

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

**Využití role sestry-rozhodovatelky v praxi v souvislosti s poskytováním
kvalitní ošetrovatelské péče**

Diplomová práce

Vedoucí práce:
PhDr. Marie Trešlová, Ph.D.

Autor:
Jaroslava Stehlíková

2009

Utilization of the role of a nurse as a decision-maker in practice in connection with provision of quality nursing care

Abstract

While exercising their profession, nurses fulfil professional roles. Decision-making is one of the fundamental roles of a nurse and may influence the quality of the provided nursing care to a certain extent. Effectiveness of decision-making and its impact on the quality of care can be evaluated and assessed from various views since nurses occupy various nursing management levels in the hospital hierarchy.

This thesis titled “Utilization of the role of a nurse as a decision-maker in practice in connection with provision of quality nursing care” is divided into two units. The theoretical part of the thesis addresses current findings in the area of decision-making, in particular characterizes features and pre-requisites of a nurse as a decision-maker, describes the decision-making process and outlines the issue of quality of nursing care.

The second part of the thesis addresses the research which used the quantitative method of data collection and the questionnaire technique. The respondents were nurses working in selected hospitals in the Region of South Bohemia and their selection was intentional. 291 duly completed questionnaires were used for the data analysis. The research was conducted from 15 January to 25 February 2009.

For the purposes of the thesis, two research objectives and four related hypotheses to be confirmed or disconfirmed were raised. The thesis attempted to ascertain to what extent the decision-making role of a nurse is utilized and what main factors affect decision-making of a nurse within the scope of provision of nursing care.

Hypothesis 1 assuming that a nurse does not have conditions to conduct nursing interventions on the basis of her decision-making competence was not confirmed since more than a half of respondents answered in the affirmative in respect of observance, fulfilment or facilitation of the conditions in the workplace.

Hypothesis 2 assuming that a managing nurse allows her subordinates to fully decide on the manner of the nursing care provision was not confirmed either since only

less than a third of managing nurses provides her subordinates with the maximum opportunity to decide thereon.

Hypothesis 3 assuming that the factors characterizing the current state of nursing care do not allow utilization of the decision-making competence of a nurse was not confirmed. Three of the five most frequently reported factors needed by nurses in order to increase the quality of their decision-making proved as supporting in relation with the decision-making competence of a nurse.

Hypothesis 4 assuming that partner cooperation within a multidisciplinary team strengthens the decision-making role of a nurse was confirmed since almost three quarters of the nurses stated a positive effect on utilization of the decision-making role of a nurse in practice.

In the final parts of the thesis we lay out possible recommendations to improve the state. Nurses, in particular managing nurses, should be more conscious of their decision-making role and consequences of correct or incorrect decisions. Awareness of nursing competences and their defence before the other staff (doctors) is connected therewith. For this reason we realize the need to highlight again the unique role of managing nurses as defenders of nurses and the main team-builder in their workplace.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Využití role sestry-rozhodovatelky v praxi v souvislosti s poskytováním kvalitní ošetrovatelské péče vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové 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 25.5. 2009

podpis studenta

Poděkování:

Děkuji PhDr. Marii Trešlové, Ph.D. za ochotu, pomoc a odborné rady při zpracovávání diplomové práce. Dále děkuji všem hlavním, vrchním, staničním a směnovým sestřám za spolupráci při realizaci výzkumného šetření. Speciální dík patří prom. mat. Bohuslavu Slípkovi, CSc. a Ing. Ivě Brabcové, R.N. za konzultace při zpracovávání dat.

Obsah

Úvod	3
1 Současný stav	5
1.1 Charakteristika současného ošetrovatelství	5
1.1.1 Funkce a role sestry	6
1.1.2 Sesterské role	7
1.2 Ošetrovatelský management a sestra manažerka	11
1.3 Sestra rozhodovatelka	13
1.3.1 Odborné znalosti	14
1.3.2 Osobnostní charakteristika	16
1.3.3 Komunikace	17
1.3.4 Kritické myšlení a kreativita	19
1.3.4.1 Sebereflexe	22
1.3.5 Rozhodovatelka v multidisciplinárním týmu	23
1.4 Rozhodování	25
1.4.1 Rozhodování jako proces	25
1.4.2 Typy rozhodování	28
1.4.2.1 Delegování	29
1.4.3 Modely rozhodování	30
1.4.4 Etické aspekty rozhodování	32
1.5 Kvalita ošetrovatelské péče	34
1.6.1 Hodnocení kvality	35
1.6.1.1 Odpovědnost a pochybení v ošetrovatelské péči	36
1.6.1.2 Management rizik a bezpečnost	38
1.6.3 Pacientův/klientův pohled na kvalitu	40
2 Cíle práce a hypotézy	41
2.1 Cíle práce	41
2.2 Hypotézy	41
3 Metodika	42

<i>3.1 Metodika práce</i>	42
<i>3.2 Zpracování dat</i>	42
<i>3.3 Charakteristika výzkumného vzorku</i>	43
4 Výsledky	44
<i>4.1 Souhrnné výsledky</i>	44
<i>4.2 Výsledky podle jednotlivých nemocnic</i>	86
<i>4.3 Data pro zjištění vzájemné nezávislosti dvou proměnných</i>	111
<i>4.3.1 Chápání pojmu pacient a nejvyšší dosažené vzdělání sester</i>	111
<i>4.3.2 Pojem „rozhodovací role sestry“ a nejvyšší dosažené vzdělání sester</i>	112
<i>4.3.3 Vliv spolupráce týmu na rozhodovací roli sestry a pracovní atmosféra</i> ...	113
5 Diskuze	115
6 Závěr	135
7 Seznam použitých zdrojů	137
8 Klíčová slova	145
9 Přílohy	146

Motto:

„Nemáme jinou možnost než vstát, vydat se na cestu a změnit se. A jakmile člověk začne, věci se začnou dít...“

(Two Horses Running, poloindiánka z kmene Cherokee)

Úvod

Je-li člověk nemocný, mění se jeho priority a potřeby. Ve středu zájmu stojí uzdravení a návrat do původního života, protože domácí prostředí a známé osoby působí pozitivně na psychiku a celkovou léčbu. V nemocnici je však nemocný vystaven celé řadě vlivů, musí se přizpůsobit novým podmínkám, lidem a jejich způsobu chování a jednání. V této chvíli nastupuje na scénu sestra jako poskytovatelka ošetrovatelské péče a stává se (nebo nestává?) pomocníkem a rádcem klienta.

V rámci výkonu svého povolání plní sestra své profesní role. Každá ze sester je individuální bytost, a proto bude v jiném rozsahu své role využívat a naplňovat než kolegyně z oddělení. Rozhodování tvoří důležitou součást sesterské profese, protože do značné míry ovlivňuje kvalitu poskytované péče. Správné rozhodování vede zpravidla ke správnému ošetrovatelskému zásahu, tj. intervenci. Sestry působící ve funkci, např. náměstkyně ošetrovatelské péče, vrchní nebo staniční sestry, se také rozhodují, ovšem jejich rozhodnutí nabývají jiného charakteru. Efektivnost rozhodování a jeho dopad na kvalitu péče lze tedy hodnotit a posuzovat z různých úhlů pohledu, kdy sestry působí v rámci nemocnice na různých stupních ošetrovatelského managementu (řízení).

V současnosti se společnost všeobecně orientuje na „kvalitu“ všeho druhu, proto je i problematika poskytování ošetrovatelské (i medicínské) péče stavěna do středu zájmu odborníků a samotných pacientů. Jedním z důvodů, proč jsem se rozhodla zpracovat toto téma ve své diplomové práci, byla právě jeho aktuálnost, užitečnost a praktické využití. Pomocí výsledků práce bych chtěla zaujmout samotné sestry, aby si uvědomily důležitost svých rozhodnutí a z nich vyplývajících důsledků. Pracovní výkon bude mnohem efektivnější, přispějí ke zlepšení péče a jejich práce je bude profesionálně

uspokojovat. Sesterské rozhodování je ovlivňováno řadou faktorů jak v pozitivním, tak v negativním smyslu. Ve své práci se pokusím tyto faktory zmapovat a vysvětlit jejich vliv na správnost rozhodnutí a kvalitu poskytované péče. Práci by mohly ocenit také sestry manažerky, které se ve větší míře zabývají kvalitou a jejím hodnocením, nebo i studenti jako podpůrný studijní materiál.

Diplomová práce je rozdělena na dva celky. V prvním jsou popsány dosavadní teoretické znalosti týkající se tématu sesterských rolí a kvality ošetrovatelské péče. Soustředila jsem se hlavně na management z ošetrovatelského hlediska, sesterské role, kvalitu péče, zmíněné rozhodování a s ním související dovednosti, vlastnosti (i postoje), které by sestra měla „mít a znát“. Druhá část práce je věnována výzkumnému šetření realizovaného pomocí dotazníkové techniky (viz příloha 1 a 2) a výsledkům, pomocí nichž bych chtěla nastínit, do jaké míry sestry využívají svou rozhodovací roli a jaké faktory je při této činnosti nejvíce ovlivňují.

1 Současný stav

1.1 Charakteristika současného ošetrovatelství

Ošetrovatelství a společnost procházejí neustálou změnou a vývojem, a proto je potřeba hned v úvodu, alespoň ve stručnosti, uvést některé jejich charakteristiky. Pro počátek 21. století je typické následující: stárnutí populace, ubývání aktivně pracujících, směřování péče do domácího prostředí, jiné spektrum služeb ve vztahu k lékařské nebo ošetrovatelské péči, rozkvět alternativní medicíny, složitější etické případy, privatizace zdravotnických zařízení aj. Ošetrovatelství je značným způsobem ovlivněno politickou, ekonomickou a sociální atmosférou, ale také poznatky z oblasti etiky, lidských práv, nebo psychologie. Dále se mění složení pacientů, např. přibývá těžce nemocných, nemocných v terminálním stadiu vývoje nemoci, na druhou stranu se vlivem rozvoje medicínské vědy a technologií zkracuje zejména doba pro stanovení diagnózy nebo počet dnů hospitalizace v nemocnici. Někteří nemocní mají možnost „nakoupit si“ část zdravotnických služeb a výkonů (např. nadstandardní pokoj), a proto již není pacient nazýván pacientem, nýbrž klientem. Pacient/klient (dále jen P/K) je považován za jedinečnou individuální bytost se svými specifickými potřebami a přáními, které je potřeba v dostatečné míře uspokojit. V tomto okamžiku vystupuje ze zdravotnického týmu do popředí sestra, jelikož právě ona nejvíce P/K pomáhá se zajištěním pocitu bezpečí a s dosažením stanovených cílů (25, 26, 46).

Z hlediska kvality poskytované péče je důležité, do jaké míry naplňuje sestra své profesní role (viz kapitola 1.1.2). Jedna z méně výrazných, avšak stěžejních sesterských rolí je role rozhodovací. Sestra svým rozhodnutím ovlivňuje přímo P/K nebo zmíněnou kvalitu ošetrovatelské péče. Efektivní rozhodování je však podmíněno určitými znalostmi, dovednostmi a zodpovědností, a proto, nejen z tohoto důvodu, se vzdělávání sester přesouvá na vyšší stupeň (univerzity, vyšší odborné školy), kde se jim dostane potřebných poznatků a dovedností s možností jejich nácvičky. Ministerstvo zdravotnictví České republiky uvedlo v roce 2004 v platnost zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povolání (zkrácený název), který upravuje podmínky opravňující k výkonu povolání zdravotnického pracovníka, jednodušeji řečeno popisuje způsoby

a podmínky vzdělávání sester a jiných pracovníků (novelizace platná od 1.7. 2008). Kromě jiného jsou sestry povinny se celoživotně vzdělávat, čímž by skrze získanou rozhodovací kompetenci byla P/K zaručena vysoká úroveň poskytované péče. Ovšem tyto vysoké nároky na osobu sestry bývají někdy, navíc v kombinaci se současnými podmínkami praxe, příčinou fluktuace mezi jednotlivými odděleními nebo úplného odchodu ze zaměstnání do jiného oboru. Výsledkem je celorepublikový nedostatek sester, díky němuž se podle České asociace sester objevují obtíže s podmínkami pro poskytování základní ošetrovatelské péče. Tento jev se následně odráží ve výsledné kvalitě péče. I Škrļa a Škrļová hovoří o současném zdravotnictví jako o „období chaosu a turbulence (46, s. 236)“, což do jisté míry vyplývá ze současného stavu ošetrovatelství ve zdravotním systému. Do budoucna je tedy potřeba neustálého plánování a přípravy na možné, nově se vyskytující jevy. Z tohoto důvodu Česká asociace sester vytvořila teoretický náhled na stav ošetrovatelství v roce 2010, kdy se bude péče více soustředit do domácího prostředí, nastane rozvoj komunitní péče (zejména o seniory), změní se struktura ošetrovatelských týmů, sestry budou lépe využívat kompetence v rámci svého rozhodování a ve větší míře se začlení do výzkumných týmů aj. Jejich profesní role tak budou uznávány a mnohem efektivněji uplatňovány, přičemž nejvýraznější růst by měla zaznamenat role rozhodovacích. Úkolem současného ošetrovatelství a lékařské vědy je připravit se na tuto změnu, protože je nezbytná k dosažení kvality v oblasti poskytování ošetrovatelské péče v příštích letech (25, 26, 46, 58).

1.1.1 Funkce a role sestry

Význam pojmů funkce a role by se mohl na první pohled zdát stejný. Funkce sestry se dotýká jejího poslání ve společnosti a jsou zpravidla konstantní v souvislosti se změnou prostředí (domov, nemocnice, škola apod.). Podle Salvageové je možné funkci chápat jako oblast, ve které sestra aktivně působí (44). Mezi první dvě patří poskytování a řízení ošetrovatelské péče pomocí ošetrovatelského procesu a oprávnění vyučovat, resp. vychovávat P/K se zaměřením na prevenci zdraví. Třetí oblast se týká pracovního týmu, ve kterém sestra pracuje, přičemž je důraz kladen na komunikaci, spolupráci a efektivní zapojení sestry do kolektivu. Poslední, avšak neméně důležitá

oblast (funkce) se zaměřuje na výzkumnou činnost sestry a na rozvoj praxe a kritického myšlení (44).

Široká veřejnost si však pod funkcí nevybaví výše zmíněné charakteristiky, které lze označit spíše jako fungování sestry, ale pojem funkce nejčastěji spojují s typem pracovního zařazení sestry v hierarchii nemocnice. V praxi se proto P/K na konkrétním oddělení setkává se sestrou řadovou, staniční, a při velké vizitě i se sestrou vrchní. S náměstkyní ošetrovatelské péče (používá se také označení ředitelka nebo hlavní sestra nemocnice), pokud neprobíhá např. nějaká kontrola na pracovišti, P/K většinou nepřijde do kontaktu. Sestry mohou tedy zastávat jednu z výše popsaných funkcí.

Od funkce se odvíjí role, které jsou univerzální pro všechny sestry, ovšem liší se míra a intenzita jejich naplňování. Roli sestry je možné charakterizovat jako soustavu navzájem se doplňujících očekávaných způsobů chování nebo jednání vyplývající z požadavků sesterské profese. Rozdělují se na základní, vycházející z náplně práce stanovené hlavní sestrou (formální autorita), a na přídatné, které souvisí s vykonávanou prací, a sestra je „využívá“ přirozeně (např. komunikování). S rozvojem ošetrovatelství jako vědy přibývá i sesterských rolí – jedná se zejména o roli rozhodovací (rozhodování a plánování ošetrovatelské péče). Sestra se na své role musí adaptovat, protože jen tehdy dojde k jejich efektivnímu naplňování. Mezi známé role patří sestra jako poskytovatelka ošetrovatelské péče, jako manažerka, advokátka, učitelka, nositelka změn, výzkumnice, poradkyně nebo komunikátorka (11, 12, 28, 30, 33). Ellis a Hartley uvádějí, že mezi další se řadí i role sestry jako motivátora a teambuildra (11).

1.1.2 Sesterské role

Sestra v první řadě poskytuje P/K ošetrovatelskou péči. Roli ošetrovatelky, ke které někteří autoři přidávají i roli těšitelky, je obtížné stručně definovat. Jedná se o určitý soubor vztahů promítající se do myšlení a také jednání sestry v souvislosti s holistickým pojetím P/K a jeho potřeb. Sestra vyjadřuje P/K podporu, zajímá se o jeho osobu, řeší jeho obtíže, problémy apod. Základní vlastnost vstupující do této role sestry je laskavost (12, 30).

V pomáhajících profesích je komunikace považována za velice důležitý prvek. V ošetrovatelství toto platí dvojnásob, protože sestry komunikují nejen s P/K, ale i s ostatními kolegyněmi, s lékaři, a naplňují tak roli sestry jako komunikátora. Každý „druh“ komunikace má však svá úskalí a slabá místa. Návěkem a učením se efektivní komunikaci dochází ke zlepšení interpersonálních vztahů na pracovišti a k většímu porozumění při poskytování péče (např. P/K cítí, že je rovnocenným partnerem sestry, proto je ochoten více spolupracovat apod.) (12, 30).

Role sestry – učitelky (většinou se užívá modernější pojem edukátor) se promítá do všech činností, pomocí nichž se sestra snaží formovat a změnit chování P/K (nebo skupiny jednotlivců) z hlediska prevence a uchování zdraví. Edukace je součástí ošetrovatelského procesu a též probíhá v určitých fázích (příprava, edukace, zpětná vazba). P/K je učící se osobou, u které by, po dokončení procesu edukace, mělo dojít ke změně postojů, chování, myšlení nebo k získání nových poznatků či manuálních dovedností, tzn. že se naučí se provádět výkon sám (12, 30). Kozierová rozlišuje od role učitelky ještě sestru v roli poradce (30). Sestra své poradenské služby taktně nabízí a pomáhá tak P/K identifikovat stresové situace, navrhnout řešení (radí), dále se zabývá sociální stránkou jeho života, podporuje mezilidské vztahy a růst osobnosti. Z výše uvedeného vyplývá, že role sestry edukátorky a poradkyně spolu souvisejí, ovlivňují se a mohou být naplňovány současně. Sestra ve své edukační činnosti nesmí zapomenout používat prvky motivace jako pozitivního faktoru na chování P/K (12, 30).

V další roli vystupuje sestra jako obhájkyně práv P/K (advokátka). Informuje ho, pomáhá mu poznat jeho práva a přesvědčuje se, zda jim rozuměl a tyto práva obhájí před ostatními. Pokud sestra takto nečiní, je možné tvrdit, že o P/K nemá zájem nebo tuto roli nepovažuje za svou. Je potřeba ctít autonomii P/K a nesnažit se rozhodovat za něj, ale ukazovat mu cestu, která je v souladu s jeho přáním nebo potřebami. Filozofie obhajování práv P/K vychází z přesvědčení, že každý člověk je oprávněn si vybrat způsob, kterým chce být léčen nebo ošetřován, dále z respektování názoru a zájmu jedince, z loajality a autonomie rozhodování. Sestra naplňující roli advokátky se snaží v maximální míře zajistit u P/K pocit jistoty, projevuje o něj aktivní zájem, váží si ho

jako člověka, podává vhodné informace a komunikuje s rodinou, je tvořivá a nebojí se přiznat chybu (12, 29, 30).

Každá sestra se jistě snaží poskytovat ošetrovatelskou péči na co nejvyšší úrovni. Protože je ošetrovatelství položeno na vědeckých základech, považuje se tedy za vědu, ale do jisté míry také za umění, objevuje se v současnosti nová role sestry jako výzkumnice. Velká pozornost, i v celosvětovém měřítku, je kladena na realizování ošetrovatelských výzkumů a aplikování získaných poznatků do každodenní praxe. Vzrůst počtu výzkumných šetření se odráží v efektivnější péči o P/K a v rozvíjení ošetrovatelství jako vědecké disciplíny. Ošetrovatelské výzkumy mohou být realizovány na vědecké úrovni za předpokladu odpovídajícího vzdělání sester a jejich ochoty objevovat nové skutečnosti. Do výzkumu se mohou zapojit všechny sestry, avšak významnější personální podíl tvoří sestry ve funkcích nebo sestry pedagožky, které mají hlubší znalosti o teorii výzkumu (12, 30, 50). V souvislosti s výzkumem a poskytováním péče se stále více klade důraz na tzv. ošetrovatelství založené na důkazech (Evidence Based Nursing, dále jen EBN). EBN vzniklo jako reakce na lékařství založeného na důkazech (Evidence Based Medicine) již využívaného v praxi a je charakterizováno jako „proces, při němž sestry provádějí klinické rozhodování na základě nejlepších dostupných vědeckých důkazů, svých odborných znalostí a patientských preferencí (10, s. 158)“. Pro naplnění filozofie EBN je potřeba zejména umět shromáždit dostatečné množství výsledků z výzkumů, synteticky a analyticky myslet, dodržovat standardy ošetrovatelské péče (s možností zapracování nových poznatků), efektivně využívat své zkušenosti, navrhnout způsoby zlepšení, respektovat priority P/K a snažit se prosadit změnu v jeho prospěch. Sestra postupuje v těchto krocích – na základě důkladného studia znalostí nebo svých zkušeností přesně stanoví problém, načerpá nové informace z provedených výzkumů a studií, vyhodnotí jejich užitečnost dle předem určených kontrolních bodů a na závěr rozhodne o nejvhodnějším způsobu intervence. Své rozhodnutí musí být na základě klinických důkazů připravena obhájit a odůvodnit (10, 11). Za vhodné zdroje pro vyhledání informací se považují knihovny, publikace, závěrečné zprávy z výzkumů, semináře, konference, webové stránky, vědecké databáze aj. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích např. zkušebně zavádí ve spolupráci

s Národním centrem ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně databázi Publikační činnost, ve které mohou sestry také najít užitečné podklady pro EBN (10, 11).

EBN se dotýká změny v ošetrovatelské praxi, která je také stálým a aktuálním tématem. Sestra působí jako nositelka změn, protože právě ona je nejčastěji „hnací silou“ v prosazování a zavádění změn. Sestry pracující ve funkci staniční nebo vrchní sestry bývají většinou formální nositelkou změn, jelikož jsou pověřené systémem, aby tak činily, ovšem tento způsob direktivního zavádění změny bývá někdy spojován s jejím neakceptováním (např. ošetrovatelský proces – zbytečné papírování, sestry byly většinou donuceny změnu přijmout). Na druhou stranu neformální nositelkou může být každá sestra, která dosáhla nějaké změny a nebyla tímto pověřena od nadřízené sestry, např. že na základě svých předchozích zkušeností navrhla přehlednější způsob vedení ošetrovatelské dokumentace. Za nejjednodušší krok vedoucí ke změně svého chování a následně ke zlepšení kvality péče o P/K se považuje sebereflexe (viz kapitola 1.3.4.1). Při zavádění změny do praxe se za důležité vlastnosti sestry považují jednak vůdcovské schopnosti, tj. umění vést lidi, aby dosáhli vytýčeného cíle, za další víra a důvěra v samotnou změnu, komunikační schopnosti, pozitivní přístup ke vzdělávání sester a v neposlední řadě aktivní podílení se na přípravě a následné realizaci změny. Pro změnu je nezbytné přijmout odlišný styl myšlení, začít se jinak chovat, být zdravě sebekritický a přijmout a akceptovat rozšiřující se role sester (12, 30, 44).

Zejména na klinickém pracovišti zastává sestra roli motivátora a teambuildera, které spolu úzce souvisí. Tyto role zastává sestra ve všech úrovních řízení, přičemž se mění míra jejich využití, zejména obsahově. Směnové sestry využívají motivační prvky nejčastěji při ošetrování P/K, protože tím mohou do značné míry pozitivně ovlivnit celkový průběh nemoci nebo hospitalizace. Významnou roli zde hraje samotná osobnost sestry, jelikož je nezbytné dodávat P/K sílu, vyjádřit podporu a nebo postačí se na něj jen usmát. Je potřeba mít na paměti fakt, že pokud sestra není sama motivovaná, nebude schopna motivovat své P/K. Základním předpokladem pro motivaci sestry jsou vhodné pracovní podmínky, prostředí a spolupráce. Motivování ostatních se netýká jen P/K, ale také vztahů s pracovníky, protože sestra pracuje v týmu se svými kolegyněmi (i kolegy),

lékaři, ošetřovatelkami, pomocným personálem a jinými spolupracovníky. Sestra svým vystupováním, otevřeností, komunikačními schopnostmi a podporou vzájemné kolegiální důvěry pozitivně ovlivňuje budování „týmového ducha“ a pocit jistoty na oddělení (11, 44).

Do budování pracovního kolektivu významným způsobem zasahují sestry manažerky – staniční nebo vrchní sestra, které mají za úkol „sjednat“ si pořádek, hájit své sestry jako součást kolektivu, poradit jim při rozhodování apod., a tím zabezpečit co nejvyšší kvalitu péče. Proto i sestry působící v ošetřovatelském vedení naplňují roli motivátora a komunikátora. Někteří autoři uvádí, že podle charakteru zdravotnického týmu (spolupráce nebo napjatá atmosféra) lze přeneseně poukázat na jejich manažerské schopnosti a míru uplatnění jejich profesních rolí (11, 48). Role sestry jako manažerky a jako rozhodovatelky budou vzhledem k jejich obsáhlosti popsány v samostatných kapitolách.

1.2 Ošetřovatelský management a sestra manažerka

Problematika řízení ošetřovatelské péče je velice rozmanitá a složitá, a proto je management v ošetřovatelství klasifikován jako samostatná vědní disciplína. Slovo management (z anglického „to manage“ – vést, řídit) vzniklo v tomto tvaru v polovině 19. století ve Spojených státech amerických a bylo používáno zejména v ekonomice nebo v tržním hospodářství. Spojováním poznatků z profesionálního managementu a ošetřovatelství vznikla později nová samostatná vědní disciplína management v ošetřovatelství. Prvopočátky této problematiky se datují na rok 1989, kdy Světová zdravotnická organizace (zkratka SZO, anglicky WHO) přijala rezoluci o posílení ošetřovatelství a porodní asistence v rámci programu Zdraví pro všechny. Důležitost managementu v ošetřovatelství byla dále podporována dalšími rezolucemi a nařízeními (28).

Management v ošetřovatelství jako každá vědecká disciplína musí mít svoji definici, teorii a metodologii. Je možné ho charakterizovat jako „soubor ověřených postupů, zkušeností a metod, které používají sestry – manažerky ošetřovatelství na zvládnutí činností, potřebných na vytvoření optimálních podmínek na poskytování

kvalitních ošetrovatelských služeb (28, s. 10)“. Tato autorka dále uvádí, že není tedy možné poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči bez poznání teorie managementu, jehož definic existuje mnoho (28). Jedna z nich např. tvrdí, že ošetrovatelský management je „všechno, co posiluje vztahy v týmu, co udržuje a podporuje fungování systému péče, co dokáže rychle a efektivně reagovat na problémy a rozvazovat malé i velké gordické uzly v mezilidských i pracovních vztazích (48, s. 80)“. Toto praktické charakterizování zjednodušeně popisuje vše, čím se v praxi management v ošetrovatelství zabývá.

Poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči znamená jednak rozvíjet teoretickou základnu z oblasti managementu a výzkumu jako zdroj poznatků, a zároveň péči v praxi koordinovat a řídit. Sestra je oprávněna toto činit prostřednictvím ošetrovatelského procesu a stává se tak manažerkou P/K, jeho rodiny nebo komunity. Nejedná se však jen o ošetrovatelské činnosti, protože sestra vystupuje jako manažer i v jiných úrovních řízení, které se posuzují ze tří úhlů pohledu, jedná se o tzv. stupně řízení. Základní stupeň se zabývá každodenními činnostmi a problémy – operativním řízením (staniční sestry), střední stupeň se soustředí na taktickou úroveň řízení, promýšlí krátkodobé i dlouhodobé cíle nemocnice, respektive daného oddělení (vrchní sestry). Nejvyšší stupeň řízení je nazýván vrcholový neboli top management, z ošetrovatelského hlediska zastoupený hlavní sestrou nemocnice, jejíž náplň práce spočívá kromě jiného ve strategickém a koncepčním vedení nemocnice. Sestry pracující ve směnovém provozu jsou do jisté míry také manažerkami, pro účely práce budou zařazeny pod základní stupeň řízení. Současné tendence managementu směřují k omezování střední linie řízení, což má za následek, že top vedení zodpovídá za více podjednotek nemocnice. Výsledkem je úbytek drahocenného času pro tvorbu strategických plánů a koncepcí (12, 15, 16, 28, 30, 48).

Sestra (většinou ve funkci) také provádí klasické manažerské činnosti jako je plánování, organizování, řízení, koordinace a kontrola práce, přičemž je pro jejich efektivní realizaci, kromě znalostí, potřeba jistá „dávka praxe“ (8, 16, 28). Kubeš a jeho kolegové dodávají, že pro efektivní management je kromě znalostí a praktických zkušeností důležitá také mezilidská a intelektuální zralost jedince (32). Dále sestra zastává na všech stupních řízení ošetrovatelské péče tři základní role – interpersonální,

informační a rozhodovací. Interpersonální role se zabývá oblastí mezilidských vztahů, sestra se stává reprezentantem, vůdcem nebo prostředníkem např. při oficiálních návštěvách, podepisování dokumentů, koordinaci ošetrovatelských činností, navazování kontaktů, péči o zaměstnance apod. Informační role sestry manažerky spočívá v příjmu, shromažďování, zpracování, vyhodnocení a rozesílání informací. Sestra vystupuje jako sledovatel – monitoruje prostředí, sbírá informace o změnách, jako rozšiřovatel, kdy o zjištěných skutečnostech informuje podřízené pracovníky, a jako komunikátor ve všech informačních směrech (na stejné úrovni řízení, podřízeným, nadřízeným pracovníkům i směrem „ven“ ze zdravotnického zařízení) (28). Donnelly a Kilíková se však shodují, že nejdůležitější součástí manažera jsou role rozhodovací (viz další kapitola) (8, 28). Sestra je oprávněna řešit problémy, rozdělovat prostředky mezi něž patří nejen finance, ale i lidé, čas a technické vybavení, dále působí jako vyjednaváč mezi odděleními a ošetrovatelskými jednotkami, mezi spolupracovníky, firmami nebo jinými nemocnicemi. Tyto tři oblasti manažerských rolí se vzájemně doplňují a nelze je od sebe oddělovat, ovšem míra jejich využití (naplnění) záleží na úrovni managementu, ve kterém sestra působí. Jako příklad lze uvést fakt, že se sestra top manažerka v rámci své interpersonální role zaměří v první řadě na komunikaci se sponzory, firmami, jinými nemocnicemi, na rozdíl od sestry staniční, která se soustředí na chod oddělení, komunikaci a vztahy se spolupracovníky. (8, 16, 28).

1.3 Sestra rozhodovatelka

Za způsob řízení firmy, organizace, tedy i nemocnice, plně zodpovídají jejich manažeři (vedoucí pracovníci), kteří musí rozhodovat o řešení aktuálních problémů a vést ji ke splnění stanovených cílů (15). Roli sestry jako rozhodovatelky lze chápat do jisté míry tedy samostatně, avšak při bližším prozkoumání je možné tvrdit, že se prolíná a doplňuje s rolí manažerskou. Manažerka je oprávněna vydat rozhodnutí např. o dalším postupu práce, ale zaměstnanec se rozhodne řešit problém právě tímto způsobem nebo pověří kolegu vypracováním úkolu, tzn. že se také rozhodne (11, 15).

Schopnost umět se správně rozhodovat je řazena mezi klíčové vlastnosti sester v moderní ošetrovatelské péči a je po sestrách vyžadována na všech úrovních řízení

(základní, střední a top management). V současné době se neustále hovoří o „efektivitě“ rozhodnutí, poněvadž správně provedené rozhodnutí (a následně správný zásah – akce) se podílí na zmenšování celkových nákladů na ošetrovatelskou péči a P/K se dostává kvalitnějšího ošetření. K tomu, aby se sestra správně rozhodla, potřebuje disponovat určitými předpoklady (11). Gladkij rozděluje tyto předpoklady do oblasti subjektivní, kam spadají odborné znalosti a poznatky, osobnostní charakteristika jedince, ale i jeho motivace k provedení daného výkonu a schopnost verbálně i neverbálně komunikovat. Objektivní oblast zahrnuje souhrn vnějších podmínek, ve kterých se sestra pohybuje a pracuje a může je do jisté míry svým jednáním a chováním ovlivnit. Jedná se zejména o pracovní prostředí, denní režim na oddělení, charakter pracovních vztahů, složení ošetrovatelského týmu aj. (15). Podrobnějším popisem některých z těchto předpokladů se zabývají následující podkapitoly.

1.3.1 Odborné znalosti

Způsob a podmínky vzdělávání sester jsou stanoveny v zákoně Ministerstva zdravotnictví č. 96/2004 Sb. Absolováním studia získá sestra určité spektrum znalostí a dovedností nejen z oblasti ošetrovatelské péče, ale i jiných vědních oborů, které budou základem pro její rozhodovací činnosti. Sestra ve směnném provozu může pracovat pod odborným dohledem lékaře, kdy bývá její rozhodování omezeno právě přítomností a pokyny lékaře, nebo bez odborného dohledu, ale na základě indikace lékaře. Největší prostor pro naplnění rozhodovací role sestry je dán způsobem práce bez odborného dohledu a bez indikace lékaře. Oblasti péče, ve kterých je sestra oprávněna se sama rozhodovat, jsou součástí vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, § 4, odst. 1. Pojem „rozhodování“ však není doslovně v zákoně nebo vyhláškách uveden, což do jisté míry zatlačuje rozhodovací roli sester do pozadí (39, 56, 58).

V souvislosti se vzděláváním sester a rozhodováním je potřeba uvést také termín kompetence. Znamená určitou pravomoc nebo oprávnění se o něčem rozhodnout a nebo je popisována jako rozsah působnosti vymezené v zákoně. Sesterské kompetence jsou v podstatě určité činnosti, které je sestra oprávněna provádět při poskytování

ošetřovatelské péče. Při jejich realizování se rozhoduje kdy, jak, jakým způsobem, kolik a komu poskytne ošetřovatelskou péči. Základní strukturu kompetencí pro všeobecné sestry navrhla Mezinárodní rada sester – zkratka ICN (viz příloha 3), a v podmínkách českého zdravotnictví je tento návrh zpracován do podoby již zmíněné vyhlášky č. 424/2004 Sb. Pravomoci sester jsou jednoznačně stanoveny zákonem, ovšem někdy dochází k tomu, že provádí činnosti, jež nespádají do jejich pracovních kompetencí. Bártlová ve svém výzkumu uvádí, že sestry ve funkci pověřují své podřízené nejčastěji pomocnými úkoly nebo úklidovými pracemi, které jsou povinnostmi pomocného personálu (4). V některých případech přenášejí i lékaři své kompetence na sestru, např. z oblasti odborných výkonů sestry se nejčastěji jednalo o zavádění permanentního močového katétru u mužů, i když dle vyhlášky č. 424/2004 Sb. není všeobecná sestra oprávněna tento výkon provádět, protože cévkování mužů spadá do kompetencí sestry specialistky. Sestry musí znát rozsah svých kompetencí, protože za své činy nesou odpovědnost, a svým rozhodnutím ovlivňují kvalitu poskytované péče, a proto je potřeba dbát na dodržování a aplikaci zákonů, vyhlášek nebo směrnic v praxi (2, 4, 15, 32, 39, 56, 58).

Specifika rozhodování na jednotlivých úrovních řízení ošetřovatelské péče vyžadují odlišný charakter znalostí. Směnovým sestram většinou postačí ty rozhodovací kompetence, jež získaly absolvováním kvalifikačního studia. Avšak hlavní, vrchní nebo také staniční sestry potřebují specifické znalosti z oblasti řízení, a proto se přihlašují do specializačního vzdělávacího programu Organizace a řízení zdravotnictví, po jehož absolvování získají schopnosti a dovednosti potřebné pro svou funkci. Podmínkou pro zařazení do studia je způsobilost k výkonu povolání podle zákona č. 96/2004 Sb., a dále působení ve zdravotnictví v délce dvou let. Studium se skládá z modulů, ve kterých sestry zdokonalují své rozhodovací kompetence, a to zejména v oblasti řízení lidských zdrojů (výběr a hodnocení pracovníků), marketingu, týmové práce, koučinku nových sester, hodnocení kvality apod., a je ukončeno atestační zkouškou a uchazeč získá 120 kreditů (37).

1.3.2 Osobnostní charakteristika

Medlíková ve své knize definuje osobnost jako „relativně trvalé uspořádání biologických, psychologických a sociálních charakteristik do jedinečného celku (38, s. 17)“. Kromě nabytých znalostí se na rozhodování podílí i složky osobnosti každé sestry. Tyto součásti osobnosti je možné zařadit do skupiny vlastností, postojů a schopností.

Za vlastnosti se považují relativně stálé rysy osobnosti jako např. temperament nebo inteligence. Temperament vyjadřuje způsob reagování na stresové a citové situace. Bývá po celou dobu života většinou konstantní, odlišuje se pouze doba reakce na daný podnět. Inteligence jako akademická hodnota (IQ – inteligenční kvocient) však žádným významným způsobem neurčuje úspěšnost v práci a v rozhodování, resp. nevypovídá o schopnosti člověka využívat nabyté znalosti v praxi. Důležitější než školní inteligence je inteligence emoční (dále jen EQ) představující až 80 % chování člověka. Bohužel dosud neexistuje žádný nástroj na měření, ale projevy EQ lze účinně vyzorovat, jelikož vypovídají o vlastnostech jako je spravedlnost, slušnost nebo odpovědnost. Na rozdíl od kognitivní inteligence, která bývá po dvacátém roku věku jedince neměnná, jednotlivé složky EQ se mohou neustále rozvíjet a zdokonalovat, čehož je zapotřebí nejen v pracovním procesu, ale i v běžném životě. Z pohledu sestry se z oblasti EQ na rozhodování podílí zejména její schopnost eticky jednat, schopnost sebeuvědomění a sebehodnocení, motivace, míra sebejistoty, bezpečí, jistoty a optimismu, sebeovládání ve smyslu odpovědnosti, spolehlivosti, přesnosti nebo přizpůsobivosti atd. Je potřeba, aby se sestra vůči svému okolí chovala empaticky, tj. byla všímavá k potřebám P/K a jeho rodiny, uměla naslouchat a motivovat lidi, kteří ji obklopují. Z popsáných příkladů EQ je patrné, že se netýkají pouze oblasti vlastností, ale prolínají se do postojů i dovedností (viz dále). Bariérami při rozvíjení emoční inteligence se stává např. velká touha po moci, přehnaná ctižádostivost a nároky na spolupracovníky, snaha být nejlepším a dokonalým a s tím související nedosažitelné (15, 31, 46).

Postoje zahrnují vše, co si sestra myslí, čemu věří, jaké má názory, priority atd. Rozhodování je i proto ovlivněno hodnotovým systémem sestry, který může zasahovat do všech fází rozhodovacího procesu (viz kapitola 1.4.1), dále vnímáním sebe samotné, očekáváním od blízkého okolí, tendencemi k riskování (před rozhodnutím) a pochybám

(již po provedeném rozhodnutí), což úzce souvisí se sebedůvěrou. Kromě vlastností a postojů hrají při rozhodování roli dovednosti sestry jako např. manuální zručnost, slovní výřečnost, míra představivosti, intuice nebo koncepčního a kritického myšlení, ale především umění aplikovat své poznatky a znalosti do praxe (1, 15, 38). Tento proces aplikování (EQ, i znalosti a dovednosti) je možné trénovat a probíhá v jednoduchých krocích. Základem je poznání svých vlastních emocí, pocitů, způsobů jednání a jejich správné pojmenování (emočně vyzrálý člověk umí správně identifikovat a nazvat svůj pocit). Následuje zpracování emocí, to znamená, že se jim sestra nepoddává, např. rozčilení nebo smutek ze ztráty P/K, ale adekvátním způsobem na ně reaguje, hovoří o nich, přičemž si uvědomuje jejich potencionální vliv na své jednání. Spolu s jistou dávkou motivace je potom možné své emoce využít ke zlepšení situace, navrnutí změny apod. Pokud sestra umí regulovat a efektivně využívat své emoce, tak poté to samé dokáže i P/K, přičemž je nezbytné sledovat jejich neverbální projevy a naslouchat obavám. Poslední krok rozvoje emoční inteligence se týká navazování vztahů, resp. důvěry klienta. Na základě poznání svých vlastních i P/K emocí se tvoří vzájemný partnerský vztah založený na důvěře, úctě, autonomii a ochotě pomáhat druhým (46).

1.3.3 Komunikace

Komunikace představuje interaktivní proces předávání informací od mluvčího (komunikátora) k příjemci (komunikant). Její efektivní využívání je základem pro dosažení cíle, záleží však na individuálních předpokladech a zkušenostech člověka umět své komunikační schopnosti využívat. Příčiny potíží a nedorozumění v mezilidských vztazích je možné přičítat nesprávné komunikaci (15, 35).

Sestra je doslova „vystavena“ komunikačnímu procesu – v partnerství s lékařem, ale v každodenní praxi tomu bývá opakem, jelikož lékař většinou zaujímá dominantní pozici. Dále sestra komunikuje s P/K a jeho rodinou, se svými spolupracovníky, sestra manažerka např. také se zástupci pojišťoven, firem apod. Na všech úrovních řízení se po sestře vyžaduje ovládnutí zásad správné sociální komunikace nejen z hlediska lidského, ale i profesionálního. Tato klíčová schopnost je nezbytná nejen pro porozumění P/K,

jeho potřebám, požadavkům nebo problémům, ale také pro vysvětlování prováděného ošetrovatelského výkonu nebo edukování. Sestra by měla být schopna komunikovat s P/K i podle typu jeho osobnosti, protože každý člověk se v nemoci chová a jedná odlišným způsobem – toto specifické prožívání se nazývá autoplastický obraz nemoci. Odlišný komunikační přístup je potřeba zaujmout při kontaktu a ošetrování P/K se specifickými potřebami, např. psychicky labilní, nevidomý nebo neslyšící P/K (35, 43, 54).

Pro efektivní komunikování je nezbytné si za prvé ujasnit obsah sdělení, které chci předat. Jednoznačnost, srozumitelnost, stručnost, hodnotnost a prostor pro otázky jsou samozřejmostí. Za další bere sestra v úvahu prostředí, v jakém se s klientem nachází. Je vhodné zajistit soukromí a dostatek času (vzhledem k pracovní vytíženosti sester většinou obtížně splnitelná podmínka), zvláště jsou-li informace intimnějšího charakteru, podporovat pozitivní atmosféru, posilovat vzájemnou důvěru a eliminovat všechny komunikační šumy. Důležitou součástí komunikačních schopností se stává umění aktivně naslouchat. Sestra, která aktivně naslouchá, slyší nejen mluvené slovo, ale sdělení jako takové chápe a rozumí mu a adekvátně na něj s použitím vhodných neverbálních signálů, jisté míry asertivity a zpětné vazby reaguje. Mezi hlavní techniky aktivního naslouchání patří např. povzbuzování P/K, parafrázování jeho myšlenky, shrnutí řečeného, ocenění snahy, názorů nebo reflexe vlastních myšlenek a chování (15, 16, 19, 28, 43, 54).

Zpětná vazba slouží zejména k udržení rovnováhy v komunikaci. Sestra se ujistí, zda pochopila, o co ji P/K žádal nebo zda porozuměl podané informaci, např. tím, že zopakuje odpověď na otázku. V tomto případě se jedná o okamžitou zpětnou vazbu typu „face to face“, ze které profituje sestra i P/K, protože cítí, že mu sestra porozuměla. Zpětná vazba poukazuje i na další informace a pomáhá příjemci lépe se rozhodnout o dalším chování a jednání. Považuje se za důležité ji umět dávat, ale i přijímat. Zpětná vazba by měla být názorná, objektivní, respektující city a individualitu P/K (tj. bez agrese), ale především zaměřená pozitivně s cílem vyvolat u člověka motivaci ke změně (43, 52, 54). Efektivní komunikování závisí do určité míry na schopnostech sestry odstraňovat tzv. komunikační bariéry. Mezi bariéry z vnějšího prostředí patří zejména

odlišná očekávání účastníků komunikace (omezení příjmu a vybírání jen potřebných informací), neschopnost sestry naslouchat, informační nasycení, vyrušení nebo nevhodné klima prostředí (43, 52). Bariéry působící zevnitř dělí Tureckiová do fyzické (nepohoda, aktuální zdravotní stav, chronická nemoc), sémantické (xenofobie, odlišné komunikační schopnosti) a psychosociální (kulturně-sociální postoje, individuální prožívání, strach, obavy) oblasti (52).

Všechny uvedené charakteristiky svým způsobem souvisí s rozhodovací rolí sestry. V první řadě jsou potřebné k samotné komunikaci, k udržení partnerství s P/K, poskytování adekvátní péče a k podpoře týmové spolupráce. Následně je ovlivněna i kvalita rozhodování. Sestra potřebuje cítit, že je uznávanou členkou týmu, potřebuje pracovat ve stimulujičím prostředí a za podpory své nadřízené, potřebuje umět říkat ne a v neposlední řadě potřebuje být hodnocena. Pro poskytování péče ve smyslu kvality rozhodování je však požadované vzdělání, správné postoje nebo vlastnosti a efektivní komunikování sestry stále nedostačující (15, 16, 43, 46, 48). Proto do celého procesu rozhodování vstupuje ještě kritické myšlení, kreativita a sebereflexe.

1.3.4 Kritické myšlení a kreativita

Ellis a Hartley popisují, že kritické myšlení je způsob systematické modelace a formování myšlení člověka, jež představuje nezbytný předpoklad pro úspěšné provedení a následnou realizaci rozhodnutí (11). Na rozdíl od některých teoretických věd, v praktické vědní disciplíně jako je ošetrovatelství, se kritické myšlení využívá záměrně – tj. pro účel rozhodování a pro výběr způsobu zásahu (intervence). Uplatňuje se v ošetrovatelském procesu jako nástroj řešení problémů, jelikož v každé jeho fázi se sestra může ocitnout na prahu nějakého rozhodnutí a je potřeba jejího komplexního pohledu na situaci. Kritické myšlení pomáhá sestře poznat problém, označit ho a vybrat správnou variantu řešení. Díky komplexnímu přístupu k problému se také vyeliminují nežádoucí vlivy. Při neúspěchu je možné zpětně najít jiný způsob řešení na zlepšení stávající situace (11, 46).

Sestra, která kriticky myslí a uvažuje, si při rozhodování, a všeobecně při každé činnosti, klade otázky, pomocí nichž se ujišťuje, zda na danou věc či problém pohlíží ze

správného úhlu, zda postupuje správným způsobem, má-li dostatek informací, zda nevynechala nějakou skutečnost apod. Kriticky myslet znamená chovat se a jednat podle určitých standardů či pravidel myšlení, které se dotýkají jeho hloubky, hodnot, kvantity a kvality. Kritické myšlení jako předpoklad pro rozhodovací roli vyžaduje, aby sestry byly schopny otevřít svou mysl (z angličtiny open-minded), a to ve vztahu k různým alternativám, postupům, ke komunikaci, dokázaly systematicky a logicky myslet, nedělaly ukvapená rozhodnutí, byly zvědavé, ale i rozvážné a rozumné, měly by umět „pátrat“ po pravdě, což v konečné podobě vede k poskytování systematické a kvalitní ošetrovatelské péči (8, 11, 15, 32). Mezi další vlastnosti kriticky myslící sestry patří např. aktivní přístup k problematice ošetrovatelství, realistické hodnocení, schopnost znát své možnosti nebo uznat vlastní omyl, také umění vcítit se do situace druhého, podporovat týmovou spolupráci, spravedlivě jednat a komunikovat (46).

Schopnost kriticky přemýšlet je ovlivňována řadou faktorů v pozitivním i negativním slova smyslu. Faktory týkající se osobnosti sestry jako např. upřímnost, nestrannost, schopnost efektivního učení, přiměřené sebevědomí nebo věk a s ním spojené životní zkušenosti podporují kritické myšlení, na druhou stranu zaujatost, předsudky (rasové, etnické apod.) nebo přehnaná sebedůvěra jsou spíše překážkou. Bariéru způsobují také různá přesvědčení a návyky – sestra je přesvědčena o své výjimečnosti, o existenci jediného možného způsobu řešení, nechce se přizpůsobit změnám nebo je naopak příliš přizpůsobivá (pracuje automaticky bez rozmyšlení), obavy ze zapojení do rozhodovacího procesu a s tím spojené odpovědnosti za své činy. Dále se objevují různé situační faktory typu momentální emoční ladění sestry, deprese, stres, únava, pocitu hladu, žízně, nevhodné prostředí, limitace časem, nařízení, směrnice (ošetrovatelské standardy) aj. Pro rozvíjení kritického myšlení je potřeba změnit i svůj způsob života, životního stylu, který do určité míry s tímto souvisí. Aktivní přístup k životu a ke svému zdraví, připravenost na problémy, poznání svých priorit a stanovení cílů (čeho chci v životě a pracovním procesu dosáhnout), snaha o harmonii, porozumění druhým a podpora svého osobního růstu jsou samozřejmostí (46).

Podle biologicko-psychosociální teorie spočívá podstata kreativity v ovlivňování čtyř proměnných: genetické výbavy jedince, vývojem mozku, dědičně podmíněným

způsobem myšlení a fyzicko-socio-kulturním prostředím (7). Kreativním je člověk tedy již od narození, přičemž zde hraje roli okolní prostředí ve smyslu pozitivních podnětů a pozdější seberozvoj. Kreativita není jen schopností, ale i procesem, při kterém člověk zlepšuje své dosavadní výtvořky, navrhuje nová řešení, což se týká také jeho osobních postojů a ochoty přijímat změny (46).

Kreativita představuje určité umění vyžadující aktivitu pravé, narozdíl od kritického myšlení, mozkové hemisféry (viz příloha 4), proto je potřeba při poskytování ošetrovatelské péče zapojit „celý mozek“. Spontánní kreativitou se rozumí okamžitý nápad, např. sestra vyrobí pro P/K závěs z obvazu, aby se mohl volně pohybovat se zavedeným drénem, ale většinou je kreativita dlouhodobějším procesem, který má své fáze. V přípravné fázi sestra sbírá data, vnímá své okolí a snaží se najít podstatu toho, co lidé kolem ní dělají. Následuje vytvoření nápadu, originální myšlenky, kdy je potřeba se určitým způsobem odpoutat od reality, být tzv. „mimo krabici“ (z anglického out of the box) a zapojit fantazii. Všechny nápady nejsou však prakticky použitelné, a proto pro jejich eliminování vstupuje ve třetí fázi do kreativního procesu logika a kritické myšlení. Výběrem nejméně rizikového nápadu se zaručí vysoká kvalita konečného výsledku. Realizace řešení v praxi se vlastně stává inovací. Každá inovace (změna) by se neměla uspěchat, naopak je potřeba její vhodnost a účinnost neustále kontrolovat (31, 46).

Kreativní sestra se pozná podle toho, že je sama zvědavá, otevřená, optimistická, zdravě sebevědomá, hledá nové zdroje a informace, dodává energii, nespokojenost bere jako výzvu pro zlepšení (ne jako stížnost), nevzdává se, pokládá řešení problémů za příležitost, využívá zkušenosti jiných, hledá nová řešení, zapisuje si své nápady, dokáže odložit posouzení na vhodnější čas aj. Stejně jako v komunikování, tak i zde lze identifikovat zábrany potlačující kreativitu. Jedná se zejména o negativismus ze strany zaměstnanců, obava ze selhání, nedostatek času, tvrdá pravidla nepovolující jiná řešení, předsudky, upřednostňování logiky a nebo považování se za nekreativní osobu (1, 31, 46). Někteří autoři uvádějí jako další možnou bariéru „syndrom odborníka“, kdy přílišné soustředění se na kvalifikace a teoretické znalosti může do jisté míry omezovat postoj k zavádění novinek a tvůrčím schopnostem (6).

1.3.4.1 Sebereflexe

Pojem reflexe pochází z latiny a znamená obracení se k sobě samému. Zjednodušeně je možné ji charakterizovat jako „přemýšlení o přemýšlení (41, s. 64)“. V českém jazyce se na zdůraznění, že se jedná o první osobu jednotného čísla, vžilo slovo „sebereflexe“. Sebereflexe je považována za metodu, kdy se sestra zamýšlí sama nad sebou, tj. sebeuvědomování, vnímá svůj způsob chování a jednání, poznává své pocity spojené s vykonanou prací nebo rozhodnutím a snaží se porozumět ostatním aj. V oblasti komunikace je možné sebereflexi vnímat jako „zrcadlení“. Sestra si pokládá specifické otázky a snaží se na ně najít odpověď, např. se sama sebe ptá: co bylo mým cílem?, co se teď stalo?, jaký jsem u toho měla pocit?, jak se asi cítil P/K?, co by se dalo ještě zlepšit? apod. Pokud sestra dokáže na položené otázky odpovědět, pravděpodobně z nich vyplyne, do jaké míry byla poskytovaná péče kvalitní nebo způsob na zlepšení péče a svého chování. Dále sebereflexe může pomoci sestře ke snadnějšímu provedení rozhodnutí, protože díky otázkám a odpovědím již ví, pro koho bude rozhodnutí určeno, co je jeho cílem a může se na jeho nezbytnost předem připravit (19, 41, 51).

Tato činnost je ve skutečnosti velice náročná, ale lze ji trénovat a nacvičovat. Zapojení kognitivních procesů jako je hloubkové myšlení, uvažování a pečlivá analýza za účelem poznání smyslu nebo důvodu konkrétního jednání a následnému návrhu změn, pokud jsou vyžadovány, jsou nezbytností. Sebereflexe se řadí k nástrojům sebeřízení, protože rozvíjí osobnost, pomáhá regulovat myšlení a chování (41, 49). Mezi faktory podporující sebereflexi na profesionální úrovni se řadí v první řadě vrozené předpoklady sestry, zejména reflexivita, ochota, dále také zkušenost, jistota a bezpečí v pracovním prostředí, ale také zajištění těchto podmínek ze strany managementu (19). Při poskytování ošetrovatelské péče se nejvíce uplatňuje tzv. reflektivní praxe, jejíž cílem je, mimo jiné, zlepšení vztahů s P/K, kolegy nebo lékaři (49). V souvislosti s pracovním procesem považují někteří autoři tento způsob reflexe za supervizi (19).

