolena jednou, a to podle toho z jakého jsou oddělení.



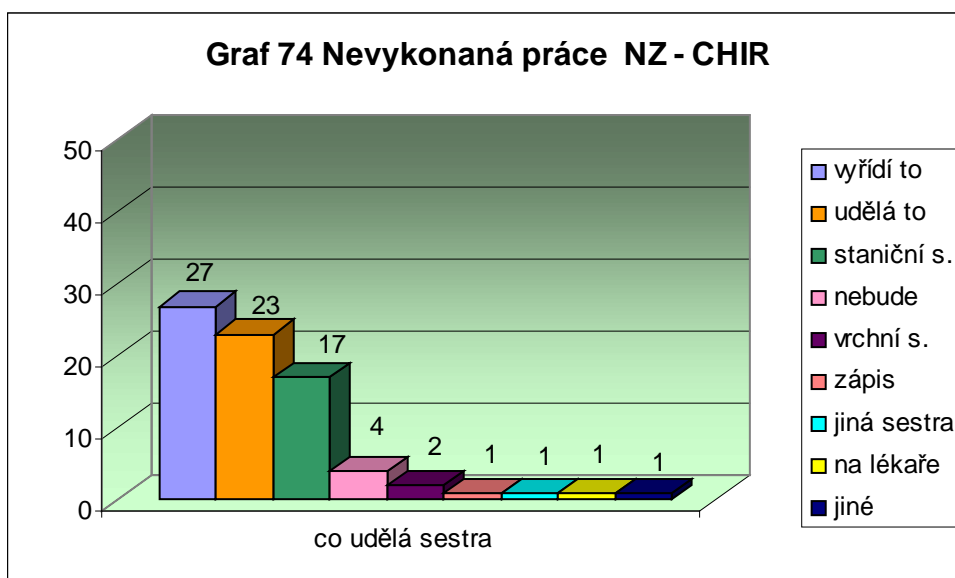
Odpovídalo 50 sester z interních oborů, s možností více odpovědí. Při určení práce niž. zdr. personálu sestrou bylo označeno 26 odpovědí, že ji vykonají. 23x se vymlouvají na jinou práci, 19x, že ji vykonají, ale s neverbálními projevy. 18x, že je nelze sehnat, 14x, že mají verbální komentáře. 10x, že se utrhují na sestry, 7x čekají na připomenutí. 6x odmlouvají, 4x utrhují se na pacienty. Jiná odpověď byla zvolena 3x, a to jak kdo, individuálně, dle dané osoby. Mezi další potíže patří, že nadávají 3x, neplní si svoji práci 2x, dělají neverbální grimasy 1x, hází s věcmi 1x.



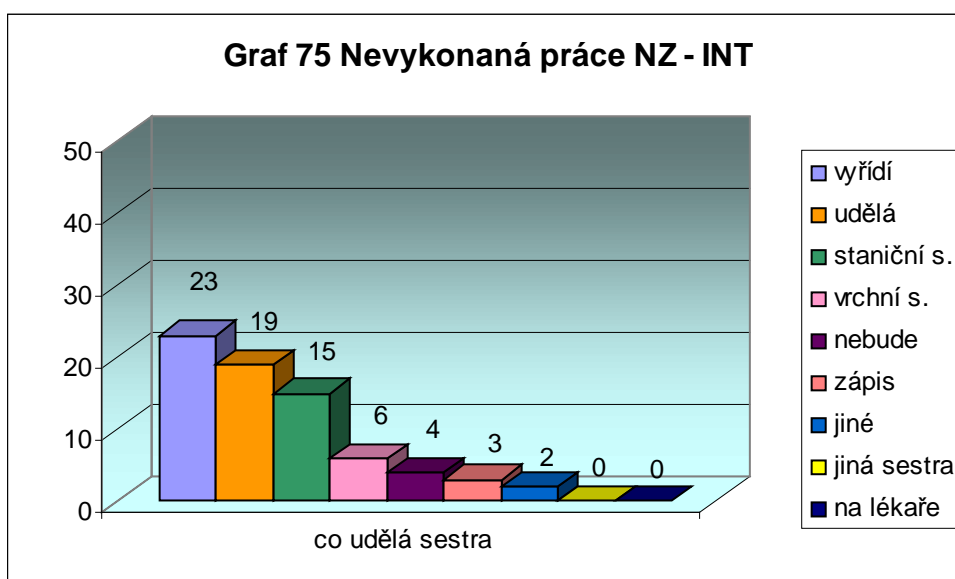
Dostupnost NZ (= nižšího zdrav. personálu) na odd. Zodpovězeno 25x, že přijde, 16x jsou voláni opakovaně, 14x, že se vymluví na jinou práci. 14x je nedostatek NZ, 11x, že mají moc práce. 10x neví se, kde jsou. 9x, že se NZ snaží a 6x bez problémů. 3x vlastní zkušenost: dle odd., také jsou NZ jen lidi, mají dělat sestry za ně. 1x po zvýšení hlasu.



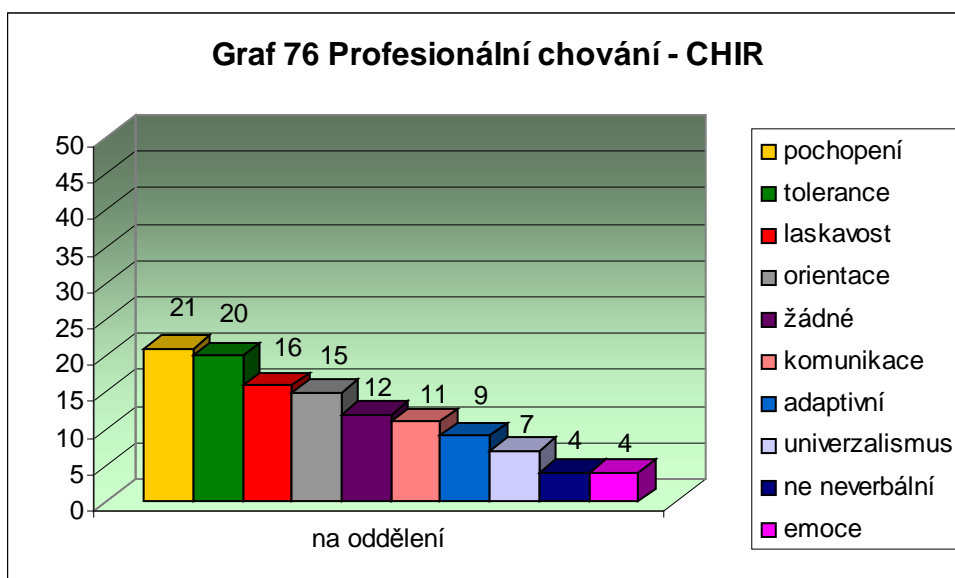
Dostupnost NZ (= nižšího zdrav. personálu) na odd. Bylo zodpovězeno 18x, že přijde, 17x je nedostatek NZ, 15x, že se NZ snaží. 14x, že je často volán opakovaně, 12x vymlouvají se na jinou práci, 9x neví, kde jsou. 6x sehnání bez problému, 5x mají dost práce. 2x vlastní zkušenost: je jich málo, dle čl. Po zvýšení hlasu žádná odpověď.



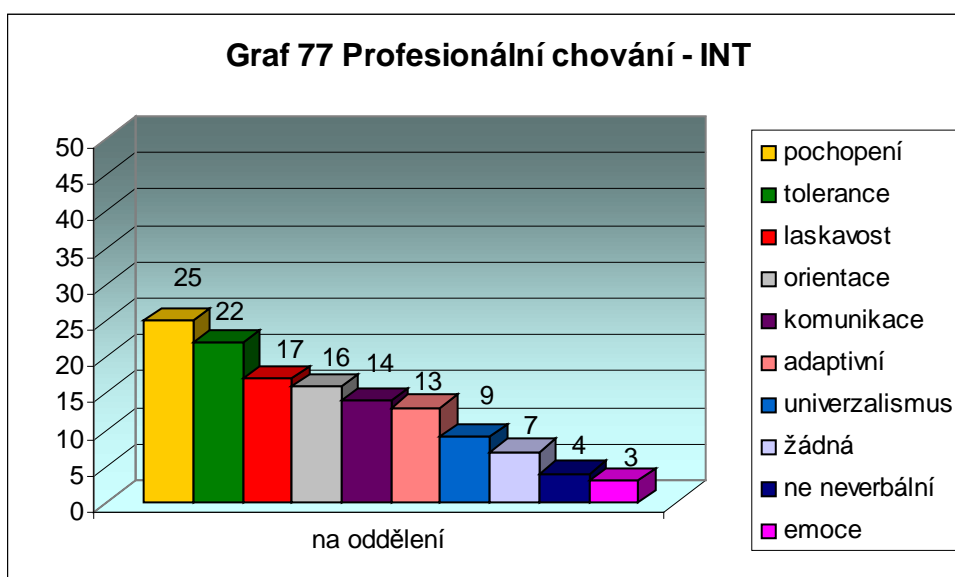
50 sester odpovídalo, co udělá sestra, pokud nižší zdrav. pers. nesplní svoji práci. Bylo zodpovězeno 27x vyřídí to sestra sama, 23x udělá to za něj, 17x řekne to staniční sestře. 4x, že práce udělaná nebude, 2x řekne vrchní sestře. 1x, že na něj udělá zápis nebo to udělá jiná sestra, obrátí se na lékaře. Jiné, prý sestřám neupadnou ruce.



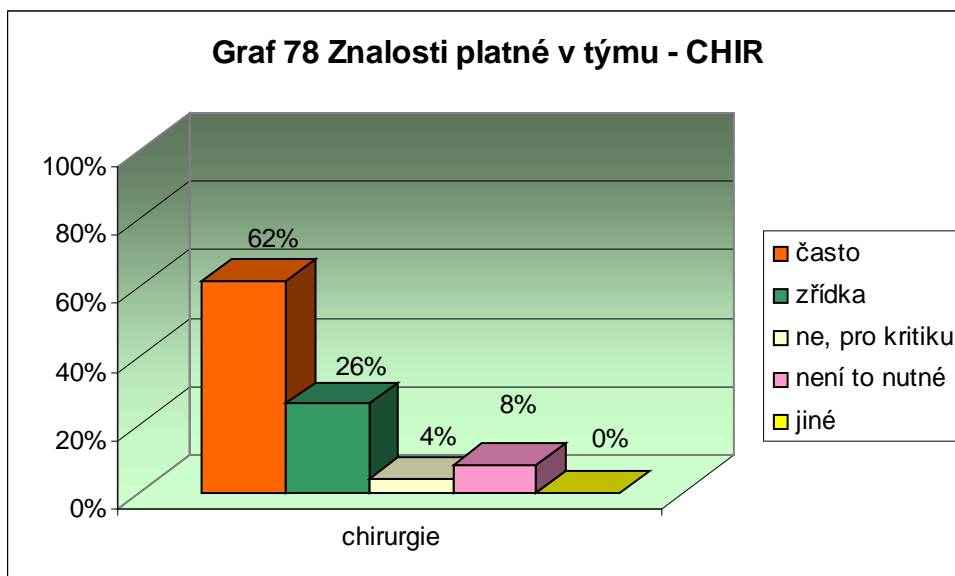
50 sester odpovídalo, co udělá sestra, pokud nižší zdrav. pers. nesplní svoji práci. Bylo zodpovězeno 23x vyřídí to sestra sama, 19x udělá to za něj, 15x řekne to staniční sestře a 6x vrchní sestře. 4x, že práce udělaná nebude, 3x, že na něj udělá zápis. 2x jiné př. dlouhodobý problém, udělám to já! Žádná odpověď sestra nebo lékař.



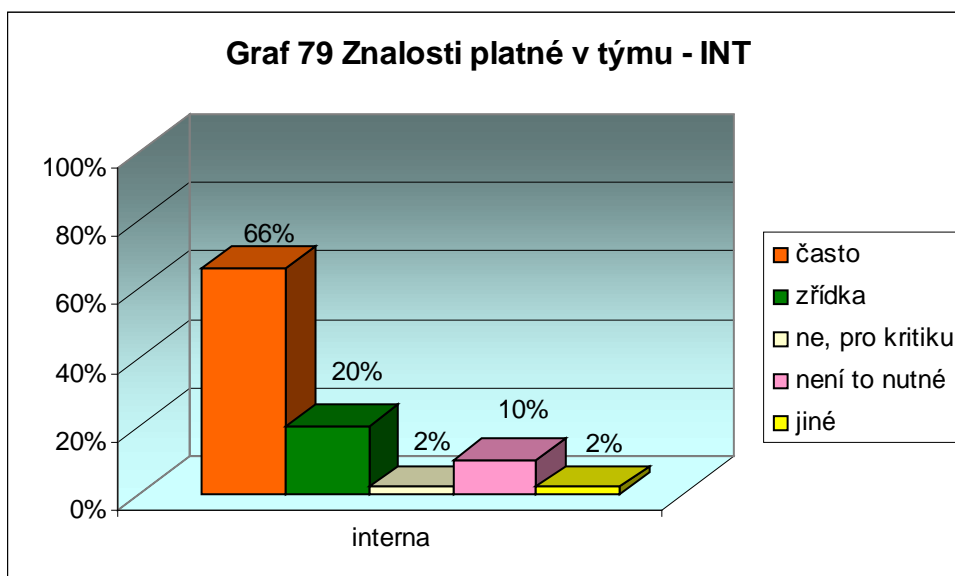
Profesionální chování podle 50 chirurgických sester. Bylo zodpovězeno 21x pochopení, 20x tolerance, 16x laskavost, 15x kolektivní orientace. 12x žádná z uvedených možností. 11x jasná komunikace, 9x adaptivní chování, 7x univerzalismus, 4x bez neverbálních projevů, 4x emocionální neutralita.



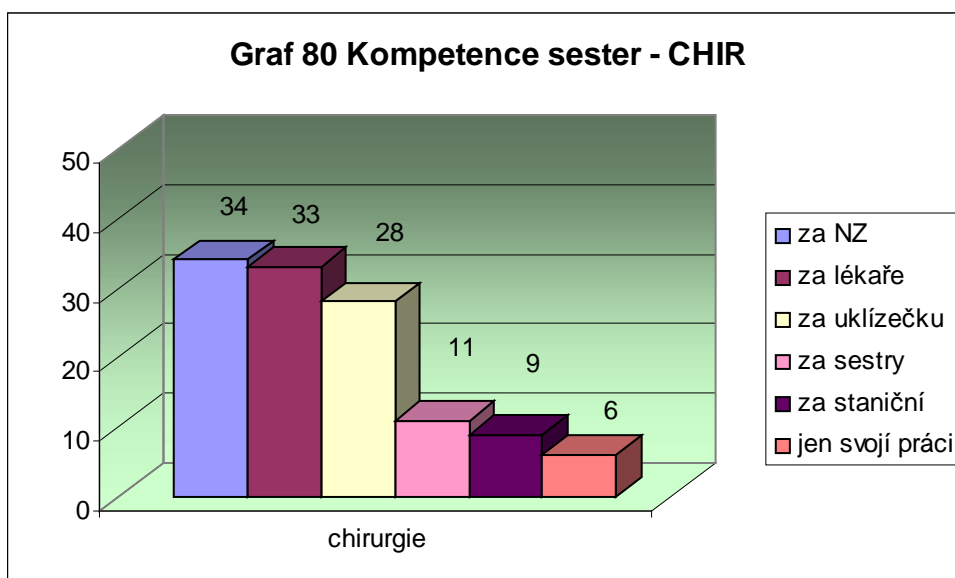
Profesionální chování podle 50 interních sester. Bylo zodpovězeno 25x pochopení, 22x tolerance, 17x laskavost, 16x kolektivní orientace, 14x jasná komunikace, 13x adaptivní chování, 9x univerzalismus. 7x žádná z uvedených možností. 4x bez neverbálních projevů, 3x emocionální neutralita.



