

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Změna pohledu (postoje) sestry k poskytování ošetrovatelské péče při
zařazení na funkční místo**

Diplomová práce

Vedoucí práce
Mgr. Ivana Chloubová

Autor práce
Bc. Marie Procházková

2010

Abstrakt

Tématem diplomové práce byla změna pohledu (postoje) sestry k poskytování ošetrovatelské péče při zařazení na funkční místo. Sestře, která je zařazena na místo staniční nebo vrchní sestry se mění i její náplň práce, je ve vedoucí funkci, z kolegyň jsou najednou podřízené, jejichž práci musí organizovat, odborně vést a kontrolovat. S řadou nových povinností se může stát, že se její pohled na poskytování ošetrovatelské péče změní.

Cílem práce bylo zjistit, zda a jakým způsobem se změní pohled (postoj) sestry na poskytování ošetrovatelské péče při zařazení na funkční místo, a jak si sestra zařazená na funkční místo zajišťuje autoritu u svých podřízených. V souvislosti s cíli práce byly zvoleny tyto hypotézy. Hypotéza 1: Postoj sestry k poskytování ošetrovatelské péče se změní po zařazení na funkční místo. Hypotéza 2: Sestra zařazená na funkční místo vyžaduje poskytování ošetrovatelské péče dle ošetrovatelských standardů. Hypotéza 3: Sestra zařazená na funkční místo zodpovídá za kvalitu poskytované ošetrovatelské péče. Dále byly položeny výzkumné otázky. 1. Je pro sestru zařazenou na funkční místo těžké zajistit si autoritu u služebně starších sester? 2. Je pro sestru zařazenou na funkční místo těžké kontrolovat ošetrovatelskou péči poskytovanou směnnými sestrami? 3. Je snazší organizovat práci směnným sestrami, se kterými sestra ve vedoucí pozici předtím nepracovala?

K potvrzení nebo vyvrácení hypotéz bylo použito kvantitativního šetření formou dotazníků. Výzkumný soubor tvořily vrchní a staniční sestry z nemocnic Jihočeského regionu a z nemocnice v Příbrami a Pelhřimově. Kvalitativní šetření bylo realizováno formou nestrukturovaného rozhovoru s vrchními sestrami Nemocnice České Budějovice a.s. Po vyhodnocení výsledků vyplynulo, že všechny 3 hypotézy byly potvrzeny. Výsledky šetření potvrzují, že se pohled sestry na poskytování ošetrovatelské péče mění po zařazení na funkční místo. Jde o daleko větší zodpovědnost za úroveň kvality práce svých podřízených.

Výsledky práce budou prezentovány na celoustavních seminářích a na konferencích, dále budou publikovány v odborném časopise. Zároveň bude s výsledky této práce

seznámen též management nemocnice – náměstkyně pro ošetrovatelskou péči a v neposlední řadě budou k dispozici i respondentkám, které se tohoto šetření zúčastnily.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svoji diplomovou práci na téma „Změna pohledu (postoje) sestry k poskytování ošetrovatelské péče při zařazení na funkční místo“ 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 - v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou - elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích, na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses. cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 16. 8. 2010

Bc. Marie Procházková

Poděkování

Děkuji Mgr. Ivaně Chloubové za odborné vedení při zpracování diplomové práce, za podněty a připomínky, za cenné rady, trpělivost a věnovaný čas.

Obsah

Úvod	4
1.Současný stav.....	6
1.1. Ošetrovatelství	6
1.1.1 Historie ošetrovatelství.....	6
1.1.2 Ošetrovatelství 19. a 20.století	8
1.1.3 Definice ošetrovatelství	8
1.1.4 Cíle a východiska ošetrovatelství	9
1.1.5 Ošetrovatelský proces.....	10
1.1.6 Dokumentace ošetrovatelské péče	11
1.2 Všeobecná sestra	12
1.2.1 Osobnost sestry.....	12
1.2.2 Prestiž profese sestry	12
1.2.3 Vzdělávání sester.....	14
1.2.3.1 Registr zdravotnických pracovníků a legislativa	16
1.2.4 Kompetence všeobecné sestry	17
1.2.4.1 Kompetence staniční sestry.....	18
1.2.4.2 Kompetence vrchní sestry	19
1.2.5 Psychická, fyzická a psychosociální zátěž.....	20
1.2.5.1 Stres	21
1.2.5.2 Syndrom vyhoření . burnout syndrom.....	22
1.2.5.3 Duševní hygiena sestry	24
1.2.6 Etika v ošetrovatelství	25

1.2.6.1 Etika všeobecné sestry.....	26
1.2.7 Komunikace v ošetrovatelství	27
1.3 Management ošetrovatelství	29
1.3.1 Manažeri.....	30
1.3.2 Úroveň manažerů ve zdravotnictví	31
1.3.3 Cíle a funkce managementu v ošetrovatelství.....	32
1.3.4 Motivace ošetrovatelského personálu.....	33
1.3.5 Kariéra.....	34
1.3.6 Moc, pravomoc a autorita.....	35
1.3.7 Emoční inteligence.....	36
1.3.8 Vedení a řízení pracovníků v ošetrovatelství.....	37
1.3.8.1 Styl vedení.....	39
1.3.8.2 Řešení konfliktů	40
1.3.8.3 Mezigenerační konflikty na pracovišti	42
1.3.8.4 Elitářství v ošetrovatelství	43
1.4 Kvalita zdravotní péče	44
1.4.1 Dimenze kvality	45
1.4.2 Dodržování standardů.....	46
1.4.2.1 Druhy standardů	47
1.4.3 Audity.....	47
1.4.4 Akreditace.....	48
2. Cíl práce a hypotézy	50
2.1 Cíle práce.....	50

2.2 Hypotézy a výzkumné otázky	50
3. Metodika	52
3.1 Použité metody	52
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru	52
4. Výsledky	53
4.1 Vyhodnocení kvantitativního šetření.....	53
4.2 Vyhodnocení kvalitativního šetření - rozhovory	86
4.2.1 Tabulky.....	98
5. Diskuze	107
6. Závěr	119
7. Klíčová slova.....	121
8. Literatura	122
9. Přílohy	127

Úvod

Téma diplomové práce jsem si vybrala záměrně, protože je mi tato problematika blízká. Sama jsem prošla dvěma stupni manažerské pyramidy, byla jsem staniční sestrou na JIP a od roku 2008 vykonávám funkci vrchní sestry. Na vlastní kůži jsem tedy zažila, co změna pozice přináší a do diplomové práce jsem mohla vkládat i vlastní pocity a zkušenosti.

Přechod z řadového zaměstnance do funkce vrchní nebo staniční sestry znamená převzetí autority, a to je někdy velmi složité. Povinnost zachovávat pořádek odlišuje manažera od personálu a to představuje mnohdy problém. Vrchní sestra má specifickou zodpovědnost vůči organizaci a personálu. Je podřízena primáři oddělení, organizačně a metodicky náměstkyni ošetrovatelské péče – hlavní sestře. Nadřízena je nelékařským zdravotnickým pracovníkům na oddělení. Staniční sestra provádí vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči v rámci své stanice. Jejím přímým nadřízeným je vrchní sestra, která jí vede po stránce metodické v oblasti ošetrovatelské péče. Koordinuje činnost staničních sester v běžném provozu se znalostí prostředí a specifik, a řeší pružně problémy, které mezi stanicemi vznikají.

Práce vrchní a staniční sestry spočívá hlavně v řídicích a organizačních činnostech. Řídí, kontrolují a organizují činnost nelékařských zdravotnických pracovníků, kontrolují a usměrňují individuální plány ošetrovatelské péče, využívají poznatků vědy a výzkumu, odpovídají za úroveň a kvalitu poskytované ošetrovatelské péče o pacienty. Spolupracují se všemi členy multidisciplinárního týmu. Zvláště s těmi, kteří přímo poskytují ošetrovatelskou péči. Vrchní a staniční sestry, kterým se někdy říká manažeři jednotek, dodržují důsledně organizační a provozní řády nemocnice a v rámci své funkce pracují dle předpisů o bezpečnosti práce a ochrany zdraví při práci, vedou zdravotnickou dokumentaci a další dokumentaci vyplývající ze zvláštních předpisů. Pracují s informačním systémem zdravotnického zařízení. Odpovídají za úroveň a kvalitu poskytované ošetrovatelské péče o pacienty, dodržování postupů a platných standardů ošetrovatelské péče. Vzájemně spolu úzce spolupracují. Může se pak stát, že

s těmito povinnostmi, sestra zařazená na funkční místo, změní postoj a pohled na poskytování ošetrovatelské péče.

Povýšení pracovníka představuje takový pohyb, kdy pracovník v rámci organizace přechází na důležitější, náročnější pracovní funkci – tedy zlepšuje jeho postavení v hierarchii pracovních funkcí v organizaci. Může k tomu dojít na základě přímého rozhodnutí kompetentních míst organizace nebo na základě nabídky volné pracovní funkce v organizaci. Jedná se o formu rozmisťování pracovníků v rámci vnitřní mobility. Stává se, že se sestra pracující ve směnném provozu vypracuje přes funkci staniční sestry do funkce vrchní sestry. Z jejích kolegyň se tak najednou stávají podřízené. Ona sama přestává být jednou z nich, nyní jde v jejich čele. Je jejich nadřízenou. Její role se mění. Neposkytuje péči, ale je zodpovědná za její poskytování.

Zda se změní pohled sestry na poskytování ošetrovatelské péče při jejím zařazení na vedoucí místo, a jakým způsobem, je předmětem zkoumání této práce.

1. Současný stav

1.1 Ošetřovatelství

1.1.1 Historie ošetřovatelství

Profesionální ošetřovatelství se rozvíjelo společně s rozvojem medicíny, se vzděláváním v medicíně a se vznikem nemocnic. Přestože úzce souvisí s jeho zakladatelkou Florence Nightingalovou, určitá profesionální příprava, která byla nutná pro fungování nemocnic a veřejného zdravotnictví, existovala již předtím (9).

Ze zachovalých písemných památek se dozvídáme, že už v 10. století byl postaven špitál v Týně (v místě dnešního Staroměstského náměstí v Praze). Byl pro 12 nemocných, které ošetřovalo 7 žen. Další, později zakládané špitály na našem území, byly zpravidla spojeny s kaplí, kostelem nebo klášterem a nesly jejich název. Velkou postavou začátků českého ošetřovatelství byla Anežka Přemyslovna, sestra českého krále Václava I. Založila v Praze několik klášterů, první v roce 1233 U sv. Haštala, kde byl umístěn i špitál. Anežka založila také klášter klaristek a chudobinec křížovníků a pro řád křížovníků vypracovala pravidla pro opatrování nemocných a chudých. Anežka, světlá postava středověkého opatrovnictví, je pokládána za zakladatelku ošetřovatelství u nás. Až koncem 20. století byla její záslužná činnost plně doceněna svatořečením. Také na jiných místech byly zakládány špitály a lazarety. V Brně roku 1238 byl založen první špitál U sv. Ducha, později zvaného U sv. Jana Křtitele, který založil brněnský měšťan Roger (Rudolf) s chotí Hodavou. O další brněnské špitály se zasloužily Eliška Rejčka, vdova po Václavu II a Eliška Přemyslovna, dcera Václava II. Zakládané špitály poskytovaly chudině to nejzákladnější, co k životu potřebovala – střechu nad hlavou, nasycení a umytí. K opatrovnické službě ve špitálech, která byla vykonávána příslušníky různých církevních řádů, se postupně dostávaly i osoby civilní – sluhové a služebné. Objevovali se mezi nimi i lidé poznamenaní hanbou, trestanci a většina z nich neuměla číst ani psát. Šlo o velmi těžkou službu, vykonávanou zpravidla bez oddechu. Odměna za práci byla bídná.

V 15. století provozovaly návštěvní opatrovnictví v Praze diakonky, příslušnice protestantských řádů, které byly pro svou práci školeny. Denně docházely za nemocnými, které opatrovaly, myly a praly jim prádlo (22).

V období třicetileté války mnohé špitály zanikly. Náhlá epidemie cholery (1665) skolila tisíce životů a dílo zkázy dovršila další epidemie morová (1679-80), při níž jen v Čechách zemřelo 50 tisíc lidí. Zde byly všechny dosavadní lékařské znalosti bezmocné a nedochází k žádnému zlepšení v lékařství a ve zdravotní péči. K pozvolnému probuzení zájmu o zdravotnictví dochází až v době tereziánské a josefovské reformy. V roce 1753 vydává Marie Terezie zdravotní řád pro země české a v roce 1770 ještě normu, která upravuje pravidla a práva všech zdravotnických osob. Jsou zakládány všeobecné nemocnice a později i porodnice (22).

O profesionálním ošetřovatelství se začíná hovořit od období reformy ošetřovatelství, o kterou se zasloužila F. Nightingalová v období Krymské války (1854 – 1856). Zasloužila se o to, že se z ošetřovatelství stává opět uznávaná profese. Reformní činnost Nightingalové se neomezovala jen na navrácení důstojnosti ošetřovatelství. Při svém boji za čistotu a pohodlí nemocných usilovala i o zlepšení zdravotní výchovy obyvatelstva ve snaze zabránit v té době velmi rozšířeným nemocem, které vznikaly díky ubohým podmínkám ve městech. Nightingalová zdůrazňovala prevenci a nabádala k poskytování ošetřovatelské péče v celé její šíři: postarat se o to, aby měli pacienti vždy čerstvý vzduch, dobrou a nezávadnou vodu, vhodné léky, pokoj, potřebný pohyb a vědomosti o tom, jak pokračovat v péči o sebe sama. Mnohé z myšlenek Nightingalové se staly normami péče o pacienty dodnes. Jedním z hlavních cílů této reformátorky byla výchova sester – ošetřovatelek. Zasloužila se o založení školy ošetřovatelek při nemocnici sv. Tomáše v Londýně v r. 1860, která nesla její jméno. V této škole byl vypracován první plánovaný výchovně – vzdělávací program pro sestry (29).

1.1.2 Ošetřovatelství v 19. a 20. století u nás

Od poloviny 19. století lze pozorovat profesionalizaci ošetřovatelského povolání i u nás. Spolu s profesionalizací šlo i o snahu o jeho emancipaci a odpovídající společenskou prestiž. Tyto snahy vedly např. k prosazování profesního vzdělávání, k silnému zdůraznění etické stránky profese a k postupnému zlepšování sociálního postavení sester (ubytovny, pracovní doba, dovolená, volný pohyb). Postupně docházelo k rozvoji organizace a řízení oboru vzdělanými sestrami a k zevnímu profesnímu označení této sociální skupiny (uniformy pracovní a společenské).

V roce 1918 vstoupily do praxe první diplomované sestry – absolventky dvouleté Státní ošetřovatelské školy, založené v roce 1916. Postavení diplomovaných sester bylo na konci meziválečného období velmi vysoké. Postupně obsazovaly řídicí funkce, měly silnou stavovskou organizaci. Získaly velkou prestiž v očích veřejnosti mimo jiné i svou zcela samostatnou prací v terénu, v poradnách pro matky a děti, v ordinacích Ligy proti tuberkulóze apod.

Po Únoru 1948 zanikly ošetřovatelské školy a byly nahrazeny nově vytvořenými zdravotnickými školami, které vznikly z rodinných a sociálních škol. Tehdejší režim se snažil vymýtit vše buržoazní, včetně stavovské hrdosti diplomovaných sester. Byla odvolána většina diplomovaných sester z vedoucích míst. S příchodem materialistické ideologie bylo postupně vytlačeno i profesní sebevědomí sester. Ošetřovatelství se postupně stalo servisní službou lékařské péče. Zmizela funkce samostatně pracující sestry. Klesla společenská prestiž profese a pocit sester, že jsou významným faktorem při jejím utváření (42).

1.1.3 Definice ošetřovatelství

Ošetřovatelství je samostatný zdravotnický obor. Světovou zdravotnickou organizací je definováno jako: „Systém typicky ošetřovatelských činností týkajících se jednotlivce, rodin a skupin, který jim pomáhá, aby byli schopni pečovat o své zdraví a pohodu“(49). Pojetí českého Ošetřovatelství je v souladu s koncepcí SZO a zaměřuje se především na udržení a podporu zdraví, navrácení a rozvoj soběstačnosti, zmírnění utrpení nevléčitelně nemocných pacientů, zabezpečení klidného umírání a smrti, péči o rodinu

nemocného, na zabezpečení kvalitní a kvalifikované péče v domácím prostředí a neopomíjí ani péči o pozůstalé (43). Ošetřovatelský personál pomáhá jednotlivci, rodinám i skupinám, aby byli schopni samostatně uspokojovat fyziologické, psychosociální a duchovní potřeby. Učí nemocné sebepéči, edukuje jejich blízké v poskytování laické ošetřovatelské péče. Nemocným, kteří o sebe nechtějí, neumějí nebo nemohou pečovat, zajišťuje profesionální ošetřovatelskou péči (39).

1.1.4 Cíle a východiska ošetřovatelství

Cíle ošetřovatelství jsou zaměřeny na zdraví i na nemoc. Cíle zaměřené na zdraví v sobě zahrnují pomoc jednotlivci, rodině, skupinám a komunitám dosáhnout tělesného, duševního a sociálního zdraví a pohody v souladu s jejich sociálním a ekologickým prostředím, podpořit jejich pozitivní zdraví, maximalizovat lidský potenciál v péči o sebe sama a provádět účinnou prevenci onemocnění. Cíle zaměřené na nemoc znamenají snižovat negativní vliv onemocnění na celkový stav člověka, předcházení komplikací, nacházet a uspokojovat potřeby lidí s porušeným zdravím, lidí zdravotně postiženým nebo lidí nevyлéčitelně nemocných (34).

Ošetřovatelství znamená moudrost, pomoc a lásku. Aby mohlo plnit tyto nejlidštější úkoly, je nutné, aby se stále zdokonalovalo. V současné době se ošetřovatelství vědecky vyvíjí, je to tedy věda, ale zároveň i umění. V této kombinaci poskytuje sestře nejen moudrost, ale zároveň v ní rozvíjí cit, lásku, vůli a schopnost pomáhat druhým. Vzájemné spojení umění a vědy umožňuje sestře velmi účinně pomáhat člověku, pokud je zdravý, ale i v době nemoci, zajistit mu všechny lidské potřeby v těch nejtěžších, ale i nejradostnějších chvílích života. Sestra jako představitelka ošetřovatelského povolání by měla být vzdělaná, emocionálně a sociálně zralá, starost o druhé by jí mělo přinášet radost a vnitřní uspokojení. Sestra znamená pro společnost určitý vzor, svými odbornými znalostmi, zkušenostmi, praktickým působením a lidskou ochotou vytváří jednu z nejzdravějších součástí sociálního prostředí. Právě sestra provází člověka od jeho narození, ve zdraví i nemoci, až po ukončení jeho života (9).

1.1.5 Ošetřovatelský proces

Metodou moderního ošetřovatelství je ošetřovatelský proces, je to způsob, jakým sestra péči o člověka vykonává. Moderní ošetřovatelská péče klade hlavní důraz na podporu a udržení zdraví. Stane-li se centrálním elementem ošetřovatelského procesu aktivní účast každého člověka v rozhodování o své péči, lze toho dosáhnout. Jednotlivci nebo skupiny zhodnotí své potřeby spolu se sestrou, sestaví plán péče, společně se podílejí na jeho plnění a zhodnocení dosažených výsledků (49).

Termín ošetřovatelský proces poprvé použila Hallová v roce 1955. Od té doby popsalo proces ošetřování více sester různým způsobem, některé jako třístupňový, jiné zase použila 4 kroky ošetřovatelství. Využití ošetřovatelského procesu v klinické praxi se uskutečnilo v roce 1973, kdy Sdružení amerických sester (ANA) uveřejnilo normy ošetřovatelské praxe a uvedlo 5 součástí ošetřovatelského procesu: posuzování, diagnostiku, plánování, realizaci a vyhodnocení. Mnohé státy postupně přehodnotily svou ošetřovatelskou praxi a přizpůsobily jí těmto 5 aspektům (29).

Samotný pojem „proces“ představuje sérii plánovaných činností, které jsou zaměřeny na dosažení určitého výsledku. Z teoretického hlediska jde o systémovou teorii aplikovanou na postup, který řeší určitý problém s cílem, který je předem stanoven, můžeme říci, že jde o myšlenkový algoritmus, který používá kvalifikovaná sestra při hodnocení stavu pacienta, plánování, realizaci a vyhodnocování účinnosti péče. Z praktického hlediska je ošetřovatelský proces systematická, racionální metoda plánování a poskytování ošetřovatelské péče, jejímž cílem je pokud možno pozitivní a zdraví prospěšná změna zdravotního stavu pacienta. Ošetřovatelský proces je dnes mezinárodním standardem ošetřovatelské praxe. Před tím, než se začala používat metoda ošetřovatelského procesu v praxi, prováděly sestry svou péči na příkaz lékaře a jejich péče byla zaměřena více na chorobu než na individuální potřeby nemocného člověka.

Cílem ošetřovatelského procesu je kvalitní ošetřovatelská péče – uspokojování individuálních potřeb pacienta. Používání metody ošetřovatelského procesu vyžaduje, aby sestra měla odpovídající vzdělání a dovednosti např. v oblasti interpersonální (komunikace, projev zájmu a empatie, naslouchání, získání důvěry), technické (zručnost

při výkonech) a intelektové (řešení problémů, kritické myšlení a schopnost vytváření odpovídajících úsudků) (34).

Ošetrovatelský proces je základem pro poskytování individualizované a vstřícné ošetrovatelské péče. Přínos této péče znamená pro nemocného, že péče je ordinovaná řízená sestrou, je „šitá na míru“, odpovídá potřebám nemocného, je systematická, založená na ošetrovatelském procesu, vyvolává aktivitu nemocného a jeho rodiny a udržuje nebo zvyšuje soběstačnost nemocného. Přínos individualizované péče pro sestru znamená, že zvyšuje samostatnost práce sestry, zvyšuje její kompetenci a odpovědnost, vyvolává zpětnou vazbu a zlepšuje sebereflexi a seberealizaci v profesi (41).

1.1.6 Dokumentace ošetrovatelské péče

Zákon č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu, v platném znění, v§ 67b ukládá zdravotnickým zařízením vést zdravotnickou dokumentaci. Zákon však nedělá rozdíl mezi zdravotnickou dokumentací lékaře a sester (55).

Ošetrovatelská dokumentace znamená všechny písemné, grafické a jiné záznamy prováděné sestrou, které se týkají pacientů, a které souvisejí s poskytováním ošetrovatelské péče a dalších činností. Ošetrovatelská dokumentace je nezbytnou součástí ošetrovatelského procesu a důležitou součástí zdravotnické dokumentace (55). Kvalitní ošetrovatelská dokumentace umožňuje sledovat celý průběh onemocnění a léčení pacienta z pohledu sester. Ošetrovatelská péče je dokumentována v tiskopisech a formulářích, které si připravuje každé pracoviště nebo zdravotnické zařízení podle svých potřeb (43). Ošetrovatelská dokumentace poskytuje důkaz, že pacientovi je poskytována individualizovaná péče metodou ošetrovatelského procesu. Ve formuláři Ošetrovatelská anamnéza je zaznamenáno počáteční zhodnocení stavu pacienta, ošetrovatelské diagnózy, intervence a výsledky jsou zapsány v Plánu péče. Realizace ošetrovatelské péče je zapsána ve formuláři Vývoj stavu pacienta/pozorování. Vedle těchto základních částí ošetrovatelské dokumentace existují další součásti jako například překladová nebo propouštěcí ošetrovatelská zpráva, záznam o převazech rány, sledování bolesti, záznam diabetika, vývoj soběstačnosti a další. Vedení individuální dokumentace pacienta (lékařem i sestrou) je jedním ze základních požadavků pro

akreditaci zdravotnických zařízení. Dokumentace je také právním podkladem, který chrání pacienta, sestru, lékaře i zdravotnické zařízení. Měla by být psána věcným a jasným způsobem, který ukazuje vývoj stavu pacienta směrem k očekávaným měřitelným výsledkům (34).

1.2 Všeobecná sestra

1.2.1 Osobnost sestry

Činnosti sestry jsou postaveny na několika etických zásadách. Patří mezi ně např. ochota sestry aktivně hájit zájmy pacienta a pečovat o něj, maximálně akceptovat jeho důstojnost a potřeby intimity, zvýšená samostatnost spojená s převzetím větší osobní odpovědnosti. Je nezbytné, aby při realizaci ošetrovatelského procesu, který je založen na aktivním kontaktu sestry s pacientem, měl pacient a jeho rodina k sestře maximální důvěru. Chování a jednání sestry, které její činnost doprovází, podstatně ovlivňuje kvalitu práce sestry z hlediska nemocného i veřejnosti. Ošetřovaní pacienti velmi citlivě vnímají, jak sestra uplatňuje své interpersonální dovednosti. Pacient může lépe vyjádřit své problémy a pociťovat opravdovou pohodu a podporu, pokud sestra tyto interpersonální dovednosti zvládá dobře. Vzájemný vztah, který se v takové situaci vytvoří, umožňuje úzkou spolupráci sestry s nemocnými i s jejich blízkými a urychluje edukační i terapeutický efekt ošetrovatelského procesu. Nevhodné chování sestry může naopak komplikovat ošetrovatelskou i léčebnou péči a devalvovat sesterskou profesi. Mezi základní projevy důvěryhodnosti patří vztah sestry k povolání, kultivovanost projevu, vystupování a chování, odborné znalosti a důležitý je i zevnějšek sestry (42).

1.2.2 Prestiž profese sestry

Na práci sester jsou kladeny vysoké nároky, stále se zvyšují její kompetence, řada sester má vysokoškolské vzdělání, nabízejí se proto otázky, zda je adekvátně ošetřena úloha a postavení sestry ve stávající legislativě (v zákonech, vyhláškách, směrnících apod.), dále, jaké má sestra podmínky pro výkon své profesionální práce, do jaké míry kooperující profese a pacienti respektují její odbornou kompetenci, jaké postoje má veřejnost k profesi sestry, jaká prestiž se jí připisuje (3). Ještě není zcela vyrovnán

vztah lékaře a sestry, který historicky vznikl jako vztah nadřízenosti a podřízenosti. Třebaže se zdravotnictví, zvláště v posledních desetiletích, mohutně rozvinulo a sestra se stala, stejně jako lékař, vysokoškolskou profesí, tento základní vztah přetrvává a je viditelný i na veřejnosti. Lidé si dosud nejsou schopni uvědomit, že došlo k významné změně v postavení sestry. Prestiž profese souvisí podle D. Juráskové s kompetencemi sester: „ V péči o pacienta existuje obrovský prostor, množství informací, kterými se lékař vůbec nezabývá. Je to doména sester, daná uznáním důležitosti veškerých potřeb pacientů“ (47).

Prestiž je relativní hodnota, je to vážnost a důležitost, která je připisována skupinám, povoláním nebo jejich příslušníkům, případně jednotlivým osobám, na základě určitého více či méně obecně uznávaného měřítka. Prestiž je předmětem empirického výzkumu od roku 1911. V českých zemích provedl poprvé výzkum prestiže v roce 1937 A. Obrdlík.

Středisko empirických výzkumů SÚ ČSAV ve spolupráci s Ústavem teorie a historie vědy v roce 1990, kdy byla posuzována prestiž padesáti povolání, se umístila sestra na devátém místě (10. horník, 13. ing. ve výzkumu, 14. právník, 18. projektant). Důležité je jak hodnotí prestiž svého povolání samy sestry. Důležitým indikátorem vztahu k povolání je vnímání společenského hodnocení vlastní profese. Výzkum prováděný v letech 2004 – 2006 „Změny v profesi sestry na počátku nového tisíciletí“ (Bártlová, 2006) se zaměřil i na otázku prestiže všeobecných sester v České republice.

Vážnost profese všeobecné sestry – společenská prestiž, je v ČR vnímána samotnými sestrami nejčastěji jako nižší nebo průměrná. Není důležité pro vnímání prestiže vlastního povolání, v jakém typu zdravotnického zařízení sestra pracuje, ani na kterém oddělení je zaměstnaná. Nebyly také zjištěny statisticky významné rozdíly v hodnocení prestiže mezi sestrami pracujícími ve státním a soukromém zdravotnickém zařízení. Ani vzdělání nemá na vnímání společenské prestiže profese sestry vliv. Pozitivněji vnímají prestiž mladší sestry s praxí v oboru do 3 let a všeobecné sestry, které hodnotí vlastní životní úroveň jako vyšší. Jiné statisticky významné souvislosti mezi vnímáním společenské prestiže a sociálními a profesními znaky nebyly zjištěny (3).

1.2.3 Vzdělávání sester

Díky měnícím se požadavkům společnosti se vzdělávání sester začalo měnit z jednostranného způsobu učení na mnohostranné pojetí učení, vzdělávání a služeb. Časem se vzdělávání sester přesunulo ze sektoru služeb na univerzitní půdu. Role sestry se vyvíjela a stávala se stále více komplexní. Tím, že se vyšší vzdělávání a vědní obor ošetrovatelství vyvinulo do tohoto stádia, mělo obrovský vliv na celý obor ošetrovatelství. Obor ošetrovatelství a vyšší vzdělávání sester podléhá velkým změnám z mnoha různých důvodů např.: rostoucí potřeby multikulturní společnosti, finanční zdroje ve vzdělávání a zdravotní péči a stále rostoucí možnosti technologie doprovázené nutností nových poznatků a vědomostí (8).

Úroveň a postavení každého oboru ovlivňují dva základní předpoklady – jeho obsah spojený s určitým stupněm odpovědnosti a pravomoci a úroveň přípravy pracovního oboru (42). Strategie SZO Zdraví pro všechny, která představuje velkou změnu ošetrovatelské praxe, vyžaduje i nový způsob profesní přípravy sester. Tento nový způsob profesní přípravy musí naučit tvořivému a kritickému myšlení a samotné sestry musí zaujmout odlišný postoj ke své práci a rozšířeným rolím. V roce 1989 Evropská komise doporučila, aby sestry v 21. století byly vzdělávány na vysokoškolské úrovni (34).

Vzdělávání sester se v České republice řídí zákonem 96 /2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povolání) – novelizován 1.7.2008 (53, 54). V souvislosti s přijetím tohoto zákona a vyhlášky č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnost zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (58), dochází k výrazným změnám v systému vzdělávání sester (39). Po absolvování čtyřletého studia v oboru zdravotnický asistent má absolvent možnost nastoupit do tříletého oboru diplomovaná všeobecná sestra nebo dále studovat v univerzitním programu ošetrovatelství bakalářského a následně magisterského studia (21). Příprava, která směřuje k udělení kvalifikace všeobecné sestry s diplomem, je rozdělena na výuku teoretickou a technickou a na výuku klinickou. Teoretická a technická výuka zahrnuje

ošetřovatelství – charakter, zásady, principy, dále základní vědní disciplíny – anatomie, fyziologie, patologie, biofyzika, bakteriologie, hygiena, farmakologie, zdravotní výchova a jiné. V neposlední řadě vědy sociální – psychologie, sociologie, principy správy, principy výuky, legislativa sociální a zdravotní, právní aspekty ošetřovatelství. Výuka klinická zahrnuje vztahy ošetřovatelství k všeobecné medicíně a jednotlivým interním a chirurgickým oborům, k pediatrii a péči o dítě a matku, k psychiatrii a duševnímu zdraví, geriatrii a k péči domácích (1).

V rozsahu vymezeném výše zmíněným zákonem zajišťují ošetřovatelskou péči zdravotničtí pracovníci způsobilí k výkonu povolání bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti. Tito pracovníci získávají vzdělání na vyšších zdravotnických školách a na školách vysokých podle příslušných směrnic Evropské unie. Celoživotním vzděláváním si dále zvyšují, prohlubují a upevňují dovednosti v rámci oborového rozvoje a nejnovějších vědeckých poznatků. Další kategorií, kterou výše uvedený zákon vymezuje, je zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením. Ten se vzdělává při kvalifikačním studiu na střední zdravotnické škole, nebo absolvuje akreditovaný kvalifikační kurz. Celoživotním vzděláváním si stejně jako předchozí kategorie aktuálně zvyšuje a doplňuje vědomosti a dovednosti v dané oblasti (39).

Specializační vzdělávání zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu povolání bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti je definováno v § 55 – 60 zákona č. 96/ 2004 Sb. Účast na celoživotním vzdělávání je považována za zvyšování kvalifikace, za které se považuje též její prohlubování a obnovování. Účelem specializačního vzdělávání zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků je získání specializované způsobilosti k výkonu specializovaných činností příslušného zdravotnického povolání. Specializační vzdělávání poskytuje akreditované zařízení podle vzdělávacího programu. Základní struktura vzdělávacích programů pro konkrétní specializační vzdělávání se řídí vzdělávacími programy, které jsou uveřejněny ve Věstnicích MZČR a jsou koncipovány pro zdravotnické pracovníky s odbornou způsobilostí podle § 5-21 zákona č. 96/2004 Sb. modulovým způsobem anebo podle § 22-28 stejného zákona, formou celodenní nebo externí průpravy, přičemž úroveň ani

celková délka průpravy není dotčena. Modulový systém je forma studia, která podstatně mění způsob získávání vědomostí, uplatňování již dosažených znalostí v praktické činnosti, získávání nových praktických dovedností a návyků v oboru. Modulový systém je studijní program složený z jednotlivých modulů – bloků, které na sebe plynule navazují. Všechny moduly mají stejnou strukturu: teorii, praxi na vybraném pracovišti a hodnocení. Studijní program obsahuje modul základní, modul odborný a moduly speciální. Jednotlivé moduly se vždy vztahují k úkolům zdravotnického pracovníka a k potřebám péče o pacienta tak, jak to vyžadují podmínky specializační přípravy (60).

1.2.3.1 Registr zdravotních pracovníků a legislativa

Největší změnou v sesterské praxi se stala možnost získání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Ministerstvo zdravotnictví vydává zdravotnickému pracovníkovi osvědčení k výkonu zdravotnického povolání na základě jeho písemné žádosti. Osvědčení se vydává na dobu šesti let. Na vydání osvědčení navazuje zápis do registru (registrace). Vznik Registru zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu je dán zákonem č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních, který vstoupil v platnost 1.4.2004 (9). Registr je veřejně přístupný, s výjimkou údajů o rodném čísle a trvalém pobytu a je součástí Národního zdravotnického informačního systému. Poskytuje informace o počtu a odborném zaměření zdravotnických pracovníků, kteří poskytují ošetrovatelskou péči (39). Zdravotnický pracovník, který osvědčení získá, může používat označení „registrovaná/ registrovaný“ (57). Registr je předběžnou podmínkou k výkonu povolání sestry ve všech členských zemích EU. Kdy a za jakých podmínek může zdravotnický pracovník své povolání bez odborného dohledu vykonávat je definováno v § 3 zákona č. 96/2004 Sb. Podmínkou pro získání registrace je: odborná způsobilost, zdravotní způsobilost a bezúhonnost. Odborná způsobilost všeobecných sester je stanovena v § 5 zákona č. 96/2004 Sb. Prokazuje se doklady o vzdělání. Dále je povinné prokázat účast na celoživotním vzdělávání. Plnění povinností celoživotního vzdělávání se prokazuje na základě kreditního systému. Počty kreditů za jednotlivé formy celoživotního vzdělávání jsou stanoveny vyhláškou č. 423/2004 Sb. Platnost

osvědčení může být zdravotnickému pracovníkovi prodloužena, jsou-li splněny výše uvedené podmínky na období dalších 6 let, pokud požádá o jeho prodloužení nejpozději 120 dnů před skončením platnosti osvědčení (60).

Hlavním cílem registrace nelékařských zdravotnických povolání je ochrana veřejnosti. Ochrana veřejnosti spočívá na principu celoživotního vzdělávání, zvyšování, průběžného obnovování, prohlubování a doplňování vědomostí, dovedností a způsobilosti. To vše vede ke zvyšování kvality ošetrovatelské péče a jiných činností s tím souvisejících. Ke zvyšování úrovně a prestiže nelékařských zdravotnických profesí vysoká kvalita poskytované péče napomáhá. Z pomocníka lékaře a jeho asistenta se sestra stává samostatným odborníkem v oblasti uspokojování potřeb pacienta (9).

1.2.4 Kompetence všeobecné sestry

Pojem kompetence obecně vyjadřuje reálnou úroveň zvládnutí úkolů spojených s pracovním zařazením člověka. Tyto kompetence podmiňují skutečnosti subjektivní a objektivní povahy. Mezi subjektivní faktory, které ovlivňují pracovní kompetenci člověka, patří kromě pracovní způsobilosti především další osobnostní charakteristiky, motivační profil, průběžné zvládnutí profesní a pracovní pozice. Mezi základní objektivní faktory ovlivňující reálnou podobu kompetence pracovníka patří především vlastní pracovní zařazení, organizace a režim práce, styl řízení, uplatňovaný personální management, způsob hodnocení práce a pracovníků a také sociální klima v primárních sociálních skupinách. Tyto skutečnosti vytvářejí konkrétní rámec a prostor pro činnost každého pracovníka (5).

Kompetence sester v České republice legislativně upravuje Vyhláška č. 424/2004Sb., podle které všeobecná sestra, která získala osvědčení k výkonu povolání, má tyto kompetence: vykonávat činnosti bez odborného dohledu a bez indikace v souladu s diagnózou stanovenou lékařem. V rámci komplexní ošetrovatelské péče vykonává samostatně jednotlivé výkony a činnosti zaměřené na uspokojování potřeb, řešení problémů a zlepšování stavu jedinců a skupin, podílí se bez odborného dohledu na poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační a neodkladné péči,

samostatně určené činnosti vykonává nebo při nich asistuje, některé činnosti, vykonává pod odborným dohledem lékaře. Vysoce specializovanou ošetrovatelskou péčí může vykonávat všeobecná sestra, pokud získá způsobilost k výkonu povolání a úspěšně ukončila specializační vzdělávací atestační zkouškou (9).

1.2.4.1 Kompetence staniční sestry

Staniční sestra je vedoucí pracovnice na ošetrovací jednotce, vykonává činnosti jako všeobecná sestra, ale k její práci patří i řídicí a organizační činnosti. Ve směně řídí a koordinuje činnost všeobecných sester a ostatních zdravotnických pracovníků, poskytuje odborný dohled pracovníkům pracujícím pod odborným dohledem. Na svém pracovišti odpovídá za správnost a úroveň podávané léčebné výživy, za zajištění pitného režimu a za řádné přihlašování a odhlašování stravy, dále odpovídá za úroveň a kvalitu poskytované ošetrovatelské péče o pacienty, dodržování postupů a platných standardů ošetrovatelské péče včetně zdravotnické dokumentace. Dohlíží na respektování osobnostních a sociálních specifík pacienta při provádění aktivní ošetrovatelské péče. Je povinna kontrolovat a dodržovat hygienické a protiepidemické zásady, dodržovat bezpečnost a ochranu zdraví při práci, dohlíží na rozsah a kvalitu úklidu na oddělení. Podílí se na evidenci počtu dekubitů a hlášení mimořádných událostí. Spolupracuje s lékaři na vytváření agendy a hodnocení výsledků výkaznictví pro zdravotní pojišťovny. Zachází šetrně se svěřeným majetkem, přístroji, zařízením a pomůckami, dodržuje návody k obsluze, zabezpečuje jejich funkčnost, zajišťuje jejich opravy a vede jejich evidenci. Pravidelně kontroluje stav opiátů, uložení, expirační dobu, označení a manipulaci s omamnými látkami, cytostatiky a hořlavinami. Koordinuje plán dovolených, zodpovídá za měsíční výkazy práce a ostatní potřebné doklady. Staniční sestra se také podílí na výuce a výchově studentů zdravotnických škol a spolupracuje s vyučujícími odborného výcviku. Spolupracuje se členy multidisciplinárního týmu a podílí se na zavádění a provádění systémů kvality a bezpečnosti zdravotní péče a jejího kontinuálního zvyšování. Staniční sestra je podřízena primáři oddělení a vrchní sestře a nadřizena nelékařským zdravotnickým

pracovníkům. Je zastupována pověřeným nelékařským zdravotnickým pracovníkem na oddělení (58,16).