Výsledkem schopnosti sestry kreativně i kriticky myslet a provádět sebereflexi je pro P/K lepší kvalita poskytované péče, protože díky novým nápadům a alternativním řešením má sestra možnost se rozhodnout tak, aby P/K zajistila a poskytla optimální péči. Toto vše vede ke spokojenosti P/K a naplnění (nejen) rozhodovací role sestry (46).

1.3.5 Rozhodovatelka v multidisciplinárním týmu

Pro rozhodování a efektivní výkon sesterského povolání je nezbytné umět pracovat v týmu. Skupinu sester ve službě však ještě nelze považovat za tým, protože tento se vyznačuje, zejména na základě odlišné kvalifikace členů, přesně rozdělenými úkoly a rolmi jednotlivých členů, definovanými cíli, společnou snahou a odpovědností za výsledek práce. Z praktického hlediska se nejčastěji rozlišují formálně vytvořené pseudotýmy a pracovní skupiny (rozhodování náleží vedoucímu). Tyto formy týmu jsou považovány za výkonnostně neefektivní, a proto není pro P/K ani sestru výhodné být ošetřován nebo pracovat v takovém týmu. Pracovní prostředí je demotivující a kvalita poskytované ošetrovatelské péče klesá (46), proto je potřeba se soustředit na vytváření týmů efektivních, tzn. multidisciplinárních.

V praxi se P/K setkává s lékaři, fyzioterapeuty, ošetrovatelkami, pomocným personálem, studenty ošetrovatelství a samozřejmě se sestrami. Kromě staniční a vrchní sestry, které jsou hlavními koordinátory a vedoucími ošetrovatelské péče, může být role směnové sestry vnitřně diferencována na sestru jako vedoucí směny nebo „obíhací“ sestru, jež provádí dle zvyků oddělení např. převazy u všech P/K nebo jiné specifické výkony, což se nazývá funkční systém péče. Společným znakem sester pracujících v multidisciplinárním týmu je fakt, že jejich individuální i skupinové rozhodnutí bývá v souladu s požadovanou kvalitou péče (legislativně upravenou) a směřuje k zajištění blaha a uspokojení potřeb P/K a k prevenci jeho poškození. Sestra se musí naučit přispívat svými schopnostmi a dovednostmi k podpoře pracovního klimatu, ve kterém se ostatní dobře cítí, nebojí se spolupracovat a být kreativní. Bez vzájemné důvěry, jistoty, respektu, otevřenosti, čestného jednání, ochoty, komunikace a podpory ze strany vyššího managementu se jedná o nadlidský úkol (20, 21).

Sestry se jako právoplatné členky multidisciplinárního týmu podílí na týmovém rozhodování. Celkový systém řízení nemocnice může rozhodování sester do určité míry omezit, např. tím, že rozhodující slovo ohledně ošetrovatelské péče je ponecháno lékaři. Neefektivní naplňování rozhodovací role souvisí s pojmem polarizace rozhodnutí, kdy výsledkem, i když týmového procesu, jsou opatrná nebo riskantní řešení, přičemž se kompromis obou variant objevuje velmi zřídka. Aplikace polarizačního jevu do

ošetřovatelské praxe může mít na P/K špatný vliv, protože nabízí strohá řešení a také neumožňuje uplatnění sesterské kreativity. Za další překážku týmového rozhodování je považováno tzv. skupinové myšlení, které je charakterizováno zejména pocitem nezranitelnosti členů skupiny, oddalováním nepříjemných problémů, nevyjadřováním svého názoru z obavy vyloučení z kolektivu, vírou, že vše, co se v týmu odehrává, je dobré a kvalitní apod. Efektivní rozhodování v týmu se vyznačuje jeho schopností „týmově“ myslet. Základ tvoří všeobecné pozitivně kognitivní přístupy a podpora otevřené a pružné atmosféry (20). Dále se zde uplatňují principy kolektivní dohody, neboli interní pravidla týmu, interpersonální komunikace bez pomluv a zbytečných konfliktů, empatie, autonomie, flexibilita, vzájemná důvěra, aktivní naslouchání, stejný pracovní cíl, podpora ze strany managementu, vhodné koučování týmu, a v případě vzniku problémů konstruktivní strategie na jeho vyřešení (20, 46).

Jedním ze současných úkolů zejména hlavních, vrchních a staničních, sester je budování (podpora) týmové spolupráce neboli teambuilding. V pravém slova smyslu se jedná o „vědomou a cílenou práci s týmem tak, aby byl schopen dobře využívat jedinečnost každého svého člena (57, s. 21)“. Podporuje rozvoj spolupráce, připravuje členy týmu na zvládání mimořádných událostí, pomáhá vzájemně se lépe poznat atd. Sestry ve funkcích by měly být schopné zajistit podmínky a předpoklady pro rozvoj týmu – zdůrazňovat význam týmové spolupráce, vytvářet identitu týmu, odstraňovat bariéry, podporovat komunikaci a implementaci změn, poskytovat pozitivní zpětnou vazbu a aktivně přistupovat ke vzdělávání. Pro nové sestry se objevuje možnost tzv. výcvikových programů, jejichž těžištěm je příprava člověka na práci v týmu. Soustředí se na rozvoj dovedností, schopností a postojů potřebných pro výkon povolání a mohou mít formu např. zážitkových kurzů, koučinku při začleňování jednotlivce do týmu, školení nebo outdoor tréninku. Tyto programy jsou však většinou realizovány pro jiná odvětví (ekonomika, marketing apod.) a sestry v ošetřovatelství zůstávají „zkrátka“. Jejich vzdělávání a školení je zaměřeno převážně na rozšiřování teoretických znalostí, mnohdy se bohužel jedná jen o splnění povinnosti a získání předepsaných kreditů. Naučit se pracovat, rozhodovat a „přežít“ v týmu záleží tak na samotné sestře a schopnostech její nadřízené (21, 57).

1.4 Rozhodování

Schopnost správně se rozhodovat považuje Gladkij za dovednost, kterou by se měli vyznačovat všichni řídicí pracovníci (15). Sestry se v rámci svých kompetencí také každodenně rozhodují (co, jak, kdy a jakým způsobem udělají), a proto i ony musí ovládat tuto dovednost. Nejedná se jen o provedení rozhodnutí – rozhodnutí je potřeba umět i přijímat např. od nařízeného pracovníka. Rozhodnutí nelze však považovat jako akci vybrání jedné alternativy řešení problému, poněvadž se nejedná o pevně stanovený postup, ale o měnící se proces. Základními podmínkami pro efektivní rozhodování je dostatek informací, informačních a personálních zdrojů a času, existence minimálně dvou variant řešení, správné stanovení kritérií a využití rozhodovací metody (8, 15). Rozhodnutí směřuje ke splnění cíle, který byl předem stanoven, např. cíl – odběr krve P/K na vyšetření, rozhodnutí – sestra vybere nejvhodnější žílu. Adair zdůrazňuje holistické pojetí problému při rozhodování ve smyslu nutnosti zvažovat všechny aspekty a faktory, které by rozhodování mohly ovlivnit (1). Schopnost sestry synteticky myslet (pohled ze všech úhlů) nesmí však být překážkou k pozdější analýze problému (podrobný rozbor) jako dílčí fázi procesu rozhodování (1, 8, 15).

1.4.1 Rozhodování jako proces

Na rozhodování je možné nahlížet z různých úhlů pohledu, např. se považuje za určitý proces skládající se z fází nebo za specifickou činnost sestry. V následujícím textu je rozhodování chápáno a popsáno jako proces. Rozhodovací proces se podobá procesu ošetrovatelskému, přičemž z něj využívá některé prvky, ale aplikuje je v jiných situacích. V první fázi se prolínají aktivity sestry ohledně sběru dat a definování problému, o kterém se rozhoduje. Sběr dat je ukončen shromážděním dostupných informací nebo vypršením času určeného pro získávání dat. Určitou roli zde hrají také faktory prostředí, např. stresová situace, akutní příjem, pracovní shon apod. – i v těchto situacích by sestra měla být schopna sebrat nezbytné informace (11). Někteří autoři však před shromážděním údajů upřednostňují jako výchozí bod rozhodovacího procesu zmíněné definování problému (14). V následujícím textu jsou jednotlivé fáze

rozhodovacího procesu rozebrány tak, že se předpokládá dřívější sběr dat, tzn. vychází se zejména z teorie Ellis a Hartley (11).

Následuje druhá fáze rozhodovacího procesu označovaná jako analýza, která plynule navazuje na fázi první. Sestra zhodnotí nasbíraná fakta a informace za účelem výběru momentálně aktuálních a pro další kroky potřebných, dat. Jedná se o důkladné, do detailu prováděné ověřování, na jehož základě se dále stanovují kritéria pro výběr varianty a navrhuje se řešení (závěry). Tato činnost sestry je považována za interaktivní dílčí proces, jelikož je nutné neustále ověřovat pravdivost dat, sbírat data nová, hledat příčiny problémů nebo přihlížet k neočekávaným situacím, jež se mohou v průběhu procesu rozhodování vyskytnout (1, 11). Grohar-Murray a DiCroce zmiňují existenci dvou skupin kritérií, které lze využít jako východisko pro rozhodování (16). Sestra se může odrážet od kritéria hospodárnosti, jež se zabývá efektivním využíváním zdrojů zejména finančních, nebo od kritéria identifikace spočívající zejména v projevu svých osobních hodnot a cílů směřujících k ochraně P/K, což se navenek projeví např. tím, jaký postoj sestra k P/K zaujímá, zvolený způsob ošetřování – slušnost, vstřícnost apod. Pro proces rozhodování stojí tyto východiska většinou ve vzájemném protikladu, např. z důvodu šetření nemůže sestra použít moderní materiál pro hojení P/K chronické rány (z hlediska ceny je materiál nevhodný), avšak z jejího osobního pohledu poskytuje tento způsob ošetření větší komfort pro P/K a zkracuje celkovou dobu léčby. V praxi proto slouží jako základ sesterského rozhodování standardy ošetřovatelské péče, čímž je P/K zajištěna péče na požadované úrovni (11, 16).

Po důkladném prostudování sesbíraných dat je možné stanovit si cíle a kritéria pro výběr nejvhodnější varianty řešení daného problému. Není-li stanoven cíl, nelze potom vyhodnotit, zda naše rozhodnutí a zásah byly správné, jelikož je nemožné daný stav situace s něčím porovnat. Je potřeba zformulovat také očekávané závěry, znovu zhodnotit stanovený cíl a připravit si plán akce (11). Gladkij chápe kritéria jako výchozí body, podle kterých sestra usuzuje, zda je dané řešení pro P/K vyhovující či nikoliv (15). Rozeznává tři skupiny kritérií: jako neopomenutelná označuje postupy lege artis, tzn. povinnost sestry poskytovat péči v souladu se zákonem, pod důležitá kritéria spadají ty, které by mohly mít nežádoucí vliv na P/K z bio-psycho-sociálního hlediska

(např. podávání léku i přes jeho nežádoucí účinky) a kritéria pomocná, mající malý vliv na kvalitu rozhodnutí. Stanovit kritéria znamená v podstatě zahrnout důležité aspekty, které by mohly ovlivnit rozhodnutí. Dále je potřeba, aby si sestra určila očekávané výsledky, jež souvisí s původním, vytyčeným cílem (bývají zpravidla totožné). Cíl lze považovat za ideální stav, ale ne vždy se sestře podaří toho dosáhnout, potom se proto očekávané výsledky optimálnímu stavu většinou co nejvíce přibližují. Velmi zřídka existuje pouze jedno řešení nebo možnost zásahu, a proto by sestra měla k problému přistupovat komplexně, využívat kritické myšlení a promýšlet teoreticky důsledky svého jednání. Čím více způsobů řešení sestra nebo tým vymyslí, tím více je konečné rozhodnutí kvalitnější (viz kapitola 1.3.4). Při výběru varianty se jako nejvhodnější jeví jejich seřazení dle priorit, resp. jejich efektivnosti, účelnosti a prospěšnosti pro P/K. Pokud nejvhodnější varianta selže, použije sestra následující, ve které nebyla např. splněna pomocná kritéria (kvalita rozhodnutí však není zásadně ovlivněna). Podmínkou pro dostatek variant je dostatečné časové zázemí (1, 8, 11, 15, 16).

V souvislosti s kvalitou rozhodnutí označují někteří autoři za nejdůležitější bod v procesu rozhodování realizaci připraveného plánu neboli implementaci alternativy (8). Ellis a Hartley považují za vhodné ještě před vlastní realizací svůj způsob rozhodnutí konzultovat se zkušenější osobou, protože tato je schopna zvážit, zda bude rozhodnutí správné nebo ne (11). I když se sestra může podílet na vypracování plánu rozhodnutí, nemusí ho však sama osobně realizovat, protože je oprávněna pověřit úkolem ostatní pracovníky (za předpokladu jejich kompetentnosti k danému úkon). Je nutné důkladně pověřovanou osobu seznámit s problematikou a na konci vykonanou práci zhodnotit. Sestra v tomto případě poskytuje pomoc, oporu a vedení a efektivně se spolupracovníky komunikuje. Tento způsob přidělování práce se nazývá delegování (viz kapitola 1.4.2.1) (8, 11, 16).

Zhodnocení výsledků po provedeném rozhodnutí se stává finálním krokem v celém procesu rozhodování. Jedná se o srovnání dosažených výsledků a původně stanovených cílů. Pokud aktuální výsledky neodpovídají nebo se zcela liší od cílů, mohlo v průběhu jednotlivých rozhodovacích fází dojít k nějakému pochybení. Na počátku rozhodovacího procesu připadá v úvahu možnost, že sestra nepřesně nebo

nekompletně sesbírala data, nevhodně je analyzovala a nebo nesprávně identifikovala priority P/K. Dále se objevují chyby jako nerealistické, nekonkrétní nebo neobratné formulování cílů, nedostatek informací k výběru vhodné alternativy, nereagování na změnu situace nebo potřeby P/K, výběr nevhodného řešení a neadekvátní zhodnocení dosažených výsledků. Sesterské rozhodování je však ovlivňováno celou škálou vnějších i vnitřních faktorů (viz osobnostní charakteristika), proto nevhodné nebo unáhlené rozhodnutí může mít také negativní důsledky. Sestra by měla své osobní nedostatky účinně eliminovat a také se podílet na odstraňování dalších nežádoucích faktorů – např. nepřátelská atmosféra na oddělení, neefektivní týmová spolupráce atd. (11, 14).

1.4.2 Typy rozhodování

Sestra je kompetentní rozhodovat se sama jako jednatel, a nebo jako účastník skupinového rozhodování. Každý z obou typů má svá pozitiva i negativa. Individuální způsob rozhodnutí bývá zpravidla časově méně náročný a sestra ho nejčastěji využívá při řešení problémů vyplývajících z každodenního chodu oddělení, např. stanoví postup práce v neobvyklé situaci (chybí obvazový materiál). Tento způsob je nazýván jako programované rozhodnutí a využívají ho sestry na nižších úrovních managementu, protože se zde uplatňují standardní, opakovatelná a nenáročná řešení. Naopak manažeři od střední úrovně hierarchie a výše se rozhodují pomocí neprogramovaných způsobů, jelikož jsou jejich problémy vysoce specifické a vyžadují odlišná řešení (např. hlavní sestra nemocnice se rozhodne zavést poskytování ošetrovatelské péče podle jiného teoretického modelu ošetrovatelství) (8).

Sestra však pracuje v týmu odborníků, proto má možnost své rozhodnutí jednak konzultovat s ostatními sestrami (lékaři) nebo se podílet na skupinovém rozhodování. V rámci skupinového rozhodování se též předpokládá určitá informovanost sestry. Informační zdroje, ze kterých lze čerpat, jsou rozmanité – elektronické zdroje, knihy, periodika, směrnice, standardy ošetrovatelské péče, metodické příručky nebo manuály s návodem. V některých případech se nejlépe přístupným informačním zdrojem stává zkušenější kolegyně, čehož využívají zejména nové sestry. Skupinové rozhodnutí je náročné, a proto je potřeba dostatečné personální (kreativní jedinci), prostorové, časové

a finanční zázemí, ale i podpora vyššího managementu (11). Záleží na schopnostech i zkušenostech sestry manažerky, ke kterému způsobu skupinového rozhodnutí (metodám) se v dané situaci přikloní, ale vždy je nutné zvažovat také jejich výhody a nevýhody (viz příloha 5).

Nutnost rozhodnout se pod určitým tlakem (nedostatek času nebo personálu, akutní příjem, administrativní přehlcení apod.) vyžaduje po sestře odlišný přístup. Pro P/K je z hlediska kvality poskytované péče podstatné, aby sestra byla připravena (např. na traumatologickou JIP bude přivezen P/K po autonehodě – sestra přichystá monitor a jeho příslušenství, v případě potřeby odsávání, náběry, oxygenoterapii atd.), ovšem v praxi se hlavní překážkou této „připravenosti“ stává nedostatek času a přetíženost sester. Nejen z těchto důvodů je velice snadné dospět ke špatnému rozhodnutí. Roli zde hraje management vrchní a staniční sestry na daném oddělení, které by společně měly identifikovat podobná rizika, kterým sestry pracující pod tlakem čelí, a stanovit, do jaké míry se mohou objevit, a předem se na ně pomocí plánu připravit (14).

1.4.2.1 Delegování

Delegování je možné pokládat za zvláštní formu individuálního rozhodování. Lze ho definovat jako „pověření úkolem někoho jiného, kdo také dostane přiměřenou pravomoc, aby daného úkolu mohl dosáhnout (1, s. 16)“. Jedná se o složitý proces dělby práce, udělování povinností a příkazů. Sestra, která deleguje, je zodpovědná za to, že osoba vykonávající daný úkol je k tomu kompetentní (např. nelze pověřit ošetřovatelku odběrem krve), na druhou stranu delegovaná osoba zodpovídá za správné provedení úkolu. Sestry jsou při každodenním pracovním shonu doslova „nuceny“ delegovat, jinak by nebyly schopné splnit všechny své pracovní povinnosti a mohly by být frustrovány a vyčerpány, což by pravděpodobně vedlo ke snížení kvality ošetřovatelské péče. Naštěstí se sestry v průběhu praxe více či méně této delegovací dovednosti naučí (11). K efektivnější implementaci delegování v ošetřovatelské praxi může přispívat samotný fakt jeho modernosti a vzrůstající požadavky na kvalitu ošetřovatelské péče. Dále se na tomto jevu podílí fakt, že se zaměstnanci díky delegování sami podílejí na svém osobnostním rozvoji a jsou pro práci motivovaní, což může pozitivně ovlivnit kvalitu

pracovního výkonu. Delegováním se všeobecně snižují náklady na péči (např. sestra deleguje rutinní úkol na pomocný personál) a šetří se jím čas (11, 16, 30).

Mezi výchozí podmínky úspěšného delegování se řadí výše zmíněný výběr kvalifikovaného personálu, jednoznačné vysvětlení úkolu, doplňující informace a dále posouzení okolností, zda nejsou potencionální bariérou (např. staniční sestra požádá svou podřízenou, aby doprovodila P/K na časově náročné vyšetření v momentě, kdy tato sestra připravuje infuzní léky, které musí být podány). Delegující osoba by měla být schopna poskytovat, za využití efektivní komunikace, podporu a pomoc a na závěr vykonaný úkol zhodnotit a pochválit delegovaného (11, 46).

Za některých okolností není vhodné úkol delegovat. Sestra je povinna znát tyto situace, ke kterým patří v první řadě omezení zákonem (nekompetentnost osoby), za další fakt, že úkol je určený pouze pro vyškolený personál (oprava zdravotnické techniky) nebo se jedná o činnosti náležící výhradně sestřím jako je např. zhodnocení stavu P/K (11). V ostatních případech je delegování na místě, ovšem někdy se sestry i samotné manažerky ošetřovatelství pověřovat úkolem ostatní bojí. Důvodem může být domněnka typu „já to dokážu lépe“, nebo zažitý vzorce chování („vždy jsme to dělali tímto způsobem“), dále překážkou může být prvotní elán nově nastupujících sester, ale následné přetížení, obava z kritiky nebo odpovědnosti, nízká sebedůvěra, ale především nejasná komunikace nebo nepochopení úkolu (11, 16). Z výše uvedeného vyplývá, že sestra dokáže úspěšně delegovat úkoly jen pokud je sama schopná pracovat v týmu, musí umět komunikovat, přesně a jasně se vyjadřovat, poskytovat podporu a pochopení, a individuálně hodnotit vypracované úkoly i delegovaného (vzájemné porovnávání výkonů dvou osob se považuje za netaktní) (1, 30).

1.4.3 Modely rozhodování

Pomůckou sestry při procesu rozhodování by měly být teoretické modely. V této souvislosti označuje Banning rozhodování sester jako tzv. klinické rozhodování a popisuje tři teoretické modely (3). Aplikace a užitečnost dvou z těchto modelů byla již vyzkoušena v praxi. Za prvé se zkoumal „analytický model“ založený na zpracovávání informací a znalostí, který sestry převzaly od lékařů (návod správného rozhodnutí pro

stanovení diagnózy) jako pomůcku pro zhodnocení ošetrovatelských výsledků péče. Druhým vyzkoušeným byl „intuitivně-humanistický“ model využívající místo hypotéz intuici, vztah mezi vědomostmi a zkušeností sestry. Skeptické pohledy odkazovaly na nedostatek vědeckých podkladů, ale na druhou stranu byly sestry díky své intuici schopné vycítit změnu týkající se P/K a adekvátně na ni reagovat. Předmětem testování tohoto modelu byly i jednotlivé faktory působící na schopnost sestry intuitivně jednat a míra využití intuice v porovnání zkušených sester a studentek ošetrovatelství (3).

Nejnovějším vzorem pro rozhodování se na základě některých prvků z výše stručně popsaných modelů a výsledků klinických studií stal O'Neillův model klinického rozhodování. Tento multidimensionální model využívá hypoteticko-deduktivní přístupy a je adekvátně podporován informačním systémem. Za hlavní rysy modelu se považuje studování dosavadních dat P/K ještě předtím, než se s ním sestra setká osobně – tzv. pre-encounter data (sestra si vytvoří „obrázek“), předvídání a kontrolování možných rizik, přítomnost standardů ošetrovatelské péče a následný výběr intervence s ohledem na měnící se stav P/K. Schématické znázornění O'Neillova modelu je uvedeno v příloze (viz příloha 6). Platnost tohoto modelu je potřeba v praxi ještě testovat, proto se zatím může využívat např. ve výuce studentů k procvičování jejich rozhodovacích dovedností (3). Testování reliability modelu je podmíněno např. motivací či ochotou sester podílet se na ošetrovatelském výzkumu, stejně tak jako projeveným zájmem o zvýšení image sesterské profese, ke kterému ošetrovatelský výzkum přispívá. Nejen z těchto důvodů je potřeba, aby byly sestry vysokoškolsky vzdělávány.

Schopnost umět se správně v klinické praxi rozhodnout umožňuje sestřám i studentkám ošetrovatelství získávat nové zkušenosti v oblasti poskytování péče, ale podporuje také samotný smysl a důležitost rozhodování. Staniční, vrchní i hlavní sestry mohou tyto modely využívat např. pro samotné manažerské rozhodnutí nebo jako způsob řešení problémových interpersonálních vztahů na pracovišti (3). Tato možnost sestry – používat při procesu rozhodování teoretické modely, umožňuje, že poskytovaná péče bude kvalitní, kontrolovaná a v souladu s všeobecnými etickými pravidly.

1.4.4 Etické aspekty rozhodování

Při rozhodování a komunikaci (vlastně při každém kontaktu) je potřeba pohlížet na P/K holisticky a neopomíjet jeho bio-psycho-sociální i duchovní potřeby. P/K potřebuje být chápán a respektován, a proto se s vývojem etiky jako vědeckého oboru dostává do popředí také profesní etika. V roce 2000 byl předložen a uveden v platnost Etický kodex od České asociace sester, který vychází z kodexu Mezinárodní rady sester, jelikož v rámci poskytování ošetrovatelské péče řeší sestra každodenně rozličné etické problémy, někdy i dilemata, přičemž se do popředí dostává mravnost rozhodování (16, 24). Podle Grohhar-Muray a DiCroce se etické rozhodování sestry opírá o dva typy teoretických východisek (16). Deontologická teorie podporuje konání dobra a eliminuje zlo, např. lhaní je špatné a nemorální, a to bez ohledu na důsledky (P/K se dozví špatnou zprávu a zhorší se jeho psychický stav; s událostí mohl být P/K seznámen později, ale sestra nebo lékař se rozhodli nelhat). Deontologická teorie se tedy zakládá na náboženských tradicích (konej dobro) a všeobecném morálním jednání. Naopak teorie racionalismu považuje v procesu rozhodování dobro a zlo podle jejich možných důsledků, tj. P/K může být oklamán, protože se tím předejde např. momentální depresi (16). Sestra je tak vystavena dilematu, zda se rozhodnout být upřímná za každou cenu či nikoli. V každém případě by se měla rozhodovat v souladu s etickým kodexem, který poskytuje základní schéma pro rozhodování, ale také s právy pacientů, čímž zároveň využívá a naplňuje roli sestry advokátky P/K (33).

Některé etické otázky lze však snadno vyřešit pomocí platných vyhlášek nebo zákonů, kdy nezáleží na názoru a svědomí P/K nebo sestry, ale právě právní zakotvení ukládá povinnost problém řešit určitým způsobem (nedodržení je sankcionováno) (11, 24). Sestra respektující etické zásady dbá při poskytování ošetrovatelské péče na dobročinnost, neškodnost, spravedlnost, poctivost, přesnost, věrohodnost, ale zejména na autonomii a práva P/K. P/K má právo sám rozhodovat o skutečnostech, které se ho bezprostředně dotýkají, avšak jeho rozhodnutí může být v některých případech ze strany sestry vnitřně neakceptováno, zejména pokud je v rozporu s její osobní etikou nebo hodnotovým systémem. V žádném případě by nemělo docházet k otevřeným konfliktům či nepochopení, protože pokud se tak stane, zdůrazní tím sestra vlastní neprofesionalitu.

Není-li však P/K schopen adekvátního rozhodnutí, má sestra povinnost zajistit příslušná opatření k odvrácení možných negativních důsledků a naplno být jeho advokátkou (11, 16).

Etické rozhodnutí je složitý proces, ve kterém se uplatňují všeobecné fáze rozhodování (viz kapitola 1.4.1). Většinou existuje více možných způsobů řešení a úhlů pohledů, a proto je pro sestru nezbytné klást si neustále otázky a hledat na ně odpovědi. Je potřeba vědět, koho se problém týká, kdo bude zahrnut do rozhodování, jaké hodnoty uznávají tyto osoby, zda jsou informace aktuální, jaké etické principy lze uplatnit, apod. Provést rozhodnutí v souladu s etikou není někdy pro sestru jednoduché, ale (naštěstí?) zodpovědnost za většinu rozhodnutí, zejména závažnějšího charakteru, přebírá samotný P/K nebo jeho rodina, např. u interrupce, asistované reprodukce, péče o postižené dítě, terminálního stavu P/K, transplantace orgánů, v jiných zemích ohledně eutanázie nebo u programu „do not resuscitate“. Zde působí sestra pouze jako advokát a do samotného procesu nezasahuje. Její úkol spočívá v podpoře P/K a jeho rodiny, přičemž zajišťuje dostatek času na rozhodnutí (např. o ukončení léčby), ubezpečuje P/K, že rozhodnutí je správné, a toto rozhodnutí také respektuje (11, 24). Bariéru mohou představovat různá náboženská nebo etnická přesvědčení, nezkušenost sester a jejich obavy z následků rozhodnutí či aktuální situace na oddělení (zejména přetíženost sester). Dnes mohou P/K podávat různé žaloby a stížnosti, což je zajisté pozitivní pokrok v ochraně jejich práv, ale na stranu druhou se tím omezuje vznik prospěšného etického rozhodnutí a tím pádem i profesní růst sestry ve smyslu rozhodovacích činností (16). Spolu s dalšími faktory, jako je např. pracovní vyčerpanost, neustálý kontakt s lidmi, osobní problémy apod., může strach z potencionálního soudního řízení nebo etnických bariér, kdy má sestra pocit, že to „nezvládá“, vyústit ve vyčerpání nebo tzv. burn-out syndrom (24).

Sestra při kontaktu s P/K vystupuje v určitých profesních rolích, které byly popsány v předchozích kapitolách. Sestry by si měly uvědomit, že se rozhodování nepromítá jen do rozhodovací role, ale i do všech ostatních. Z hlediska prospěšnosti pro P/K se jedná zejména o roli sestry jako poskytovatelky péče, jelikož správným nebo nesprávným sesterským rozhodnutím se významným způsobem ovlivní výsledná kvalita poskytované péče.

1.5 Kvalita ošetrovatelské péče

Kvalita (jakost) je fenoménem 21. století a promítá se do mnoha oblastí a oborů (služby, průmysl). Prvopočátky jejího rozvoje směřují k II. světové válce, kdy se vlivem hladovění obyvatelstva kvalita stala předmětem konkurence potravinářských firem. V 80. letech se do centra pozornosti dostává zákazník, který sám rozhoduje o tom, co je kvalitní (36). Mezinárodní organizace pro standardizaci, založená již v roce 1947, ustanovuje tzv. ISO normy, pro řízení kvality se tyto objevují poprvé v roce 1987. Nejdůležitějšími principy pro kvalitu služeb všeobecně se staly normy ISO 9001:2000 (z roku 2000), které sjednocují všechny standardy z řady ISO 9000. Zaměřují se zejména na zákazníka-klienta, na kvalitu zaměstnanců a procesy uvnitř organizace a na program kontinuální zvyšování kvality (viz dále). Díky stanoveným normám je zajištěno komplexní řízení a kontrolování kvality (36, 46).

Jednoznačně definovat pojem kvalita je obtížné za prvé vzhledem k její multidimenziálnosti a za druhé kvůli individuálním potřebám lidí, protože každý člověk ji může vnímat odlišným způsobem a mít jiné požadavky. V systému zdravotnictví je možné na kvalitu pohlížet jako na souhrn všech podmínek, faktorů, služeb a procesů vedoucí ke „zlepšení zdravotního stavu, zvyšování kvality života a spokojenosti obyvatel... (15, s. 289)“. Zdravotnická zařízení i jiné firmy zavádějí do praxe tzv. program kontinuálního zvyšování kvality (dále jen KZK). Požadavky se neustále zvyšují, mění se P/K a jeho potřeby, a následně i způsob poskytování ošetrovatelské péče. Funkčnost programu KZK je do určité míry závislá na změně myšlení a vnitřním přijetí ze strany jednotlivých zaměstnanců (46). Za kvalitu poskytovaných služeb nemocnice, jako je např. dostupnost, včasnost, návaznost léčby apod.) zodpovídá top a střední management, na rozdíl od poskytování ošetrovatelské péče, kdy odpovědnost přebírá konkrétní kvalifikovaný pracovník (15). Pokud se hovoří o zvyšování kvality, nelze opomenout, v současnosti často skloňovanou, akreditaci. Akreditací se rozumí proces různých aktivit vyústující v získání akreditačního certifikátu (na 2–3 roky) s cílem snížit variabilitu kvality ve zdravotnických zařízeních. Certifikát je vydáván Spojenou akreditační komisí České republiky (dále jen SAK-ČR), přičemž vstup do akreditačního řízení je dobrovolný (46).

Protože úroveň ošetrovatelské péče je pouze jedním z dílčích kroků sledování kvality, bylo by proto obtížné jednoznačně stanovit, zda zdravotnické zařízení odpovídá akreditačním požadavkům. Z praktického hlediska se tedy kvalita vyhodnocuje ze čtyř různých úhlů pohledů – podle výsledného produktu, péče nebo služby, zaměstnanců a prostředí (viz příloha 7) (46).

1.6.1 Hodnocení kvality

Každý výrobek, produkt, služba, ale i ošetrovatelská péče musí být z hlediska kvality opakovaně hodnocena. Za prvé je potřeba stanovit, co „kvalitní péče“ znamená, a poté je možné vyhodnotit, zda-li tohoto bylo dosaženo. Základem kvality jsou standardy ošetrovatelské péče konkrétního zdravotnického zařízení definované jako „dohodnutá úroveň kvality neboli zavedená norma (16, s. 188)“. Vycházejí z národních a regionálních standardů, ve kterých se odráží kulturní a sociální podmínky společnosti, např. normy České republiky nemusí být shodné s normami v afrických státech (23). V souvislosti se standardy se stanovují tzv. indikátory kvality (kritéria hodnocení), podle nichž se zvažuje, zda bylo standardu dosaženo. Tato kritéria zahrnují oblast struktury, procesu a výsledků ošetrovatelské péče. V roce 1998 uvedla SAK-ČR padesát akreditačních standardů a rozdělila je do deseti oblastí (viz příloha 8). Pro efektivní ošetrovatelskou praxi je nutné zajistit propojenost standardů a praxe a dbát na důkladné seznámení zaměstnanců s těmito standardy. Za předpokladu definování kvality pomocí standardů, směrnic a nařízení je možné přistoupit k jejímu vyhodnocování (16, 46, 53).

Samotné jádro vyhodnocování představuje odborný audit (systematická metoda hodnocení kvality) a je právem považován za nejvíce efektivní nástroj programu KZK. Jeho cílem je nalezení mezer v systému ošetrovatelské praxe a jejich odstranění. Před provedením auditu je potřeba pomocí jasných kritérií identifikovat jevy, jež se budou hodnotit, včas oznámit skutečnost auditu pracovníkům, připravit plán (kdy, kde, jak, a jak dlouho bude šetření trvat) a promyslet způsob prezentování dosažených výsledků. Audit je považován za týmovou práci, a proto do jeho realizace vstupuje i sestra (15, 23, 46, 53). Tato se jednak stává předmětem hodnocení (poskytovatelka péče), kdy svým rozhodováním, chováním nebo odpovědí ovlivňuje výsledek auditu, a nebo je součástí

auditorského týmu, popřípadě se objevuje v roli hlavní auditorky (většinou hlavní, staniční a vrchní sestry).

Role top managementu v zajišťování a vyhodnocování kvality je nezastupitelná. V rámci Rady kvality instituce se podílí na koordinování celého procesu KZK a zajišťují finanční, materiální, personální a informační zdroje nemocnice. Na základě výsledků auditů se soustředí zejména na vypracovávání koncepcí a dlouhodobých cílů, vytvářejí a udržují předpoklady pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče, delegují úkoly a pravomoc a podporují efektivní interpersonální komunikaci (15). Hlavní sestra nemocnice zpravidla určuje a rozhoduje o tom, jakým způsobem bude zajištěna kvalita péče pro P/K, tj. schvaluje a vydává standardy, nařízení nebo mimořádná opatření v případě, že došlo k pochybení.

Úkol středního a základního managementu prezentovaného vrchními, staničními a směnovými sestrami, spočívá z hlediska kvality v rozšiřování programu KZK na jednotlivá oddělení, stanice, ošetrovatelské jednotky nebo ambulance. Vrchní a staniční sestry jsou kompetentní monitorovat kvalitu na svých odděleních a sledovat, zda je péče poskytována v souladu se standardy. Sledují úroveň diagnostických procesů, léčebné a zejména ošetrovatelské péče. Monitorují zejména způsob zajištění hygieny, stravy nebo pitného režimu P/K, dostupnost sestry v akutních situacích, aplikaci léků, prevenci dekubitů a pádů, komunikaci sestry s P/K, akceptování sester jako členů týmu aj. (15). Nejčastěji přichází do kontaktu s P/K směnová sestra a je také oprávněna rozhodnout o způsobu poskytování ošetrovatelské péče (kdy, kde, kolik, komu, jak), tzn. o intervencích. Toto rozhodnutí ovlivní celkovou kvalitu poskytované péče a sestra za něj nese plnou zodpovědnost (55, 56, 58).

1.6.1.1 Odpovědnost a pochybení v ošetrovatelské péči

Selhání lidského faktoru se objevuje ve všech oblastech působnosti a činnostech člověka. Pochybení v lékařské a ošetrovatelské péči může mít nedozírné následky, jak pro P/K, tak pro chybujícího (22). Každý člověk je zodpovědný za své činy a chování a sestra si musí být této odpovědnosti vědoma zejména v souvislosti s výkonem svého povolání. Odpovědnost lze charakterizovat jako schopnost umět přijmout následky

svých činů v souvislosti s jednotlivcem, institucí, v rámci své profese nebo celé společnosti (30). Postup non lege artis se také považuje za protiprávní jednání. Podle typu právní oblasti a závažnosti následků činů se rozlišuje několik druhů právní odpovědnosti. Při trestněprávní odpovědnosti je sestra nebo jiná konkrétní fyzická osoba sankciována za trestný čin (v úvahu připadá např. ublížení na zdraví z nedbalosti, nevhodné nakládání s údaji P/K), konkrétně např. perforace tlustého střeva při podávání klyzmatu, kdy sestra nedbala na stížnosti P/K. Podmínkou pro uvalení sankce na sestru je podání trestního oznámení. Občanskoprávní odpovědnost se týká sestry jako fyzické osoby, ale i nemocnice jako osoby právnické). Do této oblasti spadají postihy za způsobené vady, škodu nebo za prodlení a P/K obrací na zdravotnické zařízení. Sestra je k občanskoprávní odpovědnosti volána tehdy, pokud péči poskytuje sama (speciální odběrové ambulance, domácí péče apod.). Pracovněprávní odpovědnost je ustanovena zákoníkem práce. Sestra jako zaměstnanec má povinnost řádně pracovat, plnit úkoly a chránit majetek zaměstnavatele, sestra jako vedoucí pracovník je pověřena řízením, organizováním, hodnocením a péčí o podřízené. Z oblasti správněprávní může být sestra volána k zodpovědnosti za přestupky (existuje nebezpečí pro společnost, ale nejedná se o trestný čin, popřípadě jiný delikt), např. při nedodržení postupu práce uvedeného v předpisech nemocnice. Za specifický druh odpovědnosti se považuje disciplinární delikt. Sestra může být odpovědná pouze tehdy, pokud je členkou nějaké profesní sesterské organizace, např. ČAS, a poruší jejich vnitřní předpis. Odpovědnost funkční souvisí s postavením v hierarchii nemocnice. Za plnění dlouhodobých cílů nemocnice nese zodpovědnost hlavní sestra, za celé oddělení vrchní, za jednotlivé stanice staniční a za konkrétní ošetrovatelský výkon směnová sestra (22, 55).

Zpravidla každý zdravotnický výkon bývá spojen s určitými riziky a všechny činnosti mohou vyústit v majetkovou újmu. Přibývá případů pochybení, avšak někteří lékaři i sestry si tuto skutečnost neuvědomují a svým nevhodným chováním přispívají ke vzniku omylu. V této souvislosti se rozlišuje tzv. „near miss“, což je označováno za téměř pochybení, kdy sestra nebo někdo jiný v poslední chvíli před vznikem pochybení, většinou vědomě, zasáhne (např. sestra nesla P/K tablety a včas rozpoznala, že připravila sice správný lék, ale o jiné síle). Druhým typem pochybení je nežádoucí

událost bez následků. To znamená, že péče nebo výkon nebyly poskytnuty dle platných standardů, avšak nedošlo k žádné újmě na zdraví nebo majetku (sestra podala špatný lék, avšak tento P/K nepoškodil). Nejhorší varianta pochybení se označuje jako nežádoucí událost s následky. V některých případech může být ohrožen i život (sestra aplikovala vyšší dávku inzulínu a P/K upadl do hypoglykemického komatu). V roce 2001 bylo díky provedeným studiím klasifikováno osm oblastí (kategorií), ve kterých sestry nejčastěji chybují: snížená vnímavost vzhledem k aktuálnímu stavu P/K (díky pracovnímu přetížení), lhostejnost k morální odpovědnosti (nepřiznání chyb), špatné rozhodnutí, výše zmíněná oblast medikačních chyb, neefektivní ošetrovatelský zásah, zanedbávání preventivních kroků (např. vznik dekubitů), ordinace lékařů a nedostatky v ošetrovatelské dokumentaci (nečitelnost, bez podpisu aj.). Z výše uvedeného vyplývá, že příčin omylů existuje mnoho – nejúčinnějším zásahem je prevence vzniku pochybení za předpokladu výběru kompetentních zaměstnanců. V případě neúspěchu se v dalším kroku uplatňuje fungující systém hlášení mimořádných událostí a managementu rizik, kdy následuje rozhodovací proces s uplatněním jeho dílčích fází o tom, zda k pochybení došlo či nikoli (45).

1.6.1.2 Management rizik a bezpečnost

Program managementu rizik je součástí řízení kvality a zabývá se „zanedbáním povinné lékařské a ošetrovatelské péče (péče non lege artis), nedbalostí a otázkou profesionální zodpovědnosti (16, s. 192)“. Důležitý prvek představují staniční, vrchní i hlavní sestry, když kontrolují práci podřízeného personálu a brání tím tak vzniku nežádoucích jevů a pochybení. Mezi nejčastější způsob manažerské kontroly se řadí systém hlášení mimořádných událostí (dále jen MU), který dokáže vyhledat rizika a problémy, ale také poskytuje zpětnou vazbu s návrhem možného řešení. Je potřeba stanovit manažera MU, speciální týmy (nebo vyšetřující komise), formuláře, do kterých se MU zapisují, a v neposlední řadě také písemně zpracovaný postup pro zaměstnance. Sestra by se neměla obávat nahlásit MU, např. nozokomiální nákazy, pády, dekubity, agrese na pracovišti, protože cílem není potrestání, ale předcházení opakujících se rizikových událostí. Její rozhodnutí nahlásit, resp. nenahlásit, své nebo cizí pochybení

může významným způsobem ovlivnit P/K, a jelikož ve většině případů „vyjde pravda vždy najevo“, tak zbytečným zatajováním chyby se ztratí drahocenný čas, který by byl potřebný pro zmírnění nebo odstranění nežádoucích následků. Z tohoto důvodu je velice důležité implementovat management rizik a hlášení MU mezi pracovníky, což do jisté míry závisí na přístupu a schopnostech vedoucích sester a na jejich umění přesvědčit své sestry, aby se s filozofií MU vnitřně ztotožnily a nebály se ho (16, 17, 18, 44). Podle dosavadních výzkumů zdravotničtí pracovníci považují problematiku managementu rizik a hlášení MU za velice aktuální. V českých nemocnicích jsou tyto systémy běžnou součástí praxe, což přispívá k celkovému zvyšování kvality péče o P/K (17, 18).

V současnosti stojí mezi prioritami v poskytování ošetrovatelské péče zajištění bezpečného prostředí pro P/K. Hovoří se o tzv. bezpečnostní kultuře, kterou je možno podporovat fungujícím systémem MU (ohlášení bez potrestání), týmovou spoluprací, efektivní komunikací a prevencí stresu a fyzického přetížení. Kvalitní a bezpečná péče se mimo jiné vyznačuje podílem P/K na péči, protože spolupráce snižuje riziko vzniku pochybení. Sestry a lékaři si tento fakt uvědomují, a proto je P/K již ve větší míře považován za partnera (cílem je informovanost), ale bohužel ne každý nemocný člověk dokáže v dostatečné míře spolupracovat (45). Hanzlová a Brabcová navrhuje, aby prevence pochybení sester byla zapojena do ošetrovatelského procesu formou diagnóz, např. riziko chybné identifikace P/K při shodě jmen (17, 18).

Lékař i sestra jsou „jen“ lidé, proto i oni někdy chybují. Pracovní shon, fyzická nebo psychická zátěž a všeobecně nedostatek sester pravděpodobně přispívají ke snadnějšímu vzniku pochybení. Pro poskytování kvalitní péče je nezbytné omyl si uvědomit, podle svých možností zasáhnout, popřípadě informovat svého přímého nadřízeného, ale zejména nebát se o problému hovořit (17, 18). V praxi se sestra může setkat s různými názory na pochybení zdravotnických pracovníků, avšak nezdědka se stává, že je P/K ochoten „prominout“ malé pochybení za cenu laskavějšího a lidského přístupu sestry, která se soustředí více na provádění výkonů a plnění ordinací než na potřeby P/K, což poukazuje na fakt, že se sestra musí i zde, v běžné každodenní situaci, rozhodnout, co bude její prioritou v poskytování ošetrovatelské péče.

1.6.3 Pacientův/klientův pohled na kvalitu

Pokud P/K není sám zdravotníkem nebo lékařem, je možné, že pojem kvalitní péče bude vnímat odlišným způsobem. Pro sestru je z hlediska kvality péče závazné postupovat podle standardů, avšak ve většině případů není P/K toto schopen analyzovat. Na druhou stranu vnímá zejména chování a jednání sestry, její vzhled a osobní úpravu, zájem o práci, styl komunikování, dodržování daných slibů aj., což si sestra někdy bohužel neuvědomuje. Důležitou součástí P/K pojetí kvality představuje dále míra narušení jeho primárních potřeb během hospitalizace (zejména vylučování, příjem potravy, spánek) (34).

Naléhavost a touha po uspokojení těchto potřeb závisí zejména na závažnosti či charakteru onemocnění. P/K, který byl hospitalizován např. pro akutní apendicitidu, se bude více zajímat o kosmetické následky po operaci a nebo o návrat do práce. Také omezení v základních potřebách (potíže při vylučování apod.) budou pravděpodobně přechodná a z hlediska kvality péče méně prioritní. Naopak P/K mající závažnou diagnózu se musí nejdříve vyrovnat se samotným faktem těžké nemoci, proto v první fázi bude pro něj nejvíce důležitý citlivý přístup personálu a podpora rodiny. Dále bude pro tohoto P/K důležité, jakým způsobem se sestra chová, jak vnímá jeho obtíže s uspokojováním základních potřeb (zdravý člověk si je dokáže uspokojit sám) nebo zda ho akceptuje jako autonomní bytost. Všeobecně a přeneseně je tedy možné tvrdit, že je pro P/K důležitější „jak“ to sestra udělá než „co“ udělá. Proto sestra pomocí svých znalostí, dovedností a postojů, dále efektivní komunikací, informováním a edukací dle svých kompetencí a svým rozhodováním pomáhá P/K překonat strach, prvotní šok z nemocničního prostředí a provází ho na jeho cestě za uzdravením (34).

2 Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Na základě studia současné literatury a provedených výzkumů byly pro diplomovou práci stanoveny dva výzkumné cíle.

1. Zjistit, v jakém rozsahu je využívána rozhodovací role sestry.
2. Zjistit, které hlavní faktory ovlivňují sesterské rozhodování v rámci poskytování ošetrovatelské péče.

2.2 Hypotézy

V souvislosti s výzkumnými cíli byly stanoveny čtyři hypotézy pro potvrzení nebo nepotvrzení.

H1: Sestra nemá podmínky k provádění ošetrovatelských intervencí na základě své rozhodovací kompetence.

H2: Sestra ve funkci umožňuje svým podřízeným plně rozhodovat o způsobu vedení ošetrovatelské péče.

H3: Faktory charakterizující současný stav ošetrovatelské péče neumožňují využití rozhodovací kompetence sestry.

H4: Partnerská spolupráce multidisciplinárního týmu posiluje rozhodovací roli sestry.

3 Metodika

3.1 Metodika práce

Ve výzkumné části diplomové práce byla použita kvantitativní výzkumná metoda, technika dotazníku. Struktura dotazníku byla sestavena na základě teoretických znalostí a zkušeností z praxe. Pro účely práce bylo nutné vytvořit dva typy dotazníků (viz dále), přičemž dotazník pro první skupinu respondentů obsahoval 22 otázek a pro druhou skupinu 25 otázek. Všichni respondenti se v dotazníku setkali s otázkami uzavřenými, polouzavřenými s možností jiné, dále s filtrační a jednou otevřenou otázkou, kde mohli odpovědět volným způsobem. Respondenti odpovídali anonymně. Srozumitelnost dotazníku byla testována na 16 respondentech, přičemž 4 tvořily sestry z ošetrovatelského managementu – dále jen sestra manažerka a 12 sester ze směnného provozu. Na základě vepsaných připomínek byl dotazník upraven do finální podoby (5, 13). Tito respondenti nebyli zahrnuti do následného výzkumného šetření.

V první části výzkumu byly kontaktovány hlavní sestry nemocnic a požádány o spolupráci (viz příloha 9). Dále probíhal výzkum kombinovaným způsobem: osobním rozdáním a sběrem dotazníků (ve 3 nemocnicích) a nebo distribucí přes služby České pošty (2 nemocnice). Při osobním kontaktu se sestrami byly pokyny pro vyplňování předány ústně a při rozesílání poštou byly tyto uvedeny písemně pro hlavní sestru. Výzkumné šetření probíhalo v období od 15.1. do 25.2. 2009.

3.2 Zpracování dat

Data byla elektronicky zpracována v programu Microsoft Office Excel 2003. Pro následnou analýzu dat byl využit počítačový program SPSS, verze 13.0. Byly použity vzorce deskriptivní statistiky – frekvenční zastoupení (Frequency) jako základní nástroj analýzy dat a u vybraných proměnných z důvodu testování jejich vzájemné nezávislosti také kontingenční tabulky (Crosstest) a Pearsonův test chí kvadrát (Pearson Ch-Square) (17). Z důvodu proveditelnosti testu nezávislosti (splnění jeho podmínek) bylo nezbytné sloučit některé významově podobné kategorie odpovědí uvedené v dotazníku, např. lidská a holistická bytost (viz tabulka 17) nebo problémová atmosféra a převážně

napjatá atmosféra (viz tabulka 21). Výsledky jsou v empirické části prezentovány a zpracovány v podobě grafů nebo tabulek (vytvořeny také v Microsoft Office Excel 2003 nebo SPSS), a to postupně dle struktury dotazníku (graf 1a–27b, tabulka 1–13) a nebo vybrané otázky podle vztahu k jednotlivým zdravotnickým zařízením (graf 28–42b, tabulka 14–16). Číselné hodnoty výsledků jsou zaokrouhleny na jedno desetinné místo. V poslední kapitole 4.3 jsou prezentovány údaje analyzované SPSS programem (tabulka 17–22).

3.3 Charakteristika výzkumného vzorku

Do výzkumného šetření byly zahrnuty sestry z pěti nemocnic jihočeského regionu – Nemocnice České Budějovice, a.s., Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s., Nemocnice Písek, a.s., Nemocnice Strakonice, a.s. a Nemocnice Tábor, a.s. (řazeno abecedně). Pro vybrané grafy z kapitoly 4.2 byly pro identifikaci jednotlivých nemocnic použity zkratky (při zachování výše uvedeného pořadí se jedná o zkratky ČB, JH, PÍS, STRAK, TÁB). Výzkumný vzorek tvořily hlavní, vrchní, staniční a směnové sestry ze zmíněných nemocnic, které pracovaly na následujících odděleních: anesteziologicko-resuscitačním, gynekologickém, chirurgickém, interním, neurologickém, následné péče nebo léčebně dlouhodobě nemocných. Tato oddělení byla zvolena cíleně, jelikož jsou součástí všech nemocnic zahrnutých do výzkumu, proto je možné tvrdit, že respondenti byly vybráni záměrným způsobem (5, 13).

Celkově bylo rozdáno 374 dotazníků, zpět se navrátilo 326 dotazníků, návratnost činí 87,2 %. Z důvodu neúplnosti nebo nepřesnosti bylo vyřazeno 35 dotazníků, tzn. že pro účely práce a analýzu dat bylo použito 291 dotazníků (100 %).

Sestrám manažerkám bylo rozdáno 86 dotazníků (viz příloha 2) a směnovým 288 (viz příloha 1) dotazníků, přičemž bylo navraceno 70 a 256 kusů. Po vyřazení neúplných dotazníků bylo pro analýzu dat použito 63 a 228, proto představují tyto počty v uvedených případech, kdy jsou výsledky rozdělené podle odpovědí směnových sester a sester manažerek, 100 %.

4 Výsledky

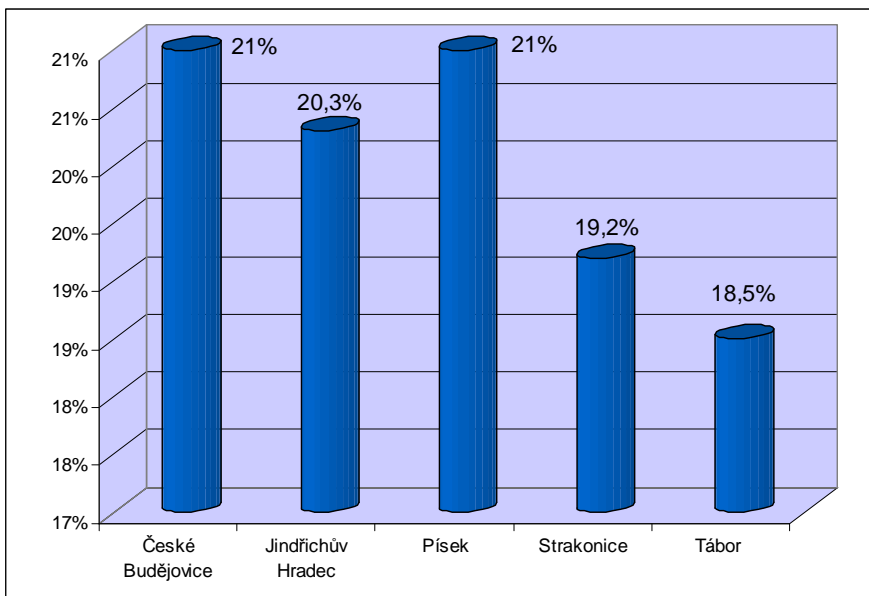
4.1 Souhrnné výsledky

Tabulka 1 Rozdané (Roz.) a navracené (Nav.) dotazníky

Nemocnice (akciová společnost)	Směnové sestry		Sestry manažerky		Celkem v nemocnici	
	Roz.	Nav.	Roz.	Nav.	Roz.	Nav.
České Budějovice	56	51	19	18	75	61
Jindřichův Hradec	60	52	13	11	73	59
Písek	58	53	17	13	75	61
Strakonice	56	50	19	14	75	56
Tábor	58	50	18	14	76	54
Celkem	288	256	86	70	374	326

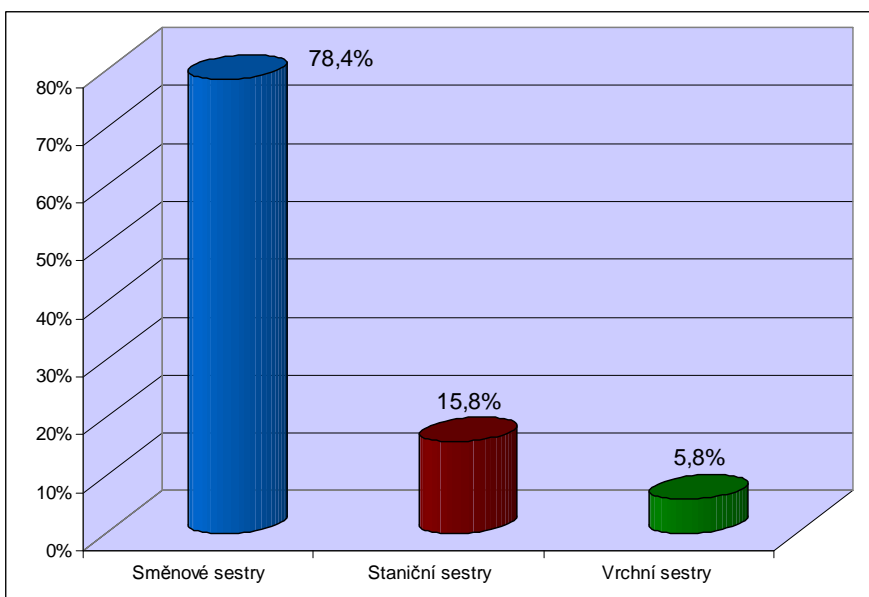
Pro účely výzkumného šetření bylo rozdáno celkem 374 dotazníků, přičemž se jich navrátilo 326 (87,2 %). Sestry (číselné údaje v pořadí směnové sestry a sestry manažerky) z Českých Budějovic se na výzkumu podílely vyplněním 51 a 18 dotazníků, z Jindřichova Hradce 52 a 11, z Písku 53 a 13, ze Strakonice 50 a 14 a z Tábora 50 a 14 dotazníky. Celkem vyplnily a navrátily směnové sestry 256 a sestry manažerky 70 dotazníků.