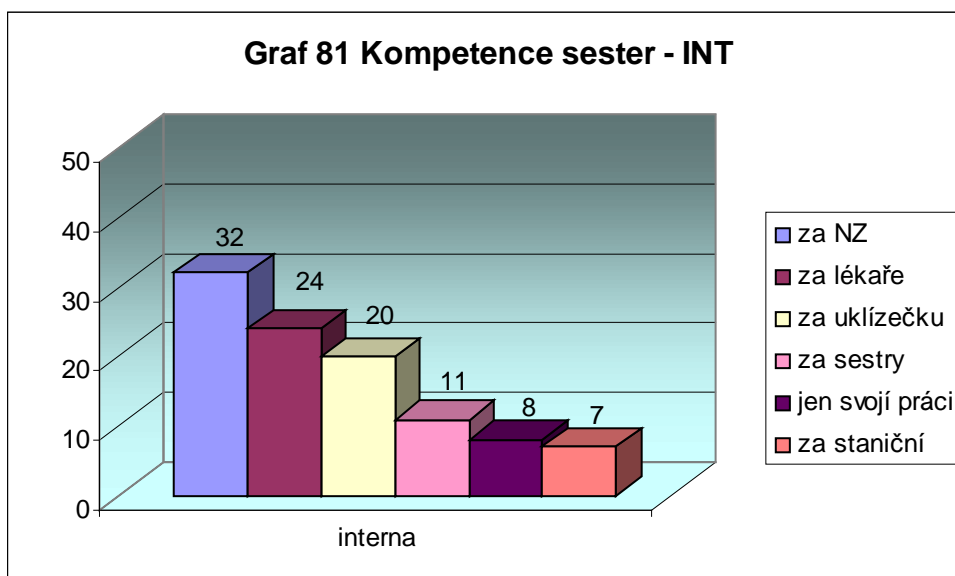
Z 50ti sester (100 %) v chirurgických oborech znalosti v týmu uplatňuje často 31 sester (62 %), zřídka 13 sester (26 %). Neuplatňují je kvůli kritice 2 ses. (4 %) a nepokládají to za nutné 4 sestry (8 %). Jiné odpovědi 0 (0 %).



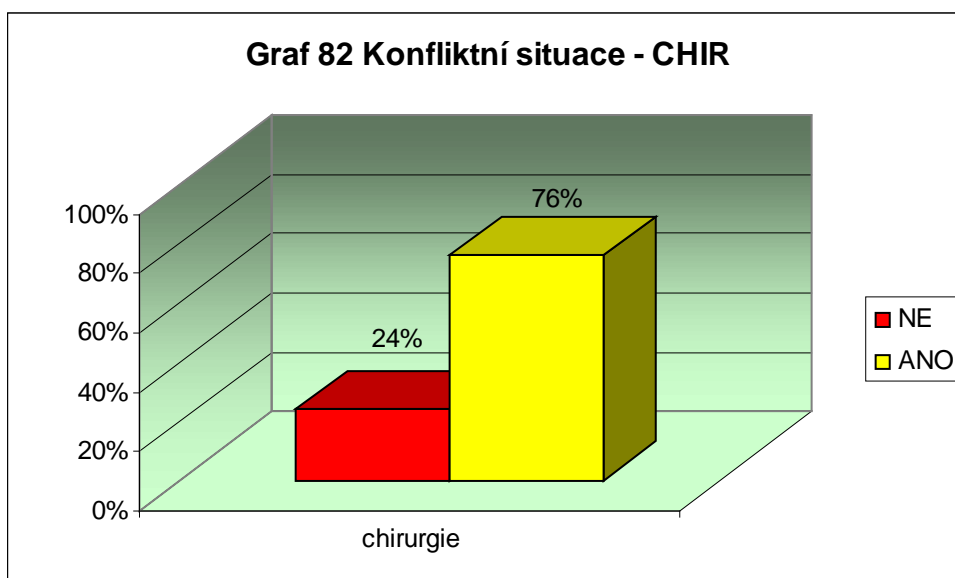
Z 50ti sester (100 %) v interních oborech znalosti v týmu uplatňuje často 33 sester (66 %), zřídka 10 sester (20 %). Neuplatňuje jí kvůli kritice 1 sestra (2 %) a nepokládá to za nutné 5 sester (10 %). Jiné odpovědi 1 (2 %), a to, že se je snaží aktivně uplatňovat.



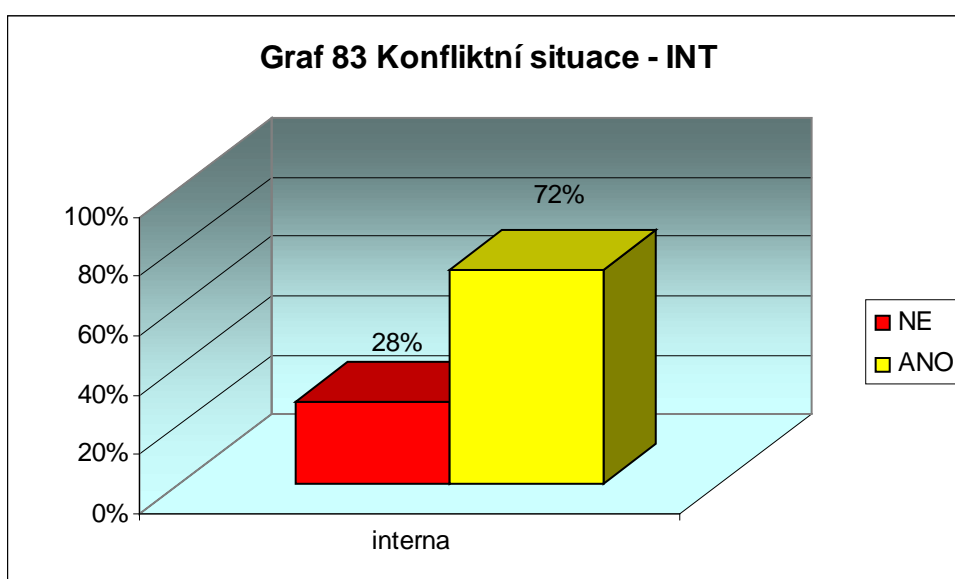
Na kompetence sester odpovídalo 50 sester z více možných odpovědí. Bylo označeno 34x, že sestry pracují za nižší zdrav. personál, 33x za lékaře, 28x za uklízečku, 11x za jiné sestry, 9x za staniční sestru. Že si vykonávají jen svou práci, odpovědělo 6 sester.



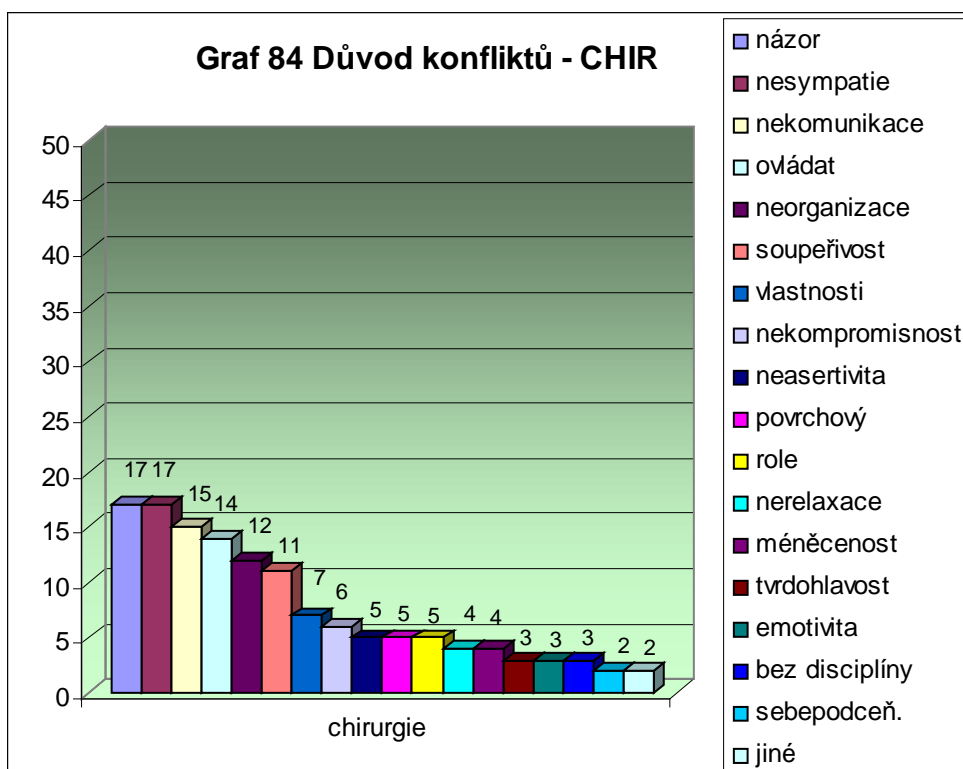
Na kompetence sester odpovídalo 50 sester z více možných odpovědí. Bylo označeno 32x, že sestry pracují za nižší zdrav. personál, 24x za lékaře, 20x za uklízečku, 11x za jiné sestry. Že si vykonávají jen svou práci, odpovědělo 8 sester. Za staniční sestru bylo označeno 7 odpovědí.



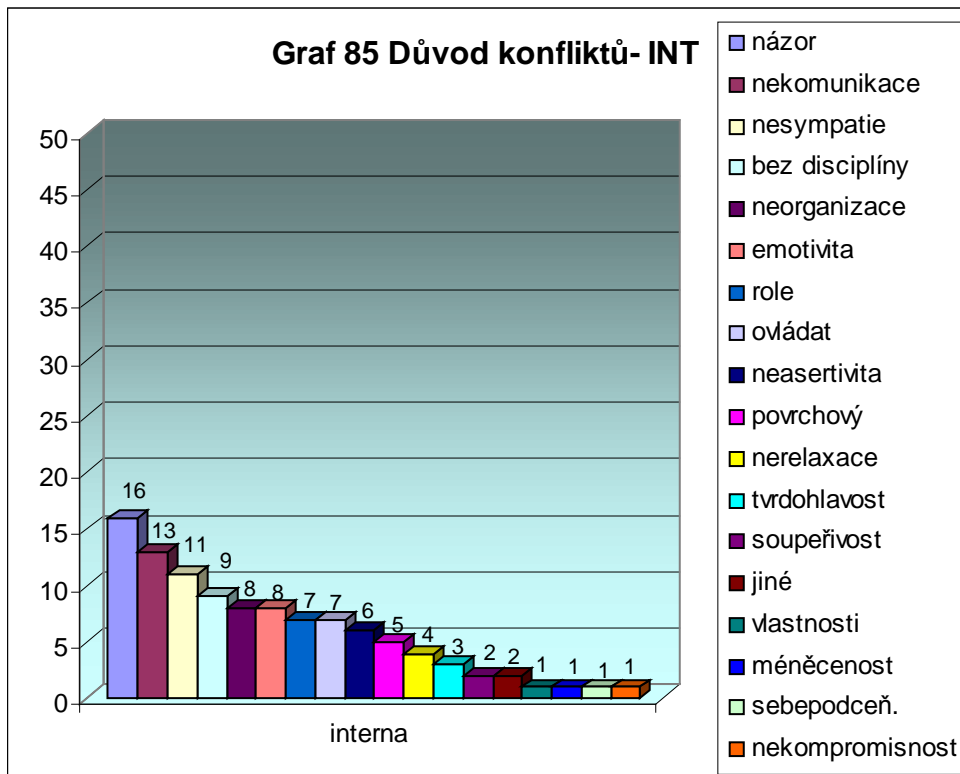
Konfliktní situace v chirurgických oborech nejsou podle 12 sester (24 %). Stávají se podle 38 sester (76 %), z celkového počtu respondentů 50 (100 %).



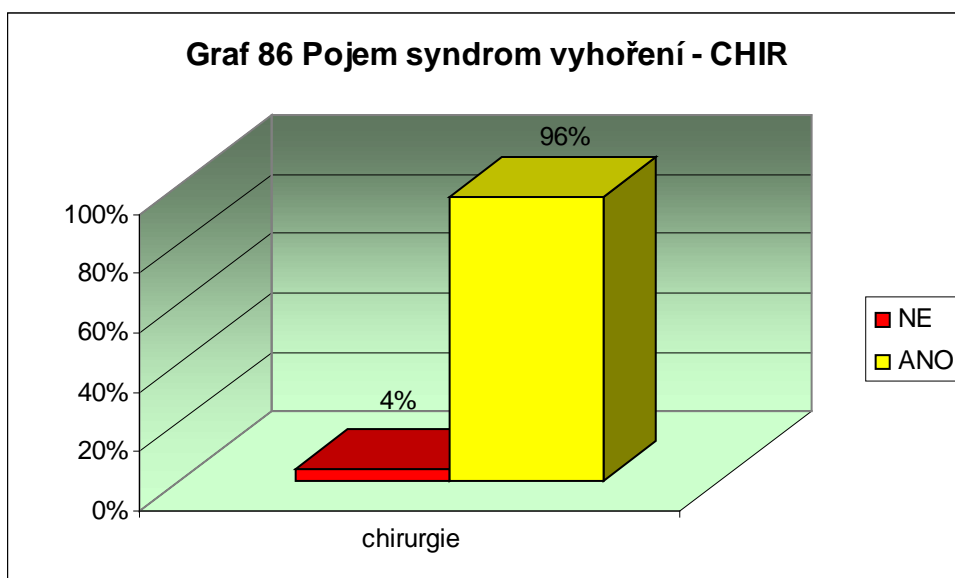
Konfliktní situace v interních oborech nejsou podle 14 sester (28 %). Stávají se podle 36 sester (72 %), z celkového počtu respondentů 50 (100 %).



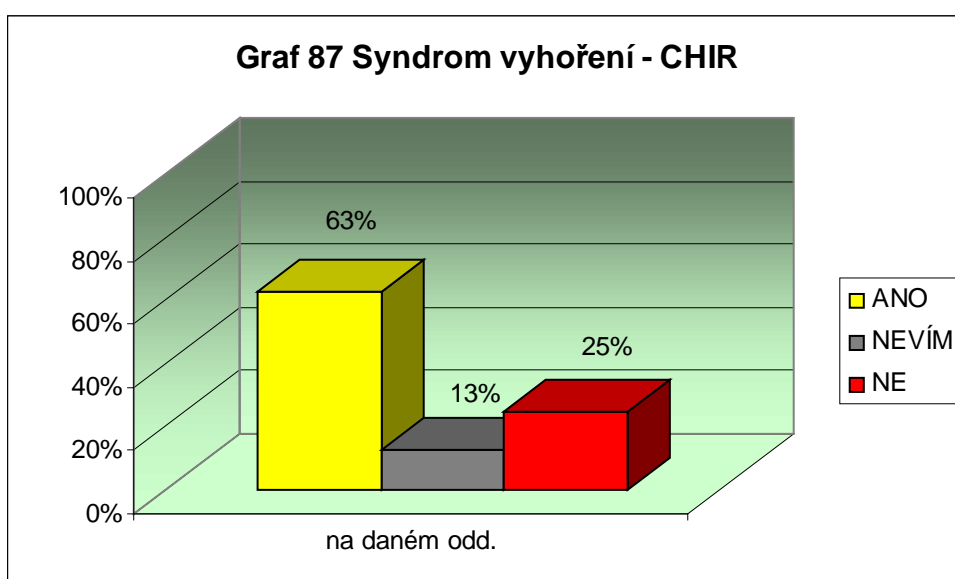
Odpovídalo 50 respondentů z chirurgických oborů, s možností více odpovědí. Nejčastějším důvodem konfliktů je názorová odlišnost 17x, nesympatie vůči nějaké osobě 17x. Dále nejasná komunikace 15x, tendence ovládat 14x, špatná organizace práce 12x, soupeřivost 11x, převaha negativních vlastností 7x, nekompromisnost 6x, málo asertivity 5x, povrchový vztah k práci 5x, konflikt rolí 5x, neschopnost relaxace 4x, komplex méněcennosti 4x, tvrdohlavost 3x, přílišná emotivita 3x, slabá disciplína 3x, sebepodceňování 2x. Jiná odpověď 2x, a to kvůli pomluvám nebo pacientům.