1.2.4.2 Kompetence vrchní sestry

Vrchní sestra je podřízena primáři oddělení, organizačně a metodicky náměstkyni ošetrovatelské péče – hlavní sestře. Je nadřízena nelékařským zdravotnickým pracovníkům na oddělení. Práce vrchní sestry spočívá hlavně v řídicích a organizačních činnostech: řídí, kontroluje a organizuje činnost nelékařských zdravotnických pracovníků, dbá o jejich rovnoměrné rozmístění podle potřeb jednotlivých úseků a odborných zkušeností jednotlivých pracovníků. Kontroluje a usměrňuje individuální plány ošetrovatelské péče, využívá poznatků vědy a výzkumu, odpovídá za úroveň a kvalitu poskytované ošetrovatelské péče o pacienty. Společně s primářem oddělení připravuje podklady pro sestavení plánu pracovníků a plánu materiálního zabezpečení a provádí kontrolu jejich dodržování. Je oprávněna některé své pravomoci přenést dočasně nebo trvale na svojí zástupkyni či na staniční sestry. Vrchní sestra se účastní lékařských porad, vizit vedených primářem oddělení, porad ošetrovatelských týmů a porad vedených nám. ošetrovatelské péče – hlavní sestrou. Svolává staniční sestry k pracovním poradám a seznamuje je s aktuálními informacemi od nadřízených pracovníků. Seznamuje pracovníky s pracovní náplní, se mzdovými, pracovněprávními a bezpečnostními předpisy. Pro své podřízené organizuje semináře, připravuje plány seminárních školení, dbá o přípravu a průběh plánu zapracování u nově nastupujících pracovníků. Dále kontroluje využívání a dodržování pracovní doby, provádí namátkové kontroly v odpoledních a nočních hodinách, o této činnosti vede písemné záznamy. Pravidelně kontroluje stav opiátů a uložení, expirační dobu, označení a hospodaření s léky, manipulaci s omamnými látkami, cytostatiky a hořlavinami. Koordinuje plán dovolených, kontroluje měsíční rozpis služeb, ve kterém dbá na dodržování zákoníku práce, zpracovává měsíční výkazy práce a ostatní podklady pro mzdové účely také statistiku pro zdravotní pojišťovny. Aktualizuje své odborné znalosti v oboru, podílí se na výuce a výchově studentů zdravotnických škol, zabezpečuje účelné vybavení školních stanic. Dbá u podřízených o soustavné doplňování a ověřování znalostí,

předpisů OBP a PO, kontroluje jejich dodržování v praxi. Spolupracuje se všemi členy multidisciplinárního týmu a podílí se na zavádění a provádění systémů kvality a bezpečnosti zdravotní péče a jejího kontinuálního zvyšování. Vrchní sestru zastupuje pověřený nelékařský zdravotnický pracovník na oddělení (58,15).

1.2.5 Psychická, fyzická a psychosociální zátěž sestry

Psychickou zátěž je možné definovat jako proces psychického zpracování a vyrovnání se s požadavky a vlivy životního a pracovního prostředí.

Zátěž ve zdravotnictví můžeme rozdělit na zátěž psychickou a na zátěž fyzickou. Obě roviny spolu do jisté míry souvisejí. Pokud se vyskytne nadměrná fyzická zátěž, je značně ovlivněna i psychika ošetrovatelského personálu (50). Sestra v každodenní praxi řeší a prožívá problémy spojené s utrpením, bolestí, nemocí a smrtí pacientů, což představuje velkou psychickou zátěž. Nelze opominout další spektrum zátěže působící na zdravotnický personál během pracovního výkonu. Zdravotníci jsou výrazně profesně ohroženi nejrůznějšími skupinami infekčních agens při kontaktu s pacienty a biologickým materiálem. Povolání zdravotní sestry nese určité změny v životním stylu, na které se musí adaptovat. Jedná se především o práci na směny, včetně víkendů a svátků, noční směny, narušení denního biorytmu, časová tíseň, nepravidelné stravování, nedostatečný pitný režim, nepravidelné čerpání pracovních přestávek, často hluk, nesprávné osvětlení. K tomu se přidává zvýšené riziko vzniku alergií při práci s dráždivými látkami (ATB, dezinfekční prostředky, cytostatika), riziko vzniku infekce a její přenos (27).

Pojem fyzická zátěž odborná literatura definuje jako pracovní zátěž pohybového, srdečně - cévního a dýchacího systému s odrazem v metabolismu a termoregulaci (50). Práce sestry je energeticky velmi náročná a to hlavně pokud většinu času poskytuje komplexní ošetrovatelskou péči imobilním pacientům. Zatížení sestry při práci se liší typem oddělení, zdravotním stavem nemocných, počtem sester ve směně i počtem pomocného zdravotnického personálu, důležitá je i organizace práce a dostupnost pomůcek snižujících fyzickou zátěž (12). Nepřiměřená fyzická zátěž se projevuje například zvýšeným počtem pracovních úrazů, různými druhy onemocnění pohybového

aparátu, zejména páteře. Nejčastěji k těmto problémům dochází vlivem dlouhodobého působení jednostranného přetěžování určitých svalových skupin při manipulaci s pacienty nebo břemeny či vlivem nevhodné pracovní polohy. Postupně tak dochází k ovlivnění pracovního výkonu pracovníka, což se projeví na kvalitě jeho práce (50).

Psychosociální zátěž výkonu profese sestry je také jedním ze základních faktorů, které určují náročnost tohoto povolání. V důsledku nepřiměřených požadavků a omezení pozitivní sociální odezvy dochází v dlouhodobé perspektivě u profese sestry k příznakům chronické nespokojenosti, tzv. vyhasnutí (burnout), poruchám přizpůsobení a pracovní demotivaci. Psychosociální zátěž sester zvyšuje i jejich mnohdy nedostatečná příprava na náročné úkoly související s ošetřováním těžce nemocných pacientů, práce s problémovými jedinci, kontaktem s nemocnými na konci jejich života. Vlastní ošetrovatelská péče o tyto skupiny nemocných tolik sestry nevyčerpává, spíše nejsou dostatečně připravené na náročnost sociálního kontaktu s těmito nemocnými a s jejich rodinnými příslušníky, na poskytování psychické podpory a na řešení sociálních problémů související s nastupující bezmocností těžce nemocných a blížícím se koncem života (3).

1.2.5.1 Stres

Slovo stres pochází z angličtiny a znamená zátěž. Stres je součástí každodenního života. Existuje celá škála definic stresu. Bartošíková například uvádí, že stres lze chápat jako psychický a somatický stav, který znamená v určitém okamžiku nebo časovém úseku déletrvající anebo silnější odchylku od úrovně excitace (4). Křivohlavý hovoří o negativním emocionálním zážitku, který je doprovázen určitým souborem biochemických, fyziologických, kognitivních a behaviorálních změn, jež jsou zaměřeny na změnu situace, která člověka ohrožuje nebo na přizpůsobení se tomu, co nelze změnit (30). Stres může být chápán jako reakce organismu na stresový podnět (stresor). Mezi nejčastější stresory patří především neúměrné pracovní tempo, stresující termíny, interpersonální konflikty, problémy v rodině, obavy z nedostatku financí, ztráta zaměstnání, onemocnění a jiné (13). Projevy stresu jsou somatické a psychické. Mezi

somatické projevy patří: nadměrné pocení způsobené zrychleným metabolismem, zrychluje se činnost srdce, stoupá krevní tlak, zrychluje a prohlubuje se dýchání, klesá vylučování moči, objevuje se pocit sucha v ústech, zpomaluje se střevní peristaltika, výsledkem může být zácpa a plynatost. Zvyšuje se mentální bdělost a napětí svalů. Mezi psychické projevy patří úzkost, hněv, verbální a motorické projevy – pláč, smích, nadměrná výřečnost, ale i fyzické napadení a podobně. V práci sester, při každodenním kontaktu s lidským utrpením, není o stresové situace nouze. Jejich psychická zátěž, respektive emocionální stres, narušuje jejich vztah s okolím a často se stává jednou z hlavních příčin vážných onemocnění (48).

Jako u většiny chorob má i u stresu prvořadý význam prevence. Jde o prevenci primární, jejímž cílem je eliminace stresu. V rámci této prevence je kladen důraz na vzdělávání managementu organizace v oblasti podpůrných programů. Tyto programy jsou zaměřeny na profesní vzdělávání a nácviky, které vedou k získání profesionální jistoty, vzdělávání v oblasti stresu, kolegiální pomoci a vytváření pozitivní atmosféry na pracovišti. Jasná vymezení rolí a hierarchie na pracovišti snižuje riziko stresu (13).

1.2.5.2 Syndrom vyhoření – burnout syndrom

V sedmdesátých letech minulého století se vynořuje „burnout“ (syndrom vyhoření, vyprahlosti, vypálení) popisující profesionální selhávání na základě vyčerpání vyvolaného zvyšujícími se požadavky, ztrátu zájmu a potěšení, ztrátu ideálů, energie i smyslu, negativní sebeocenení a negativní postoje k povolání (14). Nejedná se o obyčejnou únavu, syndrom je vždy spojen s otázkou smyslu vlastní práce. Syndrom vyhoření představuje komplex příznaků, které se projevují pod vlivem stresu a zasahují do oblasti psychiky, kdy se u jedince objevuje únava, emoční i kognitivní vyčerpání, apatie, pocit marnosti, pochybnosti, obviňování jiných lidí i sebe, ztráta zájmu, motivace; tito lidé postupně přestávají komunikovat. Dále příznaky syndromu vyhoření zasahují i oblast fyzickou, postižený je unavený, má poruchy spánku, žaludeční obtíže, průjemy, trpí potivostí nebo třesy. V neposlední řadě syndrom vyhoření postihuje jedince

i v oblasti sociální, kde je patrné stranění se lidí a společnosti, oploštění vztahů s lidmi, vyhýbání se kolektivu a jakémukoliv kontaktu (24).

Nelze jednoznačně odpovědět na otázku, co k syndromu vyhoření vede. Příčiny, které se v souvislosti s touto poruchou nejčastěji uvádějí, jsou: konflikty rolí, přílišná očekávání, nedostatek autonomie, nejasnosti v hierarchických strukturách (v zaměstnání i jinde), nedostatečná podpora ze strany nadřízených, vztahové konflikty, nadměrné množství práce v příliš stěsnaném časovém rozvrhu, příliš vysoká nebo rostoucí odpovědnost, lobbing na pracovišti atd. Ne každá taková zátěž musí vést k syndromu vyhoření. Ten se objevuje, když se vnější zátěže dotýkají osobnostně daných mezí, fyzických a duševních schopností a možností jednotlivce (23).

Zdravotnictví patří k oborům, kde je riziko vzniku syndromu vyhoření vysoké. Stále častěji je diskutován syndrom vyhoření u zdravotních sester. Je popisován jako stav masivního vyčerpání, který je pocíťován jako vyprahlost, vyhaslost a je již studován více než 20 let. Riziko vzniku syndromu vyhoření bývalo přisuzováno hlavně sestřím pracujících na exponovaných pracovištích, jako ARO, JIP, dialyzační jednotky apod. Tento názor bývá v poslední době zpochybňován, protože výzkumy potvrdily, že nejen práce na intenzivní péči nebo ARO, ale i sestry pracující ve standardních medicínských oborech interny, chirurgie a psychiatrie jsou rovněž vystaveny celé řadě faktorů, které způsobují psychickou zátěž vedoucí až k syndromu vyhoření (2).

Psychologové popisují průběh syndromu vyhoření ve třech stádiích. První stadium charakterizuje časová tíseň, jejíž příčiny mohou být různé. V profesi sestry to nejčastěji bývá nedostatek sester, pomocného personálu, kdy sestra kromě plnění svých povinností musí ještě dělat práci, která přísluší jiným profesím. K dalším faktorům můžeme zařadit nedostatek pomůcek, stále narůstající administrativu, špatnou organizaci práce na oddělení a řadu dalších. Důsledkem dlouhotrvající časové tísně ztrácí sestra v práci určitý systém, stále častěji se objevují nedostatky při plnění pracovních povinností, na které je neustále upozorňována kolegyněmi a nadřízenými. Tento stav vnímá velmi citlivě, přenáší pracovní problémy do soukromí a není schopná přiměřeně odpočívat. V druhém stádiu se důsledkem přetrvávající fyzické a psychické zátěže začínají u sestry vyskytovat projevy neurózy. Do popředí se dostává nutková

potřeba neustále něco dělat, aby se situace především v práci stala přijatelnější a dala se řešit. Výsledkem je chaotické a nekoordinované vykonávání činností, roztržitost, snížená koncentrace a nedokončení začaté práce. Ve třetím stadiu sestra postupně ztrácí zájem o své povolání, radost z dobře vykonané práce, nedokáže se těšit z pozitivních věcí a zůstává jen únava, vyčerpání a zklamání.

K preventivním opatřením syndromu vyhoření patří postupy na úrovni jedince i na úrovni organizace. Do kategorie postupů na úrovni jedince patří především dodržování zásad mentální hygieny, přiměřené řešení problémů, dobré mezilidské vztahy doma i na pracovišti. Ze strany organizace jde hlavně o vytváření vhodných pracovních podmínek, ocenění práce sester, vytváření souladu mezi kompetencemi a odpovědností, poskytování potřebných informací, rozvíjení týmové práce a vytváření prostoru pro další vzdělávání sester (36).

1.2.5.3 Duševní hygiena sestry

Duševní hygiena sestry je cílená péče o vlastní duševní a tělesný život, jeho rozvíjení a pěstování. Ve své publikaci použili Křivohlavý a Pečenková rady anglické lékařky Sheily Cassidy, která se mimo jiné zabývala psychickým stavem personálu. Popisuje některé postupy jak pečovat o sebe sama. Doporučuje být k sobě laskavá a vlídná, mírná, pomáhat druhým lidem, ale nesnažit se je měnit, chválit ostatní i za drobnosti. Připomíná najít si své útočiště - místo, kde je klid pro odpočinek. Snažit se nedělat práci stereotypně, ale tvořivě. Dále radí plánovat chvíle pro odreagování, které si nenechá ničím a nikým narušit. Důležité je pracovat na zlepšení vztahů, často se radovat a smát. Křivohlavý a Pečenková doporučují ve své publikaci ještě další zásady, jejichž dodržování dodává sílu a energii. Důležité je udržovat rovnováhu mezi zátěží a tím, co nám pomáhá doplnit energii. Zmiňují, že je dobré mít přítele, kterému můžeme důvěřovat a svěřovat mu vše, co nás trápí, v čem jsme udělali chybu a v čem jsme si nejistí. Dále radí věnovat čas relaxaci, různé způsoby relaxace rozvíjet tak, aby se staly součástí běžného života, zařadit do svého života koníčky. Umět se radovat z maličkostí, pěstovat pohybové aktivity, cvičení, procházky, při kterých se pročistí myšlenky. Doporučují dostatek spánku, vhodnou stravu a správné hospodaření s časem. Základní

předpoklad je dobré rodinné zázemí. Důležité je vědět co je v životě důležité a mít pořádek v žebříčku hodnot. Zamyšlení nad životem, meditace pomáhá utřídit si hodnoty (31).

1.2.6 Etika v ošetrovatelství

Etika je věda o mravnosti. Výraz etika pochází z řeckého slova ethos – mravnost. Etika je teorie mravnosti a jako pojem je nadřazena morálce (43). Morálka hodnotí lidské jednání z hlediska dobra a zla, a to porovnáním se svědomím člověka (18). Předmětem etiky je zkoumání zákonitostí mravního chování jedinců i společnosti (43).

Počátky medicínské a ošetrovatelské etiky sahají až do starověku. V historickém vývoji medicínské a ošetrovatelské etiky rozlišujeme tři základní etapy, a to etiku starověku, etiku křesťanství a etiku současnosti. Etiku starověku nejlépe vystihuje Hippokratova přísaha, ve které je zahrnut požadavek konat vždy vše v zájmu nemocného a svým rozhodováním, chováním, léčením či ošetřováním mu nikdy neuškodit. Etika křesťanství znamenala vztah k trpícímu člověku založený na principu milosrdné lásky, která nediskriminuje a nevylučuje nikoho, ať už z hlediska rasy, pohlaví nebo náboženství. Etiku současnosti poznamenaly dvě závažné události, které se staly ve 20. století a výrazně ovlivnily myšlení zdravotníků, ale i veřejnosti na celém světě. Šlo o pokusy nacistických lékařů na věznicích v koncentračních táborech během druhé světové války, dále o případy závažného zneužívání medicíny v totalitních mocenských systémech (např. psychiatrie v bývalém Sovětském Svazu), některé skandály v oblasti biomedicínského výzkumu a další lékové katastrofy (20).

Tyto hrůzné skutečnosti vedly k přijetí různých opatření na národní i mezinárodní úrovni, které měly zabránit jejich opakování. Jednalo se o iniciativy pro zabezpečení všeobecných lidských práv. V roce 1948 vznikla Všeobecná deklarace lidských práv, v roce 1950 došlo k podpisu Mezinárodní konvence o lidských a občanských právech. Příímým důsledkem Norimberského procesu v roce 1946, bylo vypracování Norimberského kodexu, ve kterém byly striktně vymezeny základní podmínky a etické principy realizování biomedicínského výzkumu s účastí lidských subjektů. Kromě toho

bylo vypracováno několik etických kodexů a pravidel pro oblast medicíny o výzkumu v biomedicíně, které se staly podkladem závazných legislativních úprav (20).

1.2.6.1 Etika všeobecné sestry

Etika v ošetrovatelství vychází z cílů současného ošetrovatelství, které byly definovány v programu Zdraví pro všechny do 21. století a z profesionální role sestry. Cíle současného ošetrovatelství jsou: pomáhat jednotlivci, rodině i skupinám dosáhnout tělesného, duševního a sociálního zdraví, vytvořit z člověka aktivního účastníka péče o vlastní zdraví, maximalizovat lidský potenciál v péči o sebe sama, provádět prevenci onemocnění, snižovat negativní vliv onemocnění na celkový zdravotní stav člověka a nacházet a uspokojovat potřeby lidí s porušeným zdravím.

Sestra, ať již pracuje v jakémkoli zdravotnickém zařízení, plní hned několik rolí, je ošetrovatelkou, komunikátorkou, edukátorkou, poradkyní, pacientovo advokátkou, nositelkou změn, manažerkou i výzkumným pracovníkem. Etické povinnosti se vztahují na všechny role, které sestry plní. Etické jednání sestry je dáno filozofickými, ideovými, náboženskými názory a postoji, dále teorií ošetrovatelství a ošetrovatelskou etikou, právními systémy a zákonnými normami, jimiž se řídí zdravotní péče, vědecko – technickou úrovní, materiální a personální vybaveností pracoviště. K tomu se řadí postavení sestry, vymezení jejích povinností a odpovědností. V neposlední řadě, ale velmi důležité, jsou její osobní vlastnosti a úroveň mezilidských vztahů na pracovišti (32).

Předmětem ošetrovatelské etiky je vztah a postoje sestry k pacientovi. Projevuje se etickým chováním a komunikací verbální i neverbální. Dále je to kolegiální vztah jedné sestry ke druhé, také vztah sestry k nadřízeným, k lékaři a dalším spolupracovníkům. Mezi úkoly ošetrovatelské etiky se řadí zkoumání kvality vztahů a postojů mezi sestrou a pacientem, formulování povinností a odpovědnosti sester a ošetrovatelek, stanovení mravních norem profese. Mezi další úkoly ošetrovatelské etiky patří analýza eticky komplikované situace a stanovení cíle a hodnoty dané situace a studovat pravidla interpersonálních vztahů na pracovišti. Cílem ošetrovatelské etiky je humanizace mezilidských vztahů mezi nemocným a sestrou, mezi lékaři a sestrami apod; usměrnění

chování a jednání při profesionálních výkonech ošetrovatelství se záměrem porozumět člověku a podle možností mu pomoci; vhodným způsobem usilovat o uspokojení všech potřeb pacientů. Základní pravidla a zdroje etického chování jsou: lidská zkušenost, faktická informovanost a schopnost tvořivé individuální modelace (32).

Profesionalita ošetrovatelské péče je zakotvena v etickém kodexu pro práci sester. Etický kodex stanovila Mezinárodní rada sester, International Council of Nursing, ICN. Etický kodex obsahuje základní standart pro jednání sestry s pacientem a jeho blízkými, některé jeho kapitoly jsou zaměřené též na profesionalitu v ošetrovatelské praxi (43).

1.1.3.7.3 Komunikace v ošetrovatelství

Komunikace je přenos informací a porozumění od jedné osoby k druhé, děje se to prostřednictvím komunikačního procesu, který tvoří vysílající (komunikátor) sdělení a příjemce. Komunikátor i příjemce jsou ovlivněni prostředím. Každá ze složek komunikačního procesu je schopná podpořit nebo zabránit pochopení sdělení. Sdělení je myšlenka, která má být sdělena. Sdělení se neskládá pouze ze symbolů neboli slov, ale také z tónu a neverbálního chování. Tón sdělení odhaluje emocionální rovinu komunikátora. Neverbální chování, které představují výrazy obličeje, pauzy, gesta, držení těla, může primární sdělení posílit, nebo mu odporovat. Komunikační klima je buď pozitivní – to podporuje sdělení, anebo negativní, které porozumění zhoršuje (11). Základem komunikace je i kvalita informace, která je podávána. Měla by být aktuální a přesná, protože jen informace, která je jasná, stručná a srozumitelná, se dá považovat za úspěch v komunikaci. Další důležitou vlastností, kterou by mělo sdělení mít, je jeho pravdivost, je nutné si vše ověřit a případně podložit argumenty. Za podstatnou je považována také přístupnost a přenosnost informací (19). Komunikace ve zdravotnictví je nezbytná k získávání a předávání informací, navazování nových kontaktů, zjištění a udržení pocitu vzájemné sounáležitosti. Profesionální využití komunikace v ošetrovatelství má velký význam při realizaci všech kroků ošetrovatelského procesu. Správně vedeným rozhovorem, vědomostmi a využíváním komunikačních dovedností má sestra možnost získat potřebné informace, pozitivně ovlivnit pacienta, motivovat ho, edukovat a přesvědčit ke vhodné spolupráci (59). Schopnost dobře komunikovat patří

k nejdůležitějším dovednostem zdravotníka a sociální kontakt je nezbytnou součástí zdravotnické profese, ať již jde o lékaře, sestry, fyzioterapeuty, psychology, ošetřovatele či sanitáře. Kvalitní ošetrovatelská péče je nesmyslná bez komunikace mezi sestrou a nemocným. V ošetrovatelství však nevystačíme pouze s komunikací, kterou jsme si osvojili v běžném životě (51). Komunikace je jak tvůrčím prvkem, tak i obrazem organizační kultury nemocnice, která se promítá do chování a jednání všech zaměstnanců. Není to jen předávání nebo přijímání informací, ale i proces vytváření vztahů mezi lidmi. Organizační kulturu a způsob komunikace uvnitř zařízení vnímají nejen zaměstnanci, ale i pacienti a rodinní příslušníci. Velmi citlivou je procesní rovina komunikace, tedy to, jakým způsobem probíhá komunikace mezi sestrami navzájem, sestrou a lékařem, sestrou a pacientem, případně s příbuznými. Právě zde vznikají nedorozumění a komunikační bariéry, které brání vzájemné domluvě a pochopení (59). K ošetrovatelské praxi patří tři druhy komunikace: sociální, strukturovaná a terapeutická. Sociální komunikace se odehrává zpravidla při neformálních setkáních, je neplánovaná. Strukturovaná komunikace má určitou plánovanou náplň, například rozhovor s pacientem při příjmu; terapeutickou komunikaci používají sestry v různých situacích, například při pomoci nemocnému vyrovnat se s nepříznivou diagnózou; jde o proces, který pomáhá překonávat přechodný stres, přizpůsobit se nezměnitelným skutečnostem. Aby oboustranná komunikace sestry s pacientem byla kvalitní, je potřeba, aby sestra respektovala určité požadavky (20). V první řadě je to empatie – vnitřní naladění osobnosti spojené s ochotou vnímat a porozumět vnitřnímu světu druhého člověka. Vyžaduje vnímání vlastní identity, schopnost reflexe, úctu a ohled k druhému člověku i schopnost představit si situaci jeho pohledem. K tomu, aby se komunikace stala empatickou, je třeba ji cvičit a rozvíjet v každodenním životě (40). Dalším požadavkem je úcta k pacientovi, to znamená vážit si ho vždy za všech okolností jako člověka, respektovat ho. Individuální přístup je také důležitý, znamená přizpůsobení našeho chování zvláštnostem pacienta. To, co se může zdát jednomu pacientovi jako nepřijatelné, je pro druhého naprosto normální. Ve všech rovinách sesterské činnosti i nečinnosti se projevuje pozitivní vztah k pacientovi. Vše, co sestra udělá, ale i neudělá, má svůj psychologický vliv na pacienta (20). Sestra by se neměla

projevovat pouze jako kvalitní odbornice, ale také jako člověk s obecným společenským rozhledem. Pacienti jsou lidé různých profesí a zájmů. Během ošetřování probírají se sestrou své životy a starosti. Sestry by měly mít určitou úroveň slovní zásoby a všeobecného rozhledu – znalost politického, sociálního a kulturního dění. Komunikace je potom efektní a kvalitní. Sociokulturní relaxace je nutná pro utváření osobnosti (44).

1.3 Management ošetřovatelství

Management (anglicky to manage – řídit, původem z francouzského, ménagement, které má zase svůj kořen v latinském slovu manus - ruka, a jeho prazákadem bylo ruční ovládání koní); je umění řízení, působení na určitou soustavu (například společnost) a ovládání její činnosti. Tento název může také označovat skupinu vedoucích pracovníků. Management je proces řízení. Kareš ho definuje: „Obecně je možné řízení definovat jako cílevědomou činnost využívající poznatky, doporučení, metody, nástroje vedoucí k dosažení stanovených cílů společnosti, podniků, institucí, skupin a člověka.“ str.12 (25). Management je vědní obor jako každý jiný, má svou historii, své teoretiky, praktiky, literaturu a přednáší se na mnoha školách. V současné době se již nad pojmem manažer a management ve sférách podnikání nikdo nepozastaví, neplatí to bohužel pro zdravotnictví, zde není vnímána role manažerů tak, jak by měla být (33).

Management v ošetřovatelství se od profesionálního managementu v ostatních oborech liší filozofií služeb. Je potřeba jedinečný přístup, protože ošetřovatelství nese sociální zodpovědnost za zdraví a nemoci jednotlivců, rodin a komunit. Stejně důležitá jako je kvalita péče, která má být poskytována, je důležitý i personál a použité prostředky. Úspěch proto záleží na kvalitě služeb i na schopnosti poskytovat péči v rámci daného souboru prostředků. Jde tedy o dvojí cíl managementu, který vyžaduje uvážlivé a specifické profesionální strategie (11). Ošetřovatelství je neoddělitelnou součástí systému zdravotní péče. Identifikovat důležitost managementu ošetřovatelství v tomto systému je spíš samozřejmostí než luxusem. Sestra poskytuje komplexní ošetřovatelskou péči v různých složkách systému a v různých typech zdravotnických institucí (26).

1.3.1 Manažeri

Manažery se zpravidla stávají lidé, kteří mají vrozenou potřebu někoho řídit, stát v čele skupiny a současně mají potřebu moci a silného vlivu na ostatní. Tento rys osobnosti – dominance, by se však neměl projevovat v jejich nadřazenosti, neomylnosti a povýšenosti. Schopný manažer by měl vést ostatní k cíli, ukazovat směr a cestu dopředu, jeho dominance by měla vyzařovat v dynamice a kreativitě chování a optimismu. Směr stanovaných osobních cílů manažera by měl být totožný s cíli organizace, ve které manažer působí. Manažer musí působit přesvědčivě a se sebedůvěrou, musí být silnou osobností, musí si uvědomovat, že je středem pozornosti a každý jeho projev je předmětem hodnocení ostatních (25). Na manažery jsou kladeny náročné požadavky, a to hlavně ve schopnostech a dovednostech lidských, technických a koncepčních. V jakém poměru mají tyto dovednosti být, záleží na úrovni řízení. U vrcholového managementu jsou důležité koncepční dovednosti, u manažerů nejnižšího řídicího stupně zase dovednosti technické a odborné. Na všech řídicích úrovních je požadována schopnost jednat s lidmi. Řízení zdravotnických služeb vyžaduje celou řadu dalších osobních vlastností manažera, které se zpravidla v jiných oborech nevyskytují (10).

Přechod z řadového zaměstnance na manažera znamená převzetí autority, a to je někdy velmi složité. Manažer se převzetím autority stává strážcem poslání, pravidel, tradic a zodpovědnosti organizace. Může rozhodovat o čase, úkolech a ostatních aspektech podřízených. Manažer jednotlivcům i skupině usnadňuje plnění stanovených cílů. Způsob, jakým manažer udržuje skupinu na správně cestě, se může mezi jednotlivci a také situace od situace lišit. Právě tato povinnost zachovávat pořádek odlišuje manažera od personálu a to představuje mnohdy problém. Reakce personálu vůči manažerovi jsou různé a často odráží do jaké míry je personál přesvědčen, že bude moci kontrolovat svou práci a svá rozhodnutí. Nový manažer může často řešit situace úplně jinak než manažer zkušený. Chování některých zaměstnanců bývá mnohdy kritické, nepřátelské nebo naopak ochranářské. Noví manažeri by to neměli brát jako osobní útok, měli by si uvědomit, že se jedná spíše o obranné chování s cílem zachovat

kontrolu nad prací nebo nad aktivitami s ní spojenými (11).

1.3.2 Úrovně manažerů ve zdravotnictví

Manažeři jsou do svých funkcí jmenováni, voleni nebo vybráni konkurzem (20). S postupným zvyšováním nároků na řízení se ve zdravotnictví vytvořily tři základní úrovně manažerů: 1. Manažeři první linie (lower management) – vykonávají činnosti spojené s výkonem každodenních úkolů. Jsou to staniční sestry, vedoucí lékaři, vedoucí úseků, tedy základní úroveň vedoucích pracovníků. Jejich hlavním úkolem je zabezpečení komunikace mezi vedením a provozními pracovníky, operativní řízení, denní, týdenní nebo měsíční plánování a především každodenní jednání a práce s lidmi. U těchto pracovníků je zdůrazňován smysl pro spravedlnost při odměnách a sankcích.

2. Střední manažeři (middle management) – tito pracovníci koordinují výkonné operativní činnosti a zabývají se převážně získáváním a předáváním informací, řídí určité stupně vyžadující obvykle jak taktické vedení, tak střednědobé plánování. Jsou to primáři, vrchní sestry, vedoucí oddělení, musí umět sladit prvky koncepčního i operativního rázu a musí se orientovat v mezilidských vztazích. 3. úroveň managementu ve zdravotnictví jsou vrcholoví manažeři (top management) – to jsou špičkoví řídicí pracovníci. Pohybují se na vrcholu manažerské pyramidy, zaměřují se na vize a koncepce, strategické plánování, vytváření nebo změnu organizačních struktur. Je to ředitel nemocnice, náměstek či ředitel pro léčebně- preventivní péči, náměstkyně nebo ředitelka ošetrovatelské péče či hlavní sestra. Tito vrcholoví manažeři usměrňují a koordinují hlavní činnost s velkou zodpovědností, očekává se u nich nejvíce manažerského umění (10). Vývoj manažera je možno rozčlenit podle Babočky a kol. do těchto fází: počáteční, kdy manažer ještě nemá žádné zkušenosti, stojí na počátku své manažerské kariéry. Další fáze je raná (1-5 let), znamená pro manažera první úspěchy i neúspěchy, analyzuje chyby, získává první zkušenosti. Následuje střední fáze (5-15let), kdy se stává všestranným manažerem, dokáže myslet komplexně, integruje poznatky do bohaté struktury zkušeností, učí se spolupracovat se všemi články organizace. Vrcholná fáze vývoje manažera (nad 15 let) znamená, že je již schopen nést plnou zodpovědnost

za svá rozhodnutí a za chod organizace. Je autoritou všem spolupracovníkům, předává své zkušenosti. S pojmem vedení souvisí pojem motivace a stimulace (25).

1.3.3 Cíle a funkce managementu v ošetrovatelství

Zaměstnanci ve zdravotnickém prostředí mají různou praxi a různé vzdělání, panuje zde vysoká intenzita práce, díky čemuž je řízení v ošetrovatelství obzvláště náročné. Pracovníci i charakter práce vyžaduje od sestry manažerky nutnost vytvořit takové prostředí, v němž bude možné poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči. Sestra manažerka má vůči organizaci a personálu specifickou zodpovědnost a personál má zodpovědnost vůči organizaci a manažerce. Manažer má jasné povinnosti. Musí plnit cíle organizace, musí udržovat kvalitu péče o pacienty s ohledem na finanční omezení organizace. Mezi další povinnosti patří zvyšování motivace zaměstnanců i pacientů a zvyšování schopnosti podřízených a kolegů přijímat změny. Manažer buduje týmového ducha a zvyšuje morálku svých podřízených, dbá o další profesní rozvoj personálu. Manažer by měl přesně chápat cíle, vztah mezi manažerem a zaměstnancem, zvláštní schopnosti zaměstnanců a odpovídající organizační a společenské faktory, které ovlivňují situaci (11).

K funkcím, které manažeři plní, patří plánování, organizování, obsazování pracovních míst, řízení, koordinace a kontrola. Plánování je nejpodstatnější a nejzákladnější činností managementu, kdy se předem rozhoduje, co je třeba udělat den, měsíc nebo roky dopředu. Stanovuje pořadí a průběh aktivit (11). Plánování přispívá k dosažení záměrů a cílů, je prioritní mezi manažerskými úlohami, vztahuje se na veškeré aktivity a umožňuje efektivní provádění činností. Plánuje se na všech úrovních managementu. Strategické plánování je řízeno vrcholovým managementem a používá se pro zasazení instituce do existujícího prostředí, vede k vytčeným cílům v budoucnosti. Taktické plánování slouží k dosažení střednědobých cílů. Operační plánování poskytuje konkrétní postupy v každodenním provozu při uplatňování strategií vytčených ve strategickém plánování (10). Další funkcí managementu je organizování, které spojuje lidi a činnosti tak, aby splnili cíle organizace. Poskytuje mechanismus, podle kterého lze cílů dosáhnout a který je známý jako vertikální a horizontální rozlišení. Vertikální

rozlišení znamená zřízení hierarchie neboli počtu rovin, které jsou potřebné pro práci organizace. Management se rozhoduje pro strukturu vysokou nebo plochou. Horizontální rozlišení vychází z potřeby oddělit aktivity, aby se dosáhlo efektivnějšího a hospodárnějšího výkonu. Díky oběma rovinám se daří plnit cíle organizace. Další aktivitou managementu je obsazování míst, která zajišťuje, že cíle organizace plní vhodný a adekvátní personál. Sestra manažerka rozhoduje o tom, kolik jaký typ zaměstnanců je potřeba k zajištění péče o pacienty. Jde o složitou činnost, protože poměr počtu sester a pacientů musí zabezpečit poskytování kvalitní péče. Další velmi důležitou funkcí manažera je řízení, které zajišťuje, aby ostatní odvedli svou práci. Řízení zahrnuje pět specifických pojmů: udělování pokynů, dohled, vedení, motivace a komunikace. První aktivitou je udělování pokynů; pokyny by měly být stručné, jasné a logické a měly by odpovídat požadavkům situace. Dohled se týká školení a disciplíny pracovní síly, patří sem také kontrola, aby bylo zajištěno rychlé provedení příkazů. Vedení je schopnost inspirovat a ovlivňovat ostatní za účelem dosažení cílů. Další aktivitou je motivování, což je soubor schopností, které manažer využívá, aby zaměstnancům pomohl zjistit jejich potřeby a našel v organizaci způsoby, které by jim vedly k jejich uspokojení. Poslední aktivitou je komunikace, interaktivní proces, v němž vedoucí ovlivňuje skupinu. Poslední funkcí managementu je kontrola, která je definována jako regulace aktivit v souladu s plány. Kontrolou se zabývají všichni manažeři na všech rovinách. Cílem kontroly je zjistit, zda úkol, který má být splněn, byl řádně proveden. Prvky kontroly jsou standardy, které představují žádoucí výkon, dále srovnání vlastních výsledků se standardy a v případě potřeby nápravná akce (11).

1.3.4 Motivace ošetrovatelského personálu

Motivace je dnes v centru manažerské pozornosti. Dobře motivovaní spolupracovníci kvalitně, ochotně a včas plní svěřené pracovní úkoly. Motivace je chápána jako působení pohonné síly vnitřních podnětů – motivů. Stimulace je působení pohonné síly vnějších podnětů – stimulů. Motivace tedy přichází zevnitř člověka, stimulace zvenčí. Účelem motivace je způsobit, aby práce byla vykonána co nejefektivněji pro firmu a co nejpříjemněji pro zaměstnance (38). Manažerská motivace znamená vytvořit u

spolupracovníků zájem, ochotu a chuť se aktivně zúčastnit plnění všech činností organizace v souladu s jejími cíli. Manažerské motivování se uskutečňuje pomocí manažerských technik, systému odměn a trestů a stimulů (25).

Motivovat a energetizovat sestry v prostředí současného českého zdravotnictví není snadné, ale je to možné. Pojem „energetizovat“ znamená úsilí vedoucí k omezení účinků a vlivu entropie. Entropie představuje tendenci systémů chladnout, rozpadat se, degenerovat. Bojovat proti entropii je možné pouze neustálým dodáváním energie zpět do systémů. V oblasti motivace a energetizace oddělení hraje důležitou roli sestra manažerka. Skutečností je, že sestry na oddělení nelze motivovat a energetizovat, pokud sestra manažerka sama motivovaná není. Sestra manažerka nemůže přesvědčovat ostatní, pokud o správnosti myšlenky, programu nebo rozhodnutí není přesvědčena sama. Pokud chce sestra manažerka motivovat a inspirovat ostatní sestry, potřebuje především pečovat o své zdraví. Je mnohem snadnější úspěšně vést, inspirovat a energetizovat oddělení, těší-li se dobrému fyzickému, duševnímu a duchovnímu zdraví a vyzařuje-li z ní energie a vnitřní síla. Sestra manažerka, která stále předává svou vitalitu a vnitřní sílu, která se neustále rozdává, nesmí zapomínat na své vlastní energetizování – na „dobíjení“ své vlastní vnitřní baterie (45). Stephen Covey, absolvent Harvardské univerzity a odborník v oblasti koučování, zdůrazňuje u lidí v manažerském postavení péči o všechny čtyři základní dimenze člověka – fyzickou, duševní, duchovní a společenskou. Zdůrazňuje, aby člověk nezanedbával svůj osobní růst v těchto základních dimenzích. Aby mohly sestry manažerky inspirovat a motivovat jednotlivce nebo skupinu, musí být nejen samy motivovány, ale musí proniknout k jejich motivačním silám, pochopit je a potom tyto síly využít. Motivace vede k dobrým výsledkům a dobré výsledky jsou většinou tím nejlepším motivátorem (45).

1.3.5 Kariéra

Kariéra je profesionální dráha člověka životem, na které pracovník získává své zkušenosti, rozvíjí své kompetence a realizuje svůj osobní potenciál. Kariéru a její rozvoj lze rozdělit na plánování kariéry, to znamená úsilí jednotlivce o nalezení a

uskutečnění své vlastní životní cesty a na management kariéry, která je úsilím organizace umožnit svým zaměstnancům profesionální růst podle jejich potenciálu, který tvoří vlohy a schopnosti. Pokud jsou obě části rozvoje v souladu, jde o ideální stav. Kariéru lze také rozdělit na vnitřní a vnější. Vnitřní kariéra vyjadřuje osobní postoj pracovníka, jeho zkušenosti, zájmy a potřeby i jeho postoj k osobnímu růstu. Vnější kariéra znamená sociologické hledisko, které z pohledu společenského stanovuje, jaké pro určitý druh pracovního místa nabízí společnost vzdělání a jak je zařazeno v celkové společenské hierarchii v rámci pozic a rolí. Kariéra by tedy měla spojovat jednak požadavky personálních plánů, ale i schopnosti, dovednosti, možnosti a ambice pracovníka. Za tímto účelem se vypracovává kariérový plán, do kterého se zaznamenávají možnosti a způsoby již nabytého i plánovaného vzdělání. Vzdělání probíhá různým způsobem u zdravotnických a u nezdravotnických pracovníků a poskytuje se podle druhu práce a specializace pracovníka. Pracovníci ve zdravotnictví jsou celoživotně vzděláváni podle zákona (10).