Graf 1a Počet sester z jednotlivých nemocnic



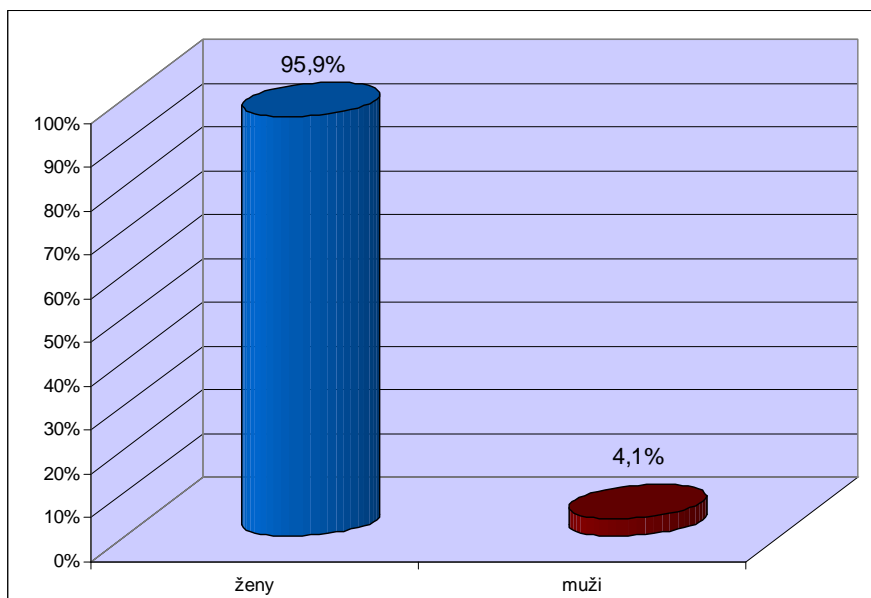
Na celkovém počtu 291 dotazníků (100 %), které byly použity pro analýzu dat, se českobudějovické sestry podílely v 21 % (61), jindřichohradecké sestry v 20,3 % (59), písecké sestry v 21 % (61), strakonické sestry v 19,2 % (56) a tábořské sestry v 18,5 % (54) případů.

Graf 1b Stupně řízení



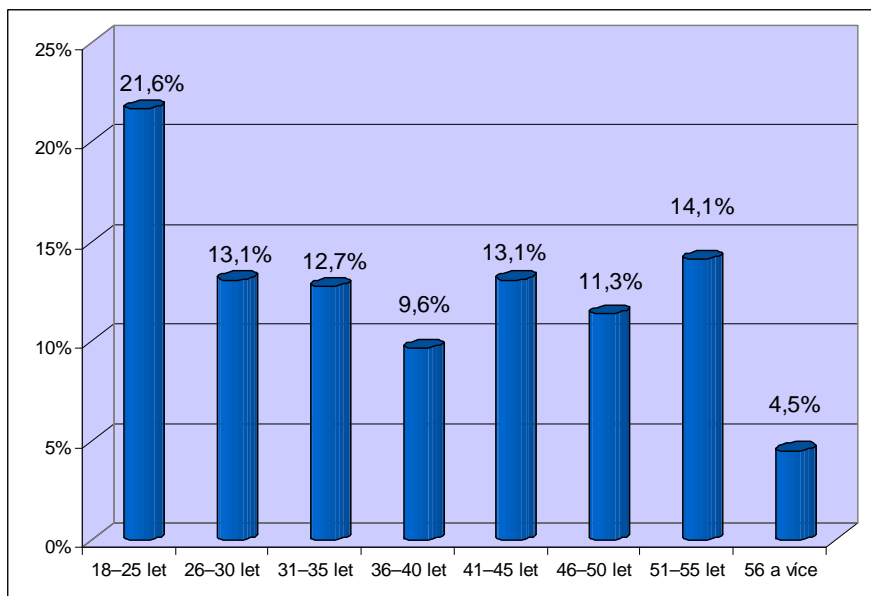
Nejnižší stupeň řízení představovaly v 78,4 % (228) směnové sestry, v 15,8 % (46) staniční sestry a v 5,8 % (17) vrchní sestry.

Graf 2 Pohlaví respondentů



Výzkumný vzorek 291 respondentů (100 %) byl z hlediska pohlaví jejich členů zastoupen v 95,9 % (279) případech ženami a v 4,1 % (12) případech muži.

Graf 3 Věk respondentů



Do věkové kategorie do 25 let spadalo 21,6 % (63) sester, do kategorie 26–30 let 13,1 % (38) sester, do kategorie 31–35 let 12,7 % (37) sester, do kategorie 36–40 let 9,6 % (28) sester, do kategorie 41–45 let 13,1 % (38) sester, do kategorie 46–50 let 11,3 % (33) sester, do kategorie 51–55 let 14,1 % (41) sester, a pouze 4,5 % (13) sester bylo starších 56 let.

Tabulka 2 Věk směnových sester

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	18–25 let	63	27,6	27,6	27,6
	26–30 let	35	15,4	15,4	43,0
	31–35 let	34	14,9	14,9	57,9
	36–40 let	22	9,6	9,6	67,5
	41–45 let	31	13,6	13,6	81,1
	46–50 let	15	6,6	6,6	87,7
	51–55 let	20	8,8	8,8	96,5
	56 a více	8	3,5	3,5	100,0
	Total	228	100,0	100,0	

Z celkové počtu 228 (100 %) byly směnové sestry rozloženy do následujících věkových kategorií: kategorie 18–25 let v 27,6 % (63), 26–30 let v 15,4 % (35), 31–35 let v 14,9 % (34), 36–40 let v 9,6 % (22), 41–45 let v 13,6 % (31), 46–50 let v 6,6 % (15), 51–55 let v 8,8 % (20) a více jak 56 let v 3,5 % (8) případech.

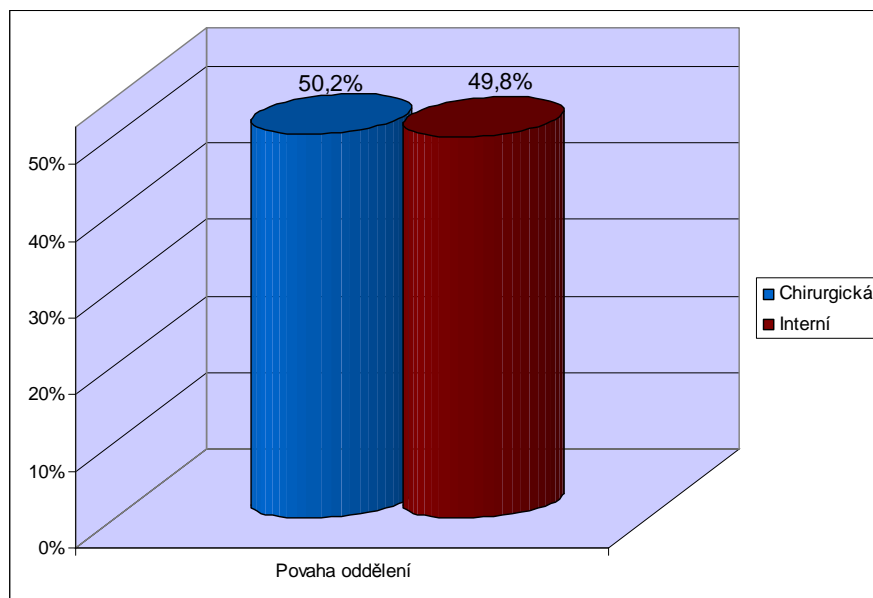
Tabulka 3 Věk sester manažerek

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	26–30 let	3	4,8	4,8	4,8
	31–35 let	3	4,8	4,8	9,5
	36–40 let	6	9,5	9,5	19,0
	41–45 let	7	11,1	11,1	30,2
	46–50 let	18	28,6	28,6	58,7
	51–55 let	21	33,3	33,3	92,1
	56 a více	5	7,9	7,9	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

Z celkové počtu 63 (100 %) byly sestry manažerky rozloženy do následujících věkových kategorií: do 25 let žádný případ, 26–30 let v 4,8 % (3), 31–35 let v 4,8 % (3),

36–40 let v 9,5 % (6), 41–45 let v 11,1 % (7), 46–50 let v 28,6 % (18), 51–55 let v 33,3 % (21) a více jak 56 let v 7,9 % (5) případech.

Graf 4 Oddělení



Z celkového počtu 291 (100 %) sester pracovalo 50,2 % (146) na odděleních chirurgické povahy (anesteziologicko-resuscitační, gynekologické nebo chirurgické) a 49,8 % (145) na odděleních interní povahy (interní, neurologické, následné péče nebo léčebna dlouhodobě nemocných).

Tabulka 4 Směnové sestry dle jednotlivých oddělení

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Chirurgie	48	21,1	21,1	21,1
	Interna	44	19,3	19,3	40,4
	Gynekologie	27	11,8	11,8	52,2
	LDN/ONP	36	15,8	15,8	68,0
	ARO	40	17,5	17,5	85,5
	Neurologie	33	14,5	14,5	100,0
	Total	228	100,0	100,0	

Z celkového počtu 228 (100 %) směnových sester pracovalo 21,1 % (48) na chirurgickém, 19,3 % (44) na interním, 11,8 % (27) na gynekologickém, 15,8 % (36) na

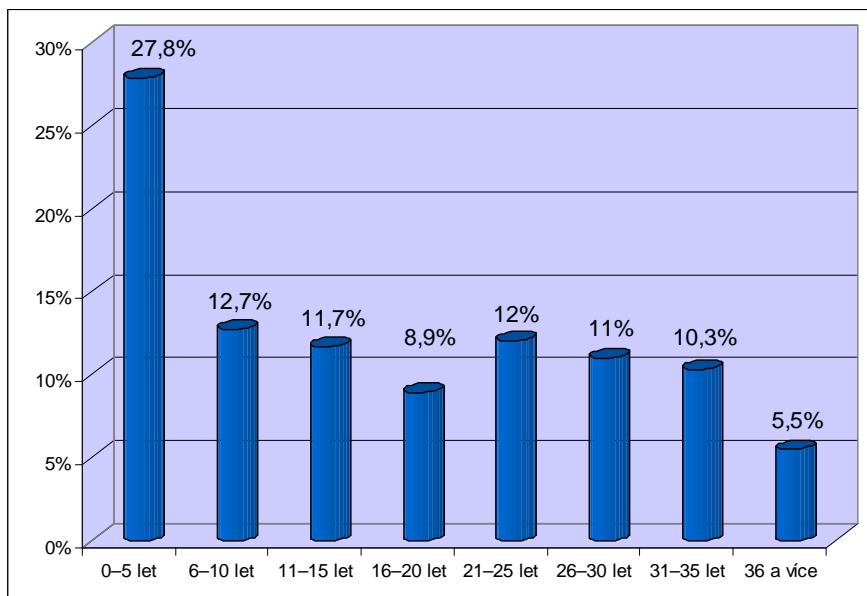
oddělení následné péče nebo v léčebně pro dlouhodobě nemocné P/K, 17,5 % (40) na anesteziologicko-resuscitačním, a 14,5 % (33) na neurologickém oddělení.

Tabulka 5 Sestry manažerky dle jednotlivých oddělení

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Chirurgie	13	20,6	20,6	20,6
	Interna	16	25,4	25,4	46,0
	Gynekologie	9	14,3	14,3	60,3
	LDN/ONP	9	14,3	14,3	74,6
	ARO	9	14,3	14,3	88,9
	Neurologie	7	11,1	11,1	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

Z celkového počtu 63 (100 %) sester z ošetrovatelského managementu pracovalo 20,6 % (13) na chirurgickém oddělení, 25,4 % (16) na interním oddělení, shodně 14,3 % (9) na gynekologickém oddělení, na oddělení následné péče nebo léčebně dlouhodobě nemocných, a na anesteziologicko-resuscitačním oddělení. Na neurologickém oddělení pracovalo celkem 11,1 % (7) sester manažerek.

Graf 5 Délka praxe



Z 291 (100 %) sester absolvovalo 27,8 % (81) praxi s délkou do 5 let, dále praxi s délkou 6–10 let má 12,7 % (37), s délkou 11–15 let 11,7 % (34), s délkou 16–20 let 8,9 % (26), s délkou 21–25 let 12 % (35), s délkou 26–30 let 11 % (32), a s délkou 31–35 let 10,3 % (30) sester. Praxi delší více jak 36 let uvedlo 5,5 % (16) sester.

Tabulka 6 Délka praxe směnových sester

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0–5 let	79	34,6	34,6	34,6
	6–10 let	34	14,9	14,9	49,6
	11–15 let	29	12,7	12,7	62,3
	16–20 let	22	9,6	9,6	71,9
	21–25 let	26	11,4	11,4	83,3
	26–30 let	15	6,6	6,6	89,9
	31–35 let	13	5,7	5,7	95,6
	36 a více	10	4,4	4,4	100,0
	Total	228	100,0	100,0	

Z celkového počtu 228 (100 %) směnových sester má praxi s délkou do 5 let 34,7 % (79), s délkou 6–10 let 14,9 % (34), s délkou 11–15 let 12,7 % (29), s délkou 16–20 let 9,6 % (22), s délkou 21–25 let 11,4 % (26), s délkou 26–30 let 6,6 % (15), s délkou 31–35 let 5,7 % (13), a s délkou více jak 36 let 4,4 % (10) sester.

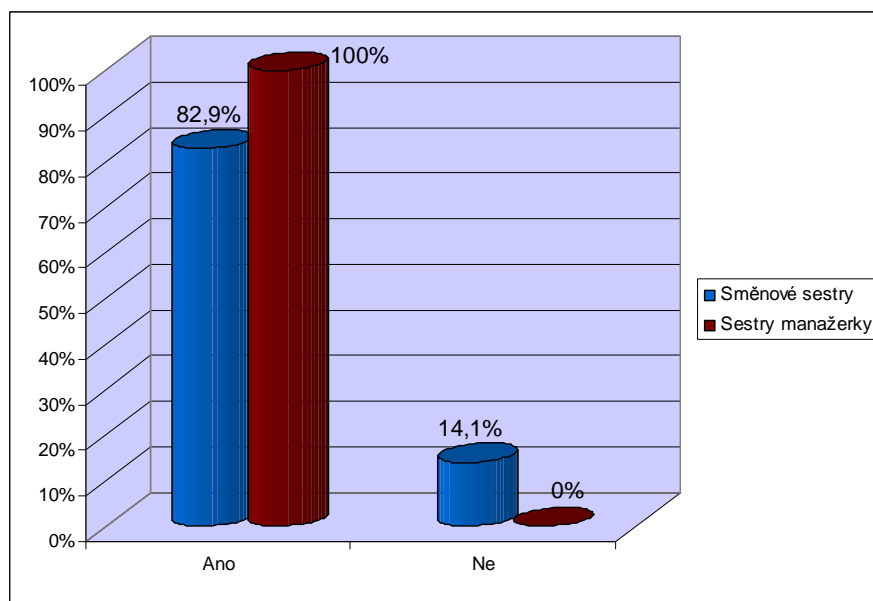
Tabulka 7 Délka praxe sester manažerek

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0–5 let	2	3,2	3,2	3,2
	6–10 let	3	4,8	4,8	7,9
	11–15 let	5	7,9	7,9	15,9
	16–20 let	4	6,3	6,3	22,2
	21–25 let	9	14,3	14,3	36,5
	26–30 let	17	27,0	27,0	63,5
	31–35 let	17	27,0	27,0	90,5
	36 a více	6	9,5	9,5	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

Z celkového počtu 63 (100 %) sester manažerek uvedlo praxi s délkou do 5 let 3,2 % (2) těchto sester, dále s délkou 6–10 let 4,8 % (3), s délkou 11–15 let 7,9 % (5),

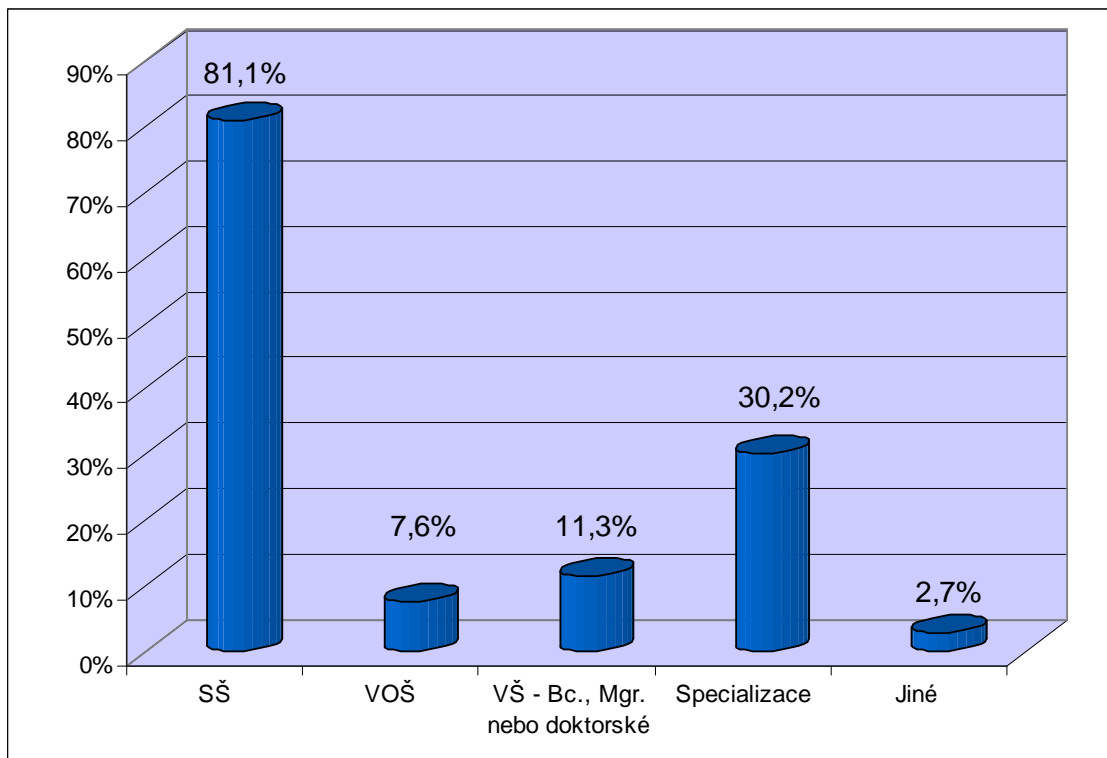
s délkou 16–20 let 6,3 % (4), s délkou 21–25 let 14,3 % (9), s délkou 26–30 let 27 % (17), a s délkou 31–35 let 27 % (17) sester. Praxi delší více jak 36 let uvedlo 9,5 % (6) sester.

Graf 6 Práce bez odborného dohledu



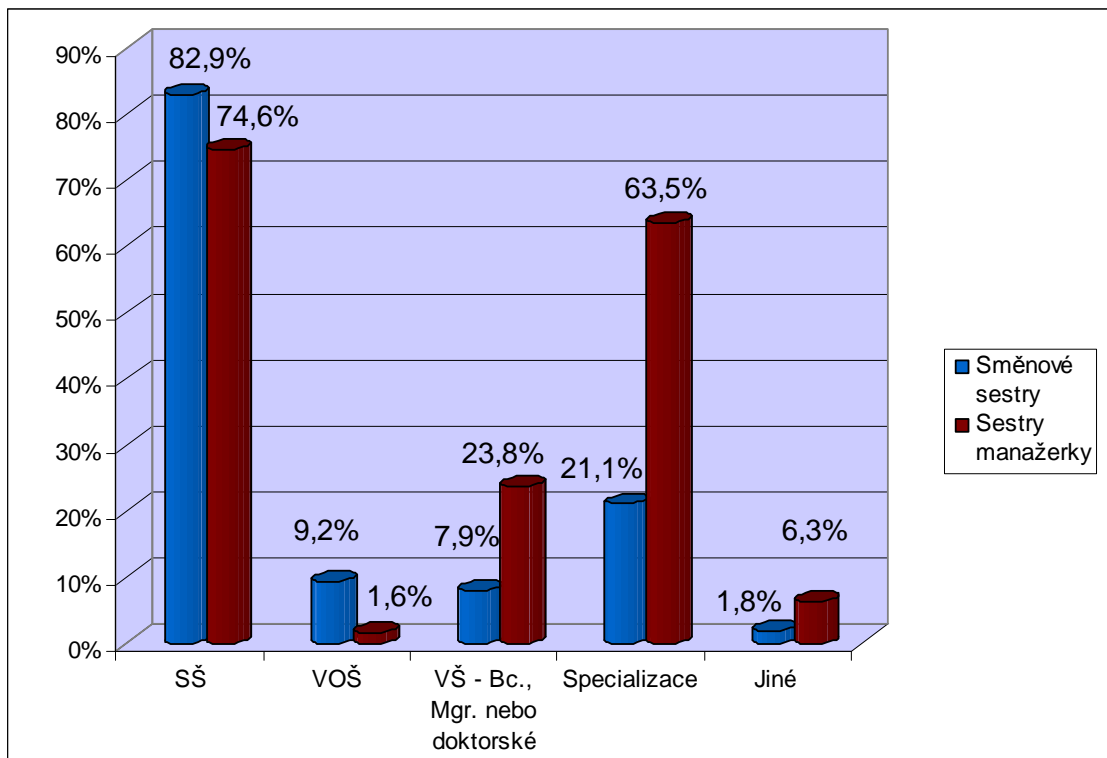
Z celkového počtu 228 (100 %) směnových sester pracuje bez odborného dohledu 82,9 % (189) a 14,1 % (39) nikoliv. Sestry manažerky pracují bez odborného dohledu ve 100 % (63) případech.

Graf 7a Vzdělání



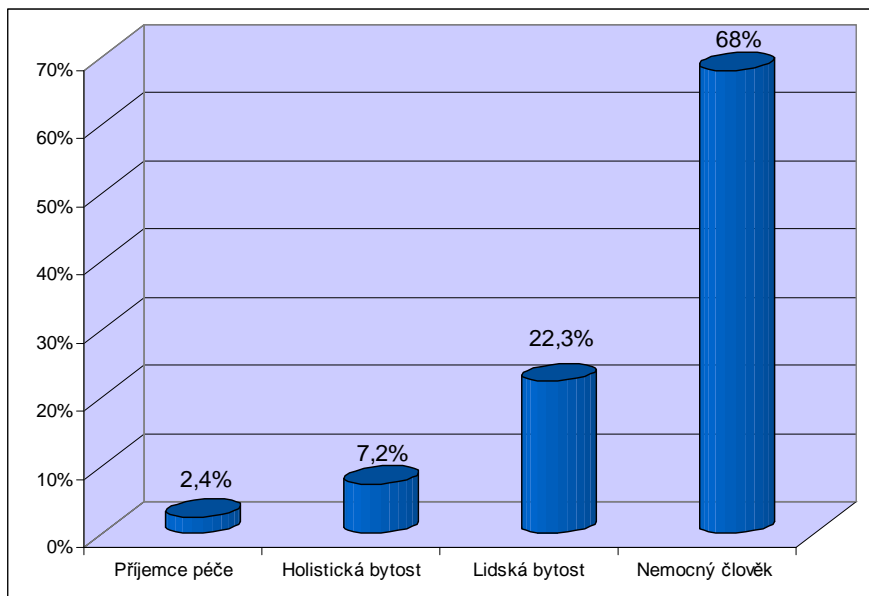
V otázce nejvyššího dosaženého vzdělání mohly sestry zvolit kombinaci odpovědí, proto se každý jednotlivý sloupec vztahuje k celkovému počtu 291 (100 %) sester. Středoškolské vzdělání s maturitou má 81,1 % (236) sester, vyšší odbornou školu ukončilo 7,6 % (22) sester a vysokou školu vystudovalo 11,3 % (33) sester, kde bylo zahrnuto bakalářské, magisterské a doktorské studium. Ke svému kvalifikačnímu vzdělání absolvovalo ještě 30,2 % (88) sester specializaci v rámci svého oboru a 2,7 % (8) sester uvedlo jiný typ rozšíření svých vědomostí.

Graf 7b Vzdělání podle stupně řízení



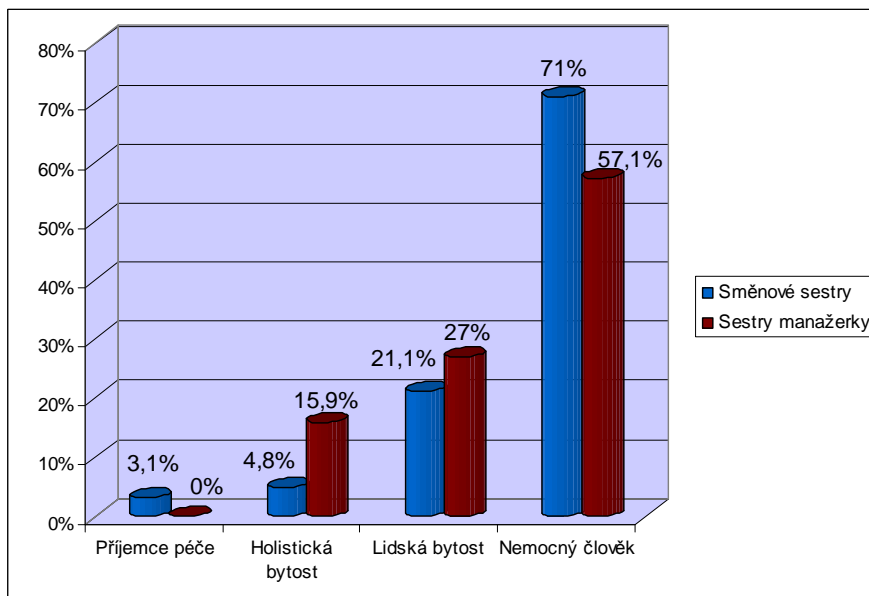
V otázce nejvyššího dosaženého vzdělání mohly sestry zvolit více odpovědí, stejně jako v předchozím grafu, proto se každý jednotlivý sloupec vztahuje k celkovému počtu sester. U směnových sester se jedná o počet 228 (100 %) a u sester manažerek o 63 (100 %). Středoškolské vzdělání s maturitou má 82,9 % (189) směnových a 74,6 % (47) sester manažerek, vyšší odbornou školu ukončilo 9,2 % (21) směnových a 1,6 % (1) sester manažerek. Vysokou školu vystudovalo 7,9 % (18) směnových a 23,8 % (15) sester manažerek, kde bylo zahrnuto bakalářské, magisterské a doktorské studium. Ke svému kvalifikačnímu vzdělání absolvovalo ještě specializaci v rámci svého oboru 21,1 % (48) směnových a 63,5 % (40) sester manažerek. Jiný typ rozšíření svých vědomostí uvedlo 1,8 % (4) směnových a 6,3 % (4) sester manažerek.

Graf 8a Pojem pacient



Z celkového počtu 291 (100 %) znamená pro 2,4 % (7) sester pojem „pacient“ příjemce péče, pro 7,2 % (21) holistickou bytost, pro 22,3 % (65) lidskou bytost a pro 68 % (198) nemocného člověka.

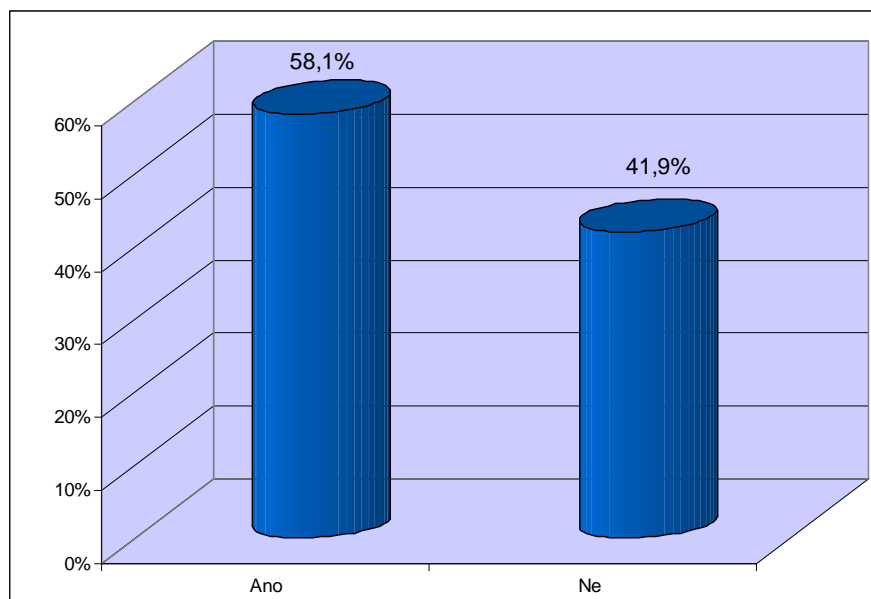
Graf 8b Pojem pacient podle stupně řízení



Každý jednotlivý sloupec se vztahuje k celkovému počtu sester, tj. k počtu 228 (100 %) u směnových sester nebo k počtu 63 (100 %) u sester manažerek. Pro 3,1 % (7)

směnových sester znamená pojem „pacient“ příjemce péče, pro 4,8 % (11) směnových a 15,9 % (10) sester manažerek holistickou bytost, a pro 21,1 % (48) směnových a 27 % (17) sester manažerek lidskou bytost. Pacienta jako nemocného člověka označilo 71 % (162) směnových a 57,1 % (36) sester manažerek.

Graf 9 Setkání sester s pojmem „rozhodovací role sestry“



Z celkového počtu 291 (100%) se s pojmem „rozhodovací role sestry“ setkala již 58,1% (169) sester a 41,9% (122) nikoliv.

Tabulka 8 Setkání směnových sester s pojmem „rozhodovací role sestry“

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	128	56,1	56,1	56,1
	Ne	100	43,9	43,9	100,0
	Total	228	100,0	100,0	

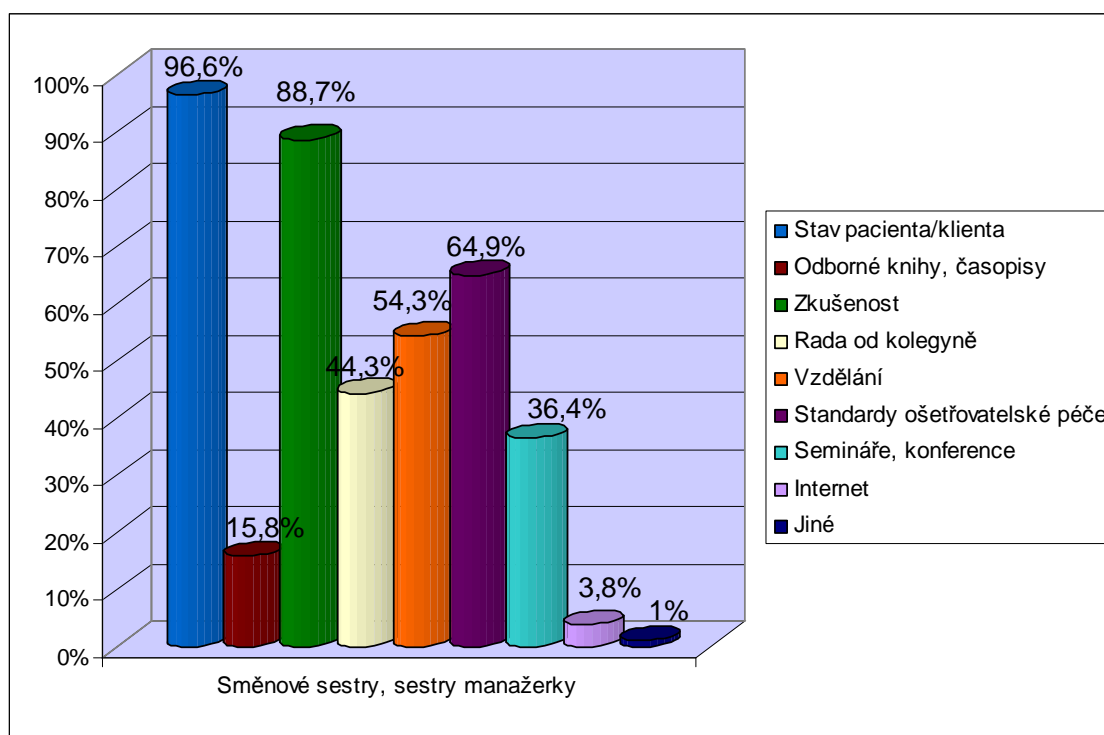
Z 228 (100 %) směnových sester se s pojmem „rozhodovací role sestry“ setkala již 56,1 % (128) sester a 43,9 % (100) nikoliv.

Tabulka 9 Setkání sester manažerek s pojmem „rozhodovací role sestry“

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	41	65,1	65,1	65,1
	Ne	22	34,9	34,9	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

Z celkového počtu 63 (100 %) sester manažerek se s pojmem „rozhodovací role sestry“ setkalo již 65,1 % (41) těchto sester a 34,9 % (22) nikoliv.

Graf 10 Podklady pro rozhodování



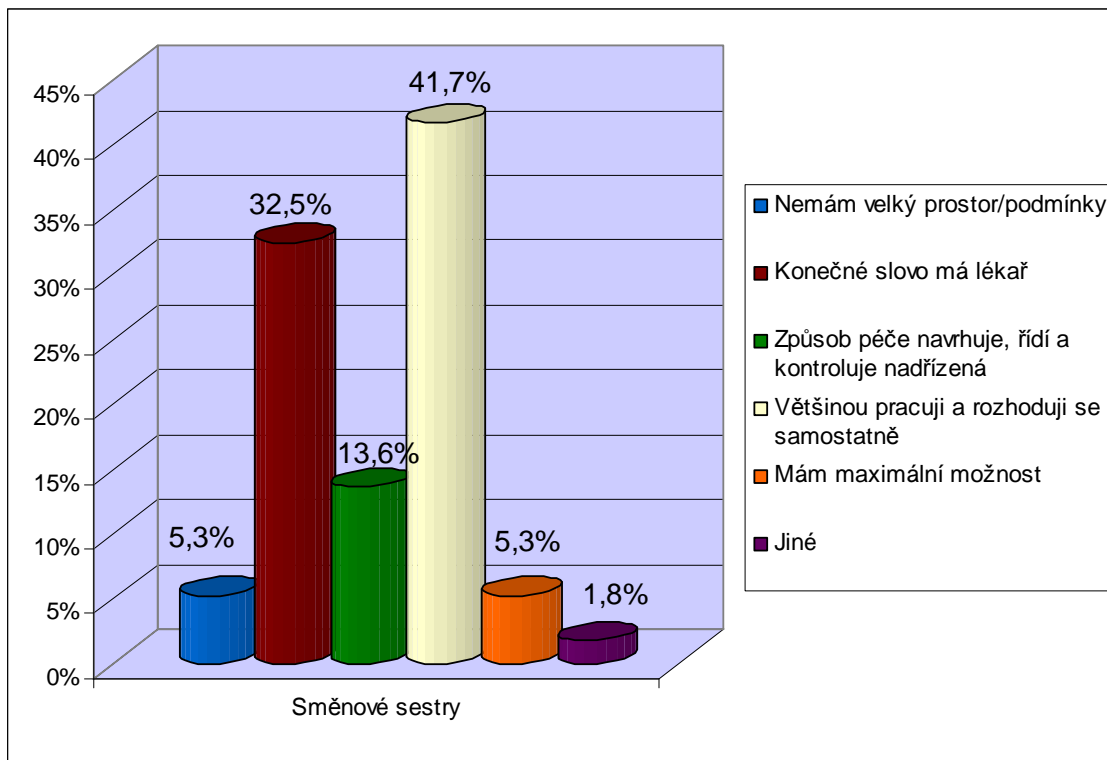
Z nabízených podkladů mohly sestry zvolit až 5 odpovědí, proto byly odpovědi vyhodnoceny zvlášť a každý jednotlivý sloupec se vztahuje k celkovému počtu sester 291 (100 %). Stav P/K uvedlo 96,6 % (281) sester, odborné knihy a časopisy 15,8 % (46) sester, své zkušenosti 88,7 % (258) sester, a radu od kolegyně 44,3 % (129) sester. Jako další podklady uvedly sestry v 54,3 % (158) své vzdělání, v 64,9 % (189) standardy ošetrovateľskej péče, v 36,4 % (106) semináře nebo konference, v 3,8 % (11) internet, a v 1 % (3) byl uveden jiný podklad.

Tabulka 10 Podklady pro rozhodování dle pracovního zařazení

Podklad pro rozhodování	Směnové sestry (228)	Sestry manažerky (63)
Stav pacienta/klienta	95,6 %	100,0 %
Odborné knihy, časopisy	15,4 %	17,5 %
Zkušenost	86,4 %	96,8 %
Rada od kolegyně	52,2 %	15,9 %
Vzdělání	50,9 %	66,7 %
Standardy ošetrovatelské péče	61,0 %	79,4 %
Semináře, konference	33,8 %	46,0 %
Internet	3,5 %	4,8 %
Jiné	1,3 %	0,0 %

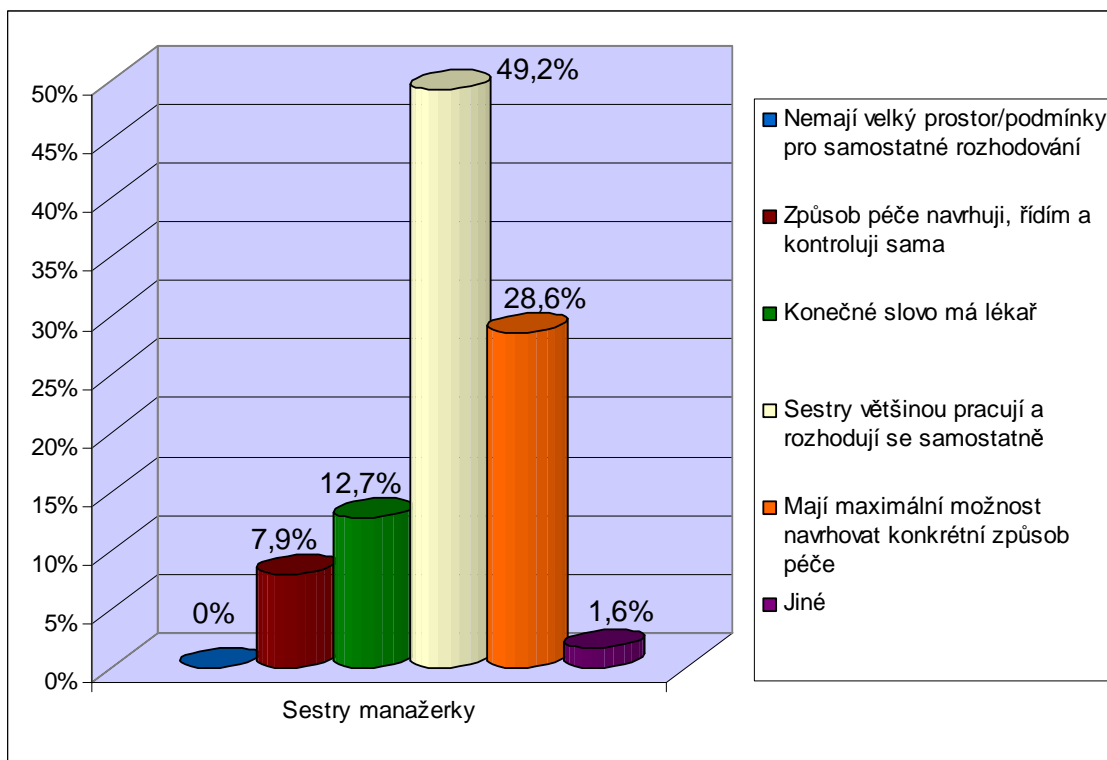
Stav P/K využívá jako podklad pro své rozhodování 95,6 % (218) směnových sester z 228 (100 %) a 100 % (63) sester manažerek (další hodnoty k sestřím ve stejném pořadí), odborné knihy 15,4 % (35) a 17,5 % (11), zkušenosti 86 % (197) a 96,8 % (61), radu od své kolegyně 52,2 % (119) a 15,9 % (10). Dále využívají sestry v 50,9 % (116) a 66,7 % (42) své vzdělání, v 61 % (139) a 79,4 % (50) standardy ošetrovatelské péče, v 33,8 % (77) a 46 % (29) semináře nebo konference, a v 3,5 % (8) a 4,8 % (3) internet. Pouze 1,3 % (3) směnových sester uvedlo možnost jiné.

Graf 11 Rozhodování o způsobu poskytování ošetrovatelské péče – směnové sestry



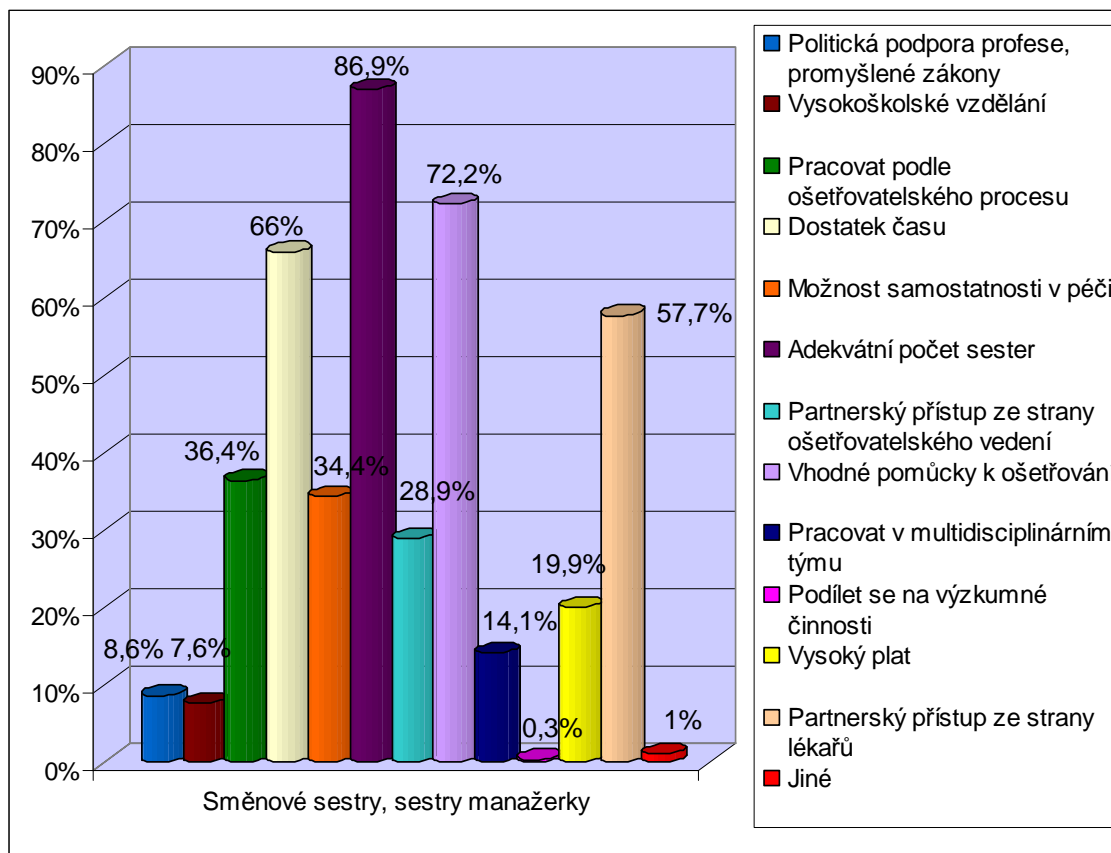
Z celkového počtu 228 (100 %) směnových sester pro samostatné rozhodování o ošetrovatelské péči nemá velký prostor/podmínky 5,3 % (12), konečné slovo má lékař v 32,5 % (74) a způsob péče navrhuje, řídí a kontroluje nadřízená sestra v 13,6 % (31). Samostatně většinou pracuje a rozhoduje se 41,7 % (95) sester, 5,3 % (12) uvedlo, že mají maximální možnost se rozhodovat a 1,8 % (4) zvolilo jinou odpověď (rozhodují se v rámci týmu).

Graf 12 Umožnění rozhodování – sestry manažerky



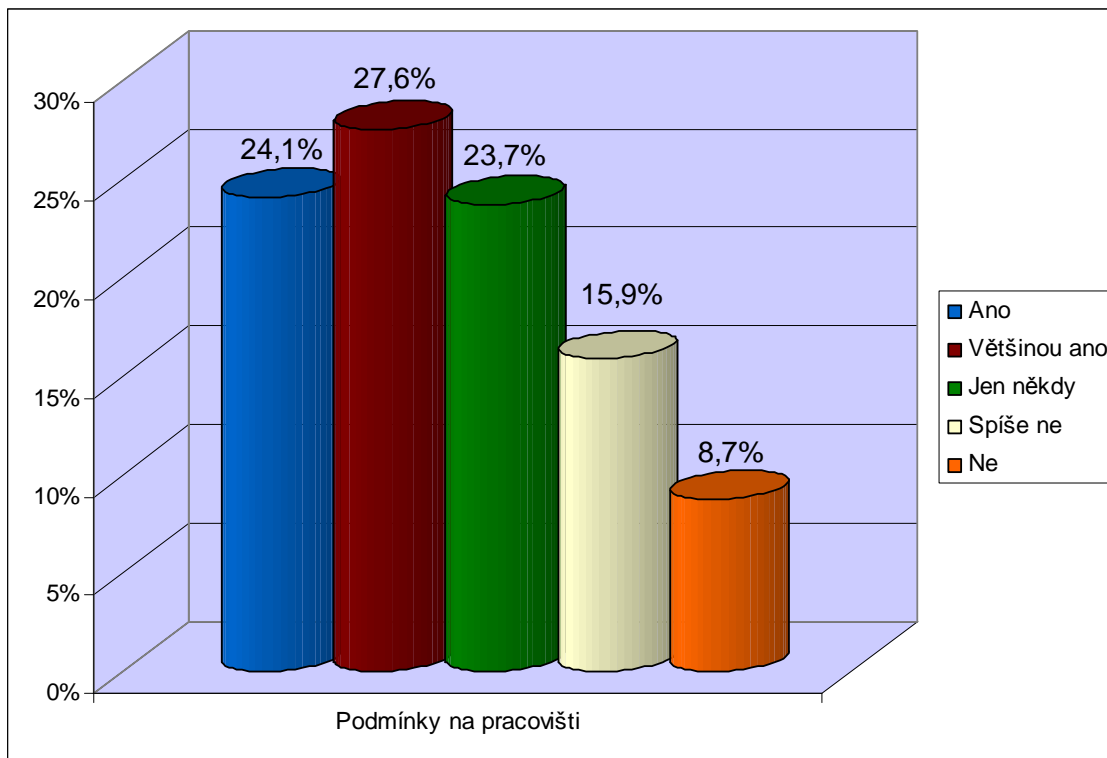
Na otázku umožnění rozhodování o způsobu poskytování ošetrovatelské péče svým podřízeným sestřám u položky nemají velký prostor/podmínky neodpověděla žádná sestra manažerka. Celkem 63 (100 %) sester manažerek uvedlo, že v 7,9 % (5) navrhuji, řídím a kontroluji způsob péče sama, v 12,7 % (8) má konečné slovo lékař, v 49,2 % (31) podřízené sestry pracují a rozhodují se většinou samostatně, a v 28,6 % (18) mají maximální možnost navrhnout konkrétní způsob péče. V 1,6 % (1) případech odpověděla sestra manažerka jinak.

Graf 13 Podmínky pro efektivní rozhodování při/o ošetrovatelské péči



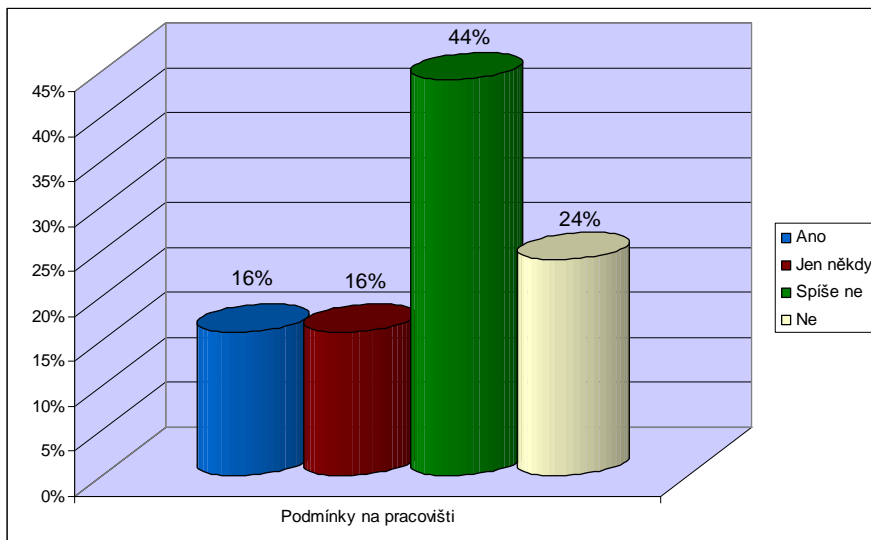
V otázce efektivního rozhodování při/o ošetrovatelské péči mohly sestry zvolit až 5 odpovědí. Jednotlivé sloupce se vztahují vůči celku 291 (100 %) sester. Pro 8,6 % (25) sester je důležité, aby ošetrovatelská profese byla politicky podporována, pro 7,6 % (22) vysokoškolské vzdělání, pro 36,4 % (106) pracovat podle ošetrovatelského procesu a pro 66 % (192) dostatek času. Možnost samostatnosti v péči zvolily sestry v 34,4 % (100) případech, adekvátní počet sester v 86,9 % (253) případech, partnerský přístup ze strany ošetrovatelského vedení v 28,9 % (84) případech, a vhodné pomůcky k ošetrování v 72,2 % (210) případech. Pracovat v multidisciplinárním týmu potřebuje celkem 14,1 % (41) sester, podílet se na výzkumné činnosti 0,3 % (1), mít vysoký plat 19,9 % (58), a partnerský přístup lékaře 57,7 % (168). Odpověď jiné zaškrtno 1 % (3) sester, přičemž shodně uvedly, že by potřebovaly více času pro P/K.

Graf 14a Dodržení podmínek na pracovišti



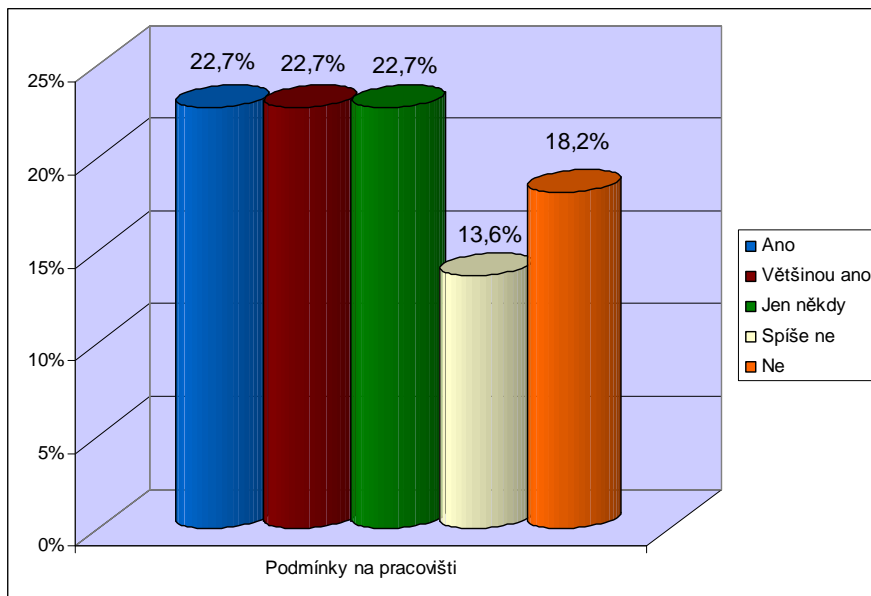
Ze 13 podmínek, které sestry zvolily v předcházejícím grafu, je zde zpracováno 11, které byly z hlediska zpracování dat významné. Těchto 11 podmínek tvoří celkem 1259 (100 %) položek – případů. Na otázku, zda jsou vybrané podmínky na pracovišti dodržovány, plněny nebo sestrám umožněny, byly celkem v 24,1 % (303) případů tyto podmínky plněny, v 27,6 % (347) většinou plněny, v 23,7 % (299) plněny jen někdy, v 15,9 % (200) spíše neplněny, a v 8,7 % (110) neplněny.