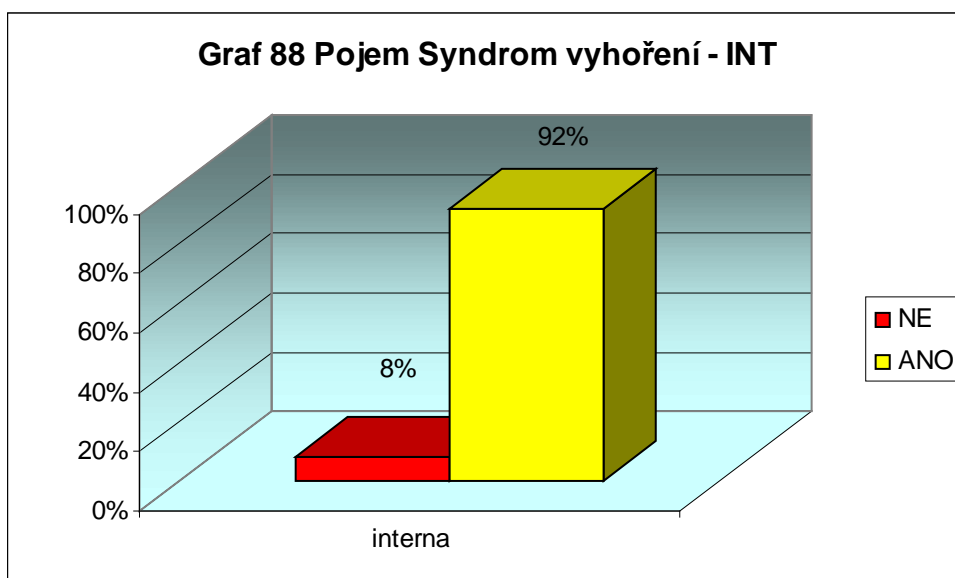
Odpovídalo 50 respondentů z interních oborů, s možností více odpovědí. Nejčastějším důvodem konfliktů je názorová odlišnost 16x, nejasná komunikace 13x, nesympatie vůči nějaké osobě 11x. Dále slabá disciplína 9x, reorganizace práce 8x, přílišná emotivita 8x, konflikt rolí 7x, tendence ovládat a manipulovat 7x, málo asertivity 6x, povrchový vztah k práci 5x, neschopnost relaxace 4x, tvrdohlavost 3x, soupeřivost 2x. Jiná odpověď 2x, a to z důvodu moc komerčního zdravotnictví nebo z náročné spolupráce sestra versus lékař. Dalším důvodem je převaha negativních vlastností 1x, komplex méněcennosti 1x, sebepodceňování 1x, nekompromisnost 1x.



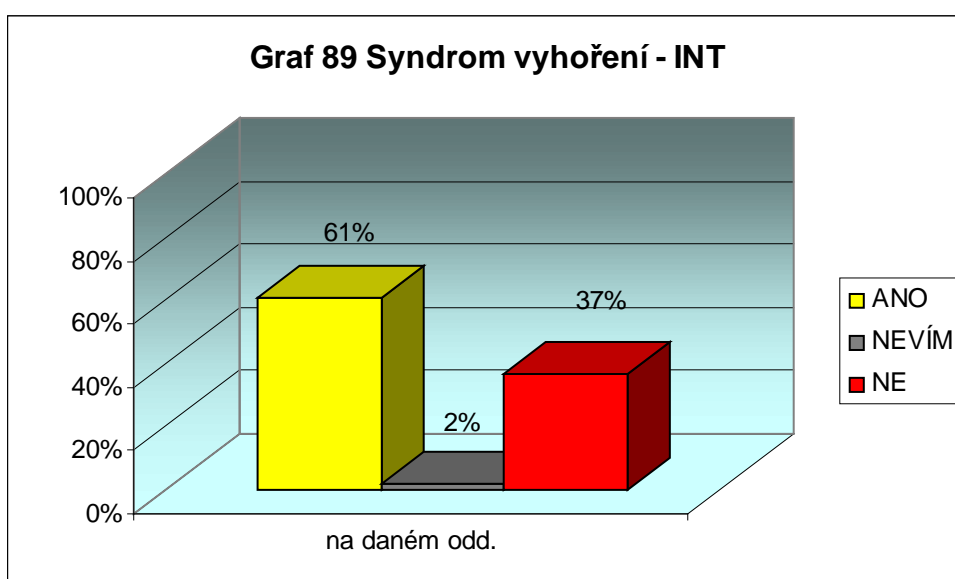
S pojmem syndrom vyhoření se nesetkali 2 respondenti (4 %) a setkala se s ním 48 respondentů (96 %), z celkového počtu 50 respondentů (100 %).



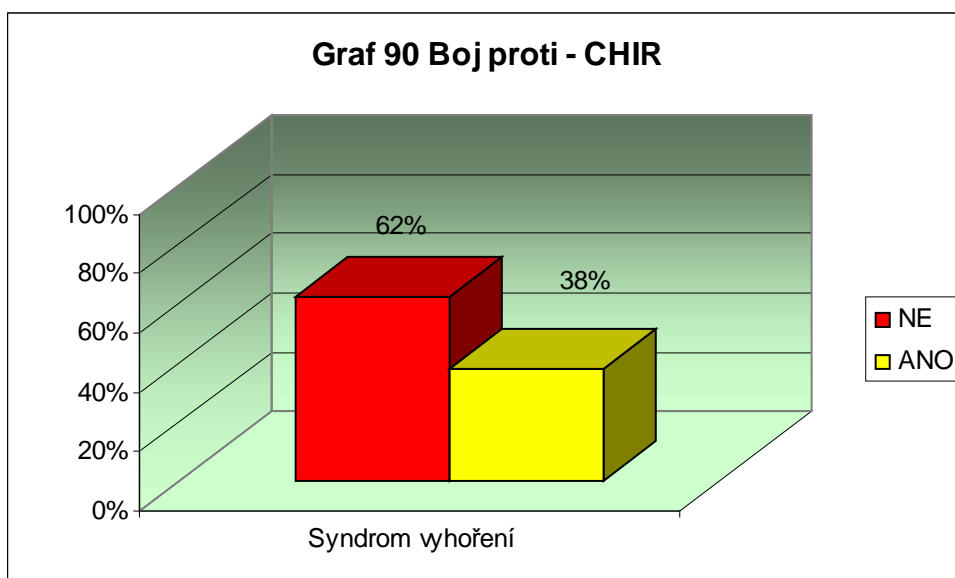
Na daném oddělení popisuje výskyt syndromu vyhoření 30 sester (63 %), není si jisto 6 sester (13 %), neví o něm 12 sester (25 %). Z celku 42 sester (100 %).



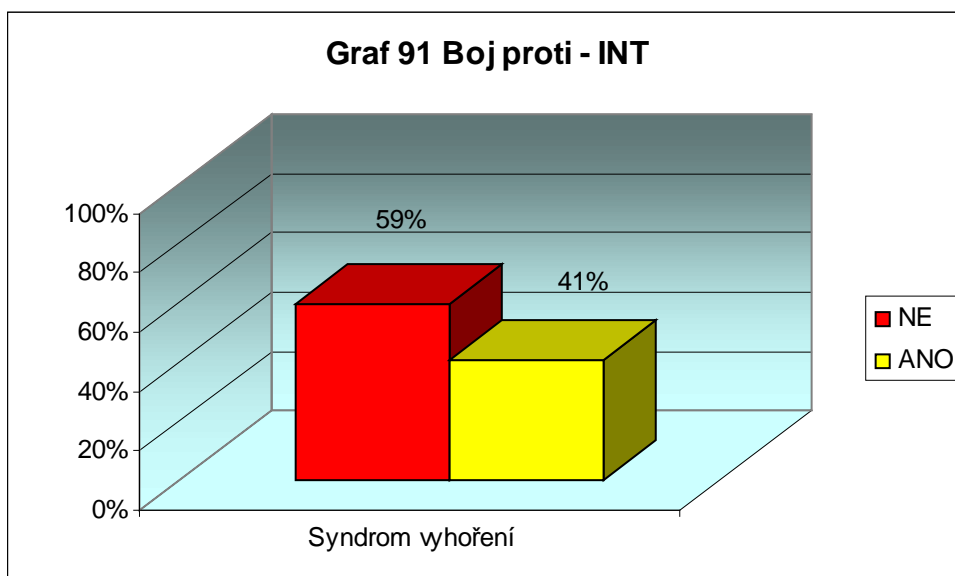
S pojmem syndrom vyhoření se nesetkali 4 respondenti (8 %) a setkala se s ním 46 respondentů (92 %), z celkového počtu 50 respondentů (100 %).



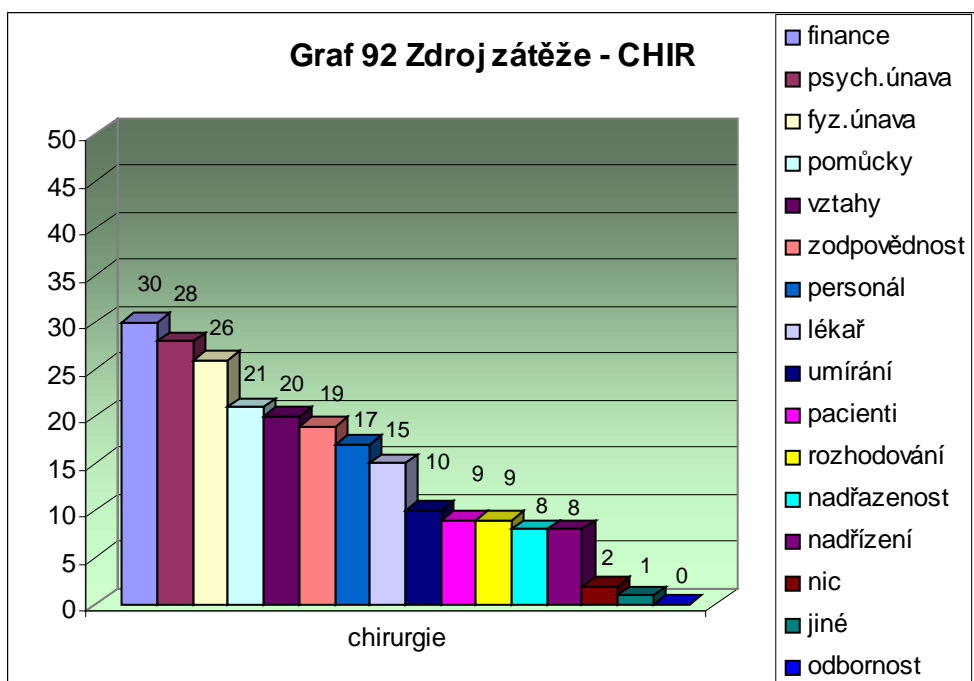
Na daném oddělení popisuje výskyt syndromu vyhoření 28 sester (61 %), není si jista 1 sestra (2 %), neví o něm 17 sester (37 %). Z celku 46 sester (100 %).



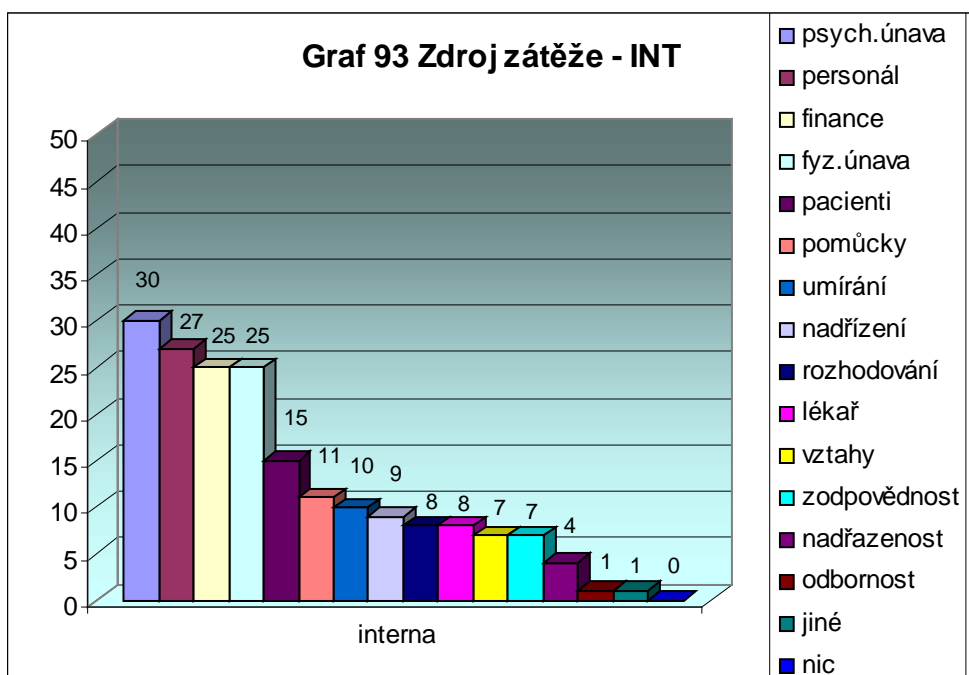
Na grafu 90 je znázorněn boj proti syndromu vyhoření. V chirurgických oborech nebojuje 26 resp. (62 %) a bojuje 16 resp. (38 %), z celkového počtu 42 respondentů (100 %).



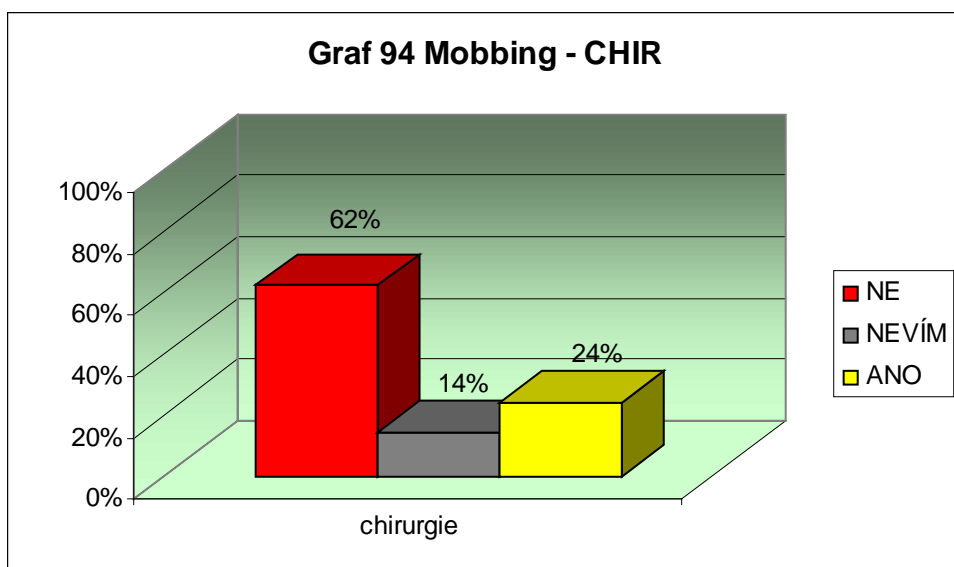
Na grafu 91 je znázorněn boj proti syndromu vyhoření. V interních oborech nebojuje 22 resp. (59 %) a bojuje 15 resp. (41 %), z celkového počtu 38 respondentů (100 %).



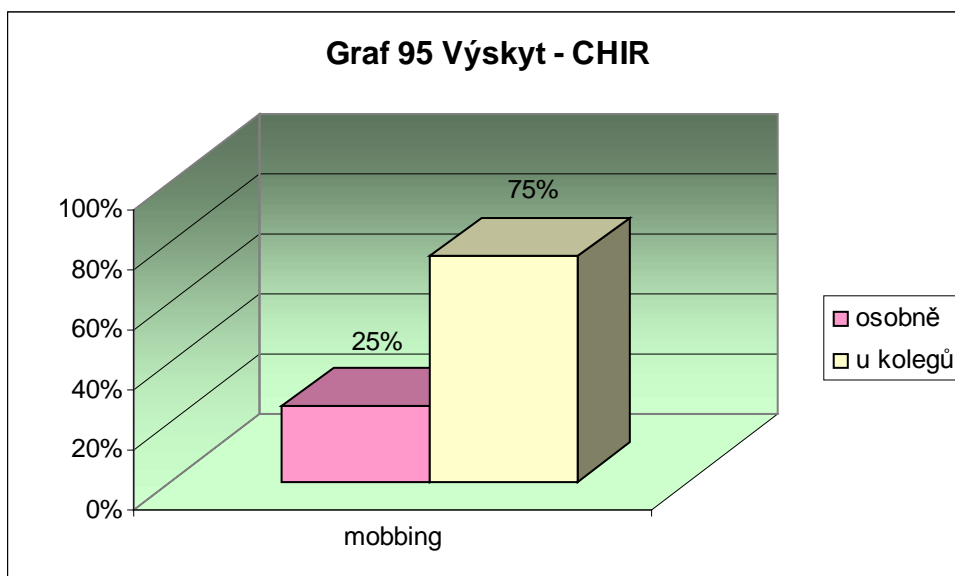
Odpovídalo 50 sester (100 %), s možností více odpovědí. Největším zdrojem pro všeobecné sestry, v chirurgických oborech, je nízké finanční ohodnocení 30x, pak psychická únava 28x, fyzická únava 26x, nedostatek pomůcek 21x, špatné vztahy 20x, velká zodpovědnost 19x, nedostatek personálu 17x, lékař 15x, umírání a smrt 10x, pacienti 9x, rychlé rozhodování 9x, nadřazenost 8x, nadřízení 8x, nic 2x. Mezi jiné patří nerovnost mezi sestrami. Odborná práce není zdrojem zátěže.