1.3.6 Moc, pravomoc a autorita

Moc v dynamice skupiny je síla v lidech, která určuje způsob fungování ostatních. Obecně jsou popisovány dva typy moci: direktivní moc, jako negativní síla, kdy držitel moci podporuje své vlastní zájmy a ostatní zneužívá a optimální moc jako pozitivní síla, která si ostatních váží, protože přijímá jejich hodnoty (11). Důležitou roli v komunikaci hraje vlastní chápání a vnímání své řídicí pozice a to zejména z pohledu moci, kterou jedinci poskytuje (10). Je-li uplatňována nenápadně, daří se jí jako sociálnímu fenoménu nejlépe. Bedrnová a Nový (2001) rozdělili moc na tři typy: poziční moc, kdy moc je cílem, jedinec se snaží o její získání a udržení; funkční moc, která je užívána k docílení úspěšného fungování celé organizace a socializovaná moc, kdy je cílem vytvoření optimálních podmínek pro práci podřízených pracovníků (6). V souvislosti s mocí vyvstává otázka morálky. Mocenské vztahy mohou být využívány například pro motivaci pracovníka anebo zneužívané například pro zastrašení druhého. Smrčka (2003) rozděluje moc vedoucích pracovníků do dvou skupin: moc vyplývající z funkce, kterou pracovník zastává v podniku nebo mimo podnik a moc založená na osobních

charakteristikách pracovníka. Vedoucí pracovník může použít různé mocenské nástroje. Za jádro uplatňování moci považuje Smrčka (2003) donucovací moc, to znamená prosazování takového jednání, které by druzí neprovedli, nebo je provedli méně kvalitně nebo pomaleji či naopak provedli sami lépe a kvalitněji, když je donucení použito nekvalifikovaně. Moc je důležitým nástrojem ovlivňování a vedení. Měnící se pracovní podmínky preferují uplatňování moci ve prospěch organizace založenou na osobních charakteristikách. Potřeba moci je legitimní součástí manažerské pozice. Je jedním ze zdrojů motivace k činnosti, něco dokázat, něčeho dosáhnout. Stává se základem úspěšného a prospěšného vedení se snahou pomáhat a prospívat (10).

Pravomoc představuje oficiální a formální oprávnění ovlivňovat druhé lidi na základě zdrojů, materiálních, finančních, informačních a dalších, kterými má jedinec právo disponovat, je spojována s konkrétní pracovní pozicí, kterou zaujímá jedinec v organizační struktuře určité organizace. Je předpokladem a podmínkou splnění očekávaného výsledku pracovního jednání a sociálního chování. Pravomoc vychází z interních předpisů, které jsou závazné pro všechny pracovníky dané organizace, ale za hranicemi této organizace ztrácejí svůj význam. To znamená, že nositel příslušné pozice po opuštění bran organizace, kde zaujímá určitou významnou pozici, přestává hrát v očích dalších lidí ze svého sociálního okolí jí odpovídající roli. Pravomoc je jen jakási potenciální možnost prosazovat vůli svou či nadřízených vůči ostatním, ale není zárukou sama o sobě jejího skutečného prosazení. Její reálné naplnění závisí na moci a autoritě daného jedince (5).

1.3.7 Emoční inteligence

Emoční inteligence a zdravotnictví mají mnoho společného. Jde o souhrn emočních dovedností, které nám pomáhají dosáhnout toho, co chceme. Všechny emoce jsou vlastně popudy k jednání, okamžité pokyny pro zvládnání životních situací. V emočním jednání má každý cit nenahraditelnou úlohu, například hněv, strach, zlost, radost. V pracovním prostředí emoce pomáhají zažívat naplnění, optimální realizaci schopností

a dovedností. Inteligence v tradičním pojetí pomáhá při řešení problémů a emoční inteligence pomáhá zaujmout vnitřní postoj k situaci, vyrovnat se s ní adaptivním způsobem. Tento postoj se odráží i při řešení různých problémů v mezilidských vztazích, při komunikaci s kolegy nebo pacienty, při snaze pochopit jejich vnitřní motivy jednání a chování, úspěšně jednat a efektivně komunikovat. Dispozice k řešení situace je téměř vždy na úrovni emoční zralosti, to je ve zvládnání svých emocí. Důsledek je pak projevem chování člověka a reakcí na vnější situace. Aktuální stupeň emoční inteligence lze během života zvyšovat, protože vrozené sklony k jednání se dále formují životními zkušenostmi, kulturou a prostředím (7).

1.3.8 Vedení a řízení pracovníků v ošetrovatelství

Na poskytování kvalitní ošetrovatelské péče mají vliv sestry manažerky. Jde o manažery první linie, to jsou staniční sestry, které řídí jednotlivá oddělení a úseky a jsou nadřízenými pracovníky všem řadovým pracovníkům, kteří na daných odděleních pracují. Staniční sestry jsou podřízené vrchní sestře oddělení, která představuje střední linii managementu. Úspěch sestry manažerky je založen na dovednostech, jako jsou efektivní komunikace a řešení problémů, rozvíjení interpersonálních vztahů nebo schopnosti řešit interpersonální konflikty (45).

Staniční sestra provádí vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči v rámci své stanice. Stanovuje priority v ošetrovatelském procesu u konkrétních pacientů i v rámci stanice. Řídí, organizuje a kontroluje činnost podřízených zaměstnanců a to jak sester, tak sanitářů, sanitárek, ošetrovatelek. Vede provozní dokumentaci stanice. Podřízené zaměstnance rozmisťuje podle potřeby do směn tak, aby byla zachována vždy ta nejvyšší úroveň kvalitní ošetrovatelské péče. Přímým nadřízeným, kterému staniční sestra podléhá ve směru vertikálním, je vrchní sestra, která ji vede po stránce metodické v oblasti ošetrovatelské péče. Staniční sestra odpovídá za kvalitu poskytované ošetrovatelské péče své stanice.

Vrchní sestra organizuje, řídí a kontroluje činnost podřízených pracovníků, to je sester a ostatních zaměstnanců nelékařských profesí s ohledem na využití jejich kvalifikace. Schvaluje rozpisy služeb a vede evidenci odpracovaných hodin. Kontroluje dodržování a řádné využívání pracovní doby. Řídí porady sester na pracovišti, zařizuje semináře, odborné stáže, odbornou literaturu pro další celoživotní vzdělávání podřízených. Sama se průběžně vzdělává. Přímým nadřízeným, kterému podléhá ve směru vertikálním, je hlavní sestra. Po linii horizontální je jejím nadřízeným primář oddělení, který odpovídá za chod celého oddělení. Vrchní sestra pak odpovídá za kvalitu ošetrovatelské péče na oddělení (56). Pro vedení lidí a koordinaci činností jsou vrchní a staniční sestry manažersky a lidsky velmi dobře vybavené. V těchto sestrách má každá nemocnice bez jakýchkoli pochyb potenciál úspěšných manažerů, vedoucích oddělení. Aby nadřízené sestry zvládly naplňovat tuto nesnadnou roli kvalitně a spolehlivě, musí se jejich osobnost vyznačovat energií a vitalitou, chutí do práce, houževnatostí, důsledností, musí být odolné vůči stresu a musí mít široký rozhled (17).

Nadřízené sestry, tedy staniční a vrchní plní, vedle svých hlavních povinností, ještě celou řadu různých funkcí. Musí rozvíjet a posilovat kolektiv, který řídí, musí vědět, že k jednomu z nejžádanějších pocitů, patří u člověka pocit jistoty. Proto musí vrchní nebo staniční své podřízené zaštitit, být loajální. Měly by být oporou v jejich oprávněných požadavcích a současně by se za ně měly umět postavit a obhájit je i v případech, kdy pochybili. Je samozřejmé, že postoj, který zaujmou, je individuální a záleží na tom, z jakých důvodů sestra pochybila a jaký je dopad jejího pochybení. Nadřízená sestra je často advokátkou, soudcem, ale musí být také pro svůj personál přítelkyní a měla by se zajímat i o sociální situaci svých podřízených (46). V současném turbulentním prostředí nestačí, aby staniční a vrchní sestry byly pouze odbornými garanty péče, ale musí také ovládat teorii managementu, personální management, finanční management, management změn atd. Sestra manažerka, která disponuje znalostmi a dovednostmi z managementu, nepochybně přispívá ke zkvalitnění péče o pacienty v nemocnicích (37).

1.3.8.1 Styl vedení

Stylem vedení se rozumí způsob, jak vedoucí přistupuje k podřízeným, je chápán jako forma působení vedoucího na pracovníky, s cílem motivovat je pro realizaci úkolů. Klasické přístupy k vedení se opíraly převážně o legitimní a donucovací moc. Manažerům velmi málo záleželo na osobních přáních a potřebách pracovníků, šlo jim především o zajištění poslušnosti příkazů. Moderní přístupy k vedení využívají více odměn, vlivu vlastní odbornosti, staví na informovanosti a lidském přístupu k pracovníkům, což přirozeně vyvolává jejich loajalitu (45). Role vedoucího pracovníka spočívá ve schopnosti vybrat správné lidi a zapojit je do správného úkolu, řešit problémy, které vzniknou, hodnotit vývoj vzhledem k cílům, vyjednávat a řešit potřeby pacientů, napravovat chyby, chránit své zaměstnance a předcházet vnitřním konfliktům a vzájemně propojit všechny zúčastněné způsobem, který jim umožní dosáhnout společně lepších výsledků (10).

Američtí badatelé Lippit a White rozlišují tři styly vedení: autokratický, demokratický a nezúčastněný. Vedoucí – autokrat sám formuluje úkoly bez konzultace se skupinou, nařizuje je bez diskuse, neinformuje podřízené o cílech, které jsou sledovány. Používá převážně tresty a ignoruje osobní potřeby a přání pracovníků. Vedoucí – demokrat plní všechny řídicí funkce po konzultaci s pracovníky, společně s nimi formuluje úkoly, radí se o jejich rozdělení, informuje o cílech. Pro zajištění realizace úkolů využívá hlavně odměn. Udržuje s pracovníky přátelské vztahy, zajímá se o jejich problémy a to jak pracovní, tak i osobní. Snaží se zjistit jejich potřeby a usiluje o jejich uspokojování. Vedoucí, který uplatňuje nezúčastněný styl, se vyhýbá rozhodování, nezasahuje příliš do činnosti podřízených, neprovádí důslednou kontrolu. Řízení nechává na pracovnících samotných. Nejlepší z uvedených stylů je jednoznačně styl demokratický. Vede k účinnému dosahování pracovních cílů a k dostatečné spokojenosti pracovníků. Styl autokratický může vést také k požadovanému efektu, ale za cenu nespokojenosti pracovníků. Nezúčastněný styl z počátku pracovníkům vyhovuje, protože na ně neklade žádné nároky, ale později není akceptován, neboť nevede k uspokojivým pracovním výsledkům a má na kolektiv negativní dopad (45).

Sestra manažerka by se při vedení ošetrovatelského týmu měla zaměřit především na sestry zkušené, protože nové sestry se vedou poměrně snadno, jsou nadšené, ochotné spolupracovat. Zkušená sestra, která pracuje na oddělení již delší dobu, může být pro nadřízenou sestru tvrdší oříšek. Na svou kariéru nahlíží z jiného úhlu než nováček, měla již možnost seznámit se s rutinní stránkou práce a vnímá mnohem citlivěji realitu, která je často frustrující. Neznamená to ale, že zkušená sestra je pro oddělení problémem, právě naopak, přispívá svými dovednostmi a znalostmi k řádnému chodu oddělení.

Povýšení do řídicí funkce ještě nedělá z člověka vedoucího. Hodně záleží na postoji a jednání nového vedoucího, zdalepší, či zhorší stávající situaci. Jestliže si uvědomí napětí, které zkušení pracovníci zažívají, a omezí na minimum svůj mocenský přístup, pomůže rychleji vytvořit atmosféru podporující loajalitu. Každý manažer nebo manažerka si musí zvolit takový styl vedení, který vyhovuje jejich temperamentu a prostředí, ve kterém pracují. Styl vedení je individuální záležitostí a nedá se kopírovat nebo měnit (45).

1.3.8.2 Řešení konfliktů

Konflikt je přirozenou součástí života jakékoliv organizace. Konflikty v organizaci nemohou být nikdy zcela eliminovány a ani by to nebylo žádoucí. Organizace by se tak vystavovala riziku stagnace a ztráty schopnosti reagovat na změnu. Není možné ale tvrdit, že konflikty jsou vždy nositeli konstruktivních změn. Konflikty mohou navodit v organizaci i řadu dysfunkčních jevů, jako je malá ochota k další spolupráci, nízká motivovanost, zhoršení sociálního klimatu v organizaci, soupeření podskupin v pracovním týmu a podobně. Nejde tedy o to, za každou cenu se konfliktům vyhýbat, ale snažit se o minimalizaci jejich možných destruktivních důsledků (6). Zdroje interpersonálních konfliktů mohou být v organizačním kontextu velmi různorodé, například informační zkreslení, odlišná rolová očekávání, osobnostní rozdíly, nevyjasněné cíle a odpovědnost jednotlivců, nedostatek zdrojů a podobně. Konflikty mohou být různého typu. Může jít o konflikty představ a názorů nebo o konflikty postojů a zájmů. V konfliktních situacích dochází k potlačení racionálního jednání

různými emocionálními reakcemi, které se projevuje jednak v argumentaci, která přestává být logická; ve sníženém respektování autority. Často se konfliktní situace projevuje zkresleným výkladem minulých nebo současných událostí, dochází ke ztrátě sebekontroly a k narušení až zdeformování komunikace. Dochází ke vzájemnému slovnímu napadání, okřikování, urážkám a nadávkám. K problematice nejrůznějších sociálních situací aktivně přispívá řada konfliktních jedinců, ale pro většinu lidí je to nepříjemný emocionální prožitek (5).

Ve zdravotnickém zařízení není o konflikty nouze. Emoce pacientů a jejich blízkých i emoce ošetrovatelského personálu jsou v prostředí nemocí a umírání silné a hluboké. Pro emoce pacientů, ale i pro frustrace nadřízených, jsou často sestry vnímány jako bezpečný hromosvod. Přiřadíme-li k tomu konflikty mezi sestrami samotnými, je jasné proč se sestry manažerky musí seznámit se způsoby a strategiemi, jak tyto interpersonální konflikty řešit.

Konflikt probíhá ve čtyřech fázích. První v pořadí je frustrace, kterou lidé začnou vnímat, jakmile někdo nebo něco blokuje jejich úsilí. Frustrace může přerůst do hlubších emocí, jako je hněv nebo pocit beznaděje. Vhodnou profesionální komunikací lze v této fázi vzniklé názorové rozdíly odstranit. Na dalším místě je konceptualizace, kdy si každý účastník konfliktu učinil svůj názor, svůj obraz celého konfliktu, který může být jasný, nebo mlhavý. Pro další průběh konfliktu, případně pro jeho řešení je velice důležité to, jak lidé konflikt vnímají a jaké pocity v nich vyvolává. Pro sestry je důležité zjistit, jaká je podstata rozdílných názorů a jaké jsou jejich příčiny. Další fází konfliktu je akce, kdy lidé většinou pochopí potřebu konflikt řešit. Poslední fází jsou výsledky, které mohou být viditelné i neviditelné. Situace se může zlepšit, nebo znovu zhoršit, konflikt může být vyřešen nebo odložen. Vztahy na pracovišti mohou být posíleny, oslabeny nebo ukončeny (45).

Metod, které vedou k řešení konfliktů, je mnoho. Grohan a Murray uvádí metody konfrontace, vyjednávání, urovnání, vyhýbání a jednostranná akce. Konfrontace může být nepohodlná a obtížná, ale aby byla úspěšná, jsou zapotřebí tři předpoklady: všechny strany musí být motivovány vyřešit problém, musí mít v souvislosti s problémem stejnou moc a nezbytné informace o problému. Úspěšná konfrontace řeší důležité

otázky, umožňuje upřímné a spontánní sdílení názorů a poskytuje informace, které zvyšují znalost účastníků o problému. Je-li konfrontace úspěšná, vede k pozitivnímu výsledku.

Je-li zvolena metoda vyjednávání, je užitečný vyjednávač, který musí být informován o postavení každé strany a jejich upřednostňovaném řešení. Tento přístup se využívá častěji při řešení velkých problémů, je časově náročný, ale může vést k pozitivnímu výsledku.

Urovnávání konfliktu lze využít dočasně k získání času, kdy se snažíme zlepšit spolupráci mezi rivaly. Zmenšuje význam konfliktu a většinou se nenajde řešení. Vyhybání se konfliktu je možné také použít dočasně, než selepší vztahy mezi stranami. Je to technika bez vítěze, kdy se problémy zametají pod stůl. Touto metodou se řeší obvykle problémy triviální, které nevyžadují takovou pozornost. Při jednostranné akci jde o aktivní účast jedné strany, zatímco druhá strana se akci je bezmocná nebo se akci vyhýbá. Může se jednat o konflikt založený na moci a jednostranný přístup může více problémů způsobit než vyřešit.

Příznivé výsledky konfliktních situací záleží na výběru nejlepší metody, která je založena na individuálních okolnostech každého problému. Efektivní řízení konfliktů podporuje kvalitní rozhodování. Všechny konflikty nejsou škodlivé, ale ty, které jsou, se musí zvládnout a dostat pod kontrolu (11).

1.3.8.3 Mezigenerační konflikty na pracovišti

Věkové složení sester ve zdravotnických zařízeních je velmi rozmanité. Jsou zde sestry absolventky, tedy sestry mladé, sestry středního věku až po sestry zralé, které mají 50-60 i více let. Spolupráce několika věkových kategorií sester však nemusí znamenat mezigenerační problémy. Je důležité rozpoznat silné stránky jednotlivých generací a na nich stavět, aby byl vytvořen dobrý pracovní tým. První skupinu tvoří sestry ve věku do 34 let, ty si uvědomují nutnost vzdělávání, potřebu flexibilitnosti, nutnost porozumět technice, dobrou informovanost a zaměření se na každodenní práci. Mladší sestry se často podivují nad tím, proč se mají dělat věci pořád stejně starým

způsobem, proč se nevyužívá nejnovější technologie, často vypadají jako někdo, kdo všechno ví. Věková skupina sester 35 – 44 let, která má ještě před sebou mnoho let produktivní práce, se snaží dále vzdělávat a zůstat na vrcholu své profese. Často se tato skupina sester posunuje na vedoucí pozice. Další věkovou kategorií jsou sestry ve věku 45 – 59 let. Tyto sestry se spoléhají na ověřené, přesné a vyzkoušené způsoby práce. Jsou obětavé, loajální. Změny v ošetrovatelské péči vnímají trochu jinak než jejich mladší kolegyně, přijímají je těžce a často je odmítají. Jsou skeptické a nemají často důvěru ve své technické schopnosti. Sestry nad 60 let mohou svým mladším kolegyním nabídnout mnoho zkušeností a moudrosti. Často ale úporně odmítají změny, nechtějí pracovat s technikou. Dovedou naslouchat a pomoci při řešení problémů.

Generační problémy nejsou jen záležitostí mladších sester proti starším. Vznikají i z dlouhodobé pracovní zátěže. Pro sestry se změnilo vedení jejich práce, z dřívějšího vedení formou příkazu, kontroly a očekávání mzdy na vedení nové, kde globalizace, technika a nepředvídané nároky na zaměstnance jsou každodenními výzvami. Podmínky jsou pro všechny stejné: flexibilita, porozumění technice, dobrá informovanost a zaměření na kvalitní práci. Při výběru sester na pracoviště je pro sestry manažerky nejzávažnějším problémem relativně časně profesní vyčerpání sester a nepříznivé obecné hodnocení sester na konci profesní kariéry. Věkově starší ročníky sester jsou obecně vnímány jako fyzicky méně zdatné, s rutinním přístupem k práci, s menší ochotou měnit zavedený způsob práce a přijímat nové poznatky. Mají pomalejší pracovní tempo a vyšší nemocnost. Jsou chápány také jako ekonomicky dražší pracovní síla. Manažerky přiznávají určitou formu skryté diskriminace ve vztahu ke starším věkovým kategoriím, argumentují tím, že problém starších sester je nutný řešit jinými společenskými a ekonomickými nástroji (3).

1.3.8.4 Elitářství v ošetrovatelství

Pojem elita je spojen s nerovností ekonomickou a politickou i s rozdílem v osobních vlastnostech a schopnostech jednotlivců. Elita se může stát silou a nástrojem prospěšných změn a progresivních opatření, na druhé straně však může své schopnosti

věnovat retardacím nebo konzervaci panujících poměrů. Přestože sestry nejsou považovány za mocenskou skupinu, existují v rámci ošetřovatelství jak horizontální tak vertikální elity.

Vertikální elitářství existuje mezi sestrami, které vykonávají různé funkce v rámci zdravotnického zařízení. Čím je vyšší postavení sestry ve zdravotnickém zařízení, tím je větší prestiž. Horizontální elitářství je ovlivněno vědeckými a technickými znalostmi a dovednostmi. Elitářství se tedy týká těch sester, které pracují s nejmodernějšími přístroji a mají technické znalosti. Jsou to sestry pracující na jednotkách intenzivní péče, na jednotkách specializované péče, na operačních sálech a podobně. Tyto sestry samy sebe vnímají jako elitu a jsou za ni považovány i veřejností. Nové technologie jsou většinou spojovány s čistou prací. Ty sestry, které zabezpečují tělesné funkce pacientů, mají nižší prestiž. Péče o seniory nebo dlouhodobě nemocné se netěší takové prestiži jako vysoce specializované obory, kde se pracuje s nejmodernější technikou. Ošetřovatelská péče spojená s pečováním je považována za přirozenou a převažuje názor, že nevyžaduje vzdělání nebo inteligenci. Sestry pracující ve vysoce specializovaných oborech jsou spojovány spíše s technikou a mají tudíž vyšší prestiž, i když vykonávají i „špinavou práci“ například péči a inkontinentní pacienty. Sestrám přidává na prestiži také to, že koncepce rozšířených rolí v rámci ošetřovatelství, například předepisování léků sestrami, je odvádí od pečovatelské role ošetřovatelství k léčbě, což je aspekt klinické medicíny. Jsou to však většinou rutinní, opakující se úkoly, které lékaři nepovažují pro sebe za dostatečně lukrativní, oproti jejich jiným pracovním povinnostem. Paradoxně však tyto nové role přivádějí ošetřovatelství ještě více pod kontrolu lékaře, protože lékařská profese určuje podmínky zapojení ošetřovatelství a omezuje a kontroluje práci, kterou sestra přebírá (3).

1.4 Kvalita zdravotní péče

Kvalita se řadí mezi velmi frekventované pojmy současnosti. Kvalita se zavádí, buduje a kontroluje, řídí a certifikuje. V minulosti byla definována především

v technické sféře, v současnosti s úspěchem proniká téměř do všech oblastí lidského konání (25).

Ve zdravotnictví můžeme systém kvality definovat jako souhrn struktury organizace, jednotlivých odpovědností, procedur, procesů a zdrojů, které jsou potřebné k soustavnému zlepšování kvality poskytovaných zdravotnických služeb, jejichž cílem je zlepšování zdravotního stavu, zvyšování kvality života a spokojenosti obyvatel, o něž pečují. Jde o celý proces tvorby postupů, sběru informací, stanovení standardů a hodnocení výsledků toho, co ve zdravotnictví organizujeme jako zdravotní péči a zdravotnické služby. Cílem systému kvality je zlepšování kvality péče, která je poskytována v souladu s potřebami a požadavky pacientů a dalších vnitřních a vnějších klientů. Cílem zlepšování kvality je také omezit chyby, promrhaný čas, nežádoucí výsledky a zbytečné náklady spojené se špatnou jakostí konkrétního zdravotnického výkonu či služby. Kvalita se týká celé soustavy zdravotnictví, tedy zákonodárných a exekutivních orgánů, všech zdravotnických pracovníků a jednotlivých zdravotnických pracovišť, poskytující své služby pacientům v primární, sekundární i terciální sféře zdravotnictví. Systém zlepšování kvality není možno budovat bez rozsáhlé komunikace a spolupráce s obyvatelstvem a konkrétními pacienty (10).

1.4.1 Dimenze kvality

Kvalita znamená více než pouhé zlepšování lékařské nebo ošetrovatelské péče. Kvalita je velice komplexní pojem a má celou řadu dimenzí. Ve zdravotnických zařízeních rozeznáváme tři dimenze zdravotních služeb. Jednak je to kvalita služeb z hlediska klienta, zahrnuje to vše, co vyžadují klient od služeb; druhou dimenzí je kvalita služeb z hlediska profesionálního, to znamená, zda služby naplňují potřeby tak, jak jsou definovány profesionály, kteří je realizují nebo kteří pacienty ke službám posílají, a zda obsahují vhodné techniky a procedury, které jsou nezbytné pro splnění klientových potřeb. Třetí dimenzí je kvalita služeb z hlediska řízení, ta zahrnuje nejekonomičtější a nejproduktivnější využití zdrojů v rámci limitů a direktiv, stanovených vyššími nadřízenými nebo plátcí (33).

Kvalitní zdravotní péče musí být bezpečná, kdy možná rizika zákroku nebo nemocničního prostředí jsou omezena na nejnižší míru nebo zcela vyloučena. Dalším požadavkem je kompetentnost a přijatelnost, to znamená, že znalosti a dovednosti jsou v souladu s nabízenou péčí, a že veškerá péče a služby jsou přijatelné pro zákazníky. Dále musí být zdravotní péče efektivní, vhodná a ekonomická, dostupná a kominutivní. Důležitá je také včasnost a přiměřenost zdravotní péče. V neposlední řadě je kladen důraz na úctu a vnímavost, způsob, jakým zdravotnický personál respektuje stud, lidskou důstojnost, soukromí a individuální odlišnosti pacienta (45).

1.4.2 Dodržování standardů

Staniční a vrchní sestry se zabývají poskytováním komplexní péče, která pacientům prospívá. Tyto sestry manažerky musí vědět, čím může každý zdravotnický pracovník, jež přijde do styku s pacienty, k této péči přispět i to jak je ve své práci limitován například vzděláním. Na intenzivní práci ošetrovatelského personálu je v podstatě založena většina oddělení, zvláště ta v nemocnicích a v zařízení dlouhodobé péče. Ošetrovatelský personál tvoří: registrované sestry, ošetrovatelky, sanitárky, sanitáři. Rozsah práce různých zdravotnických pracovníků je ovlivněn spletitým rámcem profesních, společenských, etických, vládních, právních, a organizačních faktorů. Řídit a vést v tomto rámci ostatní zaměstnance se zdá velmi obtížné (11).

Kvalita péče musí být měřitelná na základě objektivně měřitelných kritérií. Definice kvalitní péče a její kritéria jsou stanoveny v ošetrovatelských standardech. Ošetrovatelským standardem se rozumí dohodnutá profesní norma kvality. Standard určuje, co je nutnou, nezbytnou, základní normou potřebnou pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Je vlastně vodítkem, podle kterého se může hodnotit, zda ošetrovatelské činnosti odpovídají požadované úrovni (20). Vytváření standardů a sledování jejich dodržování jsou důležité kroky k praktické realizaci zlepšení kvality péče, poskytují pocit bezpečí a jistoty nemocným a chrání sestry před neoprávněným postihem. Každá země při jejich vytváření vychází z vlastních podmínek jednotlivých zdravotnických zařízení. V tomto smyslu jsou tvořeny standardy na národní, regionální a na místní úrovni (52). Standardy jsou zbytečné, pokud nezlepší přímou péči a pokud

nedojde ke sledování jejich dodržování, zbytečnost standardů je také v případě, pokud nejsou realizována nápravná opatření jako důsledek jejich nedodržování (35).

1.4.2.1 Druhy standardů

Zdravotnická zařízení vytváří standardy výkonu ošetrovatelské profese, které určují kategorie ošetrovatelského personálu a podmínky opravňující k výkonu povolání. Vymezuji kompetence a rámcové pracovní náplně jednotlivých kategorií pracovníků. Jsou vytvářeny legislativními normami a patří sem i etický kodex sestry. Dále to jsou standardy ošetrovatelské péče, ty jsou zaměřeny na specifické ošetrovatelské činnosti v konkrétních podmínkách daného pracoviště. Standardy ošetrovatelské dokumentace určují základní typy ošetrovatelské dokumentace, kterou je nutné vést a kterou vydává zdravotnické zařízení. Jako norma pro vybavení určitého pracoviště slouží standardy vybavení pracoviště z hlediska ošetrovatelské péče. Důležité jsou standardy personálního obsazení různých typů pracovišť, ty mohou stanovit normu na vybavení pracoviště ošetrovatelským personálem podle specifiky nemocných a podle počtu lůžek na oddělení. Jednotlivá zdravotnická pracoviště vypracovávají standardy pracovních postupů (manuály) při různých ošetrovatelských výkonech. Mezi důležité standardy patří i standardy pro vzdělávání ošetrovatelských pracovníků, které jsou vypracovávány na národní úrovni a vycházejí z potřeb státu. V oblasti vzdělávání sester existují standardy mezinárodní (20).

1.4.3 Audity

Audit je systematický, nezávislý a dokumentovaný proces pro získání důkazu a objektivní hodnocení s cílem stanovit rozsah, v němž jsou splněna kritéria. Je používán v institucích se středním a vyšším managementem ke komplexní kontrole hospodaření, kvality poskytovaných služeb, dodržování standardů. Management organizace potřebuje pro plánování, přezkoumávání a zlepšování činností údaje o chodu organizace obsahující objektivní a faktické informace (52). Audit znamená jeden

z nejefektivnějších nástrojů programu kontinuálního zvyšování kvality. Zdravotnický audit je nedílnou součástí měření kvality péče ve zdravotnickém zařízení, analyzuje úspěch oddělení, sester, lékařů či organizace tím, že porovnává data a hledá shodu nebo neshodu mezi tím, co bylo naplánováno, a tím čeho bylo dosaženo. Odkrývá problémové oblasti, které vyžadují pozornost. Poukazuje na úspěchy, které mohou pomoci ostatním. Audity se rozdělují podle auditora na vnitřní, ty provádí organizace sama, a na externí, kdy do nemocnice přicházejí auditoři zvenčí. Audity se netýkají pouze sester nebo lékařů ale zaměřují se na všechny zaměstnance zdravotnického zařízení. Audity se dělí na audit ošetrovatelské péče, audit zdravotnické dokumentace, audit finanční, personální, účetní a ekonomický (25).

1.4.4 Akreditace

S akreditacemi se započalo v USA v roce 1951, od kdy Spojená komise pro akreditaci JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) sleduje úroveň a kvalitu zdravotnictví. Je to nezávislá nezisková organizace, která se snaží rozpracovat soubor kritérií pro hodnocení úrovně a kvality poskytované zdravotní péče v nemocnicích. Nemocnice jsou hodnoceny podle 500 ukazatelů a hodnocení trvá čtyři dny. Komise má přístup do dokumentace, hovoří s personálem a pacienty. Zaměřuje se na etiku, práva pacientů, výchovu pacienta a rodiny, sledování infekcí, na lékaře a sestry, řízení nemocnice, šíření informací (33). V České republice vznikla pod záštitou Ministerstva zdravotnictví Spojená akreditační komise České republiky (SAK – ČR), která v roce 1998 předala zdravotnické veřejnosti prvních 50 akreditačních standardů, které se týkají aspektů provozu zdravotnických zařízení a péče o pacienty. Tyto standardy jsou rozděleny do deseti tematických oblastí. Oblast kvality, diagnostické postupy, kontinuita péče, dodržování práv pacientů, podmínky poskytované péče, standardy managementu, sběr a zpracování informací a protiepidemická opatření (25).

Příprava akreditačního řízení spočívá v uvedení vlastních standardů, směrnic a praxe do souladu s akreditačními standardy. Potom si zdravotnické zařízení podá žádost u organizace, která akreditační proces v zemi realizuje. Akreditační komise je složena

z týmu odborníků ve složení lékař, sestra a hospodářsko-technický manažer. Informace o kvalitě provozu zdravotnického zařízení akreditační tým získává studiem podkladů, jednáním s nemocničním managementem, návštěvou jednotlivých pracovišť, fyzickou prohlídkou pracoviště a hodnocením interdisciplinárních aktivit. Akreditační proces vrcholí závěrečnou diskusí s managementem a akreditační inspektoři připraví zprávu pro představenstvo Spojené akreditační komise a akreditace je ukončena výrokem SAKu. Certifikát o akreditaci se vydává na dobu tří let. Po uplynutí tohoto období nemocnice může požádat o reakreditaci (25).

2. Cíl práce a hypotézy

2.1. Cíle práce

1. Zjistit, zda se změní pohled (postoj) sestry na poskytování ošetrovatelské péče při zařazení na funkční místo.
2. Zjistit, jakým způsobem se změní pohled (postoj) sestry na poskytování ošetrovatelské péče při zařazení na funkční místo.
3. Zjistit, jakým způsobem si sestra zařazená na funkční místo zajišťuje autoritu u svých podřízených.

2.2. Hypotézy a výzkumné otázky

Hypotézy

1. Postoj sestry k poskytování ošetrovatelské péče se změní po zařazení na funkční místo
2. Sestra zařazená na funkční místo vyžaduje poskytování ošetrovatelské péče dle ošetrovatelských standardů.
3. Sestra zařazená na funkční místo zodpovídá za kvalitu ošetrovatelské péče

Výzkumné otázky

1. Je pro sestru zařazenou na funkční místo těžké zajistit si autoritu u služebně starších sester?
2. Je pro sestru zařazenou na funkční místo těžké kontrolovat ošetrovatelskou péči poskytovanou směnnými sestrami?
3. Je snazší organizovat práci směnným sestram, se kterými sestra ve funkční pozici předtím nepracovala?

3. Metodika

3.1. Použité metody

První část provedeného výzkumného šetření, k ověření hypotéz, je výzkumem kvantitativním, zhotoveným metodou dotazování. Data byla sbírána technikou anonymního dotazníku, jehož vyplnění bylo dobrovolné. Respondenti měli možnost označit zvolené odpovědi, využít možnosti více odpovědí a případně své odpovědi doplnit.

Před rozdělením dotazníků byly vždy kontaktovány náměstkyně ošetrovatelské péče v příslušných nemocnicích. Těm byl vysvětlen záměr a cíle práce a byly s dotazníky seznámeny.

Dotazník obsahoval 27 otázek. V úvodu byly zařazeny otázky identifikační, dále následovaly otázky otevřené a polootevřené (příloha 1, 2).

Druhá část provedeného výzkumu, je výzkumem kvalitativním, zhotovený metodou dotazování. Data byla sbírána technikou nestandardizovaného rozhovoru. Ten obsahoval 10 otázek, směřujících k zodpovězení výzkumných otázek (příloha 3).

3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

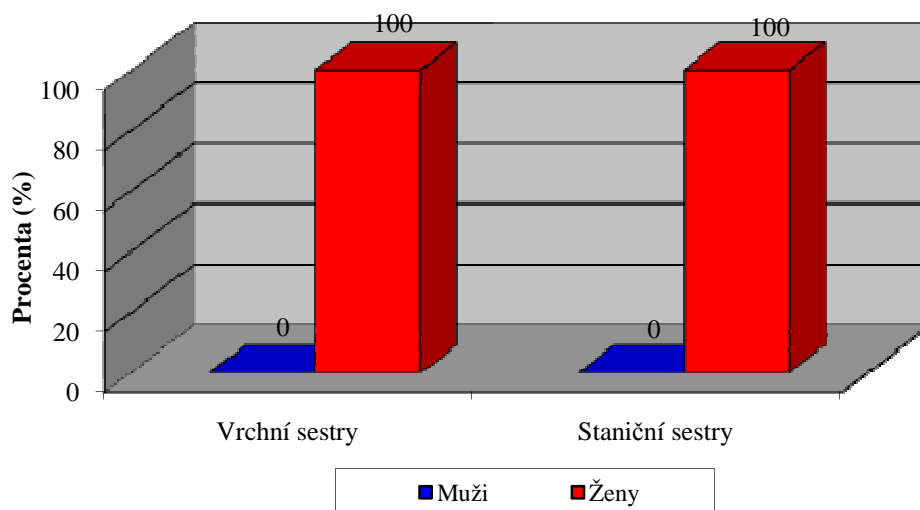
Výzkumný vzorek pro dotazníkové šetření tvořily vrchní a staniční sestry nemocnic v Jihočeském regionu, v Příbrami a Pelhřimově. Dotazníkové šetření probíhalo v dubnu a květnu 2010. Bylo rozesláno 122 dotazníků vrchním sestřím a 230 dotazníků staničním sestřím. Pro výzkum bylo použito 78 (63,93 %) řádně vyplněných dotazníků od vrchních sester a 168 (73,04 %) dotazníků od staničních sester.

Výzkumný soubor pro rozhovor tvořilo 6 vrchních sester Nemocnice České Budějovice a.s. Rozhovory probíhaly v dubnu a květnu 2010.

4. Výsledky

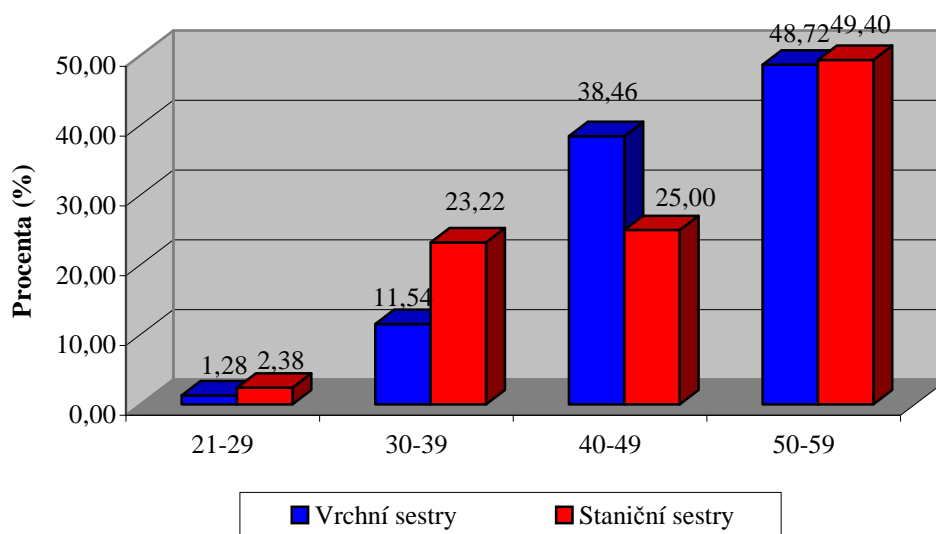
4.1 Vyhodnocení kvantitativního šetření

Graf 1 Pohlaví respondentů



Z celkového počtu 246 respondentů odpovídalo na dotazníky 78 vrchních sester a 168 staničních sester. Ze 78 (100 %) vrchních sester bylo 78 (100 %) žen a žádný (0 %) muž, a ze 168 (100 %) staničních sester bylo 168 (100 %) žen a žádný (0 %) muž.

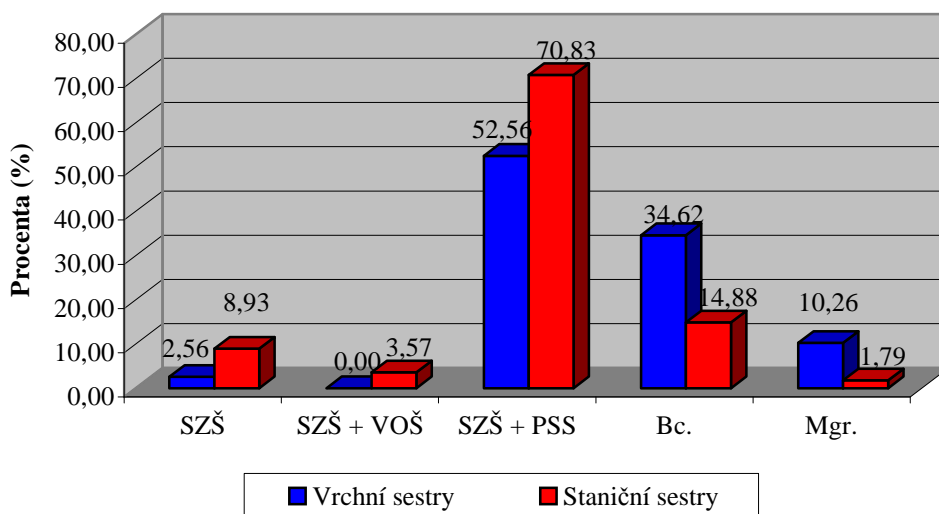
Graf 2 Věk respondentů



Ze 78 (100 %) vrchních sester bylo 38 (48,72 %) sester ve věku 50 – 59 let, 30 (38,46 %) ve věku 40 - 49 let, 9 (11,54 %) patřilo do věkové skupiny 30 - 39 let a 1 (1,28 %) sestra zaškrtnula věkovou skupinu 21 – 29 let.