Graf 14b Dodržení podmínky – politická podpora profese, zákonů



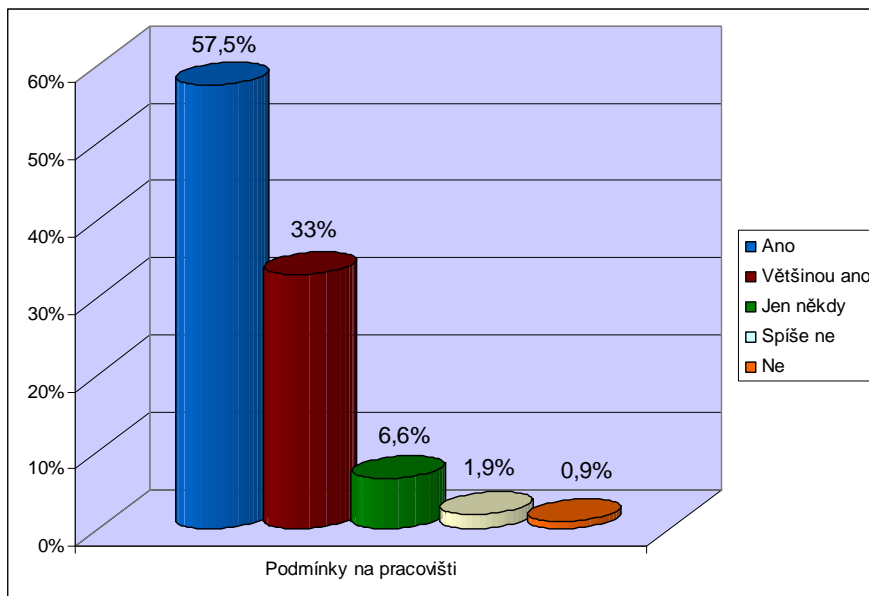
Na otázku, zda je dodržována podmínka politické podpory profese, odpovědělo z 25 (100 %) sester shodně 16 % (4) ano a jen někdy, 44 % (11) spíše ne, a 24 % (6) uvedlo, že ne.

Graf 14c Dodržení podmínky – vysokoškolské vzdělání



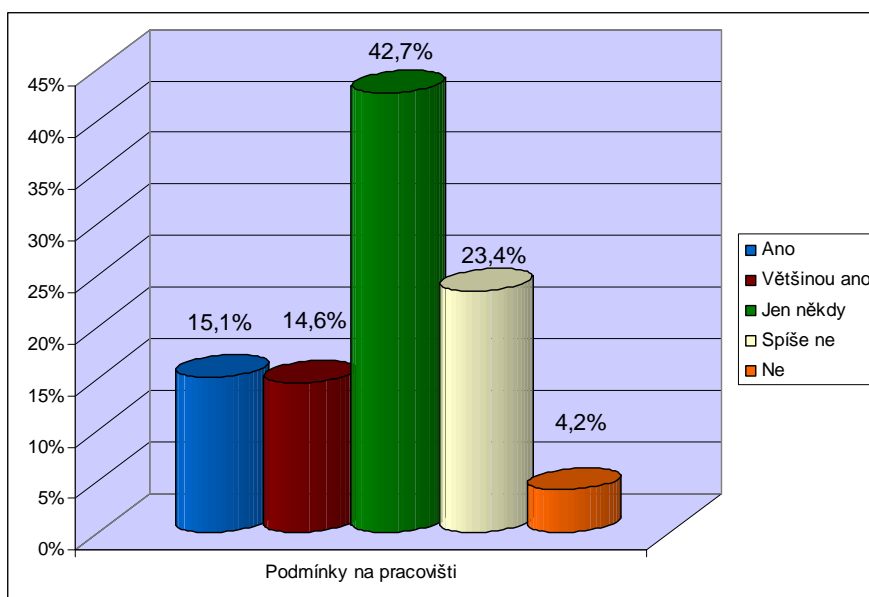
Z 22 (100 %) sester uvedlo shodně, že podmínka vysokoškolského vzdělávání je jim v 22,7 % (5) případech umožněna, většinou umožněna nebo umožněna jen někdy. V 13,6 % (3) případech podmínka spíše není umožněna, a v 18,2 % (4) není umožněna.

Graf 14d Dodržení podmínky – práce podle ošetrovatelského procesu



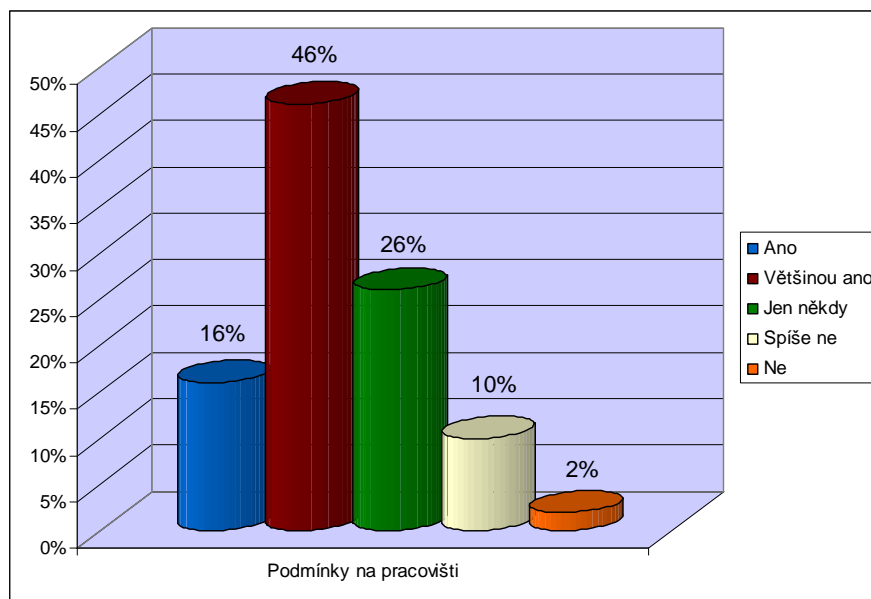
Z celkového počtu 106 (100 %) sester potřebující pro efektivní rozhodování podmínku ošetrovatelského procesu uvedlo 57,5 % (61) sester, že je tato podmínka dodržována, 33 % (35) většinou dodržována, 6,6 % (7) jen někdy dodržována, 1,9 % (2) spíše nedodržována, a 0,9 % (1) uvedlo, že dodržována není.

Graf 14e Dodržení podmínky – dostatek času



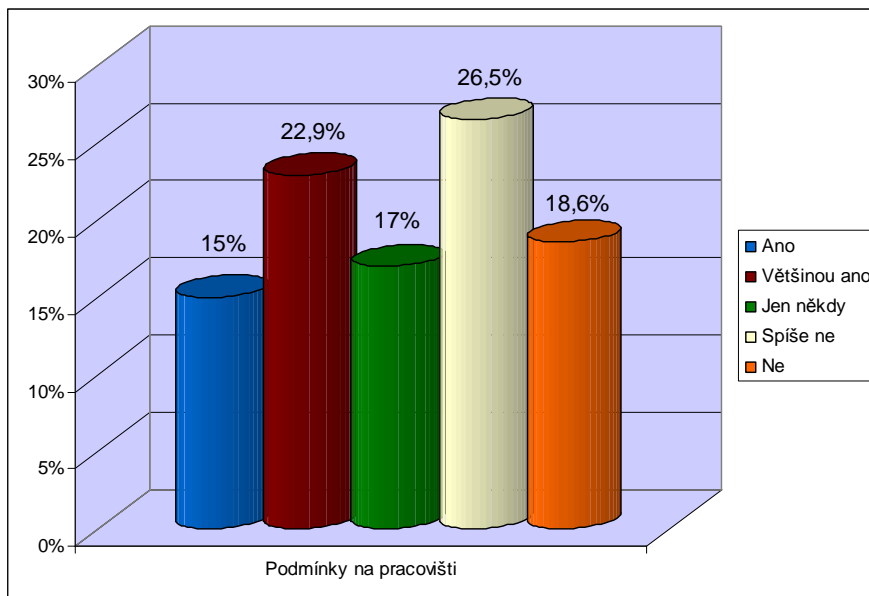
Podmínku dostatečného času pro efektivní rozhodování o ošetrovatelské péči uvedlo celkem 192 sester (100 %). Tato podmínka je sestřám v 15,1 % (29) umožněna, v 14,6 % (28) většinou umožněna, v 42,7 % (82) umožněna jen někdy, v 23,4 % (45) spíše neumožněna, a v 4,2 % (8) uvedlo, že je neumožněna.

Graf 14f Dodržení podmínky – možnost samostatnosti v péči



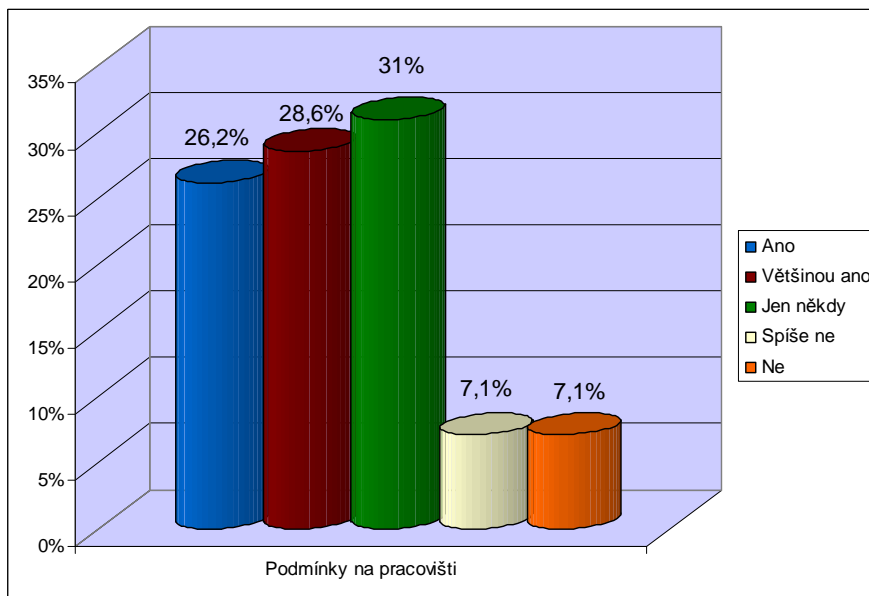
Ze 100 (100 %) sester považující možnost samostatnosti v péči pro efektivní rozhodování za důležité odpovědělo, že je sestřám na pracovišti tato podmínka v 16 % (16) případů umožněna, v 46 % (46) většinou umožněna, v 26 % (26) umožněna jen někdy, v 10 % (10) spíše neumožněna, a v 2 % (2) je neumožněna.

Graf 14g Dodržení podmínky – adekvátní počet sester



Na otázku, zda je na odděleních dodržován adekvátní počet sester, odpovědělo z 253 (100 %) sester považující tuto podmínku za potřebnou 15 % (38) ano, 22,9 % (58) většinou ano, 17 % (43) jen někdy, 26,5 % (67) spíše ne, a 18,6 % (47) uvedlo, že ne.

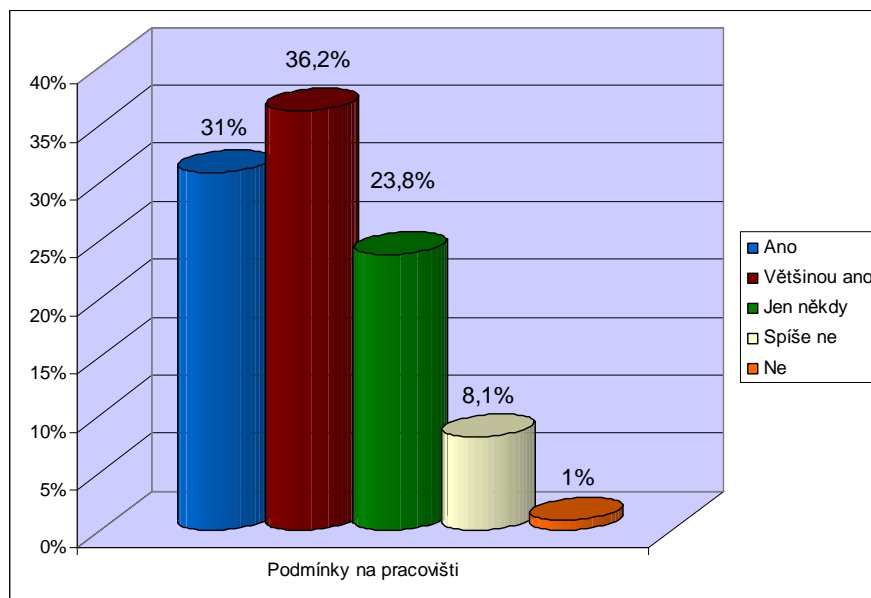
Graf 14h Dodržení podmínky – partnerský přístup ošetřovatelského vedení



Celkem pro 84 (100 %) sester je podmínka partnerského přístupu ze strany ošetřovatelského vedení v 26,2 % (22) případech dodržována, v 28,6 % (24) většinou

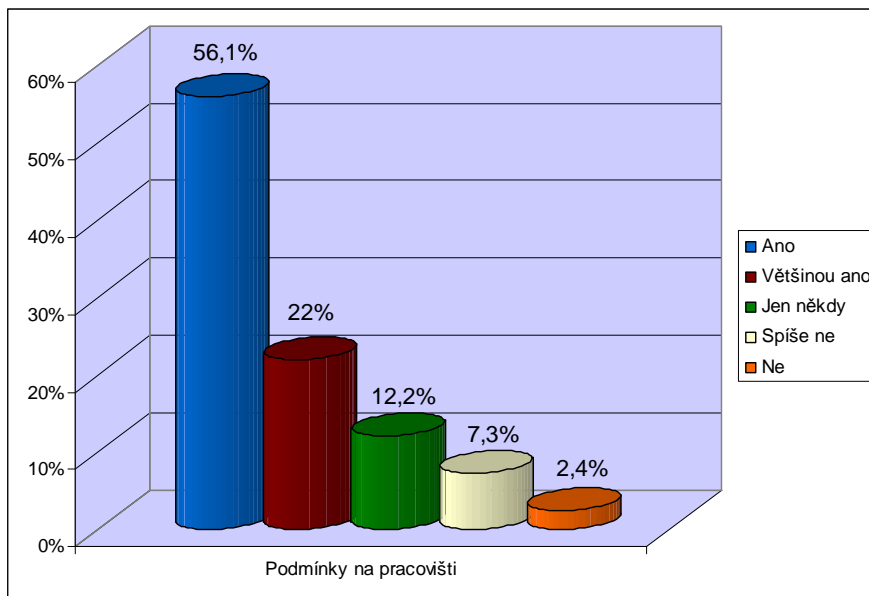
dodržována, a v 31 % (26) dodržována jen někdy. Odpověď spíše ne a ne uvedlo shodně 7,1 % (6) sester.

Graf 14ch Dodržení podmínky – vhodné pomůcky k ošetřování



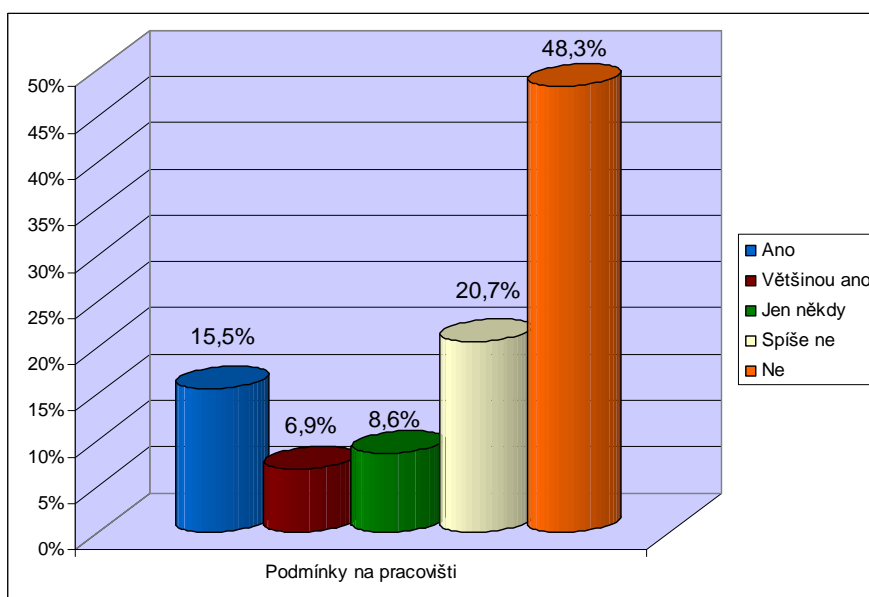
Umožnění podmínky vhodných pomůcek k ošetřování považuje za důležité 210 (100 %) sester. Tato podmínka je sestřám v 31 % (65) případů umožněna, v 36,2 % (76) případů většinou umožněna, v 23,8 % (50) případů umožněna jen někdy, v 8,1 % (17) případů spíše neumožněna, a v 1 % (2) případů neumožněna.

Graf 14i Dodržení podmínky – práce v multidisciplinárním týmu



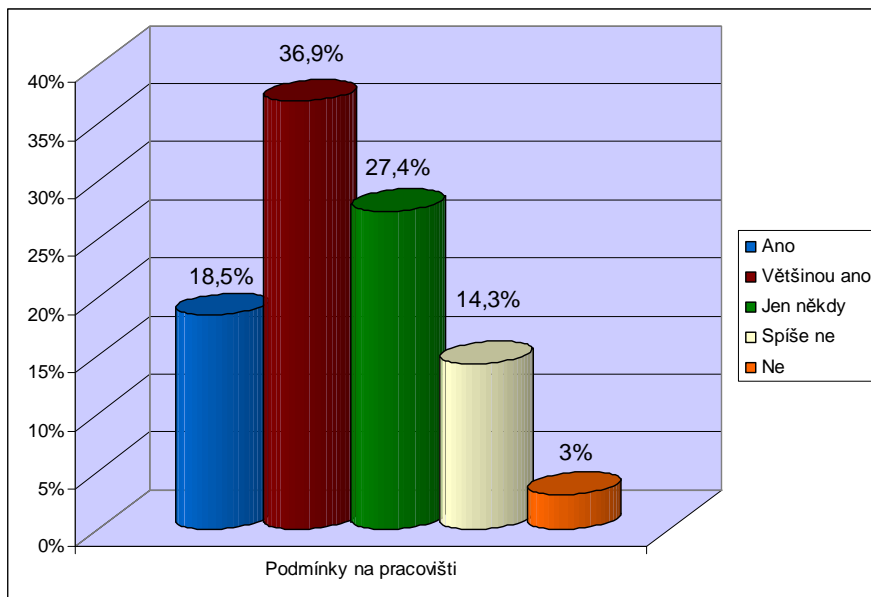
Na otázku, zda je sestřám umožněno pracovat v multidisciplinárním týmu, odpovědělo z 41 (100 %) sester považující tuto podmínku pro efektivní rozhodování za důležitou 56,1 % (23) ano, 22 % (9) většinou ano, 12,2 % (5) jen někdy, 7,3 % (3) spíše ne, a 2,4 % (1) uvedlo, že ne.

Graf 14j Dodržení podmínky – vysoký plat



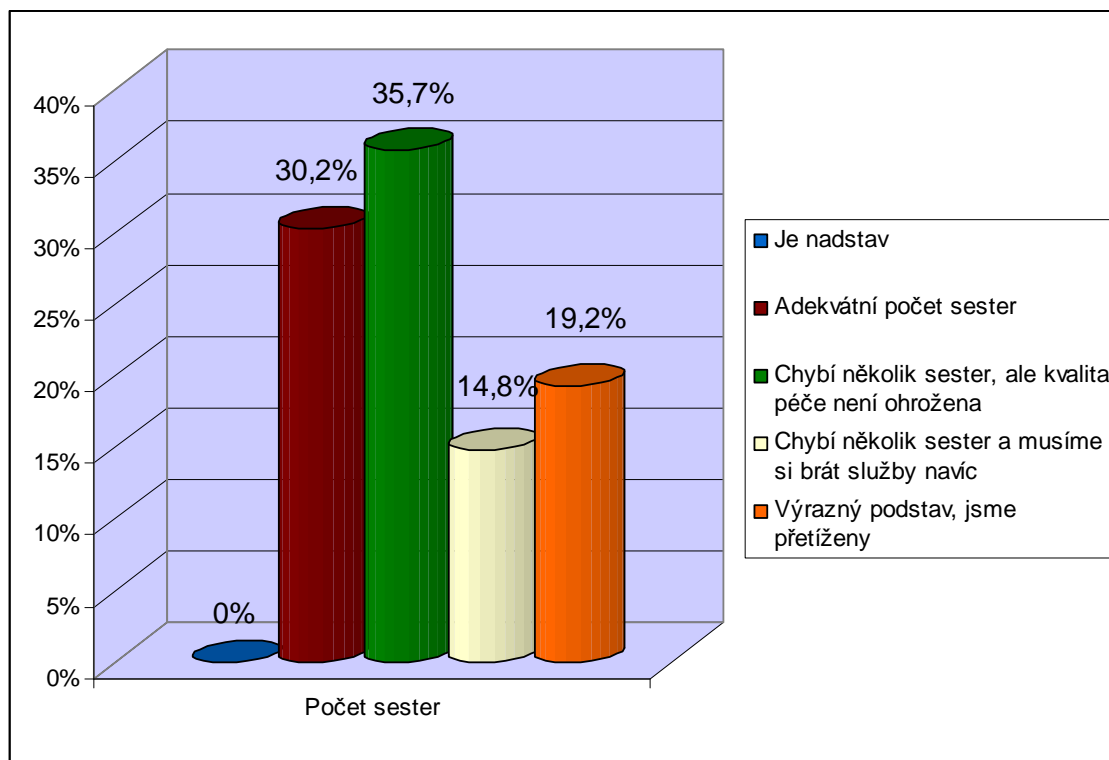
Z 58 (100 %) sester, které pro efektivní rozhodování potřebují mít vysoký plat, odpovědělo, že je tato podmínka na pracovišti v 15,5 % (9) případech plněna, v 6,9 % (4) většinou plněna, v 8,6 % (5) plněna jen někdy, v 20,7 % (12) spíše neplněna, a v 48,3 % (28) neplněna.

Graf 14k Dodržení podmínky – partnerský přístup ze strany lékařů



Na otázku plnění podmínky partnerského přístupu ze strany lékařů odpovědělo ze 168 (100 %) sester potřebující tuto podmínku pro efektivní rozhodování za důležitou v 18,5 % (31) případech ano, v 36,9 % (62) případech většinou ano, v 27,4 % (46) případech jen někdy, v 14,3 % (24) případech spíše ne, a v 3 % (5) případech ne.

Graf 15 Počet sester



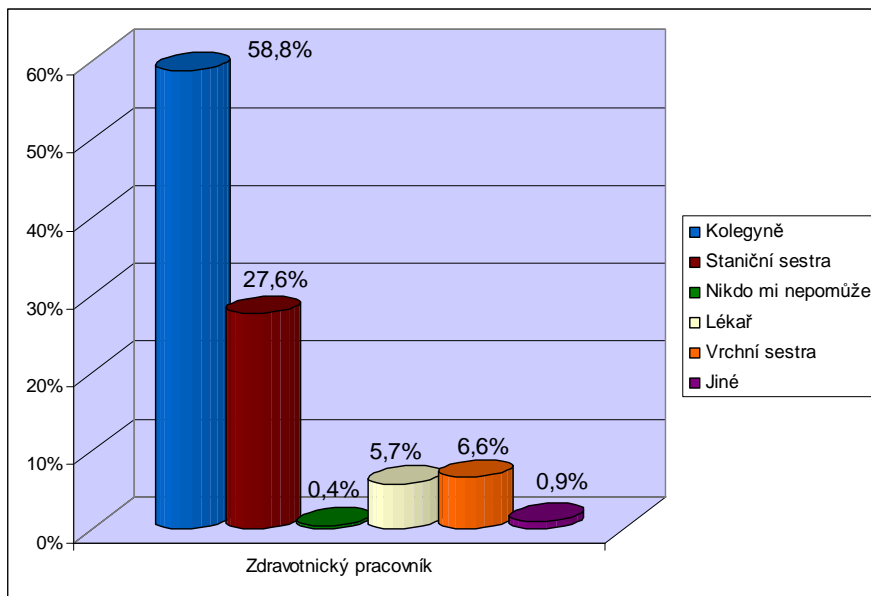
Z celkového počtu 291 (100 %) sester považuje personální situaci na oddělení 30,2 % (88) za adekvátní počet sester, v 35,7 % (104) případech chybí několik sester, ale kvalita poskytované péče tím není ohrožena, a v 14,8 % (43) případech chybí též několik sester a musí si brát služby navíc. Krajní odpověď ve smyslu početní nadstav nevedl nikdo, naopak výrazný podstav sester s následnou přetížeností byl uveden v 19,2 % (56) případech.

Tabulka 11 Vliv efektivního rozhodování na kvalitu poskytované péče

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ovlivní jednorázově	6	9,5	9,5	9,5
	Výrazně zlepšuje	57	90,5	90,5	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

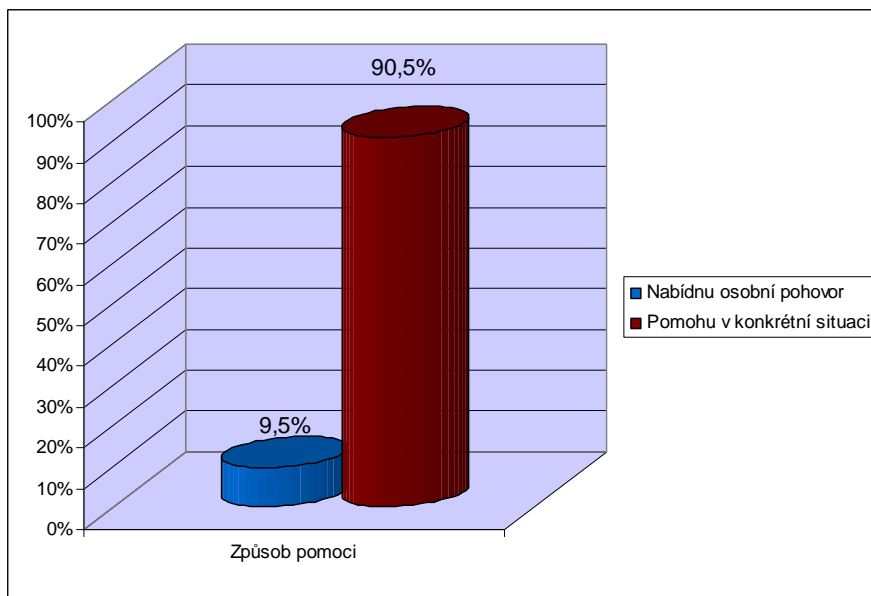
Celkem 63 (100 %) sester manažerek si myslí, že efektivní rozhodování sester ovlivní v 9,5 % (6) případech kvalitu poskytované péče spíše jednorázově a v 90,5 % (57) ji výrazně zlepší.

Graf 16 Pomoc při nejistotě – směňové sestry



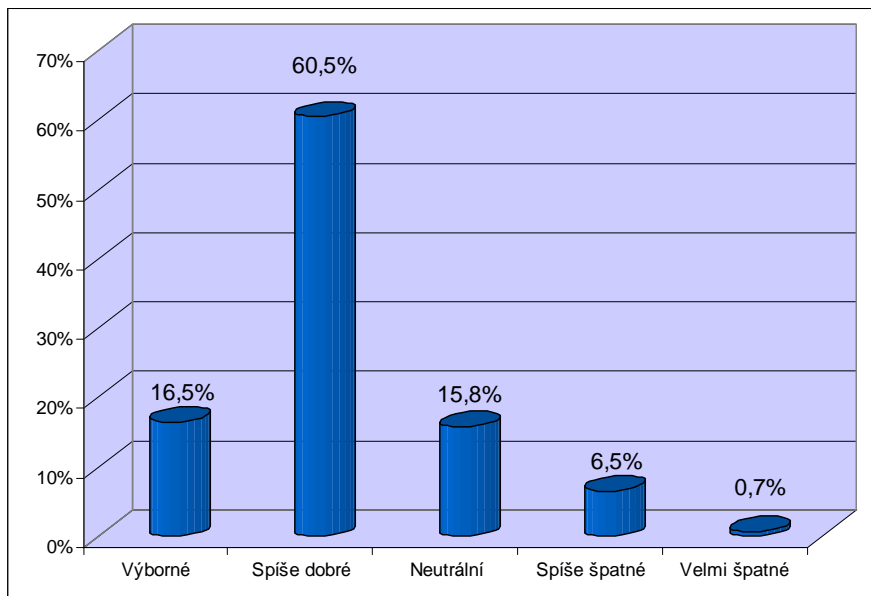
Z 228 (100 %) směňových sester se při nejistotě ohledně ošetrovatelské péče 58,8 % (134) v první řadě obrací na svou kolegyni, 27,6 % (63) na staniční sestru, 5,7 % (13) na lékaře, a 6,6 % (15) na vrchní sestru. V 0,4 % (1) případů odpověděla sestra, že jí nikdo nepomůže a v 0,9 % (2) byla zvolena odpověď jiné. Zde byl připojen komentář, že se při nejistotě sestra může obrátit na všechny uvedené osoby.

Graf 17 Způsob pomoci podřízeným sestram v obtížné situaci



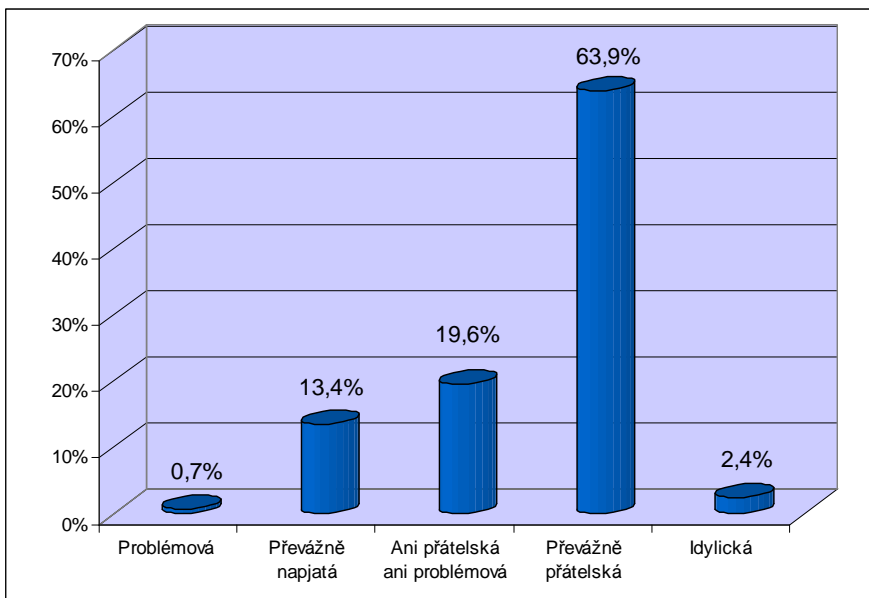
Z celkem 63 (100 %) sester manažerek svým podřízeným v obtížné situaci 9,5 % (6) poskytne osobní pohovor a 90,5 % (57) pomůže v konkrétní situaci.

Graf 18 Vzájemné vztahy mezi pracovníky



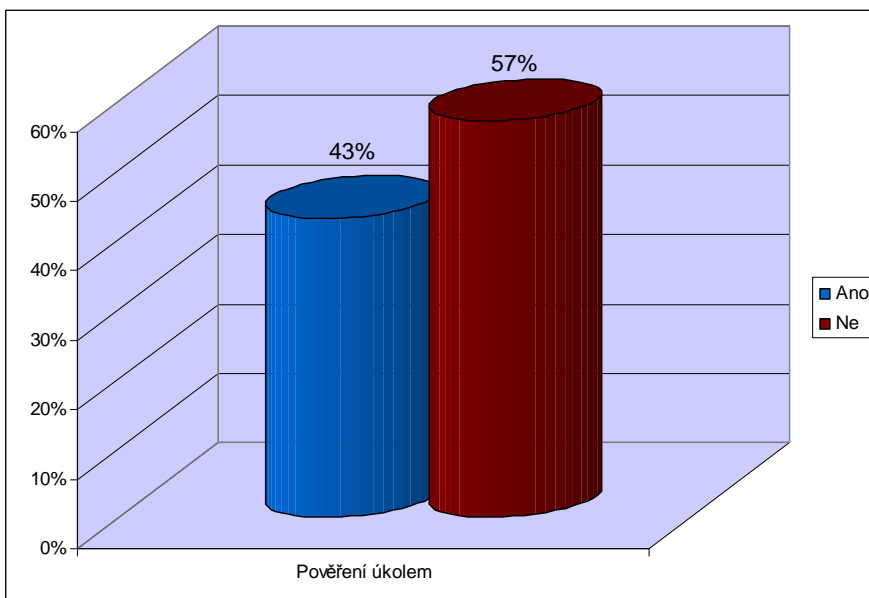
Z 291 (100 %) sester považuje 16,5 % (48) vzájemné vztahy mezi pracovníky na oddělení za výborné, 60,5 % (176) za spíše dobré, 15,8 % (46) za neutrální, 6,5 % (19) za spíše špatné, a 0,7 % (2) za velmi špatné.

Graf 19 Pracovní atmosféra na pracovišti



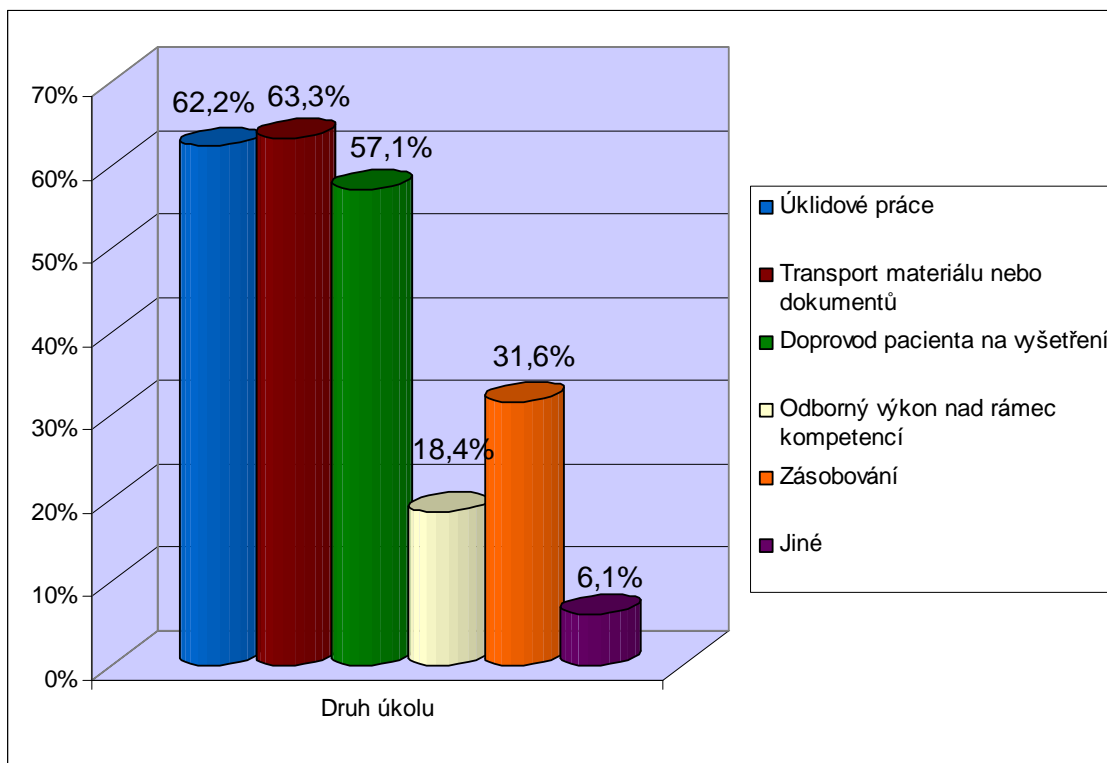
Z počtu 291 (100 %) sester považuje 0,7 % (2) pracovní atmosféru na pracovišti za problémovou, 13,4 % (39) za převážně napjatou, 19,6 % (57) za ani přátelskou ani problémovou, 63,9 % (186) za převážně přátelskou, a 2,4 % (7) za idylickou.

Graf 20a Pověření úkolem mimo rámec sesterských kompetencí



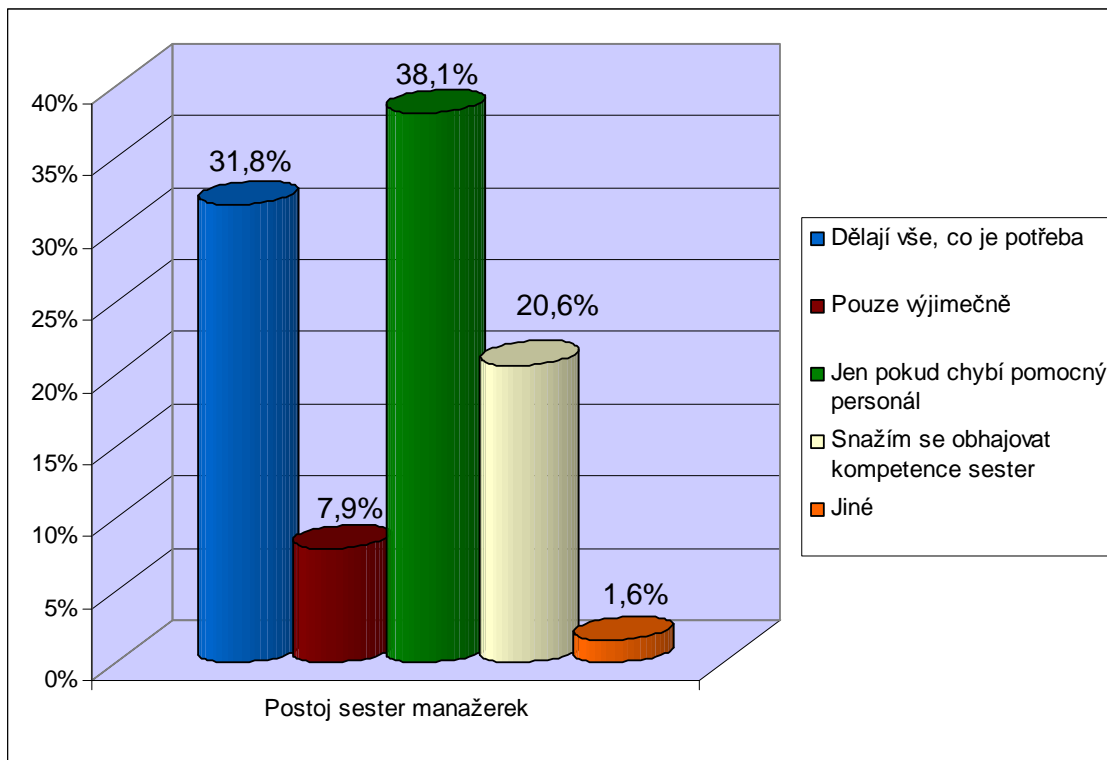
Z celkového počtu 228 (100 %) směnových sester bylo úkoly, které nespádají do sesterských kompetencí, již pověřeno 43 % (98) sester a 57 % (130) pověřeno nebylo.

Graf 20b Druh pověřovaného úkolu – směnové sestry



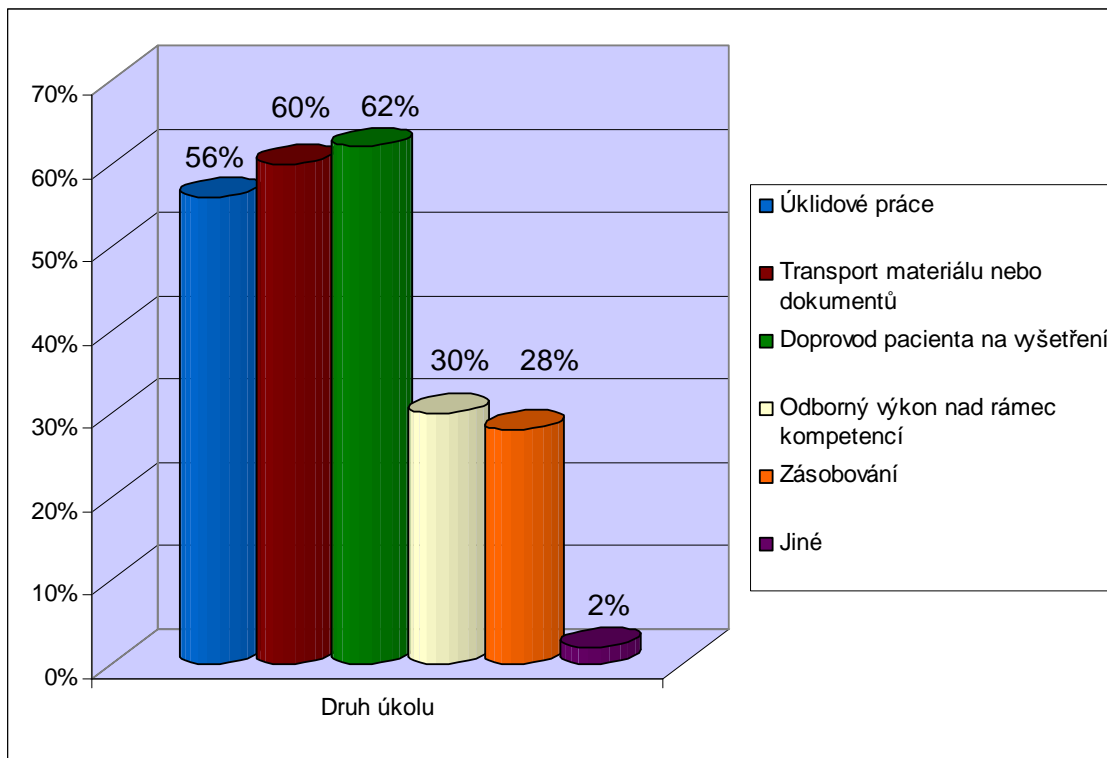
Sestry, které již byly nadřízenou pověřeny úkoly nespádající do sesterských kompetencí, mohly označit až 5 odpovědí. Položky byly vyhodnoceny zvlášť a proto se každý jednotlivý sloupec vztahuje k celkovému počtu 98 (100 %) sester. V 62,2 % (61) případech byly sestry pověřovány úklidovými pracemi, v 63,3 % (62) případech transportem materiálu nebo dokumentů, v 57,1 % (56) případech doprovodem P/K na vyšetření, pokud to nevyžadoval zdravotní stav, v 18,4 % (18) případech odborným výkonem nad rámec kompetencí, a v 31,6 % (31) případech zásobováním. Dále bylo 6,1 % (6) sester pověřeno i jiným typem úkolů, přičemž nejčastěji uváděnou odpovědí byly administrativní úkony za lékaře a práce na jiném oddělení.

Graf 21a Postoj sester manažerek k pověřování úkoly mimo pracovní kompetence



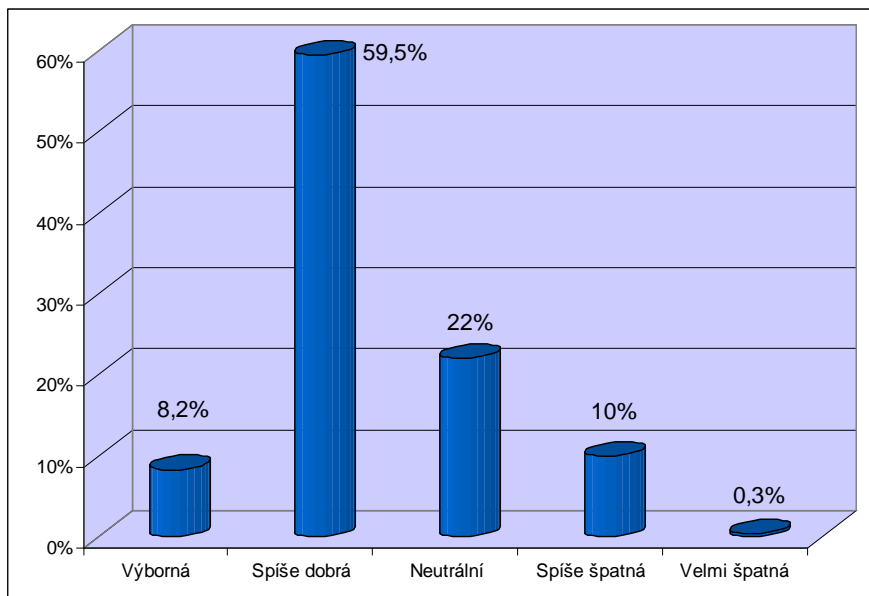
Z celkem 63 (100 %) sester manažerek 31,8 % (20) uvedlo, že podřízené sestry musí dělat vše, co je potřeba, 7,9 % (5) uvedlo, že sestry pověřují úkoly mimo pracovní kompetence pouze výjimečně, a 38,1 % (24) uvedlo, že takto činí jen pokud chybí pomocný personál. Kompetence svých podřízených sester se snaží obhajovat 20,6 % (13) sester manažerek. Jiným způsobem odpovědělo 1,6 % (1) sester.

Graf 21b Druh pověřovaného úkolu



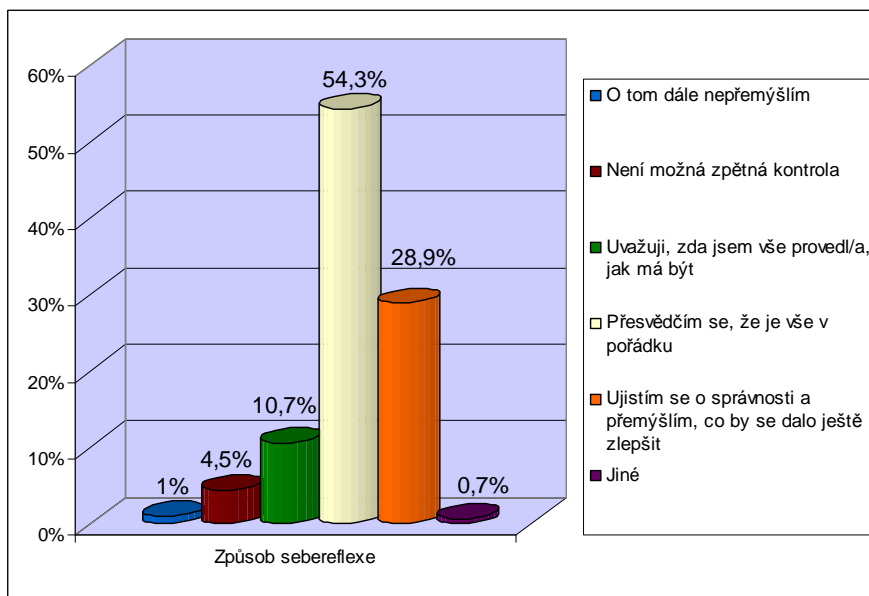
V otázce druhu úkolu, kterým nejčastěji pověřují své podřízené, mohly sestry manažerky označit až 5 odpovědí. Položky byly vyhodnoceny zvlášť, a proto se každý jednotlivý sloupec vztahuje k celkovému počtu 50 (100 %) sester manažerek, které se nesnaží obhajovat kompetence podřízených sester (viz graf 21a). V 56 % (28) případech pověřovaly sestry manažerky úklidovými pracemi, v 60 % (30) případech transportem materiálu nebo dokumentů, v 62 % (31) případech doprovodem P/K na vyšetření, přičemž to nevyžadoval jeho zdravotní stav, v 30 % (15) případech odborným výkonem nad rámec sesterských kompetencí, v 28 % (14) případech zásobováním, a ve 2 % (1) případech uvedly sestry jiný druh úkolu.

Graf 22 Pracovní atmosféra na pracovišti 2



Z celkového počtu 291 (100 %) sester považuje 8,2 % (24) pracovní atmosféru za výbornou, 59,5 % (173) za spíše dobrou, 22 % (64) za neutrální, 10 % (29) za spíše špatnou, a 0,3 % (1) za velmi špatnou.

Graf 23 Způsob sebereflexe po provedení intervence nebo rozhodovací činnosti



Z 291 (100 %) sester provádí 1 % (3) sebereflexi o provedených intervencích nebo rozhodovací činnosti tím, že o tom dále nepřemýšlí, 4,5 % (13) si myslí, že díky pracovní vytíženosti není možná zpětná kontrola, 10,7 % (31) uvažuje, zda vše provedli tak, jak má být, a 54,3 % (158) se přesvědčí, že je vše v pořádku. V 28,9 % (84) případech se sestry ujistí o správnosti provedené intervence nebo rozhodnutí a dále ještě přemýšlí, co by se dalo zlepšit, a v 0,7 % (2) případech se sestry zachovají jinak.

Tabulka 12 Způsob sebereflexe – směnové sestry

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	O tom dále nepřemýšlím	2	0,9	0,9	0,9
	Není možná zpětná kontrola	12	5,3	5,3	6,1
	Uvažuji, zda jsem vše provedl/a, jak má být	28	12,3	12,3	18,4
	Přesvědčím se, že je vše v pořádku	128	56,1	56,1	74,6
	Ujistím se o správnosti a přemýšlím, co by se dalo ještě zlepšit	57	25,0	25,0	99,6
	Jiné	1	0,4	0,4	100,0
	Total	228	100,0	100,0	

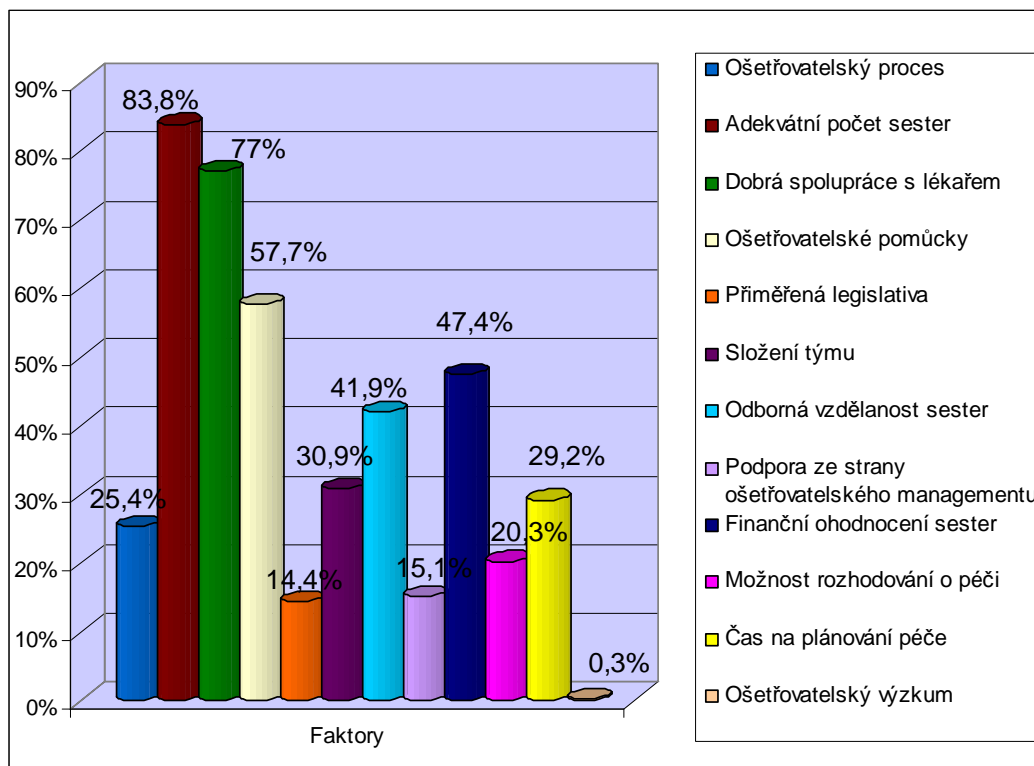
Po provedení ošetrovatelské intervence nebo rozhodovací činnosti považuje z celkem 228 (100 %) směnových sester za způsob sebereflexe 0,9 % (2) fakt, že o tom dále nepřemýšlí. Dále 5,3 % (12) směnových sester uvedlo, že díky pracovní vytíženosti není možná zpětná kontrola, 12,3 % (28) uvažuje, zda vše provedly tak, jak má být, 56,1 % (128) se přesvědčí, že je vše v pořádku, 25 % (57) se ujistí o správnosti a ještě přemýšlí, co by se dalo zlepšit, a 0,4 % (1) udělá něco jiného.