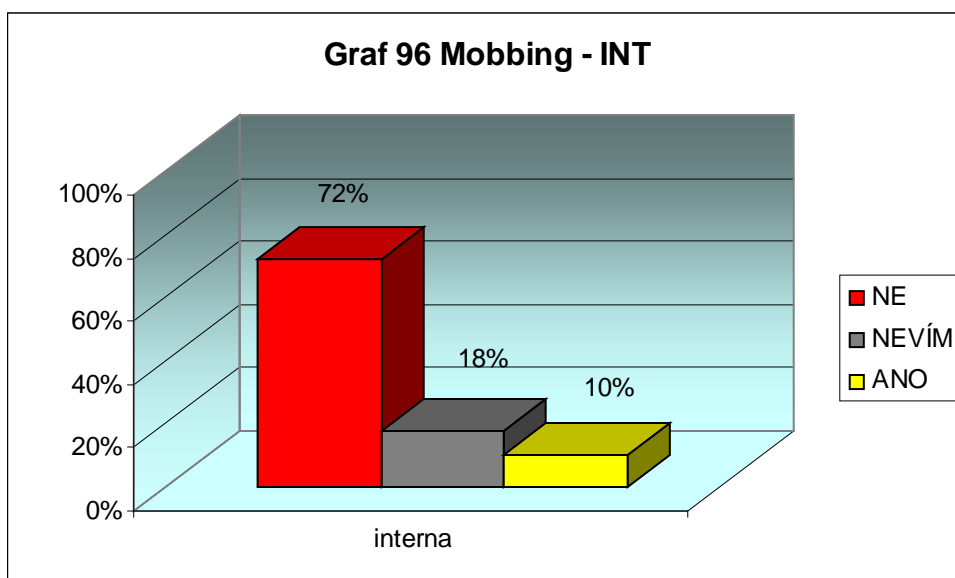
Odpovídalo 50 sester (100 %), s možností více odpovědí. Největším zdrojem pro všeobecné sestry, v interních oborech, je psychická únava 30x, dále nedostatek personálu 27x, nízké finanční ohodnocení 25x, fyzická únava 25x, pacienti 15x, nedostatek pomůcek 11x, umírání a smrt 10x, nadřizení 9x, rychlé rozhodování 8x, lékař 8x, špatné vztahy 7x, velká zodpovědnost 7x, nadřazenost 4x, odborná práce 1x. Mezi jiné odpovědi patří: moc dokumentace, málo personálu a nízké morální ohodnocení. Odpověď nic zvolilo 0 respondentů.



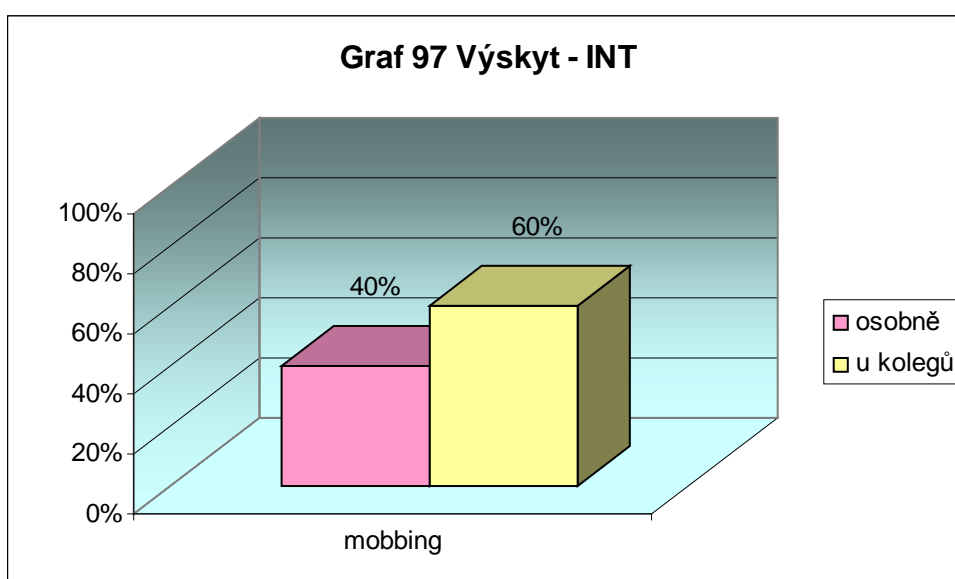
Z 50 respondentů (100 %) v chirurgických oborech se s mobbingem na svém oddělení nesetkalo 31 resp. (62 %), neví 7 resp. (14 %) a setkalo se 12 resp. (24 %).



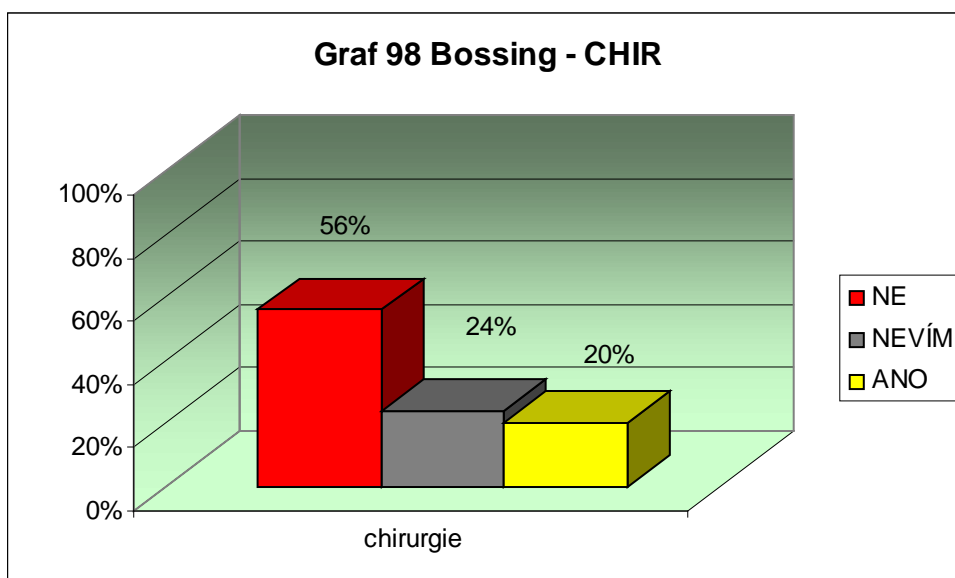
Z 12 sester (100 %) v chirurgických oborech zažily mobbing osobně 3 sestry (25 %), u svých kolegů/gyň 9 sester (75 %).



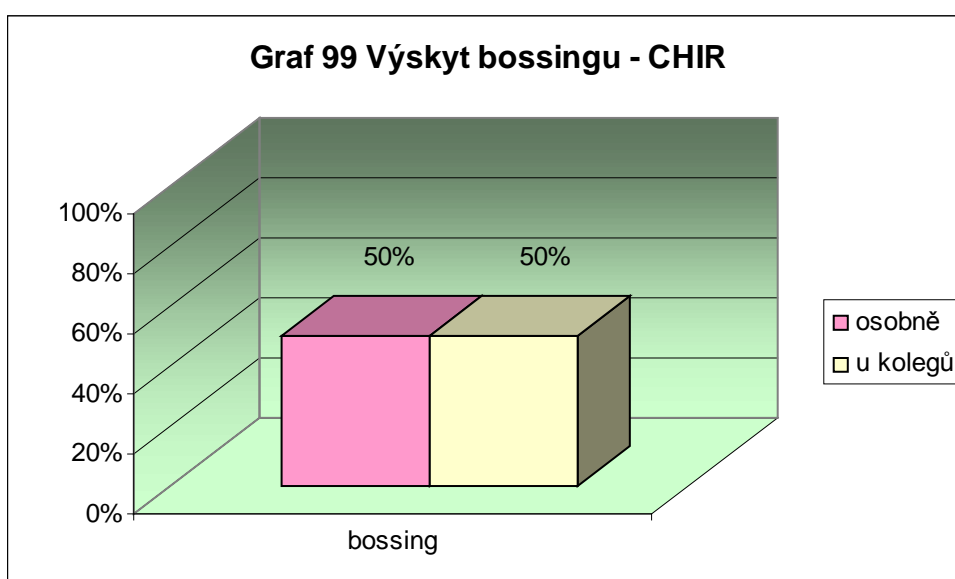
Z 50 respondentů (100 %) v interních oborech se s mobbingem na svém oddělení nesetkalo 36 resp. (72 %), neví 9 resp. (18 %) a setkalo se 5 resp. (10 %).



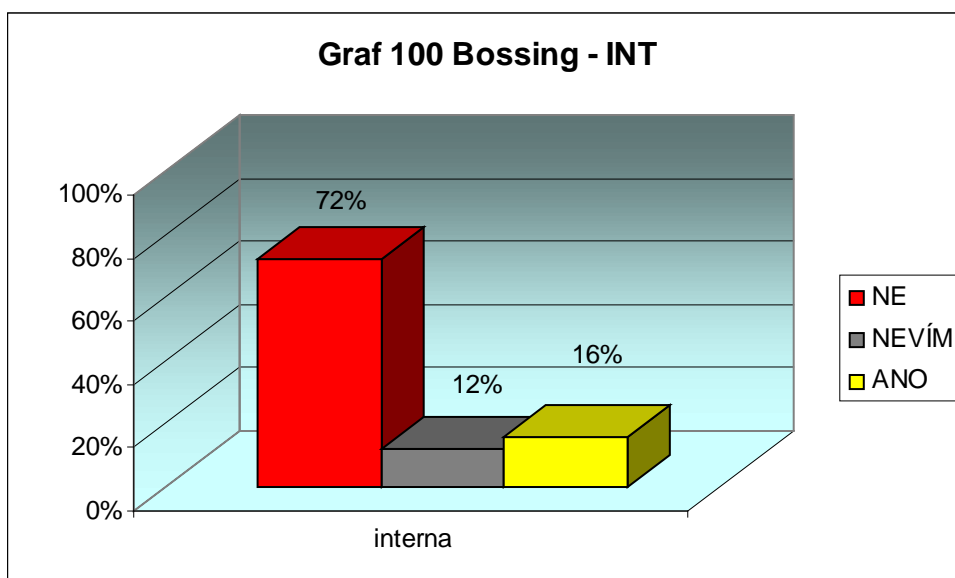
Z 5 sester (100 %) v interních oborech zažily mobbing osobně 2 sestry (40 %), u svých kolegů/gyň 3 sestry (60 %).



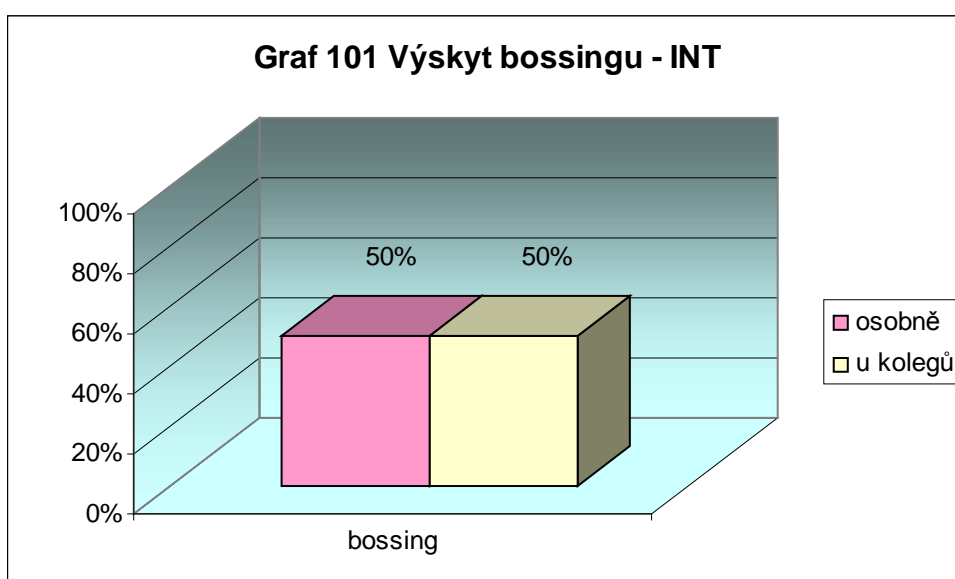
Z 50 respondentů (100 %) v chirurgických oborech se s bossingem na svém oddělení nesetkalo 28 resp. (56 %), neví 12 resp. (24 %) a setkalo se 10 resp. (20 %).



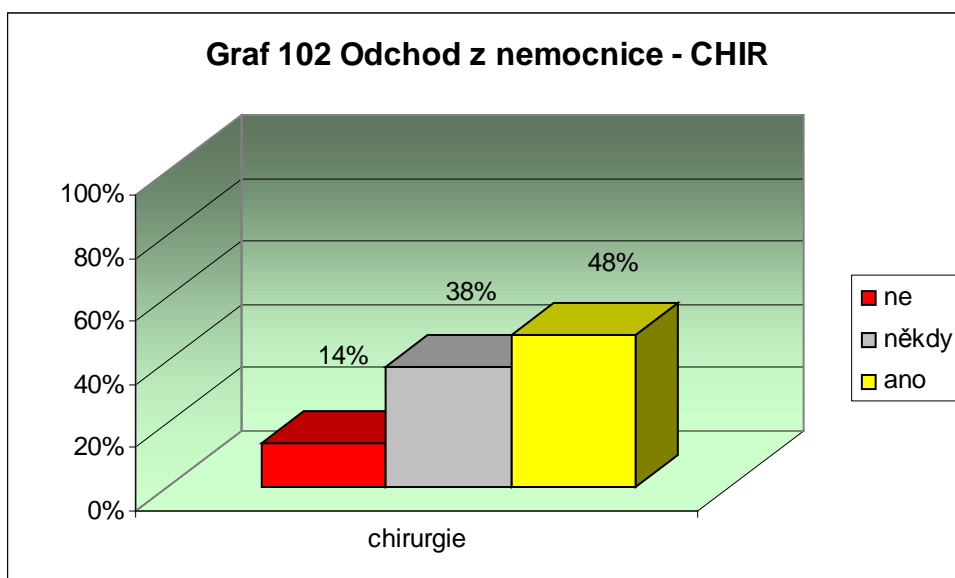
Z 10 sester (100 %) v chirurgických oborech zažilo bossing osobně 5 sester (50 %), u svých kolegů/gyň 5 sester (50 %).



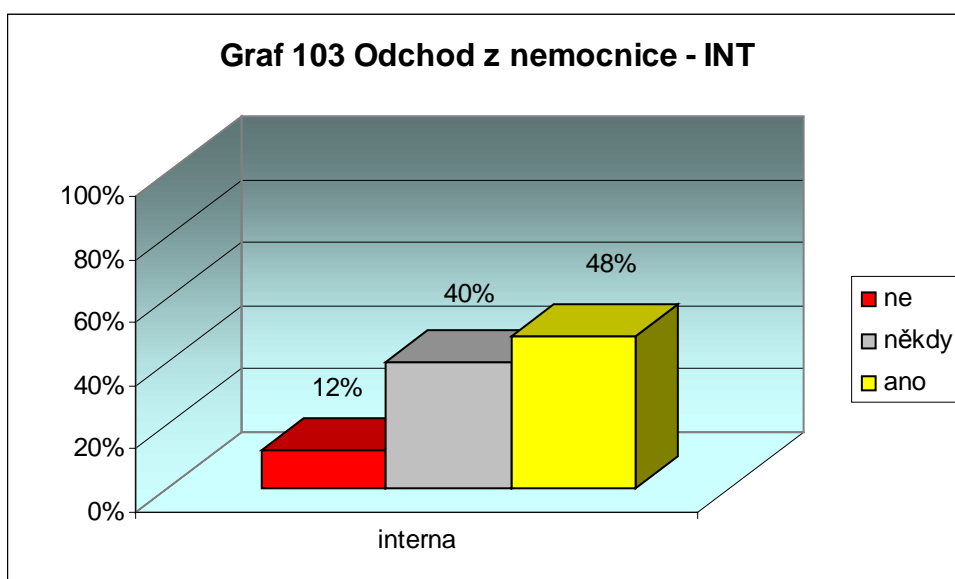
Z 50 respondentů (100 %) v interních oborech se s bossingem na svém oddělení nesetkalo 36 resp. (72 %), neví 6 resp. (12 %) a setkalo se 8 resp. (16 %).