Ze 168 (100 %) staničních sester bylo 83 (49,40 %) ve věku 50 – 59 let, 42 (25,00 %) ve věku 40 – 49 let, 39 (23,22 %) sester ve věkové skupině 30 -39 let a 4 (2,38 %) sestry označily věkovou skupinu 21 – 29 let.

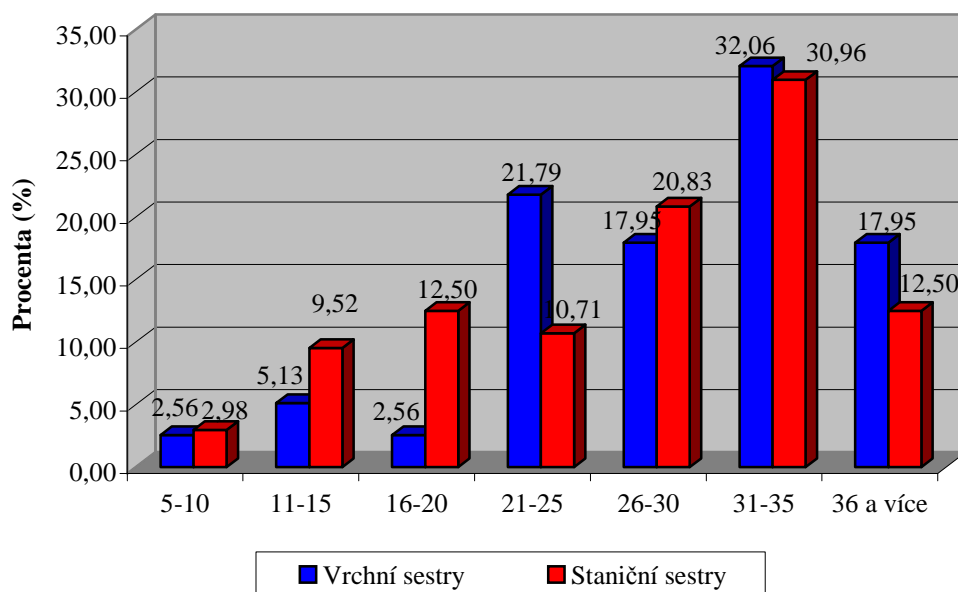
Graf 3 Vzdělání respondentů



Z celkového počtu 78 (100 %) vrchních sester označilo jako své nejvyšší dosažené vzdělání 41 (52,56 %) sester SZŠ + PSS, 27 (34,62 %) sester vysokoškolské bakalářské vzdělání, 8 (10,26 %) vysokoškolské magisterské a 2 (2,56 %) sestry SZŠ, vyšší odbornou zdravotnickou školu neoznačila žádná (0 %) sestra.

Z celkového počtu 168 (100 %) staničních sester označilo 119 (70,83 %) sester jako své nejvyšší vzdělání SZŠ + PSS, 25 (14,88 %) zaškrtnulo vysokoškolské bakalářské vzdělání, 15 (8,93 %) sester označilo SZŠ, 6 (3,57 %) vyšší odbornou zdravotnickou školu a 3 (1,79 %) vysokoškolské magisterské vzdělání.

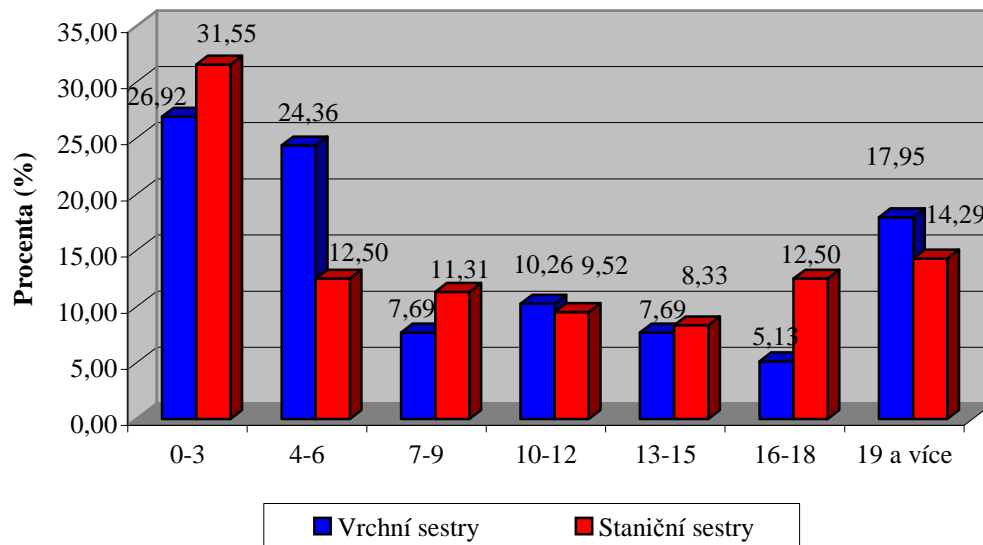
Graf 4 Počet let praxe



Ze 78 (100 %) vrchních sester 25 (32,06 %) má praxi 31 – 35 let, 17 (21,79 %) sester označilo počet let praxe 21 – 25 let, 14 (17,95 %) 26 - 30 let, stejný počet, tedy 14 (17,95 %) sester uvedlo počet odpracovaných let 36 a více, 4 (5,13 %) 11 – 15 let, 2 (2,56 %) 5 – 10, a 2 (2,56 %) sestry označily 16 – 20 let praxe.

Počet let praxe z celkového počtu 168 (100 %) staničních sester označilo 52 (30,96 %) sester 31 – 35 let, 35 (20,83 %) sester 26 – 30 let, 21 (12,50 %) 36 a více let praxe, stejný počet, tedy 21 (12,50 %) sester 16 – 20 let, 18 (10,71 %) 21 – 25 let, 16 (9,52 %) 11 – 15 let a 5 (2,98 %) sester označilo 5 -10 let praxe.

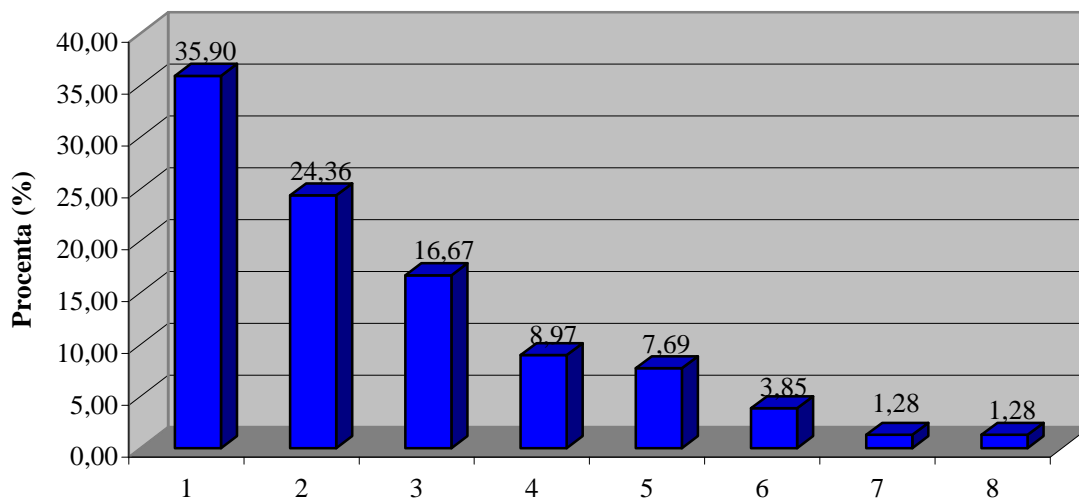
Graf 5 Počet let na funkčním místě



Ze 78 (100 %) vrchních sester na otázku, jak dlouho jsou ve funkčním místě, 21 (26,92 %) označilo možnost 0 – 3 roky, 19 (24,36 %) sester odpovědělo 4 – 6 let, 14 (17,95 %) 19 let a více, 8 (10,26 %) 10 – 12 let, 6 (7,69 %) 7 – 9 let, stejný počet, tedy 6 (7,69 %) 13 – 15 let, 4 (5,13 %) sester označilo možnost 16 – 18 let.

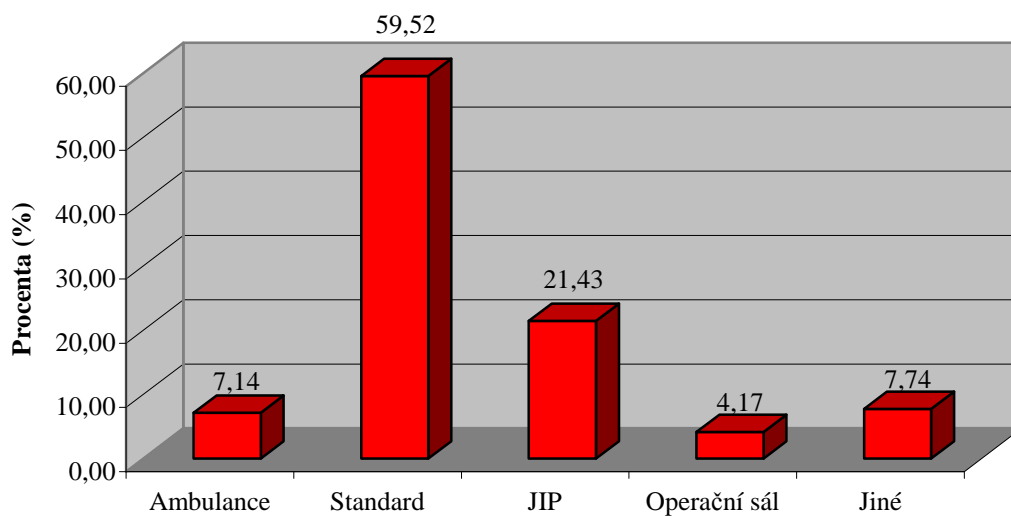
Z celkového počtu 168 (100 %) staničních sester ve stejné otázce 53 (31,55 %) označilo možnost 0 – 3 roky, 24 (14,29 %) 19 a více let, 21 (12,50 %) 4 – 6 let, 21 (12,50 %) sester 16 – 18 let, 19 (11,31 %) sester udalo, že jsou ve funkci 7 – 9 let, 16 (9,52 %) 10 – 12 let, 14 (8,33 %) sester odpovědělo, že vedoucí funkci vykonávají 13 - 15 let.

Graf 6 Počet stanic na oddělení



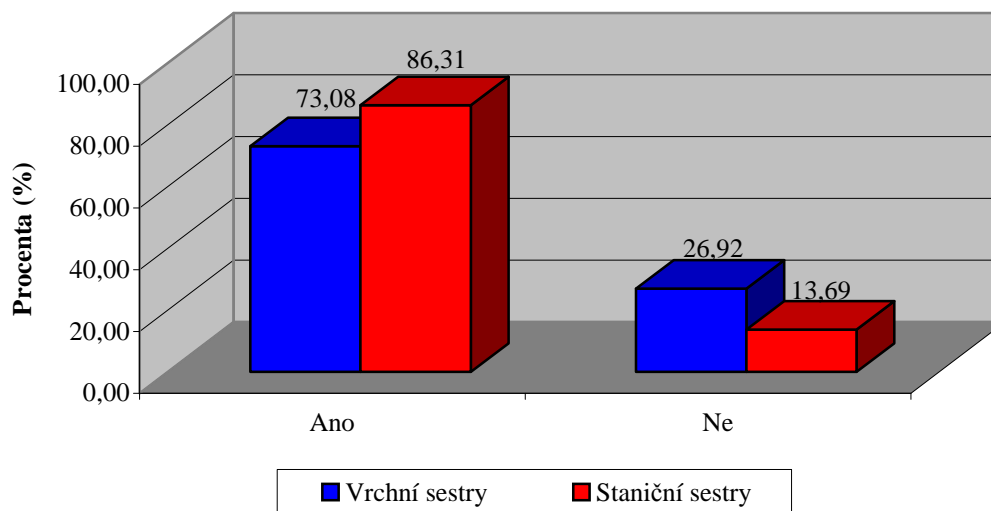
Graf znázorňuje kolik stanic má oddělení, které vedou vrchní sestry. Z celkového počtu 78 (100 %) vrchních sester 28 (35,90 %) uvedlo, že jejich oddělení má jednu stanici, 19 (24,36 %) sester odpovědělo, že jejich oddělení má dvě stanice, 13 (16,67 %) zaškrtnulo tři stanice, 7 (8,97 %) čtyři stanice, 6 (7,69 %) pět stanic, 3 (3,85 %) sester má na oddělení šest stanic, 1 (1,28 %) sedm stanic a 1 (1,28 %) sestra uvedla osm stanic na oddělení.

Graf 7 Pracoviště staničních sester



Graf ukazuje pracoviště staničních sester. Z celkového počtu 168 (100 %) pracuje nejvíce dotázaných staničních sester 100 (59,52 %) na standardním oddělení, potom následuje JIP, tam pracuje 36 (21,43 %), 13 (7,74 %) sester pracuje na jiném pracovišti, než byly uvedené možnosti, 12 (7,14 %) na ambulanci a 7 (4,17 %) sester pracuje na operačním sále.

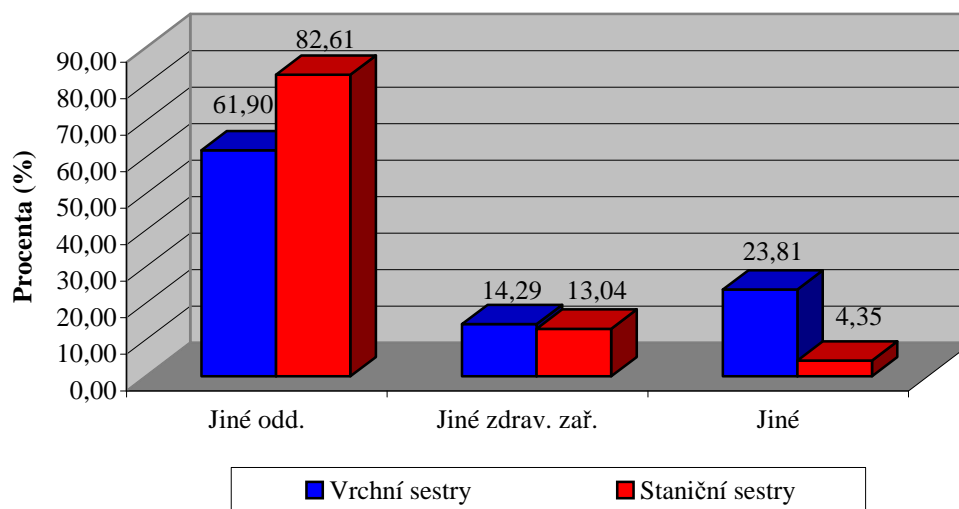
Graf 8 Pozice před zařazením na funkční místo



Graf znázorňuje, zda vrchní a staniční sestry před zařazením na funkční místo pracovaly na stejném oddělení jako sestry. Z celkového počtu 78 (100 %) vrchních sester na stejném oddělení pracovalo 57 (73,08 %) a 21 (26,92 %) na stejném oddělení nepracovalo.

Z celkového počtu 168 (100 %) staničních sester na stejném oddělení pracovalo 145 (86,31 %) sester a 23 (13,69 %) na stejném oddělení nepracovalo.

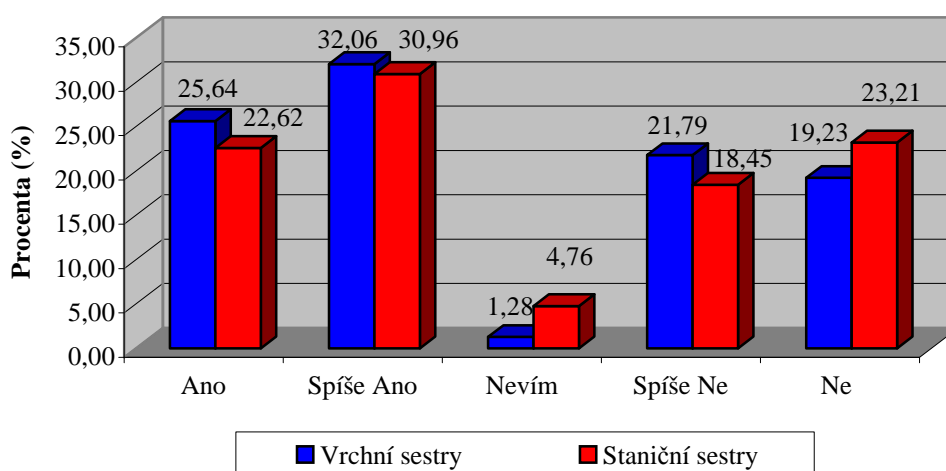
Graf 9 Zařazení do funkčního místa



Z celkového počtu 21 (100 %) vrchních sester, které odpověděly, že nepracovaly před zařazením do funkce na oddělení, kde nyní svou funkci vykonávají 13 (61,90 %) uvedlo, že pracovaly na jiném oddělení stejného zdravotnického zařízení, 3 (14,29 %) sestry pracovaly v jiném zdravotnickém zařízení a 5 (23,81 %) zvolilo jinou možnost.

Z celkového počtu 23 (100 %) staničních sester jich 19 (82,61 %) uvedlo, že na funkční místo přišly z jiného oddělení stejného zdravotnického zařízení, 3 (13,04 %) sestry přišly z jiného zdravotnického zařízení a 1 (4,35 %) sestra zvolila jinou možnost.

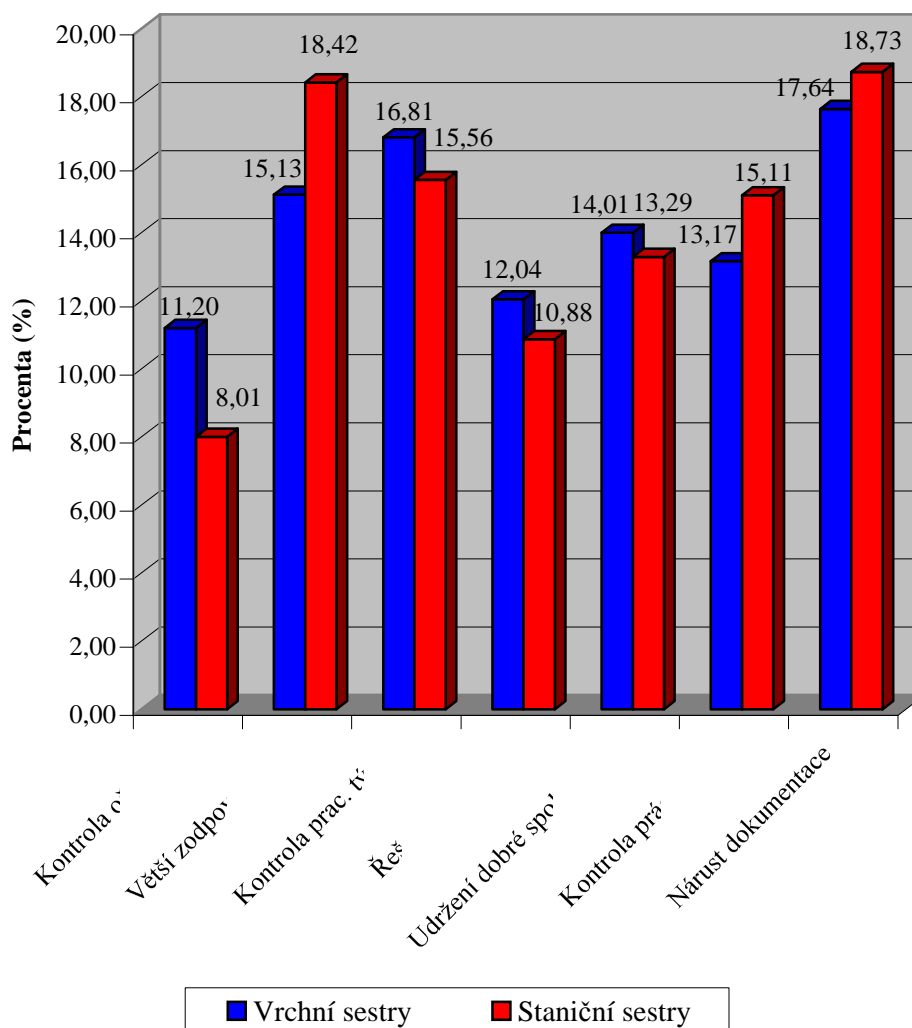
Graf 10 Změna pohledu na poskytování ošetrovatelské péče po zařazení na funkční místo



Graf znázorňuje, zda se změnil pohled sester na poskytování ošetrovatelské péče po zařazení na funkční místo. Z celkového počtu 78 (100 %) vrchních sester spíše ano uvádí 25 (32,06 %) sester, ano odpovědělo 20 (25,64 %) sester, možnost spíše ne označilo 17 (21,79 %), že se pohled na poskytování péče nezměnil uvedlo 15 (19,23 %) sester a možnost nevím zvolila 1 (1,28 %) sestra.

Z celkového počtu 168 (100 %) staničních sester, si 52 (30,96 %) z nich myslí, že se pohled na poskytování ošetrovatelské péče spíše změnil, 39 (23,21 %) sester si myslí, že se nezměnil, 38 (22,62 %) udává, že ano, 31 (18,45 %) spíše ne a 8 (4,76 %) neví.

Graf 11 Změna pohledu na poskytování ošetrovatelské péče po zařazení na funkční místo

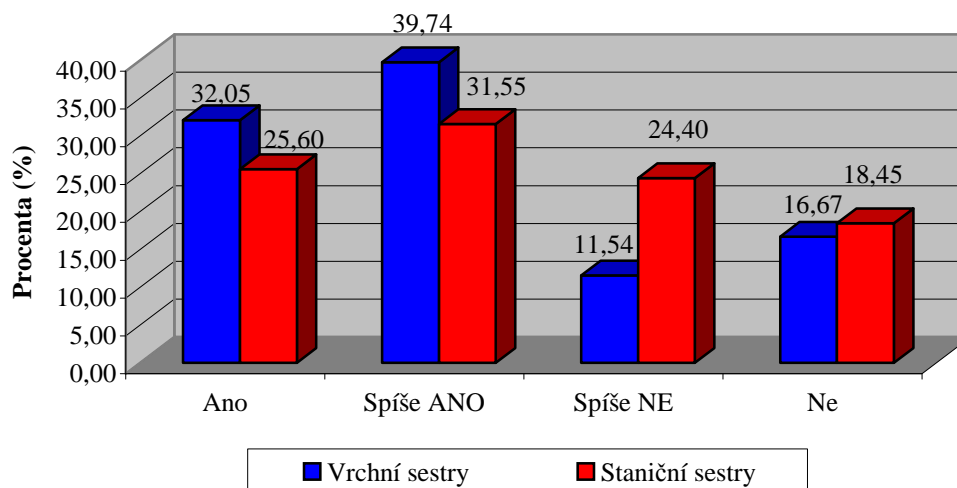


Graf objasňuje, v čem se nejvíce změnil pohled na poskytování ošetrovatelské péče sester po zařazení na funkční místo. Respondentky měly možnost označit více odpovědí. Z celkového počtu 357 (100 %) odpovědí vrchních sester byl uveden 63krát (17,64 %) nárůst dokumentace, 60krát (16,81 %) se objevila odpověď, že nyní vrchní sestra řídí

a kontroluje celý pracovní tým, 54krát (15,13 %) byla uvedena daleko větší zodpovědnost za poskytování ošetrovatelské péče, 50krát (14,01 %) nutnost udržení dobré spolupráce v multidisciplinárním týmu při poskytování ošetrovatelské péče, 47krát (13,17 %) nutnost kontroly kvality práce i nižších zdravotnických pracovníků, 43krát (12,04 %) řešení interpersonálních konfliktů, které vyplývají z rozdílného poskytování ošetrovatelské péče, 40krát (11,20 %) respondentky uvedly, že před zařazením na funkční místo ošetrovatelskou péči poskytovaly a nyní jí hlavně kontrolují.

Z celkového počtu 662 (100 %) odpovědí staničních sester se 124krát (18,73 %) objevil nárůst dokumentace, 122krát (18,42 %) větší zodpovědnost za poskytování ošetrovatelské péče po zařazení na funkční místo, 103krát (15,56 %) staniční sestry uvedly nutnost řízení a kontroly celého pracovního týmu, 100krát (15,11 %) kontrolu kvality práce i u nižších zdravotnických pracovníků, 88krát (13,29 %) nutnost udržení dobré spolupráce v multidisciplinárním týmu při poskytování ošetrovatelské péče, 72krát (10,88 %) řešení interpersonálních konfliktů, vyplývajících z rozdílného poskytování ošetrovatelské péče a 53krát (8,01 %) staniční sestry uvedly, že dříve ošetrovatelskou péči poskytovaly a nyní jí převážně kontrolují.

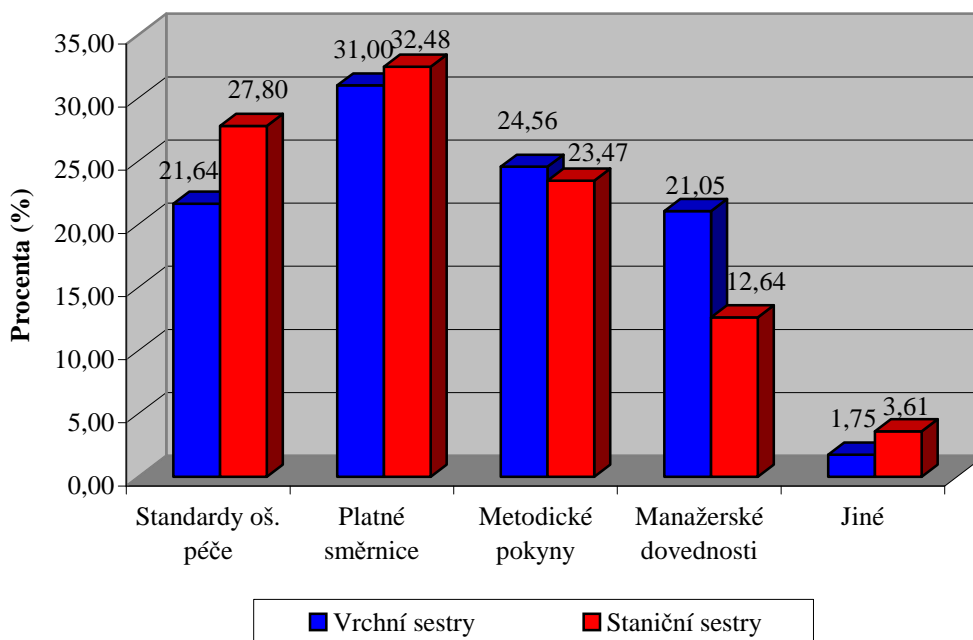
Graf 12 Nutnost prostudování zásad poskytování ošetrovatelské péče při nástupu do funkce



Graf popisuje nutnost vrchních a staničních sester prostudovat hlouběji zásady poskytování ošetrovatelské péče po zařazení na funkční místo. Z celkového počtu 78 (100 %) vrchních sester uvedlo 31 (39,74 %) možnost spíše ano, 25 (32,05 %) ano, 13 (16,67 %) sester uvedlo, že to nebylo nutné a 9 (11,54 %) spíše ne.

Z celkového počtu 168 (100 %) staničních sester možnost spíše ano zvolilo 53 (31,55 %) sester, ano 43 (25,60 %) sester, spíše ne 41 (24,40 %) a možnost ne uvedlo 31 (18,45 %) staničních sester.

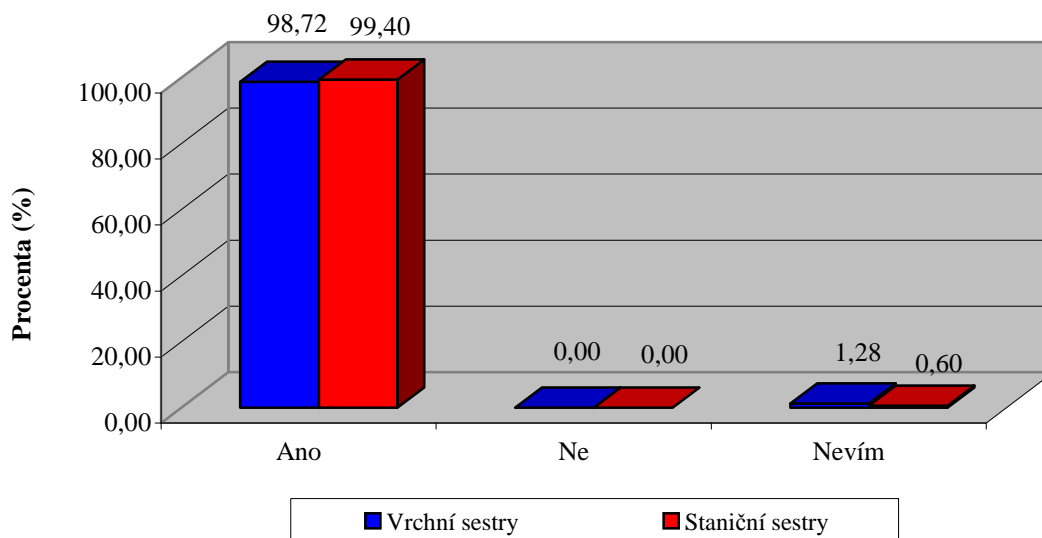
Graf 13 Oblasti nutné k prostudování před nástupem na funkční místo



Graf popisuje, jaké oblasti bylo pro vrchní a staniční sestry nutné prostudovat při zařazení na funkční místo. Respondentky měly možnost označit více odpovědí. Z celkového počtu 171 (100 %) odpovědí vrchních sester, 53 (31,00 %) uvedlo, že musely prostudovat platné směrnice vydané jejich zdravotnickým zařízením, 42 (24,56 %) metodické pokyny, 37 (21,64 %) standardy ošetrovatelské péče, 36 (12,64 %) manažerské dovednosti a 3 (1,75 %) sestry zvolily možnost jiné.

Z celkového počtu 277 (100 %) odpovědí staničních sester, 90 (32,48 %) uvedlo, že si musely prostudovat platné směrnice, 77 (27,80 %) standardy ošetrovatelské péče, 65 (23,47 %) metodické pokyny, 35 (12,64 %) sester si muselo osvojit manažerské dovednosti a 10 (3,61 %) uvedlo jinou možnost.

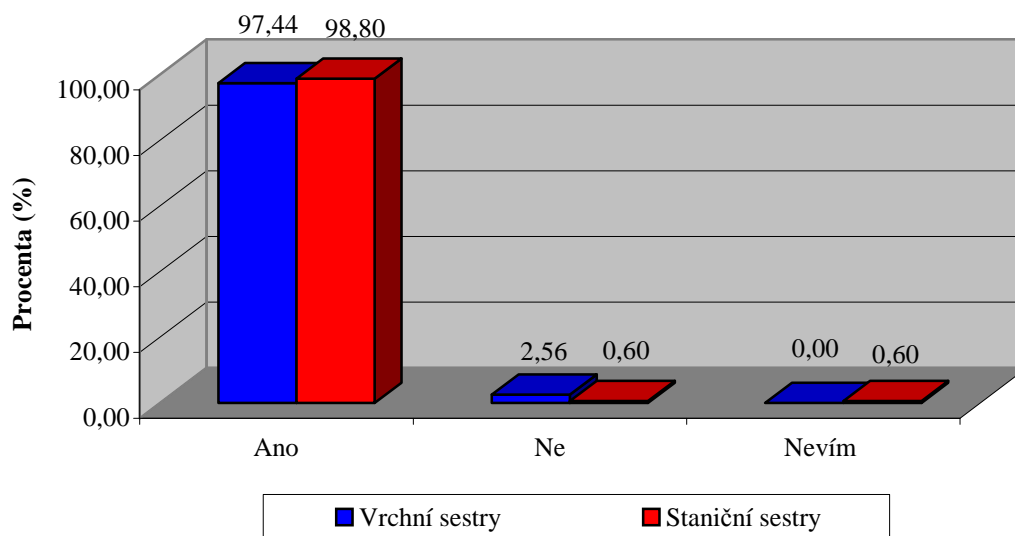
Graf 14 Standardy ošetrovatelské péče ve zdravotnickém zařízení



Na otázku, zda má zdravotnické zařízení vrchních a staničních sester vytvořeny standardy ošetrovatelské péče, odpovědělo z celkového počtu 78 (100 %) vrchních sester 77 (98,72 %) sester ano, 1 (1,28 %) nevěděla a žádná (0 %) sestra ne zvolila odpověď ne.

Z celkového počtu 168 (100 %) staničních sester, 167 (99,40 %) sester odpovědělo ano, 1 (0,60 %) sestra nevěděla a žádná (0 %) sestra nezaškrtnula odpověď ne.

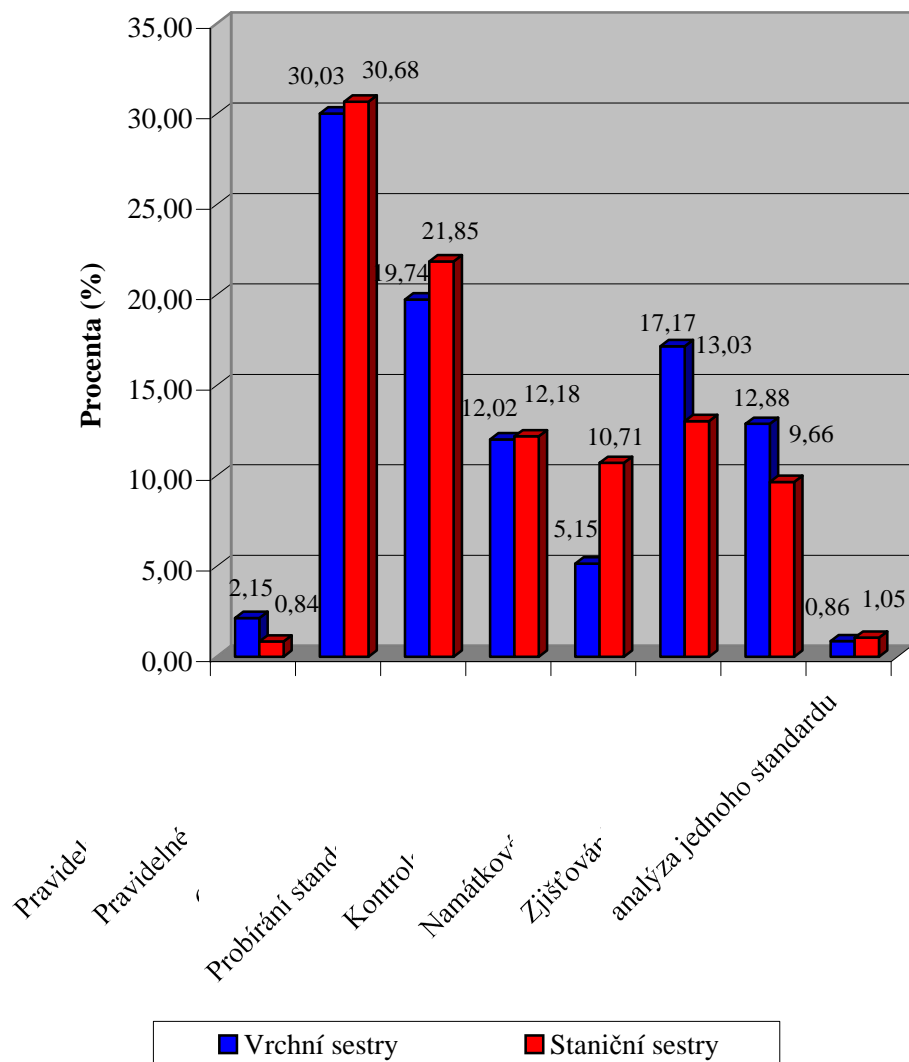
Graf 15 Standardy ošetrovateľskej péče na oddelení



Graf znázorňuje odpoveď vrchních a staničních sester na otázku, zda mají na svých odděleních, na jednotlivých stanicích standardy ošetrovateľskej péče. Z celkového počtu 78 (100 %) vrchních sester jich 76 (97,44 %) odpovědělo ano, 2 (2,56 %) sestry ne, a možnost nevím ne zvolila žádná (0 %) sestra.

Z celkového počtu 168 (100 %) staničních sester 166 (98,80 %) označilo odpověď ano, 1 (0,60 %) ne a 1 (0,60 %) nevěděla.

Graf 16 Způsob kontroly ošetrovatelské péče dle standardů

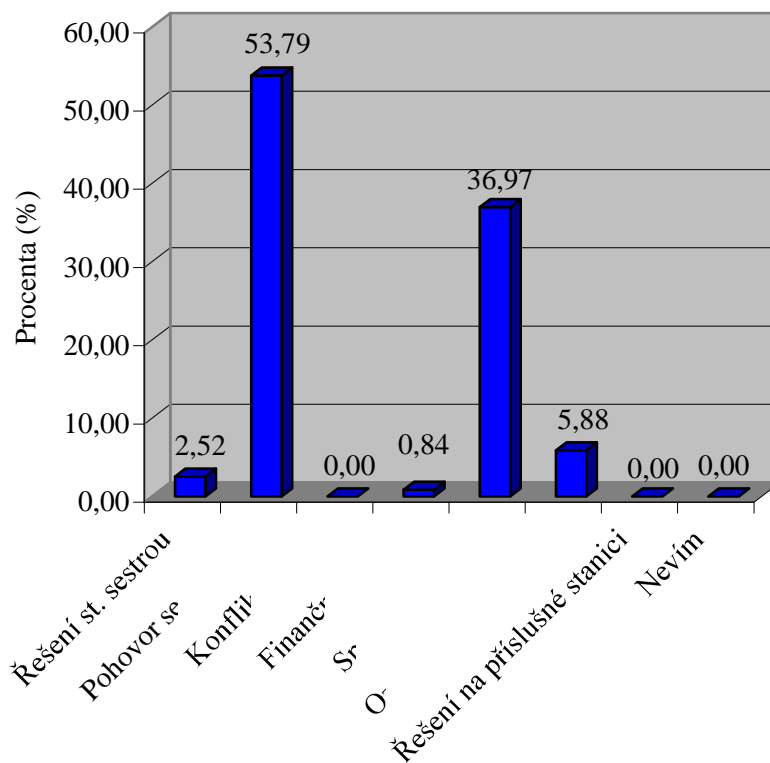


Graf vypovídá o způsobu kontroly poskytování ošetrovatelské péče dle standardů vrchními a staničními sestrami. Respondentky měly možnost označit více odpovědí. Z celkového počtu 233 (100 %) odpovědí vrchních sester, 70krát (30,03 %) sestry uvedly pravidelné sledování sester, zda poskytují ošetrovatelskou péči dle standardů, 46krát (19,74 %) ověřování znalostí i praktických dovedností sester absolventek v rámci plánu zapracování, 40krát (17,17 %) namátkové ověřování znalostí určitého okruhu ze standardů, 30krát (12,88 %) dotazování sester, co ze standardů nepochopily, 28krát

(12,02 %) probírání jednotlivých standardů na sesterských seminářích, 12krát (5,15 %) vrchní sestry uvedly, že provádí kontrolu každý měsíc, zda jsou standardy od všech sester podepsané, 5krát (2,15 %) pravidelné zkoušení sester ze znalostí standardů, 2krát (0,86 %) analýzu vždy jednoho standardu každé dva měsíce do hloubky.