Tabulka 13 Způsob sebereflexe – sestry manažerky

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	O tom dále nepřemýšlím	1	1,6	1,6	1,6
	Není možná zpětná kontrola	1	1,6	1,6	3,2
	Uvažuji, zda jsem vše provedl/a, jak má být	3	4,8	4,8	7,9
	Přesvědčím se, že je vše v pořádku	30	47,6	47,6	55,6
	Ujistím se o správnosti a přemýšlím, co by se dalo ještě zlepšit	27	42,9	42,9	98,4
	Jiné	1	1,6	1,6	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

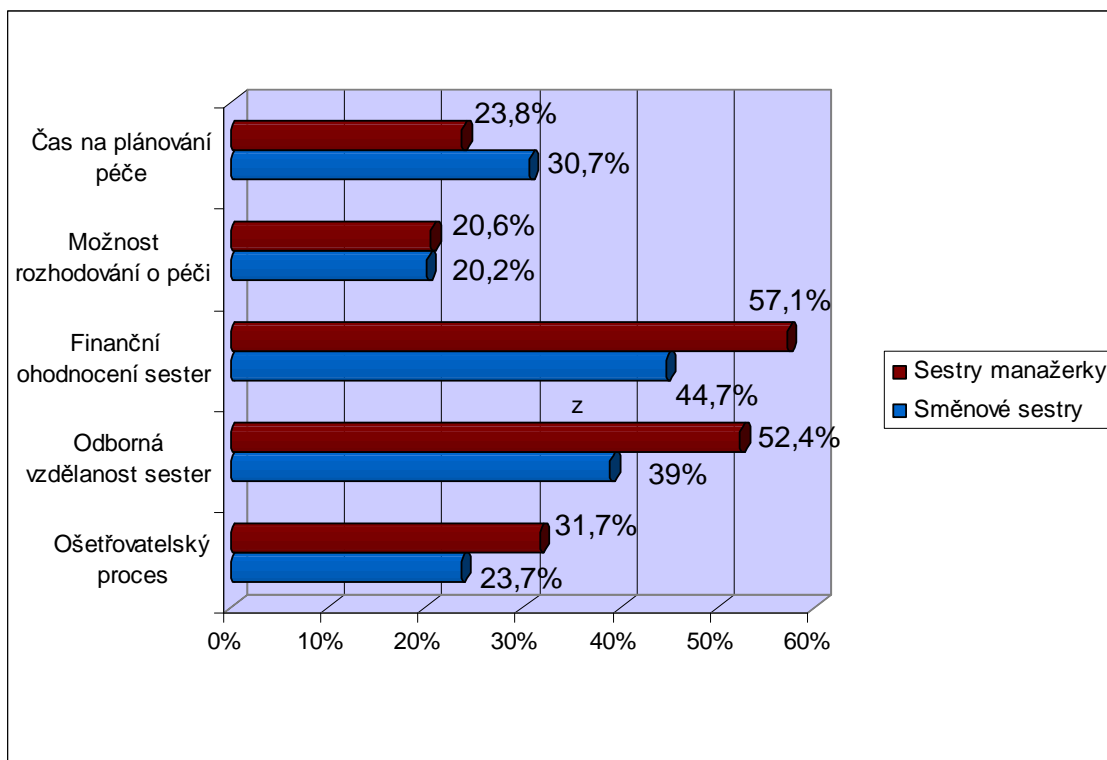
Z celkem 63 (100 %) provádí shodně 1,6 % (1) sester manažerek sebereflexi o provedených intervencích nebo rozhodovací činnosti tím, že o tom dále nepřemýšlí, že kvůli pracovní vytíženosti neprovádí zpětnou kontrolu nebo udělají něco jiného. Dále 4,8 % (3) sester manažerek uvažuje, zda vše provedly tak, jak má být, 47,6 % (30) se přesvědčí, že je vše v pořádku a 42,9 % (27) se ujistí o správnosti a ještě přemýšlí, co by se dalo zlepšit.

Graf 24a Faktory zlepšující kvalitu sesterského rozhodování



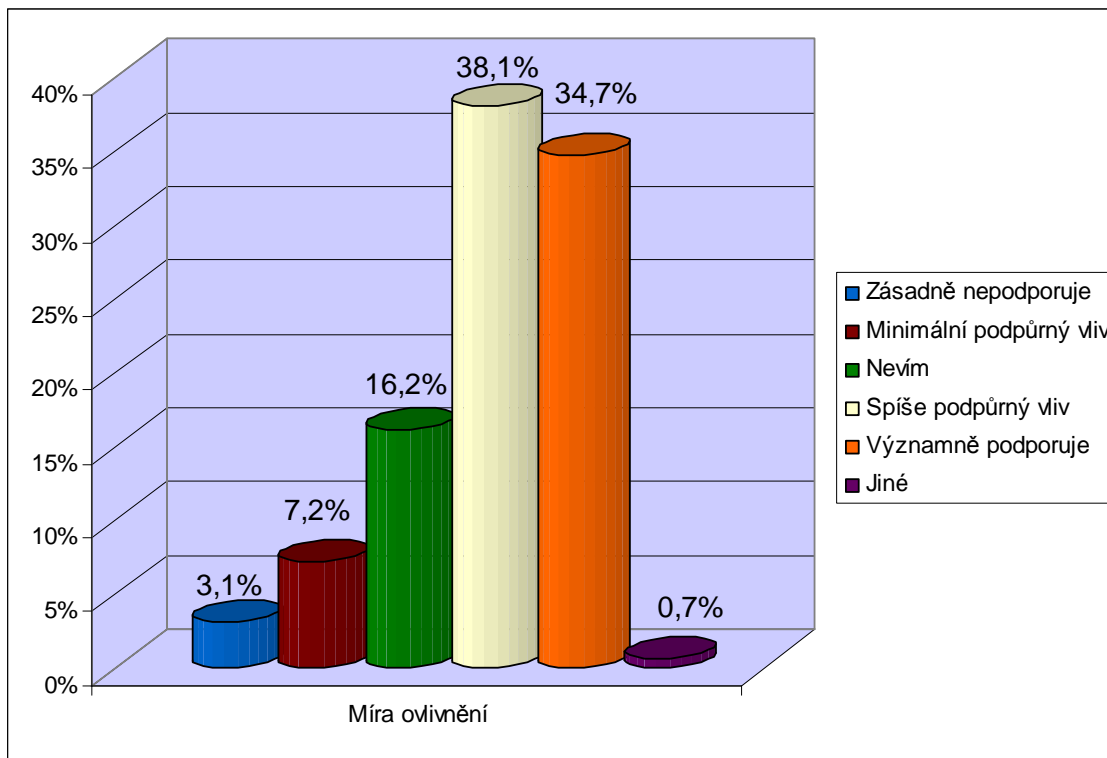
Zde mohly označit sestry až 5 odpovědí, proto se každý jednotlivý sloupec vztahuje vůči celku. Z celkového počtu 291 (100 %) sester je možné kvalitu sesterského rozhodování zlepšit v 25,4 % (74) případech ošetřovatelským procesem, v 83,8 % (244) případech adekvátním počtem sester na oddělení, v 77 % (224) případech dobrou spoluprací s lékařem nebo v 57,7 % (168) případech vhodnými ošetřovatelskými pomůckami. Dále považují sestry za důležité v 14,4 % (42) případech přiměřenou legislativu, v 30,9 % (90) případech složení týmu, v 41,9 % (122) případech odbornou vzdělanost sester, a v 15,1 % (44) případech podporu ošetřovatelského managementu. Finanční ohodnocení sester bylo zvoleno v 47,4 % (138) případech, možnost rozhodování o péči v 20,3 % (59) případech, čas na plánování péče v 29,2 % (85) případech, a ošetřovatelský výzkum v 0,3 % (1) případech.

Graf 24b Vybrané faktory zlepšující kvalitu rozhodování podle stupně řízení



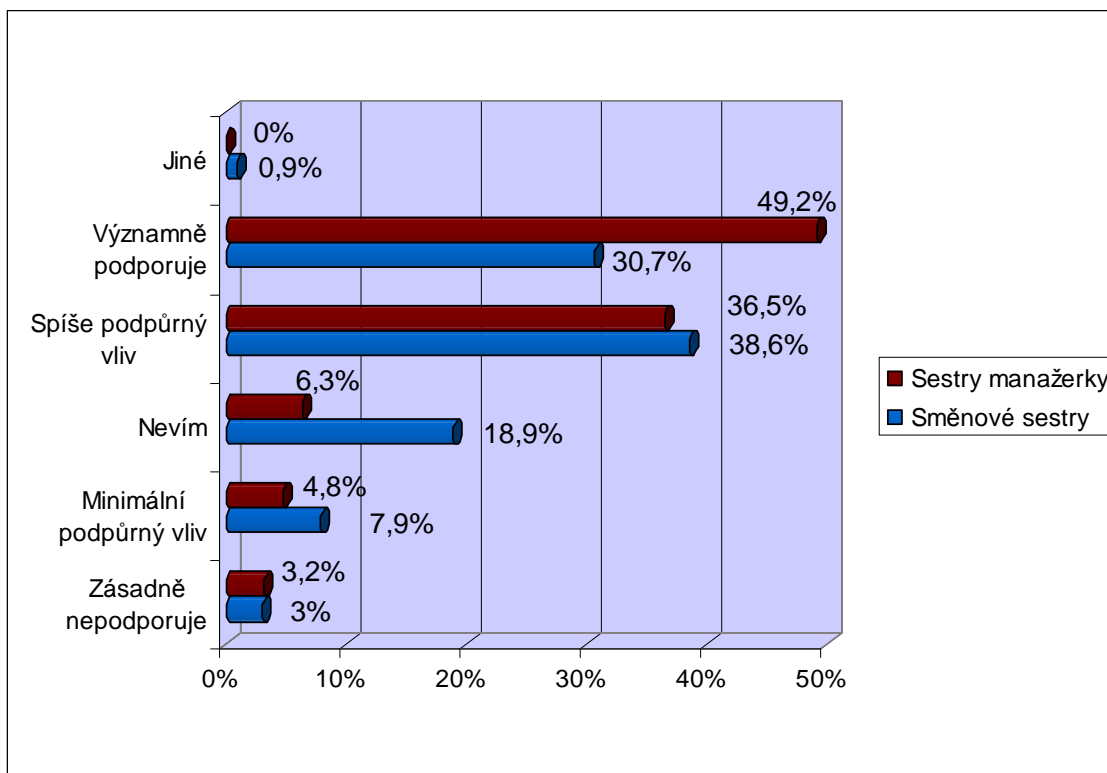
Vybrané faktory zlepšující kvalitu sesterského rozhodování se týkají celkového počtu 228 (100 %) směnových a 63 (100 %) sester manažerek. Sestry mohly označit zároveň až 5 odpovědí, proto se jednotlivé sloupce vztahují vždy k příslušnému celku sester. Čas na plánování péče považuje za důležité 30,7 % (70) směnových a 23,8 % (15) sester manažerek (další číselné hodnoty jsou uvedeny stejném pořadí sester), možnost rozhodování o péči 20,2 % (46) a 20,6 % (13) sester, a finanční ohodnocení 44,7 % (102) a 57,1 % (36) sester. Dále byla v 39 % (89) případech zvolena odborná vzdělanost sester, a v 23,7 % (54) případech a 31,7 % (20) případech ošetrovatelský proces.

Graf 25a Vliv spolupráce v rámci týmu na rozhodovací roli sestry



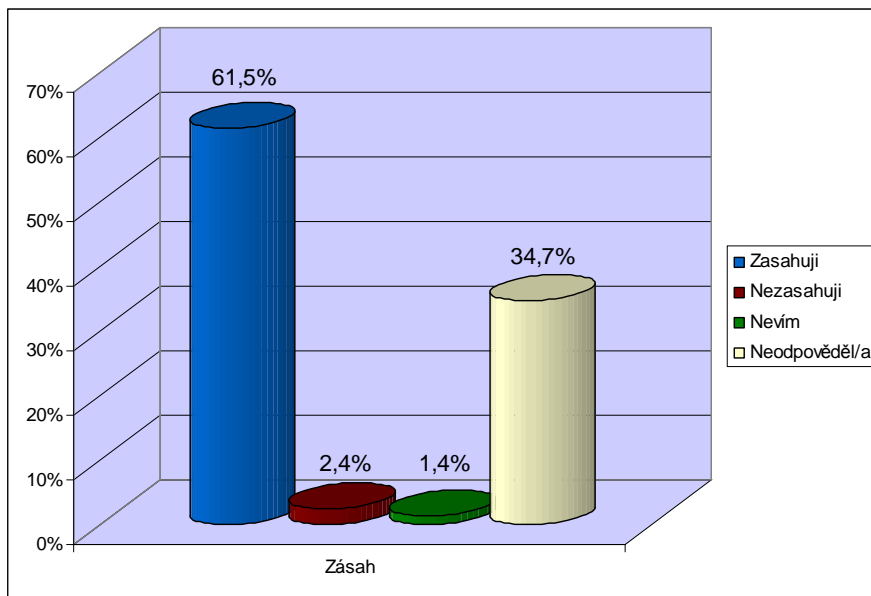
Z celkového počtu 291 (100 %) sester uvedlo, že vzájemná spolupráce v rámci týmu rozhodovací roli sestry v 3,1 % (9) případech zásadně nepodporuje, v 7,2 % (21) má minimální podpůrný vliv, v 38,1 % (111) má spíše podpůrný vliv, a v 34,7 % (101) roli podporuje významným způsobem. V 16,2 % (47) případech uvedly sestry odpověď nevím a v 0,7 % (2) odpověď jiné.

Graf 25b Vliv spolupráce v rámci týmu na rozhodovací roli sestry – srovnání



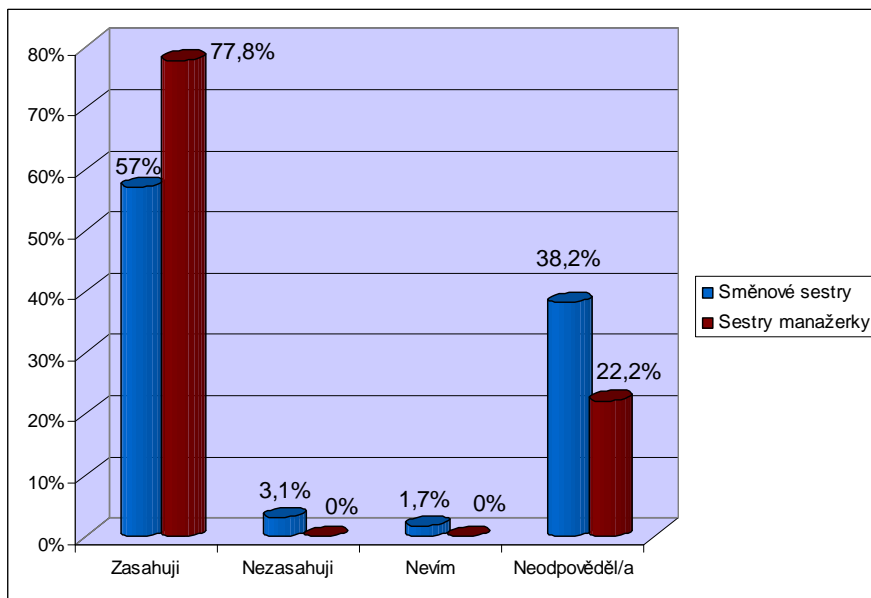
Jednotlivé sloupce se vztahují k celkovému počtu 228 (100 %) směnových sester nebo 63 (100 %) sester manažerek. Na otázku vlivu vzájemné spolupráce v rámci týmu na rozhodovací roli sestry uvedly v 3 % (7) případů směnové a v 3,2 % (2) případů sestry manažerky, že roli zásadně nepodporuje (další hodnoty jsou uvedeny stejném pořadí sester), v 7,9 % (18) a 4,8 % (3) uvedly minimální podpůrný vliv, 38,6 % (88) a 36,5 % (23) spíše podpůrný vliv, a v 30,7 % (70) případů a 49,2 % (31) případů uvedly, že roli podporuje významným způsobem. Dále 18,9 % (43) a 6,3 % (4) sester nevědělo a pouze 0,9 % (2) směnových sester uvedlo odpověď jiné.

Graf 26a Zásah pro zlepšení pracovní atmosféry



Z celkového počtu 291 (100 %) sester pro zlepšení pracovní atmosféry nějakým způsobem zasahuje 61,5 % (179) sester a 2,4 % (7) sester nezasahuje. Dále 1,4 % (4) uvedlo, že nevím a 34,7 % (101) sester na otázku neodpovědělo.

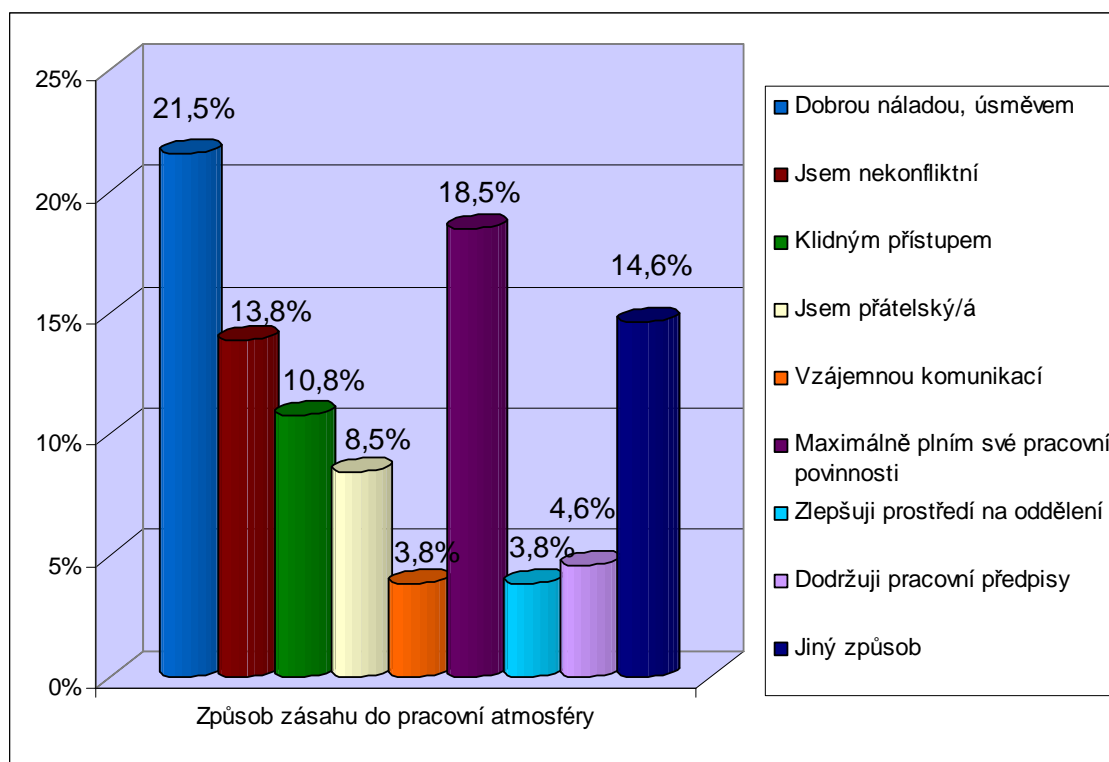
Graf 26b Zásah do atmosféry podle stupně řízení



Jednotlivé sloupce se vztahují k celkovému počtu 228 (100 %) směnových sester nebo 63 (100 %) sester manažerek. Na otázku zásahu pro zlepšení pracovní atmosféry

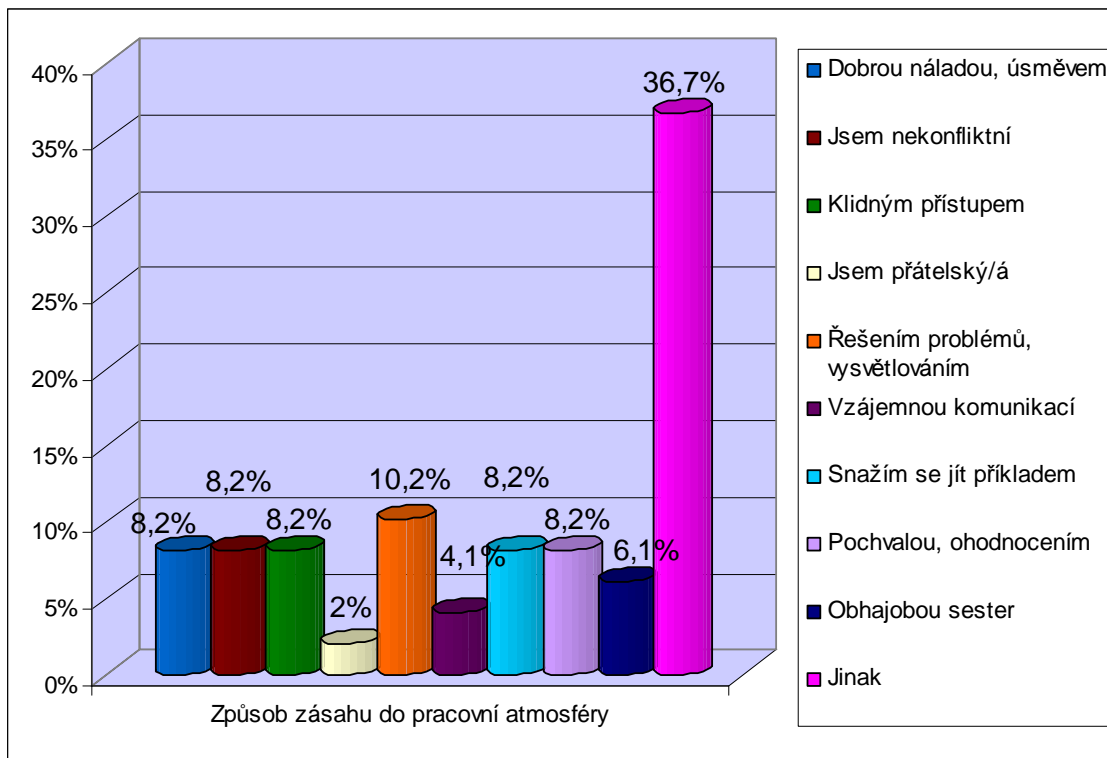
vedly v 57 % (130) případech směnové a v 77,8 % (49) sestry manažerky, že zasahují a 3,1 % (7) směnových sester, že nezasahují. Odpověď nevím byla zvolena v 1,7 % (4) případech u směnových sester. Na danou otázku neodpovědělo 38,2 % (87) směnových sester a 22,2 % (14) sester manažerek.

Graf 27a Konkrétní způsob zásahu směnových sester



Z celkového počtu 130 (100 %) směnových sester snažících se zlepšit pracovní atmosféru, uvedlo jako způsob zásahu v 21,5 % (28) případech dobrou náladu a úsměv, v 13,8 % (18) nekonfliktnost, v 10,8 % (14) klidný přístup, v 8,5 % (11) přátelskost, a v 3,8 % (5) případech vzájemnou komunikaci. Dále bylo v 18,5 % (24) případech uvedeno maximální plnění pracovních povinností, v 3,8 % (5) zlepšování prostředí na oddělení, a v 4,6 % (6) dodržování pracovních předpisů. Jiný způsob zásahu uvedlo 14,6 % (19) sester, přičemž se nejvíce uplatňovala kombinace zmíněných zásahů.

Graf 27b Konkrétní způsob zásahu sester manažerek



Z celkového počtu 49 (100 %) sester manažerek snažících se zlepšit pracovní atmosféru, uvedlo shodně 8,2 % (4) dobrou náladu a úsměv, nekonfliktnost, nebo klidný přístup, 2 % (1) přátelskost, a 10,2 % (5) řešení problémů a vysvětlování. Vzájemná komunikace byla uvedena v 4,1 % (2) případech, snaha jít příkladem nebo pochvala s ohodnocením shodně v 8,2 % (4) případech, a obhajoba sester v 6,1 % (3) případech. Jiný způsob zásahu uvedlo 36,7 % (18) sester, přičemž se nejvíce uplatňovala kombinace již zmíněných zásahů.

4.2 Výsledky podle jednotlivých nemocnic

Tabulka 14 Vzdělání sester

Nejvyšší dosažené vzdělání v oboru	České Budějovice	Jindřichův Hradec	Písek	Strakonice	Tábor
SŠ	62,3 %	86,4 %	85,2 %	91,1 %	81,4 %
VOŠ	9,8 %	8,5 %	8,2 %	1,8 %	9,3 %
VŠ – Bc., Mgr. nebo doktorské	27,9 %	5,1 %	6,6 %	7,1 %	9,3 %
Specializace	27,9 %	40,7 %	29,5 %	30,4 %	22,2 %
Jiné	0,0 %	1,7 %	3,3 %	7,1 %	1,9 %

Na otázku nejvyššího dosaženého vzdělání mohly sestry zvolit více odpovědí nebo jejich kombinaci, proto se číselné hodnoty vztahují vždy k celkovému počtu sester z jednotlivých nemocnic. Středoškolské vzdělání s maturitou má z celkem 61 (100 %) českobudějovických sester 62,2 % (38), vyšší odbornou školu ukončilo 9,8 % (6) sester a vysokou školu 28 % (17). Specializaci v oboru absolvovalo také 28 % (17) sester.

Z celkového počtu 59 (100 %) sester z jindřichohradecké nemocnice ukončilo své vzdělání v 86,4 % (51) případech maturitou, v 8,5 % (5) vyšší odbornou školou, a v 5,1 % (3) vysokoškolským titulem. Dále si své znalosti 40,7 % (24) sester rozšířilo specializací a 1,7 % (1) jiným způsobem.

Z celkem 61 (100 %) sester z píseckého nemocnice absolvovalo v 85,2 % (52) středoškolské vzdělání, 8,2 % (5) vyšší odbornou školu, a 6,6 % (4) vysokou školu. Specializaci ukončilo 29,5 % (18) a jiný způsob rozšíření vědomostí 3,3 % (2) sester.

Z 56 (100 %) sester ze strakonické nemocnice ukončilo středoškolské vzdělání s maturitou 91,1 % (51) sester, vyšší odbornou školu 1,8 %, vysokou školu 7,1 %, a specializaci pro svůj obor uvedlo 30,4 % (17). Jiný způsob vzdělání uvedlo 7,1 % (4) sester.

Z celkového počtu 54 (100 %) tábořských sester má středoškolské vzdělání 81,4 % (44) sester, a vyšší odbornou školu nebo vysokou školu shodně 9,3 % (5) sester. Specializaci absolvovalo 22,2 % (12) sester a jiný způsob vzdělání 1,9 % (1) sester.

Tabulka 15 Možnost rozhodovat o způsobu poskytování péče – směnové sestry

Způsob umožnění péče	České Budějovice	Jindřichův Hradec	Písek	Strakonice	Tábor
Nemám velký prostor/podmínky	8,9 %	6,3 %	6,1 %	0,0 %	4,8 %
Konečné slovo má lékař	37,8 %	18,8 %	34,7 %	38,6 %	33,3 %
Způsob péče navrhuje, řídí a kontroluje nadřízená	15,6 %	10,4 %	12,2 %	15,9 %	14,3 %
Většinou pracuji a rozhoduji se samostatně	31,1 %	62,5 %	36,7 %	36,4 %	40,5 %
Mám maximální možnost	4,4 %	2,1 %	8,2 %	9,1 %	2,4 %
Jiné	2,2 %	0,0 %	2,0 %	0 %	4,8 %
Počet sester	100 % (45)	100 % (48)	100 % (49)	100 % (44)	100 % (42)

Celkem 45 (100 %) směnových sester z českobudějovické nemocnice uvedlo, že v 8,9 % (4) případech nemají velký prostor/podmínky pro samostatné rozhodování o způsobu poskytování ošetrovatelské péče, v 37,8 % (17) má konečné slovo lékař, v 15,6 % (7) případech způsob péče navrhuje, řídí a kontroluje nadřízená, v 31,1 % (14) sestry většinou pracují a rozhodují se samostatně, a v 4,4 % (2) případech mají maximální možnost se samostatně rozhodovat. V 2,2 % (1) případech uvedly sestry jinou odpověď.

Ze 48 (100 %) jindřichohradeckých směnových sester nemá velký prostor nebo podmínky 6,3 % (3) sestry. Konečné slovo má lékař v 18,8 % (9) případech, způsob péče navrhuje, řídí a kontroluje nadřízená v 10,4 % (5), sestry většinou pracují a rozhodují se samostatně v 62,5 % (30), a maximální možnost mají sestry v 2,1 % (1) případech.

Z písecké nemocnice uvedlo ze 49 (100 %) směnových sester, že prostor nebo podmínky nemá 6,1 % (3), konečné slovo má lékař v 34,7 % (17), způsob péče navrhuje nadřízená ve 12,2 % (6), sestry většinou pracují a rozhodují samostatně v 36,7 % (18), a maximální možnost mají sestry v 8,2 % (4) případech. Jinak odpověděly 2 % (1) sester.

Ze 44 (100 %) směnových sester ze strakonické nemocnice na položku nemám velký prostor/podmínky neodpověděla žádná sestra. Konečné slovo při péči má lékař v 38,6 % (17), způsob péče navrhuje, řídí a kontroluje nadřízená v 15,9 % (7), a sestry

většinou pracují a rozhodují se samostatně v 36,4 % (16) případech. Maximální možnost rozhodovat o způsobu poskytování péče uvedly sestry v 9,1 % (4).

Celkem 42 (100 %) směnových sester z táborské nemocnice odpovědělo, že 4,8 % (2) sester nemá velký prostor/podmínky pro samostatné rozhodování, v 33,3 % (14) případech má konečné slovo lékař, v 14,3 % (6) případech způsob péče navrhuje, řídí a kontroluje nadřízená, v 40,5 % (17) sestry většinou pracují a rozhodují se samostatně, a v 2,4 % (1) mají maximální možnost se samostatně rozhodovat. V 4,8 % (2) případech uvedly sestry jinou odpověď.

Tabulka 16 Umožnění rozhodování směnovým sestram – sestry manažerky

Způsob umožnění péče	České Budějovice	Jindřichův Hradec	Písek	Strakonice	Tábor
Nemají velký prostor/podmínky	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Konečné slovo má lékař	12,5 %	0,0 %	0,0 %	8,4 %	16,6 %
Způsob péče navrhuji, řídím a kontroluji sama	18,7%	0,0 %	16,6 %	25,0 %	0,0 %
Většinou pracují a rozhodují se samostatně	37,5 %	72,7 %	41,7 %	50,0 %	50,0 %
Mají maximální možnost	25,0 %	27,3 %	41,7 %	16,6 %	33,4 %
Jiné	6,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Počet sester	100 % (16)	100 % (11)	100 % (12)	100 % (12)	100 % (12)

Celkem 16 (100 %) sester manažerek z českobudějovické nemocnice umožňuje směnovým sestram rozhodovat o způsobu poskytování ošetrovatelské péče tím, že v 12,5 % (2) případech má konečné slovo lékař, v 18,7 % (3) způsob péče navrhuje, řídí a kontroluje manažerky samy, v 37,5 % (6) směnové sestry většinou pracují a rozhodují se samostatně, a v 4,4 % (4) mají maximální možnost se samostatně rozhodovat. V 6,3 % (1) případech uvedly manažerky jinou odpověď.

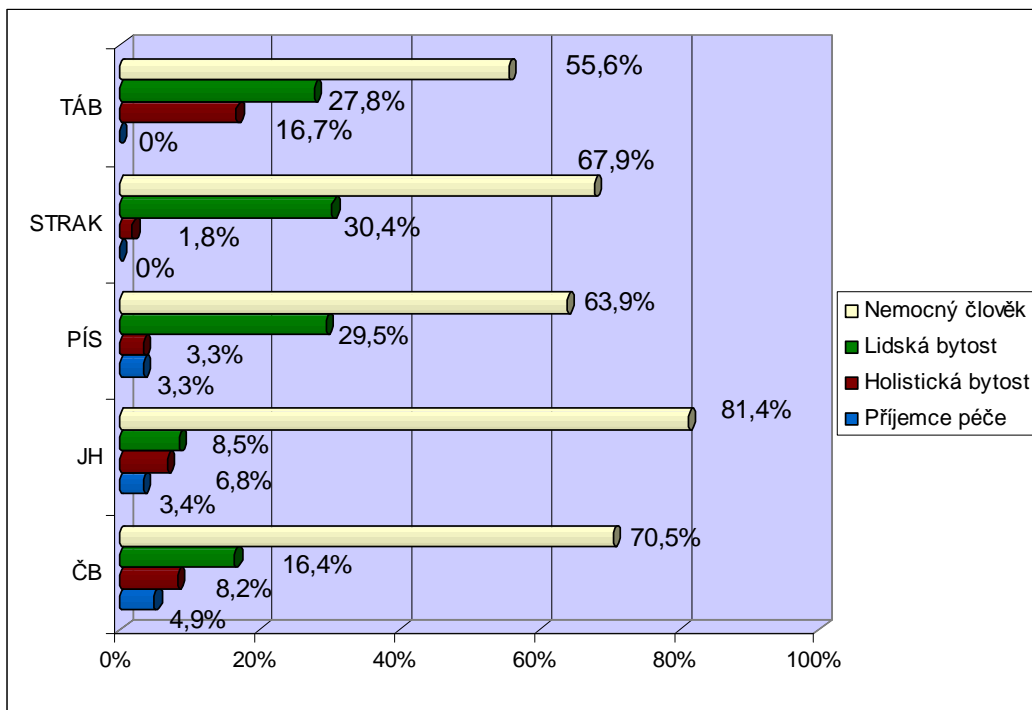
Z celkem 11 (100 %) jindřichohradeckých sester manažerek 73 % (8) uvedlo, že podřízené sestry většinou pracují a rozhodují se samostatně, a 27,3 % (3) uvedlo, že sestry mají maximální možnost.

Z písecké nemocnice uvedlo z 12 (100 %) manažerek, že v 16,6 % (2) případech způsob péče navrhuji samy. Shodně v 41,7 % (5) byla uvedena odpověď, že směnové sestry mají většinou nebo maximální možnost samostatně se rozhodovat a pracovat.

Z 12 (100 %) sester manažerek ze strakonické nemocnice na položku směnové sestry nemají velký prostor/podmínky neodpověděla žádná manažerka. Položka konečné slovo má lékař byla manažerkami uvedena v 8,4 % (17) případech, způsob péče navrhuji, řídím a kontroluji sama v 25 % (3), a podřízené většinou pracují a rozhodují se samostatně v 50 % (6) případech. Maximální možnost směnových sester rozhodovat se o způsobu poskytování ošetrovatelské péče uvedly manažerky v 16,6 % (2) případech.

Celkem 12 (100 %) sester manažerek z tábořské nemocnice odpovědělo, že při rozhodování o konkrétním způsobu poskytování ošetrovatelské péče má v 16,6 % (2) případech konečné slovo lékař, v 50 % (6) případech podřízené sestry většinou pracují a rozhodují se samostatně, a v 33,4 % (4) mají maximální možnost se samostatně rozhodovat. V 4,8 % (2) případech uvedly manažerky jinou odpověď.

Graf 28 Pojem pacient



Ze 61 (100 %) sester z českobudějovické nemocnice si pod pojmem pacient představuje v 70,5 % (43) nemocného člověka, v 16,4 % (10) lidskou bytost, v 8,2 % (5) holistickou bytost, a v 4,9 % (3) příjemce péče.

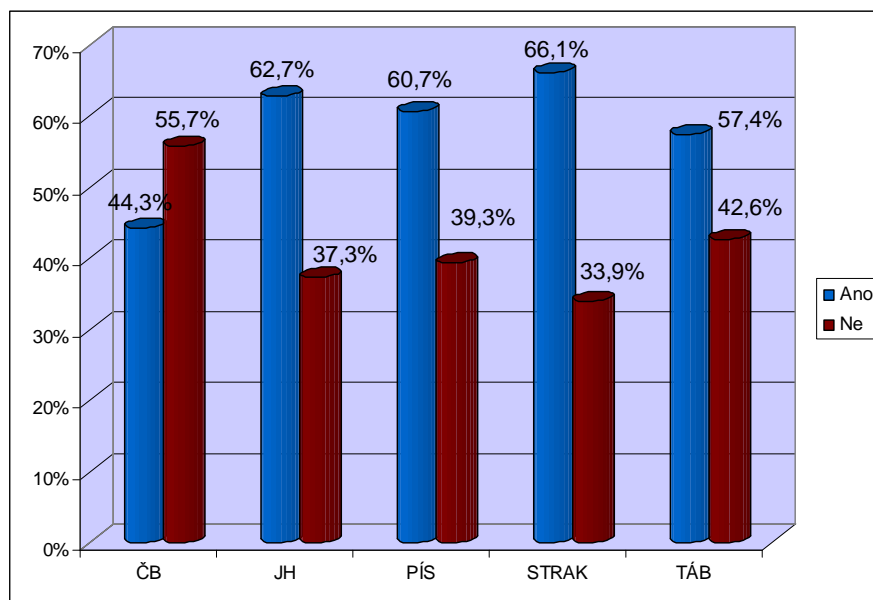
Celkem 59 (100 %) sester z jindřichohradecké nemocnice si pacienta v 81,4 % (48) případů představuje jako nemocného člověka, v 8,5 % (5) jako lidskou bytost, v 6,8 % (4) jako holistickou bytost, a v 3,4 % (2) jako příjemce péče.

Z písecké nemocnice uvedlo ze 61 (100 %) sester, že si jako první pod pojmem pacient vybaví v 63,9 % (39) nemocného člověka, v 29,5 % (18) lidskou bytost, v 3,3 % (2) shodně holistickou bytost nebo příjemce péče.

Z 56 (100 %) sester ze strakonické nemocnice si jako první pod pojmem pacient vybaví 67,9 % (38) sester nemocného člověka, 30,4 % (17) lidskou bytost, a 1,8 % (1) bytost holistickou.

Celkem 54 (100 %) sester z tábořské nemocnice odpovědělo, že pacient jako nemocný člověk se jim vybaví v 55,6 % (30) případů, jako lidská bytost v 27,8 % (15), a jako holistická bytost v 16,7 % (9) případů.

Graf 29 Setkání sester s pojmem „rozhodovací role sestry“



Z 61 (100 %) sester z českobudějovické nemocnice se s pojmem rozhodovací role sestry již setkala 44,3 % (27) sester a 55,7 % (34) nikoliv.

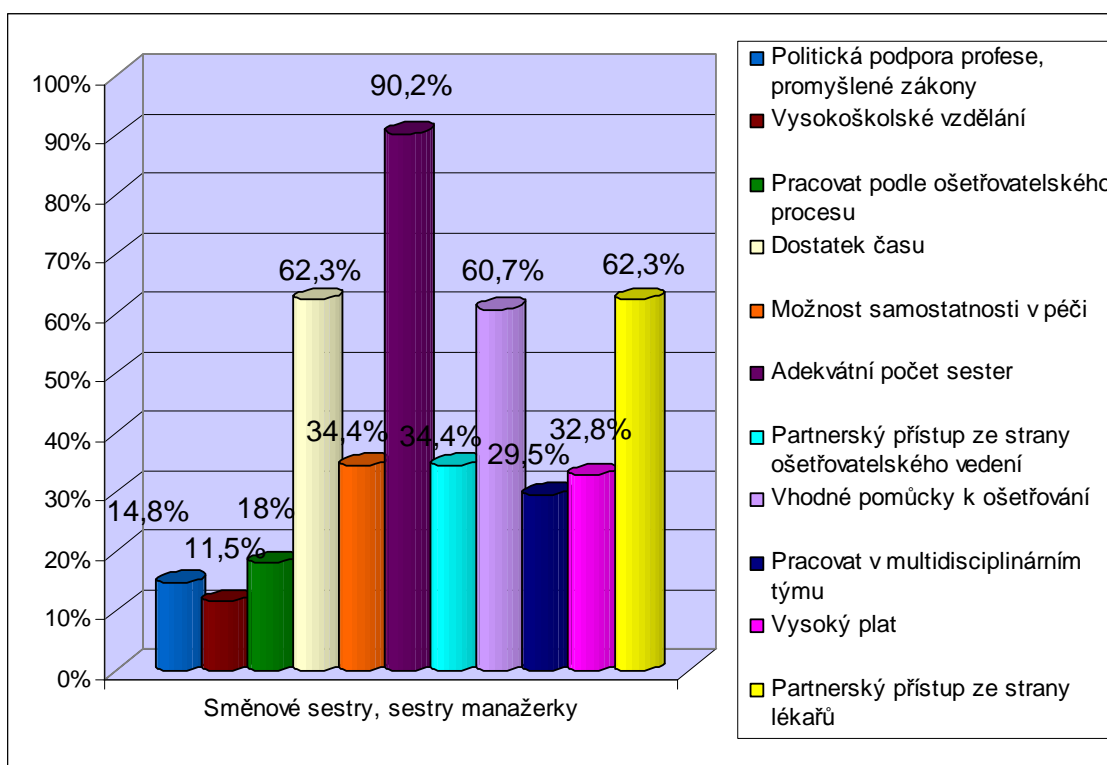
Z 59 (100 %) sester z jindřichohradecké nemocnice se s pojmem rozhodovací role sestry již setkala 62,7 % (37) sester a 37,3 % (22) nikoliv.

Z celkem 61 (100 %) sester z písecké nemocnice se s pojmem rozhodovací role sestry již setkala 60,7 % (37) sester a 39,3 % (24) nikoliv.

Z 56 (100 %) sester ze strakonické nemocnice se s pojmem rozhodovací role sestry již setkala 66,1 % (37) sester a 33,9 % (19) nikoliv.

Z celkem 54 (100 %) sester z tábořské nemocnice se s pojmem rozhodovací role sestry již setkala 57,4 % (31) sester a 42,6 % (23) nikoliv.

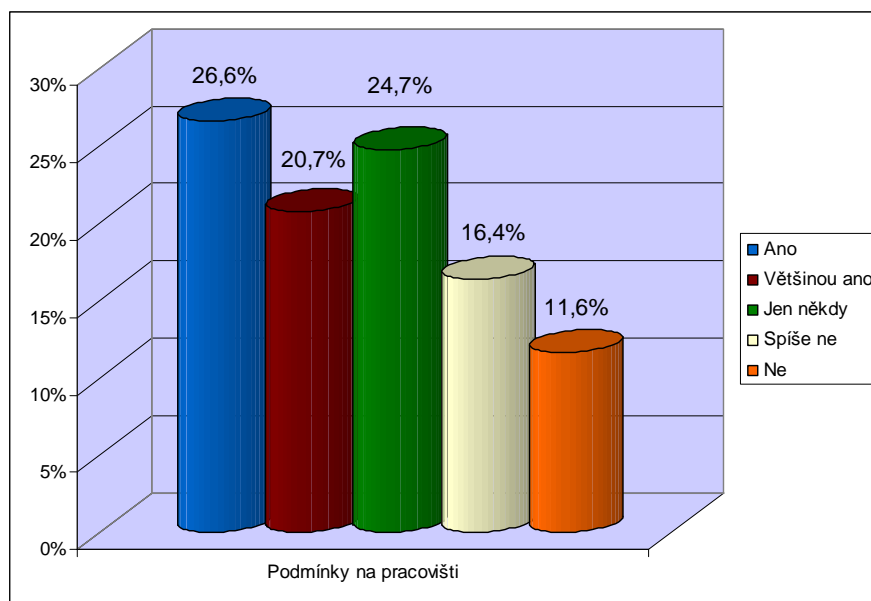
Graf 30a Podmínky – Nemocnice České Budějovice, a.s.



V otázce efektivního rozhodování při/o ošetrovatelské péči mohly sestry zvolit až 5 odpovědí. Jednotlivé sloupce se vztahují vůči celku 61 (100 %) sester. Pro 14,8 % (9) sester je důležité, aby ošetrovatelská profese byla politicky podporována, pro 11,5 % (7) vysokoškolsky se vzdělávat, pro 18 % (11) pracovat podle ošetrovatelského procesu a pro 62,3 % (38) dostatek času. Možnost samostatnosti v péči zvolily sestry v 34,4 % (21) případech, adekvátní počet sester v 90,2 % (55) případech, partnerský přístup ze strany

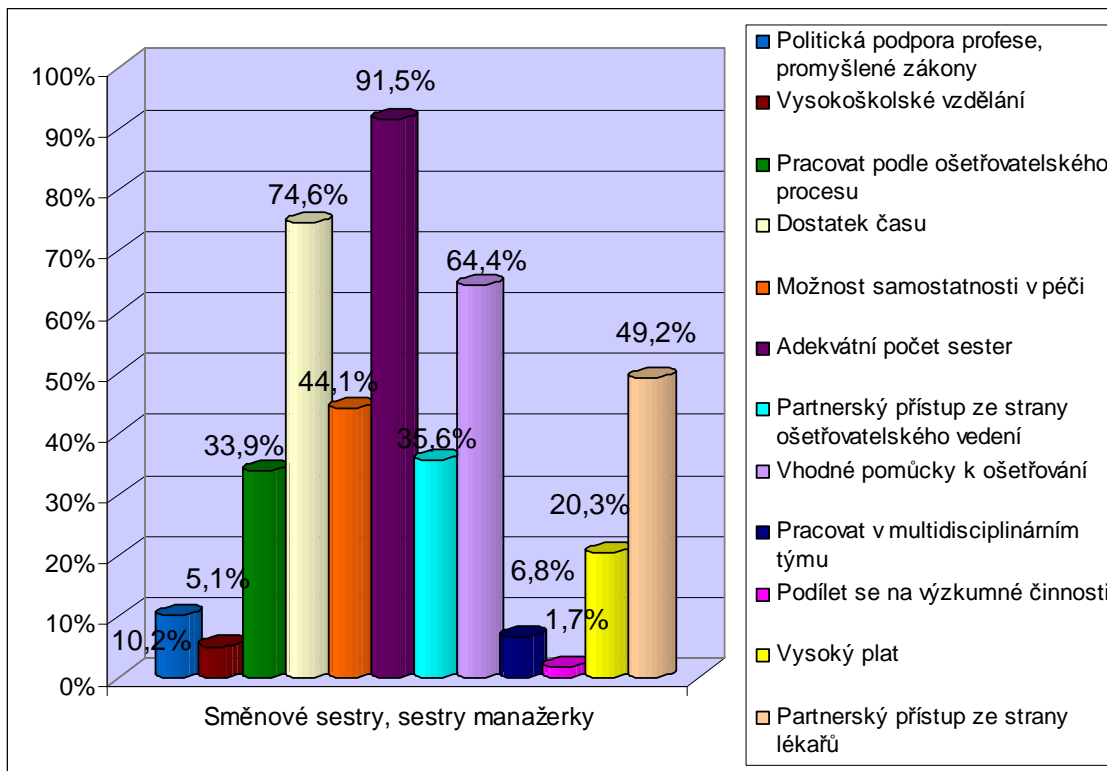
ošetřovatelského vedení v 34,4 % (21), a vhodné pomůcky k ošetřování v 60,7 % (37). Pracovat v multidisciplinárním týmu potřebuje 29,5 % (18) sester, mít vysoký plat 32,8 % (20), a partnerský přístup lékaře 62,3 % (38).

Graf 30b Dodržení podmínek – Nemocnice České Budějovice, a.s.



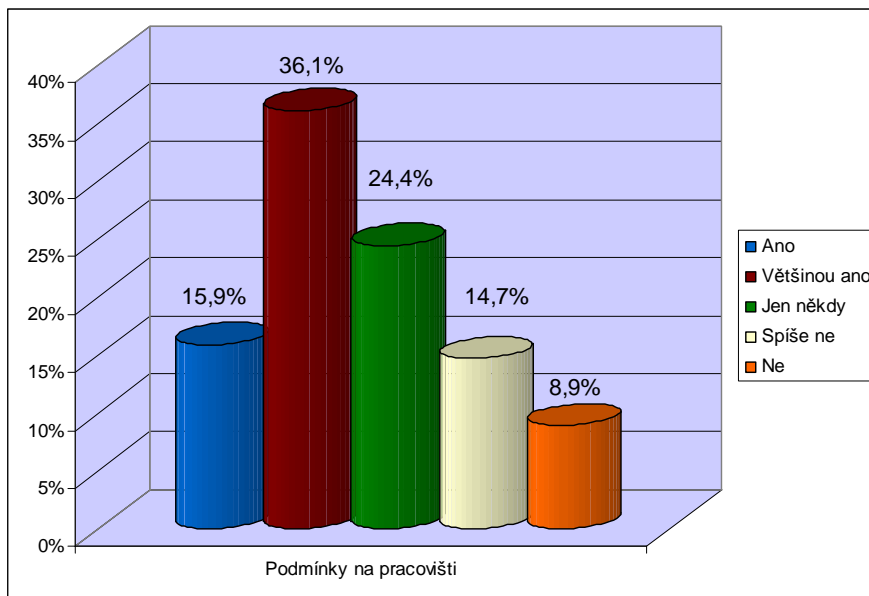
Z podmínek, které sestry zvolily v předcházejícím grafu, tvoří celek 275 (100 %) položek – případů. Na otázku, zda jsou vybrané podmínky na pracovišti dodržovány, plněny nebo sestram umožněny, odpověděly sestry v 26,6 % (73) případů ano, v 20,7 % (57) většinou ano, v 24,7 % (68) jen někdy, v 16,4 % (45) spíše ne, a v 11,6 % (32) uvedly ne.

Graf 31a Podmínky – Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.



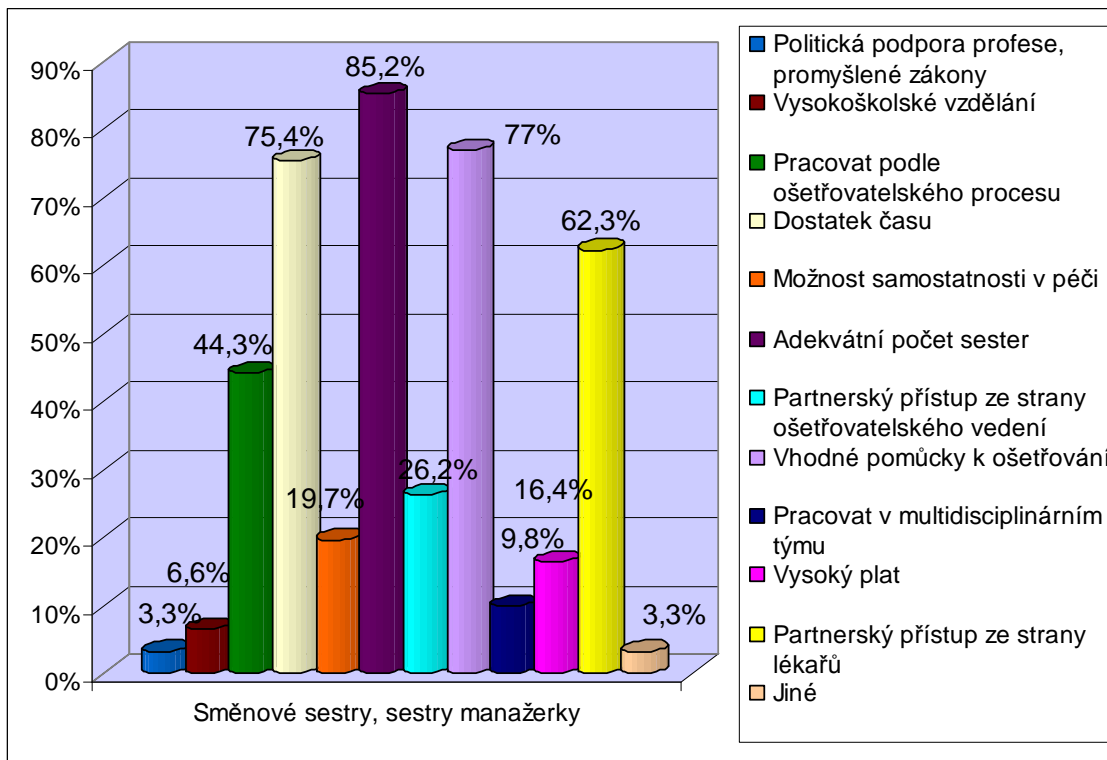
V otázce efektivního rozhodování při/o ošetřovatelské péči mohly sestry zvolit až 5 odpovědí. Jednotlivé sloupce se vztahují vůči celku 59 (100 %) sester. Pro 10,2 % (6) sester je důležité, aby ošetřovatelská profese byla politicky podporována, pro 5,1 % (3) vysokoškolsky se vzdělávat, pro 33,9 % (20) pracovat podle ošetřovatelského procesu a pro 74,6 % (44) mít dostatek času. Mít možnost samostatnosti v péči zvolily sestry v 44,1 % (26) případů, adekvátní počet sester v 91,5 % (54) případů, partnerský přístup ze strany ošetřovatelského vedení v 35,6 % (21) případů, a vhodné pomůcky k ošetřování v 64,4 % (38). Pracovat v multidisciplinárním týmu potřebuje 6,8 % (4) sester, podílet se na výzkumné činnosti 1,7 % (1) sester, mít vysoký plat 20,3 % (12) sester, a partnerský přístup lékaře 49,2 % (29).

Graf 31b Dodržení podmínek – Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.



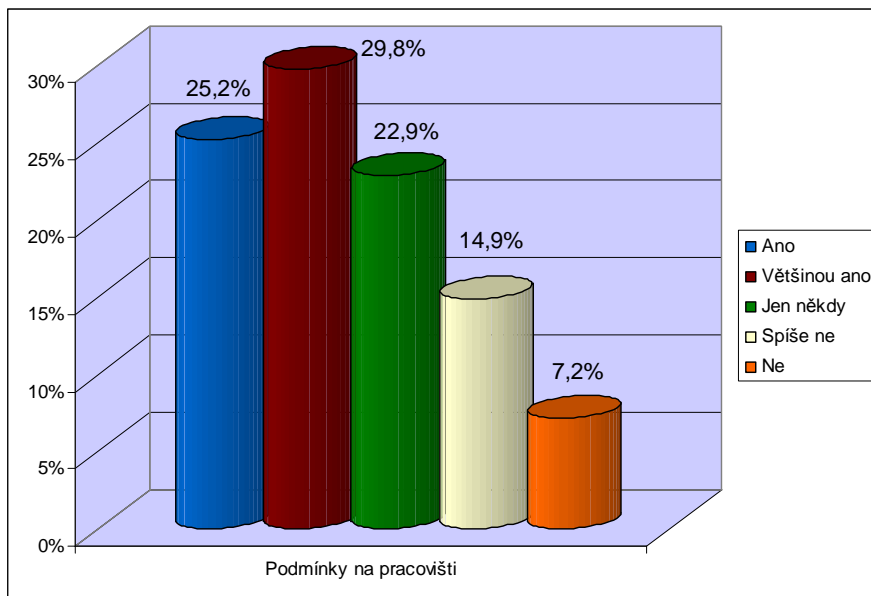
Z podmínek, které sestry zvolily v předcházejícím grafu, tvoří celek 258 (100 %) položek – případů. Na otázku, zda jsou vybrané podmínky na pracovišti dodržovány, plněny nebo sestram umožněny, odpověděly sestry v 15,9 % (41) případů ano, v 36,1 % (93) případů většinou ano, v 24,4 % (63) případů jen někdy, v 14,7 % (38) případů spíše ne, a v 8,9 % (23) případů uvedly ne.

Graf 32a Podmínky – Nemocnice Písek, a.s.