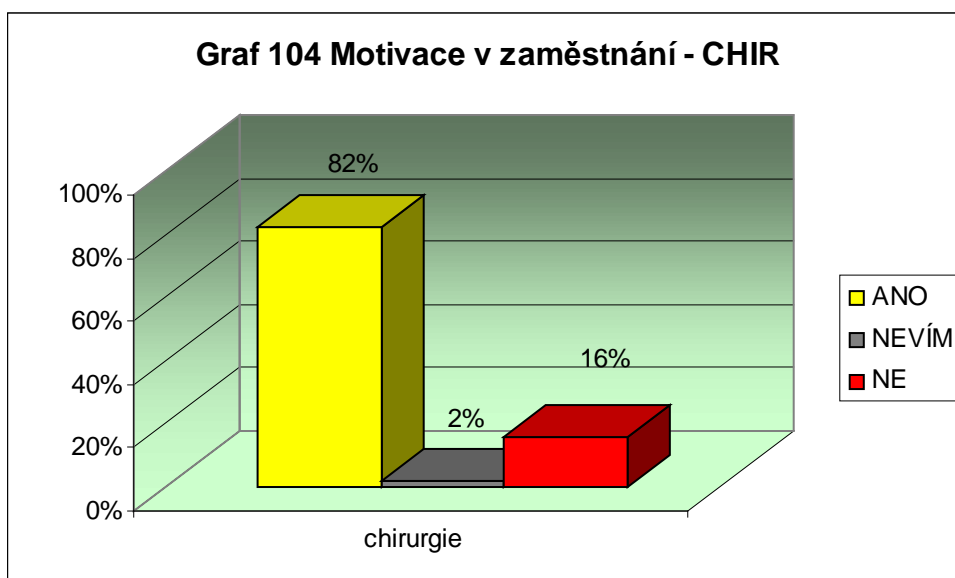
Z 8 sester (100 %) v interních oborech zažily bossing osobně 4 sestry (50 %), u svých kolegů/gyň 4 sestry (50 %).



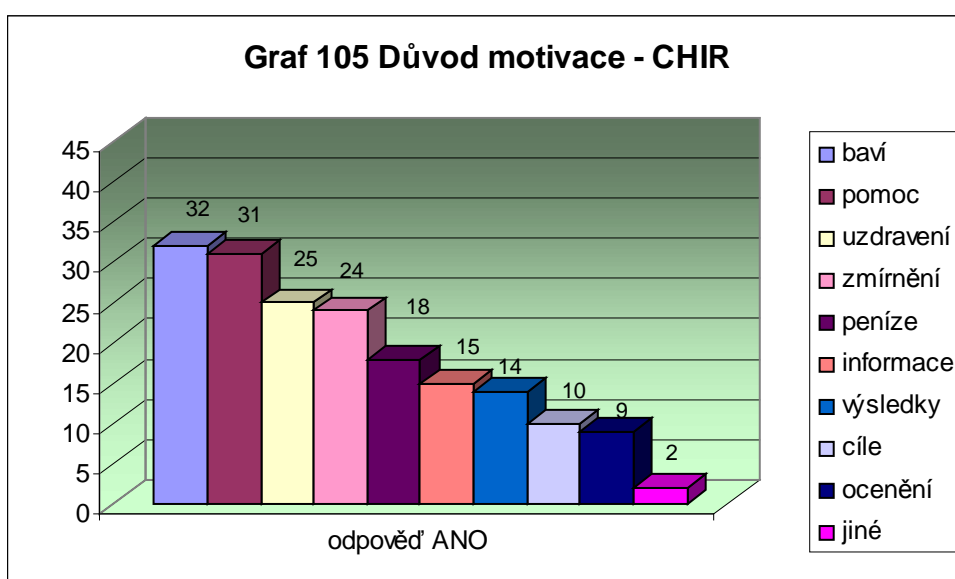
Z celkového počtu 50 sester (100 %) v chirurgických oborech nepomýšlí na odchod z nemocnice 7 sester (14 %), někdy 19 sester (38 %) a pomýšlí 24 sester (48 %). Na otázku jak často 10 sester odpovědělo: občas, někdy, často, každou směnu, vždy, totální nechuť, strašná buzerace, jsme otroci, beznadějně.



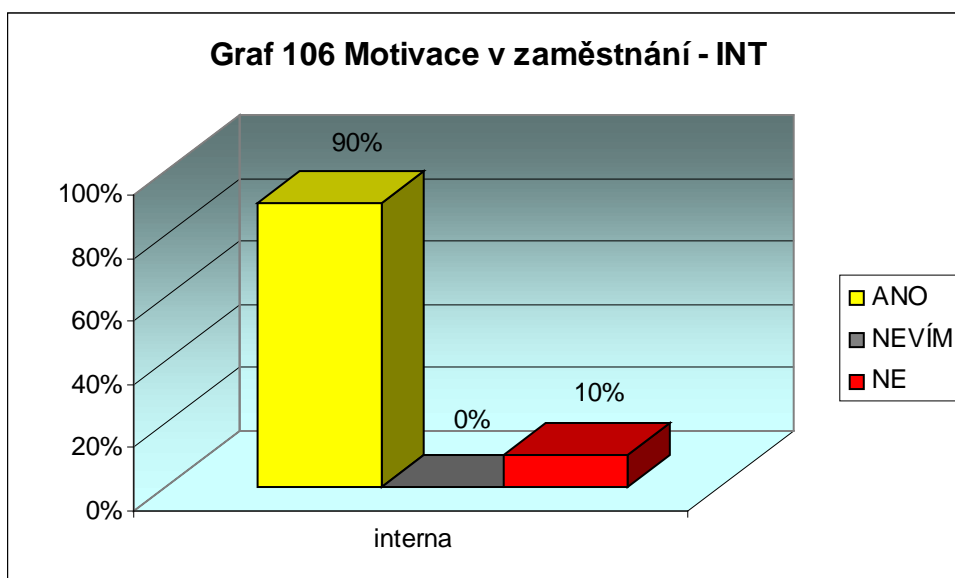
Z celkového počtu 50 sester (100 %) v interních oborech nepomýšlí na odchod z nemocnice 6 sester (12 %), někdy 20 sester (40 %) a pomýšlí 24 sester (48 %). Na otázku jak často 8 sester odpovědělo: velmi často, minimálně ob směnu, každý den hodně často, příležitostně, stále odcházím, 2x týdně, stále.



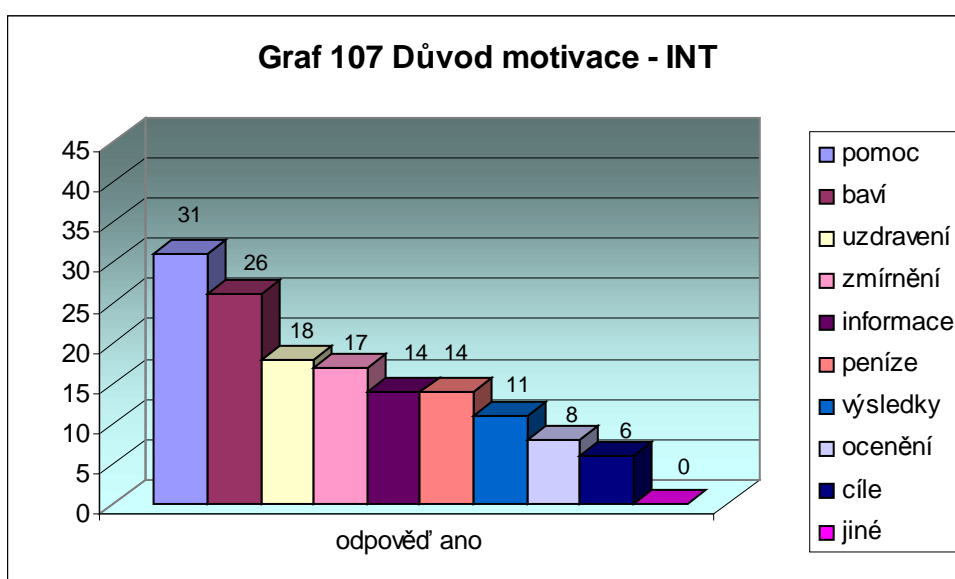
Motivaci k výkonu zaměstnání v chirurgických oborech pociťuje 41 sester (82 %), neví 1 sestra (2 %), nepociťuje 8 sester (16 %), z celkového počtu 50 sester (100 %).



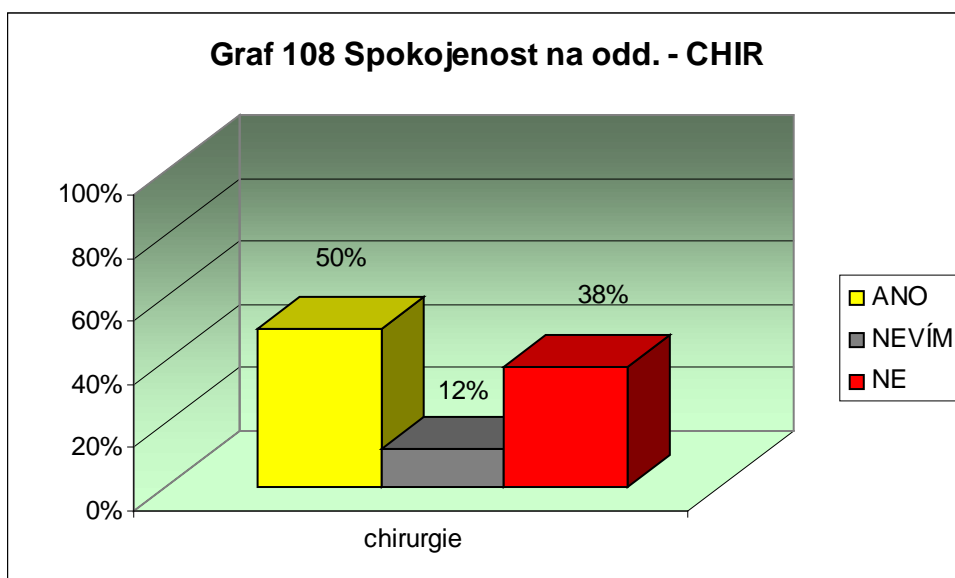
Motivací pro 41 sester v chirurgických oborech je nejčastěji, že je práce baví 32x. Dále pomoc druhým 31x, uzdravení 25x, zmírnění utrpení 24x, vydělání peněz 18x, nové informace 15x, dosažení výsledků 14x, dosažení cílů 10x, ocenění okolím 9x. Jiné odpovědi 2x: práce je perfektní, práce je radost.



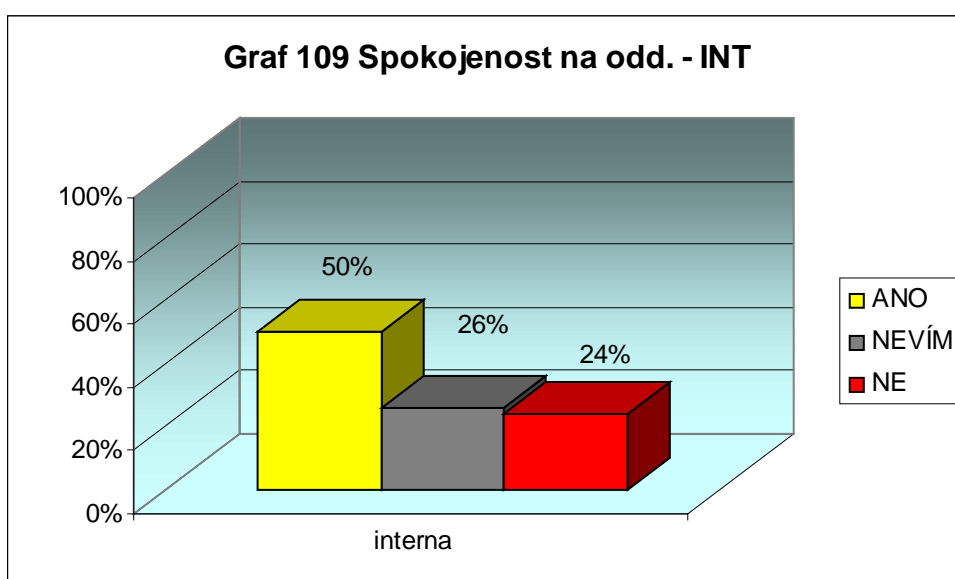
Motivaci k výkonu zaměstnání v interních oborech pocítuje 45 sester (90 %), neví 0 sester (0 %), nepocítuje 5 sester (10 %), z celkového počtu 50 sester (100 %).



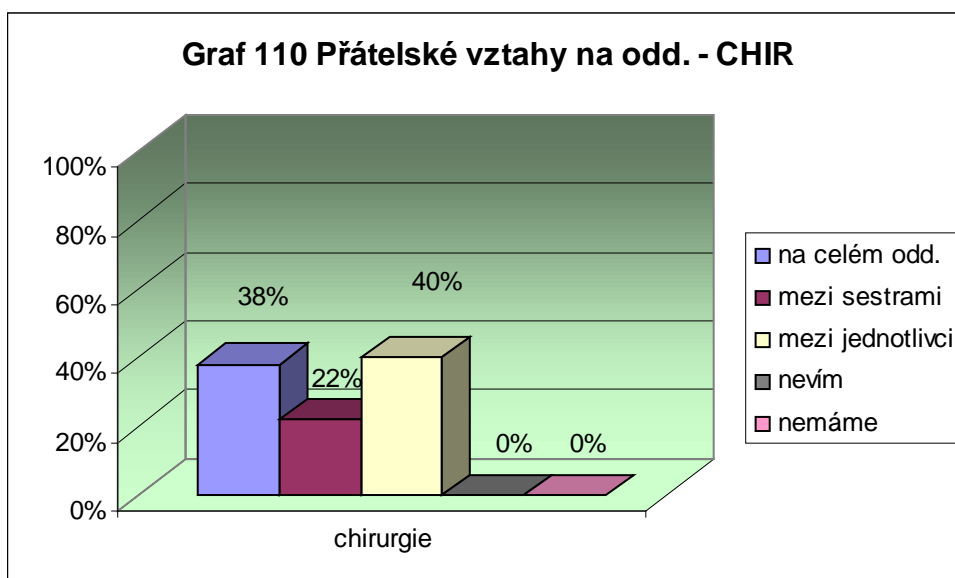
Motivací pro 45 sester v interních oborech je nejčastěji pomoc druhým, a to 31x. Práce je baví 26x, uzdravení 18x, zmírnění utrpení 17x, nové informace 14x, vydělání peněz 14x, dosažení výsledků 11x, ocenění okolím 8x, dosažení cílů 6x. Jiná odpověď nebyla žádná.



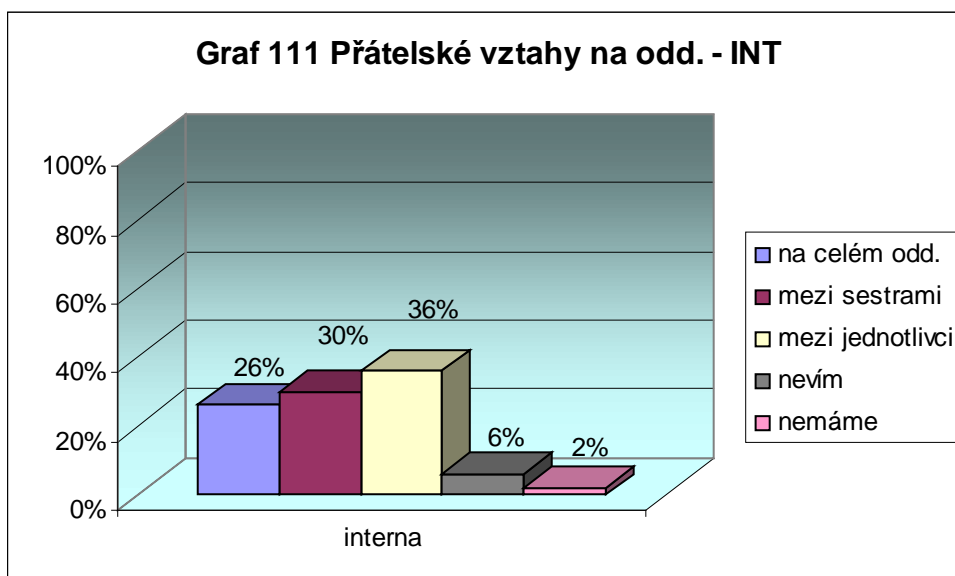
Spokojenosť v chirurgických oborech pociťuje 25 sester (50 %), neví 6 sester (12 %), nepociťuje 19 sester (38 %), z celkového počtu 50 sester (100 %).