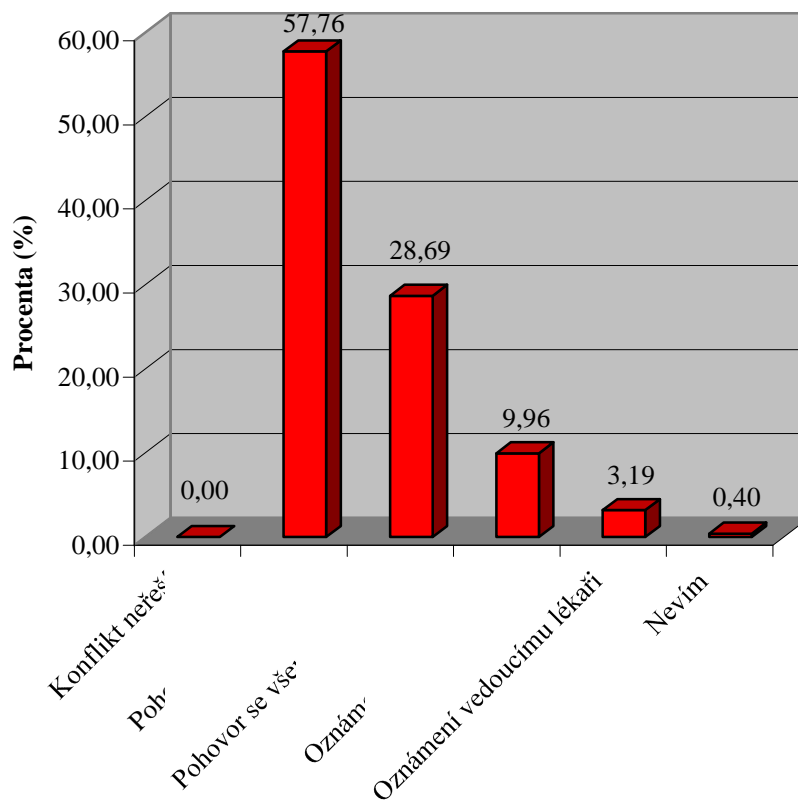
Z celkového počtu 476 odpovědí staničních sester, 146krát (30,68 %) sestry uvedly pravidelné sledování sester, zda pracují v souladu se standardy, 104krát (21,85 %) ověřování znalostí a dovedností sester absolventek v rámci plánu zapracování, 62krát (13,03 %) namátkovou kontrolu znalostí sester z nějakého okruhu ze standardů, 58krát (12,18 %) probírání standard na sesterských seminářích, 51krát (10,71 %) uvádí staniční sestry kontrolu jedenkrát v měsíci, jestli sestry standardy podepisují, 46krát (9,66 %) zjišťování, co ze standardů sestry nepochopily, 5krát (1,05 %) analýzu jednoho standardu do hloubky každé dva měsíce, 4krát (0,84 %) pravidelné zkoušení sester ze znalostí standardů.

Graf 17 Řešení nedodržení postupů v souladu se standardem - vrchní sestry



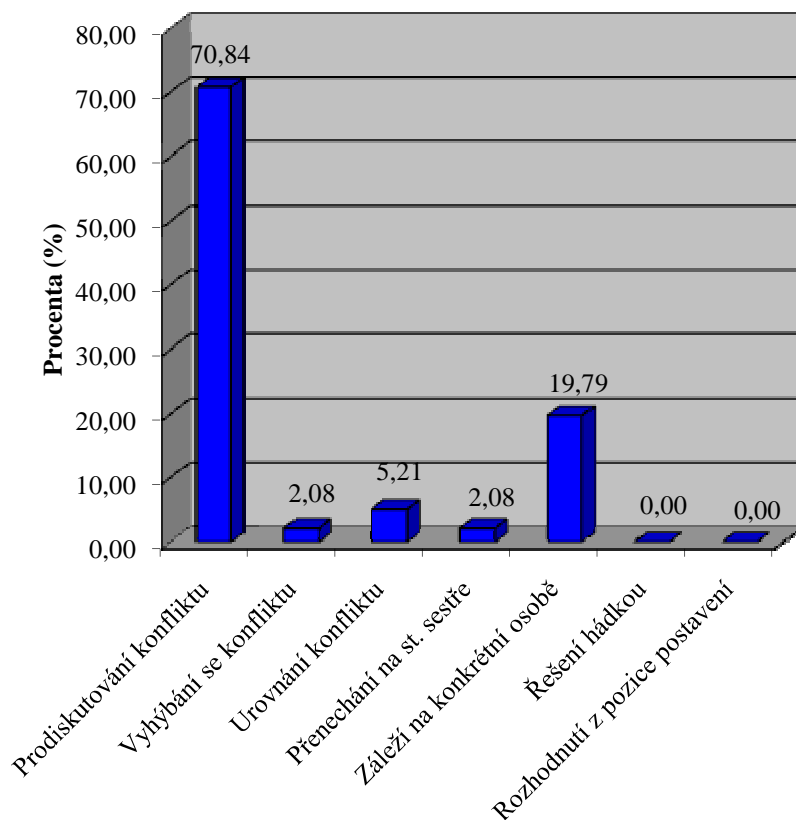
Graf znázorňuje řešení nedodržení standardů při poskytování ošetrovatelské péče. Otázka byla určena pro vrchní sestry a ty mohly označit více odpovědí. Z celkového počtu 119 (100 %) odpovědí 64krát (53,79 %) sestry označily pohovor se sestrou, která se nedodržení standardu dopustila, 44krát (36,97 %) pozvou provinilou sestru spolu se staniční sestrou a řeší problém společně, 7krát (5,88 %) řeší problém se sestrou před všemi na příslušné stanici, 3krát (2,52 %) by řešení nechaly na staniční sestře, 1krát (0,84 %) se objevil finanční postih pro sestru, která se nedodržení standardu dopustila, ani jednou (0 %) se neobjevila odpověď, že by vrchní sestry nedodržení standard neřešily a ani jednou (0 %) se neobjevila odpověď nevím.

Graf 18 Řešení nedodržení postupů v souladu se standardem - staniční sestry



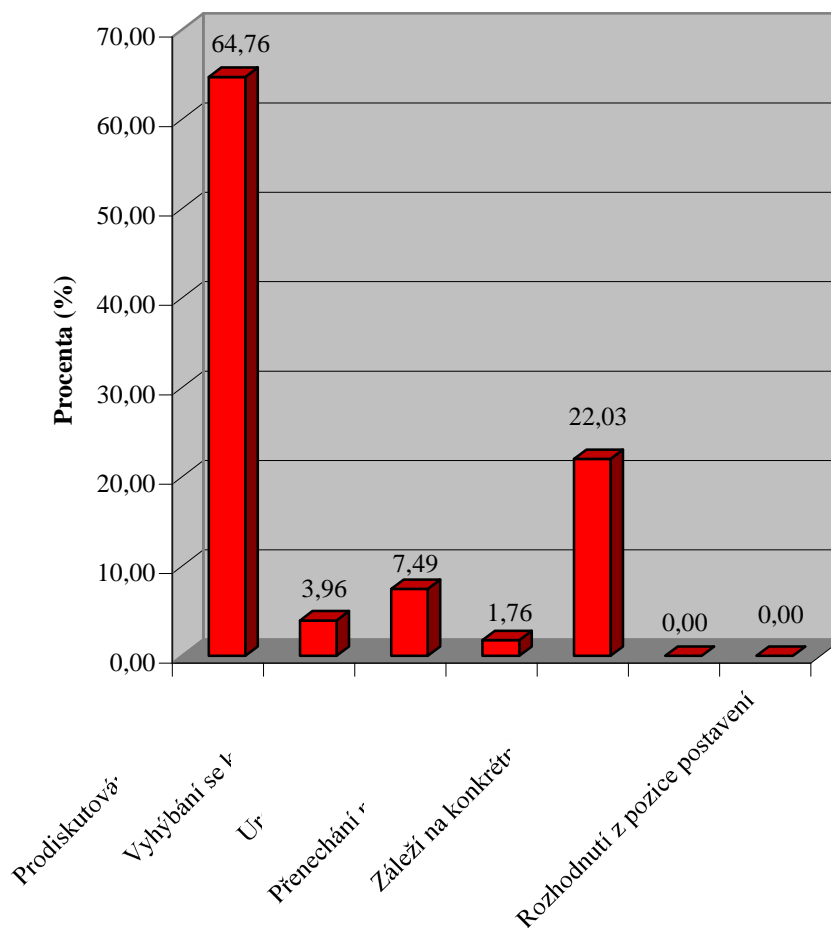
Graf popisuje řešení nedodržení standard při poskytování ošetrovatelské péče. Otázka byla určena pro staniční sestry, které mohly označit více odpovědí. Z celkového počtu 251 (100 %) odpovědí 145 krát (57,76 %) staniční sestry označily pohovor se sestrou, která se nedodržení standardu dopustila, 72krát (28,69 %) pohovor se všemi sestrami stanice, 25krát (9,96 %) staniční sestry informují vrchní sestru, 8krát (3,19 %) informují vedoucího lékaře stanice, 1krát (0,40 %) byla označena odpověď nevím a ani jednou (0 %) nebyla označena odpověď, že by staniční sestry nedodržení standardů neřešily.

Graf 19 Řešení interpersonálních konfliktů - vrchní sestry



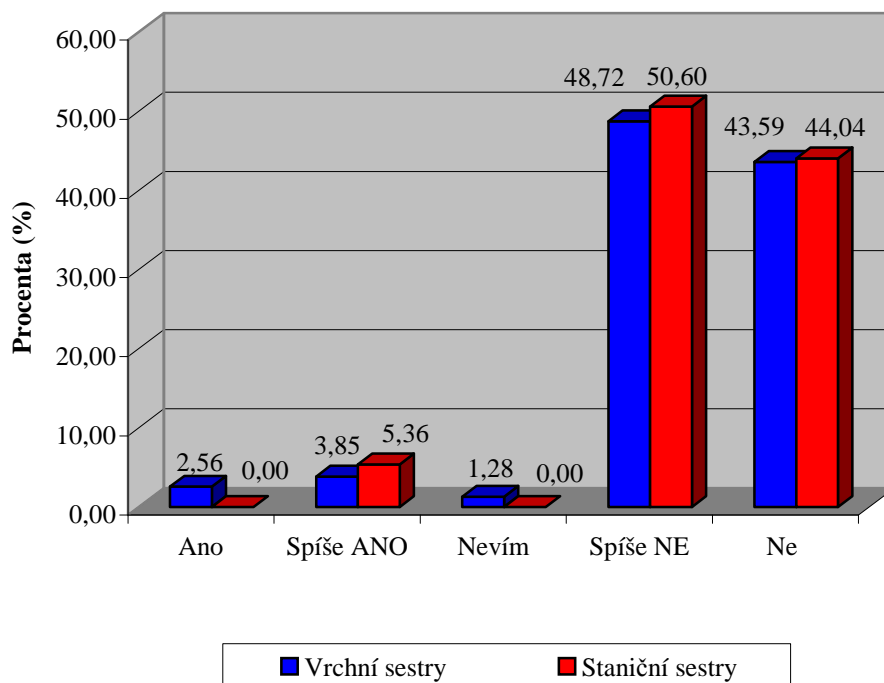
Graf znázorňuje řešení interpersonálních konfliktů. Odpovídaly vrchní sestry a mohly označit více odpovědí. Z celkového počtu 96 (100 %) odpovědí 68krát (70,84 %) vrchní sestry označily možnost, že se snaží konflikt ihned prodiskutovat, 19krát (19,79 %) označily odpověď: záleží na konkrétní osobě, 5krát (5,21 %) se snaží konflikt v tichosti urovnat, 2krát (2,08 %) uvedly, že se konfliktům vyhýbají, 2krát (2,08 %) ponechají řešení na staniční sestře. Odpověď, že by konflikt řešily hádkou a možnost, že by si nenechaly nic vysvětlovat a rozhodly by z pozice svého postavení neoznačila ani jedna (0 %) vrchní sestra.

Graf 20 Řešení interpersonálních konfliktů - staniční sestry



Graf ukazuje možnosti řešení interpersonálních konfliktů staničními sestrami. Respondentky měly možnost označit více odpovědí. Z celkového počtu 227 odpovědí staniční sestry 147krát (64,76 %) označily možnost, že se snaží konflikt ihned prodiskutovat, 50krát (22,03 %) uvedly, že záleží na konkrétní osobě, 17krát (7,49 %) se snaží konflikt v tichosti urovnat, 9krát (3,96 %) staniční sestry odpověděly, že se snaží konfliktům vyhýbat, 4krát (1,76 %) přenechají řešení konfliktu na vrchní sestře. Možnost, že by konflikt řešily hádkou nebo rozhodly z pozice svého postavení neoznačila žádná (0 %) staniční sestra.

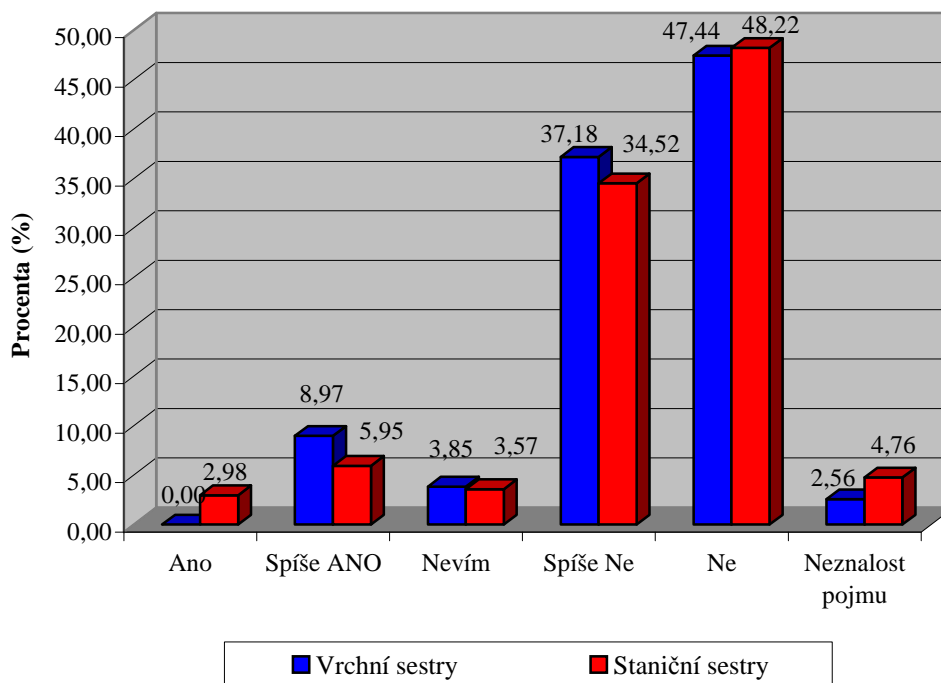
Graf 21 Mezigenerační konflikty na oddělení



Graf znázorňuje mezigenerační konflikty na oddělení. Z celkového počtu 78 (100 %) vrchních sester 38 (48,72 %) udává, že na oddělení tyto konflikty spíše nemají, 34 (43,59 %) odpovědělo ne, 3 (3,85 %) spíše ano, 2 (2,56 %) ano a 1 (1,28 %) sestra nevěděla.

Z celkového počtu 168 (100 %) staničních sester 85 (50,60 %) označilo možnost spíše ne, 74 (44,04 %) ne, spíše ano označilo 9 (5,36 %) staničních sester, možnost ano neoznačila žádná (0 %) sestra, stejně tak možnost nevím neoznačila ani jedna (0 %) sestra.

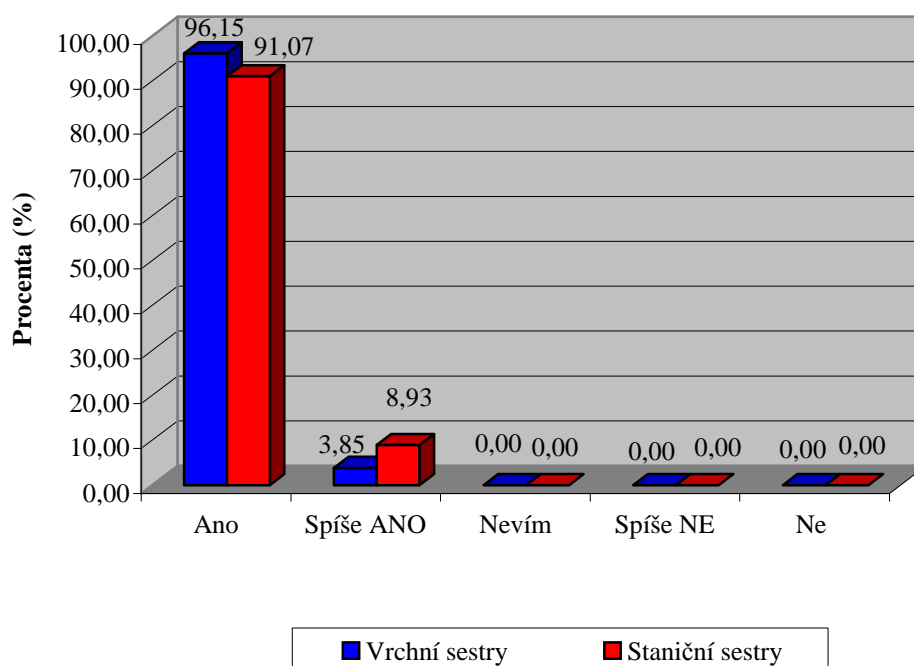
Graf 22 Elitářství na oddělení



Graf znázorňuje existenci elitářství na oddělení staničních a vrchních sester. Z celkového počtu 78 (100 %) vrchních sester si 37 (47,44 %) myslí, že na oddělení elitářství nemají, 29 (37,18 %) spíše ne, spíše ano uvedlo 7 (8,97 %) vrchních sester, odpověď nevím označily 3 (3,85 %) sestry, 2 (2,56 %) neví, co elitářství znamená a ani jedna (0 %) sestra ne zvolila odpověď ano.

Z celkového počtu 168 (100 %) staničních sester 81 (48,22 %) uvedlo, že na oddělení elitářství nemají, spíše ne 58 (34,52 %), 10 (5,95 %) uvedlo, že na oddělení elitářství spíše mají, 8 (4,76 %) sester neví, co to znamená, 6 (3,57 %) o elitářství na oddělení neví a 5 (2,98 %) odpovědělo ano.

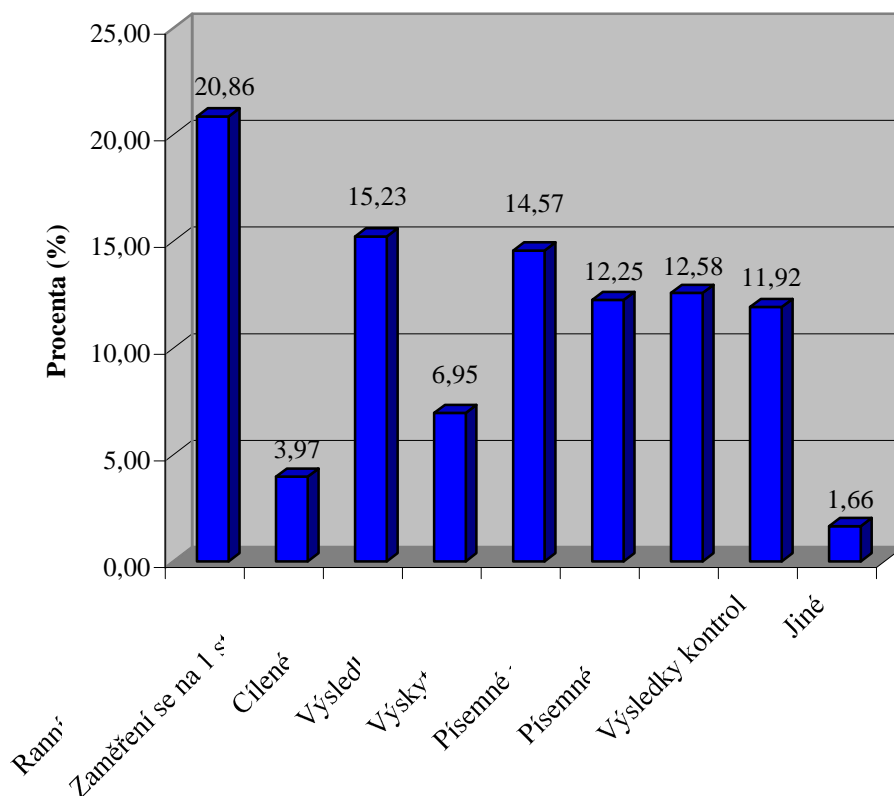
Graf 23 Zodpovědnost za kvalitu ošetrovatelské péče na oddělení



Graf znázorňuje zodpovědnost vrchních a staničních sester za kvalitu poskytované péče na oddělení. Z celkového počtu 78 (100 %) vrchních sester uvedlo 75 (96,15 %) sester, že za kvalitu péče zodpovědné jsou, spíše ano označily 3 (3,85 %) sestry, možnosti nevím, spíše ne a ne neoznačila ani jedna (0 %) sestra.

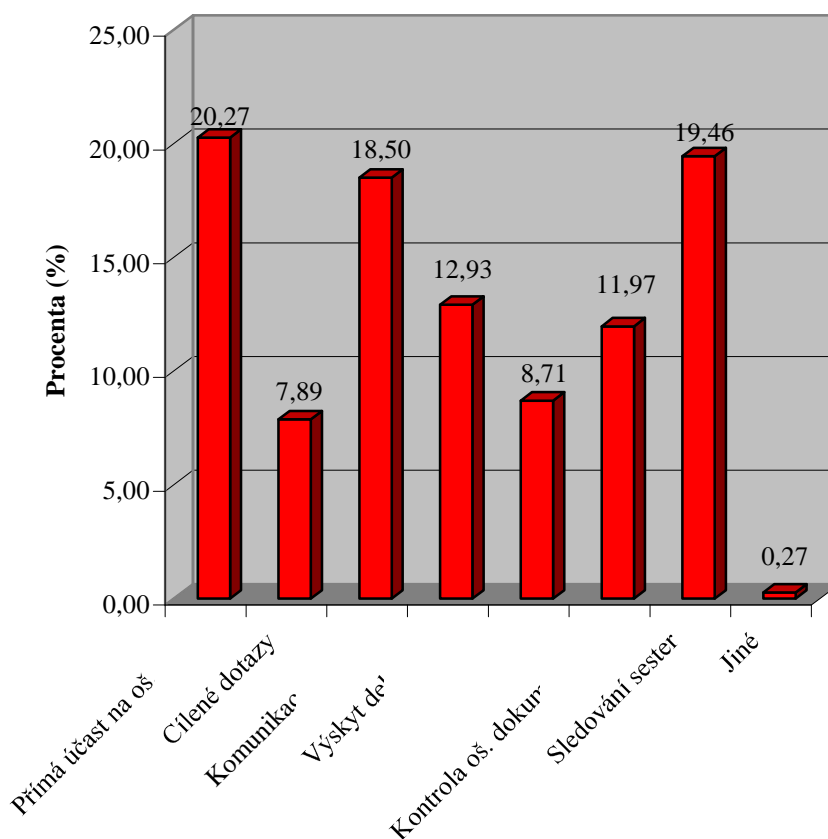
Z celkového počtu 168 (100 %) staničních sester možnost ano označilo 153 (91,07 %) sester, spíše ano 15 (8,93 %) sester a možnosti nevím spíše ne a ne žádná (0 %) sestra.

Graf 24 Způsob kontroly kvality poskytované ošetrovatelské péče - vrchní sestry



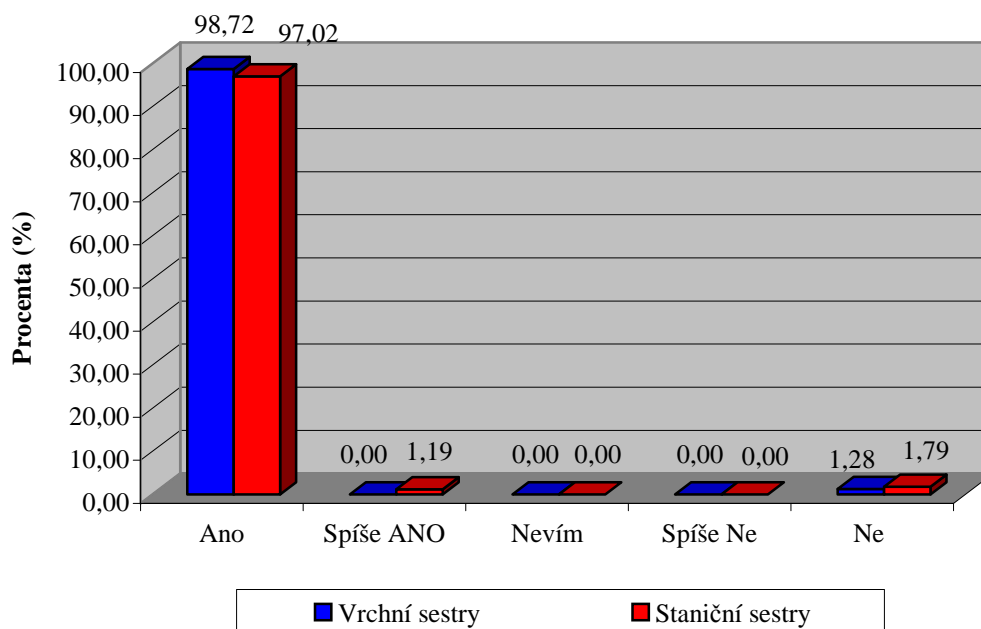
Graf ukazuje způsob kontroly kvality poskytované ošetrovatelské péče. Odpovídaly vrchní sestry a měly možnost označit více odpovědí. Z celkového počtu 302 (100 %) odpovědí vrchní sestry 63krát (20,86 %) uvedly, že každé ráno prochází všechny stanice, 46krát (15,23 %) odpověděly, že se cíleně ptají pacientů na kvalitu péče, která je jim poskytována, 44krát (14,57 %) vrchní sestry uvedly sledování výskytu dekubitů na oddělení, 38krát (12,58 %) evidenci písemných stížností od pacientů, 37krát (12,25 %) evidenci pochval od pacientů, 36krát (11,92 %) analýzu výsledků hygienických kontrol na oddělení, 21krát (6,95 %) sestry odpověděly, že jim pomáhají v hodnocení kvality poskytované péče výsledky anket pacientů na oddělení, 12krát (3,97 %) uvedly, že se každý den zaměří na jednu stanici, kde tráví více času, 5krát (1,66 %) označily kontrolu kvalitu péče jiným způsobem.

Graf 25 Způsob kontroly kvality poskytované ošetrovatelské péče - staniční sestry



Graf popisuje jakým způsobem kontrolují kvalitu poskytované ošetrovatelské péče staniční sestry. Respondentky měly možnost označit více odpovědí. Z celkového počtu 735 (100 %) odpovědí, největší počet a to 149krát (20,27 %) se objevila možnost, že se staniční sestry ošetrovatelské péče přímo účastní, 143krát (19,46 %) uvedly, že sestry při poskytování ošetrovatelské péče sledují, 136krát (18,50 %) odpověděly, že si všímají komunikace sester s pacienty, 95krát (12,93 %) uvedly sledování a evidenci dekubitů na stanici, 88krát (11,97 %) denní kontrolu ošetrovatelské dokumentace, 64krát (8,71 %) evidenci pádů pacientů na své stanici, 58krát (7,89 %) odpověděly, že se pacientů cíleně dotazují na péči, která je jim poskytována a 2krát (0,27 %) volí jiný způsob kontroly.

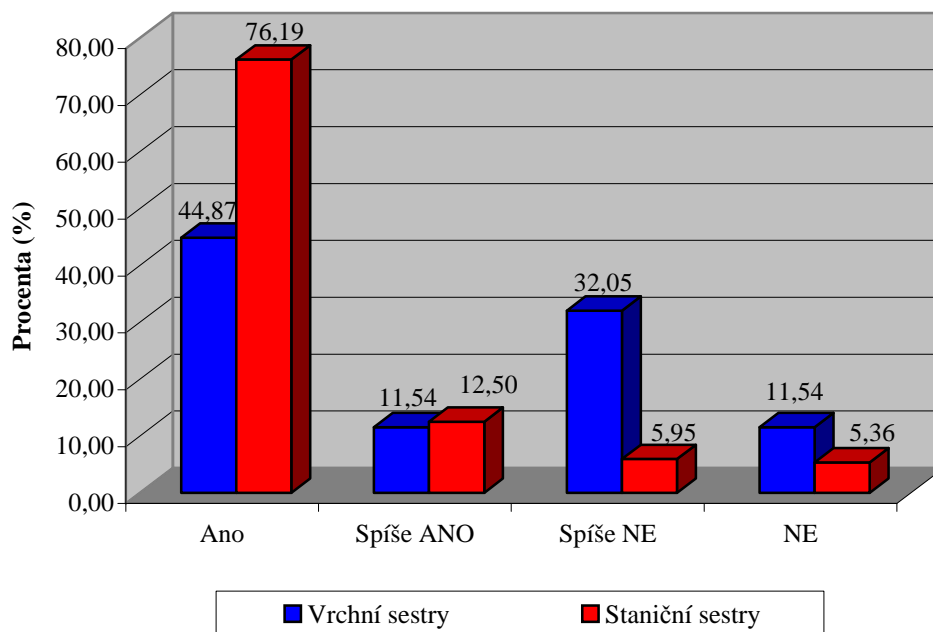
Graf 26 Ošetrovatelská dokumentace součást ošetrovatelské péče



Graf popisuje názor vrchních a staničních sester na to, zda je součástí poskytování ošetrovatelské péče i ošetrovatelská dokumentace. Z celkového počtu 78 (100 %) vrchních sester si myslí 77 (98,72 %) z nich, že ano, 1 (1,28 %) odpověděla ne, a možnost spíše ano, ne a nevím neoznačila žádná (0 %) vrchní sestra.

Z celkového počtu 168 (100 %) staničních sester odpovědělo ano 163 (97,02 %) to, že ošetrovatelská dokumentace není součástí ošetrovatelské péče si myslí 3 (1,79 %) sestry, spíše ano uvedly 2 (1,19 %) a možnost spíše ne a nevím nezaškrtila žádná (0 %) sestra.

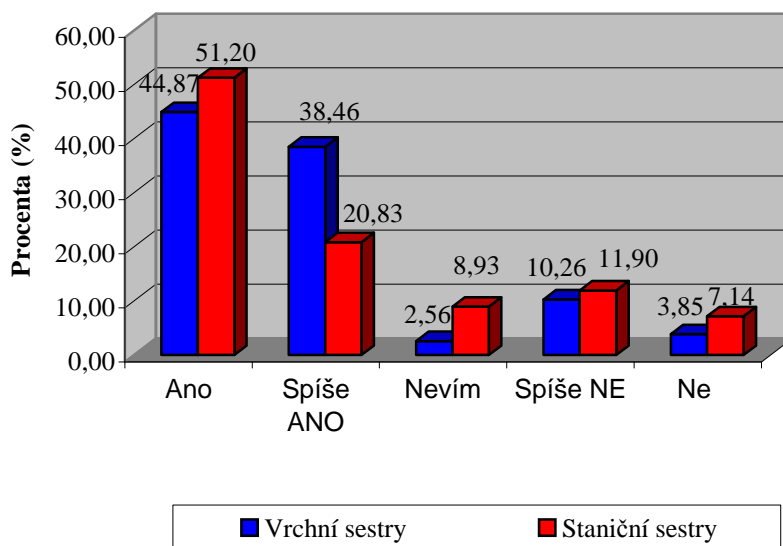
Graf 27 Zadávání údajů do ošetrovatelské dokumentace



Graf znázorňuje, zda se vrchní a staniční sestry podílejí na zadávání údajů do ošetrovatelské dokumentace. Z celkového počtu 78 (100 %) vrchních sester odpovědělo 35 (44,87 %) z nich, že údaje do ošetrovatelské dokumentace zadávají, 25 (32,05 %) spíše ne, 9 (11,54 %) odpovědělo spíše ano a 9 (11,54 %) ne.

Z celkového počtu 168 (100 %) staničních sester údaje do ošetrovatelské dokumentace zadává 128 (76,19 %) sester, spíše ano 21 (12,50 %), spíše ne 10 (5,95 %) a 9 (5,36 %) staničních sester údaje do ošetrovatelské dokumentace nezadává.

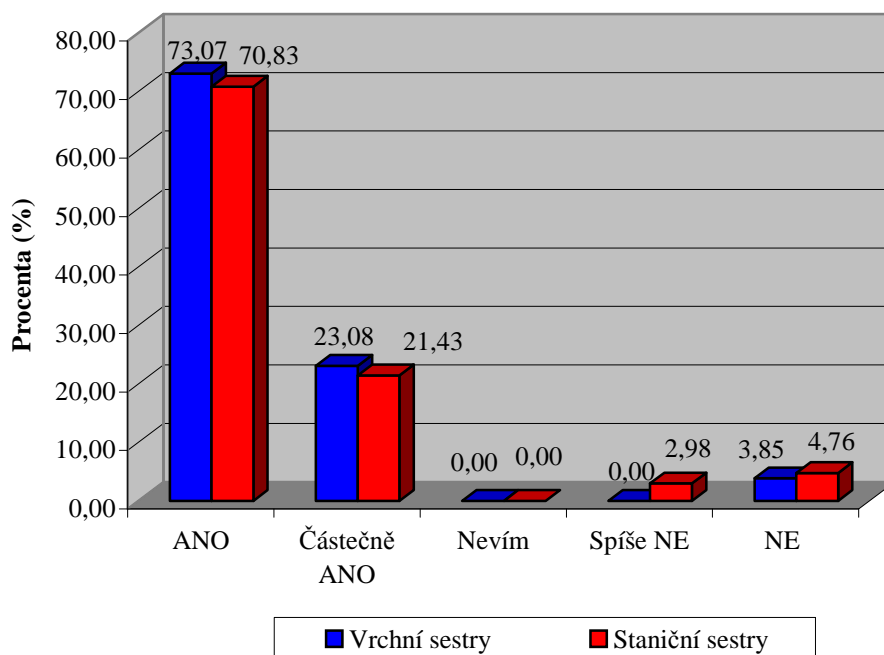
Graf 28 Vliv ošetrovatelského procesu na kvalitu poskytované ošetrovatelské péče



Graf ukazuje názor vrchních a staničních sester na to, zda realizace ošetrovatelského procesu má vliv na kvalitu poskytované ošetrovatelské péče. Z celkového počtu 78 (100 %) vrchních sester 35 (44,87 %) uvedlo možnost ano, 30 (38,46 %) spíše ano, 8 (10,26 %) odpovědělo spíše ne, 3 (3,85 %) si myslí, že ošetrovatelský proces nemá vliv na kvalitu ošetrovatelské péče a 2 (2,56 %) označilo odpověď nevím.

Z celkového počtu 168 (100 %) staničních sester si 86 (51,20 %) myslí, že realizace ošetrovatelského procesu má vliv na kvalitu poskytované péče, 35 (20,83 %) odpovědělo spíše ano, 20 (11,90 %) spíše ne, 15 (8,93 %) neví a 12 respondentek označilo odpověď ne.

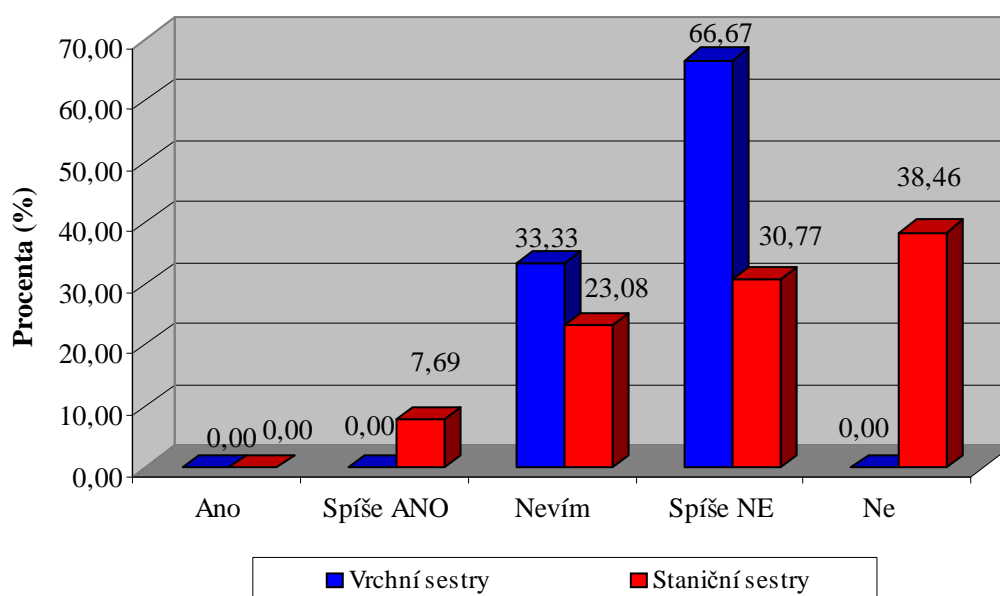
Graf 29 Realizace ošetrovatelského procesu na oddělení



Na otázku, jestli na svém oddělení (stanici) realizují vrchní a staniční sestry ošetrovatelský proces při poskytování ošetrovatelské péče z celkového počtu 78 (100 %) vrchních sester 57 (73,07 %) odpovědělo ano, 18 (23,08 %) částečně ano, 3 (3,85 %) sestry odpověděly, že ošetrovatelský proces na svém oddělení nerealizují a odpověď nevím a spíše ne neoznačila ani jedna (0 %) sestra

Z celkového počtu 168 (100 %) staničních sester na stejnou otázku odpovědělo 119 (70,83 %) sester ano, 36 (21,43 %) částečně ano, 8 (4,76 %) ne a 5 (2,98 %) spíše ne.

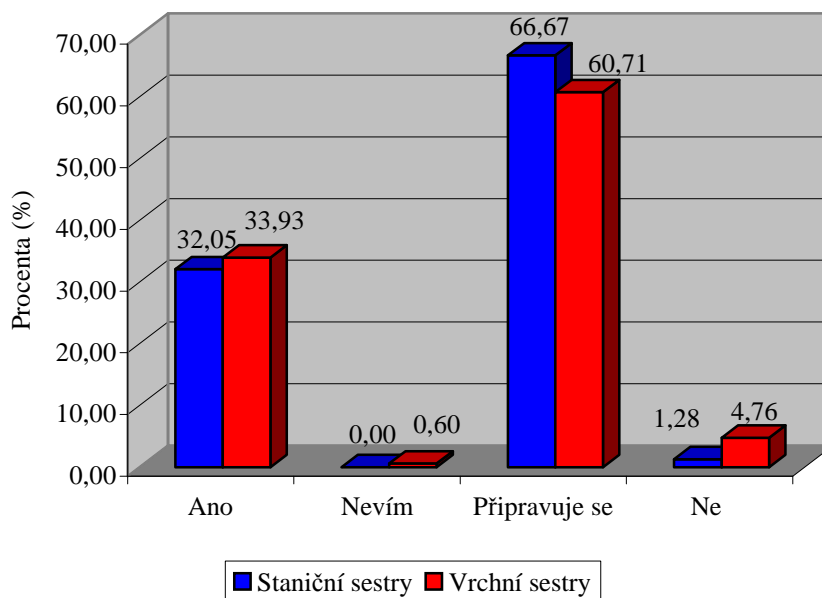
Graf 30 Zlepšení kvality poskytované ošetrovatelské péče realizací ošetrovatelského procesu



Z celkového počtu 3 (100 %) vrchních sester, které na svém oddělení nerealizují ošetrovatelský proces při poskytování ošetrovatelské péče si 2 (66,67 %) sestry myslí, že by realizace ošetrovatelského procesu spíše nezlepšila kvalitu péče a 1 (33,33 %) sestra neví, na ostatní možnosti ano, spíše ano a ne neodpověděla žádná (0 %) sestra.

Z celkového počtu 13 (100 %) staničních sester, které na minulou otázku odpověděly spíše ne a ne si 5 (38,46 %) z nich myslí, že realizace ošetrovatelského procesu by ošetrovatelskou péčí nezlepšila, 4 (30,77 %) sestry odpověděly spíše ne, 3 (23,08 %) neví a 1 (7,69 %) sestra označila odpověď spíše ano. Možnost, že by realizace ošetrovatelského procesu kvalitu péče zlepšila, neoznačila žádná (0 %) sestra.

Graf 31 Akreditace nemocnice



Graf znázorňuje, jestli nemocnice dotazovaných vrchních a staničních sester získala akreditaci. Z celkového počtu 78 (100 %) vrchních sester 52 (66,67 %) odpovědělo, že se jejich nemocnice na akreditaci připravuje, 25 (32,05 %) uvedlo, že nemocnice, ve které pracují, akreditaci udělenou již má, 1 (1,28 %) odpověděla ne a možnost nevím neoznačila žádná (0 %) sestra

Z celkového počtu 168 (100 %) staničních sester 102 (60,71 %) sester uvedlo, že se na akreditaci teprve připravují, 57 (33,93 %) z nich pracují v nemocnici, která již akreditaci získala, 8 (4,76 %) odpovědělo ne a 1 (0,60 %) sestra neví.

4.2 Vyhodnocení kvalitativního šetření – polostandardizované rozhovory

Rozhovor č.1

Vrchní sestra, 56 let

Ve funkci 0,5 roku

Praxe asi 37 let

Vrchní sestra jednoho z oddělení českobudějovické nemocnice, věk 56 let. Ve vedoucí funkci je teprve půl roku, ale dlouho svou předchůdkyni, která byla dlouhodobě nemocná, zastupovala. Na oddělení pracuje vlastně od jeho otevření v českobudějovické nemocnici. Před tím pracovala na chirurgii jako řadová sestra. Ráda si na mně udělala čas a ochotně odpovídala na mé otázky.