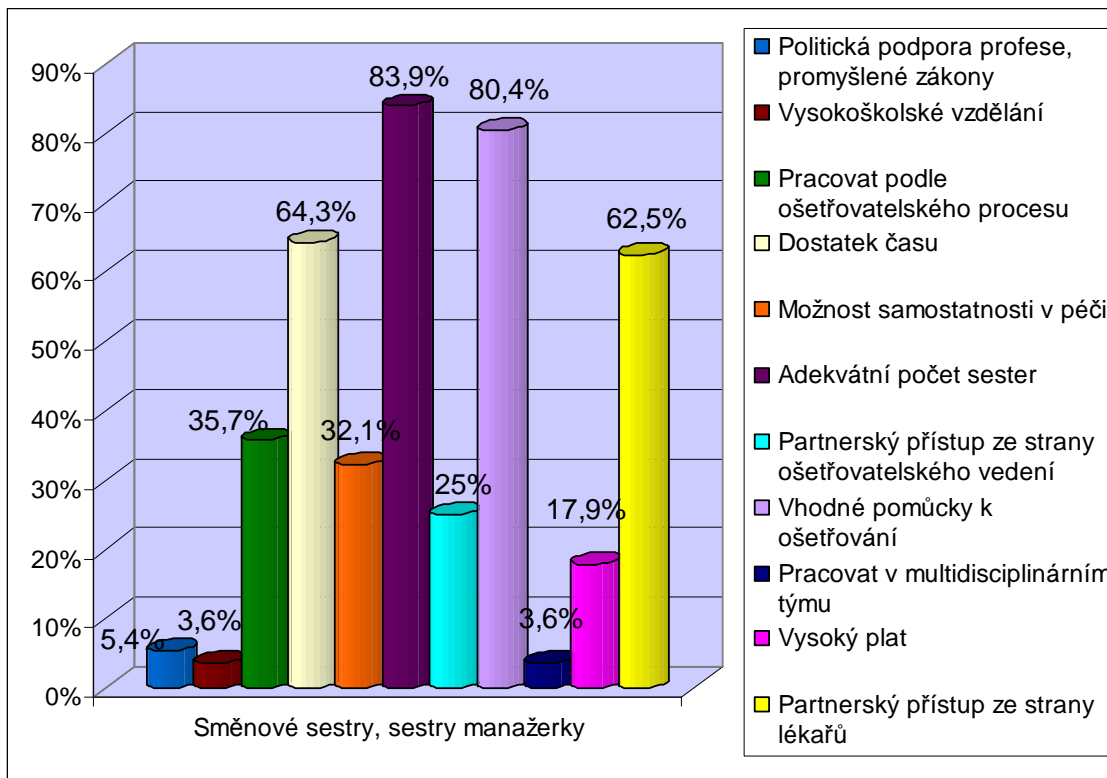
V otázce efektivního rozhodování při/o ošetřovatelské péči mohly sestry zvolit až 5 odpovědí. Jednotlivé sloupce se vztahují vůči celku 61 (100 %) sester. Pro 3,3 % (2) sester je důležité, aby ošetřovatelská profese byla politicky podporována, pro 6,6 % (4) vysokoškolsky se vzdělávat, pro 44,3 % (27) práce podle ošetřovatelského procesu a pro 75,4 % (46) mít dostatek času. Možnost samostatnosti v péči zvolily sestry v 19,7 % (12) případech, adekvátní počet sester v 85,2 % (52) případech, partnerský přístup ze strany ošetřovatelského vedení v 26,2 % (16) případech, a vhodné pomůcky k ošetřování v 77 % (47) případech. Pracovat v multidisciplinárním týmu potřebuje 9,8 % (6) sester, mít vysoký plat 16,4 % (10) sester, a partnerský přístup lékaře 62,3 % (38) sester. Odpověď jiné zaškrtno 3,3 % (2) sester.

Graf 32b Dodržení podmínek – Nemocnice Písek, a.s.



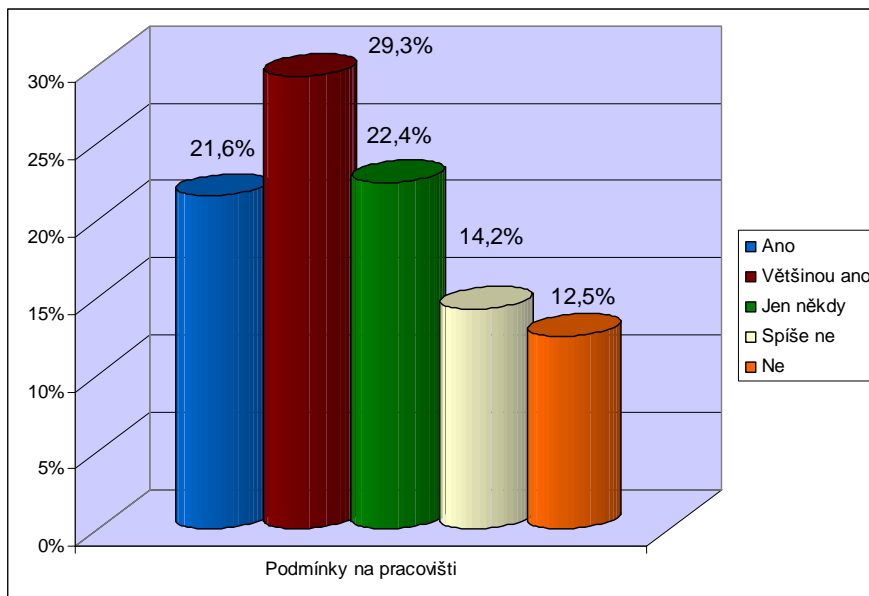
Z podmínek, které sestry zvolily v předcházejícím grafu, tvoří celek 262 (100 %) položek – případů. Na otázku, zda jsou vybrané podmínky na pracovišti dodržovány, plněny nebo sestram umožněny, odpověděly sestry v 25,2 % (66) případů ano, v 29,8 % (78) případů většinou ano, v 22,9 % (60) případů jen někdy, v 14,9 % (39) případů spíše ne, a v 7,2 % (19) případů uvedly sestry ne.

Graf 33a Podmínky – Nemocnice Strakonice, a.s.



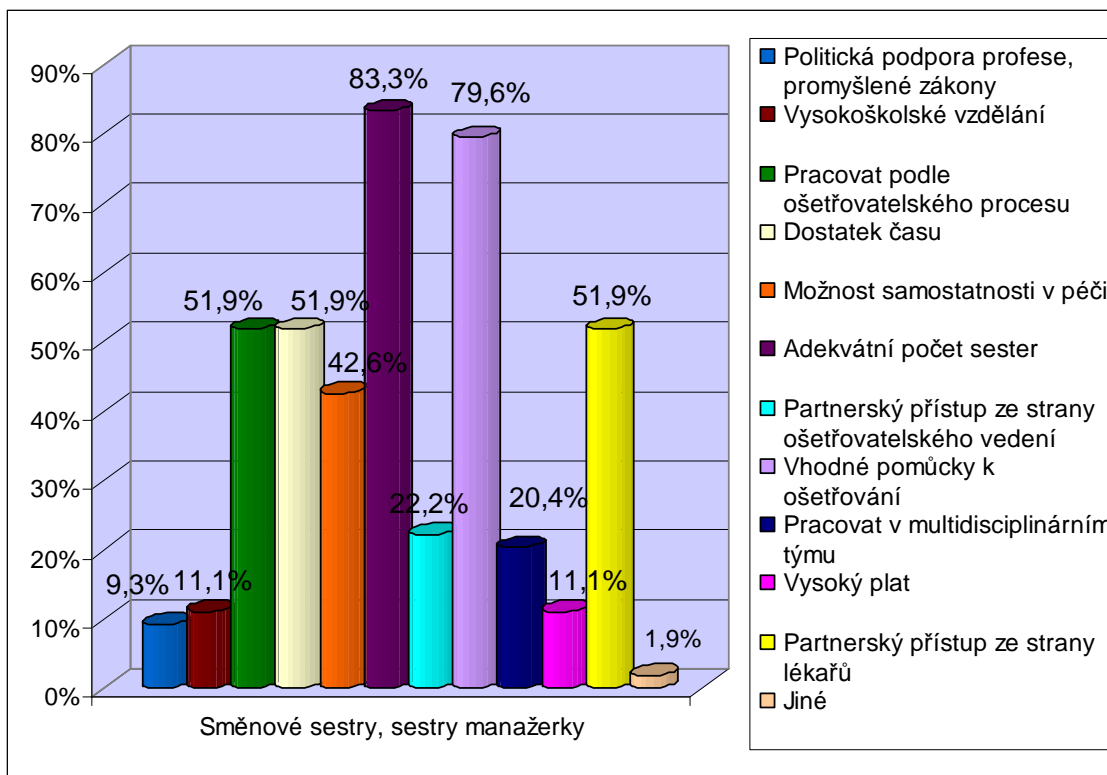
V otázce efektivního rozhodování při/o ošetrovatelské péči mohly sestry zvolit až 5 odpovědí. Jednotlivé sloupce se vztahují vůči celku 56 (100 %) sester. Pro 5,4 % (3) sester je důležité, aby ošetrovatelská profese byla politicky podporována, pro 3,6 % (2) vysokoškolsky se vzdělávat, pro 35,7 % (20) práce podle ošetrovatelského procesu a pro 64,3 % (36) mít dostatek času. Možnost samostatnosti v péči zvolily sestry v 32,1 % (18) případech, adekvátní počet sester v 83,9 % (47) případech, partnerský přístup ze strany ošetrovatelského vedení v 25 % (14) případech, a vhodné pomůcky k ošetrování v 80,4 % (45) případech. Pracovat v multidisciplinárním týmu potřebuje celkem 3,6 % (2) sester, mít vysoký plat 17,9 % (10), a partnerský přístup lékaře 62,5 % (35).

Graf 33b Dodržení podmínek – Nemocnice Strakonice, a.s.



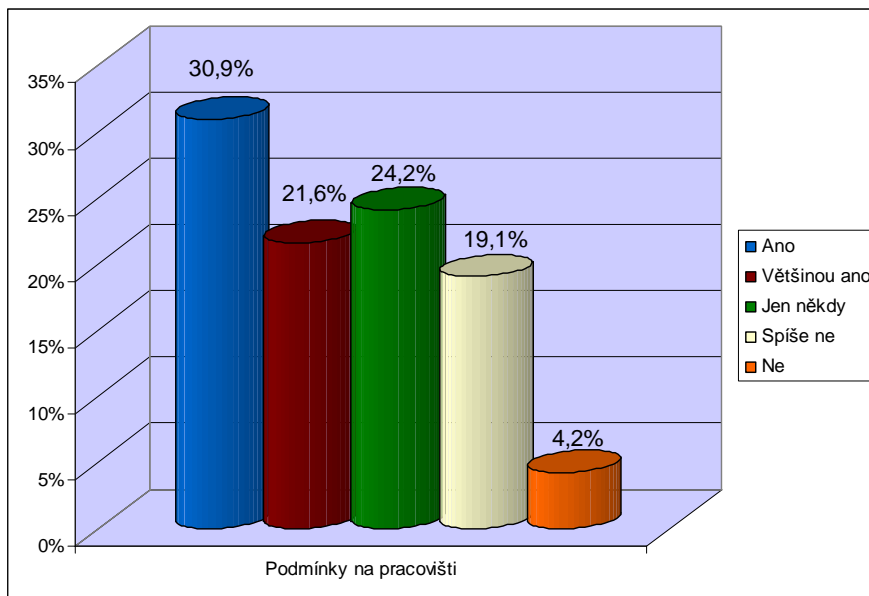
Z podmínek, které sestry zvolily v předcházejícím grafu, tvoří celek 232 (100 %) položek – případů. Na otázku, zda jsou vybrané podmínky na pracovišti dodržovány, plněny nebo sestram umožněny, odpověděly sestry v 21,6 % (50) případů ano, v 29,3 % (68) většinou ano, v 22,4 % (52) jen někdy, v 14,2 % (33) spíše ne, a v 12,5 % (29) uvedly ne.

Graf 34a Podmínky – Nemocnice Tábor, a.s.



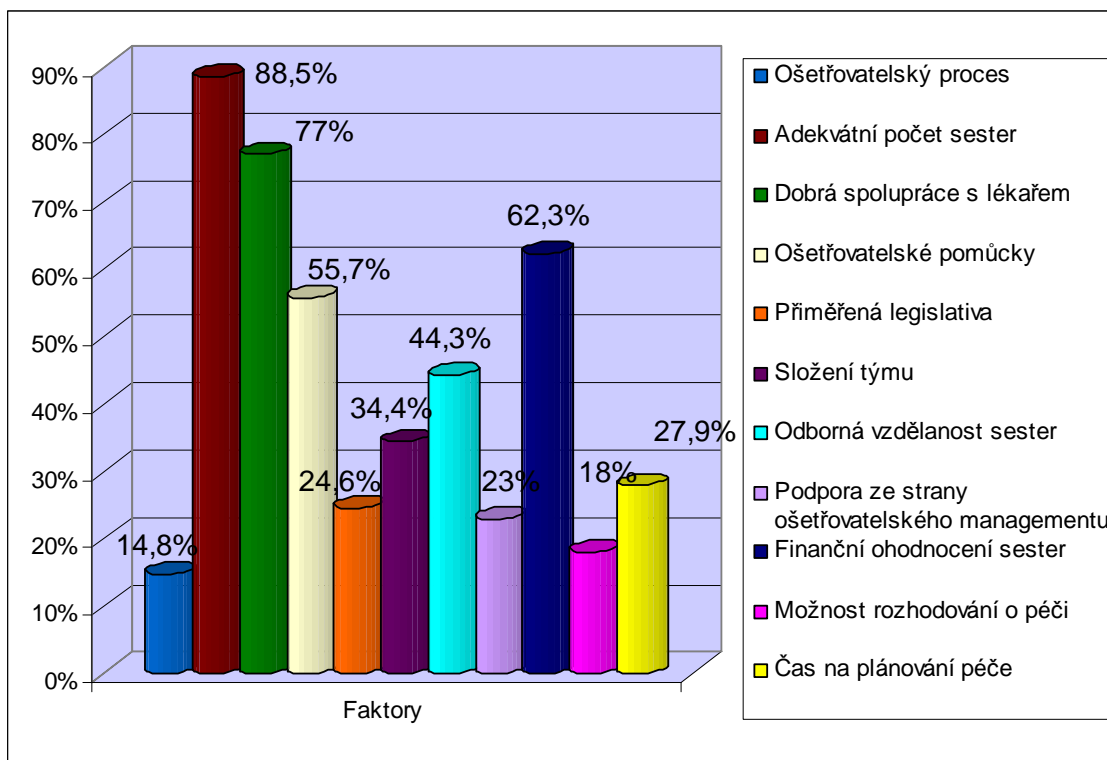
V otázce efektivního rozhodování při/o ošetrovatelské péči mohly sestry zvolit až 5 odpovědí. Jednotlivé sloupce se vztahují vůči celku 54 (100 %) sester. Pro 9,3 % (5) sester je důležité, aby ošetrovatelská profese byla politicky podporována, pro 11,1 % (6) sester je důležité, aby vysokoškolsky se vzdělávaly, shodně pro 51,9 % (28) práce podle ošetrovatelského procesu nebo mít dostatek času. Možnost samostatnosti v péči zvolily sestry v 42,6 % (23) případech, adekvátní počet sester v 83,3 % (45) případech, partnerský přístup ze strany ošetrovatelského vedení v 22,2 % (12), a vhodné pomůcky k ošetrování v 79,6 % (43) případech. Pracovat v multidisciplinárním týmu potřebuje 20,4 % (11) sester, mít vysoký plat 11,1 % (6), a partnerský přístup lékaře 51,9 % (28). Odpověď jiné zaškrtno 1,9 % (1) sester.

Graf 34b Dodržení podmínek – Nemocnice Tábor, a.s.



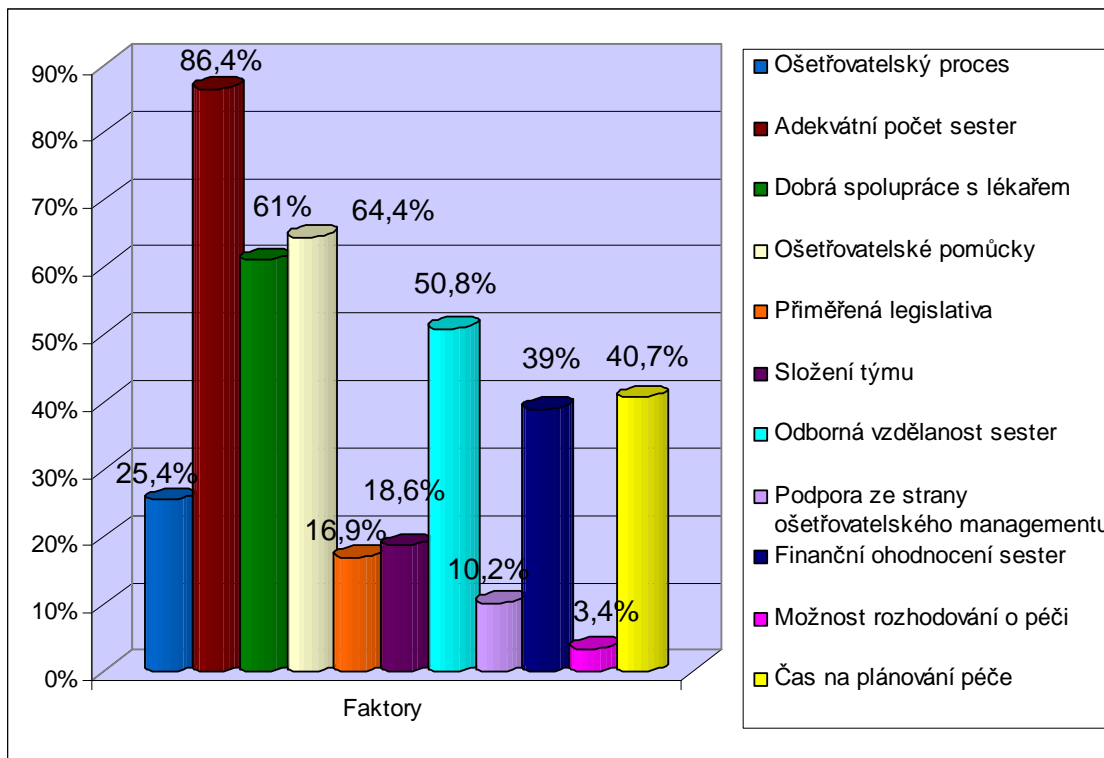
Z podmínek, které sestry zvolily v předcházejícím grafu, tvoří celek 236 (100 %) položek – případů. Na otázku, zda jsou vybrané podmínky na pracovišti dodržovány, plněny nebo sestram umožněny, odpověděly sestry v 30,9 % (73) případů ano, v 21,6 % (51) případů většinou ano, v 24,2 % (57) případů jen někdy, v 19,1 % (45) případů spíše ne, a v 4,2 % (10) případů uvedly ne.

Graf 35 Faktory zlepšující kvalitu rozhodování – Nemocnice České Budějovice, a.s.



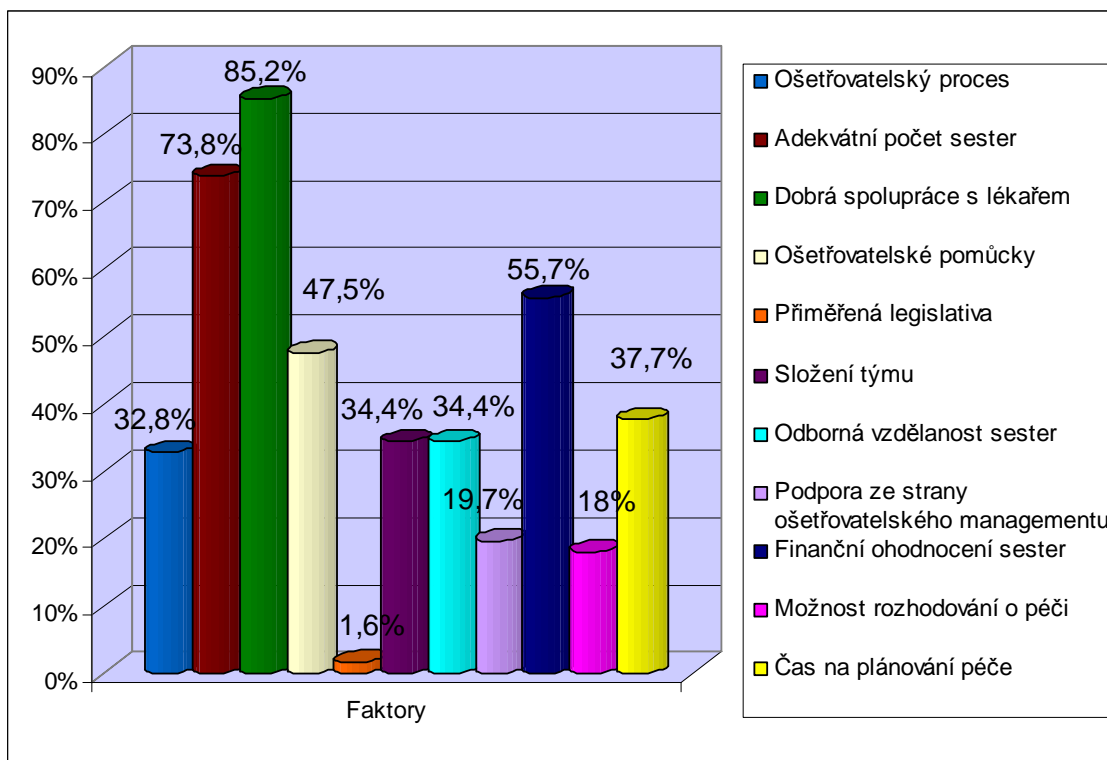
Sestry mohly označit až 5 odpovědí, proto se každý jednotlivý sloupec vztahuje vůči celkovému počtu. Podle 61 (100 %) českobudějovických sester je možné kvalitu rozhodování zlepšit v 14,8 % (9) případů ošetřovatelským procesem, v 88,5 % (54) adekvátním počtem sester na oddělení, v 77 % (47) dobrou spoluprací s lékařem, a v 57,7 % (34) vhodnými ošetřovatelskými pomůckami. Dále považují sestry za důležité v 24,6 % (15) případů přiměřenou legislativu, v 34,4 % (21) případů složení týmu, v 44,3 % (27) případů odbornou vzdělanost sester, a v 23 % (14) případů podporu ošetřovatelského managementu. Finanční ohodnocení sester bylo zvoleno v 62,3 % (38) případů, možnost rozhodování o péči v 18 % (11), a čas na plánování péče v 27,9 % (17).

Graf 36 Faktory zlepšující kvalitu rozhodování – Nemocnice J. Hradec, a.s.



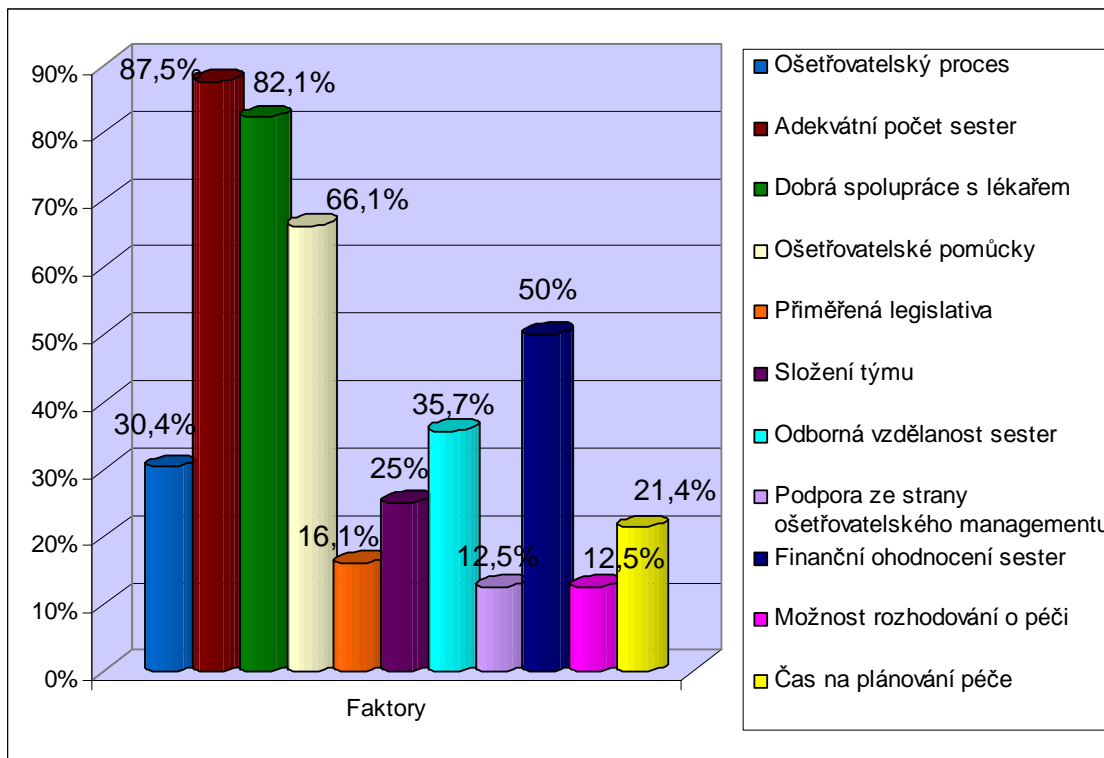
Sestry mohly zvolit až 5 odpovědí, proto se každý jednotlivý sloupec vztahuje vůči celku 59 (100 %) sester. Kvalitu sesterského rozhodování je možné podle jindřichohradeckých sester zlepšit v 25,4 % (15) případech ošetřovatelským procesem, v 86,4 % (51) případech adekvátním počtem sester na oddělení, v 61 % (36) případech dobrou spoluprací s lékařem, a v 64,4 % (38) případech vhodnými ošetřovatelskými pomůckami. Dále považují sestry za důležité přiměřenou legislativu, a to v 16,9 % (10) případech, v 18,6 % (11) složení týmu, v 50,8 % (30) případech odbornou vzdělanost sester, a v 10,2 % (6) případech podporu ošetřovatelského managementu. Finanční ohodnocení sester bylo zvoleno v 39 % (23) případech, možnost rozhodování o péči v 3,4 % (19) případech, a čas na plánování péče v 40,7 % (24) případech.

Graf 37 Faktory zlepšující kvalitu rozhodování – Nemocnice Písek, a.s.



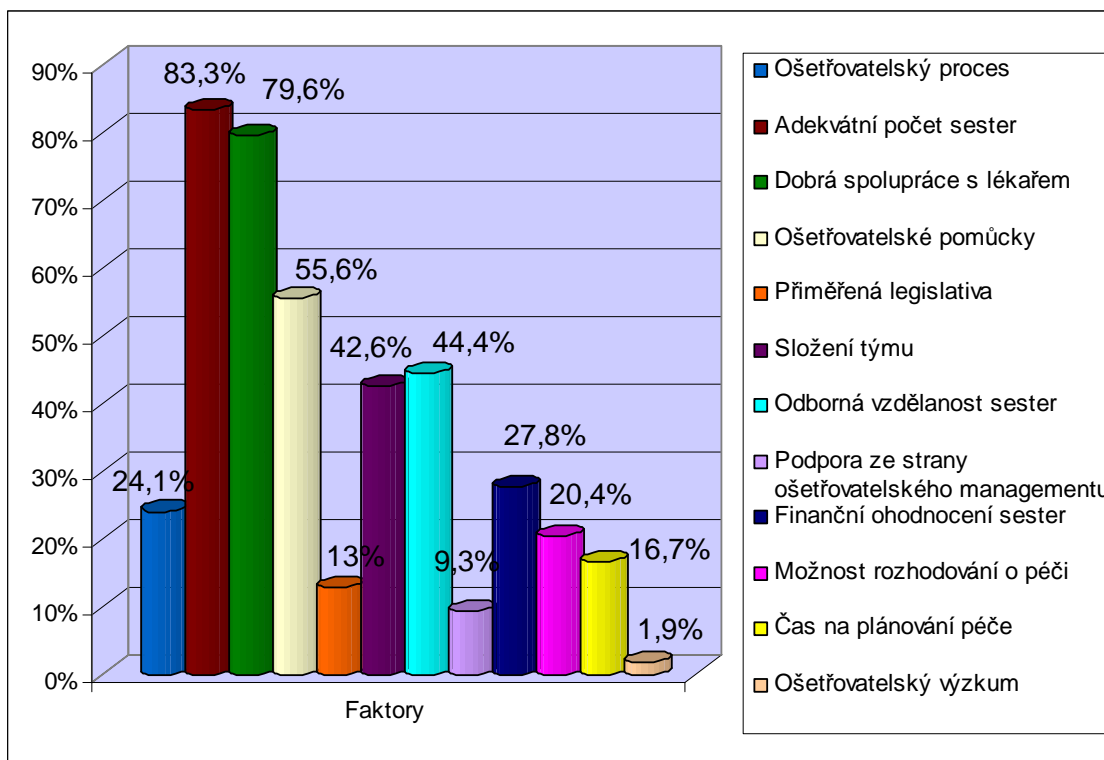
Sestry mohly označit až 5 odpovědí, proto se každý jednotlivý sloupec vztahuje vůči celku. Z celkového počtu 61 (100 %) píseckých sester je možné kvalitu sesterského rozhodování zlepšit v 32,8 % (20) případech ošetřovatelským procesem, v 73,8 % (45) adekvátním počtem sester na oddělení, v 85,2 % (52) dobrou spoluprací s lékařem, a v 47,5 % (29) případech vhodnými ošetřovatelskými pomůckami. Dále považují sestry za důležité v 1,6 % (1) případech přiměřenou legislativu, shodně v 34,4 % (21) složení týmu nebo odbornou vzdělanost sester, a v 19,7 % (12) podporu ošetřovatelského managementu. Finanční ohodnocení bylo zvoleno v 55,7 % (34) případech, možnost rozhodování o péči v 18 % (11), a čas na plánování péče v 37,7 % (23).

Graf 38 Faktory zlepšující kvalitu rozhodování – Nemocnice Strakonice, a.s.



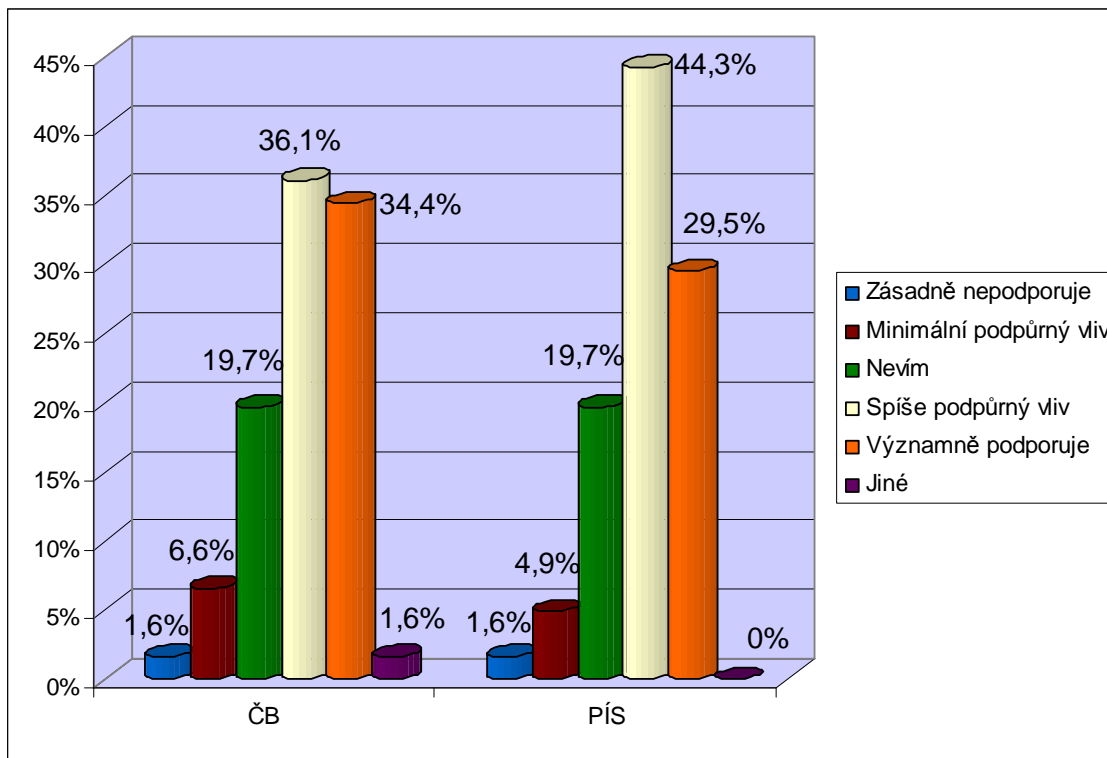
Sestry měly možnost označit maximálně 5 odpovědí, a proto se každý jednotlivý sloupec vztahuje vůči celkovému počtu 56 (100 %). Podle strakonických sester je možné kvalitu sesterského rozhodování zlepšit v 30,4 % (17) případech ošetřovatelským procesem, v 87,5 % (49) případech adekvátním počtem sester na oddělení, v 82,1 % (46) případech dobrou spoluprací s lékařem, a v 66,1 % (37) případech vhodnými pomůckami k ošetřování. Dále považují sestry za důležité v 16,1 % (9) přiměřenou legislativu, v 25 % (14) složení týmu, v 35,7 % (20) odbornou vzdělanost sester, a v 12,5 % (7) podporu ošetřovatelského managementu. Finanční ohodnocení sester bylo zvoleno v 50 % (28) případech, možnost rozhodování o péči v 12,5 % (7), a čas na plánování péče v 21,4 % (12) případech.

Graf 39 Faktory zlepšující kvalitu rozhodování – Nemocnice Tábor, a.s.



Sestry mohly zvolit až 5 odpovědí, proto se každý jednotlivý sloupec vztahuje vůči celkovému počtu 54 (100 %) sester. Kvalitu sesterského rozhodování je podle tábořských sester možné zlepšit v 24,1 % (13) případů ošetřovatelským procesem, v 83,3 % (45) případů adekvátním počtem sester na oddělení, v 79,6 % (43) případů dobrou spoluprací s lékařem, a v 55,6 % (30) případů vhodnými ošetřovatelskými pomůckami. Dále považují sestry za důležité přiměřenou legislativu, a to v 13 % (7) případů, v 42,6 % (23) případů složení týmu, v 44,4 % (24) odbornou vzdělanost sester, a v 9,3 % (5) podporu ošetřovatelského managementu. Finanční ohodnocení sester bylo zvoleno v 27,8 % (15) případů, možnost rozhodování o péči v 20,4 % (11) případů, čas na plánování péče v 16,7 % (9) případů, a ošetřovatelský výzkum v 1,9 % (1) případů.

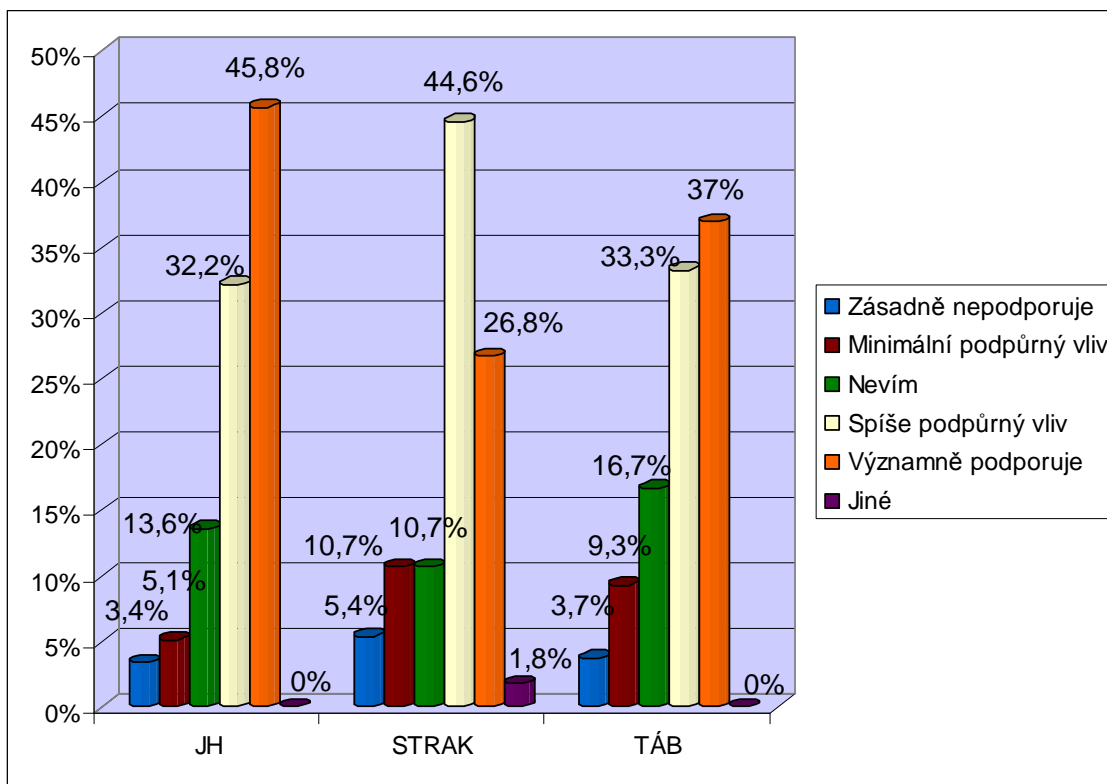
Graf 40a Vliv spolupráce v rámci týmu na rozhodovací roli sestry



Z celkového počtu 61 (100 %) sester z českobudějovické nemocnice uvedlo, že vzájemná spolupráce v rámci týmu rozhodovací roli sestry v 1,6 % (1) případech zásadně nepodporuje, v 6,6 % (4) případech má minimální podpůrný vliv, v 36,1 % (22) případech má spíše podpůrný vliv, a v 34,4 % (21) případech roli podporuje významným způsobem. V 19,7 % (12) případech uvedly sestry odpověď nevíím a v 1,6 % (1) odpověď jiné.

Ze 61 (100 %) sester z písecké nemocnice odpovědělo, že vzájemná spolupráce v rámci týmu rozhodovací roli sestry v 1,6 % (1) případech zásadně nepodporuje, v 4,9 % (3) má minimální podpůrný vliv, v 44,3 % (27) má spíše podpůrný vliv, a v 29,5 % (18) roli podporuje významným způsobem. V 19,7 % (12) případech uvedly sestry odpověď nevíím.

Graf 40b Vliv spolupráce v rámci týmu na rozhodovací roli sestry

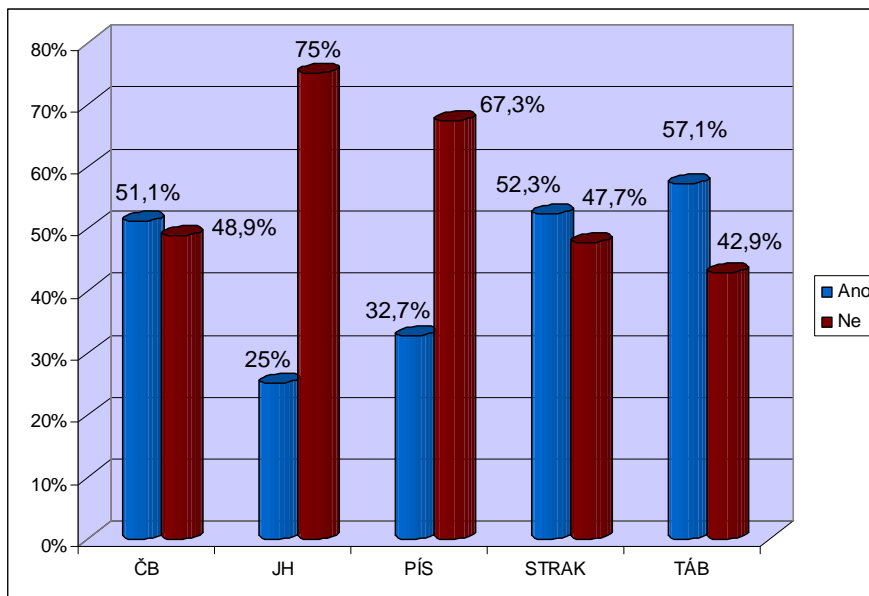


Z celkového počtu 59 (100 %) sester z jindřichohradecké nemocnice uvedlo, že vzájemná spolupráce v rámci týmu rozhodovací roli sestry v 3,4 % (2) případech zásadně nepodporuje, v 5,1 % (3) případech má minimální podpůrný vliv, v 32,2 % (19) případech má spíše podpůrný vliv, a v 45,8 % (27) případech roli podporuje významným způsobem. V 13,6 % (8) případech uvedly sestry odpověď neví.

Celkem 56 (100 %) sester ze strakonické odpovědělo na stejnou otázku, že v 5,4 % (3) případech zásadně nepodporuje, shodně v 10,7 % (6) má minimální podpůrný vliv nebo odpověď neví, v 44,6 % (25) má spíše podpůrný vliv, a v 26,8 % (15) roli podporuje významným způsobem. V 1,8 % (1) zvolily sestry odpověď jiné.

Z 54 (100 %) sester z tábořské nemocnice uvedlo odpovědělo, že v 3,7 % (2) případech zásadně nepodporuje, v 9,3 % (5) má minimální podpůrný vliv, v 33,3 % (18) má spíše podpůrný vliv, a v 37 % (20) roli podporuje významným způsobem. V 16,7 % (9) případech uvedly sestry odpověď neví.

Graf 41 Pověření úkolem



Ze 45 (100 %) směnových sester z českobudějovické nemocnice bylo již někdy nadřízenou pověřeno úkolem nespádající do sesterských kompetencí 51,1 % (23) sester a 48,9 % (22) nikoliv.

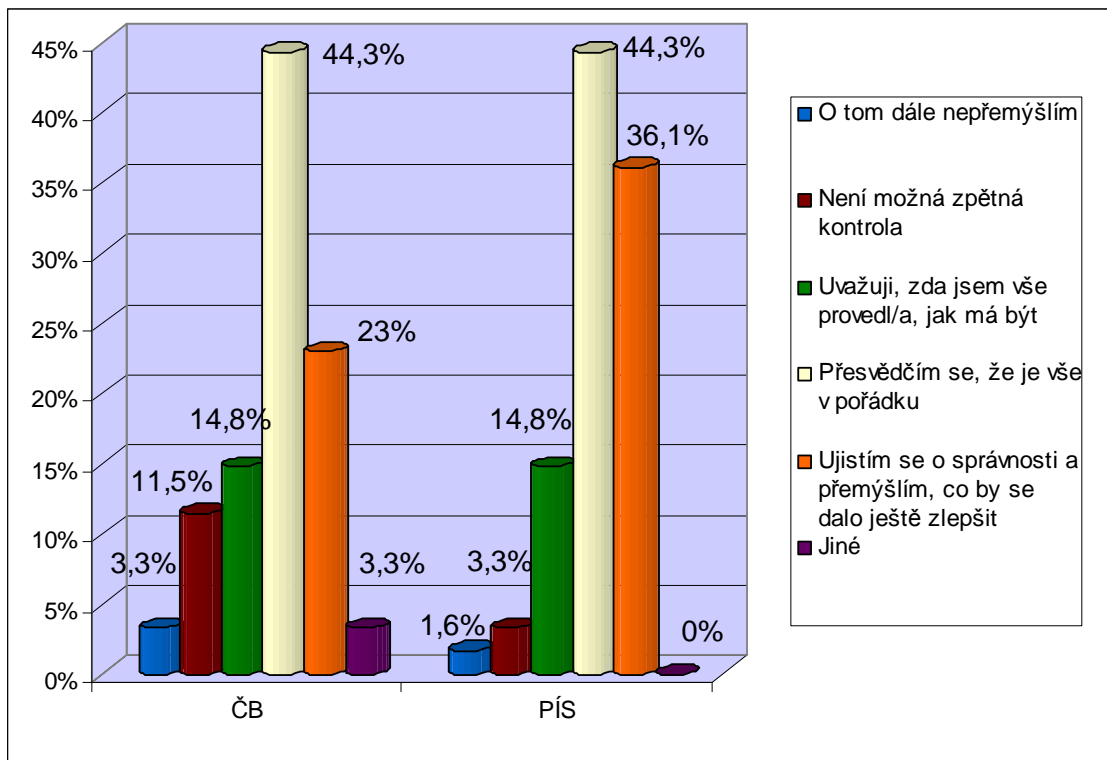
Z 48 (100 %) směnových sester z jindřichohradecké nemocnice bylo již někdy nadřízenou pověřeno úkolem nespádající do sesterských kompetencí 25 % (12) sester a 75 % (36) nikoliv.

Z celkem 49 (100 %) směnových sester z písecké nemocnice bylo již někdy nadřízenou pověřeno úkolem nespádající do sesterských kompetencí 32,7 % (16) sester a 67,3 % (33) nikoliv.

Z 44 (100 %) směnových sester ze strakonické nemocnice bylo již někdy nadřízenou pověřeno úkolem nespádající do sesterských kompetencí 52,3 % (23) sester a 47,7 % (21) nikoliv.

Z celkem 42 (100 %) směnových sester z tábořské nemocnice bylo již někdy nadřízenou pověřeno úkolem nespádající do sesterských kompetencí 57,1 % (24) sester a 42,9 % (18) nikoliv.

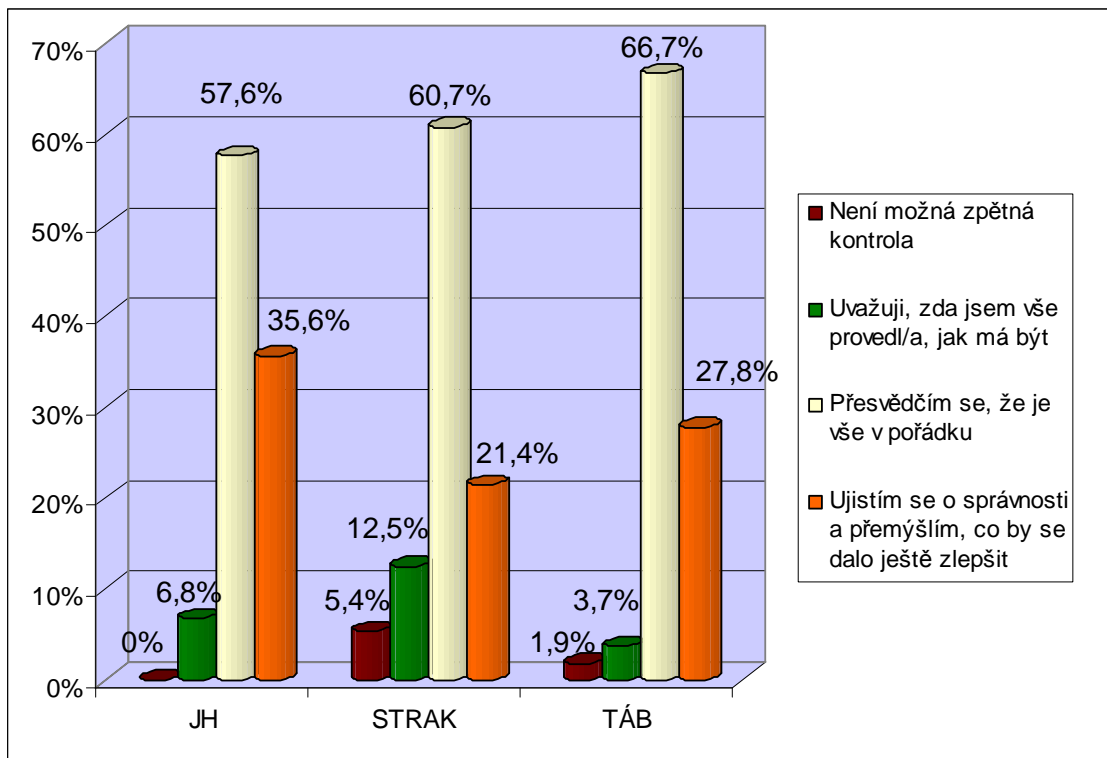
Graf 42a Po provedení intervence nebo rozhodovací činnosti



Z 61 (100 %) sester z českobudějovické nemocnice po provedení intervence nebo rozhodovací činnosti o tom dále nepřemýšlí 3,3 % (2) případů, v 11,5 % (7) případů si myslí, že díky pracovní vytíženosti není možná zpětná kontrola, 14,8 % (9) sester uvažuje, zda vše provedli tak, jak má být, a 44,3 % (27) se přesvědčí, že je vše v pořádku. V 23 % (14) případů se sestry ujistí o správnosti provedené intervence nebo rozhodnutí a dále přemýšlí, co by se dalo zlepšit. Celkem 3,3 % (2) sester se zachová jinak.

Z celkem 61 (100 %) sester z písecké nemocnice po provedení intervence nebo rozhodovací činnosti o tom dále nepřemýšlí 1,6 % (1) sester, 3,3 % (2) si myslí, že díky pracovní vytíženosti není možná zpětná kontrola, 14,8 % (9) uvažuje, zda vše provedli tak, jak má být, a 44,3 % (27) sester se přesvědčí, že je vše v pořádku. V 36,1 % (22) případů se sestry ujistí o správnosti provedené intervence nebo rozhodnutí a dále ještě přemýšlí, co by se dalo zlepšit.

Graf 42b Po provedení intervence nebo rozhodovací činnosti



Z 59 (100 %) sester z jindřichohradecké nemocnice po provedení intervence nebo rozhodovací činnosti 6,8 % (4) uvažuje, zda vše provedli tak, jak má být, 57,6 % (34) se přesvědčí, že je vše v pořádku, a 35,6 % (21) se ujistí o správnosti provedené intervence nebo rozhodnutí a dále ještě přemýšlí, co by se dalo zlepšit.

Z celkem 56 (100 %) sester ze strakonické nemocnice po provedení intervence nebo rozhodovací činnosti si 5,4 % (3) myslí, že díky pracovní vytíženosti není možná zpětná kontrola, 12,5 % (7) uvažuje, zda vše provedli tak, jak má být, 60,7 % (34) se přesvědčí, že je vše v pořádku, a 21,4 % (12) se ujistí o správnosti provedené intervence nebo rozhodnutí a dále ještě přemýšlí, co by se dalo zlepšit.

Z celkem 54 (100 %) sester ze strakonické nemocnice po provedení intervence nebo rozhodovací činnosti si 1,9 % (1) myslí, že díky pracovní vytíženosti není možná zpětná kontrola, 3,7 % (2) uvažuje, zda vše provedli tak, jak má být, 66,7 % (36) se přesvědčí, že je vše v pořádku, a 27,8 % (15) se ujistí o správnosti provedené intervence nebo rozhodnutí a dále ještě přemýšlí, co by se dalo zlepšit.

4.3 Data pro zjištění vzájemné nezávislosti dvou proměnných

4.3.1 Chápání pojmu pacient a nejvyšší dosažené vzdělání sester

Pro provedení testu nezávislosti dvou proměnných byla stanovena nulová a alternativní hypotéza.

H₀: Chápání pojmu „pacient“ je nezávislé na nejvyšším dosaženém vzdělání sester.

H_A: Chápání pojmu „pacient“ je závislé na nejvyšším dosaženém vzdělání sester.

Tabulka 17 Crosstest proměnných

		Nejvyšší dosažené vzdělání			Total
		SŠ	VOŠ	VŠ	
Chápání pojmu pacient	Lidská nebo holistická bytost	61	9	16	86
	Příjemce péče nebo nemocný člověk	175	13	17	205
Total		236	22	33	291

Tabulka popisuje údaje ohledně početního zastoupení respondentů z celkového počtu 291 (100 %). Data se týkají nejvyššího dosaženého vzdělání sester z výzkumného vzorku – tj. středoškolské, vyšší odborné a vysokoškolské (bakalářské, magisterské nebo doktorské) a chápání pojmu „pacient“ těmito sestrami. Z celkového počtu 291 považuje 86 sester P/K za lidskou nebo holistickou bytost a 205 sester za příjemce péče nebo nemocného člověka. Z celkového počtu sester absolvovalo 33 vysokou školu, 22 vyšší odbornou školu a 236 střední školu ukončenou maturitní zkouškou.

Tabulka 18 Testování nezávislosti proměnných – Pearson Chi-Square

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,600(a)	2	0,014
Likelihood Ratio	8,081	2	0,018
Linear-by-Linear Association	8,447	1	0,004
N of Valid Cases	291		

Poznámky: a. 0 buněk (0,0%) proměnných je menší než 5. Minimální předpokládaná hodnota je 6,50.

Podle hodnoty signifikace Pearson Chi-Square testu 0,014 (1,4 %) zamítáme na 95 % hladině spolehlivosti a 5 % významnosti nulovou hypotézu, že chápání pojmu „pacient“ je nezávislé na nejvyšším dosaženém vzdělání sester. Je možné prohlásit, že zkoumané proměnné jsou na sobě závislé.

4.3.2 Pojem „rozhodovací role sestry“ a nejvyšší dosažené vzdělání sester

Pro provedení testu nezávislosti těchto dvou proměnných byla stanovena nulová a alternativní hypotéza.

H0: Setkání sester s pojmem „rozhodovací role sestry“ je nezávislé na jejich nejvyšším dosaženém vzdělání.

HA: Setkání sester s pojmem „rozhodovací role sestry“ je závislé na jejich nejvyšším dosaženém vzdělání.

Tabulka 19 Crosstest proměnných

		Nejvyšší dosažené vzdělání			Total
		SŠ	VOŠ	VŠ	
Setkání sester s pojmem rozhodovací role sestry	Ano	141	11	17	169
	Ne	95	11	16	122
Total		236	22	33	291

Tabulka uvádí data početního zastoupení respondentů z celkového počtu 291 (100 %) ohledně nejvyššího dosaženého vzdělání sester (středoškolské, vyšší odborné a vysokoškolské – bakalářské, magisterské nebo doktorské) a setkání (sester s pojmem „rozhodovací role sestry“. Celkem 169 sester se s tímto pojmem již někdy setkalo a 122 nikoli. Z celkového počtu ukončilo 33 sester vysokou školu, 22 vyšší odbornou školu a 236 střední školu se závěrečnou maturitní zkouškou.

Tabulka 20 Testování nezávislosti proměnných – Pearson Chi-Square

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,443(a)	2	0,486
Likelihood Ratio	1,430	2	0,489
Linear-by-Linear Association	1,198	1	0,274
N of Valid Cases	291		

Poznámky: a. 0 buněk (0,0%) proměnných je menší než 5. Minimální předpokládaná hodnota je 9,22.

Podle hodnoty signifikace Pearson Chi-Square testu 0,486 (48,6 %) nezamítáme na 95 % hladině spolehlivosti a 5 % významnosti nulovou hypotézu, že setkání sester s pojmem „rozhodovací role sestry“ je nezávislé na jejich nejvyšším dosaženém vzdělání. Je možno konstatovat, že tyto dvě proměnné jsou na sobě nezávislé.

4.3.3 Vliv spolupráce týmu na rozhodovací roli sestry a pracovní atmosféra

Pro provedení testu nezávislosti těchto proměnných byla stanovena nulová a alternativní hypotéza.

H₀: Názor na vliv vzájemné spolupráce v rámci zdravotnického týmu na rozhodovací roli sestry je nezávislý na pracovní atmosféře na oddělení.

H_A: Názor na vliv vzájemné spolupráce v rámci zdravotnického týmu na rozhodovací roli sestry je závislý na pracovní atmosféře na oddělení.

Tabulka 21 Crosstest proměnných

		Vliv vzájemné spolupráce zdravotnického týmu na rozhodovací roli sestry			Total
		Zásadně nepodporuje nebo jen minimálně	Nevím nebo odpověď jiné	Významně podporuje nebo jen spíše podporuje	
Pracovní atmosféra na oddělení	Problémová nebo převážně napjatá	2	11	28	41
	Není výrazně napjatá ani přátelská	6	12	39	57
	Idylická nebo převážně přátelská	22	26	145	193
Total		30	49	212	291

Tabulka popisuje údaje ohledně početního zastoupení respondentů z celkového počtu 291 (100 %). Celkem 41 sester vnímá pracovní atmosféru jako problémovou nebo převážně napjatou, 57 sester za ani výrazně napjatou ani přátelskou a 193 za idylickou či převážně přátelskou. Z celkem 291 si 30 sester myslí, že vzájemná spolupráce týmu rozhodovací roli zásadně nepodporuje či má vliv pouze minimální podpurný, 49 sester nevědělo nebo odpověděly jinak a 212 uvedlo vliv významně či jen spíše podporující.

Tabulka 22 Testování nezávislosti proměnných – Pearson Chi-Square

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,137(a)	4	0,189
Likelihood Ratio	6,098	4	0,192
Linear-by-Linear Association	0,055	1	0,815
N of Valid Cases	291		

Poznámky: a. 1 buňka (11,1%) proměnných je menší než 5. Minimální předpokládaná hodnota je 4,23.

Podle hodnoty signifikace Pearson Chi-Square testu 0,189 (18,9 %) nezamítáme na 95 % hladině spolehlivosti a 5 % významnosti nulovou hypotézu, že názor na vliv vzájemné spolupráce v rámci zdravotnického týmu na rozhodovací roli sestry je nezávislý na pracovní atmosféře na oddělení. Na základě uvedených hodnot lze tvrdit, že zkoumané proměnné jsou na sobě nezávislé.

5 Diskuze

Výzkumná část diplomové práce měla za cíl zjistit, v jakém rozsahu je využívána rozhodovací role sestry a jaké hlavní faktory ovlivňují sesterské rozhodování v rámci poskytování ošetrovatelské péče. Do výzkumného šetření byly zahrnuty sestry z vybraných lůžkových zdravotnických zařízení jihočeského regionu. Data byla zpracována dvěma způsoby – do grafů nebo tabulek. Všechny souhrnné výsledky, tzn. že 100 % tvořilo 291 respondentů, jsou zobrazeny v podobě grafů. Dále byly také do grafické podoby zpracovány vybrané dotazníkové otázky podle odpovědí směnových sester a sester manažerek. V tomto případě jsme chtěli zdůraznit zajímavé nebo odlišné skutečnosti, které by mohly sestry manažerky využít pro své potřeby v procesu vedení, řízení a rozhodování ošetrovatelské péče. Počet manažerek ve výzkumném vzorku je však téměř trojnásobně nižší než směnových sester, tudíž se nabízí otázka, zda je možné jednotlivé odpovědi/položky vzájemně porovnávat. Dospěli jsme k názoru, že uvedené počty tolerovat musíme, jelikož vyšší počet sester manažerek jsme, při zachování stejného počtu oddělení a nemocnic, kde probíhalo výzkumné šetření, získat nemohli. Lůžková zdravotnická zařízení mohou totiž dle svých finančních možností a počtu lůžek rozhodnout, zda na oddělení bude působit více sester manažerek, tj. staniční i vrchní sestra nebo jen jedna z nich. Je běžnou praxí, že pokud má stanice (oddělení) více jak 30 standardních lůžek nebo 3 lůžka intenzivní péče, bývá již zpravidla zajištěna funkce staniční nebo vrchní sestry. Metoda pro stanovení doporučeného počtu a kvalifikačního složení ošetrovatelského personálu je uvedena v brožuře pod záštitou České asociace sester od autorů Pochylá a Pochylý (42). Tato metoda by měla sloužit jako východisko pro vytvoření personálních standardů nemocnice, např. staniční sestry, pracovníci bez odborného dohledu (specialisté), pracovníci bez odborného dohledu a pracovníci pod odborným dohledem by měly u nefakultních nemocnic představovat 62,2 % personálu (platí pro chirurgické obory) (42). Poslední typ údajů prezentovaných ve formě grafů reprezentují výsledky podle jednotlivých zařízení, které jsou z praktického hlediska uvedeny v samostatné kapitole 4.2. Počet navrácených dotazníků se pohybuje v rozmezí 54–61 kusů (viz tabulka 1), proto je možno tvrdit, že díky malému rozdílu ve velikosti vzorku jsou data srovnatelná. Záměrem však nebylo zpracovat všechna data dle

jednotlivých nemocnic, proto jsou uvedeny pouze ty výstupy, které se týkaly výzkumných hypotéz nebo se předpokládalo, že by zjištěné skutečnosti mohly být přínosné.

Do podoby tabulek byly zpracovány vybraná data, které z hlediska významnosti doplňovaly souhrnné grafické údaje nebo byly dodány pouze pro úplnost informací. V některých případech, týká se to např. údajů z kapitoly 4.2, bylo vhodnější prezentovat získaná data také v tabulkách než v grafech, jelikož jejich rozsah obsahově přesahoval reálné možnosti grafického zpracování, a navíc, v případě výsledků dle jednotlivých nemocnic je možno data ihned bez otáčení stran srovnávat.

Po úvodních identifikačních údajích (pracovní zařazení, pohlaví, věk, oddělení, praxe, odborný dohled, vzdělání) byla v dotazníku zařazena otázka, která navozovala téma, a měla za úkol zmapovat, co si sestry jako první vybaví pod pojmem „pacient“. Je doslova alarmující, že 68 % sester si P/K představuje jako nemocného člověka! Jak uvádí Jankovský ve své publikaci Etika pro pomáhající profese, P/K (a každého člověka) je potřeba považovat za holistickou bytost, ne jenom za jednotlivé, navzájem oddělené systémy (24). Domníváme se, že sestry musely být při své přípravě na budoucí povolání seznámeny s tím, že filozofií ošetřovatelství je holismus, a proto tato odpověď měla být podle očekávání zmiňována nejčastěji (30). Z grafu 8a je však patrné, že tak učinilo pouze 7,2 % sester, což poukazuje na to, že smýšlení sester o osobnosti P/K není ještě na takové úrovni, která je po sestřích v dnešní praxi požadována. Podporuje to i zjištění, že jako kvalifikační vzdělání absolvovalo 81,1 % sester střední zdravotnickou školu a ukončené vysokoškolské vzdělání jen 11,3 % (viz graf 7a). Správnost naší úvahy byla také potvrzena statistickou analýzou dat, kde jsme prokázali, že chápání pojmu „pacient“ je závislé na nejvyšším dosaženém vzdělání sester (viz kapitola 4.3.1). Myslíme si, že důraz na filozofii holismu je kladen v intenzivnější míře až na vysokých školách, kde jsou sestry připravovány odlišným způsobem. Z pohledu ošetřovatelství jako teoretické vědy se jedná zejména o vedení k samostatnosti, aktivitě, ke kritickému myšlení, provádění sebereflexe apod. Na nejfrekventovanější odpověď nemocný člověk nemělo vliv postavení sestry v hierarchii nemocnice (viz graf 1b), protože směnové sestry, jak ukazuje graf 8b, takto odpověděli v 71 % případů a manažerky v 57,1 %

případů. Je zarážející, že více jak polovina sester z ošetrovatelského vedení považuje P/K za nemocného člověka. Nejpočetněji jsou současné sestry manažerky zastoupeny ve věkové skupině 51–55 let, celkem 33,3 % (viz tabulka 3), proto se domníváme, že jim nebylo ve vyšší míře umožněno absolvovat vysokou školu jako své kvalifikační vzdělání, což by mohlo vysvětlovat skutečnost, že vidí P/K stále jako nemocného člověka. Za další možné vysvětlení považujeme fakt, že tyto sestry jsou zaneprázdněny řízením oddělení, vedením a administrativou, a s P/K tráví minimum času, vrchní sestry zpravidla jen při vizitách.

Na druhou stranu 22,3 % všech sester si představuje P/K jako lidskou bytost, což je výsledek, vzhledem k předchozímu zjištění, poněkud pozitivnější. Při porovnání výsledků z jednotlivých nemocnic je vidět obdobný charakter odpovědí. Položka nemocný člověk byla zjištěna vždy více jak v 50 % případů (viz graf 28), dále byla nejčastěji odpovědí lidská bytost a v zanedbatelných případech spolu s příjemcem péče i bytost holistická. Vzhledem ke stejné tendenci při volbě odpovědí lze tvrdit, že sestry uvažují o P/K obdobně, ať se jedná o velikostně větší nemocnici, kde by se mohl díky velikosti očekávat méně osobnější přístup, nebo o nemocnici menšího rozsahu. Myslíme si, že chápání a uvažování sestry o osobnosti P/K a jeho rodině, se promítá do efektivity sesterského rozhodování a do individuálního způsobu poskytování ošetrovatelské péče. Z tohoto důvodu byla této otázce věnována větší pozornost.

Na zmíněnou problematiku navazovala otázka týkající se termínu „rozhodovací role sestry“. Zajímalo nás, zda sestry znají tento pojem, přičemž odpověď ne nebyla překážkou pro vyplňování dalších dotazníkových otázek. Bylo prokázáno, že 58,1 % sester (viz graf 9) se s pojmem již někdy setkalo, přičemž toto setkání není závislé na nejvyšším dosaženém vzdělání sester (viz kapitola 4.3.2). Považujeme to za pozitivní zjištění, jelikož téma sesterského rozhodování a s ním spojená vyvíjející se sesterská role teprve nabývá na významu a implikuje se do ošetrovatelské praxe, a pokud by se tímto pojmem měly setkat jen vysokoškolsky vzdělané sestry, počet kladných odpovědí (ano) by musel být nižší. Při roztřídění odpovědí, jež jsou uvedeny v tabulkách 8 a 9, dospějeme k podobnému zjištění, protože kladně odpovědělo 56,1 % směnových sester a 65,1 % sester manažerek. Zde se nabízí otázka, jak může zbylých 34,9 % manažerek

provádět efektivní rozhodnutí, když tento pojem neznají nebo se s ním ještě nesetkaly. Odlišné výsledky byly zjištěny také vzhledem k jednotlivým nemocnicím. Kromě sester z Nemocnice České Budějovice, a.s., měly odpovědi stejnou platnost, tj. vždy více v jak polovině případů převažovala kladná odpověď ano (viz graf 29). Při porovnání českobudějovických a píseckých sester je z grafu vidět, že se s termínem rozhodovací role sestry setkala 62,7 % píseckých, ale pouze 44,3 % českobudějovických, sester. Z jakého důvodu sestry pojem neznají, neuvědomují si jeho důležitost ve smyslu hájení zájmů a blaha P/K (viz kapitola 1.1.2), nevyužívají ho nebo seznámení s ním není po nich vyžadováno, i když by to mohlo přispět ke zvýšení kvality poskytované péče, je možné pouze uvažovat. Výsledek je v jisté míře zarážející i tím, že se českobudějovické sestry prakticky každý den dostávají do kontaktu se studenty Zdravotně sociální fakulty a tyto mohly pojem sestrám uvést a představit. Na druhou stranu jen 27,9 % sester (viz tabulka 14) absolvovalo vysokoškolské vzdělání, což je při velké pracovní vytíženosti, podle našeho mínění, nízký počet na to, aby byly sestry schopné rozšiřovat povědomí o této sesterské roli. Považujeme to však za důležité, a proto doufáme, že budoucí absolventky vysokých škol budou přispívat k rozšiřování nejen zmiňovaného pojmu, ale i sesterské role do klinické praxe, a pomohou tak ke zlepšení péče o P/K.

Každá sestra se při poskytování ošetrovatelské péče rozhoduje, protože určitým způsobem provádí ošetrovatelské intervence a jiné činnosti, přičemž si sama ani nemusí uvědomovat, že nějakou „rozhodovací činnost“ dělá. Otázka týkající se podkladů, které sestry používají pro své rozhodování, měla za úkol samozřejmě zmapovat hlavní podklady, ale také navodit sestry, aby si uvědomily, že se každodenně musí rozhodovat. Sestry měly možnost zvolit více odpovědí, které považují za důležité (viz graf 10). Jako pozitivní zjištění se jeví fakt, že celkem 96,6 % sester považuje za základ pro své rozhodování aktuální stav P/K, čímž přispívají k jeho blahu a kvalitní ošetrovatelské péči. V 88,7 % případů využívají sestry své zkušenosti a v 64,9 % případů standardy ošetrovatelské péče. Domníváme se, že položka standardy měla být sestrami uváděna mnohem častěji, a blížit se, obdobně jako stav P/K, ke 100 %. Standardy ošetrovatelské péče jsou závazným dokumentem nemocnice, kde sestra svým podpisem potvrzuje, že bude v souladu s nimi poskytovat ošetrovatelskou péči, čímž je nepřímo naznačeno, jak

se bude muset rozhodovat. Jednoduchý příklad na postupu odběru žilní krve to více vysvětluje: po přípravě pomůcek sestra nejprve identifikuje P/K a poté přistoupí k samotnému odběru – nelze jako první odebrat krev a následně se ptát, jak se P/K jmenuje. Standardy jsou proto zárukou pro P/K, že poskytovaná péče je kvalitní a tudíž nás zajímal i názor sester manažerek, které zodpovídají za oddělení. Standardy byly zvoleny v 79,4 % případů (viz tabulka 10), což by mohlo být posuzováno jako potěšující zjištění, ale z hlediska bezpečnosti P/K, ale i samotných sester to posuzujeme odlišným způsobem. Podle nás se totiž jedná o nedostačující výsledek, i když si sestry manažerky smysl a účel standardů uvědomují více než sestry směnové (61 %). Proto by svým podřízeným měly např. při poradách, kontrolách nebo osobním pohovoru více zdůrazňovat, že právě ono rozhodování o P/K (ale i sestrách, ve smyslu jejich právní odpovědnosti za péči – péče lege artis) je „zahrnuto“ ve standardech. Naši myšlenku rozhodování a s ním spojené odpovědnosti potvrzuje i Kutnohorská, která při poskytování ošetrovatelské péče, kromě standardů, zdůrazňuje také morální hodnoty sesterské profese (33). Dále stojí za zmínku uvést, že se jako další podklad pro sesterské rozhodování uplatňovalo v 54,3 % případů vzdělání a v 44,3 % rada od kolegyně (viz graf 10).

Otázka č. 10 z dotazníku pro směnové sestry se již týkala prvního stanoveného cíle výzkumu, kterým bylo zjistit rozsah využívání rozhodovací role sestry, a hypotézy H2. Je potřeba však upřesnit, že původní úmysl byl zahrnout do výzkumného vzorku kromě směnových, staničních a vrchních sester také hlavní sestry nemocnice, ale žádný dotazník od hlavních sester součástí analýzy dat nebyl. Důvodem pro tento krok byl fakt, že bylo osloveno pět nemocnic a všechny dotazníky, které byly těmito sestrami vyplněny, musely být z důvodu neúplnosti/nepřesnosti vyřazeny. Na grafu 1b je patrné složení výzkumného vzorku dle funkce, kterou sestry zastávají v hierarchii nemocnice. Z tohoto vyplývá, že hypotéza H2 se bude vztahovat pouze na hierarchii od vrchních sester směrem dolů. Graf 11 zobrazuje odpovědi směnových sester ohledně možnosti samostatného rozhodování o způsobu poskytování ošetrovatelské péče. Celkem 41,7 % sester si myslí, že mají většinou možnost se rozhodovat a pracovat samostatně, což není ani polovina, a také to nekoresponduje s tím, že 82,9 % směnových sester může podle

zákona pracovat bez odborného dohledu (viz graf 6). Dalším překvapujícím zjištěním bylo, že lékař zasahuje do způsobu poskytování ošetrovatelské péče v 32,5 % případů. Považujeme to v jisté míře za podceňování schopností a pracovních kompetencí sestry, jelikož v zákoně Ministerstva Zdravotnictví č. 96/2004 Sb. a vyhlášce č. 424/2004 Sb. jsou jasně stanovené kompetence kdo, za jakých podmínek, jak, co, a v jaké míře může poskytovat ošetrovatelskou péči. Ve zmíněné vyhlášce je také uveden konkrétní výčet činností (intervencí), které smí sestra provádět a samostatně se o nich rozhodovat, aniž by k tomu lékař dal pokyn, tj. práce bez odborného dohledu a bez indikace lékaře (56, 58). Soudíme, že by lékař neměl zasahovat do poskytování ošetrovatelské péče, protože sestra je jako kvalifikovaný pracovník součástí celého zdravotnického týmu, a má právo se v rámci svých kompetencí o konkrétním způsobu poskytování ošetrovatelské péče nebo intervencích rozhodovat. Vidíme potřebu změnit náhled lékařů na sesterskou profesi, a zejména těch, kteří mají zažitě neměnné postupy a sestra pro ně znamená pouhého pomocníka plnicího ordinace. Možné řešení se nabízí přímo z praxe a jeví se jako velice jednoduché – sestry mohou na základě svého aktivního působení lékaře přesvědčovat, zejména kvalitou poskytované péče a spokojeností P/K, že ony samy jsou kompetentní. Jedinou podmínkou zůstává fakt, že sestry musí samy chtít a usilovat o tuto změnu, což potvrzuje i Koziérová, která uvádí, že při implikování nějaké změny do praxe je nezbytné, aby účastníci procesu věřili v její pozitivní účinek (30). Kromě lékaře zasahuje do způsobu poskytování ošetrovatelské péče podle směnových sester v 13,6 % případů nadřízená sestra, která ošetrovatelskou péči sama navrhuje, řídí a kontroluje. Přestože procentuální vyjádření nedosahuje vysokých hodnot, je zajímavé se zamyslet nad tím, proč některé sestry manažerky samostatné rozhodování o péči svým sestrám neumožňují. Jedním ze zjištěných důvodů by mohl být jejich strach o pracovní pozici vzhledem k tomu, že stále více sester se vysokoškolsky vzdělává. Manažerky uvedly (viz graf 12), že péči samy navrhují v 7,9 % případů, a zároveň si myslí, že 49,2 % podřízených sester se většinou samostatně rozhoduje a 28,6 % má maximální možnost se samostatně rozhodovat. Manažerky by však měly být schopné obhajovat kompetence sester, tj. jak říká Škubová být jejich advokátkou, a přesto jich 12,7 % přiznalo, že konečné slovo o péči má lékař (48). Naše zjištění ohledně umožnění

samostatného rozhodování o způsobu ošetrovatelské péče poukazují na neznalost legislativy, jednak ze strany směnových sester, ale i ošetrovatelského vedení a lékařů. Myslíme si, že nesprávné rozdělení kompetencí mezi zdravotnickými pracovníky, jež bylo prokázáno, nepřispívá k budování multidisciplinárního týmu. Drábková dodává, že je potřeba tyto kompetence znovu přesně vymezit, zejména pro anesteziologicko-resuscitační a další intenzivní obory (9). V současné době se také hovoří o novelizaci vyhlášky č. 424/2004, přičemž by se hlavním cílem mělo stát rozšíření kompetencí vzdělaných sester (47). Graf 14i však naši myšlenku ohledně multidisciplinárního týmu nepotvrzuje, jelikož v 56,1 % případů je podmínka na pracovišti plněna a v 22 % případů většinou plněna (100 % tvořilo 41 sester). Podle nás však tento nízký počet respondentů považující uvedenou podmínku za důležitou (i přes vyjádření pozitivního výsledku) poukazuje na to, že sestry dosud nepovažují práci v multidisciplinárním týmu za přínos pro efektivní rozhodování, což považujeme se určité zklamání.

S obhajobou podřízených sester souvisí i pověřování úkoly, jež nepaří do jejich kompetencí. Graf 21a ukazuje, že 79,4 % (součet položek) sester manažerek přiznalo, že již někdy podřízené sestry podobným úkolem pověřily, přičemž se nejčastěji jednalo o doprovod P/K na vyšetření, i když to nutně nevyžadoval jeho zdravotní stav, transport materiálu či dokumentů, nebo o úklidové práce (viz graf 21b). Z toho vyplývá, že pouze 20,6 % sester manažerek obhájí své podřízené a jejich kompetence, což chápeme jako znepokojující zjištění. Za zajímavé považujeme odpovědi sester z jednotlivých zařízení. Z grafu 41 je patrné, že kromě údajů ze dvou nemocnic zde lehce převažuje tendence manažerek k pověřování úkoly. Příkladem pro ostatní by měly být se svým přístupem manažerky z Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s., když v 75 % případů uvedly, že své podřízené úkoly nepověřují. Tento údaj je podpořen zjištěním týkající se rozhodování sester o způsobu poskytování ošetrovatelské péče, protože sestry z této nemocnice, jak ukazuje tabulka 15, mají podle svého názoru v 62,5 % případů možnost se většinou samostatně rozhodovat, což představuje nejvyšší procentuální zastoupení této varianty ze všech nemocnic. Jindřichohradecké sestry manažerky uvedly tuto odpověď v 72,7 % případů a v 27,3 % případů odpověď maximální možnost (viz tabulka 16). Zajímavé bylo, že jako jediné manažerky ze všech nemocnic nezvolily v ostatních nabízených

položkách žádnou odpověď. Dovolujeme si proto konstatovat, že sestry manažerky z jindřichohradecké nemocnice maximálně obhajují kompetence sester, zejména vůči lékařům. Tyto poznatky by mohly posloužit jako impulz pro ostatní staniční a vrchní sestry k tomu, aby na svých pracovištích začaly více obhajovat smysl samostatného rozhodování a kompetencí sester, protože výsledek podle nás směřuje ke kvalitnější péči o P/K a ke zvýšení prestiže ošetrovatelské profese. K obhajobě sester a jejich práva na rozhodování lze použít jednu ze základních sesterských manažerských funkcí – kontrolní činnost, avšak ne ve smyslu trestání viníků, ale s cílem motivování. Tento postup se označuje za supervizi, pomocí níž je možné zjistit, co sestry potřebují, kde vidí problémy apod., přičemž dochází např. k navrhování řešení. Podle Havrdové a Hajného patří supervize k jedné z nejvíce účinných metod pro odborný růst pracovníků, čehož mohou využít i sestry manažerky, protože motivovaný a spokojený zaměstnanec může podávat vyšší výkon, čímž se zvýší i kvalita poskytované péče. Bohužel se v podmínkách českého zdravotnictví ještě v dostatečné míře nevyžívají možnosti, které pro sestry ze supervize vyplývají (19). Pro manažerky představuje supervize účinný nástroj, jak zajistit pro své oddělení kvalitní péči, musí se však naučit určitým dovednostem pro zvládnutí role supervizora.

Při shrnutí zjištěných faktů jsme dospěli k závěru, že H2, která předpokládala, že sestra ve funkci umožňuje svým podřízeným plně rozhodovat o způsobu vedení ošetrovatelské péče, nebyla potvrzena, jelikož v položce „maximální možnost“ bylo dosaženo 28,6 % odpovědí. Správnost našeho závěru ohledně H2 podporují již zmíněné výpovědi směnových sester, přičemž položka, že tyto sestry mají maximální možnost se o způsobu poskytování ošetrovatelské péče samostatně rozhodovat, byla podle grafu 11 uvedena v zanedbatelných 5,3 % případech.

K výzkumnému cíli 1 se vztahovala také první stanovená hypotéza H1, která předpokládala, že sestra nemá podmínky k provádění ošetrovatelských intervencí na základě své rozhodovací kompetence. K jejímu potvrzení nebo nepotvrzení sloužila otázka č. 11 nacházející se v obou typech dotazníků (viz příloha 1 a 2). Sestry měly možnost zvolit více odpovědí, proto se jednotlivá procenta vztahují vůči celkovému počtu 291 sester (100 %). Z důvodu vyvození závěru vůči H1 bylo nezbytné jednotlivé

podmínky nejdříve zmapovat a teprve následně přistoupit k jejich analýze. Pohled sester na důležitost všech podmínek ukazuje souhrnný graf 13, kde demonstrujeme, že pro efektivní rozhodování potřebují v 86,9 % případů adekvátní počet sester na oddělení, v 72,2 % případů vhodné pomůcky k ošetřování, a v 66 % případů dostatek času. Dále se v 57,7 % případů jedná o partnerský přístup ze strany lékařů, což nepřímo podporuje naši myšlenku, že by sestry mohly mít zájem ohledně pozitivní změny ve vztahu lékař – sestra (viz výše). Dodržování, plnění nebo umožnění vybraných podmínek na pracovišti bylo zpracováno komplexně, ale také podle jednotlivých podmínek. Je však potřeba uvést, že některé podmínky považuje pro efektivní rozhodování za důležité méně sester, např. podíl na ošetrovatelském výzkumu uvedl pouze 1 respondent (není graficky zpracováno) nebo politickou podporu profese pouze 8,6 %, tj. 25 sester z 291, a tudíž představuje těchto 25 sester základ 100 % pro další analýzu dat. Tento údaj nemá samozřejmě významnější váhu a ve výsledcích je uveden pro úplnost informací, a proto je stěžejní vůči H1 souhrnný graf 14a. Z celkového počtu 1259 (100 %) položek (součet četnosti jednotlivých podmínek) jich 24,1 % na pracovištích bylo plněno a 27,6 % většinou plněno, což v součtu znamená 51,7 % pro kladný charakter odpovědí. Naopak záporný charakter odpovědí byl uveden celkem v 24,6 % případů (15,9 % spíše ne a 8,7 % ne). Jelikož neutrální odpověď jen někdy byla zaškrtnuta téměř ve čtvrtině (23,7 %) případů, a záporná také (24,6 %), lze tvrdit, že H1 nebyla potvrzena, protože sestry podmínky pro provádění ošetrovatelských intervencí mají. I když více jak polovina sester tyto podmínky má, otázkou zůstává, jak se pracuje sestrám, které mají podmínky horší nebo jsou dodržovány jen někdy. Myslíme si, že v ostatních případech by mohl z důvodu neefektivního plnění podmínek na odděleních panovat zmatek, což si vysvětlujeme tvrzením Škrly a Škrlové, kteří aplikují na současný stav zdravotnictví teorii tzv. „chaosu a turbulence (46, s. 236)“. Výsledky podle jednotlivých lůžkových zařízení vykazují obdobný charakter, procentuálně převažují kladné výpovědi a mezi čtyři nejvíce početně zastoupené podmínky potřebné pro efektivní rozhodování patří rovněž adekvátní počet sester, vhodné pomůcky, spolupráce s lékařem a dostatek času (viz grafy 30a–34b).

V následujícím odstavci si dovoluujeme shrnout dosavadní zjištěné skutečnosti. Výzkumný cíl 1, kterým bylo zjistit, v jakém rozsahu je využívána rozhodovací role sestry byl splněn, přičemž obě hypotézy H1 a H2, které se k němu vztahovaly, nebyly potvrzeny. Závěrem k tomuto cíli můžeme konstatovat, že sestry pracující v lůžkových zařízeních jihočeského regionu svou rozhodovací roli využívají v nedostatečné míře, protože jim to není adekvátně umožněno (ve smyslu neposkytnutí prostoru pro vlastní rozhodování) nebo si své právo na využívání rozhodovací role plně neuvědomují, ačkoli podmínky na pracovišti jsou příznivé.

Za dokončení celého rozhodovacího procesu považují Ellis a Hartley zhodnocení dosažených výsledků (11). Při aplikaci do ošetrovatelského procesu by tedy měla sestra zakončit své rozhodnutí tím, že se zjistí, do jaké míry byla její intervence efektivní. Z tohoto důvodu byla do dotazníkového šetření zařazena jedna otázka, která toto sledovala. Celkem 54,3 % sester se v rámci sebereflexe po provedení intervence nebo rozhodovací činnosti přesvědčí, jestli je vše v pořádku, což poukazuje na spíše pozitivní výsledek, ale jen 28,9 % sester ještě k tomu navíc přemýšlí, co by se dalo zlepšit (viz graf 23). Očekávali jsme, že tato odpověď bude nejfrekventovanější, ale bohužel to nebylo potvrzeno, ovšem sestry manažerky si důležitost „zlepšování“ péče uvědomují pravděpodobně více, jelikož dle tabulky 13 zvolily tuto odpověď v 42,9 % případů, narozdíl sester směnových (25 %, viz tabulka 12). Dovolíme si však zopakovat, že souhrnný údaj 28,9 % považujeme za negativní zjištění a udivuje nás, proč se pouhá třetina sester snaží přemýšlet, jak zlepšit péči o P/K. Jedním z reálných důvodů by mohla být časová vytíženost, ale to odporuje našemu zjištění, protože jak ukazuje graf 15, celkem 30,2 % sester si myslí, že na jejich oddělení je adekvátní počet a 35,7 % říká, že sice chybí několik sester, ale kvalita poskytované péče tím ohrožena není. Jako další vysvětlení lze použít domněnku zmíněnou v úvodních částech diskuze, tzn. to, jak sestra chápe P/K, se odráží v kvalitě sesterského rozhodování. Zde bychom chtěli apelovat na nově příchozí sestry, zejména pokud se jedná o bakalářky nebo magistry, které pravděpodobně více disponují teoretickými poznatky o rozhodování než sestry se středoškolským vzděláním. Přáli bychom si, aby také vedly a motivovaly své kolegyně k vlastní kontrole poskytované péče, což je v podstatě forma sebereflexe a kritického

myšlení, a aby při poskytování ošetrovatelské péče více využívaly svou kreativitu či tvořivost. Podle našeho názoru vše směřuje k vylepšení kvality poskytované péče a k pracovnímu uspokojení sester.

V pořadí druhým cílem výzkumného šetření bylo zjistit, které hlavní faktory ovlivňují sesterské rozhodování v rámci poskytování ošetrovatelské péče. S tímto cílem souvisí hypotézy H3 a H4.

Sestry odpovídaly v dotazníkovém šetření také na otázku čím nebo jak je možné zlepšit kvalitu sesterského rozhodování na pracovišti (otázka č. 19 v dotazníku pro směnové sestry, otázka č. 23 v dotazníku pro sestry manažerky). Stanovené položky, ze kterých bylo možno vybrat maximálně 5 odpovědí, vycházely částečně z teoretických poznatků o rozhodování a částečně ze zkušeností z klinické praxe. Obdobně jako u otázky č. 11 zde byly jednotlivé položky zpracovány zvlášť a srovnány s celkovým počtem sester (291 představovalo 100 %). Souhrnné výsledky ukazuje graf 24a. Celkem 83,8 % sester si myslí, že kvalitu rozhodování je možné zlepšit adekvátním počtem sester na oddělení. Považujeme za zajímavé, že je tento faktor pro sestry tak výrazně důležitý, i když nebyl prokázán výrazný nedostatek sester v jihočeském regionu (viz dále). Zde znovu připomínáme, že pojem „rozhodovací role sestry“ nezná 41,9 % sester (viz graf 9), proto je pro nás překvapující, že procento sester, které tuto podmínku uvedly (týká se to též i jiných podmínek) v souvislosti se zlepšením kvality sesterského rozhodování, je o polovinu větší. Z uvedeného soudíme, že se sestry v problematice samy neorientují, a ani si neuvědomují, že rozhodovací činnosti provádí.

Podle grafu 15 bylo nejčastější odpovědí ohledně počtu sester na odděleních adekvátní počet nebo chybění jen několika sester, přičemž není ohrožena kvalita péče (v součtu 65,9 %), proto si dovoluujeme tvrdit, že aktuální stav vyplývající z uvedených dat bude spíše podporujícím faktorem na využití rozhodovací kompetence sestry. Naše zjištění, že lůžková zařízení jihočeského regionu nemají akutní výrazný nedostatek sester a přitom kvalita poskytované ošetrovatelské péče není ohrožena, odporuje do jisté míry tvrzení Juráskové. Autorka ve svém článku Absence sester v českých nemocnicích hovoří o celorepublikovém nedostatku sester, ale v uvedeném výčtu zařízení, kde je stávající situace až varující, naštěstí schází jihočeský region (25). Adekvátní počet

pracovníků představuje nejčastěji zmiňovanou odpověď a požadovanou podmínku pro kvalitu sesterského rozhodování. Bylo tedy prokázáno, že v nemocnicích jihočeského regionu je aktuální situace prozatím dostačující, což ovšem neznamená, že tomu může být tak i v budoucnu. Naopak 19,2 % sester, které uvedly, že jsou na oddělení výrazně přetíženy, není zanedbatelné, a proto je potřeba motivovat budoucí sestry, aby zůstávaly v oboru. Finanční ohodnocení představuje však jen jednu z forem motivace a sestry manažerky prokazatelně využívají i jiné způsoby jako např. efektivní komunikování, vzájemnou podporu, obhajobu podřízených sester, pochvalu, jak ukazuje graf 27b. Myslíme si, že by však ze strany směnových sester tyto uvedené manažerské motivační prvky nemusely být pozitivně přijímány nebo požadovány, protože podporu ošetrovatelského vedení jako faktor uvedlo pouze 15,1 % sester (včetně manažerek). Významnějším faktorem pro kvalitu sesterského rozhodování bylo v 47,4 % případů již zmíněné finanční ohodnocení (viz graf 24a). Z praktických zkušeností a získaných dat lze vyvodit, že sestry nejsou spokojeny se svým finančním ohodnocením (viz graf 14j), a protože téměř polovina sester by chtěla být lépe finančně ohodnocena, stávající situaci je možno považovat jako nepodporující faktor (ohledně rozhodovací kompetence sestry). Jistá naděje do budoucna se skrývá v prohlášení Ministerstva zdravotnictví České republiky, kdy se v tiskové zprávě ze dne 24.4. 2009 zavazuje ke zlepšení podmínek českého zdravotnictví, přičemž jedním z dílčích cílů by mělo být navýšení platů všeobecných sester (40).

Dobrou spolupráci s lékařem považují sestry jako zlepšující faktor pro kvalitu sesterského rozhodování v 77 % případů, jak ukazuje grafu 24a. V souvislosti s již dříve analyzovaným výsledkem týkající se možnosti rozhodování o způsobu poskytování ošetrovatelské péče, kde 32,5 % směnových sester uvedlo, že konečné slovo má lékař, předpokládáme, že tento fakt vzájemnou spolupráci lékař-sestra spíše nepodporuje, ovšem prokázáno to nebylo. Graf 14k mapuje plnění nebo dodržování této podmínky a vyjadřuje, že v 55,4 % (součet odpovědí ano, většinou ano) je plněna efektivně. Je však nutné zdůraznit rozdílný počet sester, které danou podmínku hodnotily. Závěrem je tedy možné říci, že vzhledem k převaze pozitivních odpovědí se spolupráce s lékařem pohybuje na přijatelné úrovni, tudíž je rozhodovací kompetence sestry v tomto směru

podporována. Jako další faktor zlepšující kvalitu sesterského rozhodování byla v 57,7 % případů uvedena vhodnost ošetrovatelských pomůcek. Sestry mají k dispozici řadu pomůcek, což je do jisté míry omezeno financemi nemocnice, ale v každém případě je podle našich zkušeností situace lepší než dříve. Kromě pomůcek z oddělení může sestra využívat svou kreativitu pro vymyšlení různých „zlepšováků“, ale jak již bylo jednou konstatováno, podle grafu 23 se pouze 28,9 % sester snaží po provedení intervence přemýšlet, jak vylepšit péči o P/K, což by mohlo podle našeho mínění vysvětlovat tak vysokou významnost tohoto faktoru (sestry nevyužívají v dostatečné míře svou kreativitu, tudíž jsou odkázány na pomůcky z oddělení). Soudíme, že když se více jak polovina sester přiklonila k ošetrovatelským pomůckám, a v praxi je situace ve smyslu dostatku příznivá, umožňuje faktor „ošetrovatelské pomůcky“ využívání rozhodovací kompetenci sestry. Naše tvrzení podporují také data z grafu 14ch, kde je tato podmínka na odděleních plněna v 67,2 % v kladném smyslu (ano, většinou ano).

V pořadí pátý nejčastěji uváděný faktor představovala v 41,9 % případů odborná vzdělanost sester. Zajímavé bylo rozdělení odpovědí podle směnových sester a sester manažerek. Celkem 52,4 % manažerek zvolilo tento faktor, ale směnových sester pouze 39 % (viz graf 24b). Jako vysvětlení se nabízí porovnání sester dle vzdělání (viz graf 7b). Je patrné, že téměř čtvrtina manažerek, 23,8 %, dosáhla vysokoškolského vzdělání a směnových sester pouze 7,9 %. Myslíme si, že z tohoto důvodu mohou manažerky klást na odbornost větší důraz než sestry směnové. Odlišné výsledky v četnosti výskytu faktoru odbornosti lze prokázat také v grafech týkajících se jednotlivých nemocnic, kdy ho jako čtvrtý nejčastější zvolily jindřichohradecké sestry (50,8 %) a táborské (44,4 %), jak demonstruje graf 36 a 39. Potěšujícím zjištěním byl fakt, že v těchto případech byl faktor financí uváděn méně frekventovaněji, z čehož lze odvodit, že pro tyto sestry nejsou finanční prostředky pro kvalitní sesterské rozhodování tolik významné. Kromě dosaženého vzdělání je v souvislosti s analyzovaným faktorem míněno rozšiřování svých vědomostí v podobě specializace, kterou absolvovalo 30,2 % sester (viz graf 7a). Z hlediska kvality poskytované péče by bylo jistě vhodnější, kdyby své znalosti specializovalo více sester. Manažerky ukončily specializaci v 63,5 % případů (viz graf 7b), což je z hlediska zajištění kvality poskytované péče na oddělení, které spravují,

pochopitelné. Podstatně méně sester směnových, jen 21,1 %, si své znalosti rozšířilo specializací. Odhadujeme, že pravděpodobnou překážkou dalšího doplňování vědomostí je fakt, že se sestry mnohdy vzdělávají na vlastní náklady nebo jen s malou finanční pomocí zaměstnavatele, ve vlastním volnu nebo v rámci dovolené. Zmíněné důvody vycházejí z praktických zkušeností a podle nás nejsou motivační, tudíž vidíme potřebu stávající přístup změnit. Sestry manažerky zde mohou působit např. ve směru k hlavní sestře nemocnice. Podle zákona č. 96/2004 Sb., jsou sestry povinny se celoživotně vzdělávat a pokud jim organizace umožní nebo ulehčí cestu k dosažení úkolu, soudíme, že sestra tuto pomoc vrátí v podobě kvalitní ošetrovatelské péče (58). Při návratu k souhrnným výsledkům týkající se odborné vzdělanosti sester si dovolíme tvrdit, že tento faktor, jehož současný charakter byl ve vzorku sester prokázán, spíše neumožňuje využití sesterské rozhodovací kompetence.

V souvislosti s tématem rozhodování nás zajímal také faktor týkající se možnosti rozhodování o péči, i když nebyl uváděn mezi nejčetnějšími. Zvolilo ho jen 20,3 % sester, což ho řadí až na deváté místo v pořadí četnosti výskytu (viz graf 24a). Toto zjištění podporuje naše předchozí výsledky, jelikož více jak polovina směnových sester uvedla, že o způsobu péče nemají možnost samostatně se rozhodovat (špatné podmínky, rozhoduje lékař nebo nadřízená sestra). Soudíme, že si sestry stále neuvědomují váhu a důležitost svého rozhodování, proto zůstal tento faktor až na zadních pozicích. Otázkou zůstává, jestli sestry mají zájem současný stav změnit a bojovat za uplatnění své role. Zajímavé bylo, že ani sestry manažerky nekladly na možnost rozhodování o péči větší důraz a výsledek 20,6 % je téměř totožný se sestrami směnovými (20,2 %), jak ukazuje graf 24b. Nedokážeme přesně určit, jak je to možné. Předpokládali jsme, že si sestry manažerky budou vědomy pozitivního výsledku, jež přináší možnost, kdy sestra sama rozhoduje o způsobu poskytování ošetrovatelské péče přímo P/K „na míru“. K této myšlence nás vedlo zjištění, že si 90,5 % sester manažerek z vlivu efektivního rozhodování vyvozuje pozitivní účinek (ve smyslu výrazného zlepšení) na výslednou kvalitu poskytované ošetrovatelské péče (viz tabulka 11) a také, že rozhodovací role patří podle Donellyho k jedné ze tří základních manažerských rolí (8). Potvrzují to i Ellis s Hartley, kteří říkají, že schopnost sestry umět se správně rozhodovat (provést

rozhodnutí) je považována za klíčovou vlastnost v moderní ošetrovatelské péči (11). Jako další vysvětlení pro zjištěná fakta se nabízí domněnka ohledně pracovního vytížení manažerek, kdy v krátkém čase, který našly na vyplnění dotazníku, si dané souvislosti nemusely uvědomit. Výzkumným šetřením však toto prokázáno nebylo a tudíž mohou data znamenat skutečný náhled na problematiku. V tomto případě je naše zjištění téměř alarmující, jelikož se sestry, podle našeho názoru, denně musí rozhodovat, zajišťují chod oddělení, komunikují se sestrami, pracovníky apod., což nelze provádět bez rozhodování. Jak může potom být rozhodnutí efektivní, když si sestry neuvědomují, že o něčem nebo někom rozhodují?

Rozhodování jako takové je součástí ošetrovatelského procesu. Vycházíme zde z konstatování Ellis a Hartley, kteří tvrdí, že rozhodovací proces je obdobný procesu ošetrovatelskému, přičemž z něj využívá některé prvky a aplikuje je do jiné situace (11). Ošetrovatelský proces se dnes jako samostatný předmět na středních zdravotnických školách již nevyučuje a důraz je na něj ve větší míře kladen při vysokoškolské přípravě sester. Podle našich odhadů sestry z výzkumného vzorku mající ukončené středoškolské vzdělání patřily ještě k těm, které ošetrovatelský proces na školách absolvovaly. Jelikož svou četností 25,4 % (viz graf 24a) figuroval faktor na zadních pozicích, překvapilo nás, že ani „známý“ ošetrovatelský proces nepovažují sestry za přínosný pro zlepšení kvality rozhodování. Pokud porovnáme data z jednotlivých nemocnic, dospějeme k podobnému závěru – maximálně zhruba třetina sester považuje ošetrovatelský proces za důležitý, jak ukazují grafy 35–39. Domníváme se, že tyto údaje poukazují na fakt neefektivního aplikování ošetrovatelského procesu do praxe, ať se jedná stav v konkrétní nemocnici nebo o celý výzkumný vzorek. Považujeme to za zajímavé zjištění, ovšem v negativním slova smyslu. V úvodu diskuze bylo řečeno, že se 58,1 % sester s pojmem „rozhodovací role sestry“ již někdy setkalo (viz graf 9), tudíž otázka ptající se na zlepšení kvality rozhodování, byla pravděpodobně srozumitelná a ošetrovatelský proces mohl být zvolen také v polovině případů (každá položka mohla dosáhnout maxima 100 %, protože sestry měly možnost zaškrtnout až 5 odpovědí). Faktor ošetrovatelského procesu však zvolila pouze čtvrtina, což podle našeho názoru znamená, že sestry ještě nedokážou vyvodit pozitivní výsledky, které vyplývají zejména pro P/K. Je zarážející, že ani manažerky

nepřipisují ošetrovatelskému procesu větší váhu. Pouhá třetina manažerek, 31,7 %, vidí v tomto faktoru pomoc ohledně zvyšování kvality rozhodování (viz graf 24b). Z výše popsaného si dovoluujeme formulovat tvrzení, že pokud sestry manažerky neaplikují ošetrovatelský proces samy do praxe a nebudou vést své sestry k tomu samému, nemůže být rozhodování efektivní, což se může projevit na kvalitě poskytované péče. Na druhou stranu si myslíme, že pokud by otázka byla v dotazníku položena odlišným způsobem – ptala by se přímo na zlepšení kvality péče, ošetrovatelský proces mohl být zvolen sestrami častěji (možná i jiné faktory). Položit otázku přímo nebylo naším výzkumným záměrem, protože jsme chtěli zmapovat sesterské chápání souvislostí v kontextu s rozhodovacím procesem. Konstatujeme, že považujeme za nutné naučit sestry přemýšlet jiným způsobem, tzn. aby neviděly věci z jednoho úhlu pohledu jako pouhý úkol, a více je pobízet k zapojení kritického myšlení. Navrhujeme, aby manažerky začaly efektivněji využívat své další sesterské role, zejména motivátora a komunikátora, pro přesvědčení podřízených sester o důležitosti rozhodování, jež je skryto v ošetrovatelském procesu (11). Můžeme se jen domnívat, zda sestry skutečně pracují podle fází ošetrovatelského procesu, rozhodují se, ale podle dat získaných a následně odvozených z výzkumu si tuto svou činnost ještě dostatečně neuvědomují.

Při shrnutí dat týkající se H3, která se vztahuje k výzkumnému cíli 2, dospějeme k závěru tím, že porovnáme pět nejfrekventovaněji uváděných faktorů vycházejících z jejich analýzy. Využití rozhodovací kompetence sestry umožňuje faktor adekvátního počtu sester, dobré spolupráce s lékařem a vhodných ošetrovatelských pomůcek. Na druhou stranu faktor dostatečného finančního ohodnocení a odborné vzdělanosti využití této kompetence neumožňuje. Na základě převahy kladných tvrzení, je možné tvrdit, že H3, která předpokládala, že faktory charakterizující současný stav ošetrovatelské péče neumožňují využití rozhodovací kompetence sestry, nebyla potvrzena. Konstatujeme, že procentuálně nízké hodnoty u vybraných faktorů považujeme za zarážející (viz graf 24b), jelikož z toho usuzujeme, že jsou sestry se stávající kvalitou ošetrovatelské péče spokojeny a v uvedených faktorech nevidí významnější výhodu a přínos.

Z výzkumného cíle 2 vychází stanovená hypotéza H4, která předpokládala, že partnerská spolupráce s multidisciplinárního týmu posiluje rozhodovací roli sestry.

K této problematice se vztahovala otázka č. 20 z dotazníku pro směnové sestry a otázka č. 24 z dotazníku pro sestry manažerky. Bylo zjištěno, že sestry považují vzájemnou spolupráci v rámci zdravotnického týmu v 38,1 % případů za spíše podpůrný a v 34,7% případů za významně podporující faktor ohledně vlivu na rozhodovací roli sestry, jak znázorňuje graf 25a. Z celkového počtu 291 (100 %) odpovídajících sester položku nevím zvolilo 16,2 % respondentů a dále si 11 % myslí, že spolupráce týmu má minimální podpůrný vliv, zásadně nepodporuje, nebo odpověděly sestry jinak (uvedené procento je součtem zmíněných odpovědí). Potěšilo nás, že téměř 73 % sester vidí ve vzájemné spolupráci zdravotnického týmu pozitivní vliv na sesterskou rozhodovací roli. Podle našeho názoru může být charakter odpovědí do jisté míry dán tím, že vzájemné vztahy na pracovišti považuje 60,5 % sester za spíše dobré a 16,5 % sester za výborné (viz graf 18). Podobně hodnotí pracovní atmosféru na oddělení (viz graf 19), jelikož 63,9 % sester uvedlo, že je převážně přátelská a 2,4 % idylická. Naše domněnka však ohledně příčiny charakteru odpovědí potvrzena nebyla, protože názor na vliv vzájemné spolupráce na rozhodovací roli sestry je nezávislý na panující pracovní atmosféře na oddělení (viz kapitola 4.3.3). Udržení pozitivní pracovní atmosféry je podporováno samotnými sestrami, protože 61,5 % uvedlo, že se nějakým způsobem snaží atmosféru zlepšovat. Procentuálně se zde více podílejí sestry manažerky, a to v 77,8 % případů (graf 26b), což je pochopitelné, protože v rámci svého postavení v hierarchii nemocnice udržují fungující tým sester. Podobně jako směnové sestry využívají sestry manažerky stejné techniky (dobrá nálada, nekonfliktnost, přátelskost, klid – v podstatě se jedná o efektivní komunikaci) a navíc také motivační prvky jako je pochvala, ohodnocení nebo obhajoba sester (viz graf 27b). V 36,7 % případů se však nejčastěji uplatňuje kombinace zmíněných technik. Dále, při otázce týkající se pomoci sestrám v obtížné situaci, uvedlo 90,5 % manažerek, že podřízeným sestrám pomůže v konkrétní situaci (viz graf 17), což zajisté sestry ocení, a proto je sestra manažerka (nejen z tohoto důvodu) pro oddělení nezastupitelná. Naše tvrzení podporuje i Škubová, která napsala článek s názvem Kolektiv tuží staniční a vrchní sestra, kde vyzdvihuje osobnost, autoritu a významnost sester manažerek pro zachování „zdravého ducha“ oddělení, a dále říká, že kolektiv bude takový, jaké jsou schopnosti staniční či vrchní sestry (48).

Proto je pro nás zarážející, že manažerky neuváděly jako způsob zásahu teambuliding, který zdůrazňuje i Ellis a Hartley, přičemž ho tito autoři považují za jednu oblast sesterských rolí, tj. sestra jako teambuilder (11). Dovolujeme si sestrám manažerkám navrhnout, aby si více uvědomily svou jedinečnou roli v celém týmu a nebály se zasahovat, vychovávat, motivovat, budovat vzájemnou důvěru, hájit podřízené sestry, ale třeba i trestat – tj. být hlavním teambuildrem na svém pracovišti, protože nesou za poskytování ošetrovatelské péče zodpovědnost ve smyslu zajištění funkčnosti celého systému a chodu oddělení. Naši úvahu podporují závěry České asociace sester, která na základě provedených auditů vydala doporučení, kde mimo jiné uvádí, že bude po sestrách manažerkách vyžadovat důslednou odpovědnost (27).

Odpovědi sester z jednotlivých nemocnic, jež se týkaly otázky vlivu vzájemné spolupráce na rozhodovací roli sestry, měly stejný charakter, tj. převažovaly odpovědi spíše podpůrný nebo významně podpůrný vliv. Graf 40b poukazuje na zajímavé zjištění, jelikož sestry z jindřichohradecké a tábořské nemocnice připisují vzájemné spolupráci nejčastěji významně podporující vliv na rozhodovací roli sestry, a jak je patrné, u sester z ostatních nemocnic je tomu naopak. O tomto jevu je možné pouze spekulovat, jelikož nejsou k dispozici průkazná data, která by vyvodila nějaký závěr. Podle nás však nelze tvrdit, že příčinou může být dosažené vzdělání (soustředili jsme se na vysokoškolské), protože z tabulky 14 vyplývá fakt, že jindřichohradecké sestry jsou ohledně tohoto typu vzdělání podle jednotlivých nemocnic s 5,1 % na posledním místě a tábořské naopak s 9,3 % na druhém místě.

Zde si dovoluujeme znovu shrnout získané výsledky. V souvislosti s názorem sester na vliv vzájemné spolupráce zdravotnického týmu na rozhodovací roli sestry bylo prokázáno, že téměř 73 % sester vidí vliv pozitivní (součet položek významný a spíše podpůrný vliv), což nemusí podporovat převážně přátelská, a v některých případech i výborná, pracovní atmosféra. Výzkumný cíl 2, kterým bylo zjistit, které hlavní faktory ovlivňují sesterské rozhodování v rámci poskytování ošetrovatelské péče, byl splněn, přičemž H3 nebyla potvrzena a H4 potvrzena byla. Závěrem k cíli 2 konstatujeme, že pro kvalitní sesterské rozhodování sestry nejvíce potřebují adekvátní počet personálu, dobře spolupracovat s lékařem, dále ošetrovatelské pomůcky, být odborně vzdělané

a dostatečně finančně ohodnocené. Výzkumem bylo prokázáno, že faktor týkající se možnosti rozhodování o ošetrovatelské péči a faktor ošetrovatelského procesu, jež byly sledovány z důvodu souvislosti s tématem diplomové práce, byly uváděny jako méně frekventované. Dále sestry považují také vzájemnou spolupráci zdravotnického týmu za spíše nebo významně podporující faktor ohledně rozhodovací role sestry.

Při výzkumném šetření bylo zjištěno větší množství informací, které však na první pohled s tématem sesterského rozhodování souviset nemusí, a proto doufáme, že se nám podrobnější analýzou dané problematiky podařilo toto obhájit, a že výsledky odpovídají skutečnému současnému stavu ošetrovatelské péče ve sledovaném souboru. Závěry, ke kterým bylo dospěno, je možné podle našeho názoru možné využít ke zlepšení kvality ošetrovatelské péče a k upevnění nebo posílení profesní role sestry jako právoplatného člena týmu. Na základě faktů, jež byly v mnoha případech hodnoceny jako neuspokojující, je potřeba vidět nikoliv pouhé chyby, za které se bude trestat, ale naopak se jedná o oblast, od které je nutné se odrazit a navrhovat zlepšení do budoucna. Dovolujeme si tedy uvést hlavní přínos práce pro ošetrovatelskou praxi a navrhnout možná řešení. Výsledky práce by mohly využít staniční a vrchní sestry, nově nastupující sestry do zaměstnání, ale také studenti jako podpůrný materiál ke svému studiu. Smysl či pomoc pro ošetrovatelský management shledáváme v tom, že manažerky budou mít k dispozici materiál, ve kterém se dozví, jak se cítí jejich sestry na oddělení, jak vnímají pracovní kolektiv, ale zejména fakt, jak je jim umožněno se o konkrétním způsobu poskytování ošetrovatelské péče rozhodovat. Dále budou seznámeny s podmínkami a faktory, které sestry potřebují pro efektivní rozhodování, a mírou jejich naplnění, dodržování nebo umožnění na pracovišti. Toto považujeme za významný dílčí přínos, protože když „šéf“ ví, co pracovníkům chybí, může adekvátně zasáhnout a přispět ke spokojenosti i kvalitě služeb, nebo naopak, bude schopen vyeliminovat ty faktory, které podle pracovníků významněji ke zvyšování kvality nepřispívají. Sestry manažerky, jak tedy doufáme, ocení práci v souvislosti s plánováním, řízením a vedením ošetrovatelské péče, přičemž by mohly čerpat i z výsledků týkajících se jednotlivých nemocnic. Pro zlepšení využívání rozhodovací role sestry na nižší úrovni managementu navrhuje sestram manažerkám, aby více obhajovaly své sestry a jejich kompetence, a to ve větší

míře než doposud, jelikož jejich vyvíjející se rozhodovací role bývá často zastíněna osobou lékaře (nebo i samotnými manažerkami).