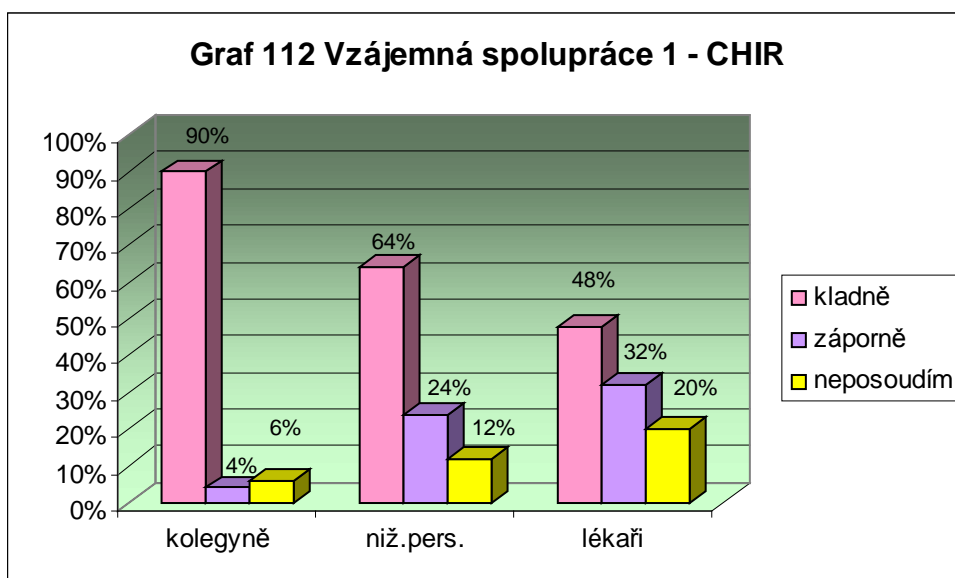
Spokojenosť v interných oborech pociťuje 25 sester (50 %), neví 13 sester (26 %), nepociťuje 12 sester (24 %), z celkového počtu 50 sester (100 %).



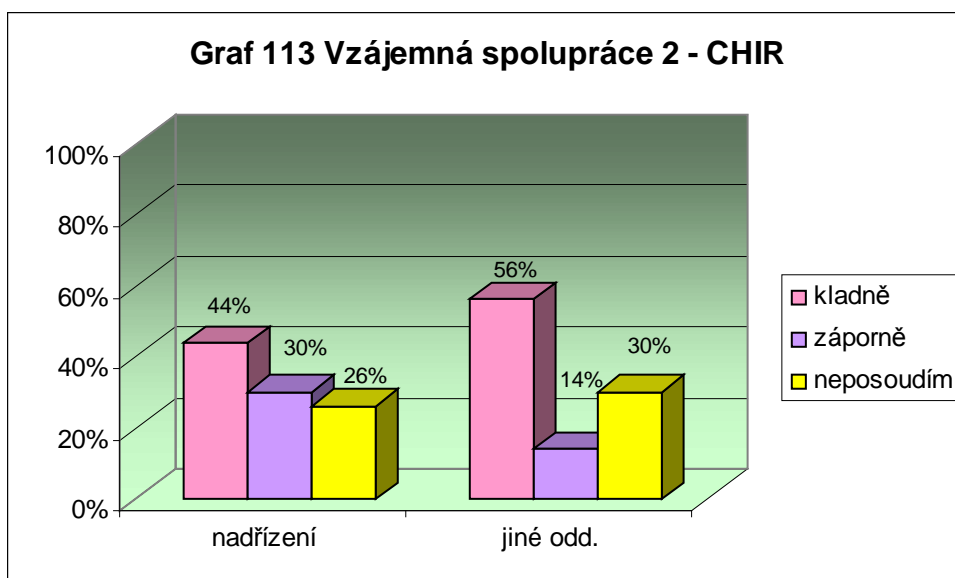
Z celkového počtu 50 respondentů (100 %) pociťuje na všech chirurgických oddělení přátelské vztahy 19 resp. (38 %). Mezi sestrami 11 resp. (22 %), mezi jednotlivci 20 resp. (40 %). Odpověď nevím nebo nemáme nebyla označena ani jednou.



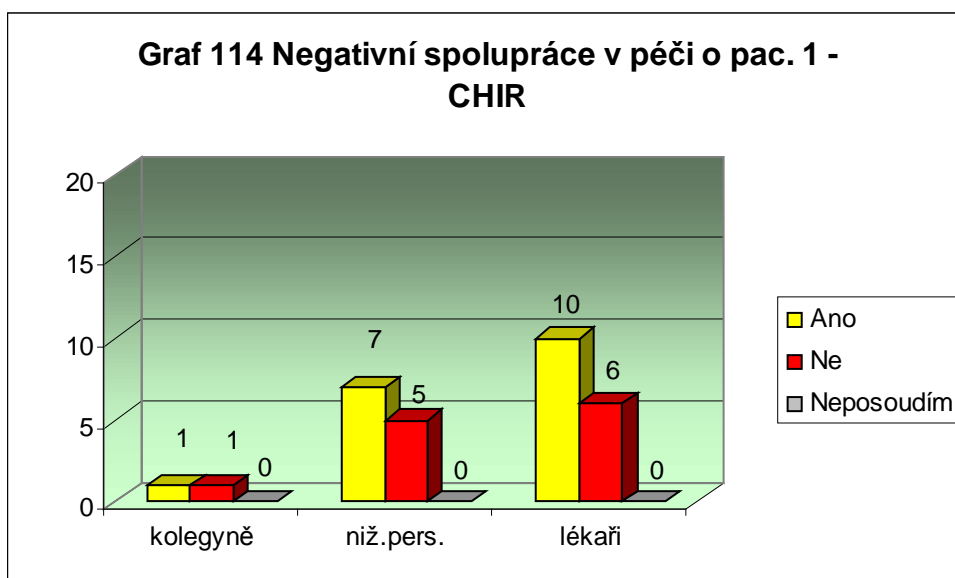
Z celkového počtu 50 respondentů (100 %) pociťuje na všech interních oddělení přátelské vztahy 13 resp. (26 %). Mezi sestrami 15 resp. (30 %), mezi jednotlivci 18 resp. (36 %), neví 3 resp. (6 %). Na oddělení nejsou žádné přátelské vztahy popisuje 1 resp. (2 %).



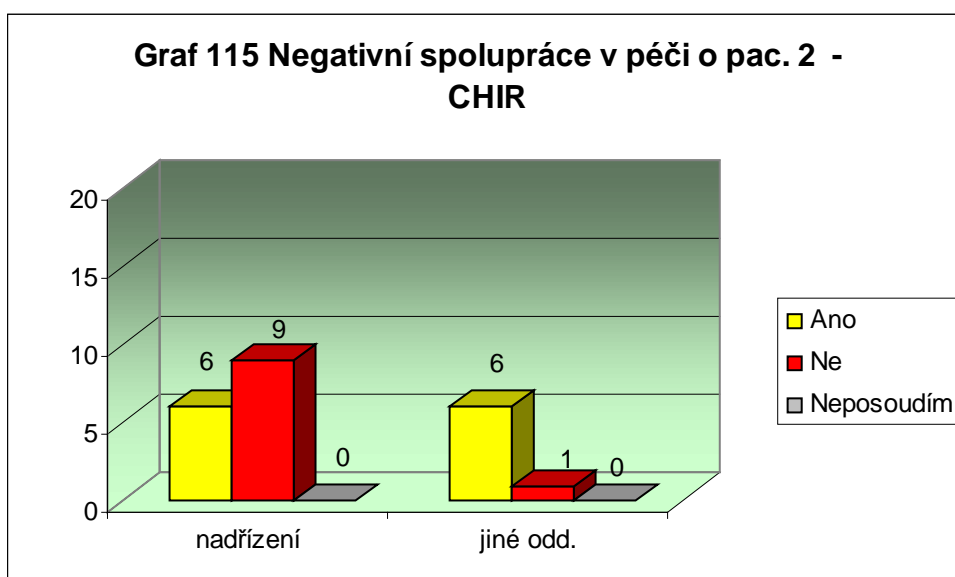
Vzájemnou spolupráci v chirurgických oborech, mezi kolegyněmi hodnotí kladně 45 sester (90 %), záporně 2 sestry (4 %) a neumí posoudit 3 sestry (6 %). S nižším zdrav. personálem kladně 32 sestry (64 %), záporně 12 sester (24 %), neumí posoudit 6 sester (12 %). S lékaři hodnotí kladně 24 sestry (48 %), záporně 16 sester (32 %) a neumí posoudit 10 sester (20 %). Z celku 50 sester (100 %).



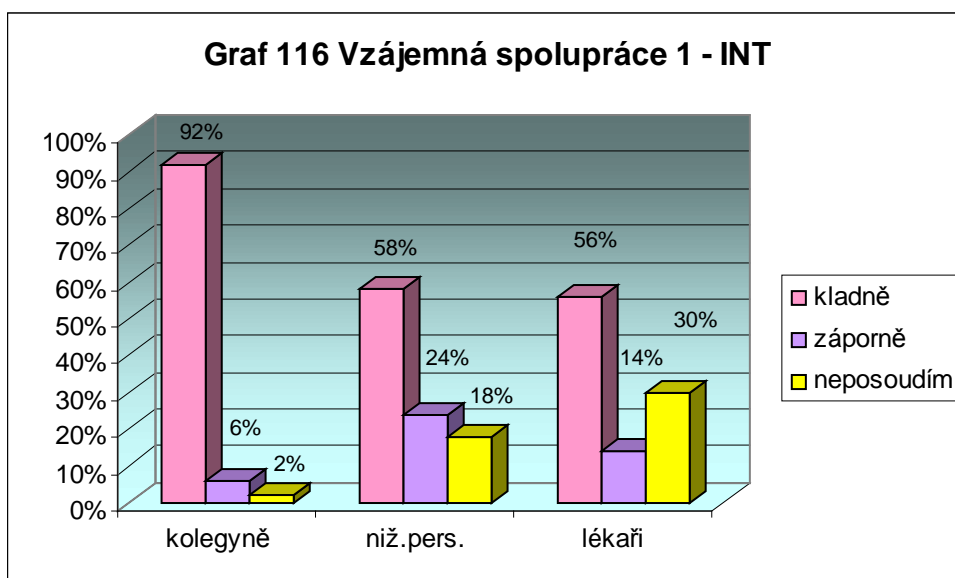
Vzájemnou spolupráci s nadřízenými hodnotí kladně 22 sestry (44 %), záporně 15 sester (30 %), neumí posoudit 13 sester (26 %). S jinými odděleními kladně 28 sester (56 %), záporně 7 sester (14 %), neumí posoudit 15 sester (30 %). Z celku 50 sester (100 %).



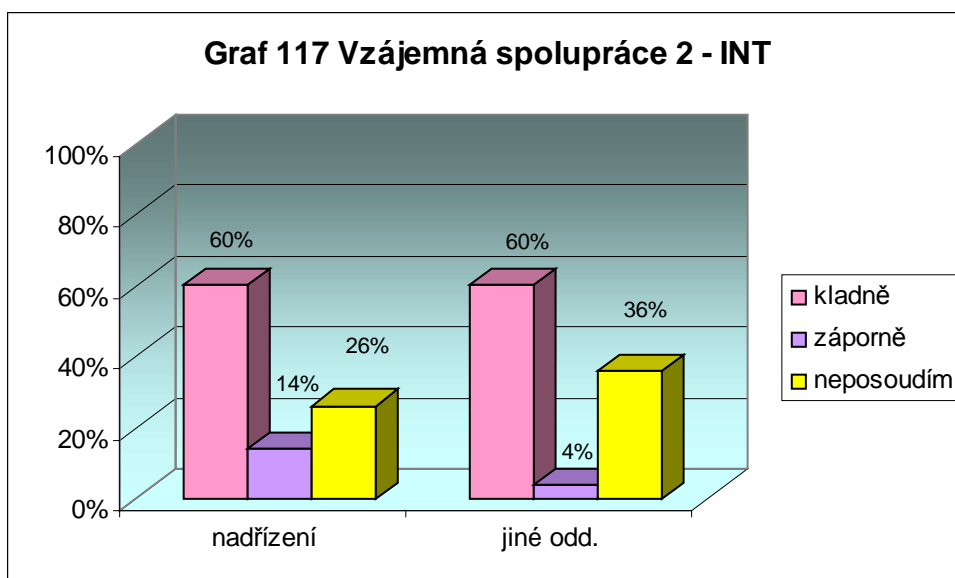
V chirurgických oborech dle 2 sester se negativní spolupráce mezi kolegyňemi odrazí v ošetrovatelské péči 1x ano, 1x ne, 0x neposoudí. Podle 12 sester s nižším zdrav. personálem 7x ano, 5x ne, 0x neposoudí. Podle 16 sester s lékaři 10x ano, 6x ne, 0x neposoudí.



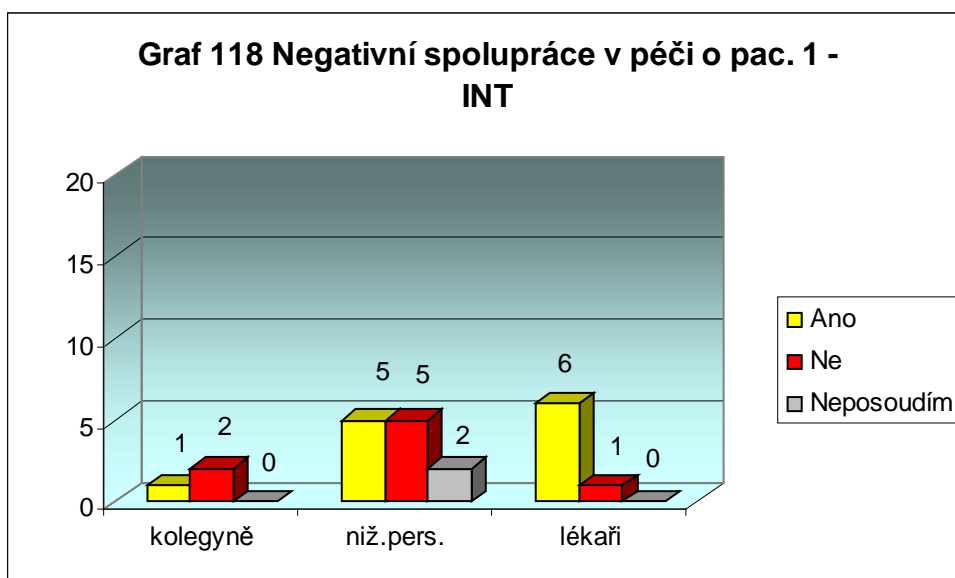
V chirurgických oborech dle 15 sester se negativní spolupráce s nadřízenými odrazí v ošetrovatelské péči 6x ano, 9x ne, 0x neposoudí. Dle 7 sester s jinými odděleními 6x ano, 1x ne, 0x neposoudí.



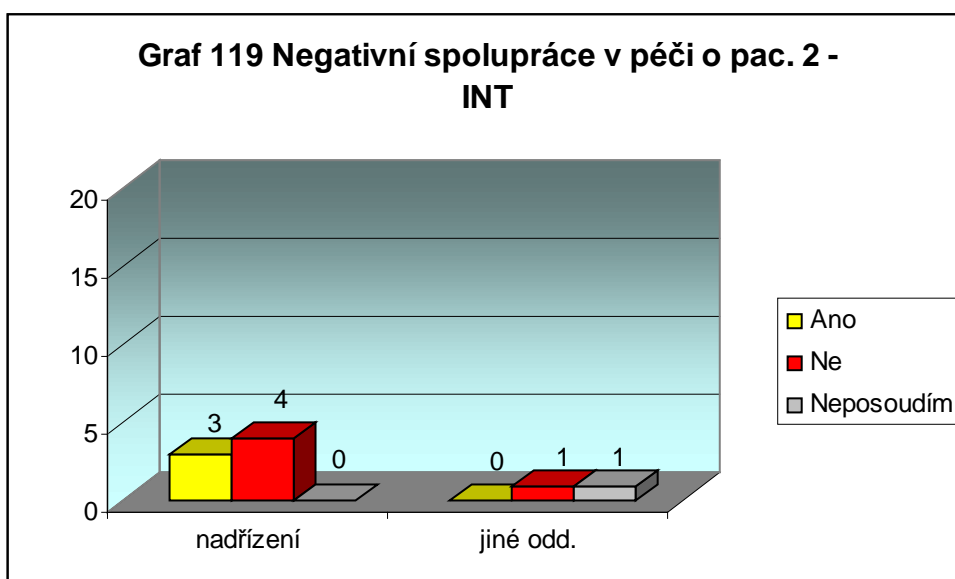
Vzájemnou spolupráci v interních oborech mezi kolegyněmi hodnotí kladně 46 sester (92 %), záporně 3 sestry (6 %) a neumí posoudit 1 sestru (2 %). S nižším zdrav. personálem kladně 29 sester (58 %), záporně 12 sester (24 %), neumí posoudit 9 sester (18 %). S lékaři hodnotí kladně 28 sester (56 %), záporně 7 sester (14 %) a neumí posoudit 15 sester (30 %). Z celku 50 sester (100 %).