Do funkce vrchní sestry nastoupila na začátku tohoto roku, za vrchní sestru, která odešla do důchodu. Říká, že vztahy s bývalými kolegyněmi, s kterými předtím pracovala na oddělení, se nijak nezměnily alespoň z jejího pohledu, ale neví, jak to vnímají ony, nikdy se jich na to neptala. Ona sama je bere všechny pořád stejně jako před jejím nástupem do funkce. Kdyby si měla vybrat, zda dělat vrchní sestru na oddělení, kde ji nikdo nezná nebo ve známém prostředí, určitě by si vybrala prostředí, kde to zná. Nemyslí si, že by bylo snazší řídit a kontrolovat práci sester pokud by s nimi předtím nepracovala.

Autoritu u sester si nijak zajišťovat nemusí, myslí si, že autoritu u sester má. Starší sestry, než je ona na oddělení nemá. Po krátkém zamyšlení vrchní sestra dodává, že se snaží být spravedlivá, s každým jedná přímo a stejně. Uvádí, že od všech pracovníků vyžaduje kvalitní práci. Jejím přáním je, aby na oddělení byli spokojení nejen všichni pracovníci, ale hlavně pacienti.

Na dotaz, zda vychází lépe se staršími sestrami než s mladými, odpovídá, že raději pracuje s mladými sestrami. Říká: “Mladé sestry jsou tvárné, technicky zdatnější, lépe se učí a přijímají novinky.” Naproti tomu některé starší sestry mají zaběhlé stereotypy a někdy se hůře a méně ochotně přizpůsobují novým věcem, hůře se jim učí, také hůře přijímají kritiku. Není ale možné takto sestry dělit, jsou prostě sestry, které svou práci mají rády a berou jí jako poslání, ať se jedná o mladou nebo starší sestru.

Za pozitivní ve své práci vrchní sestra považuje, když je pacient v pořádku a spokojený, když je na oddělení pohoda a vše běží, tak jak má. Samozřejmě potěší pochvala a to jak pochvala od nadřízeného, tak pochvala od pacientů. Dodává, že jí radost z práce přinášejí také dobré vztahy na pracovišti, dobrá práce sester bez zbytečných nepříjemností, ovšem ne vždy jdou věci podle představ. Řešení problémů je druhá strana mince funkce vrchní sestry.

To co přidělová vrchní sestře vrásky na čele a negativně ovlivňuje její práci je častý nedostatek lůžek na oddělení, v nedávné době to byl také nedostatek sester, ale to se v poslední době zlepšilo, takže v současné době má sestry na oddělení v plném počtu. Vrchní sestře také vadí, že často její sestry dělají práci za lékaře. Ale co ji opravdu rozzlobí je nekvalitní práce sester a z toho plynoucí stížnosti pacientů. Jeden z problémů poslední doby je nekvalitní práce pomocného personálu, hlavně nedostatky týkající se úklidu na oddělení.

Mezi její náplň práce patří řídit a kontrolovat práci sester, ale ne vždycky se jí to úplně daří. Důvodem je stálý nedostatek času, neustálé změny postupů a směrnic, stále přibývajících množství nových směrnic a pokynů, které jsou často tak obsáhlé, že sestry ve směnném provozu se s nimi nestíhají při své náročné práci na oddělení podrobně seznámit. Vrchní sestra také uvádí, že jí dělá v její vedoucí funkci problém to, když musí řešit nedostatky v práci těch sester, které má jinak ráda, ale sama uvádí že, jinak to nejde, veškeré sympatie a dřívější kamarádství musí jít stranou. V tomto případě vidí přeci jenom negativum práce vrchní sestry na oddělení, kde dříve pracovala jako sestra.

Práci sester a pracovní postupy jednotlivých výkonů sester na oddělení kontroluje a porovnává se standardy. Jsou výkony, které má zažité a nemusí se do standardu podívat, jsou ovšem i výkony, kde si není úplně jistá a musí si příslušný standard nejdříve projít, protože se na ošetrovatelské péči již delší dobu přímo nepodílí a řadu činností již teoreticky tak přesně nezná. Dbá na to, aby si sestry standardy průběžně procházely, pročítaly a jejich pracovní postupy u jednotlivých výkonů byly v souladu se standardy.

Vrchní sestra je přesvědčena o tom, že míra zodpovědnosti za bezchybný chod oddělení je po jejím zařazení na funkční místo daleko větší než před tím. Má ale pocit,

že při výkonu funkce staniční sestry, kterou zastávala před zařazením do funkce vyšší, za ní byly výsledky práce více vidět, teď často tento pocit nemá.

Co se týče změny ve vztahu k pacientům po zařazení do vedoucí funkce si myslí, že se její vztah k pacientům nezměnil, Snaží se jako dřív aby pacienti byli v pořádku, aby byli spokojeni, aby o ně bylo dobře postaráno, i když je už vidí méně často, než tomu bylo dříve. Po chvílce přemýšlení uvádí, že se spíš změnil přístup pacientů k její osobě, když si přečtou na jmenovce, že jde o vrchní sestru. Na co si ještě nezvykla a je pro ni velmi nepříjemné, tak to je řešení stížností ze strany pacientů.

Rozhovor č.2

Vrchní sestra 52 let

Ve funkci 3 roky

Praxe asi 33 let

Nastoupila do této funkce po odchodu bývalé vrchní sestry do důchodu. Na oddělení pracovala od maturity na SZŠ, po mnoha letech z nemocnice odešla do jiného zdravotnického zařízení, po čase se na oddělení vrátila, pracovala krátce na ambulanci a potom byla jmenována vrchní sestrou.

Po nástupu do funkce necítila a necítí žádnou změnu ve vztahu s bývalými kolegyněmi. Připouští ale, že je určitě snazší organizovat a kontrolovat práci sester, se kterými dříve nepracovala. Neexistují zde žádné vazby k jednotlivým sestram, žádné sympatie nebo antipatie. Vrchní sestra, která přijde z jiného oddělení nebo zařízení si sama udělá názor na sestry a na jejich práci a pro vedení oddělení je to lepší.

Na dotaz, jak si zajišťuje autoritu, odpovídá, že o tom moc nepřemýšlí, doufá, že přirozenou autoritu má. Snaží se být vždy a ve všem spravedlivá, přistupuje ke všem stejně. Co se týče věku sester, říká, že věk nerozhoduje, jsou sestry pracovitě, zodpovědné, méně pracovitě a zodpovědné, hubaté, snaživé ať jsou mladé nebo staré.

Co vrchní sestru potěší při její práci? Na tento dotaz odpovídá, že jí radost dělá, když její sestry chodí do práce rády, dobře se v práci cítí, je jich dostatek a odvádí svou práci zodpovědně a kvalifikovaně. Pozitivně na ní také působí pochvala a ocenění její práce a to jak od lékařů, nadřízených, tak od pacientů. Dobrou motivací jsou také peníze,

v tomto směru vrchní sestra trochu lituje, že nemá finanční prostředky na to, aby mohla dobré výsledky a práci, kterou její sestry vykonají navíc, finančně ohodnotit.

Negativně ovlivňuje její práci málo pracovníků, konflikty na pracovišti, nekvalitní práce. Špatně nese také stížnosti ze strany pacientů. Uvědomuje si, že i tyto nepříjemné věci k její práci patří, a to, že se k nim bude muset postavit čelem si uvědomovala, už když do této funkce nastupovala.

Řídit, organizovat a kontrolovat práci sester pro ní není těžké a uvědomuje si, že je to základ její práce, vadí jí, že na tuto činnost má stále méně času. Nedostatek času vidí hlavně v tom, že často dělá práci, která jí úplně nepřísluší. Její oddělení prošlo v nedávné době rozsáhlou rekonstrukcí, téměř za plného provozu, organizace práce v této náročné době jí také zabrala soustu času a energie. Uvádí, že práce na oddělení, mezi pacienty a sestrami jí stále moc baví, ale bohužel častěji se musí věnovat dokumentaci, která je samozřejmě také důležitá a k práci vrchní sestry patří.

Pracovní postupy jednotlivých výkonů sester samozřejmě porovnává se standardy a na případné nedostatky sestry upozorňuje a vyžaduje nápravu. Přiznává, že si ale určité standardy a směrnice musí občas projít, často o jednotlivých standardech se sestrami diskutuje nebo je podrobně probírají na seminářích, které se na oddělení jedenkrát měsíčně konají. Pravidelně kontroluje hygienickou péči u pacientů, velkou pozornost věnuje komunikaci sester s pacienty. Dbá o to, aby pacienti cítili, že všichni na oddělení jsou tam pro ně, vždy připraveni jim pomoci.

Vrchní sestra ví, že její míra zodpovědnosti je teď ve vedoucí funkci daleko větší než dříve. Uvádí s pousmáním, že jí to až někdy děsí, za co všechno nese zodpovědnost.

Změnu vztahu s pacienty možná trochu pociťuje, po krátkém přemýšlení upřesňuje: „Asi pacientky vnímám trochu jinak. Je to dáno tím, že s nimi nejsem tak často jako sestry z oddělení. Jak jsem již řekla, není čas, mám více administrativy a kontrolní činnosti. Takže se s pacienty spíše setkám právě při té kontrolní činnosti, a nebo, když si pacienti třeba stěžují. To víte, že někdy musím přijmout kritiku a není to zrovna moc příjemné. Potom záleží na komunikaci. Někdy si problém s pacientem vzájemně vysvětlíme a následně s pomocí ostatních členů pracovního týmu vyřešíme, někdy to nejde.“

Rozhovor č. 3

Vrchní sestra 52 let

Ve funkci 2,5 roku

Praxe asi 30 let

Před zařazením na funkční místo pracovala 14 let jako staniční sestra na JIP. Na dotaz, zda se změnilы vztahy s bývalými kolegyněmi udává, že snad ne, ale připouští, že je přísná a některé sestry z ní mají teď větší respekt. Protože dlouhá léta pracovala jako staniční na JIP, má pocit, že trochu více na tuto stanici „trpí“, ale neznamená to, že by jim něco odpustila, spíš naopak, častěji tam chodí a zasahuje do chodu této stanice.

Není přesvědčena, že by bylo jednodušší řídit a kontrolovat práci sester, s kterými před zařazením na funkční místo nepracovala. Po chvíli přemýšlení přiznává, že je to v něčem lepší a v něčem méně. Snazší je to v tom, že zde neexistují žádné vazby, oblíbené a neoblíbené sestry, na druhé straně, vrchní sestra, která na oddělení před tím pracovala, ví co může od koho čekat a oddělení zná. Myslí si, že i pro nově jmenovanou vrchní sestru, která přijde do známého prostředí se lépe ve funkci začíná, než té, která přijde do prostředí cizího.

Autoritu si zajišťuje spravedlivým přístupem ke všem pracovníkům. Otázkou ale zůstává, jestli si to pracovníci myslí stejně. Ona si myslí, že spravedlivá je. Nešetří chválou pro ty, kteří pracují poctivě a zodpovědně a neváhá kritizovat a řešit problémy spojené s nekvalitní prací svých podřízených. Služebně starších sester má na oddělení celkem málo, nejvíce na ambulanci. Vychází s nimi dobře, jsou to sestry zkušené, dobře se s nimi spolupracuje, je na ně spolehnutí. I když se znají dlouhou dobu, myslí si, že jí jako vrchní uznávají. Většina sester na oddělení jsou sestry mladé.

Zda vychází lépe s mladými nebo se staršími, nemůže tak jednoznačně říct, protože, jak již poznamenala, na oddělení má spíš mladé sestry, ale myslí si že, záleží na tom, jak která sestra ke své práci přistupuje. Není důležité, jestli je mladá nebo starší. Říká „ To je v lidech, v jejich charakteru v pocitu zodpovědnosti.“

Za pozitivní ve své práci považuje dostatek sester, pohodu na pracovišti, když jsou sestry v dobré náladě, usměvavé, spokojené. Ze strany pacientů ji potěší pochvala, uznání a jejich kladné reakce v anonymní anketě, kterou každý měsíc zpracovává.

Negativně na ní působí málo lůžek, a to je na jejím oddělení celkem často, dále konflikty na pracovišti, stížnosti pacientů ať již oprávněné nebo neoprávněné. Moc jí zlobí nekvalitní práce podřízených a nevhodné nebo hrubé jednání s pacienty. Často se musí zlobit s nižšími zdravotnickými pracovníky, hlavně se sanitáři.

Ošetrovatelskou práci kontroluje, pokud to jde, někdy se mezi pacienty dostane pouze při velké vizitě. Snaží se mezi pacienty zajít, poptat se jak jsou na oddělení spokojeni, jak jim chutná nemocniční strava, jak se k nim chovají sestry. Občas jde ráno se sestrami ustlat oddělení, přitom zkontroluje hygienickou péči. Někdy pomůže rozvést snídani, oběd apod. Vždycky jí práce s lidmi bavila, dělala jí ráda a spokojenost pacientů jí přinášela radost. Teď jí vadí, že na tuto činnost má stále méně času a často dělá práci, která jí až tak nepřísluší.

Pracovní postupy jednotlivých výkonů sester porovnává se standardy, ale často si je musí sama pročíst a osvěžit, protože už přeci jenom se delší dobu ošetrovatelské péče přímo neúčastní. Analýzu jednotlivých standardů a směrnic, kterých v poslední době přibývá, probírá na poradách se staničními sestrami nebo na sesterských seminářích, které se konají na oddělení jedenkrát za měsíc. Od sester vyžaduje vedle profesionální péče i vhodnou, vstřícnou a laskavou komunikaci s pacienty a přátelské chování k sobě navzájem.

Uvědomuje si, že míra zodpovědnosti je mnohem větší, než tomu bylo dříve. Uznává, že v době, kdy dělala staniční sestru, měla za sebou vrchní, která, když bylo nejhůř, poradila a hlavní rozhodnutí bylo na ní. Dnes za sebou nikoho nemá a musí rozhodnout sama. Přiznává, že ne vždy se jí to úplně podaří, to jí potom mrzí a myslí na to ještě doma. Poznala, že i vrchní sestra musí umět přiznat chybu a musí se umět omluvit.

Její vztah k pacientům se možná trochu změnil. Sebekriticky přiznává, že když jde o nějakou stížnost ze strany pacienta, má tendence věřit pacientovi, i když nemá úplně pravdu. Zkušenosti jí už ponaučily, že nejdříve musí vyslechnout všechny zúčastěné a potom teprve situaci řešit.

Rozhovor č.4

Vrchní sestra 54 let

Ve funkci 12 let

Praxe asi 34 let

Vrchní sestra jednoho velkého oddělení českobudějovické nemocnice uvádí, že vztah s bývalými kolegyněmi po jejím nástupu do funkce se nezměnil, ale neví, co si myslí ony. Poznává, že není možné se zavděčit všem, obzvláště na tak velkém oddělení, kde je tak velký počet zaměstnanců.

Myslí si, že je určitě lepší řídit práci tam, kde to člověk zná, má lepší představu o práci, je ve známém prostředí ví, co od koho může čekat. Vrchní sestra uvádí, jak je pro ni příjemné, když přijde na kteroukoliv stanici a ví, co v té chvíli sestry dělají, zná dobře harmonogram práce sester na každé své stanici.

Autoritu si zajišťuje přímým jednáním, myslí si o sobě, že je přísná, ale spravedlivá, na každého má stejný metr. Nedostatky v práci si s každým vyřeší hned, nejraději v soukromí. Problémy také probírá na poradě se staničnými sestrami, kterou svolává jedenkrát za čtrnáct dní. Se staršími sestrami vycházela vždy dobře, měla jich za ty roky na oddělení hodně, byly to většinou staniční sestry, s kterými se jí dobře spolupracovalo.

Rozdíl mezi staršími a mladými sestrami moc nepozoruje. Připouští, že mladé sestry jsou přímější, dovedou se ozvat. Poznává: „V současné době jsou všichni mladí takoví, je to asi dobrou. Starší sestry si svůj názor spíš nechávají pro sebe.“

„Z čeho mám, při své práci dobrý pocit?“ Ani nemusí moc dlouho přemýšlet a okamžitě začne jmenovat a odpočítávat na prstech: „Když dám do řešení problému vše, co mohu a zasloužím se o správné řešení problémové situace, když jsou pacienti spokojeni a s tím jsou samozřejmě spojeny dobré ohlasy na práci sester, když jsou sestry spokojeny. A nesmím samozřejmě zapomenout na kontroly, které jsou prováděny na oddělení. Když se nenajde žádný nedostatek, tak jsem velmi spokojená, protože to ukazuje na dobrou práci všech pracovníků.“

Špatně na ní působí kritika a to jak od pacientů, podřízených nebo nadřízených. Vrásky jí přiděluje nespokojenost či nepochopení managementu při řešení problémů na oddělení. Hůře se jí pracuje také, když je nedostatek sester.

Na kontrolu ošetrovatelské péče má vrchní sestra málo času, tuto práci přenechává staničním sestram, s kterými pak řeší případné nedostatky. Celé oddělení prochází při velké vizitě, která probíhá třikrát v týdnu. Při vizitě si všímá pořádku na jednotlivých stanicích a na pokojích. Namátkově kontroluje ošetrovatelskou dokumentaci, ošetrovatelské diagnózy a podobně. Sleduje práci nižších zdravotnických pracovníků a pracovníků úklidu.

Práci sester a to zda jsou jejich pracovní postupy v souladu se standardy kontroluje minimálně, opět je to doména staničních sester. Jednotlivé standardy ale sleduje, aktualizuje, sestry je pročitají, mají je k dispozici na každé stanici. Pokud jim není něco srozumitelné, konzultují to se svou staniční sestrou nebo přímo s ní.

Míra zodpovědnosti je podle vrchní sestry určitě mnohem větší po zařazení do funkce. Poznamenává, že je často zodpovědná za věci, které není schopna ovlivnit.

S pacienty se její vztah nijak nezměnil, snaží se za nimi občas zajít, poptat se na obyčejné věci, jak jsou spokojeni, jak jim chutná jídlo. Cítí, že jsou rádi, že za nimi zajde vrchní sestra a že s nimi probírá běžná témata.

Rozhovor č.5

Vrchní sestra 59 let

Ve funkci 23 let

Praxe 39 let

Vrchní sestra menšího oddělení nemocnice si na mně udělala ráda čas a rozhovor s ní byl pro mne velmi příjemný.

Na dotaz, zda se změnil vztahy s bývalými kolegyněmi po jejím zařazení do funkce se usmívá a poznamenává, že je to tak dávno, že si to ani nepamatuje. Hned ale dodává: „Nezměnily, před tím jsem byla staniční sestra, teď již staniční sestra na oddělení není, protože jsme malé oddělení, jsem se sestrami stále, všechno s nimi prožívám a myslím, že si s nimi rozumím.“

Vrchní sestra připouští, že je asi v něčem lepší, když do funkce přijde sestra, která na oddělení před tím nepracovala. Nejsou zde žádné vazby, sympatie, antipatie, přátelství nebo nepřátelství. Uvádí, že člověk se neubrání subjektivním pocitům, které chová k některým pracovníkům, i když se snaží být objektivní. Na druhé straně připouští, že ona by se v cizím prostředí bála, že nezná úplně problematiku práce a že by toho mohl někdo zneužít. Určitě je pro nově nastupující vrchní sestru lepší, když oddělení zná, ví jací pacienti a s jakými chorobami jsou na oddělení hospitalizováni.

Myslí si, že autoritu má přirozenou, zajišťuje si jí vstřícným jednáním, snaží se být objektivní, upřednostňuje spíše laskavý a přátelský přístup. Není zastáncem autoritativního jednání. Neznamená to ale, že jejím podřízeným všechno projde. Nedostatky a nekvalitní práci řeší individuálně, v soukromí, ne před celým kolektivem.

Mezi mladými a staršími sestrami nedělá vrchní sestra rozdíly, vychází se všemi stejně. Uvádí, že každá věková skupina má své, mladé sestry se lépe učí a přizpůsobují, umí se ozvat. Na starší sestry je zase spolehnouti, důvěrně je zná, ví, co od každé z nich může čekat. Na oddělení má starší sestry, jsou šikovné, pracovité a mladým se v práci vyrovnají.

Má radost, když se jí povede zavést na oddělení něco nového i přes počáteční negativní postoj sester. Potěší ji, když potká někoho, často i mimo nemocnici a slyší chválu na své oddělení. Pozitivně na ní působí dobré vztahy na pracovišti, když se všichni k sobě hezky chovají. Poznává, že na oddělení má dobrou partu, o čemž svědčí i to, že se všichni rádi schází i mimo pracoviště, ve svém volném čase.

Netěší ji, když má zavádět něco o čem není sama přesvědčena, že je to ku prospěchu věci, nebo že to pomůže pacientům či provozu oddělení. Mrzely by jí konflikty na pracovišti, stížnosti pacientů, nekvalitní práce. Někdy jí „naštve“ chování některých příbuzných.

Na dotaz, zda je pro ni těžké kontrolovat ošetrovatelskou péči, kterou poskytují sestry na jejím oddělení, odpovídá: „Ne určitě není, ošetrovatelské péče se účastním, protože nemám staniční sestru. Sestry mám stále pod dohledem, alespoň během denní směny. Občas zajdu na oddělení i v mimopracovní době, třeba navečer nebo o víkendu.“

Na otázku, která se týká porovnávání pracovních postupů jednotlivých výkonů sester se standardy, vrchní sestra odpovídá, že standardy na oddělení mají, pročítají je a může s jistotou říci, že pracovní postupy jednotlivých výkonů sester jsou v souladu se standardy. Objeví-li se nějaká nejasnost, společně to se sestrami rozebírá a řeší.

Uvádí, že míra zodpovědnosti vrchní sestry je opravdu velká. S úsměvem dodává: Vždyť to znáte, za všechno může vrchní.“

Vztah s pacienty se po jejím zařazení do funkce nijak nezměnil, vnímá pacienty stále stejně, tráví s nimi většinu své pracovní doby. Uvádí, že je zde přeci od toho aby jim pomohla, i když je vrchní sestra. Její snahou je, aby se na oddělení cítili dobře, i když zde často leží se závažnými diagnózami. Snaží se jim jejich často těžkou situaci lépe zvládat, to také vyžaduje od svých podřízených.

Rozhovor č.6

Vrchní sestra 47 let

Ve funkci 8 let

Praxe 28 let

Vrchní sestra velkého oddělení pracovala před touto funkcí dva roky jako staniční sestra. Přijala mne s úsměvem a po celou dobu našeho rozhovoru jí úsměv z tváře nezmizel. Na mou první otázku, zda se změnil vztah s bývalými kolegyněmi po jejím zařazení do funkce odpověděla: „ Částečně ano, možná tu byla i závist, na toto místo si myslel někdo jiný, jak jsem se později dověděla. Najednou jsem byla sama a neměla žádnou kamarádku na oddělení. “Po chvílce přemýšlení ještě dodává, že někdy má pocit, že do party sester již jako vrchní nepatří.

Domnívá se, že v něčem je lepší, když vrchní sestra řídí a kontroluje práci sester, se kterými dříve nepracovala. Neexistuje zde žádné kamarádství, žádné vztahy, netíhne k té stanici, na které pracovala. Ovšem na druhou stranu zase nezná oddělení, jednotlivé pracovní postupy, výkony, problematiku oddělení, je prostě v cizím prostředí, mezi novými lidmi, od kterých neví, co může čekat. Na takovém, pro ni novém pracovišti se může objevit nespolupráce, neochota nebo pomluvy. Myslí si, že hodně záleží na kolektivu, na staničních sestřích a na vzájemné spolupráci.

Domnívá se, že autoritu má, snaží se být ke všem spravedlivá, pokud dojde k nějakému konfliktu, tak se ho snaží vyřešit v soukromí ve spolupráci se staniční sestrou z příslušné stanice. Říká: „ Se sestrami si netykám, pouze s těmi, s kterými jsem dříve pracovala, to jsem nechtěla po zařazení do funkce měnit. Sestry musí mít respekt a tykání, podle mého názoru, tento respekt snižuje. Nerada vidím i tykání mezi staniční sestrou a mladými děvčaty.“ Starších sester má na oddělení málo, ale ty co tu jsou, jí jako vrchní sestru berou, celkem dobře s nimi vychází.

Nemyslí si, že by měla se sestrami problémy, ani s mladými ani se staršími. Každá věková skupina, má podle ní svá specifika. Od všech vyžaduje kvalitní práci a příjemné jednání s pacienty.

Co při své práci vnímá pozitivně? Odpovídá:“ Dobré výsledky mé práce a dobré výsledky práce celého kolektivu, radost mi udělá pochvala od pacientů. Také mne potěší, když dostanu něco nového na oddělení, něco co jsem objednala a dlouho na to čekalo, něco co usnadní práci sestřím a zkvalitní péči o nemocné.“ Radost jí také dělají hezké vztahy mezi pracovníky.

Negativně na ni působí nedostatek sester, nedostatek prádla na oddělení. Když se sestry nemají do čeho převléci, to se potom zlobí na ni. Špatně na ní také působí obtížná komunikace s vyšším managementem a nepochopení z jejich strany.

Kontrolovat práci sester pro ni není těžké, spíš je na to málo času, větší kontrolu nechává na staničních sestřích. Ona často a důkladně kontroluje ošetrovatelskou dokumentaci, ošetrovatelské diagnózy, kde stále nachází dost chyb a nedostatků.

Snaží se kontrolovat práci sester, zda je v souladu se standardy, ale jak již poznamenala, nemá na to tolik času, takže tuto kontrolu více provádí staniční sestry. O standardech si se sestrami povídá, sestry sami mají zájem, ptají se, vysvětlují si společně podrobnosti nebo nejasnosti. Na práci, která by nebyla v souladu s příslušným standardem upozorní staniční sestru i sestru, která se provinila a společně sjednají nápravu.

Připouští, že míra zodpovědnosti je ve funkci daleko větší. Dodává:“ Vždyť zodpovídám za všechno, za ošetrovatelskou péči, za sestry a nejen za ně, za všechny pracovníky, za úklid, za celé oddělení.“

„Můj vztah s pacienty se nezměnil“, říká vrchní sestra a dodává, že pacienti se k nim na oddělení často vrací, mnozí z nich jí znají ještě z dob, kdy pracovala jako sestra. Často zastupuje v ambulantní části, práce s lidmi jí baví.

4.2.1 Tabulky

Tabulka 1 Změna vztahu s bývalými kolegyněmi po nástupu do funkce

	v.s. 1	v.s. 2	v.s. 3	v.s. 4	v.s. 5	v.s. 6
Vztah se nezměnil	x	x		x	x	
Spíše se nezměnil			x			
Spíše se změnil						x
Vztah se změnil						

Z celkového počtu šesti vrchních sester 4 udávají, že se jejich vztah s bývalými kolegyněmi po nástupu do funkce nezměnil, 1 vrchní sestra si myslí, že se spíše nezměnil a 1 udává, že se vztahy spíše změnily.

Tabulka 2 Řízení a kontrola práce sester, se kterými vrchní sestra před zařazením do funkce na oddělení nepracovala

	v.s. 1	v.s. 2	v.s. 3	v.s. 4	v.s. 5	v.s. 6
Ano, je to lepší		x				
Ne, není to lepší	x			x		
Ano i Ne			x		x	x

Z celkového počtu šesti vrchních sester si jedna sestra myslí, že řízení a kontrola práce sester, se kterými před nástupem do funkce nedělala je lepší, dvě sestry nemají pocit, že by řízení a kontrola byla lepší a tři nemají vyhranění názor.

Tabulka 3 Výhody řízení a kontroly práce sester, se kterými vrchní sestra před nás funkce do funkce na oddělení nepracovala

	v.s. 2	v.s. 3	v.s. 5	v.s. 6
Žádné vazby	x	x	x	x
Vlastní názor na odd.	x			x

Ze čtyř vrchních sester, které odpověděly, že je výhoda kontrolovat sestry, se kterými dříve nedělaly nebo si vybraly odpověď ano i ne, si všechny 4 vrchní sestry myslí, že výhoda je v tom, že zde nejsou žádné vazby a 2 z nich udávají, že si vrchní sestra vytvoří vlastní názor na oddělení.

Tabulka 4 Výhody řízení a kontroly práce sester, se kterými vrchní sestra před nástupem do funkce pracovala

	v.s. 1	v.s. 3	v.s. 4	v.s. 5	v.s. 6
Známé prostředí	x	x	x	x	x
Známý personál			x		x

Z pěti vrchních sester, které si myslí, že je lepší řídit a kontrolovat práci sester na oddělení kde před zařazením do funkce pracovaly, si všech 5 sester myslí, že výhodou je známé prostředí a 2 z nich ještě uvádějí známý personál.

Tabulka 5 Autorita vrchní sestry u podřízených sester

	v.s. 1	v.s. 2	v.s. 3	v.s. 4	v.s. 5	v.s. 6
Ano, mám autoritu	x	x	x	x	x	x
Ne, nemám autoritu						
Nevím						

Z celkového počtu šesti vrchních sester všech 6 sester odpovědělo, že si myslí, že autoritu u svých podřízených má.

Tabulka 6 Zajištění autority u podřízených sester

	v.s. 1	v.s. 2	v.s. 3	v.s. 4	v.s. 5	v.s. 6
Nemusí zajišťovat	x					
Spravedlivé jednání	x	x	x	x	x	x
Taktní řešení problémů				x	x	x
Požadavek kvalitní práce			x			
Vstřícné jednání					x	

Z celkového počtu šesti vrchních sester , 2 sestry uvedly, že si autoritu zajišťují spravedlivým jednáním a taktním řešením problémů, 1 sestra uvádí spravedlivé jednání, taktní řešení problémů a vstřícné jednání, 1 sestra spravedlivé jednání a požadavek kvalitní práce, 1 sestra udává spravedlivé jednání a 1 sestra odpověděla, že si autoritu zajišťovat nemusí, ale připouští spravedlivé jednání.

Tabulka 7 Autorita vrchní sestry u služebně starších sester

	v.s. 1	v.s. 2	v.s. 3	v.s. 4	v.s. 5	v.s. 6
Ano, mám	x	x	x	x	x	x
Ne, nemám						
Nevím						

Z celkového počtu šesti sester všech 6 uvedlo, že autoritu u služebně starších sester na oddělení má.

Tabulka 8 Lepší spolupráce vrchní sestry

	v.s. 1	v.s. 2	v.s. 3	v.s. 4	v.s. 5	v.s. 6
S mladými sestrami	x					
Se staršími sestrami						
Nedělá rozdíly		x	x	x	x	x

Z celkového počtu šesti vrchních sester uvedlo 5 sester, že nedělá rozdíly mezi mladými a staršími sestrami, 1 sestra uvedla lepší spolupráci s mladými sestrami.

Tabulka 9 Charakteristika mladých sester

	v.s. 1	v.s. 2	v.s. 3	v.s. 4	v.s. 5	v.s. 6
Lépe se učí novým věcem	x				x	
Umí se prosadit				x	x	
Jsou technicky zdatnější	x					

Z celkového počtu šesti vrchních sester 1 sestra uvedla, že se mladé sestry lépe učí novým věcem a jsou technicky zdatnější, 1 sestra si myslí, že se lépe učí novým věcem a umí se prosadit, 1 sestra uvádí, že se mladé sestry umí prosadit, 2 sestry se nevyjádřily.

Tabulka 10 Charakteristika starších sester

	v.s. 1	v.s. 2	v.s. 3	v.s. 4	v.s. 5	v.s. 6
Zaběhlé stereotypy	x					
Horší přizpůsobení	x					
Horší přijímání kritiky	x					
Méně vyjadřují svůj názor				x		
Větší spolehlivost					x	

Z celkového počtu šesti vrchních sester si 1 myslí, že starší sestry mají zaběhlé stereotypy, hůře se přizpůsobují a hůře přijímají kritiku, 1 sestra uvádí, že méně vyjadřují svůj názor, 1 sestra uvádí větší spolehlivost starších sester, 3 sestry svůj názor nevyjádřily.

Tabulka 11 Pozitiva práce vrchní sestry

	v.s. 1	v.s. 2	v.s. 3	v.s. 4	v.s. 5	v.s. 6
Pochvala od pacientů	x	x	x	x		x
Hezké vztahy na prac.	x		x		x	x
Dobré prac. výsledky	x				x	x
Nové zařízení na odd.						x
Dobré výsledky kontrol				x		
Dostatek sester		x	x			
Spokojenost sester		x	x			

Z celkového počtu šesti vrchních sester 1 sestra jako pozitiva své práce uvedla: pochvala od pacientů, hezké vztahy na pracovišti a dobré pracovní výsledky. 1 vrchní sestra uvádí také pochvalu od pacientů, dále dostatek sester na oddělení a jejich spokojenost. 1 sestra odpověděla: pochvala od pacientů, hezké vztahy na pracovišti, dostatek sester a spokojenost sester na oddělení. 1 sestra uvádí pochvalu od pacientů a dobré výsledky kontrol na oddělení. 1 sestra odpověděla, že radost jí udělá pochvala od pacientů a dobré pracovní výsledky. 1 sestra uvedla: pochvala od pacientů, hezké vztahy na pracovišti, dobré pracovní výsledky a to, když dostane něco nového na oddělení.

Tabulka 12 Faktory, které negativně ovlivňují práci vrchní sestry

	v.s. 1	v.s. 2	v.s. 3	v.s. 4	v.s. 5	v.s. 6
Nedostatek lůžek	x		x			
Nedostatek sester	x	x		x		x
Práce sestřám nepříslušící	x					
Nekvalitní práce	x	x	x		x	
Stížnosti pacientů	x	x	x	x	x	
Nekvalitní práce pom. personálu	x		x			
Konflikty na pracovišti		x	x		x	
Nepochopení vyššího manag.				x		x
Chování příbuzných					x	
Nedostatek prádla						x

Za negativní ve své práci z celkového počtu šesti sester 1 sestra uvedla: nedostatek lůžek, nedostatek sester, když sestry dělají práci, která jim nepřísluší, nekvalitní práce sester a pomocného personálu a stížnosti pacientů. 1 vrchní sestra vidí negativa své práce v nedostatku sester, v nekvalitní práci, ve stížnostech pacientů a v konfliktech na pracovišti. 1 sestra negativně hodnotí: nedostatek lůžek, nekvalitní práce podřízených, stížnosti pacientů a konflikty na pracovišti. 1 vrchní sestra odpověděla, že na ní negativně působí nedostatek sester, stížnosti pacientů a nepochopení vyššího managementu. 1 sestra negativně hodnotí: nekvalitní práci, stížnosti pacientů, konflikty na pracovišti a nevhodné chování některých příbuzných pacientů a 1 sestra odpověděla: nedostatek sester, nedostatek prádla a nepochopení vyššího managementu.

Tabulka 13 Obtížnost kontroly ošetrovatelské péče poskytované směnnými sestrami

	v.s. 1	v.s. 2	v.s. 3	v.s. 4	v.s. 5	v.s. 6
Ano	x			x		
Ne		x			x	x
Ano i ne			x			

Z celkového počtu šesti sester si 2 sestry myslí, že je obtížné kontrolovat ošetrovatelskou péči poskytovanou směnnými sestrami, 3 sestry odpověděly, že jim kontrola obtížná nepřipadá a 1 sestra neví, uvádí jak kdy.

Tabulka 14 Důvody obtížnosti kontroly ošetrovatelské péče poskytované směnnými sestrami

	v.s. 1	v.s. 2	v.s. 3	v.s. 4	v.s. 5	v.s. 6
Nedostatek času	x	x	x	x		x
Změny postupů a směrnic	x					
Množství nových směrnic	x					
Vykovávání nepříslušné práce		x	x			

Z celkového počtu šesti vrchních sester 1 sestra uvádí jako důvod obtížnosti kontroly ošetrovatelské péče poskytované směnnými sestrami nedostatek času, změny postupů a směrnic a množství nových směrnic, 2 sestry uvádí nedostatek času a vykonávání práce, která jim nepřísluší, 2 sestry si myslí, že obtížnost spočívá v nedostatku času, 1 sestra se nevyjádřila.

Tabulka 15 Porovnávání pracovních postupů jednotlivých výkonů sester se standardy

	v.s. 1	v.s. 2	v.s. 3	v.s. 4	v.s. 5	v.s. 6
Ano		x			x	
Spíše Ano	x		x			x
Ne						
Spíše Ne				x		

Z celkového počtu šesti vrchních sester 2 sestry uvedly, že porovnávají pracovní postupy jednotlivých výkonů sester se standardy, 3 spíše ano a 1 sestra spíše ne.

Tabulka 16 Větší míra zodpovědnosti po zařazení do funkce

	v.s. 1	v.s. 2	v.s. 3	v.s. 4	v.s. 5	v.s. 6
Daleko větší	x	x	x	x	x	x
Větší						
Stejná						
Menší						

Z celkového počtu šesti vrchních sester všech 6 uvedlo, že míra zodpovědnosti je daleko větší po zařazení do funkce.

Tabulka 17 Změna vztahu s pacienty po zařazení na funkční místo

	v.s. 1	v.s. 2	v.s. 3	v.s. 4	v.s. 5	v.s. 6
Vztah se změnil						
Vztah se nezměnil	x			x	x	x
Vztah se změnil částečně		x	x			

Z celkového počtu šesti vrchních sester 4 sestry uvedly, že jejich vztah s pacienty se nezměnil po nástupu na funkční místo, 2 sestry si myslí, že se vztah s pacienty částečně změnil.

Tabulka 18 Důvody změny vztahu s pacienty

	v.s. 2	v.s. 3
Omezený kontakt s pac.	x	
Jiné vnímání pacienta		x

Z celkového počtu dvou sester, které odpověděly, že se jejich vztah s pacienty částečně změnil 1 sestra jako důvod uvádí omezený kontakt s pacienty po jejím zařazení do funkce a 1 sestra vidí důvod v jiném vnímání pacientů.

5. Diskuze

Tato práce se věnuje změnám pohledu nebo postoje sester na poskytování ošetrovatelské péče při zařazení na funkční místo. Posláním všeobecných sester je poskytování základní, speciální a vysoce specializované ošetrovatelské péče. Téměř každá sestra je podřízená své staniční a vrchní sestře. Tyto sestry – manažerky jsou většinou sestry zkušené s odpovídajícím vzděláním a často s dlouholetými zkušenostmi. Po nástupu na funkční místo se staniční a vrchní sestře změní pohled na poskytování ošetrovatelské péče, podstatně se změní i jejich náplň práce. Vedle odborné ošetrovatelské práce musí vykonávat i řadu manažerských a personálních činností (Kotrba 2010). Práce sester je stále kvalifikovanější, což podstatně zvedá laťku nároků na sestry manažerky. Otázkou již není, jak řídit mladé a nezkušené sestry či starší „jedoucí“ v letitém stereotypu, ale jak řídit sestry vysoce kvalifikované, vzdělané a ambiciózní (Škubová 2009). Každodenní práce přináší vrchním a staničním sestřám řadu problémů a těžkostí, které musí řešit, ale na druhé straně také spoustu radostných chvil, to když se jim práce daří. Důležité je také z jakého prostředí sestra do vedoucí funkce přichází, zda oddělení zná ze svého dřívějšího působení, nebo přišla z jiného zdravotnického zařízení. Obojí má své výhody i nevýhody.

Jaké názory na tuto problematiku mají vrchní a staniční sestry, které byly osloveny v dotaznících, je předmětem zjištění této práce.

Bylo rozesláno 122 dotazníků určené vrchním sestřám a 230 dotazníků pro staniční sestry do nemocnic v jihočeském regionu, dále do nemocnic v Příbrami a v Pelhřimově. Návratnost dotazníků byla: 80 od vrchních sester, z toho 2 byly vyřazeny pro neúplnost, od staničních sester se vrátilo 170 dotazníků, 2 byly rovněž vyřazeny pro neúplné vyplnění. Výzkumný vzorek tedy tvořilo 78 vrchních sester a 168 staničních sester. Rozhovory v rámci kvalitativního šetření byly vedeny se 6 vrchními sestrami českobudějovické nemocnice.

Prvních pět otázek dotazníku je identifikačních a slouží k charakteristice zkoumaného souboru. Z celkového počtu 78 vrchních a 168 staničních sester nebyl ani jeden muž (graf 1). Nejvíce dotázaných vrchních sester bylo ve věku 50 – 59 let 48,72 %, nejméně byla zastoupena věková kategorie 21 – 29 let a to pouze 1,28 % sester. Stejně výsledky

lze vidět i u staničních sester. Zde bylo také nejvíce sester ve věkové skupině 50 – 59 let a to 49,40 %, v kategorii 21 – 29 let odpovědělo pouze 2,38 % sester (graf 2). Sestry, které souhlasily s rozhovorem v rámci kvalitativního šetření, byly ve věku 48 -59 let.