Pro nově nastupující sestry do zaměstnání by práce mohla mít též významný nebo podpůrný vliv. Samozřejmě, že každá sestra potřebuje určitý čas na zapracování a na prokázání svých dovedností, ale vzhledem k tomu, že když sestra absolvuje kvalifikační přípravu nelékařského zdravotnického pracovníka a získá tak oprávnění k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, rozhodovací pravomoc by jí neměla být upírána. Proto opět zdůrazňujeme potřebu vysokoškolsky vzdělaných sester, které by se již měly v problematice rozhodování orientovat. Myslíme si, že pro sestry (nejen s vysokoškolským vzděláním) je přínos práce skryt v tom, že poskytuje jakýsi přehled (nastínění) o tématu rozhodování, tj. sestra si uvědomí, že je kompetentní rozhodovat o způsobu a obsahu (tj. intervence) poskytované ošetrovatelské péče, přičemž si může upevnit souvislost efektivního rozhodování s kvalitou ošetrovatelské péče. Dále budou sestry seznámeny s teoretickými poznatky ohledně rozhodovacího procesu a také s charakteristikou sestry rozhodovatelky. Pokud sestra ví, jaká by měla být, které dovednosti a schopnosti jsou po ní požadovány apod., je docela možné, že bude sama ve svém nitru více motivovaná a ochotna se prosadit. Toto vše směřuje k jedinému – ke zlepšení poskytované péče a spokojenosti P/K.

6 Závěr

Pro zpracování diplomové práce jsem si vybrala téma s názvem Využití role sestry – rozhodovatelky v praxi v souvislosti s poskytováním kvalitní ošetrovatelské péče. Téma rozhodování mě mezi ostatními ihned zaujalo, protože se jedná o poměrně novou problematiku a v praxi se jí teprve dostává na významu, tudíž jsem chtěla přispět k jeho prozkoumání a rozšíření.

Výzkumná část práce byla realizována pomocí kvantitativní výzkumné metody, techniky dotazníků. Před samotným šetřením byla testována srozumitelnost dotazníku na respondentech, kteří nebyly zahrnuti do následného výzkumu. Pro účely diplomové práce byly stanoveny dva výzkumné cíle. Cíl 1 měl za úkol zjistit, v jakém rozsahu je využívána rozhodovací role sestry a cílem 2 bylo zjistit, které hlavní faktory ovlivňují sesterské rozhodování v rámci poskytování ošetrovatelské péče. Oba cíle byly splněny. V souvislosti s cíli práce byly stanoveny čtyři výzkumné hypotézy.

Hypotéza H1, která předpokládala, že sestra nemá podmínky k provádění ošetrovatelských intervencí na základě své rozhodovací kompetence, nebyla potvrzena, protože celkem 51,7 % uvedlo, že podmínky na jejich pracovišti jsou dodržovány nebo většinou dodržovány, plněny nebo umožněny. V pořadí druhá stanovená hypotéza H2 předpokládající, že sestra ve funkci umožňuje svým podřízeným plně rozhodovat o způsobu vedení ošetrovatelské péče, nebyla také potvrzena, jelikož pouze 28,6 % sester manažerek dává svým podřízeným maximální možnost se o konkrétním způsobu poskytované ošetrovatelské péče plně rozhodovat. Na základě zkoumání dat se hypotéza H3, která předpokládala, že faktory charakterizující současný stav ošetrovatelské péče neumožňují využití rozhodovací kompetence sestry, nepotvrdila. Dokazuje to fakt, že tři z pěti nejčastěji uváděných faktorů, podrobně analyzovaných v diskuzi, které sestry potřebují pro zvýšení kvality rozhodování, se ukázaly jako podporující v souvislosti s rozhodovací kompetencí sestry. Čtvrtá stanovená hypotéza H4, která předpokládala, že partnerská spolupráce multidisciplinárního týmu posiluje rozhodovací roli sestry, byla potvrzena, jelikož 72,8 % sester (součet hodnot) považuje vzájemnou spolupráci jako spíše podpůrný nebo významně podpůrný vliv na využívání rozhodovací roli sestry v praxi.

Myslíme si, že v některých případech by se dalo neuspokojujícím výsledkům předejít například tím, kdyby si sestry více uvědomovaly význam své rozhodovací role v rámci týmu a také její pozitivní vliv na kvalitu poskytované péče. Dále se zajisté na charakteru odpovědí podílel fakt, že téměř v 70 % případů vidí sestry P/K pouze jako nemocného člověka.

Domníváme proto, že by výsledky práce mohly sloužit jako pomůcka pro sestry manažerky k účelům vedení a koordinování ošetrovatelské péče, k motivování podřízených sester k samostatnému rozhodování nebo k obhajobě jejich kompetencí. Výsledky práce by zajisté také ocenily sestry, jež nastupují do zaměstnání. Naskytne se jim tak možnost seznámit se s rozhodovací rolí sestry a s vlastnostmi, které sestře rozhodovatelce náleží, což jim může pomoci při vlastním odborném růstu nebo při provádění ošetrovatelských intervencí. Dále si dovolíme tvrdit, že kromě osobního přínosu pro autory ve smyslu rozšíření stávajících vědomostí, schopností a naučení se posuzovat věci v souvislostech, bude práce i obohacením pro akademickou půdu nebo studenty Zdravotně sociální fakulty.

Pro ošetrovatelskou praxi navrhuje a doporučujeme, aby sestry poskytovaly ošetrovatelskou péči s větším pochopením a empatií než doposud (ve smyslu vnímání P/K jako holistické bytosti). Vidíme potřebu změnit postoj, že P/K je „pouze“ nemocný člověk a proto se znovu obracíme na manažerky, které by své podřízené o nutnosti této změny mohly přesvědčit a dokázat její důležitost. Dále také doporučujeme, aby lůžková zdravotnická zařízení motivovala vysokoškolské studenty, kteří praktikují na jejich odděleních, aby zůstávaly pracovat v oboru, jelikož potřeba vzdělaných sester neustále roste. Předpokládáme, že čím více (z hlediska počtu sester) budou ošetrovatelskou péči poskytovat vysokoškolsky vzdělané sestry, tím lépe se může povědomí o rozhodovací roli sestry rozšiřovat, jejíž důsledek, tj. efektivní rozhodnutí se zajisté projeví na výsledné kvalitě ošetrovatelské péče.

7 Seznam použitých zdrojů

1. ADAIR, John. *Jak řídit druhé i sám sebe*. Přel. H. Vejmělková. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2005. 172 s. ISBN 80-251-0784-1.
2. ALEXANDER, Margaret, RUNCIMAN, Phyllis. *Struktura kompetencí všeobecné sestry podle ICN: zpráva o postupu přípravy ICN struktury kompetencí a konzultací*. Přel. L. Dobrovodská, M. Tesáčková. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2003. 57 s. ISBN 80-7013-392-9.
3. BANNING, Maggi. A review of clinical decision making: models and current research. *Journal of Clinical Nursing*. Oxford: 2008, vol. 17, no. 2, s. 187–195. ISSN 0962-1067.
4. BÁRTLOVÁ, Sylva. Pracovní vztahy a kompetence všeobecných sester v České republice. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 16, č. 3, s. 14–17. ISSN 1210-0404.
5. BÁRTLOVÁ, Sylva, SADÍLEK, Petr, TÓTHOVÁ, Valérie. *Výzkum a ošetrovatelství*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2008. 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2.
6. CLEGG, Brian, BIRCH, Paul. *Kreativita = Kreativita: změňte svůj způsob práce*. Přel J. Pencl. 1. vyd. Brno: CP Books, 2005. 110 s. ISBN 80-251-0549-0.
7. DACEY, John, LENNON, Kathleen. *Kreativita: souhra biologických, psychologických a sociálních faktorů*. Přel. J. Adámek. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2000. 252 s. ISBN 80-7169-903-9.

8. DONNELLY, James, GIBSON, James, IVANCEVICH, John. *Management*. Přel. V. Dolanský, J. Koubek. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1997. 824 s. ISBN 80-7169-422-3.
9. DRÁBKOVÁ, Jarmila. Rozhraní kompetence lékař/sestra v intenzivní medicíně. *Florence*. Praha: 2008, roč. 4, č. 4, s. 164–167. ISSN 1801-464X.
10. DRDULOVÁ, Alena. Ošetřovatelství založené na důkazech. *Florence*. Praha: 2007, roč. 3, č. 4, s. 58. ISSN 1801-464X.
11. ELLIS, Janice, HARTLEY, Celia. *Managing and coordinating nursing care*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005. 479 s. ISBN 0-7817-4106-8.
12. FARKAŠOVÁ, Dana a kol. *Ošetrovatel'stvo – téoria*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2001. 134 s. ISBN 80-8063-086-0.
13. FARKAŠOVÁ, Dana, UHROVÁ, Jana, NOVOTNÁ, Jaromíra. *Výzkum v ošetrovatel'ství*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. 87 s. ISBN 80-8063-229-4.
14. FOWLER, Kellie. *Reactive Decision Making* [on line]. c1995-2009 [cit. 2008-10-25]. Dostupné z: <http://www.mindtools.com/pages/article/newTED_99.htm>.
15. GLADKIJ, Ivan a kol. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.
16. GROHAR-MURRAY, Mary, DiCROCE, Helen. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatel'ské péče*. Přel. J. Heřmanová, V. Topilová. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 320 s. ISBN 80-247-0267-3.

17. HANZLOVÁ, E. *Management rizik ošetrovatelské péče*. České Budějovice: Jihočeská univerzita. Zdravotně sociální fakulta. Katedra ošetrovatelství, 2008. 89 s., 18 s. příloh. Vedoucí diplomové práce Ing. Iva Brabcová, R.N.
18. HANZLOVÁ, Eliška, BRABCOVÁ, Iva. Management rizik ošetrovatelské péče v českých nemocnicích. *Sestra*. Praha: 2008, roč. 17, č. 10, s. 30–31. ISSN 1210-0404.
19. HAVRDOVÁ, Zuzana, HAJNÝ, Martin a kol. *Praktická supervize: průvodce supervizí pro začínající supervizory, manažery a příjemce supervize*. 1. vyd. Praha: Galén, 2008. 213 s. ISBN 978-80-7262-532-1.
20. HAYES, Nicky. *Psychologie týmové práce: strategie efektivního vedení týmů*. Přel. P. Císařová. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 192 s. ISBN 80-7178-983-6.
21. HERMOCHOVÁ, Soňa. *Teambuilding*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 116 s. ISBN 80-247-1155-9.
22. HOLUBOVÁ, Adéla. Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče. *Sestra*. Praha: 2008, roč. 17, č. 1, s. 10–11. ISSN 1210-0404.
23. HRASNOVA, Katarina, NOVOTNY, Jozef, STANCIAK, Jaroslav. The quality of nursing care providing through the nursing standards. *Journal of Health Science Management and Public Health*. České Budějovice: 2007, vol. 8, no. 1, s. 62–69. ISSN 1512-0651.
24. JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2003. 223 s. ISBN 80-7254-329-6.
25. JURÁSKOVÁ, Dana. Absence sester v českých nemocnicích. *Florence*. Praha: 2008, roč. 4, č. 5, s. 184–185. ISSN 1801-464X.

26. JURÁSKOVÁ, Dana. Role odborné společnosti při sledování a zvyšování kvality. *Florence*. Praha: 2008, roč. 4, č. 1, s. 4-5. ISSN 1801-464X.
27. JURÁSKOVÁ, Dana, SVOBODOVÁ, Dita. Kvalita jako priorita. *Florence*. Praha: 2009, roč. 5, č. 4, s. 9. ISSN 1801-464X.
28. KILÍKOVÁ, Mária. *Základy manažmentu v ošetrovatel'stve I*. 1. vyd. Bratislava: Sapientia, 2006. 68 s. ISBN 80-89271-01-4.
29. KOSŤOVÁ, Tatiana. Obhajoba práv – sestra ochránkyně práv pacientů. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 5, s. 12. ISSN 1210-0404.
30. KOZIEROVÁ, Barbara, ERBOVÁ, Glenora, OLIVIERIOVÁ, Rita. *Ošetrovatel'stvo: koncepcia, ošetrovatel'ský proces a prax*. Přel. T. Baška. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.
31. KÖNIGOVÁ, Marie. *Jak myslet kreativně*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 128 s. ISBN 80-247-1626-7.
32. KUBEŠ, Marián, SPILLEROVÁ, Dagmar, KURNICKÝ, Roman. *Manažerské kompetence: způsobilosti výjimečných manažerů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 184 s. ISBN 80-247-0698-9.
33. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatel'ství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
34. LÁVIČKOVÁ, Jana. Kvalita ošetrovatelské péče očima pacientů. *Sestra*. Praha: 2006, roč. 16, č. 4, s. 30–31. ISSN 1210-0404.

35. LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
36. MADAR, Jiří. aj. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 248 s. ISBN 80-247-0585-0.
37. MALINKOVÁ, Marie. Specializační vzdělávání NZP středního a vrcholového managementu. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 1, s. 18. ISSN 1210-0404 .
38. MEDLÍKOVÁ, Olga. *Jak řešit konflikty s podřízenými*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 136 s. ISBN 978-80-247-1732-6.
39. MERHAUTOVÁ, Iva. Znají sestry rozsah činností, které mohou vykonávat? *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 11, s. 12. ISSN 1210-0404.
40. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, Odbor komunikace s veřejností. *Ministerstvo zdravotnictví podniká razantní kroky ke zlepšení pracovních a platových podmínek zdravotních sester* [on line]. c2008 [cit. 2009-05-03]. Dostupné z: <<http://www.mzcr.cz/Pages/823-stabilizace-sester-ve-zdravotnickych-zarizenich-cr.html>>.
41. PARMA, Petr. *Umění koučovat*. 1. vyd. Praha: Alfa Publishing, 2006. 222 s. ISBN 80-86851-34-6.

42. POCHYLÁ, Karla, POCHYLÝ, Otakar. *Metoda pro stanovení počtu a kvalifikačního zastoupení ošetrovatelského personálu na standardních ošetrovatelských jednotkách pro dospělé oborů interních, chirurgických, gynekologie a porodnictví, ošetrovatelských a pobytových lůžkách, jako východisko pro vytvoření standardu personálního vybavení daného pracoviště* [on line]. [cit. 2009-05-03].

Dostupné z: <http://www.cnaa.cz/docs/tiskoviny/vypocet_personalu_brozura.pdf>.

43. POKORNÁ, Andrea. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2006. 86 s. ISBN 80-7013-440-2.

44. SALVAGEOVÁ, Jane. *Ošetrovatelství v akci: podpora ošetrovatelství a porodní asistence v rámci programu „Zdraví pro všechny“*. Přel. A. Strajtová. 1. vyd. Praha: Česká společnost sester, 1997. 119 s. ISBN 92-890-1312-5. Mellanová jana – kdo to je

45. ŠKRLA, Petr. *Především neublížit: cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 162 s. ISBN 80-7013-419-4.

46. ŠKRLA, Petr. ŠKRLOVÁ, Magda. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vyd. Praha: Advent-Orion, 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.

47. ŠKUBOVÁ, Jarmila. Nejen o nedostatku sester. *Florence*. Praha: 2009, roč. 5, č. 1, s. 10–11. ISSN 1801-464X.

48. ŠKUBOVÁ, Jarmila. Kolektiv „tuží“ staniční a vrchní sestra. *Florence*. Praha: 2008, roč. 4, č. 2, s. 80. ISSN 1801-464X.

49. TAYLOR, Beverley. *Reflective practice: a guide for nurses and midwives*. 2nd ed. New York: Open University Press, 2006. 226 s. ISBN 0-335-21742-7.

50. THOMPSON, David, MOORE, Katherine, ESTABROOKS, Carole. Increasing research use in nursing: implications for clinical educators and managers. *Evidence-Based Nursing*. Aberystwyth: 2008, vol. 11, no. 2, p. 35–39. ISSN 1367-6539.

51. TREŠLOVÁ, Marie. *Motivace, kritické myšlení a sebereflexe* [on line]. c2008 [cit. 2008-07-10].

Dostupné z:<<http://moodle.zsf.jcu.cz/mod/resource/view.php?inpopup=true&id=9168>>.

52. TURECKIOVÁ, Michaela. *Klíč k účinnému vedení lidí: odemkněte potenciál svých spolupracovníků*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 128 s. ISBN 978-80-247-0882-9.

53. VAŠÁTKOVÁ, Ivana, ULRYCHOVÁ, Hana. Kvalita ošetrovatelské péče a její standardizace. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 4, s. 21–22. ISSN 1210-0404.

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

55. VONDRÁČEK, Lubomír, VONDRÁČEK, Jan. *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 68 s. ISBN 80-247-0705-5.

56. Vyhláška č. 424/2004 Sb. ze dne 30. 6. 2004, kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků [on line]. c2002-2007 [cit. 2008-04-10]. Dostupné z:

<http://www.lexdata.cz/lexdata/sb_free.nsf/c12571cc00341df10000000000000000/c12571cc00341df1c1256ed600331e29?OpenDocument>.

57. ZAHŘÁDKOVÁ, Eva. *Teambuilding: cesta k efektivní spolupráci*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 176 s. ISBN 80-7367-042-9.

58. Zákon č. 96/2004 Sb., ze dne 4. 2. 2004 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 pracovníků [on line]. c1996-2009 [cit. 2008-16-04]. Dostupné z:
<<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb04096&cd=76&typ=r>>.

8 Klíčová slova

Kreativita

Kritické myšlení

Kvalita péče

Multidisciplinární tým

Ošetrovatelský management

Rozhodovací proces

Rozhodovací role sestry

Sebereflexe

9 Přílohy

Příloha 1 Dotazník pro směnové sestry

Příloha 2 Dotazník pro sestry manažerky

Příloha 3 Struktura kompetencí všeobecné sestry dle ICN

Příloha 4 Rozdíl mezi kritickým a kreativním myšlením

Příloha 5 Typy skupinových rozhodnutí a jejich výhody a nevýhody

Příloha 6 Schématické znázornění O'Neillova modelu klinického rozhodování

Příloha 7 Oblasti kvality

Příloha 8 Oblasti akreditačních standardů

Příloha 9 Žádosti k provedení výzkumného šetření

Příloha 1 Dotazník pro směnové sestry

Vážené sestry,

jmenuji se Jaroslava Stehlíková a studuji 2. ročník navazujícího magisterského programu, oboru Ošetrovatelství na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích. Ráda bych Vás touto cestou požádala o spolupráci při výzkumném šetření týkající se mé diplomové práce s názvem „*Využití role sestry-rozhodovatelky v praxi v souvislosti s poskytováním kvalitní ošetrovatelské péče*“.

Vyplněním *celého dotazníku* mi pomůžete dosáhnout stanovených cílů a budete moci přispět k rozvoji ošetrovatelské profese. Dotazník je *anonymní* a data budou použita *pouze* pro účely práce. Při vyplňování dotazníku postupujte podle daných pokynů a pokud nebude uvedeno jinak, zakřížkujte *pouze 1 odpověď* (v případě zaškrtnutí políčka „jiné“ doplňte vlastními slovy).

Předem děkuji za Váš čas a spolupráci

Jaroslava Stehlíková

1. Pohlaví:

žena

muž

2. Uved'te, do jaké věkové kategorie spadáte:

0 – 25 let

36 – 40 let

51 – 55 let

26 – 30 let

41 – 45 let

56 a více

31 – 35 let

46 – 50 let

3. Uved'te, na kterém oddělení pracujete:

chirurgické

chirurgická JIP

interní

interní JIP

gynekologické/ženské

gynekologická/ženská JIP

LDN/ONP nebo odd. oše. péče

neurologické

ARO

4. Zařad'te délku Vaší praxe v oboru do následujících kategorií:

0 – 5 let

16 – 20 let

31 – 35 let

6 – 10 let

21 – 25 let

36 a více

11 – 15 let

26 – 30 let

5. Pracujete bez odborného dohledu, tj. jako registrovaný/á?

ano

ne

6. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání v oboru: (možnost kombinace odpovědí)

- středoškolské s maturitou
- vyšší odborná škola
- vysokoškolské – bakalář
- vysokoškolské – magistr/a

- vysokoškolské – doktor/ka
- specializace v oboru
- jiné

7. Co se Vám jako první vybaví, když se řekne „pacient“?

- plátce zdravotnických služeb
- příjemce péče
- holistická bytost

- lidská bytost
- nemocný člověk
- jiné

8. Setkal/a jste se někdy s pojmem „rozhodovací role“ sestry?

ano

ne

9. Co slouží jako podklad pro Vaše rozhodování při poskytování ošetrovatelské péče?

(můžete zaškrtnout max. 5 odpovědí)

- stav pacienta/klienta
- odborné knihy, časopisy
- zkušenosti
- rada od zkušenější kolegyně
- Vaše vzdělání

- standardy ošetrovatelské péče
- semináře, konference
- internet
- jiné

10. Je Vám umožněno se samostatně rozhodovat o způsobu poskytování ošetrovatelské péče (co pro člověka „uděláte“, tj. intervence)?

(vyberte jednu z variant, která nejvíce vystihuje Vaši myšlenku nebo doplňte)

- nemám velký prostor/podmínky se rozhodovat
- konečné slovo má lékař
- způsob péče navrhuje, řídí a kontroluje staniční sestra (nebo vrchní)
- většinou pracuji a rozhoduji se samostatně
- mám maximální možnost se sama o způsobu péče rozhodovat
- jiné

11. Které z uvedených podmínek nejvíce potřebujete k tomu, abyste se mohl/a efektivně rozhodovat při/o poskytování ošetrovatelské péče?

(můžete zaškrtnout max. 5 odpovědí)

(v pravém sloupečku zaškrtněte, zda-li jsou Vámi vybrané podmínky na Vašem pracovišti dodržovány/plněny/umožněny)

1 – ano, 2 – většinou ano, 3 – jen někdy, 4 – spíše ne, 5 – ne)

- | | |
|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> politickou podporu profese, promyšlené zákony | 1 ---- 2 ---- 3 ---- 4 ---- 5 |
| <input type="checkbox"/> vysokoškolské vzdělání | 1 ---- 2 ---- 3 ---- 4 ---- 5 |
| <input type="checkbox"/> pracovat podle ošetrovatelského procesu | 1 ---- 2 ---- 3 ---- 4 ---- 5 |
| <input type="checkbox"/> mít dostatek času | 1 ---- 2 ---- 3 ---- 4 ---- 5 |
| <input type="checkbox"/> mít možnost samostatnosti v péči | 1 ---- 2 ---- 3 ---- 4 ---- 5 |
| <input type="checkbox"/> adekvátní počet sester na oddělení | 1 ---- 2 ---- 3 ---- 4 ---- 5 |
| <input type="checkbox"/> partnerský přístup ze strany ošetrovatelského vedení | 1 ---- 2 ---- 3 ---- 4 ---- 5 |
| <input type="checkbox"/> vhodné pomůcky k ošetrování | 1 ---- 2 ---- 3 ---- 4 ---- 5 |
| <input type="checkbox"/> pracovat v multidisciplinárním týmu | 1 ---- 2 ---- 3 ---- 4 ---- 5 |
| <input type="checkbox"/> podílet se na výzkumné činnosti | 1 ---- 2 ---- 3 ---- 4 ---- 5 |
| <input type="checkbox"/> vysoký plat | 1 ---- 2 ---- 3 ---- 4 ---- 5 |
| <input type="checkbox"/> partnerský přístup ze strany lékařů | 1 ---- 2 ---- 3 ---- 4 ---- 5 |
| <input type="checkbox"/> jiné | 1 ---- 2 ---- 3 ---- 4 ---- 5 |

12. Jak byste označil/a stav týkající se počtu sester na Vašem oddělení?

- je nadstav
- momentálně máme adekvátní počet sester
- chybí několik sester, ale kvalita poskytované péče není ohrožena
- chybí několik sester a musíme si brát služby navíc
- na oddělení je výrazný podstav, jsme přetížení (vliv na kvalitu péče)

13. Pokud si nejste při poskytování ošetrovatelské péče jistý/á, na koho se můžete v první řadě se svými obtížemi obrátit?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> kolegyně | <input type="checkbox"/> lékař | <input type="checkbox"/> nikdo mi nepomůže |
| <input type="checkbox"/> staniční sestra | <input type="checkbox"/> vrchní sestra | <input type="checkbox"/> jiné |

14. Vzájemné vztahy mezi pracovníky Vašeho oddělení by se daly označit jako za:

výborné ---- spíše dobré ---- neutrální ---- spíše špatné ---- velmi špatné

15. Jaká pracovní atmosféra převažuje na Vašem pracovišti?

- problémová atmosféra
- převážně napjatá atmosféra
- atmosféra není výrazně přátelská ani problémová
- převážně přátelská
- idylická atmosféra

16. Pověřila Vás někdy Vaše nadřízená (staniční nebo vrchní sestra) úkolem, který nespadá do Vašich pracovních kompetencí?

- ano
- ne

Pokud jste odpověděl/a „ne“, pokračujte otázkou č. 18.

17. O jaký druh úkolu se jednalo? (můžete zaškrtnout max. 5 odpovědí)

- úklidové práce
- transport materiálu do laboratoře nebo transport dokumentů
- doprovod pacienta/klienta na vyšetření (pokud to nevyžaduje jeho stav)
- odborný výkon nad rámec sesterských kompetencí
- zásobování
- jiné

18. Po provedení nějaké intervence u pacienta/klienta následně:

(vyberte jednu z variant, která nejvíce vystihuje Vaši myšlenku nebo doplňte)

- o tom dále nepřemýšlím
- díky pracovní vytíženosti není možná zpětná kontrola
- uvažuji, zda-li jsem vše provedl/a tak, jak má být
- přesvědčím se, že je vše v pořádku (např. dotazem, pozorováním)
- ujistím se o správnosti poskytnuté péče a dále přemýšlím, co by se dalo zlepšit
- jiné

19. Čím nebo jak je podle Vás nejčastěji možné zlepšit kvalitu sesterského rozhodování na klinickém pracovišti?

(můžete zaškrtnout max. 5 odpovědí)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ošetrovatelským procesem | <input type="checkbox"/> finančním ohodnocením sester |
| <input type="checkbox"/> adekvátním počtem sester | <input type="checkbox"/> možností rozhodování o péči |
| <input type="checkbox"/> dobrou spolupráci s lékařem | <input type="checkbox"/> časem na plánování péče |
| <input type="checkbox"/> ošetrovatelskými pomůckami | <input type="checkbox"/> ošetrovatelským výzkumem |
| <input type="checkbox"/> přiměřenou legislativou | <input type="checkbox"/> jiné |
| <input type="checkbox"/> složením týmu | |
| <input type="checkbox"/> odbornou vzdělaností sester | |
| <input type="checkbox"/> podporou ze strany ošetrovatelského managementu | |

20. Jak podle Vás ovlivňuje vzájemná spolupráce zdravotnického týmu rozhodování sestry (tj. její rozhodovací roli) v praxi?

(vyberte jednu z variant, která nejvíce vystihuje Vaši myšlenku nebo doplňte)

- zásadně nepodporuje využívání rozhodovací role
- má minimální podpůrný vliv
- nevím
- má spíše podpůrný vliv
- významně podporuje využívání rozhodovací role
- jiné

21. Jak byste ohodnotila pracovní atmosféru na Vašem oddělení?

výborná ---- spíše dobrá ---- neutrální ---- spíše špatná ---- velmi špatná

22. Jak Vy osobně zasahujete pro zlepšení pracovní atmosféry?

(odpovězte volně, stručně vyjádřete Vaši myšlenku)

.....

.....

.....

Děkuji za vyplnění dotazníku
a
přeji Vám mnoho pracovních i osobních úspěchů

Příloha 2 Dotazník pro sestry manažerky

Vážené sestry,

jmenuji se Jaroslava Stehlíková a studuji 2. ročník navazujícího magisterského programu, oboru Ošetrovatelství na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích. Ráda bych Vás touto cestou požádala o spolupráci při výzkumném šetření týkající se mé diplomové práce s názvem „*Využití role sestry-rozhodovatelky v praxi v souvislosti s poskytováním kvalitní ošetrovatelské péče*“.

Vyplněním *celého dotazníku* mi pomůžete dosáhnout stanovených cílů a budete moci přispět k rozvoji ošetrovatelské profese. Dotazník je *anonymní* a data budou použita *pouze* pro účely práce. Při vyplňování dotazníku postupujte podle daných pokynů a pokud nebude uvedeno jinak, zakřížkujte *pouze 1 odpověď* (v případě zaškrtnutí políčka „jiné“ doplňte vlastními slovy).

Předem děkuji za Váš čas a spolupráci

Jaroslava Stehlíková

1. Pohlaví:

žena

muž

2. Uved'te, do jaké věkové kategorie spadáte:

0 – 25 let

36 – 40 let

51 – 55 let

26 – 30 let

41 – 45 let

56 a více

31 – 35 let

46 – 50 let

3. Vaše pracovní zařazení:

staniční sestra

vrchní sestra

ředitel/ka ošetrovatelské péče (náměstek/kyně)

4. Uved'te, na kterém oddělení pracujete: (vyplní vrchní a staniční sestry)

chirurgické

chirurgická JIP

interní

interní JIP

gynekologické/ženské

gynekologická/ženská JIP

LDN/ONP nebo odd. oše. péče

neurologické

ARO

5. Zařad'te délku Vaší praxe v oboru do následujících kategorií:

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 – 5 let | <input type="checkbox"/> 16 – 20 let | <input type="checkbox"/> 31 – 35 let |
| <input type="checkbox"/> 6 – 10 let | <input type="checkbox"/> 21 – 25 let | <input type="checkbox"/> 36 a více |
| <input type="checkbox"/> 11 – 15 let | <input type="checkbox"/> 26 – 30 let | |

6. Pracujete bez odborného dohledu, tj. jako registrovaný/á?

- ano ne

7. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání v oboru: (možnost kombinace odpovědí)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> středoškolské s maturitou | <input type="checkbox"/> vysokoškolské – doktor/ka |
| <input type="checkbox"/> vyšší odborná škola | <input type="checkbox"/> specializace v oboru |
| <input type="checkbox"/> vysokoškolské – bakalář | <input type="checkbox"/> jiné |
| <input type="checkbox"/> vysokoškolské – magistr/a | |

8. Co se Vám jako první vybaví, když se řekne „pacient“?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> plátce zdravotnických služeb | <input type="checkbox"/> lidská bytost |
| <input type="checkbox"/> příjemce péče | <input type="checkbox"/> nemocný člověk |
| <input type="checkbox"/> holistická bytost | <input type="checkbox"/> jiné |

9. Setkal/a jste se někdy s pojmem „rozhodovací role“ sestry?

- ano ne

10. Co slouží jako podklad pro Vaše rozhodování při poskytování ošetrovatelské péče?

(můžete zaškrtnout max. 5 odpovědí)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> stav pacienta/klienta | <input type="checkbox"/> standardy ošetrovatelské péče |
| <input type="checkbox"/> odborné knihy, časopisy | <input type="checkbox"/> semináře, konference |
| <input type="checkbox"/> zkušenosti | <input type="checkbox"/> internet |
| <input type="checkbox"/> rada od zkušenější kolegyně | <input type="checkbox"/> jiné |
| <input type="checkbox"/> Vaše vzdělání | |

11. Které z uvedených podmínek nejvíce potřebujete k tomu, abyste se mohl/a efektivně rozhodovat při/o poskytování ošetrovatelské péče?

(můžete zaškrtnout max. 5 odpovědí)

(v pravém sloupečku zaškrtněte, zda-li jsou Vámi vybrané podmínky na Vašem pracovišti dodržovány/plněny/umožněny)

1 – ano, 2 – většinou ano, 3 – jen někdy, 4 – spíše ne, 5 – ne)

- | | | | | | | | | | |
|---|---|------|---|------|---|------|---|------|---|
| <input type="checkbox"/> politickou podporu profese, promyšlené zákony | 1 | ---- | 2 | ---- | 3 | ---- | 4 | ---- | 5 |
| <input type="checkbox"/> vysokoškolské vzdělání | 1 | ---- | 2 | ---- | 3 | ---- | 4 | ---- | 5 |
| <input type="checkbox"/> pracovat podle ošetrovatelského procesu | 1 | ---- | 2 | ---- | 3 | ---- | 4 | ---- | 5 |
| <input type="checkbox"/> mít dostatek času | 1 | ---- | 2 | ---- | 3 | ---- | 4 | ---- | 5 |
| <input type="checkbox"/> mít možnost samostatnosti v péči | 1 | ---- | 2 | ---- | 3 | ---- | 4 | ---- | 5 |
| <input type="checkbox"/> adekvátní počet sester na oddělení | 1 | ---- | 2 | ---- | 3 | ---- | 4 | ---- | 5 |
| <input type="checkbox"/> partnerský přístup ze strany ošetrovatelského vedení | 1 | ---- | 2 | ---- | 3 | ---- | 4 | ---- | 5 |
| <input type="checkbox"/> vhodné pomůcky k ošetřování | 1 | ---- | 2 | ---- | 3 | ---- | 4 | ---- | 5 |
| <input type="checkbox"/> pracovat v multidisciplinárním týmu | 1 | ---- | 2 | ---- | 3 | ---- | 4 | ---- | 5 |
| <input type="checkbox"/> podílet se na výzkumné činnosti | 1 | ---- | 2 | ---- | 3 | ---- | 4 | ---- | 5 |
| <input type="checkbox"/> vysoký plat | 1 | ---- | 2 | ---- | 3 | ---- | 4 | ---- | 5 |
| <input type="checkbox"/> partnerský přístup ze strany lékařů | 1 | ---- | 2 | ---- | 3 | ---- | 4 | ---- | 5 |
| <input type="checkbox"/> jiné | 1 | ---- | 2 | ---- | 3 | ---- | 4 | ---- | 5 |

12. Do jaké míry může mít efektivní rozhodování sester vliv na výslednou kvalitu poskytované péče?

(vyberte jednu z variant, která nejvíce vystihuje Vaši myšlenku nebo doplňte)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> neovlivňuje kvalitu | <input type="checkbox"/> spíše nemá vliv |
| <input type="checkbox"/> spíše ovlivní jednorázově | <input type="checkbox"/> nevím |
| <input type="checkbox"/> výrazně zlepšuje kvalitu péče | <input type="checkbox"/> jiné |

13. Jak byste označil/a stav týkající se počtu sester na Vašem oddělení/nemocnici?

- je nadstav
- momentálně máme adekvátně početný počet sester na oddělení/v nemocnici
- chybí několik sester, ale kvalita poskytované péče není ohrožena
- chybí několik sester a musí si brát služby navíc
- na oddělení/v nemocnici je výrazný podstav, sestry jsou přetíženy (vliv na kvalitu péče)

14. Jak se zachováte, když zjistíte, že si Vaše podřízená neví rady při poskytování/vedení ošetrovatelské péče?

(vyberte jednu z variant, která nejvíce vystihuje Vaši myšlenku)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> nechám ji, kolegyně jí pomůžou | <input type="checkbox"/> musí si poradit sama |
| <input type="checkbox"/> nabídnu osobní pohovor | <input type="checkbox"/> pokárám ji |
| <input type="checkbox"/> pomohu ji v konkrétní situaci | <input type="checkbox"/> jiné |

Následující otázka je určena pro náměstkyně ošetrovatelské péče. Staniční a vrchní sestry pokračují otázkou č. 16.

15. Jakým způsobem umožňujete využívat vrchním a staničním sestram jejich rozhodovací roli?

(vyberte jednu z variant, která nejvíce vystihuje Vaši myšlenku nebo doplňte)

- jsou závislé na ošetrovatelském vedení
- ráda bych je podpořila, ale nejsou pro to podmínky
- sestry bývají často omezovány lékařem
- jsem ochotna zvažovat různé návrhy a inovace
- mají maximální možnost navrhopvat a rozhodovat způsob péče
- jiné

Náměstkyně ošetrovatelské péče pokračují otázkou č. 22.

16. Vzájemné vztahy mezi pracovníky Vašeho oddělení by se daly označit jako za:

výborné ---- spíše dobré ---- neutrální ---- spíše špatné ---- velmi špatné

17. Jaká pracovní atmosféra převažuje na Vašem pracovišti?

- problémová atmosféra
- převážně napjatá atmosféra
- atmosféra není výrazně přátelská ani problémová
- převážně přátelská
- idylická atmosféra

18. Jakým způsobem umožňujete svým sestram rozhodovat o způsobu poskytování ošetrovatelské péče (tj. o intervencích)?

(vyberte jednu z variant, která nejvíce vystihuje Vaši myšlenku nebo doplňte)

- nemají prostor/podmínky pro samostatné rozhodování
- způsob péče navrhuji, řídím a kontroloji sama
- konečné slovo má lékař
- sestry většinou pracují a rozhodují se samostatně
- umožňuji jim maximálně navrhnout konkrétní způsob péče
- jiné

19. Jaký máte postoj k pověřování sester úkoly, jež nespadají do jejich kompetencí (vztaheno na úkoly týkající se pomocného personálu nebo lékařů)?

- sestry dělají vše co je potřeba
- pouze výjimečně provádí sestry tyto úkoly
- nevím, mám obavy ze stížností sester
- pokud chybí pomocný personál, jsem nucena sestry o toto požádat
- snažím se obhajovat kompetence sester, které jim náleží
- jiné

Pokud jste odpověděl/a „*nevím*“ nebo *obhajují kompetence sester...*“, pokračujte otázkou č. 21.

20. Jaký druh úkolů sestry nad/pod rámec svých kompetencí nejčastěji provádějí? (můžete zaškrtnout max. 5 odpovědí)

- úklidové práce
- transport materiálu do laboratoře nebo transport dokumentů
- doprovod pacienta/klienta na vyšetření (pokud to nevyžaduje jeho stav)
- odborný výkon spadající do kompetence lékaře
- zásobování
- jiné

21. Jak byste ohodnotila pracovní atmosféru na Vašem oddělení?

výborná ---- spíše dobrá ---- neutrální ---- spíše špatná ---- velmi špatná

22. Po provedení nějaké intervence u pacienta/klienta nebo rozhodovací činnosti následně:

(vyberte jednu z variant, která nejvíce vystihuje Vaši myšlenku nebo doplňte)

- o tom dále nepřemýšlím
- díky pracovní vytíženosti není možná zpětná kontrola
- uvažuji, zda-li jsem vše provedl/a nebo rozhodl/a tak, jak má být

- přesvědčím se, že je vše v pořádku (např. dotazem, pozorováním, provedením kontroly)
- ujistím se o správnosti poskytnuté péče/rozhodnutí a dále přemýšlím, co by se dalo zlepšit
- jiné

23. Čím nebo jak je podle Vás nejčastěji možné zlepšit kvalitu sesterského rozhodování na klinickém pracovišti?

(můžete zaškrtnout max. 5 odpovědí)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ošetrovatelským procesem | <input type="checkbox"/> finančním ohodnocením sester |
| <input type="checkbox"/> adekvátním počtem sester | <input type="checkbox"/> možností rozhodování o péči |
| <input type="checkbox"/> dobrou spolupráci s lékařem | <input type="checkbox"/> časem na plánování péče |
| <input type="checkbox"/> ošetrovatelskými pomůckami | <input type="checkbox"/> ošetrovatelským výzkumem |
| <input type="checkbox"/> přiměřenou legislativou | <input type="checkbox"/> jiné |
| <input type="checkbox"/> složením týmu | |
| <input type="checkbox"/> odbornou vzdělaností sester | |
| <input type="checkbox"/> podporou ze strany ošetrovatelského managementu | |

24. Jak podle Vás ovlivňuje vzájemná spolupráce zdravotnického týmu rozhodování sestry (tj. její rozhodovací roli) v praxi?

(vyberte jednu z variant, která nejvíce vystihuje Vaši myšlenku nebo doplňte)

- zásadně nepodporuje využívání rozhodovací role
- má minimální podpůrný vliv
- nevím
- má spíše podpůrný vliv
- významně podporuje využívání rozhodovací role
- jiné

25. Jak Vy osobně zasahujete pro zlepšení pracovní atmosféry?

(odpovězte volně, stručně vyjádřete Vaši myšlenku)

.....

.....

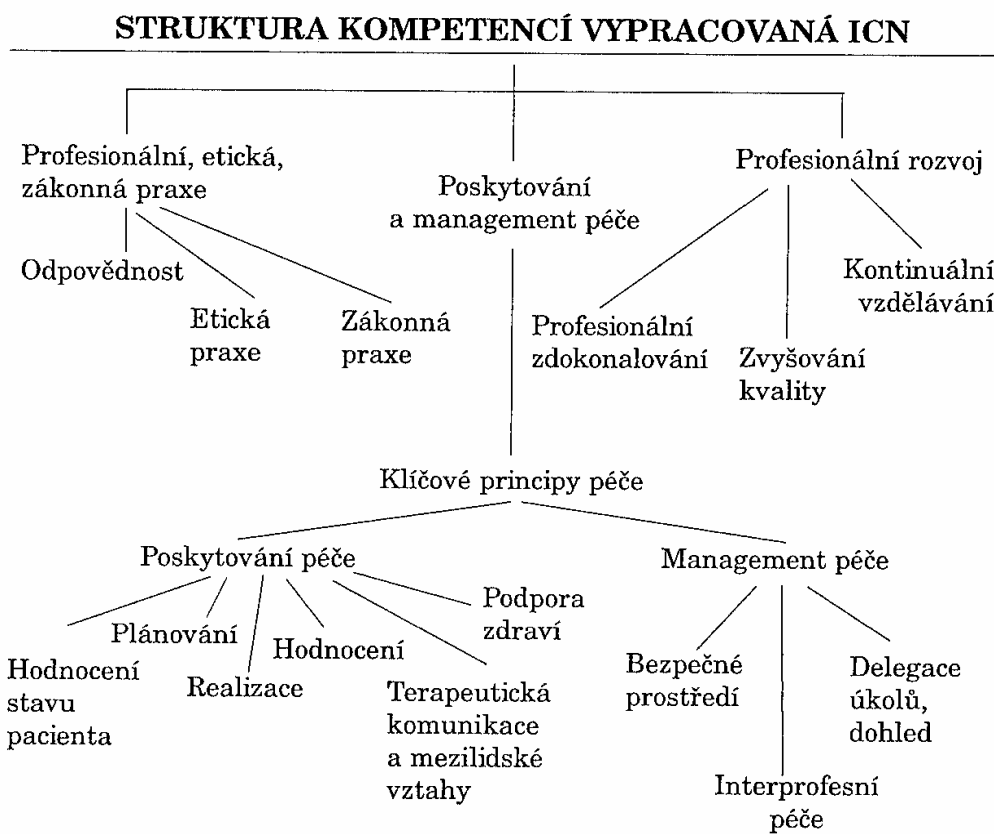
.....

Děkuji za vyplnění dotazníku

a

přeji Vám mnoho pracovních i osobních úspěchů

Příloha 3 Struktura kompetencí dle ICN



Zdroj: (2)

Příloha 4 Rozdíl mezi kritickým a kreativním myšlením

Kritické myšlení	Kreativní myšlení
Analytické	Plodné
Pravděpodobnost	Možnost
Zaměřené	Rozptýlené
Objektivní	Subjektivní
Používá levou hemisféru	Používá pravou hemisféru
Verbální	Vizuální
Lineární	Asociační
Argumentace	Inovace, inspirace
Odpovědi „ano — ale“	Odpovědi „ano — a“

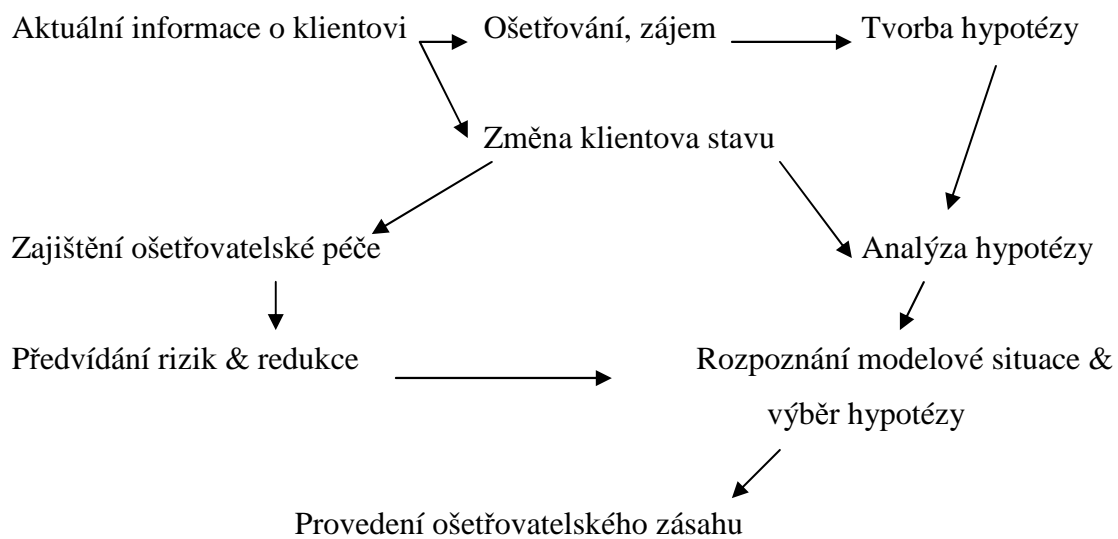
Zdroj: (46)

Příloha 5 Typy skupinových rozhodnutí a jejich výhody a nevýhody

Typ metody	Výhody	Nevýhody
<i>Taktické uskupení (úkolová skupina)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Využívá odborné znalosti členů skupiny. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dominantní jedinci mohou ovlivnit skupinu. • Po poradě se skupina rozpustí a členové mohou být nespokojeni.
<i>Kruh kvality</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Využívá odborné znalosti dobrovolně přihlášených členů, kteří mají společné pracovní zájmy 	<ul style="list-style-type: none"> • Časová náročnost • Omezení dobrovolným členstvím • Produktivita záleží na skupině a její schopnosti dohromady efektivně pracovat
<i>Brainstorming (bouře mozků)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Vytvoření velkého počtu kreativních nápadů 	<ul style="list-style-type: none"> • Kvalita produktů není přímo úměrná jejich počtu
<i>Nominální skupinová technika</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Dovoluje zvažování vyššího počtu alternativ • Členové nejsou tlačeni vpřed k nalezení řešení 	<ul style="list-style-type: none"> • Časová náročnost • Vyžaduje rozvinutý plán práce • Nedosáhne se pracovního uspokojení všech členů
<i>Metoda Delphi</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Vytvoření více alternativ • Může zahrnovat více účastníků, protože nemusí pracovat současně • Vzájemné neovlivňování účastníků 	<ul style="list-style-type: none"> • Vyžaduje více času • Vyžaduje rozvinutý plán • Účastníci mohou mít nízký pocit úspěchu

Zdroj: (11)

Příloha 6 Schématické znázornění O'Neillova modelu klinického rozhodování



Zdroj: (3)

Příloha 7 Oblasti kvality

PRODUKTU	PÉČE/SLUŽBY
RTG snímky Jídlo Léky Prádlo SZM Dokumentace	Rehabilitace Diagnostické služby Ošetrovatelská péče Lékařská péče Odběry krve Chování
KVALIFIKACE ZAMĚSTNANCŮ	PROSTŘEDÍ
Lékaři Sestry Ostatní zaměstnanci Dodavatelé	Budovy Osvětlení Hluk Parková úprava Nábytek Pracovní prostředí

Zdroj: (46)

Příloha 8 Oblasti akreditačních standardů

1. **Oblast kvality** (zajištění programu KZK, dokumentace, tvorba standardů)
2. **Diagnostické postupy** (příjem klienta, zápisy do dokumentace)
3. **Péče o pacienta** (standarty ošetrovatelské péče)
4. **Kontinuita péče** (propuštění klienta, převoz do jiného zdravotnického zařízení)
5. **Dodržování práv pacientů** (práva klientů, domácí řád)
6. **Podmínky poskytované péče** (směrnice, předpisy, bezpečnost)
7. **Standarty managementu** (organizační řád, plán pro rozvoj, komunikace)
8. **Péče o zaměstnance** (náplň práce, celoživotní vzdělávání, kvalifikace)
9. **Sběr a zpracování informací** (standardizace dokumentace a sběru dat)
10. **Protiepidemická opatření** (nozokomiální nákazy, manipulace a likvidace biologického materiálu)

Zdroj: (46)

Příloha 9 Žádosti k provedení výzkumného šetření

Mgr. Jiřina Otásková, MBA
Nemocnice České Budějovice, a.s.
Boženy Němcové 585/54
České Budějovice
370 87

Bc. Jaroslava Stehlíková, R.N.
Revoluční 208
České Velenice
378 10

20.1.2009, České Velenice

Věc: Žádost o spolupráci při výzkumu v nemocnici

Žádám o spolupráci při výzkumu týkající se mé diplomové práce s názvem „Využití role sestry rozhodovatelky v praxi v souvislosti s poskytováním kvalitní ošetrovatelské péče“. Jedná se o rozdělení dotazníků vedoucím sestrám (managementu) a sestrám na jejich oddělení. Do výzkumného šetření bude zahrnuto chirurgické, interní, neurologické, gynekologické, anesteziologicko-resuscitační oddělení a oddělení léčebné rehabilitace a následné péče.

Děkuji za kladné vyřízení


Bc. Jaroslava Stehlíková, R.N.



Mgr. Jiřina Otásková, MBA
Nemocnice České Budějovice, a.s.
IČ 260 68 877

p. Dana Běhounová
Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.
U nemocnice 380/III
Jindřichův Hradec
377 38

Bc. Jaroslava Stehlíková, R.N.
Revoluční 208
České Velenice
378 10

23.1.2009, České Velenice

Věc: Žádost o spolupráci při výzkumu v nemocnici

Žádám o spolupráci při výzkumu týkající se mé diplomové práce s názvem „*Využití role sestry – rozhodovatelky v praxi v souvislosti s poskytováním kvalitní ošetrovatelské péče*“. Jedná se o rozdání dotazníků vedoucím sestrám (managementu) a sestrám na jejich oddělení. Do výzkumného šetření bude zahrnuto chirurgické, interní, neurologické, gynekologické, anesteziologicko-resuscitační oddělení a oddělení léčebné rehabilitace a následné péče.

Děkuji za kladné vyřízení


Bc. Jaroslava Stehlíková, R.N.

Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.
hlavní sestra
U Nemocnice 380/III.
377 38 Jindřichův Hradec
IČ 260 95 157 DIČ CZ26095157
-42-

9.1.09 

Bc. Jana Somrová
Nemocnice Písek a.s.
Karla Čapka 589
Písek
397 23

Bc. Jaroslava Stehlíková, R.N.
Revoluční 208
České Velenice
378 10


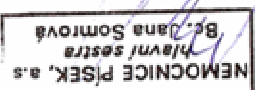
23.1.2009, České Velenice

Věc: Žádost o spolupráci při výzkumu v nemocnici

Žádám o spolupráci při výzkumu týkající se mé diplomové práce. Jedná se o rozdání dotazníků vedoucím sestrám (managementu) a sestrám na jejich oddělení. Do výzkumného šetření bude zahrnuto chirurgické, interní, neurologické, gynekologické, anesteziologicko-resuscitační oddělení a oddělení léčebné rehabilitace a následné péče.

Děkuji za kladné vyřízení


Bc. Jaroslava Stehlíková, R.N.

Jana Somrová



Bc. Marie Janoušková
Nemocnice Strakonice, a.s.
Radomyšlská 336
Strakonice
386 29

Bc. Jaroslava Stehlíková, R.N.
Revoluční 208
České Velenice
378 10

22.1.2009, České Velenice


Věc: Žádost o spolupráci při výzkumu v nemocnici

Žádám o spolupráci při výzkumu týkající se mé diplomové práce. Jedná se o rozdání dotazníků (cca 60 kusů) vedoucím sestrám (managementu) a sestrám na jejich oddělení. Do výzkumného šetření bude zahrnuto chirurgické, interní, neurologické, gynekologické, anesteziologicko-resuscitační oddělení a oddělení léčebné rehabilitace a následné péče.


Děkuji za kladné vyřízení

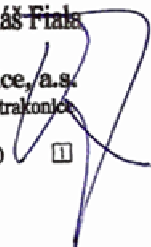

Bc. Jaroslava Stehlíková, R.N.

24. 1. 2009



MUDr. Bc. Tomáš Fiala

Nemocnice Strakonice, a.s.
Radomyšlská 336, 386 29 Strakonice
IČ: 260 95 181
Tel.: 383 314 120 



Mgr. Helena Pločková
Nemocnice Tábor, a.s.
Kpt. Jaroše 2000
Tábor
39003

Bc. Jaroslava Stehlíková, R.N.
Revoluční 208
České Velenice
378 10

26.1.2009, České Velenice

Věc: Žádost o spolupráci při výzkumu v nemocnici

Žádám o spolupráci při výzkumu týkající se mé diplomové práce s názvem „Využití role sestry rozhodovatelky v praxi v souvislosti s poskytováním kvalitní ošetrovatelské péče“. Jedná se o rozdání dotazníků vedoucím sestrám (managementu) a sestrám na jejich oddělení. Do výzkumného šetření bude zahrnuto chirurgické, interní, neurologické, gynekologické, anesteziologicko-resuscitační oddělení a oddělení léčebné rehabilitace a následné péče.

Děkuji za kladné vyřízení


Bc. Jaroslava Stehlíková, R.N.

27.1.09 *prohlášená*


Nemocnice Tábor, a.s.
kpt. Jaroše 2000
390 03 Tábor