Vzájemnou spolupráci s nadřízenými hodnotí kladně 30 sester (60 %), záporně 7 sester (14 %), neumí posoudit 13 sester (26 %). S jinými odděleními kladně 30 sester (60 %), záporně 2 sestry (4 %), neumí posoudit 18 sester (36 %). Z celku 50 sester (100 %).



V interních oborech dle 3 sester se negativní spolupráce mezi kolegyněmi odrazí v ošetrovatelské péči 1x ano, 2x ne, 0x neposoudí. Podle 12 sester s nižším zdrav. personálem 5x ano, 5x ne, 2x neposoudí. Podle 7 sester s lékaři 6x ano, 1x ne, 0x neposoudí.



V interních oborech dle 7 sester se negativní spolupráce s nadřízenými odrazí v ošetrovatelské péči 3x ano, 4x ne, 0x neposoudí. S jinými odděleními dle 2 sester 0x ano, 1x ne, 1x neposoudí.

5. Diskuze

Cílem práce bylo zjistit, jak funguje vzájemná spolupráce ve zdravotnickém týmu a najít chyby ve spolupráci.

Záměrem bylo získání stejného počtu respondentů, pro porovnání chirurgicky zaměřených oborů a interně zaměřených oborů (graf 1). V nejmladší věkové kategorii 18-25 let bylo stejně respondentů v obou oborech, ale v chirurgických bylo více mladších sester 26-30 let a také sester nad 50 let (graf 2, 3). Myslíme si, že je to dáno akutností oboru a nárazovostí. Za to méně sester má specializaci nebo vyšší odbornou školu (graf 4, 5). Domníváme se, že to pramení z věku sester a jejich délky praxe, která je nižší. V interních oborech je více sester s praxí delší nad 21 let a ve středním věku 31- 40 let (graf 6, 7). Dle výzkumu znají sestry hlavní sestru jen z krizových stavů nebo z jiných náhodných příležitostí, ale přesto by se na ni při změně oddělení obrátilo 36 % sester z interních oborů (graf 8, 9, 10, 11). O změně oddělení neuvažuje 36 % chirurgických sester, ale nejvíce by se jich obrátilo na vrchní sestru, a to 24 %. Vrchní sestry mají důvěru u 86% svých sester, ale pocit, že jim aktivně pomůže při řešení problému, má méně než polovina. Ulehčení práce od vrchních sester pocítují interní obory v 60%, chirurgické obory jen ve 40% a ještě k tomu mají ve 34% pocit, že na nich vrchní sestra vidí jen chyby (graf 12, 13, 14, 15, 16, 17). Spolupráce vrchních a staničních sester, spolupráce staničních a všeobecných sester tvoří více než 70 % (graf 18, 19, 20, 21, 22, 23). Dle literatury (Bártlová, 2006) vztahy mezi všeobecnými sestrami a jejich managementem velmi významně ovlivňují kvalitu pracovních vztahů. Myslíme si, že v praxi nejsou vztahy na dobré úrovni a dochází k ovlivňování kvality péče. Jak se ukázalo, pracovní semináře, a tedy další vzdělávání, jsou více na chirurgických odděleních, ale 77 % sester naprosto nemotivují k lepší práci. V interních oborech nemotivují 59 % sester, přestože se probírají pracovní a organizační povinnosti a nové trendy v ošetřovatelství (graf 24, 25, 26, 27, 28, 29). Domníváme se, že to je i tím, že jsou povinné a účast na nich je nekompromisní a spojit to s třísměnným provozem je velmi náročné. Nadřazené chování mezi sestrami nebo hanlivé hodnocení jejich práce a připisování pracovních omylů sestrám se v praxi stává podle třetiny až

skoro poloviny respondentů. Více se toto vyskytuje v chirurgických oborech a nejvíce ze strany starších sester s delší praxí (graf 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41). Těmito výsledky byla potvrzena hypotéza číslo 3, že chyby ve spolupráci mezi sestrami jsou podmíněny délkou praxe jednotlivých sester. Dle literatury (Mastiliaková, 2004) je výuka a výchova zdravotnického personálu, zjišťování znalostí a dovedností, účast na výchovných a vzdělávacích kampaních nutná a povinná. Sestra je aktivní složkou, účinně se začleňuje do zdravotnického týmu a spolupracuje s dalším zdravotnickým personálem. Domníváme se, že v praxi se to nepotvrdilo a často převažují negativní situace na daných odděleních. Výsledky ukazují nejen na odpovědnost a profesionalitu, ale také na nedbalost, nezáměr, nezalost a nezodpovědnost ve zdravotnickém povolání. Komunikace je v literatuře (Praško, 1996) popisována jako profesionální přístup k práci, ale také jako oboustranná výměna komunikačních zlovyků, které vytváří konflikt. Tato skutečnost se potvrdila ve výzkumu jak mezi sestrami, tak mezi lékaři (graf 42, 43, 44, 45, 46, 47, 60, 61). Vztah sestra-lékař popisuje literatura (Bártlová, 2006) jako stav, kdy se ze sestry „nesvéprávné pomocnice“ stává speciálně vyškolená odbornice se svými povinnostmi a svojí zodpovědností. Ale bohužel se ukázalo, že lékaři sesterskou práci uznávají, ale přesto je mají za nechytřé, nechtějí slyšet jejich názor a radí se s nimi jen z malé části (graf 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55). Nedůvěra v jejich schopnosti nebo lepší spolupráce jen s určitými sestrami se opět objevila ve větší míře na chirurgických pracovištích (graf 56, 57, 58, 59). Domníváme se, že nedůvěru způsobuje nižší věk sester a jejich kratší praxe. Lékaři je soudí podle vzhledu a důvěru v praxi je také třeba budovat určitou dobu a pak je jejich chování nadřazené. Tímto se potvrdila hypotéza číslo 2, že lékaři se chovají hlavně nadřazeně. Nižší zdravotnický personál je nedílnou součástí celkové ošetrovatelské péče a dle vyhlášky (Vyhláška 424) je personál pod přímým vedením všeobecné sestry a s ní se podílí na ošetrovatelské péči. Ve výzkumu se ukázalo, že si nižší zdravotnický personál neplní svou práci podle 72% respondentů (graf 62, 64). Důvodem je, že jich je někdy málo, nemají motivaci, zodpovědnost nebo jsou líní (graf 63, 65). Tímto se potvrdila hypotéza číslo 4, že nemají zodpovědnost. Chování sester k nižšímu zdravotnickému personálu ovlivňuje jejich kvalitu práce, ale na druhou stranu, pokud jim sestry určí práci, tak je často nemohou sehnat, vymlouvají se, utrhují

se na ně i na pacienty a mají verbální i neverbální doprovody (graf 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75). Přes 60 % sester určilo, že využívají znalosti platné v týmové spolupráci a při práci se vyskytují prvky profesionálního chování (graf 76, 77, 78, 79). Přestože jsou kompetence sester určeny vyhláškou (Vyhláška 424), v praxi mají sestry názor, že pracují nejvíce za nižší zdravotnický personál, pak za lékaře a někdy i za „uklížečku“. Práci za staniční sestry a jiné sestry vykonávají ojedinele (graf 80, 81). V nemocničním prostředí se často stávají konfliktní situace, dle výzkumu je uvedlo více než 70 % respondentů (graf 84, 85). Literatura uvádí (Bártlová, 2006), že rovnováha sestry je výrazně ovlivněna skutečností, do jaké míry je sestra schopna udržovat pracovní vztahy, předcházet konfliktům a řešit je. Ve výzkumu se ukázalo, že nejčastějším důvodem pro konflikt je jiný názor, nesympatie a nejasná komunikace. Dále špatná organizace práce, slabá disciplína a povrchní vztah k práci. Největším zdrojem zátěže pro všeobecné sestry je nedostatek peněz, psychická a fyzická únava a nedostatek personálu (graf 92, 93). Díky nadměrné zátěži se vyskytuje ve zdravotnictví syndrom vyhoření, a to uvádí více než 60 % sester (graf 86, 87, 88, 89). Sestry nejsou motivovány, a tak proti němu nebojuje 60 % sester (graf 90, 91). Také výskyt mobbingu a bossingu nepřispívá k dobré atmosféře na oddělení, u výzkumu počet nepřesáhl 25% (graf 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101). Dle literatury (Úlehla, 2005) je popisována profesionalita zdravotníka tak, že má mít pro každou nenadálou situaci různé alternativy řešení. Z výzkumu vyplývá, že kvůli tomuto neprofesionálnímu chování uvažuje 48 % sester o odchodu z nemocnice. Dokonce 16 % chirurgických sester a 10 % interních sester nepocítuje v práci vůbec žádnou motivaci, ani uzdravení nebo zmírnění utrpení. Tímto se potvrdila hypotéza číslo 1, že vzájemná spolupráce s ostatními členy týmu není zcela profesionální (graf 102, 103, 104, 105, 106, 107). Celkově vyšlo, že přátelské vztahy jsou na odd. nejvíce mezi jednotlivci a mezi sestrami jsou více v interních oborech (graf 108, 109, 110, 111). Spolupráci s nižším zdravotnickým personálem kladně hodnotí 58 % sester na interních a 64 % sester na chirurgických. Na chirurgických odděleních jsou lepší vztahy mezi sestrami 64 %, a na interních odděleních je lepší spolupráce s lékaři, a to 56 % (graf 112, 116). Vzájemná spolupráce s nadřízenými je ze 44% kladná v chirurgických oborech, ze 60% v interních oborech.

S jinými odděleními je vzájemná spolupráce hodnocena nad 60 % (graf 113, 117). To, že by měla nekvalitní spolupráce vliv na ošetrovatelskou péči, se částečně potvrdilo ve vztazích mezi sestrami, a nižším zdr. personálem, s lékaři, s nadřízenými i s jiným oddělením (graf 114, 115, 118, 119). Na jednotlivé otázky neodpovědělo více než 10 respondentů. Celkově horší vzájemnou spolupráci, a tím i ošetrovatelskou péči popisují více chirurgické obory. Domníváme se, že to pramení z akutních a kritických stavů, které jsou zde častější.

6. Závěr

Vzájemná spolupráce s ostatními členy zdravotnického týmu by opravdu měla být nedílnou součástí dnešního zdravotnictví, které prodělává mnoho změn. A pro personál to přináší velké množství teoretických i praktických poznatků a informací. Spolupráce je výhradně týmovou záležitostí, která se bez profesionálního chování neobejde. Musí udržovat takové pracovní vztahy a podmínky, které vyjadřují závazky vůči pacientovi a na kterých se všichni společně podílí. Důležité je být sociální oporou klientům a jejich rodinám, spolupracovníkům a spolupracovnicím.

Cílem práce bylo zjistit, jak funguje vzájemná spolupráce sester s ostatními členy zdravotnického týmu při zajišťování ošetrovatelské péče a najít chyby v této spolupráci. Výzkum zcela bezpečně prokázal, že se respondenti setkávají s neprofesionálním chováním a tím je narušena vzájemná spolupráce a péče o pacienty. Chyby způsobuje starší věk respondentů, delší praxe, hierarchie, nadřazenost, arogance, neprofesionální komunikace, nezájem. Cíle byly splněny.

K dosažení cílů byly stanoveny hypotézy. H1. Vzájemná spolupráce sester s ostatními členy týmu není zcela profesionální. Na základě výzkumu lze konstatovat, že se ve zdravotnickém týmu vyskytují prvky neprofesionálního jednání. H2. Chyby ve spolupráci sester a lékařů vychází hlavně z nadřazenosti lékařů. Ve výzkumu byly potvrzeny tyto chyby: nadřazenost, ironie, agrese, neúcta, neprofesionální komunikace. H3. Chyby ve spolupráci mezi sestrami, jsou hlavně podmíněny délkou praxe jednotlivých sester. Výzkum tuto hypotézu potvrzuje stejně jako další chyby, a to hanlivé hodnocení, připisování pracovních omylů, nadřazenost, nesprávnou komunikaci. H4. Chyby ve spolupráci sester a pomocného personálu často vychází z nedostatečné zodpovědnosti. Bylo zjištěno, že nižší zdravotnický personál postrádá více zodpovědnosti, ale také motivaci, projevuje se lenost, neurvalost, časté výmluvy na všechno možné.

V závislosti na situaci je nutné doporučit eliminaci neprofesionálního chování. Zdravotničtí pracovníci by měli držet krok s novými poznatky a získat potřebné informace o profesionálním chování, o komunikaci, o ošetrovatelství, o potřebách

pacientů, o řešení konfliktů, o práci jiných oddělení. V této profesi je velmi nutné kontinuální a celoživotní vzdělávání. Ale k tomu je potřeba, aby je jejich management motivoval, povzbuzoval a pomáhal jim. Je nutné zajistit opatření ke zlepšení přístupu. Naučili by se tam komunikační techniky, řešit jednotlivé problémy a prakticky by si to vyzkoušeli. Hlavním cílem je, aby každý začal sám u sebe, to je podstata pro komplexní řešení. Každý z nás tvoří část celého ošetrovatelského celku. I my nebo naše rodina budeme jednou v roli pacienta, a proto je nutné zajistit kvalitu na nejvyšší úrovni. Doufáme, že tato bakalářská práce poskytne nejen dostatek informací o místech, na které je třeba se zaměřit, ale snad se i každý pracovník ve zdravotnictví zamyslí sám nad sebou a bude se snažit o změnu k lepšímu.

7. Seznam použitých zdrojů:

1. ARANDA, S., O'CONNOR, M. *Paliativní péče*. Přel. J. Heřmanová. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. 324s. ISBN 80-247-1295-4
2. BÁRTLOVÁ, S. *Pracovní vztahy a kompetence všeobecných sester v ČR*. In: *Změny v roli sestry na počátku nového tisíciletí*. Brno: NCONZO, 2006. str. 24-38. ISBN 80-13-449-6
3. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6 přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. 127s. ISBN 80-247-1197-4
4. BLÁHA, K. et kol. *České ošetrovatelství 13*. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. 67 s. ISBN 80-7013-388-0
5. BUTTERWORTH, T., WILSON, K. *Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky 4*. Přel. J. Lány a kolektiv. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2003. 118 s. ISBN 80-85047-23-3
6. ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A. *Psychologie a pedagogika*. 1. vydání. Vimperk: Akcent, 1999. 116s. ISBN 80-86022-42-0
7. EDVARDS, S., RICHARDS, A. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. Přel. S. Sedlová. 1. vydání české. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 343 s. ISBN 80-247-0932-5
8. FARKAŠOVÁ, D. a kolektiv. *Ošetrovatelstvo – teória*. Martin: Osveta, 2001. 134 s. ISBN 80-8063-086-0
9. HAŠKAVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3., rozšířené vydání. Praha: Galén, 2002. 85 s. ISBN 80-7262-132-7

10. CHLEBOWCZYKOVÁ, J. Šikana na pracovišti. *Sestra*, Praha: 2006, roč. 16, č. 1, s.17-18. ISSN 1210-0404
11. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vydání. Brno: Centa, 2003. 165 s. ISBN 80-7254-329-6
12. JANOUSEK, V. *Mobbing nadřízeného – Bossing*. URL: < <http://www.zena-in.cz/rubrika.asp?idc=8603&id=2> > [cit. 2004-02-24]
13. KILÍKOVÁ, M. *Základy manažmentu v ošetrovatelstve I*. 1. vydání. Bratislava: Sapientia, 2006. 68 s. ISBN 80-89271-01-4
14. KOLEKTIV AUTORŮ. *Průvodce ošetrovatelskou dokumentací od A do Z*. 1. české vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2002. 392 s. ISBN 80-247-0278-9
15. KŘIVOHLAVÝ, J. *Konflikty mezi lidmi*. 2. vydání. Praha: Portál, s.r.o., 2002. 192 s. ISBN 80-7178-642-X
16. KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 80 s. ISBN 80-247-0784-5
17. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství I. díl*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2004. 187 s. ISBN 80-246-0429-9
18. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství II. díl*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2003. 16 s. ISBN 80-246-0428-0
19. MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. 1. vydání. Praha: AZ servis, 1997. 153 s. ISBN 80-85850-08-7

20. NAKONEČNÝ, M. *Sociální psychologie organizace*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. 228 s. ISBN 80-247-0577-X
21. PACOVSKÝ, V., SUCHARDA, P. *Úvod do medicíny*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2002. 150 s. ISBN 80-246-0414-0
22. PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 152 s. ISBN 8-247-1211-3
23. PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H. *Asertivitou proti stresu*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o., 1996. 184 s. ISBN 80-7169-334-0
24. ROZSYPALOVÁ, M., ŠAFRÁNKOVÁ, A. *Ošetrovatelství I*. 1. vydání. Praha: Informatorium, spol. s.r.o., 2002. 231 s. ISBN 80-86073-96-3
25. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 1*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1998. 50 s. ISBN 80-7013-263-9
26. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 3*. Dotisk. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2003. 49 s. ISBN 80-7013-282-5
27. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 4*. Dotisk. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů ve zdravotnictví, 2004. 60 s. ISBN 80-7013-283-3
28. ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Základy ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2006. 353 s. ISBN 80-246-1091-4

29. ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat*. 3. vydání. Praha: Sociologické nakladatelství, 2005. 128 s. ISBN 80-86429-36-9

30. *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky*, ročník 2004, Vydáno: září 2004, ZN: 21581/04/VVO

31. VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence*. 1. vydání. Praha: Remedium, 2002. 543 s. ISBN 80-7178-696-9

32. VUČKOVÁ, J. *Ošetrovatelství I. (1. část)*. 1. vydání. Praha: Fortuna, 1994. 72 s. ISBN 80-7168-151-2

33. VUČKOVÁ, J. *Ošetrovatelství I. (2. část)*. 1. vydání. Praha: Fortuna, 1996. 109 s. ISBN 80-7168-210-1

34. *Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 424/2004 Sb.*, kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

35. *Zákon Ministerstva zdravotnictví č. 96/2004 Sb.* o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů

36. ZEMAN, M. a kolektiv. *Chirurgická propedeutika*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o., 2000. 520 s. ISBN 80-7169-705-2

8. Klíčová slova

Kompetence

Ošetrovatelská péče

Role

Všeobecná sestra

Vzájemná spolupráce

Zdravotnický tým

9. Přílohy

Příloha 1 – Dotazník pro všeobecné sestry

Příloha 2 – Morální kodex sester

Příloha 1 – Dotazník pro všeobecné sestry

Dotazník

Vážené kolegyně/ kolego, jmenuji se Marta Byloková a jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích. Ke své práci jsem si vybrala téma: „Vzájemná spolupráce sester s ostatními členy zdravotnického týmu jako nedílná součást kvalitní ošetrovatelské péče.“ Obracím se tímto na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku. Dotazník je anonymní, proto jej vložte do přiložené obálky a zalepte. Všechny údaje budou považovány za důvěrné a budou použity pouze ke zpracování mé závěrečné práce. Odpovědi označte křížkem nebo dopište vlastní názor. Za projevenou ochotu ke spolupráci Vám děkuji.

1. Vaše věková kategorie

| | | |
|-------------------|-------------------|-------------------|
| od 18 - do 25 let | od 26 - do 30 let | od 31 - do 40 let |
| od 41 - do 50 let | nad 50 let | |

2. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání

| | | |
|-----|------|-----------------|
| SZŠ | VOŠ | PSS – jaké..... |
| Bc. | Mgr. | |

3. Délka praxe, obor

| | | |
|---------------|-------------|----------------------------|
| do 1 roku | 7 – 10 let | interně zaměřené obory |
| 1 - 3 let | 11 - 15 let | chirurgicky zaměřené obory |
| 4 – 6 let | 16 – 20 let | |
| 21 a více let | | |

4. Kdy navštěvuje hlavní sestra oddělení ? (více odpovědí)

| | |
|-------------------------|---|
| pokud se něco děje | má na odd. pravidelné schůze s vrchní sestrou |
| při přijímání personálu | pravidelně hovoří s pacienty o péči na odd. |
| pravidelně | aktivně se ptá na Vaši spokojenost na odd. |
| nepravidelně | jiné..... |

5. Pokud byste uvažovala o změně oddělení?

| | |
|----------------------------------|------------------------------|
| půjdete rovnou za hlavní sestrou | nevíte co máte dělat |
| nejprve se obrátíte na ?..... | zatím jste o tom neuvažovala |
| jiné..... | |

6. Pokud máte pracovní problém, který je nutný řešit, můžete se obrátit na vrchní sestru?

| | |
|-------------------|--------------------------|
| ne | |
| nevím | |
| ano → Pomůže Vám? | |
| pomůže | pomůže, ale všem to poví |
| nepomůže | jak kdy |
| jiné..... | |

7. Snaží se Vám vrchní sestra ulehčit nebo zpříjemnit Vaši práci?

ano v mezích možností ne, naopak vidí jen chyby nezajímá ji to nevím

Jiné.....

8. Pozorujete na Vašem odd. vzájemnou spolupráci mezi vrchní sestrou a staniční sestrou?

ano ne nevím

vlastní názor.....

9. Pokud připomenete staniční sestře, že chybí nějaké pomůcky nebo léky, co udělá?

vše zařídí a doplní poděkuje mi evidentně jí není příjemné, že jí to připomínáte

řekne Vám ať si to zařídíte sami sdělí Vám ať se staráte o svojí práci

nezajímá ji to jiné.....

10. Máte na odd. práce, že nevíte co dřív udělat, staniční sestra.... ?

dělá si své, má taky dost práce

pomůže s tím co je třeba vymluví se na jinou práci a odejde

dělá si své a nevšímá si Vás ještě má nevhodné připomínky

jiné.....

11. Máte se staniční sestrou (popř. s vrchní sestrou) pravidelné pracovní semináře?

ne

ano → co projednáváte? (více odpovědí)

organizační záležitosti pracovní náplň různá odborná témata

novinky v ošetrovatelské péči připomínky lékařů služby na odd.

vaše chyby

jiné.....

→ motivují Vás semináře ke kvalitnější práci ?

ne ano – čím ?.....

12. Setkáváte se s tím, že se kolegyně o Vaši práci vyjadřují hanlivě?

ano ne nevím

Máte příklad?.....

13. Stává se, že jsou Vám připisovány pracovní omyly, které jste neudělal/a ?

nevím ne

ano →

od lékařů

od nadřízených sester

od sester kolegyně

14. Potřebujete-li pomoc od Vaší kolegyně / kolegyň u pacientů?

pomůže/ou rádi pomůže/ou, ale tváří se negativně nepomůže/ou pomůže/ou
jak kdy

jiné.....

15. Chovají se k Vám některé kolegyně nadřazeně?

ne

ano → proč? (více možností) jsou starší mají delší praxi
jsou oblíbenější jsou hezčí jsou šikovnější
jiné.....

16. Mezi Vašimi kolegyněmi v pracovním vztahu pociťujete? (více odpovědí)

| | |
|---------------------|----------------|
| odpovědnost | zmatek |
| pravomoc | neznalost |
| postupný postup | nedbalost |
| předávání informací | neschopnost |
| motivaci | nezájem |
| profesionalitu | nezodpovědnost |

žádná z uvedených možností

17. Které prvky nacházíte při komunikaci mezi sestrami? (více odpovědí)

| | | |
|----------------------|-----------------------|---------------------------|
| nejasné sdělení | tzv. "čtení myšlenek" | vložení vlastního významu |
| přerušování | skákání do řeči | není zpětná vazba |
| neverbální projevy | nejasnost | nekonkrétnost |
| neupřímnost | přehánění | překrucování |
| nadměrné zobecňování | únik od tématu | přehnaná emoční reakce |

žádná z uvedených možností

18. Jak se cítíte ve Vašem kolektivu na oddělení?

jsem plnou součástí zapadnu, ale není to ideální
jako na trní osaměle
jiné.....

19. Jak myslíte, že vás uznávají lékaři na vašem odd. ? (více odpovědí)

| | |
|--|------------------------------------|
| berou mě jako svoji polovinu | radí se se mnou |
| informují mě o všem kolem pacienta | ptají se na můj názor |
| uznávají sesterskou práci | spoléhají na mě |
| jsem pro ně služka | jsem dobrá jen když něco potřebují |
| předávají na mě práci, kterou nechtějí dělat | můj názor neberou na zřetel |
| připomínky a nápady nechtějí slyšet | neberou nás za moc chytré |

vlastní názor

20. Pokud lékaři sdělíte informace o pacientovi, jak reaguje?

věřící mi věří mi, ale raději si to ověří
jak kdy, někdy mi věří, někdy ne
nevěří mi – ověří si to u → staniční sestry jiné kolegyně
pacienta z dokumentace

21. Pociťujete k Vám nějaké negativní prvky v chování lékařů ? (více odpovědí)

nadřazenost chuť mě ztrapnit agresivitu ironii
aroganci ignorace pohrdání
vlastní názor..... žádná z uvedených

22. Spolupracují lékaři s jinou sestrou lépe než s Vámi?

ne nevím ano → proč ? → (více odpovědí)
je zkušenější je starší je vzdělanější je hezčí
tyká si s ním kouří má lepší postavu je drzejší
je oblíbenější lépe pracuje jiné.....

23. Nacházíte nějaké prvky, které se vyskytují při komunikaci s lékaři? (více odpovědí)

nejasné sdělení tzv. "čtení myšlenek" vložení vlastního
významu
přerušování skákání do řeči není zpětná vazba
neverbální projevy nejasnost nekonkrétnost
neupřímnost přehánění překrucování
nadměrné zobecňování únik od tématu přehnaná emoční reakce
žádná z uvedených možností

24. Domníváte se, že nižší zdravotnický personál (sanitáři, ošetrovatelé), na odd. kde pracujete, plní všechnu svoji práci tak jak mají?

ano plní
ne - proč → (více odpovědí) mají spoustu práce je jich málo nestíhají
jsou líní nechtějí nikoho poslouchat
je jim to jedno nemají motivaci mají nedostatečné
vzdělání
nepociťují za nic zodpovědnost nebaví je to
jiné.....
částečně → ⚔ (pokud zaškrtnete, vyberte z možností, které jsou u „ne“)

25. Vyhledává aktivně nižší zdravotnický personál svoji práci?

ano ne nevím

26. Myslíte si, že kvalita práce sanitářů a ošetrovatelů na vašem odd. je závislá na tom, jak se k nim sestry chovají?

ano ne nevím

27. Jak se chová nižší zdravotnický personál pokud mu určíte práci? (více odpovědí)

vykonají ji vykonají ji, ale mají neverbální doprovod nadávají hází s věcmi

utrhují se na pacienty utrhují se na nás nemůžete je sehnat
mají nepříjemné verbální komentáře dělají neverbální grimasy odmouávají
čekají na připomenutí často práci neplní vymlouávají se na jinou práci
jiné.....

28. Máte nižší zdravotní personál když ho potřebujete? (více odpovědí)

ano bez problémů ano, snaží se ne, mají hodně práce
nemáme je, je jich nedostatek když ho zavolám přijde přijde jen když
zvýším hlas často je někde a nikdo neví kde vymlouává se na jinou práci
volám ho opakovaně

zkušenost..... vlastní

29. Pokud nižší personál nevykonává práci jak by měl, co uděláte? (více odpovědí)

udělám to za něj práce udělaná nebude nařídím to jiné sestře
řeknu to vrchní sestře řeknu to staniční sestře obrátím se na lékaře
vyřídím to s ním sama udělám na něj zápis
jiné.....

30. Které prvky profesionálního chování se vyskytují u Vás na odd. ? (více odpovědí)

pochopení tolerance laskavost jasná komunikace
adaptivní chování (zvládnuté, upravené) kolektivní orientace
univerzalismus (postoj ke všem stejný) emocionální neutralita
chování bez neverbálních projevů žádná z uvedených možností

31. Jsou Vaše pracovní znalosti a dovednosti platné v týmové spolupráci?

využiji jich často uplatňuji je zřídka
neuplatňuji je kvůli kritice od ostatních neuplatňuji je, protože to není nutné
jiné.....

32. Provádíte v práci jen Vám přidělené sesterské činnosti? (více odpovědí)

dělám jen sesterskou práci dodělávám často práci za ostatní sestry
musím zaskakovat za sanitáře / ošetřovatele někdy dělám i uklízečku
část práce nám připadá za lékaře vykonávám práci za staniční sestru

33. Stávají se na Vašem odd. konfliktní situace?

NE ANO → z důvodu? (více odpovědí)

| | |
|---|--------------------------------|
| názorová odlišnost | nekompromisnost |
| tvrdohlavost | slabá disciplína |
| přílišná emotivita | tendence ovládat a manipulovat |
| nesympatie vůči nějaké osobě | sebepodceňování |
| nejasná komunikace | komplex méněcennosti |
| konflikt rolí | málo asertivity |
| povrchový vztah k práci | nadměrná soupeřivost |
| neschopnost relaxace | převaha negativních vlastností |
| tendence zvýšit své společenské postavení | špatná organizace práce |
| jiné..... | |

34. Znáte pojem“Syndrom vyhoření“ ?

ne
ano → setkáváte se s ním na vašem oddělení:
ano ne nevím
→ bojujete proti němu? ne
ano - čím

35. Co je pro Vás na pracovišti zdrojem zátěže a stresu? (více odpovědí)

| | | | |
|---------------------------|--------------------|----------------------|------------------------------|
| pacienti | nedostatek pomůcek | lékař | nutnost rychlého rozhodování |
| špatné vztahy | nadřazenost | nedostatek personálu | velká zodpovědnost |
| fyzická únava | psychická únava | | nadřazení |
| nízké finanční ohodnocení | umírání a smrt | | odborná práce |
| nic | jiné..... | | |

36. Děje se na Vašem odd. MOBBING (nebo-li šikana na pracovišti)?

ne nevím
ano → zažívám je osobně
u ostatních kolegů
příklad.....

37. Setkáváte se v zaměstnání s BOSSINGEM (neboli šikana od nadřízených)?

ne nevím
ano → osobně
u kolegů

příklad.....

38. Máte někdy pocit, že byste chtěl/a z nemocnice odejít?

ne nikdy někdy, ale hned to zavrhnu
ano mám → jak často?.....
→ důvod?.....

Sestra a pacient

Sestra má základní povinnost poskytnout pomoc člověku, který její pomoc potřebují.

Sestra při poskytování péče jedná s maximální úctou k lidské důstojnosti a plně respektuje pacientovo právo na sebeurčení.

Sestra není v ošetrovatelské praxi negativně ovlivněna věkem, pohlavím a osobností pacienta a stále si zachovává úctu k jeho individuálnímu hodnotovému systému a životnímu stylu.

Sestra jedná tak, aby chránila pacienta a veřejnost v případech, že zdravotní péče a bezpečí jsou narušovány neoprávněnými, protietickými nebo protiprávními zákroky jakékoliv osoby.

Sestra a praxe

Sestra přijímá osobní odpovědnost za svá rozhodnutí při ošetřování a za následné jednání.

Sestra uplatňuje získané znalosti a řídí se individuální způsobilostí a schopností při vyhledávání konzultace, při přijímání a předávání sesterské činnosti jiným.

Sestra usiluje o nejvyšší možný standard ošetrovatelské péče v mezích možností dané situace.

Sestra a spolupracovníci

Sestra spolupracuje a koordinuje s jinými profesionály zdravotnické péče, uznává a respektuje jejich přínos a vyvíjí úsilí o celkovou úroveň morálních vztahů zdravotnického týmu.

Sestra provádí zodpovědně nařízení lékaře, ale odepře účast na jednání, které odporuje etice či jejímu svědomí.

Sestra a profese

Sestra se zodpovědně podílí se spoluobčany a ostatními zdravotníky na iniciativním uspokojení zdravotních a sociálních potřeb veřejnosti.

Sestra se podílí na objektivní informovanosti veřejnosti v oblasti zdraví a všech aspektů, které mohou zdraví ovlivnit.

Sestra celým způsobem svého života dokazuje, že zná zvyky a mravy společnosti, v níž žije, a nejedná proti nim.

Zdroj: STAŇKOVÁ, M. *České ošetřovatelství 1*. Vydání první. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1998. 50 s. ISBN 80-7013-263-9