Z hlediska dosaženého vzdělání tvořily největší skupinu, a to jak u vrchních sester 52,56 %, tak u staničních sester 70,83 % sestry, které absolvovaly Střední zdravotnickou školu a vzdělání si doplnily pomaturitním specializačním studiem. Další skupinu tvořily absolventky vysokoškolského bakalářského studia, u vrchních sester to bylo 34,62 % a u staničních sester 14,88 % sester. Vysokoškolské magisterské studium absolvovalo 10,26 % vrchních a 1,79 % staničních sester, pouze středoškolské vzdělání mělo 2,56 % vrchních sester a 8,93 % staničních sester (graf 3). Z 6 vrchních sester, s kterými byly vedeny rozhovory má 1 sestra vysokoškolské magisterské vzdělání, 4 vysokoškolské bakalářské a 1 středoškolské zdravotnické vzdělání. Překvapující je celkem nízký počet sester s vysokoškolským magisterským vzděláním, ale důvodem je jistě již vyšší věk těchto sester a jejich vytíženost při plnění náročných povinností, které vyplývají z jejich funkce. Ale zároveň je vidět trend, mít ve vedoucích funkcích opravdu vzdělané a erudované sestry. Vždyť z celkového počtu 246 všech sester, které odpověděly v dotaznících, tedy vrchní i staniční sestry, je jich pouze 17 se středoškolským vzděláním. Největší počet respondentek obou skupin pracuje v tomto oboru 31 – 35 let, a to 32,06 % vrchních a 30,96 % staničních sester. Nejméně sester má praxi 5 – 10 let, 2,56 % vrchních sester a 2,98 % staničních sester (graf 4).

Pátá otázka mapovala, kolik let jsou sestry ve funkční pozici. Nejvíce sester a to 26,92 % vrchních a 31,55 % staničních sester jsou na funkčním místě 0 - 3 roky. 19 a více let ve funkci je 17,95 % vrchních sester a 14,29 % staničních sester (graf 5). Pokud se týká vrchních sester, které absolvovaly kvalitativní výzkum, 3 z nich jsou ve funkci do 5 let a 3 nad 5 let. Zajímavé je, že největší počet dotazovaných sester je ve věku 50 – 59 let a přitom na funkčním místě je největší počet sester 0 – 3 roky. To je důkazem toho, že na vedoucí místa jsou jmenované sestry s dlouholetou praxí a bohatými zkušenostmi. Další otázky směřovaly na charakter pracoviště staničních sester. Nejvíce staničních sester 59,52 %, tedy více než polovina, pracuje na standardním oddělení, potom následuje JIP, tam pracuje 21,43 % sester, nejméně dotazovaných sester pracuje na operačních sálech

4,17 % (graf 7). Oddělení, která vedou vrchní sestry, mají různý počet stanic. Pouze jednu stanicí má oddělení, které vede 35,90 % vrchních sester, 24,36 % sester má dvě stanice, 16,67 % vrchních sester vede oddělení, které má tři stanice, objevily se i odpovědi, kde vrchní sestry uváděly, že jejich oddělení má 6 i více stanic (graf 6). Je otázkou, zda na oddělení, kde je pouze 1 stanice musí být vrchní i staniční sestra. Tendence některých zdravotnických zařízení zrušit funkci vrchní sestry nutí k zamyšlení (Vondráček 2004). Nemocnice v Prachaticích a v Jindřichově Hradci již k tomuto kroku přistoupily, mají pouze staniční sestry a funkce vrchní sestry je zrušena. Staniční sestra provádí vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči, v rámci své stanice řídí, organizuje a kontroluje činnost podřízených zaměstnanců. Jejím přímým nadřízeným je vrchní sestra, která ji vede po stránce metodické v oblasti ošetrovatelské péče. Zrušením funkce vrchní sestry chybí osoba, která koordinuje činnost staničních sester v běžném provozu. Pracovní vytížení staničních sester bude neúměrně narůstat a povede ke snížení kvality jejich práce (Vondráček 2004). To samozřejmě platí u oddělení, kde je stanic více, osobně si myslím, že na oddělení, kde je stanice pouze jedna se práce staniční a vrchní sestry prolíná. Důležité je kolik lůžek a kolik personálu má tato stanice, to ale nebylo předmětem mého šetření.

K hypotéze 1: **Postoj sestry k poskytování ošetrovatelské péče se změní po zařazení na funkční místo**, směřovaly otázky č. 7, 8, 9, 10, 11 a 12. Sestrou na oddělení, které nyní vede, bylo 73,08 % vrchních sester a 86,31 % staničních sester (graf 8). To svědčí o tom, že nástupkyně vrchních a staničních sester bývají na oddělení již vytipovány primářem oddělení, jeho zástupcem a vrchní sestrou, často tyto sestry vrchní nebo staniční sestru zastupovaly. Do funkce z jiného oddělení stejného zdravotnického zařízení přišlo 61,90 % vrchních sester a 82,61 % staničních sester a z jiného zdravotnického zařízení nastoupilo na funkční místo 14,29 % vrchních sester a 13,04 % staničních sester (graf 9). Grohan – Murray a DiCore uvádí, že sestry musí být připravovány jako vedoucí, které jsou kompetentní, flexibilní a schopné dodat ostatním energii k tomu, aby se dokázali přizpůsobit změnám.

Jestli se změnil pohled na poskytování ošetrovatelské péče po zařazení na funkční místo, vypovídají odpovědi na otázku č. 9, (graf 10). Spíše ano odpovídá 32,06 %

vrchních sester a 30,96 % staničních sester, ano 25,64 % vrchních a 22,62 % staničních sester. To znamená, že větší část respondentek odpověděla, že se pohled na poskytování ošetrovatelské péče po nástupu do funkčního místa změní. Výsledky jsou ale velmi těsné, což je překvapující. Dokonce 23,21 % staničních sester odpovědělo, že se pohled na péči nemění, oproti 22,62 %, které tvrdí, že ano. Domníváme se, že je to dáno menší zodpovědností staničních sester, větší tíhu této zodpovědnost nese přeci jen vrchní sestra, na kterou se staniční sestra s problémy na oddělení obrací. Vrchní sestra pak musí učinit konečné rozhodnutí.

V čem spočívá nejvíce změna pohledu na poskytování ošetrovatelské péče po zařazení na funkční místo, o tom vypovídá graf 11. Zde měly respondentky možnost označit více nabízených odpovědí. Z celkového počtu 357 odpovědí vrchních sester a 662 odpovědí staničních sester se na prvním místě objevil shodně u obou skupin nárůst dokumentace, a to u vrchních sester v 17,64% a u staničních sester v 18,73 %. Dále se odpovědi již trochu liší. Vrchní sestry vnímají změnu pohledu na poskytování ošetrovatelské péče v tom, že ve vedoucí funkci řídí a kontrolují celý pracovní tým, tato odpověď se objevila v 16,81 %, ve 14,01 % uvedly daleko větší zodpovědnost ve funkční pozici, ve 14,01 % se objevila nutnost udržení dobré spolupráce v multidisciplinárním týmu. Staniční sestry po nárůstu dokumentace jako největší změnu vnímají větší zodpovědnost za poskytování ošetrovatelské péče po zařazení na funkční místo, a to celkem v 18,42 %, 15,56 % odpovědí je nutnost řízení a kontroly celého pracovního týmu, 15,11 % kontrola kvality práce i u nižších zdravotnických pracovníků, 13,29 % pak nutnost udržení dobré spolupráce v multidisciplinárním týmu při poskytování ošetrovatelské péče a 10,88 % řešení interpersonálních konfliktů. Z počtu odpovědí vyplývá, že změnu pohledu na poskytování ošetrovatelské péče cítí i ty sestry, které odpověděly, že se jejich pohled na poskytování ošetrovatelské péče nezměnil nebo spíše nezměnil při nástupu na funkční místo. Pohled na všechny tyto požadavky na sestry ve vedoucích funkcích se liší z pohledu vrchní a staniční sestry. Staniční sestra řídí a kontroluje práci svých podřízených jen na své stanici, kdežto vrchní sestra zodpovídá za práci všech pracovníků na celém oddělení. Vrchní sestra musí se staničními sestrami úzce spolupracovat, musí vědět, že když vydá nějaké nařízení, tak se to sestry na

jednotlivých stanicích doví. Pravidelně se se staničními sestrami setkává na poradách, kde řeší vzniklé problémy a kde jim tlumočí informace z porad vedoucích pracovníků.

Nejvíce vrchní a staniční sestry vnímají nárůst dokumentace. Domníváme se, že to má souvislost s akreditací nemocnic. V nemocnicích, které se připravují na akreditaci, nebo jim už byla přidělena, vychází řada nových standardů a směrnic, které musí být v souladu s akreditačními standardy. Akreditace nemocnic se stává pomalu běžným procesem, při kterém dochází k hodnocení kvality péče o nemocné v souladu s plněním standardů (Kareš, Drdlíková, Brabcová 2006). Graf 31 nám ukazuje počet sester z nemocnic, které již akreditaci mají přidělenou a počet sester z těch nemocnic, které se na akreditaci teprve připravují. Z celkového počtu 78 vrchních sester je 66,67 % sester z nemocnic, které se na akreditaci připravují a 32,05 % sester je z těch nemocnic, které již akreditaci mají. Z toho pramení zmiňovaný nárůst dokumentace, jak již bylo uvedeno. U staničních sester jsou výsledky stejné, ale neuvádíme je, protože jde o staniční sestry ze stejných nemocnic.

S tímto problémem nepřímo souvisí otázka č. 11, zda bylo pro staniční a vrchní sestry nutné hlouběji prostudovat zásady poskytování ošetrovatelské péče. Na tuto otázku odpovědělo ze 78 vrchních sester 32,05 % ano a 39,74 % spíše ano, ze 168 staničních sester 25,60 % ano a spíše ano 31,55 % (graf 12). Větší počet sester tedy musel prostudovat zásady poskytování ošetrovatelské péče po zařazení na funkční místo. Znat standardy, směrnice, metodické pokyny je velmi důležité pro vrchní a staniční sestry, protože jak jinak by mohly řídit, organizovat a kontrolovat práci svých podřízených kdyby neměly teoretické znalosti. Američtí psychologové French a Raven uvádí, že jedna z mocí vedoucího pracovníka je moc odborná, která je založena na přesvědčení podřízených o znalostech, dovednostech a zkušenostech vedoucího, zkrátka o jeho odbornosti (Petr a Magda Škrlovi 2003)

Graf 13 ukazuje oblasti, které musely staniční a vrchní sestry hlouběji prostudovat po zařazení na funkční místo. Respondentky mohly označit více odpovědí. Nejčastěji se objevila možnost – platné směrnice a to v 31,00 % odpovědí vrchních a v 32,48 % odpovědí staničních sester. Dále vrchní sestry uvádí nutnost hlubšího zaměření na metodické pokyny, tato možnost se objevila celkem ve 24,56 %, standardy

ošetřovatelské péče 21,64 % a 12,64 % manažerské dovednosti 12,64 %, v 1,75 % byla uvedena možnost jiná. Pořadí odpovědí staničních sester se mírně liší, na druhém místě staniční sestry uvádějí v 27,80 %, že musely hlouběji prostudovat ošetřovatelské standardy, dále metodické pokyny 23,47 %, potom následují manažerské dovednosti a v 3,61 % byla uvedena jiná možnost. Jako jinou oblast nutnou k prostudování sestry uváděly zákoník práce, harmonogramy práce sester, funkční náplně práce sester apod. Z odpovědí vyplývá, že je opravdu nutné pro sestru ve vedoucí funkci, aby měla přehled o směrnících a standardech vydaných managementem nemocnice. Staniční sestry musí dokonale znát standardy ošetřovatelské péče, aby s nimi mohly poskytovanou ošetřovatelskou péči porovnávat, upozorňovat na nedostatky a poradit sestrám, kdykoliv něčemu nerozumí. Vrchní sestry samozřejmě také, ale jak uvedly v rozhovorech v rámci kvalitativního šetření, někdy si sami musí příslušný standard nejdříve přečíst. Směrnic, metodických pokynů vzniká v poslední době velké množství a jsou tak obsáhlé, že to někdy nestíhají. Není to samozřejmě výmluva, neznalost zákona neomlouvá. Za velmi přínosné, z vlastních zkušeností, považujeme probírání standardů, směrnic a dalších důležitých informací na sesterských seminářích. Tam mají sestry možnost vyjádřit svůj názor, ujasnit si některé informace a sjednotit jednotlivé postupy.

Hypotéza č. 1 Postoj sestry k poskytování ošetřovatelské péče se změní po zařazení na funkční místo, byla verifikována.

Se změnou pohledu na poskytování ošetřovatelské péče po zařazení na funkční místo souvisí i to, zda se změní vztahy s bývalými kolegyněmi. Tato otázka zazněla v rozhovorech se 6 vrchními sestrami v rámci kvalitativního šetření. 5 vrchních sester udává, že se jejich vztah s bývalými kolegyněmi nezměnil nebo spíše nezměnil, 1 vrchní sestra odpověděla, že vztah s bývalými kolegyněmi se spíše změnil (Tabulka 1). Tak to cítí vrchní sestry, bylo by jistě zajímavé popsat se sestru na oddělení, ty mohou mít jiný názor. Je pravdou, že se cítí někdy vrchní sestra sama, někdy jsou její pokyny a připomínky pro personál nepříjemné a pak může pociťovat nesouhlas či nepřátelství svých podřízených. Hodně záleží na stylu vedení vrchní sestry. Ne každý, kdo dovede vést, umí také řídit a ne každý, kdo umí řídit, umí také vést (Magda a Petr Škrlovi 2003).

Roli jistě hraje i to, z jakého pracoviště vrchní sestra do funkce přichází. Jestli je jmenovaná do funkce vrchní sestry na oddělení, kde předtím pracovala jako sestra, nebo přichází z jiného oddělení či zdravotnického zařízení. S tím souvisí otázka č.3 v kvalitativním šetření: **Je snazší organizovat práci směnným sestřím, se kterými sestra ve funkční pozici předtím nepracovala?** Z odpovědí dotazovaných sester není jednoznačně jasné, zda je to lepší. 3 z nich nemají vyhraněný názor, 2 si myslí, že není lepší vést oddělení, kde dříve nepracovaly, jenom 1 sestra uvedla, že je lepší přijít do funkce z jiného pracoviště (Tabulka 2). Jako výhodu vedení oddělení, kde dříve vrchní sestra nepracovala, vidí 4 vrchní sestry hlavně v tom, že zde neexistují žádné vazby, sympatie nebo antipatie a vrchní sestra má možnost si udělat vlastní názor na oddělení a personál (Tabulka 3). 5 vrchních sester vidí výhodu vedení oddělení, kde před nástupem do funkce pracovaly především ve známém prostředí a znalosti personálu, od kterého ví, co mohou čekat (Tabulka 4).

Důležité je, zda má sestra ve vedoucí funkci autoritu u svých podřízených, u služebně starších sester a jak si jí zajišťuje. Na to jsme se ptali vrchních sester v rozhovoru.

Otázka č.1: Je pro sestru zařazenou na funkční místo těžké zajistit si autoritu u služebně starších sester?

Všechny dotazované vrchní sestry uvedly, že autoritu u sester mají a to i u služebně starších sester. (Tabulka 5 a 7). Zajišťují si jí spravedlivým jednáním, taktním řešením problémů, vstřícným jednáním, 1 vrchní sestra sice uvedla, že si autoritu zajišťovat nemusí, ale nakonec připustila také spravedlivé jednání (Tabulka 6). Opět jde o pocit vrchních sester a ten může být rozdílný od pocitu podřízených, to bychom ale ponechali jako předmět jiného šetření

Na dotaz zda se jim pracuje lépe s mladými nebo staršími sestrami, 5 vrchních sester odpovědělo, že nedělá rozdíly mezi mladými nebo staršími sestrami, pouze 1 sestra uvedla, že ráda pracuje s mladými (Tabulka 8). O mladých sestřích si myslí, že se snadněji učí novým věcem, jsou technicky zdatnější, umí se ozvat a prosadit. Starší sestry, podle vrchních sester, mají někdy zaběhlé stereotypy, hůře se přizpůsobují, hůře přijímají kritiku, méně vyjadřují svůj názor, ale na druhé straně jsou mnohdy spolehlivější a většinou mladým sestřím stačí (Tabulka 9 a 10). Magda a Petr Škrlovi

uvádí: „ sestra, která již pracuje na oddělení delší dobu, je tvrdší oříšek. Na svou kariéru nahlíží z poněkud jiného úhlu než sestra mladá. Ta vidí svou práci jako příležitost plnou vzrušení, kdežto zkušená sestra se již měla možnost seznámit s rutinní stránkou práce a vnímá mnohem citlivěji realitu, která je často frustrující.“ My se domníváme, že dobré sestry jsou jak mezi mladými, tak staršími sestrami, stejně jako méně schopné mohou být mladé sestry i sestry starší. Mladé sestry jsou často vysokoškolsky vzdělané, ambiciózní, některé myslí, že všemu rozumí, neradi si nechávají poradit, u některých starších sester se objevují známky syndromu vyhoření. Myslím, že hodně záleží na povaze a charakteru, a také na spokojenosti sester v pracovním i osobním životě. Vždyť sestry jsou především ženy, které mají vedle svých pracovních povinností i rodinné problémy, starosti s dětmi, některé jsou samoživitelky a podobně. Staniční nebo vrchní sestra by se měla v přiměřené míře orientovat i v soukromém životě podřízených. Daleko lépe tak může porozumět některým jejich postojům a požadavkům v práci, kterým, jde-li to, vyhová.

K hypotéze č.2 **Sestra zařazená na funkční místo vyžaduje poskytování ošetrovatelské péče dle ošetrovatelských standardů**, se vztahovaly otázky č. 13, 14, 15 a 16. Standardy ošetrovatelské péče vytvořené ve svém zdravotnickém zařízení potvrdila téměř většina - 98,72 % vrchních sester a 99,40 % staničních sester (graf 14). Na odděleních má standardy ošetrovatelské péče také většina sester, 97,44 % vrchních a 98,80 % staničních sester (Graf 15). To znamená, že všechny sestry mají ke standardům přístup, musí si je pročit a mohou kdykoliv určitý standard použít, v případě, že jim není něco úplně jasné.

Vrchní a staniční sestry kontrolují, zda poskytovaná péče je v souladu se standardy. Ne vždy tomu tak je. Mastiliaková uvádí, že každá sestra postupuje v péči o pacienta svým vlastním rutinním způsobem, má takový svůj vlastní standard. Problém je v tom, že všechny sestry nemají stejný standard (Mastiliaková 2003). Jsou sestry poctivé a pečlivé a naopak sestry, které svou práci odbudou, jen aby to už měly hotové. Dotazované vrchní sestry jako způsob kontroly poskytované ošetrovatelské péče, to zda je v souladu se standardy, uvedly v 30,03 % a staniční sestry v 30,68 % pravidelné sledování podřízených sester při poskytování ošetrovatelské péče, v 19,74 % vrchní sestry a v

21,85 % staniční sestry ověřují znalosti a dovednosti sester absolventek v rámci plánu zapracování. To je důležité hlavně v tom, aby mladé sestry nepřevzaly špatné návyky od některých svých starších kolegyně. Nadřízené sestry také využívají ke kontrole namátkové ověřování znalostí určitého okruhu ze standardů, tato možnost se objevila v 17,17 % odpovědí vrchních sester a v 13,03 % u staničních sester. Z dalších odpovědí vyplývá, že standardy jsou pravidelně probírány na sesterských seminářích, vrchní a staniční sestry provádí kontrolu, zda jsou standardy sestrami podepisovány a dále uvádí také pravidelné zkoušení sester ze znalostí standardů, analýzu vždy jednoho standardu do hloubky (Graf 16). Z našich zkušeností je asi nejlepší kombinace všech uvedených možností. Nestačí jenom zkontrolovat, jestli jsou standardy podepsány, často je některé sestry podepíší, aniž by je četly. Je opravdu nutné ptát se, ověřovat znalosti sester a podporovat jejich zájem o standardy, a jak již bylo uvedeno, velmi přínosné je probírat standardy na sesterských seminářích.

Vrchní a staniční sestry ve svých odpovědích potvrdily, že ošetrovatelskou péčí kontrolují a vyžadují, aby byla v souladu se standardy. Někdy, ale dojde k nedodržení správného postupu při poskytování ošetrovatelské péče a staniční a vrchní sestra musí tuto situaci řešit. Jak řeší nedodržení postupů poskytování ošetrovatelské péče v souladu se standardy vrchní sestry, nám ukazuje graf 17. Ze 119 odpovědí vrchních sester se v 53,79 % objevil pohovor se sestrou, která se nedodržení standardu dopustila, v 36,97 % odpověděly, že si pozvou provinilou sestru spolu se staniční a budou řešit problém společně. To, že by řešení nechaly na staniční sestře, uvedly vrchní sestry pouze v 2,52 %. Staniční sestry by řešily nedodržení standardů z celkového počtu 251 odpovědí v 57,76 % také pohovorem se sestrou, která se nedodržení standardu dopustila, ve 28,69 % pohovorem se všemi sestrami na stanici a v 9,96 % by informovaly vrchní sestru, v 3,19 % vedoucího lékaře stanice (graf 18). Z výsledků vyplývá, že staniční i vrchní sestry upřednostňují mírnější postup při řešení těchto problémů, finanční postih se objevil u vrchních sester pouze jednou. Záleží ovšem, o jaké provinění jde, jsou prohřešky malé, které neohrozí pacienta a jeho zdraví, může ale dojít k daleko vážnější chybě, která ohrozí zdraví nemocného. Tam by jistě vrchní i staniční sestry postupovaly daleko přísněji, vždyť vina potom padá i na jejich hlavu, protože jsou za poskytovanou

péči zodpovědné. Někdy se vrchní sestra o chybě některé sestry ani nedoví, často jsou omyly sester napravovány a skrývány ostatními kolegyněmi. Sestra, která skrývá svoji neschopnost za kvalitní práci ostatních sester, je nebezpečná. Je nutné seznámit sestry s nebezpečím falešné solidarity, která se může stát nebezpečnou pro pacienty (Škrlovi 2003).

Také v kvalitativním šetření jsme se vrchních sester ptali, zda porovnávají pracovní postupy jednotlivých výkonů sester se standardy při poskytování ošetrovatelské péče. (Tabulka 15). Vrchní sestry uvádí, že standardy aktualizují, pročítají, sestry je mají k dispozici na každé stanici. Od sester vyžadují ošetrovatelskou péči v souladu se standardy. Na kontrolu, ale nemají tolik času, hlavně vrchní sestry velkých oddělení nechávají kontrolu na staničních. Většina z dotázaných vrchních sester si standard musí nejdříve sama osvěžit, protože již delší dobu se ošetrovatelské péče přímo neúčastní. Také se sestrami standardy prochází, řeší případné nejasnosti, pravidelně probírají standardy na seminářích.

Z dosažených výsledků šetření vyplývá, že **hypotéza č. 2 Sestra, zařazená na funkční místo, vyžaduje poskytování ošetrovatelské péče dle ošetrovatelských standardů, byla verifikována.**

K hypotéze č.3 **Sestra zařazená na funkční místo zodpovídá za kvalitu poskytované ošetrovatelské péče**, se vztahovaly otázky č. 20, 21, 22, 23, 24, 25 a 26. To, že jsou sestry ve vedoucích funkcích zodpovědné za kvalitu ošetrovatelské péče, potvrdilo 96,15% ze 78 vrchních sester a 91,07 % ze 168 staničních sester (Graf 23). Daleko větší míru zodpovědnosti po nástupu na funkční místo také potvrdilo všech 6 dotazovaných vrchních sester, které se účastnily kvalitativního šetření. Graf 24 ukazuje, jakým způsobem tuto kontrolu vrchní sestry provádí. Z celkového počtu 302 (100 %) odpovědí ve 20,86 % uvedly, že každé ráno prochází všechny stanice, v 15,23 % odpověděly, že se cíleně ptají pacientů na kvalitu péče, která je jim poskytována. Dále následovalo sledování výskytů dekubitů, evidence písemných pochval i stížností od pacientů a analýza hygienických kontrol. Staniční sestry z celkového počtu 735 (100 %) odpovědí v 20,27 % uvedly, že se přímo ošetrovatelské péče účastní, v 19,46 % se objevilo to, že sestry při poskytování péče sledují. Dále odpovídaly, že si všímají

komunikace sester s pacienty, sledují výskyt dekubitů na oddělení, denně provádí kontrolu ošetrovatelské dokumentace (Graf 25). Z výsledků opět vyplývá, že daleko větší možnost kontroly mají staniční sestry, které jsou na oddělení se sestrami stále, mají je možnost, při poskytování péče sledovat a jsou ve stálém kontaktu s pacienty, s kterými o kvalitě péče mohou často hovořit. Vrchní sestry tolik času na kontrolu nemají. To ostatně potvrdily dotazované vrchní sestry v kvalitativním šetření. Souvisela s tímto tématem **otázka č. 2 Je pro sestru zařazenou na funkční místo těžké kontrolovat ošetrovatelskou péči poskytovanou směnnými sestrami?** I když jim kontrola kvality ošetrovatelské péče obtížná nepřipadá, většina si stěžuje na nedostatek času, stále přibývající administrativu, množství nových směrnic a často na vykonávání práce, která jim tak úplně nepřísluší (Tabulka 13 a 14). Samozřejmě záleží na tom, jak velké oddělení vrchní sestra vede, daleko lépe může kontrolu provádět vrchní sestra malého oddělení, než ta, která má na oddělení 5,6 stanic a velký počet pacientů i pracovníků. Kontrolu kvality poskytované ošetrovatelské péče mají vrchní i staniční sestry vedle celé řady jiných povinností v náplni práce (viz příloha 4 a 5)

Součástí ošetrovatelské péče je i ošetrovatelská dokumentace, to potvrdilo 98,72 % vrchních sester a 97,02 % staničních sester (graf 26). Staniční i vrchní sestry mají povinnost podle zákoníku práce, kontrolovat formální i obsahovou stránku vedení ošetrovatelské dokumentace a podle výsledků kontroly přijímat potřebná opatření (Vondráček 2003).

Zadávání údajů do ošetrovatelské dokumentace uvedl větší počet staničních sester 76,19 % než vrchních 44,87 % (graf 27). To opět potvrzuje to, co již bylo zmiňováno výše, že staniční sestry se přímo účastní ošetrovatelské péče, takže zadávají i údaje do ošetrovatelské dokumentace.

Další otázky se týkaly ošetrovatelského procesu, který je základem pro poskytování individualizované vstřícné ošetrovatelské péče (Mastiliaková 2003). To, že realizace ošetrovatelského procesu má vliv na kvalitu ošetrovatelské péče potvrdilo odpovědí ano 44,87 % a spíše ano 38,46 % vrchních sester z celkového počtu 78. Staničních sester odpovědělo ano 51,20 % a spíše ano 20,83 % z celkového počtu 168. Realizaci ošetrovatelského procesu na svém oddělení potvrdilo z celkového počtu dotazovaných

sester 73,07 % vrchních a 70,83 % staničních sester (Graf 29). Z výsledků lze vyvodit, že počáteční nedůvěra k zavádění ošetrovatelského procesu do praxe již pominula. Sestry si uvědomují, že ošetrovatelský proces poskytuje pacientům systematickou, důslednou a kontinuální péči. Reflektuje změny jejich zdravotního stavu. Vrchní a staniční sestry musí pravidelně provádět kontrolu. Někdy si sestry práci ulehčují, stále opisují jednu diagnózu, která ani nevystihuje potřeby pacienta, jindy se nepostupuje podle stanovených intervencí. Kvalita ošetrovatelské péče závisí při aplikaci ošetrovatelského procesu samozřejmě především na práci sester, které jej provádějí (Staňková 2003).

Z dosažených výsledků šetření vyplývá, že **hypotéza č.3 Sestra zařazená na funkční místo zodpovídá za kvalitu poskytované ošetrovatelské péče, byla verifikována.**

6. Závěr

Při zařazení sestry na funkční místo se stává ze sestry staniční nebo vrchní sestra. Dochází u ní ke změně náplně práce, ze sestry, která ošetrovatelskou péči poskytovala, je vedoucí sestra, která práci na oddělení či stanici řídí, organizuje a kontroluje. Z bývalých kolegyň jsou podřízené. Sestra ve vedoucí funkci má celou řadu povinností, se kterými se jako sestra nesetkala. Musí mít perfektní teoretické znalosti a odborně musí být na takové výši, aby mohla náročnou práci, kterou vedoucí postavení vyžaduje, plnit ke spokojenosti pacientů a svých nadřízených i podřízených pracovníků. To přináší i celou řadu problémů.

Cílem této diplomové práce bylo zjistit, zda se změní pohled (postoj) sestry na poskytování ošetrovatelské péče při zařazení na funkční místo, dále zjistit, jakým způsobem se změní pohled (postoj) sestry na poskytování ošetrovatelské péče při zařazení na funkční místo a jakým způsobem si sestra zařazená na funkční místo zajišťuje autoritu u svých podřízených. Všechny cíle byly splněny.

V souvislosti s cíly práce byly zvoleny 3 hypotézy:

Hypotéza 1: Postoj sestry k poskytování ošetrovatelské péče se změní po zařazení na funkční místo - byla potvrzena.

Hypotéza 2: Sestra zařazená na funkční místo vyžaduje poskytování ošetrovatelské péče dle ošetrovatelských standardů – byla potvrzena.

Hypotéza 3: Sestra zařazená na funkční místo zodpovídá za kvalitu poskytované ošetrovatelské péče – byla potvrzena.

Byly položeny 3 výzkumné otázky:

Otázka č.1 – Je pro sestru zařazenou na funkční místo těžké zajistit si autoritu u služebně starších sester?

Odpověď: Všechny dotazované vrchní sestry uvedly, že autoritu u sester mají, a to i u služebně starších sester.

Otázka č.2 – Je pro sestru zařazenou na funkční místo těžké kontrolovat ošetrovatelskou péči poskytovanou směnnými sestrami?

Odpověď: Vrchním sestřám kontrola ošetrovatelské péče těžká nepřipadá, i když připouští, že na ní mají nedostatek času vzhledem k rostoucí administrativě a častému vykonávání práce, která jim nepřísluší.

Otázka č.3 – Je snazší organizovat práci směnným sestřám, se kterými sestra ve vedoucí pozici předtím nepracovala?

Odpověď: Vrchní sestry připouští, že v něčem je snazší organizovat práce sestřám, se kterými sestra ve funkční pozici předtím nepracovala, hlavně v tom, že na takovém oddělení neexistují žádné vazby, sympatie ani antipatie.

Výsledky diplomové práce ukázaly, že se pohled sestry na poskytování ošetrovatelské péče mění po zařazení na funkční místo. Jde o daleko větší zodpovědnost za úroveň kvality práce svých podřízených. Změnu pohledu sestry ve vedoucích funkcích vnímají hlavně v nárůstu dokumentace, ve vedení celého multidisciplinárního týmu, v řízení, vedení a kontrole sester při poskytování ošetrovatelské péče, v řešení interpersonálních konfliktů, které vyplývají z rozdílného poskytování této péče. Vrchní a staniční sestra plní celou řadu povinností, které vyplývají z pracovní náplně její práce, a která se liší od práce řadové sestry. Vrchní sestra zodpovídá za chod celého oddělení, staniční sestra zodpovídá za práci svých podřízených na své stanici. Autoritu u podřízených pracovníků i u služebně starších sester vrchní sestry mají a zajišťují si jí spravedlivým jednáním a taktním řešením problémů.

Výsledky práce budou prezentovány na celoustavních seminářích a na konferencích, dále budou publikovány v odborném časopise, což by mohlo pomoci sestřám, které se připravují na vstup do vedoucí funkce. Zároveň bude s výsledky této práce seznámen též management nemocnice – náměstkyně pro ošetrovatelskou péči a v neposlední řadě budou k dispozici i respondentkám, které se tohoto šetření zúčastnily.

7. Klíčová slova

Vrchní sestra

Staniční sestra

Ošetrovatelská péče

Ošetrovatelský standard

Management

8. Literatura

1. Anon. *Strategické dokumenty WHO pro všeobecné sestry a porodní asistentky* 2.vyd. Praha: MZČR, 2002. 272 s. ISBN 80-85047-21-7.
2. Bártlová, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6.vyd. Praha: Grada, 2005.188 s. ISBN 80-247-1197-4.
3. Bártlová, S. Matulay, S. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. 1.vyd. Martin: Osveta, 2009. 142 s. ISBN 978-80-8063-306-6.
4. Bartošíková,I: *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. 1.vyd. Brno: NCONZO, 2006. 86s. ISBN 80-7013-439-9.
5. Bedrnová,E. Nový, I. *Psychologie a sociologie řízení*. 3.vyd. Praha: Management Press, 2007. 798 s. ISBN 978-7261-169-0.
6. Bedrnová,E. Nový, I. *Moc, vliv, autorita*. 1.vyd. Praha: Managament Press, 2001. 126 s. ISBN 80-7261-053-8
7. Beníšek,J. Chvátalová,G. *Zdravé N-emoce aneb emoční inteligence v praxi. Sestra*. Praha: 2009, roč. 19, č.4, str. 21. ISSN 1210-0404.
8. Billings, D.M. Halstead, J.A. *Teaching in nursing*. 2.vyd. St.Louis,Missouri: Elsevier Saunders, 2005. 615 s. ISBN-13: 978-0-7216-0377-3. ISBN-10: 0-7216-0377-7.
9. Farkašová, D. a kol. *Ošetřovatelství – teorie*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. 211s. ISBN 80-8063-227-8.
10. Gladkij,I. A kol. *Management ve zdravotnictví*. 1.vyd. Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.
11. Grohar-Murray,M.E. DiCroce,H.R. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. 1.vyd. Praha: Grada,2003. 320s. ISBN 80-247-0267-3.
12. Gučková,M. *Fyzická zátěž sester. Sestra*. Praha: 2007, roč.17, č.6, str.21. ISSN 1210-0404.
13. Haluzíková,J. Římovská,Z. *Zvládání stresu a prevence jeho následků. Sestra*. Praha: 2010, roč.20, č.4. str. 26-27. ISSN 1210-0404.
14. Honzák,R. *Prevence burnout syndromu. Lékařské listy*. Praha: 2008, roč.57, č.8, str. 28- 31. ISSN 0044-1996.

15. Interní předpisy Nemocnice České Budějovice a.s. – Náplň práce vrchní sestry.
16. Interní předpisy Nemocnice České Budějovice a.s. – Náplň práce staniční sestry.
17. Jáchimová,A., Svatošová,Z. Vrchní sestry – velmi cenný management. *Zdravotnické noviny*. Praha: 2006, roč. 55, č.17, str. 28-29. ISSN 0044- 1996.
18. Jankovský,J. *Etika pro pomáhající profese*. 1.vyd. Praha: Triton, 2003. 223s. ISBN 80-7254-329-6.
19. Janotová,M. Vedení týmu a komunikace. *Diagnóza v ošetřovatelství*. Praha: 2008, roč. IV, č. 9, str.5. ISSN 1801-1349.
20. Jarošová, D. *Teorie moderního ošetřovatelství*. 1.vyd. Praha: ISV, 2000. 133s. ISBN 80-85866-55-2.
21. Jurásková, D. Nejen o nedostatku sester. *Florence*. Praha: 2009, roč. 5, č.1, str. 10-11. ISSN 1801-464X.
22. Kafková, V. *Z historie ošetřovatelství*. 1.vyd. Brno:IDVPZ , 1992. 185 s. ISBN 80-7013-123-3.
23. Kallwass,A. *Syndrom vyhoření v práci a osobním životě*. 1.vyd. Praha: Portál, 2007. 139 s. ISBN 978-80-7367-299-7.
24. Kapounová,G. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 352 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
25. Kareš,J. Drlíková,M. Brabcová,I. *Moderní metody v řízení*. 1.vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006. 137 s. ISBN 80-7040-852-9.
26. Kilíková,M. Jakušová,V. *Teória a prax manažmentu v ošetrovatelstve*. 1.vyd. Martin: Osveta,2008. 148 s. ISBN 978-80-8063-290-8
27. Komačeková,D. Fyzická a psychická zátěž při poskytování ošetřovatelské péče – prevence, ochrana a podpora zdraví sestry. *Sestra*. Praha: 2009, roč.19, č.7-8, str.26-28. ISSN 1210-0404.
28. Kotrba, T. Struktura pracovních činností všeobecných sester v řídicích pozicích. *Florence*. Praha: 2010, roč. VI, č. 6, str. 18 – 21. ISSN 1801 - 464X
29. Kozierová, B. Erbová,G. Olivierová,R. *Ošetrovatelstvo I*.1.vyd. Martin: Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80- 127-0528-0.

30. Křivohlavý, J. *Psychologie zdraví*. 1.vyd. Praha: Portál, 2001. 279s.
ISBN 80-7178-551-2.
31. Křivohlavý, J. Pečenková, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1.vyd. Praha: Grada, 2004. 80 s. ISBN 80-247-0784-5.
32. Kutnohorská, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 164 s.
ISBN 978-80-247-2069-2.
33. Madar, J. a kol. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení*. 1.vyd. Praha: Grada, 2004. 248 s. ISBN 80-247-0585-0.
34. Mastiliaková, D. *Úvod do ošetrovatelství I*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2003. 187 s.
ISBN 80-246-0428-0.
35. Mastiliaková, D. *Úvod do ošetrovatelství II*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2003. 160 s.
ISBN 80-246-0428-0.
36. Morovicsová, E. *Profesia sestier a syndrom vyhorenia. Florence*. Praha: 2008, roč. IV, č.2, str.67-68. ISSN 1801-464X.
37. Nováková, J. Marková, E. *Role sestry manažerky a její vzdělávání v projektu Leonardo da Vinci. Sestra*. Praha: 2002, roč. 12, č.12, str. 20.
ISSN 1210-0404.
38. Plamínek, J. *Synergický management*. 1.vyd. Praha: Argo, 2000. 328 s.
ISBN 80-7203-258-5.
39. Pochylá, K. *České ošetrovatelství 1, Koncepce českého ošetrovatelství*. 2.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 49 s.
ISBN 80-7013-420-8.
40. Poláchová, E. *Empatie v ošetrovatelském kontextu. Sestra*. Praha: 2009, roč. 19, č.10, str.18. ISSN 1210-0404.
41. Staňková, M. *České ošetrovatelství 3, Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe*. Brno: NCO NZO, 2005. 49 s. ISBN 80-7013-282-5.
42. Staňková, M. *České ošetrovatelství 11, Sestra – reprezentant profese*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 2002. 78s. ISBN 80-7013-368-6.
43. Šamánková, M. a kol. *Základy ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2006. 353 s. ISBN 80-246-1091-4.

44. Šišláková,P. Udržování duševního zdraví sestry. *Sestra*. Praha: 2006, roč. 16, č.7-8, str. 11. ISSN 1210-0404.
45. Škrlovi,P.a M. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1.vyd. Praha: Advent- Orion, 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.
46. Škubová,J. Kolektiv tuží staniční a vrchní sestra. *Florence*. Praha: 2008, roč.4, č.2, str. 80. ISSN 1801-464X.
47. Škubová,J. Jurásková, D. O prestiži sester s ministryní zdravotnictví. *Florence*. Praha: 2010, roč. VI, č.4, str.3. ISSN 1801-464X.
48. Šustrová,D. Stres v práci sestry. *Sestra*. Praha:2009, roč. 19, č.11, str.24. ISSN 1210-0404.
49. Tóthová,V. a kol. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 1.vyd. Praha: Triton, 2009. 159 s. ISBN 978-80-7387-286-1.
50. Tuček,M, Cikkrt,M. Pelclová,D. *Pracovní lékařství pro praxi*.1.vyd. Praha: Grada, 2005.344 s. ISBN 80-247-0927-9.
51. Tutková,J. Komunikace sestra- pacient. *Sestra*. Praha: 2007, roč.17,č.1, str.22-23. ISSN 1210-0404.
52. Vašátková,I. Ulrychová,H. Kvalita ošetrovatelské péče a její standardizace. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 2, str. 21-22. ISSN 1210-0404.
53. *Věstník MZ částka 2/2006 –Rámcově vzdělávací programy* [online]. [cit. 2009-10-28]. Dostupné z: <<http://www.nconzo.cz/web/vzdelavani/108>>
54. *Věstník MZ částka 4/2007 - Rámcově vzdělávací programy* [online]. [cit. 2009-10-28]. Dostupné z: <<http://www.nconzo.cz/web/vzdelavani/108>>
55. Vondráček, L. Ludvík, M. Nováková, J. *Ošetrovatelská dokumentace v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 72 s. ISBN80-247-0704-7.
56. Vondráček,L. Nováková,J. Vrchní sestry - ano či ne. *Sestra*. Praha: 2004, roč. 14, č.11, str.24. ISSN 1210-0404.
57. Vyhláška 423/2004 Sb., kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků.
58. Vyhláška č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků

a jiných odborných pracovníků.

59. Zacharová E. Sociální komunikace- součást odborné erudice sestry. *Zdravotnické noviny*. Praha: 2009, roč.58, č.40, str.28 ISSN 0044-1996.

60. Zákon 96/2004 Sb. O nelékařských zdravotnických povoláních

9. Přílohy

Příloha 1 – Dotazník pro vrchní sestry

Příloha 2 – Dotazník pro staniční sestry

Příloha 3 – Výzkumné otázky

Příloha 4 – Náplň práce vrchní sestry

Příloha 5 – Náplň práce staniční sestry

- 0 – 3 roky
- 4 – 6 let
- 7 – 9 let
- 10 – 12 let
- 13 – 15 let
- 16 - 18 let
- 19 a více let

6. Kolik stanic má Vaše oddělení?

- 1 stanici
- 2 stanice
- 3 stanice
- 4 stanice
- 5 stanic
- více, kolik?

7. Byla jste před zařazením na funkční místo sestrou na Vašem oddělení?

- ano
- ne

8. Jestliže ne, přišla jste do funkčního místa:

- z jiného oddělení stejného zdravotnického zařízení
- z jiného zdravotnického zařízení
- jiná možnost, uveďte prosím jaká.....

9. Změnil se Váš pohled na poskytování ošetrovatelské péče po zařazení na funkční místo?

- ano
- spíše ano
- nevím
- spíše ne
- ne

10. V čem se nejvíce změnil Váš pohled na poskytování ošetrovatelské péče po zařazení na funkční místo? Můžete označit více odpovědí.

- před zařazením na funkční místo jsem ošetrovatelskou péčí poskytovala, nyní jikontroluji
- mám nyní daleko větší zodpovědnost za poskytování ošetrovatelské péče
- řídím a kontroluji celý pracovní tým

- řeším interpersonální konflikty, vyplývající z rozdílného poskytování oš.péče
- udržuji dobrou spolupráci v multidisciplinárním týmu při poskytování ošetrovatelské péče
- kontroluji kvalitu práce nižších zdravotnických pracovníků
- vnímám nárůst dokumentace

11. Bylo pro Vás nutné, při nástupu do funkce, hlouběji prostudovat zásady poskytování ošetrovatelské péče?

- ano spíše ano spíše ne ne

12. Jestliže ano nebo spíše ano, v jaké oblasti? Můžete označit více odpovědí.

- standardy ošetrovatelské péče
- platné směrnice vydané managementem naší nemocnice
- metodické pokyny
- manažerské dovednosti
- jiné, uveďte prosím jaké.....

13. Má Vaše zdravotnické zařízení vytvořeny standardy ošetrovatelské péče?

- ano ne nevím

14. Máte na Vašem oddělení, na jednotlivých stanicích standardy ošetrovatelské péče?

- ano ne nevím

15. Jakým způsobem kontrolujete, zda sestry provádí ošetrovatelskou péči dle standardů?

Můžete označit více odpovědí.

- pravidelně zkouším sestry ze znalostí standardů
- pravidelně sleduji, zda sestry poskytují oš. péči v souladu se standardy
- v rámci plánu zapracování ověřuji znalosti i praktické dovednosti sester absolventek

- ošetrovatelské standardy podrobne probíráme se sestrami na sesterských seminářích
- 1x za dva měsíce zkontroluji, zda jsou standardy podepsané od všech sester
- namátkově se poptám sester na nějaký okruh ze standardů
- cílenými dotazy zjišťuji, co ze standardů sestry nepochopily
- každé dva měsíce analyzujeme vždy jeden standard do hloubky

16. Jak řešíte (event. byste řešila) případné nedodržení postupu v souladu se standardem?

- nechám řešení na staniční sestře
- pohovorem se sestrou, která se nedodržení standardu dopustila
- neřeším to
- zajistím finanční postih pro sestru, která se nedodržení standardu dopustila
- pozvu sestru i staniční sestru a budeme řešit vzniklý problém společně
- oznámím celou věc primáři oddělení
- budu to řešit se sestrou před všemi na příslušné stanici
- nevím

17. Jak řešíte interpersonální konflikty?

- snažím se konflikt ihned prodiskutovat
- vyhýbám se konfliktům
- snažím se konflikt v tichosti urovnat
- řešení konflikt nechám na staniční sestře
- záleží na konkrétní osobě
- konflikt řeším hádkou
- nenechám si nic vysvětlovat, rozhodnu z pozice mého postavení

18. Máte na oddělení mezigenerační konflikty?

- ano spíše ano nevím spíše ne ne

19. Existuje na Vašem oddělení elitářství?

- ano spíše ano nevím spíše ne ne
- nevím co to znamená

20. Jste zodpovědná za kvalitu poskytované ošetrovatelské péče na Vašem oddělení

ano spíše ano nevím spíše ne ne

21. Jakým způsobem kontrolujete kvalitu poskytované ošetrovatelské péče? Můžete označit více odpovědí.

- každé ráno procházím všechny stanice
- každý den se zaměřím na jednu stanicí, kde trávím více času
- cílenými dotazy u pacientů
- pomáhají mi výsledky anket
- sleduji výskyt dekubitů na jednotlivých stanicích
- eviduji písemné pochvaly od pacientů
- eviduji písemné stížnosti od pacientů
- analyzuji výsledky hygienických kontrol
- jiným způsobem, uveďte jakým.....

22. Je součástí poskytování ošetrovatelské péče i ošetrovatelská dokumentace?

ano spíše ano nevím spíše ne ne

23. Podílíte se na zadávání údajů do ošetrovatelské dokumentace?

ano spíše ano spíše ne ne

24. Myslíte si, že realizace ošetrovatelského procesu má vliv na kvalitu poskytované ošetrovatelské péče?

ano spíše ano nevím spíše ne ne

25. Realizujete na Vašem oddělení (stanici) ošetrovatelský proces při poskytování ošetrovatelské péče?

ano částečně ano nevím spíše ne ne

26. Jestliže ne, myslíte si, že realizace ošetrovatelského procesu by zlepšila kvalitu poskytované ošetrovatelské péče na Vašem oddělení?

- ano spíše ano nevím spíše ne
 ne

27. Získala vaše nemocnice akreditaci?

- ano nevím ne, ale připravuje se na ní ne

Zdroj: autorka

5. Jak dlouho jste ve funkční pozici?
- 0 – 3 roky
 - 4 – 6 let
 - 7 – 9 let
 - 10 – 12 let
 - 13 – 15 let
 - 16 - 18 let
 - 19 a více let
6. Jste staniční sestra:
- na ambulanci
 - na standardním oddělení
 - na operačním sále
 - na JIP
 - jiné
7. Byla jste před zařazením na funkční místo sestrou na Vašem oddělení?
- ano
 - ne
8. Jestliže ne, přišla jste do funkčního místa:
- z jiného oddělení stejného zdravotnického zařízení
 - z jiného zdravotnického zařízení
 - jiná možnost, uveďte prosím jaká.....
9. Změnil se Váš pohled na poskytování ošetrovatelské péče po zařazení na funkční místo?
- ano
 - spíše ano
 - nevím
 - spíše ne
 - ne
10. V čem se nejvíce změnil Váš pohled na poskytování ošetrovatelské péče po zařazení na funkční místo? Můžete označit více odpovědí.
- před zařazením na funkční místo jsem ošetrovatelskou péči poskytovala, nyní ji kontroluji
 - mám nyní daleko větší zodpovědnost za poskytování ošetrovatelské péče
 - řídím a kontroluji celý pracovní tým
 - řeším interpersonální konflikty, vyplývající z rozdílného poskytování oš.péče

udržuji dobrou spolupráci v multidisciplinárním týmu při poskytování ošetrovatelské péče

kontroluji kvalitu práce nižších zdravotnických pracovníků

vnímám nárůst dokumentace

11. Bylo pro Vás nutné, při nástupu do funkce, hlouběji prostudovat zásady poskytování ošetrovatelské péče?

ano spíše ano spíše ne ne

12. Jestliže ano nebo spíše ano, v jaké oblasti? Můžete označit více odpovědí.

standardy ošetrovatelské péče

platné směrnice vydané managementem naší nemocnice

metodické pokyny

manažerské dovednosti

jiné, uveďte prosím jaké.....

13. Má Vaše zdravotnické zařízení vytvořeny standardy ošetrovatelské péče?

ano ne nevím

14. Máte na Vašem oddělení, na jednotlivých stanicích standardy ošetrovatelské péče?

ano ne nevím

15. Jakým způsobem kontrolujete, zda sestry provádí ošetrovatelskou péči dle standardů?

Můžete označit více odpovědí.

pravidelně zkouším sestry ze znalostí standardů

pravidelně sleduji, zda sestry poskytují oš. péči v souladu se standardy

- v rámci plánu zapracování ověřuji znalosti i praktické dovednosti sester absolventek
- ošetrovatelské standardy podrobně probíráme se sestrami na sesterských seminářích
- 1x za dva měsíce zkontroluji, zda jsou standardy podepsané od všech sester
- namátkově se poptám sester na nějaký okruh ze standardů
- cílenými dotazy zjišťuji, co ze standardů sestry nepochopily
- každé dva měsíce analyzujeme vždy jeden standard do hloubky

16. Jak řešíte (event. byste řešila) případné nedodržení postupu v souladu se standardem?

- neřeším to
- řeším to pohovorem se sestrou, která se nedodržení standardu dopustila
- řeším to pohovorem se všemi sestrami stanice
- informuji o tom vrchní sestru
- informuji o tom vedoucího lékaře stanice
- nevím

17. Jak řešíte interpersonální konflikty?

- snažím se konflikt ihned prodiskutovat
- vyhýbám se konfliktům
- snažím se konflikt v tichosti urovnat
- řešení konfliktu nechám na vrchní sestře
- záleží na konkrétní osobě
- konflikt řeším hádkou
- nenechám si nic vysvětlovat, rozhodnu z pozice mého postavení

18. Máte na oddělení mezigenerační konflikty?

- ano spíše ano nevím spíše ne ne

19. Existuje na Vašem oddělení elitářství?

- ano spíše ano nevím spíše ne ne

- nevím co to znamená

20. Jste zodpovědná za kvalitu poskytované ošetrovatelské péče na Vašem oddělení (stanici)?

- ano spíše ano nevím spíše ne ne

21. Jakým způsobem kontrolujete kvalitu poskytované ošetrovatelské péče? Můžete označit více odpovědí.

- ošetrovatelské péče se přímo účastním
 cílenými dotazy u pacientů
 všímám si komunikace sester s pacienty
 na své stanici sleduji a eviduji výskyt dekubitů
 na své stanici sleduji a eviduji výskyt pádů
 denně kontroluji ošetrovatelskou dokumentaci
 sleduji sestry při poskytování ošetrovatelské péče
 jiným způsobem, uveďte jakým.....

22. Je součástí poskytování ošetrovatelské péče i ošetrovatelská dokumentace?

- ano spíše ano nevím spíše ne ne

23. Podílíte se na zadávání údajů do ošetrovatelské dokumentace?

- ano spíše ano spíše ne ne

24. Myslíte si, že realizace ošetrovatelského procesu má vliv na kvalitu poskytované ošetrovatelské péče?

- ano spíše ano nevím spíše ne ne

25. Realizujete na Vašem oddělení (stanici) ošetrovatelský proces při poskytování ošetrovatelské péče?

ano částečně ano nevím spíše ne ne

26. Jestliže ne, myslíte si, že realizace ošetrovatelského procesu by zlepšila kvalitu poskytované ošetrovatelské péče na Vašem oddělení?

ano spíše ano nevím spíše ne
 ne

27. Získala vaše nemocnice akreditaci?

ano nevím ne, ale připravuje se na ní ne

Zdroj: autorka

Příloha 3 – výzkumné otázky

Kvalitativní výzkum

Otázky:

1. Změnily se Vaše vztahy s bývalými kolegyněmi po Vašem zařazení na funkční místo? Jestliže ano, v čem nejvíce?
2. Myslíte si, že organizovat a kontrolovat práci směnných sester je snazší, pokud s nimi sestra ve vedoucí pozici před zařazením na toto místo nepracovala?
3. Jak si zajišťujete autoritu u sester? Jak u služebně starších sester, než jste vy?
4. Vycházíte lépe se staršími sestrami než s mladými? Jestliže ano, v čem vidíte největší problém?
5. Co považujete za pozitivum ovlivňující Váš pracovní výkon?
6. Jaké faktory, týkající se Vaší práce, Vás nejvíce stresují?
7. Je pro Vás těžké kontrolovat ošetrovatelskou péči poskytovanou směnnými sestrami? V čem nejvíce?
8. Porovnáváte pracovní postupy jednotlivých výkonů sester na Vašem oddělení se standardy, např. hygienickou péči, polohování pacientů, komunikaci sester s pacienty apod?
9. Myslíte si, že míra zodpovědnosti je po Vašem zařazení na funkční místo větší?
10. Změnil se Váš vztah s pacienty po zařazení na funkční místo?

Zdroj: autorka

Pracovní náplň - vrchní sestra

Jméno, příjmení, titul:

Osobní číslo:

Oddělení:

Název funkce: vrchní sestra

Registrovaná(ý):

Číslo osvědčení:

Kvalifikační předpoklady: dle zákona č. 189/2008 Sb., § 5, § 92, ve znění pozdějších předpisů, který stanovuje odbornou způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka dle. (vzdělání opravňující k výkonu této funkce)

Organizační vztahy:

-zaměstnanec je podřízen: primáři oddělení, organizačně a metodicky nám. ošetř. péče - hlavní sestře

-zaměstnanec je nadřízen: nelékařským zdravotnickým pracovníkům v oboru dle zákona č. 189/2008 Sb., § 5, § 29, § 36, § 42, ve znění pozdějších předpisů a vyhl. č. 424/2004 Sb.

-zaměstnanec je zastupován: pověřeným nelékařským zdravotnickým pracovníkem na oddělení.

V rámci sjednaného druhu práce podle pracovní smlouvy se řídíte právními předpisy upravujícími pracovněprávní vztahy a zvláštními předpisy v oblasti zdravotnictví vyplývajícími ze zákona č. 262/2006 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů, zákona č. 20/1966 Sb., především § 55, v platném znění a vnitřními předpisy (směrnicemi, standardy) organizace. Vykonáváte své povolání v rozsahu a způsobem stanoveným zákonem č. 189/2008 Sb., vyhláškou č. 424/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů, věstníkem MZ ČR částka 9/2004, „Koncepce ošetrovatelství“. Řídíte se mezinárodními úmluvami a kodexy práv pacientů. Dodržujete důsledně organizační a provozní řády Nemocnice České Budějovice, a.s. a v rámci této funkce dále pracujete dle předpisů o bezpečnosti práce a ochrany zdraví při práci, požární ochraně a vnitřních předpisů Nemocnice České Budějovice, a.s.

Při výkonu povolání zdravotnického pracovníka uvedeného v § 4 až 20 bez odborného dohledu a bez indikace v rozsahu své odborné způsobilosti a kompetence vykonáváte činnosti podle § 3:

- a) poskytujete zdravotní péči v souladu s právními předpisy a standardy,
- b) dbáte na dodržování hygienicko-epidemiologického režimu v souladu se zvláštními právními předpisy,
- c) vedete zdravotnickou dokumentaci a další dokumentaci vyplývající ze zvláštních právních předpisů, pracujete s informačním systémem zdravotnického zařízení,
- d) poskytujete pacientovi informace v souladu se svou odbornou způsobilostí, případně pokyny lékaře,
- e) podílíte se na praktickém vyučování ve studijních oborech k získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání,
- f) podílíte se na přípravě standardů,
- g) spolupracujete v multidisciplinárním týmu.

Při výkonu povolání všeobecné sestry vykonáváte činnosti podle vyhl. č. 424/2004 Sb., § 4 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace v souladu s diagnózou stanovenou lékařem poskytujete, případně zajišťujete základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Přitom zejména:

- a) vyhodnocujete potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů, projevů jejich onemocnění, rizikových faktorů, a to i za použití měřících technik používaných v ošetrovatelské praxi (např. testů soběstačnosti, rizika proleženin, měření intenzity bolesti, stavu výživy),
- b) sledujete a orientačně hodnotíte fyziologické funkce pacientů, to je dech, puls, EKG, tělesnou teplotu, krevní tlak a další tělesné parametry,
- c) pozorujete, hodnotíte a zaznamenáváte stav pacienta,
- d) zajišťujete herní aktivity dětí,
- e) zajišťujete a provádíte vyšetření biologického materiálu získaného neinvazivní cestou a kapilární krve semikvantitativními metodami (diagnostickými proužky),
- f) provádíte odsávání sekretů z horních cest dýchacích a zajišťuje jejich průchodnost,
- g) hodnotíte a ošetřujete poruchy celistvosti kůže a chronické rány a ošetřujete stomie, centrální a periferní žilní vstupy,
- h) provádíte ve spolupráci s fyzioterapeutem a ergoterapeutem rehabilitační ošetřování, to je zejména polohování, posazování, dechová cvičení a metody bazální stimulace s ohledem na prevenci a nápravu hybných a tonusových odchylek, včetně prevence dalších poruch z imobility,
- i) provádíte nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti,
- j) edukujete pacienty, případně jiné osoby v ošetrovatelských postupech a připravujete pro ně informační materiály,
- k) orientačně hodnotíte sociální situaci pacienta, identifikujete potřebnost spolupráce sociálního nebo zdravotně-sociálního pracovníka a zprostředkujete pomoc v otázkách sociálních a sociálně-právních,
- l) zajišťujete činnosti spojené s přijetím, přemísťováním a propouštěním pacientů,
- m) provádíte psychickou podporu umírajících a jejich blízkých a po stanovení smrti lékařem zajišťujete péči o tělo zemřelého a činnosti spojené s úmrtím pacienta,
- n) zajišťujete přejímání, kontrolu, uložení léčivých přípravků, včetně návykových látek a manipulaci s nimi a dále zajišťujete jejich dostatečnou zásobu,
- o) zajišťujete přejímání, kontrolu a uložení zdravotnických prostředků a prádla, manipulaci s nimi, jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu.

Bez odborného dohledu vykonáváte činnosti a podílíte se na základě indikace lékaře na poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péče, dle vyhl. č. 424/2004 Sb., § 4 odst. 3. Přitom zejména:

- a) podáváte léčivé přípravky s výjimkou nitrožilních injekcí nebo zavádění infuzí u novorozenců a dětí do 3 let a s výjimkou radiofarmak; pokud není dále uvedeno jinak,
- b) zavádíte a udržujete kyslíkovou terapii,
- c) provádíte screeningová a depistážní vyšetření, odebíráte biologický materiál a orientačně hodnotíte, zda jsou výsledky fyziologické,
- d) provádíte ošetření akutních a operačních ran, včetně ošetření drénů,
- e) provádíte katetrizaci močového měchýře žen a dívek nad 10 let, pečujete o močové katétry pacientů všech věkových kategorií, včetně výplachů močového měchýře,
- f) provádíte výměnu a ošetření tracheostomické kanyly, zavádíte nazogastrické a jejunální sondy pacientům při vědomí starším 10 let, pečujete o ně a aplikujete výživu sondou, případně žaludečními nebo duodenálními stomiemi u pacientů všech věkových kategorií,

g) provádíte výplach žaludku u pacientů při vědomí starších 10 let.

Při výkonu povolání všeobecné sestry pod odborným dohledem lékaře:

- a) aplikujete nitrožilně krevní deriváty,
- b) spolupracujete při zahájení aplikace transfuzních přípravků a dále bez odborného dohledu na základě indikace lékaře ošetřujete pacienta v průběhu aplikace a ukončujete ji.

II.

Činnosti zdravotnického pracovníka se získanou specializovanou způsobilostí

Po získání specializované způsobilosti podle § 49-52 vykonáváte činnosti podle § 4 a dále bez odborného dohledu a bez indikace poskytujete, organizujete a metodicky řídíte ošetrovatelskou péči, včetně vysoce specializované ošetrovatelské péče, v oboru specializace, případně zaměření. Přitom zejména:

Bez odborného dohledu a bez indikace lékaře:

- a) edukujete pacienty, případně jiné osoby, ve specializovaných ošetrovatelských postupech a připravujete pro ně informační materiály,
- b) sledujete a vyhodnocujete stav pacientů z hlediska možnosti vzniku komplikací a náhlých příhod a podílíte se na jejich řešení,
- c) koordinujete práci členů ošetrovatelského týmu v oblasti své specializace,
- d) hodnotíte kvalitu poskytované ošetrovatelské péče,
- e) provádíte ošetrovatelský výzkum, zejména identifikujete oblasti výzkumné činnosti, realizujete výzkumnou činnost a vytváříte podmínky pro aplikaci výsledků výzkumů do klinické praxe na vlastním pracovišti i v rámci oboru,
- f) připravujete standardy specializovaných postupů v rozsahu své způsobilosti,
- g) vedete specializační vzdělávání v oboru své specializace;

Na základě indikace lékaře:

- a) provádíte přípravu pacientů na specializované diagnostické a léčebné postupy, doprovázíte je a asistujete během výkonů, sledujete je a ošetřujete po výkonu,
- b) edukujete pacienty, případně jiné osoby, ve specializovaných diagnostických a léčebných postupech.

III.

Řídící a organizační činnosti

- a) řídíte, kontrolujete a organizujete činnost nelékařských zdravotnických pracovníků, dbáte o jejich rovnoměrné rozmístění podle potřeb jednotlivých úseků a odborných zkušeností jednotlivých pracovníků,
- b) kontrolujete a usměrňujete individuální plány ošetrovatelské péče, využíváte poznatků vědy a výzkumu; pro zlepšení aktivní ošetrovatelské péče provádíte menší výzkumné studie, vstupujete do diskusí o terapeutickém působení na pacienta při poradách zdravotnického týmu,
- c) odpovídáte za úroveň a kvalitu poskytované ošetrovatelské péče o pacienty, dodržování postupů a platných standardů ošetrovatelské péče v Nemocnici České Budějovice, a.s., včetně zdravotnické dokumentace,
- d) společně s primářem oddělení připravujete podklady pro sestavení plánu pracovníků a plánu materiálního zabezpečení a provádíte kontrolu jejich dodržování,
- e) jste oprávněna některé své pravomoci přenést dočasně či trvale na svoji zástupkyni nebo na staniční sestry,

- f) účastníte se lékařských ranních porad a vizit vedených primářem oddělení nebo ředitelem úseku, porad ošetrovatelských multidisciplinárních týmů, porad vedených nám. oš. péče – hlavní sestrou, operativně zajišťujete zadané úkoly,
- g) svoláváte staniční sestry k pracovním poradám nejméně jedenkrát za měsíc, seznamujete je s aktuálními informacemi od nadřízených pracovníků,
- h) svou nepřítomnost hlásíte primáři oddělení, náměstkovi oše. péče – hlavní sestře, včetně své zástupkyně,
- i) dohlížíte na respektování osobnostních a sociálních specifík pacienta při provádění aktivní ošetrovatelské péče,
- j) seznamujete prokazatelně pracovníky s pracovní náplní, se mzdovými, pracovně-právními a bezpečnostními předpisy,
- k) organizujete semináře pro své podřízené, připravujete plány seminárních školení, dbáte o přípravu a průběh plánu zapracování u nově nastupujících pracovníků,
- l) kontrolujete využívání a dodržování pracovní doby, provádíte namátkové kontroly v odpoledních a nočních směnách, o této činnosti vedete písemný záznam,
- m) pravidelně kontrolujete stav opiátů a ve spolupráci s odpovědnými lékaři a lékárníkem kontrolujete uložení, expirační dobu, označení a hospodaření s léky, manipulaci s omamnými látkami, cytostatiky, hořlavinami,
- n) koordinujete plán dovolených, kontrolujete měsíční rozpis služeb, ve kterém dbáte na dodržování zákoníku práce,
- o) zpracováváte měsíční výkazy a ostatní potřebné doklady pro mzdové účely a statistiku pro zdravotní pojišťovny,
- p) aktualizujete své odborné znalosti v oboru, účastníte se různých forem kontinuálního vzdělávání trvale si zvyšujete odborné znalosti, nové poznatky zavádíte do praxe,
- q) podílíte se na výuce a výchově studentů SZŠ, VOŠZ, posluchačů VŠ, spolupracujete s vyučujícími odborného výcviku, zabezpečujete účelné vybavení školních stanic,
- r) operativně zajišťujete zadané úkoly, pravidelně se scházíte s ošetrovatelským týmem a analyzujete fakta z kontrolní činnosti,
- s) u podřízených dbáte o soustavné doplňování a ověřování znalostí, předpisů OBP a PO, kontrolujete jejich dodržování v praxi,
- t) spolupracujete se členy multidisciplinárního týmu,
- u) podílíte se na zavádění a provádění systémů kvality a bezpečnosti zdravotní péče a jejího kontinuálního zvyšování.

DOPLŇUJÍCÍ ÚKOLY

Sestra pro intenzivní péči

- (1) Vykonáváte činnosti podle § 48 při péči o pacienty starší 10 let, u kterých dochází k selhání základních životních funkcí nebo toto selhání hrozí. Přitom zejména:

Bez odborného dohledu a bez indikace lékaře:

- a) sledujete a analyzujete údaje o zdravotním stavu, zejména fyziologické funkce, hodnotíte závažnost stavu a provádíte kardiopulmonální resuscitaci s použitím dostupného technického vybavení,
- b) pečujete o dýchací cesty pacientů se zajištěnými dýchacími cestami i při umělé plicní ventilaci, včetně odsávání z dolních cest dýchacích,
- c) sledujete funkčnost speciální přístrojové techniky a zajišťujete její stálou připravenost,
- d) provádíte defibrilaci srdce elektrickým výbojem;

Bez odborného dohledu na základě indikace lékaře:

- a) provádíte měření a analýzu fyziologických funkcí specializovanými postupy pomocí přístrojové techniky, včetně využití invazivních metod,
- b) provádíte katetrizaci močového měchýře mužů,
- c) zavádíte nazogastrické a jejunální sondy pacientům v bezvědomí starším 10 let,
- d) provádíte výplach žaludku i u pacientů se zajištěnými dýchacími cestami starších 10 let;

Pod odborným dohledem lékaře:

- a) provádíte zajištění dýchacích cest dostupnými pomůckami,
- b) provádíte endobronchiální laváže u pacientů s tracheální intubací nebo s tracheostomií, předcházíte případným komplikacím, rozpoznáváte je a řešíte,
- c) aplikujete transfuzní přípravky a krevní deriváty;

Pod přímým vedením lékaře:

- a) provádíte punkci arterií, zejména arterie radialis a arterie femoralis, k jednorázovému odběru krve a k invazivní monitoraci krevního tlaku,
- b) provádíte extubaci tracheální rourky.

Popis pracovní činnosti v rámci sjednaného druhu práce (funkce) určuje zaměstnavatel a zaměstnanec svým podpisem stvrzuje vědomost o povinnostech, které pro něj vyplývají z pracovně právního vztahu. V mezích své způsobilosti předepsané pro výkon Vašeho povolání plníte i další pracovní úkoly, kterými Vás pověří nadřízený pracovník.

Předal/a vedoucí pracovník NLO:

Primář oddělení:

Převzal/a:

Náměstek pro ošetř. péči:

Pracovní náplň – staniční sestra

Jméno, příjmení, titul:

Osobní číslo:

Název funkce: staniční sestra

Registrovaná(ý):

Číslo osvědčení:

Kvalifikační předpoklady: dle zákona č. 189/2008 Sb., § 5, § 92, ve znění pozdějších předpisů, který stanovuje odbornou způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka (vzdělání opravňující k výkonu této funkce)

Organizační vztahy:

- zaměstnanec je podřízen: primáři oddělení, vrchní sestře,

- zaměstnanec je nadřízen: nelékařským zdravotnickým pracovníkům v oboru dle zákona č. 189/2008 Sb., § 5, § 29, § 36, § 42, ve znění pozdějších předpisů a vyhl. č. 424/2004 Sb.

- zaměstnanec je zastupován: pověřeným nelékařským zdravotnickým pracovníkem na oddělení.

V rámci sjednaného druhu práce podle pracovní smlouvy se řídíte právními předpisy upravujícími pracovněprávní vztahy a zvláštními předpisy v oblasti zdravotnictví vyplývajícími ze zákona č. 262/2006 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů, zákona č. 20/1966 Sb., především § 55, v platném znění a vnitřními předpisy (směrnicemi, standardy) organizace. Vykonáváte své povolání v rozsahu a způsobem stanoveným zákonem č. 189/2008 Sb., vyhláškou č. 424/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů, věstníkem MZ ČR částka 9/2004, „Koncepce ošetrovatelství“. Řídíte se mezinárodními úmluvami a kodexy práv pacientů. Dodržujete důsledně organizační a provozní řády Nemocnice České Budějovice, a.s. a v rámci této funkce dále pracujete dle předpisů o bezpečnosti práce a ochrany zdraví při práci, požární ochraně a vnitřních předpisů Nemocnice České Budějovice, a.s.

Při výkonu povolání zdravotnického pracovníka uvedeného v § 4 až 20 bez odborného dohledu a bez indikace v rozsahu své odborné způsobilosti a kompetence vykonáváte činnosti podle § 3:

- a) poskytujete zdravotní péči v souladu s právními předpisy a standardy,
- b) dbáte na dodržování hygienicko-epidemiologického režimu v souladu se zvláštními právními předpisy,
- c) vedete zdravotnickou dokumentaci a další dokumentaci vyplývající ze zvláštních právních předpisů, pracujete s informačním systémem zdravotnického zařízení,
- d) poskytujete pacientovi informace v souladu se svou odbornou způsobilostí, případně pokyny lékaře,
- e) podílíte se na praktickém vyučování ve studijních oborech k získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání,
- f) podílíte se na přípravě standardů,
- g) spolupracujete v multidisciplinárním týmu.

I.

Při výkonu povolání všeobecné sestry vykonáváte činnosti podle vyhl. č. 424/2004 Sb., § 4 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace v souladu s diagnózou stanovenou lékařem poskytujete, případně zajišťujete základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Přitom zejména:

- a) vyhodnocujete potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů, projevů jejich onemocnění, rizikových faktorů, a to i za použití měřicích technik používaných v ošetrovatelské praxi (např. testů soběstačnosti, rizika proleženin, měření intenzity bolesti, stavu výživy),
- b) sledujete a orientačně hodnotíte fyziologické funkce pacientů, to je dech, puls, EKG, tělesnou teplotu, krevní tlak a další tělesné parametry,
- c) pozorujete, hodnotíte a zaznamenáváte stav pacienta,
- d) zajišťujete herní aktivity dětí,
- e) zajišťujete a provádíte vyšetření biologického materiálu získaného neinvazivní cestou a kapilární krve semikvantitativními metodami (diagnostickými proužky),
- f) provádíte odsávání sekretů z horních cest dýchacích a zajišťuje jejich průchodnost,
- g) hodnotíte a ošetřujete poruchy celistvosti kůže a chronické rány a ošetřuje stomie, centrální a periferní žilní vstupy,
- h) provádíte ve spolupráci s fyzioterapeutem a ergoterapeutem rehabilitační ošetřování, to je zejména polohování, posazování, dechová cvičení a metody bazální stimulace s ohledem na prevenci a nápravu hybných a tonusových odchylek, včetně prevence dalších poruch z imobility,
- i) provádíte nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti,
- j) edukujete pacienty, případně jiné osoby v ošetrovatelských postupech a připravujete pro ně informační materiály,
- k) orientačně hodnotíte sociální situaci pacienta, identifikujete potřebnost spolupráce sociálního nebo zdravotně-sociálního pracovníka a zprostředkujete pomoc v otázkách sociálních a sociálně-právních,
- l) zajišťujete činnosti spojené s přijetím, přemísťováním a propouštěním pacientů,
- m) provádíte psychickou podporu umírajících a jejich blízkých a po stanovení smrti lékařem zajišťujete péči o tělo zemřelého a činnosti spojené s úmrtím pacienta,
- n) zajišťujete přejímání, kontrolu, uložení léčivých přípravků, včetně návykových látek a manipulaci s nimi a dále zajišťujete jejich dostatečnou zásobu,
- o) zajišťujete přejímání, kontrolu a uložení zdravotnických prostředků a prádla, manipulaci s nimi, jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu.

Bez odborného dohledu vykonáváte činnosti a podílíte se na základě indikace lékaře na poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péče, dle vyhl. č. 424/2004 Sb., § 4 odst. 3. Přitom zejména:

- a) podáváte léčivé přípravky s výjimkou nitrožilních injekcí nebo zavádění infuzí u novorozenců a dětí do 3 let a s výjimkou radiofarmak; pokud není dále uvedeno jinak,
- b) zavádíte a udržujete kyslíkovou terapii,
- c) provádíte screeningová a depistážní vyšetření, odebíráte biologický materiál a orientačně hodnotíte, zda jsou výsledky fyziologické,
- d) provádíte ošetření akutních a operačních ran, včetně ošetření drénů,
- e) provádíte katetrizaci močového měchýře žen a dívek nad 10 let, pečujete o močové katétry pacientů všech věkových kategorií, včetně výplachů močového měchýře,
- f) provádíte výměnu a ošetření tracheostomické kanyly, zavádíte nazogastrické a jejunální sondy pacientům při vědomí starším 10 let, pečujete o ně a aplikujete výživu

- sondou, případně žaludečními nebo duodenálními stomiemi u pacientů všech věkových kategorií,
g) provádíte výplach žaludku u pacientů při vědomí starších 10 let.

Při výkonu povolání všeobecné sestry pod odborným dohledem lékaře:

- a) aplikujete nitrožilně krevní deriváty,
- b) spolupracujete při zahájení aplikace transfuzních přípravků a dále bez odborného dohledu na základě indikace lékaře ošetřujete pacienta v průběhu aplikace a ukončujete ji.

DOPLŇUJÍCÍ ÚKOLY

Sestra pro intenzivní péči

- (1) Vykonáváte činnosti podle § 48 při péči o pacienty starší 10 let, u kterých dochází k selhání základních životních funkcí nebo toto selhání hrozí. Přitom zejména:

Bez odborného dohledu a bez indikace lékaře:

- a) sledujete a analyzujete údaje o zdravotním stavu, zejména fyziologické funkce, hodnotíte závažnost stavu a provádíte kardiopulmonální resuscitaci s použitím dostupného technického vybavení,
- b) pečujete o dýchací cesty pacientů se zajištěnými dýchacími cestami i při umělé plicní ventilaci, včetně odsávání z dolních cest dýchacích,
- c) sledujete funkčnost speciální přístrojové techniky a zajišťujete její stálou připravenost,
- d) provádíte defibrilaci srdce elektrickým výbojem;

Bez odborného dohledu na základě indikace lékaře:

- a) provádíte měření a analýzu fyziologických funkcí specializovanými postupy pomocí přístrojové techniky, včetně využití invazivních metod,
- b) provádíte katetrizaci močového měchýře mužů,
- c) zavádíte nazogastrické a jejunální sondy pacientům v bezvědomí starším 10 let,
- d) provádíte výplach žaludku i u pacientů se zajištěnými dýchacími cestami starších 10 let;

Pod odborným dohledem lékaře:

- a) provádíte zajištění dýchacích cest dostupnými pomůckami,
- b) provádíte endobronchiální laváže u pacientů s tracheální intubací nebo s tracheostomií, předcházíte případným komplikacím, rozpoznáváte je a řešíte,
- c) aplikujete transfuzní přípravky a krevní deriváty;

Pod přímým vedením lékaře:

- a) provádíte punkci arterií, zejména arterie radialis a arterie femoralis, k jednorázovému odběru krve a k invazivní monitoraci krevního tlaku,
- b) provádíte extubaci tracheální rourky.

II.

Činnosti zdravotnického pracovníka se získanou specializovanou způsobilostí

Po získání specializované způsobilosti podle § 49-52 vykonáváte činnosti podle § 4 a dále bez odborného dohledu a bez indikace poskytujete, organizujete a metodicky řídíte

ošetřovatelskou péčí, včetně vysoce specializované ošetřovatelské péče, v oboru specializace, případně zaměření. Přitom zejména:

Bez odborného dohledu a bez indikace lékaře:

- a) edukujete pacienty, případně jiné osoby, ve specializovaných ošetřovatelských postupech a připravujete pro ně informační materiály,
- b) sledujete a vyhodnocujete stav pacientů z hlediska možnosti vzniku komplikací a náhlých příhod a podílíte se na jejich řešení,
- c) koordinujete práci členů ošetřovatelského týmu v oblasti své specializace,
- d) hodnotíte kvalitu poskytované ošetřovatelské péče,
- e) provádíte ošetřovatelský výzkum, zejména identifikujete oblasti výzkumné činnosti, realizujete výzkumnou činnost a vytváříte podmínky pro aplikaci výsledků výzkumů do klinické praxe na vlastním pracovišti i v rámci oboru,
- f) připravujete standardy specializovaných postupů v rozsahu své způsobilosti,
- g) vedete specializační vzdělávání v oboru své specializace;

Na základě indikace lékaře:

- a) provádíte přípravu pacientů na specializované diagnostické a léčebné postupy, doprovázíte je a asistujete během výkonů, sledujete je a ošetřujete po výkonu,
- b) edukujete pacienty, případně jiné osoby, ve specializovaných diagnostických a léčebných postupech.

III.

Řídící a organizační činnosti

- a) ve směně řídíte a koordinujete činnost všeobecných sester, zdravotnických asistentů, ošetřovatelek, sanitářů, sanitárek,
- b) poskytujete odborný dohled pracovníkům pracujícím pod odborným dohledem,
- c) ve směně odpovídáte za správnost a úroveň podávání léčebné výživy, za zajištění pitného režimu a za řádné odhlašování stravy,
- d) odpovídáte za úroveň a kvalitu poskytované ošetřovatelské péče o pacienty, dodržování postupů a platných standardů ošetřovatelské péče v Nemocnici České Budějovice, a.s., včetně zdravotnické dokumentace,
- e) dohlížíte na respektování osobnostních a sociálních specifik pacienta při provádění aktivní ošetřovatelské péče,
- f) podílíte se na evidenci počtu dekubitů a hlášení mimořádných událostí,
- g) jste povinna kontrolovat a dodržovat hygienické a protiepidemické zásady, řádně provádět dezinfekci a sterilizaci, dodržovat bezpečnost a ochranu zdraví při práci, včetně správného používání ochranných prostředků a pomůcek,
- h) dohlížíte na rozsah a kvalitu úklidu,
- i) spolupracujete s lékaři na vytváření agendy a hodnocení výsledků výkaznictví pro zdravotní pojišťovny v rozsahu stanoveném primářem oddělení,
- j) se svěřeným majetkem, přístroji, zařízením a pomůckami zacházíte šetrně, dodržujete návody k obsluze a manipulaci, zabezpečujete jejich funkčnost, zajišťujete jejich opravy a vedete jejich evidenci,
- k) pravidelně kontrolujete stav opiátů a ve spolupráci s odpovědnými lékaři a lékárníkem kontrolujete uložení, expirační dobu, označení a hospodaření s léky, manipulaci s omamnými látkami, cytostatiky, hořlavinami,
- l) koordinujete plán dovolených, zodpovídáte ze měsíční výkazy práce a ostatní potřebné doklady,
- m) podílíte se na výuce a výchově studentů SZŠ, VOŠZ, posluchačů VŠ, spolupracujete s vyučujícími odborného výcviku, zabezpečujete účelné vybavení školních stanic,

- n) spolupracujete se členy multidisciplinárního týmu.
- o) podílíte se na zavádění a provádění systémů kvality a bezpečnosti zdravotní péče a jejího kontinuálního zvyšování.

Popis pracovní činnosti v rámci sjednaného druhu práce (funkce) určuje zaměstnavatel a zaměstnanec svým podpisem stvrzuje vědomost o povinnostech, které pro něj vyplývají z pracovně právního vztahu. V mezích své způsobilosti předepsané pro výkon Vašeho povolání plníte i další pracovní úkoly, kterými Vás pověří nadřízený pracovník.

Předal/a vedoucí pracovník NLO:
:

Primář oddělení:

Převzal/a:

Náměstek pro ošetř. péči:

dne:

