



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Podpora přímé ošetrovatelské péče středním managementem

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Amalia, Matoušková

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

České Budějovice 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „Podpora přímé ošetrovatelské péče středním managementem“ jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, 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 diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 8. 6. 2020

.....

Bc. Amalia Matoušková

Poděkování

Poděkování patří především doc. PhDr. Marii Trešlové, Ph.D., za její cenné rady, připomínky, odborné vedení a podporu při psaní diplomové práce. Dále děkuji všem respondentům a informantům, kteří se podíleli na získání dat k mému výzkumnému šetření. V neposlední řadě patří moje poděkování mým nejbližším za to, že po celou dobu studia byli trpěliví a podporovali mě.

Podpora přímé ošetrovatelské péče středním managementem

Abstrakt

Diplomová práce se zabývá problematikou podpory přímé ošetrovatelské péče středním managementem. Vrchní sestry – manažerky střední úrovně jsou zodpovědné za kvalitu poskytované ošetrovatelské péče, a proto je v jejich zájmu vést své podřízené sestry k tomu, aby kvalita přímé ošetrovatelské byla udržena či neustále zvyšována, a to nejen pomocí kontrolní činnosti či materiálového zabezpečení, ale převážně pomocí podpory. Cílem diplomové práce bylo zjistit, jak vnímají sestry podporu od středního managementu v rámci zajištění kvalitní přímé ošetrovatelské péče. Cíle bylo dosaženo pomocí kvantitativních a kvalitativních metod. Kvantitativní část výzkumu tvořilo 195 respondentů. Sestavili jsme dotazník, který byl distribuován praktickým a všeobecným sestram. Vycházel z předem stanovených deseti hypotéz, které se vztahovaly k cíli práce. U devíti hypotéz byla potvrzená jejich platnost a poslední desátá hypotéza se nepotvrdila. Kvalitativní část výzkumného šetření tvořily rozhovory se sedmi vrchními sestrami, které nás informovaly o svém pohledu na podporu přímé ošetrovatelské péče. Výsledkem výzkumného šetření bylo zjištění, že vrchní sestry využívají více kontrolní činnost než podpůrnou. I přesto považují tuto podporu za dostačující. Největší překážkou v podpoře vrchní sestrou je nedostatek motivace. Sestry by uvítaly, kdyby měly možnost zpětné vazby, dále se vzdělávat a aby se sama vrchní sestra účastnila přímé péče. Z pohledu managementu jsme zjistili, jakými prostředky a způsoby pomáhají podřízeným sestram ke zkvalitnění přímé ošetrovatelské péče. Dostávají se zde do konfrontace odpovědi podřízených sester a vrchních sester. Vrchní sestry se domnívají, že své podřízené sestry motivují, umožňují jim se dále vzdělávat, či pokud je to možné, účastní se přímé ošetrovatelské péče. Jsou přesvědčeny, že podřízené sestry nic zvláštního v podpoře nepostrádají, a pokud ano, tak asi porozumění či jejich neustálou přítomnost na oddělení. Výstupem diplomové práce je návrh doporučení pro podporu přímé péče středním managementem, která vyplynula na základě analýzy výzkumného šetření.

Klíčová slova

Management, přímá ošetrovatelská péče, sestra manažerka, vrchní sestra, podpora; kvalita ošetrovatelské péče, motivace

Support of Direct Nursing Care by Middle Management

Abstract

The thesis deals with the problematic of support of the direct nursing by middle management. Head nurses – middle-level managers are responsible for the quality of the provided nursing care, and therefore their interest is to lead their subordinate nurses in a way, that the quality of the nursing care is preserved or constantly improved and that not only by control activities or material security but mostly by support. The objective of the thesis was to find out how nurses perceive the support from middle management within ensuring good-quality direct nursing care. The objective was fulfilled using quantitative and qualitative methods. Quantitative part of the research was made up of 195 respondents. We have compiled the survey which was distributed to practical and general nurses. It was based on in advance laid down ten hypotheses which were connected with the objective of the thesis. At nine hypotheses was proven their validity and the last, tenth hypothesis was not confirmed. Qualitative part of the research was made up of interviews with seven head nurses which informed us about their view on support of the direct nursing care. The result of the research was finding that head nurses more use the control activity than the supporting one. Despite the fact, they consider the support to be sufficient. The greatest obstacle in the support by a head nurse is lack of motivation. The nurses would welcome having the option of feedback, further education and that the head nurse herself would participate in the direct care. From the perspective of management, we found out using which tools and ways they help subordinate nurses to improve the quality of the direct nursing care. Here they get to conflict of answers of subordinate nurses and head nurses. Head nurses think that they motivate their subordinate nurses, enable them to further educate themselves or if it is possible directly participate in the direct nursing care. They are convinced that subordinate nurses do not lack nothing special in the support and if they do it is probably understanding or their constant presence at the department. The output of the thesis is suggestion of recommendation for support of the direct nursing care by middle management which was made on the basis of analysis of the research.

Keywords

Management, direct nursing care, nurse manager, head nurse, support, quality of nursing care, motivation

Obsah

ÚVOD	9
1 SOUČASNÝ STAV	10
1.1 Ošetrovatelská péče.....	10
1.2 Management v ošetrovatelství.....	10
1.3 Manažer v ošetrovatelství.....	11
1.3.1 Střední management v ošetrovatelství	12
1.4 Vedení jako manažerská funkce	13
1.4.1 Styly vedení	14
1.4.2 Motivace.....	15
1.5 Kontrola	17
1.6 Supervize v ošetrovatelství	17
1.6.1 Funkce a cíle supervize v ošetrovatelství.....	19
1.6.2 Manažerská supervize.....	20
1.6.3 Přínos supervize pro všeobecné sestry	20
1.7 Koučování	21
2 CÍL PRÁCE, HYPOTÉZY A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	22
2.1 Cíl práce	22
2.2 Hypotézy.....	22
2.3 Výzkumné otázky	23
2.4 Operacionalizace základních pojmů.....	23
3 METODIKA	24

3.1	Popis metodiky práce	24
3.2	Charakteristika výzkumného souboru	24
3.3	Zpracování dat	25
4	VÝSLEDKY	26
4.1	Kvantitativní šetření	26
4.1.1	<i>Testování hypotéz.....</i>	36
4.1.1.1	Vnímání podpory středního managementu / vzdělání	37
4.1.1.2	Vnímání podpory středního managementu / délka odborné praxe	38
4.1.1.3	Vnímání podpory středního managementu / věk.....	39
4.1.1.4	Kontrolní činnost převažuje nad podpůrnou činností / vzdělání	40
4.1.1.5	Kontrolní činnost převažuje nad podpůrnou činností / délka praxe	41
4.1.1.6	Dostatečná míra podpory středního managementu / vzdělání	42
4.1.1.7	Dostatečná míra podpory středního managementu / délka odborné praxe	43
4.1.1.8	Dostatečná míra podpory středního managementu / věk.....	44
4.1.1.9	Nedostatek motivace jako překážka / vzdělání.....	45
4.1.1.10	Nedostatek motivace jako překážky / délka odborné praxe	46
4.2	Kvalitativní šetření.....	47
4.2.1	<i>Identifikační údaje informantů.....</i>	47
4.2.2	<i>Kategorie a analýza výsledků rozhovorů.....</i>	48
5	DISKUZE	55
6	ZÁVĚR	63
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	66
8	SEZNAM ZKRATEK	71
9	SEZNAM GRAFŮ A TABULEK.....	72
10	SEZNAM PŘÍLOH	

Úvod

Ošetrovatelství, dnes již jako samostatný vědní obor s bohatou historií, si prošlo evidentním pokrokem a mnoha změnami, z nichž zásadní bylo zavedení ošetrovatelského procesu. Ošetrovatelský proces v praxi stanovuje sestřím cíl iniciativně vyhledávat a uspokojovat potřeby pacientů a tím zvyšovat úroveň kvality poskytované ošetrovatelské péče, což přispívá k spokojenosti pacienta.

Kvalita ošetrovatelské péče je významně ovlivněná i vedením pracovního týmu – vrchní sestrou, která nese plnou odpovědnost za úroveň poskytované ošetrovatelské péče. Běžnou praxí sestry manažerky střední úrovně je plánování, organizování, vedení a kontrola, ale jejím úkolem je také řešení personálního nedostatku, materiálně-technického zabezpečení či motivace pracovníků dostupnými prostředky.

Pro téma diplomové práce jsem se rozhodla, protože mě zajímalo, za jakých předpokladů mohou sestry udržet kvalitu poskytované přímé péče a jakým způsobem k tomu mohou přispět manažerky střední úrovně, ale současně také to, s jakou podporou vrchních sester se sestry v přímé ošetrovatelské péči setkávají.

Cílem diplomové práce bylo zjištění informací o tom, jak vnímají sestry podporu od středního managementu v rámci zajištění kvalitní přímé ošetrovatelské péče.

1 Současný stav

Spojení managementu a ošetrovatelství je v neustálé evoluci a tím se také utváří role sestry manažerky, která i když se angažuje ve vedení na různých úrovních, zůstává stále součástí poskytování ošetrovatelské péče.

1.1 Ošetrovatelská péče

Definici ošetrovatelské péče nalezneme v metodickém opatření, jež vydalo Ministerstvo zdravotnictví ČR v roce 2004 – koncepci ošetrovatelství. Zde je uvedeno: „*Ošetrovatelskou péčí se rozumí soubor odborných činností zaměřených na prevenci, udržení, podporu a navrácení zdraví jednotlivců, rodin a osob, majících společné sociální prostředí nebo trpících obdobnými zdravotními obtížemi*“ (Koncepce ošetrovatelství, 2004).

V praxi rozlišujeme ošetrovatelské činnosti prováděné přímo a nepřímo. Přímo ošetrovatelskou péčí Jarošová (2007) definuje jako činnosti, které sestra vykonává v přímém kontaktu s nemocným a jeho rodinou, kdy se jedná například o přímé provádění ošetrovatelských výkonů, jako jsou převazy, aplikace infuzní terapie či aplikace injekcí. Kudlová (2015) ve své publikaci jmenuje také ošetrovatelské výkony, které sestra provádí v přímém kontaktu s pacientem – měření a hodnocení fyziologických funkcí, odběry biologického materiálu. Jarošová (2007) nezapomíná připomenout, že k přímé ošetrovatelské péči náleží i edukace, a to nejen nemocného, ale i jeho rodiny. Naopak nepřímo péčí Jarošová (2007) vztahuje převážně na činnosti spjaté se zkvalitňováním a koordinací péče. Kudlová (2015) do nepřímé péče řadí multidisciplinární spolupráci např. s rehabilitačním pracovníkem, dále administrativní činnosti nebo zajištění péče o nástroje, kdy kontroluje jejich funkčnost, provádí mytí a čištění a následně je dává ke sterilizaci.

1.2 Management v ošetrovatelství

Management je slovo pocházející z anglického *manage*, což v překladu znamená řídit či vést. Pojem management je v literatuře různě vymezen. Kupříkladu Plevová et al. (2012, s. 11) definuje management jako „*proces tvorby a udržování prostředí, ve kterém jednotlivci pracují společně ve skupinách a účinně dosahují vybraných cílů*“. Plamínek (2011) chápe řízení jako uvědomělé lidské konání realizované se záměrem vyšší efektivity práce, přičemž se jedná o obtížnou činnost vzhledem k jejímu rozsahu a formě.

V oboru ošetrovatelství se setkáváme se dvěma obdobnými termíny, a to ošetrovatelským managementem a managementem v ošetrovatelství. Řízení ošetrovatelského procesu, jeho plánování a následnou realizaci sestrou Plevová et al. (2012) označuje jako ošetrovatelský management. Managementem v ošetrovatelství Mikuláščík (2007) míní soubor osvědčených postupů, které jsou aplikovány ke zvládnutí nutných aktivit k vytvoření ideálních podmínek pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Grohar-Murray, DiCroce (2003) míní, že management v ošetrovatelství se od profesionálního managementu v jiných oborech různí filozofií služeb, kdy pro kvalitní péči je nezbytný i kvalitní personál a poskytování péče v rámci dostupných prostředků.

1.3 Manažer v ošetrovatelství

Manažera Budská (2007) definuje manažera v ošetrovatelství jako jedince, jenž má svěřený tým spolupracovníků, s nimiž dosahuje stanovených cílů. Armstrong a Stephens (2008) popisují, že „*manažer*“ je někdo, kdo disponuje určitou pravomocí a je ve vedoucím postavení. Současně uvádějí, že manažer nese odpovědnost za dosahování vyžadovaných výsledků, zabezpečuje, aby organizace či oddělení pod jejich vedením efektivně pracovaly. Ondriová et al. (2012) tvrdí, že prosperita manažera podléhá jeho vytrvalosti, iniciativě, odvaze a jedinečnosti, dále také jeho schopnosti vést podřízené či řešit konflikty.

Postavení sester manažerek můžeme v konkrétním zdravotnickém zařízení rozdělit do tří úrovní, a to na vrcholové, střední a liniové. Pozici manažera liniové úrovně zastávají staniční sestry, střední úroveň představují vrchní sestry a vrcholový management tvoří náměstkyně ošetrovatelské péče nebo dříve hlavní sestra (Svobodník, 2009). Na každé úrovni domnělé pyramidy, jak uvádějí Cooke a Philpin (2008), zastávají sestry ve vedoucích pozicích důležitou roli, a to především z hlediska strategie plánování, způsobu organizování pracovních činností, realizace či zvyšování úrovně poskytované ošetrovatelské péče a také řízení ošetrovatelských týmů. Marková a Bártlová (2013) doporučují, aby na pozici manažera v ošetrovatelství byl zvolen silný jedinec, který je inspirativní, úspěšný, výkonný a odborně vzdělaný a jenž by se měl podílet na kvalitní ošetrovatelské praxi a také by měl disponovat jasnou vizí budoucnosti. Je důležité vzít v potaz, že zdravotnictví má velké množství specifík, která mají za následek kladení větších nároků na manažera. Kupříkladu vzdělání sester manažerek řadí Hekelová (2012) mezi činitele, které ovlivňují jejich práci, neboť vzdělané sestry umí použít výsledky současných výzkumů v ošetrovatelství mnohem účinněji. Grohar-Murray,

DiCroce (2003) si myslí, že sestra ve vedoucí pozici by měla znát nejnovější postupy a metody v ošetrovatelství, zdokonalovat se ve stávajících schopnostech a učit se novým dovednostem. Sestra manažerka by měla efektivně spojit teoretické znalosti a odborné dovednosti a využívat je k vykonávání specializovaných činností. Těmi se rozumí posouzení a včasné odhalení rizika, ale také efektivní uspořádání osobního pracovního času a úkolů, rozdělení finančních zdrojů či kontrola chodu oddělení (Kilíková, Jakušová, 2008). Sedlák (2000) navíc řadí k vlastnostem sestry manažerky i interpersonální atributy, mezi něž patří komunikační schopnosti, pochopení a motivace nejen jednotlivců, ale i týmů. Veisová a Tóthová (2010) jsou toho názoru, že vzhledem k nárůstu počtu manažerů ve zdravotnictví se zvyšuje zájem o silné vůdčí osobnosti.

Hekelová (2012) ve své publikaci *Manažerské znalosti a dovednosti pro sestry* uvádí, že manažer v ošetrovatelství je vystaven větší stresové zátěži a je zde vyšší riziko syndromu vyhoření. Tímto problémem se také zabývá Skagert et al. (2012), kteří ve výsledcích svých studií došli k závěru, že manažeři v ošetrovatelství jsou ve většině případů zasaženi syndromem vyhoření a nemalá část z nich do čtyř let opouští své post. V návaznosti na časté personální změny manažerských pozic klade Laschingerpak et al. (2008) v zahraniční studii důraz na to, že se nesmí podcenit příprava sester na manažerskou pozici, v níž bude brán zřetel na spojení pracovního a soukromého života. Naopak Marková a Bártlová (2013) v tuzemském šetření *Manažerské strategie vedoucích sester* došly k výsledku, že se úspěšně daří spojení pracovního a rodinného života sester manažerek.

1.3.1 Střední management v ošetrovatelství

Pozici středního managementu ve zdravotnickém zařízení zastává vrchní sestra. Je zodpovědná náměstkyni ošetrovatelské péče za celkové aktivity ošetrovatelského personálu na dané klinice či oddělení (Plevová et al., 2012). Kelnarová et al. (2008) uvádí, že vrchní sestra kromě specializačního studia má vysokoškolské vzdělání, a to bakalářské nebo magisterské.

Vrchní sestra má určité úkoly, které jsou uvedené v náplni práce. Je nutné dodat, že náplň práce je jen v obecném pojetí charakteristiky pozice. Většina nemocnic má vypracovaný dokument, který vychází z platné legislativy, a to zákona č. 105/2011, o nelékařských zdravotnických povoláních, který nahrazuje dřívější zákon č. 96/2004 a vyhlášky 55/2011, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných

pracovníků. V dokumentu jsou exaktně vymezené činnosti, které smí vrchní sestra provádět (Plevová et al., 2012). Vrchní sestra řídí a organizuje činnosti ošetrovatelského personálu, dále zodpovídá za úroveň a kvalitu poskytované ošetrovatelské péče. Do pracovních činností vrchní sestry řadíme i podílení se na tvorbě standardů ošetrovatelské péče a kontrole jejich dodržování. V souladu s platnými ustanoveními vymezuje, jakým způsobem se bude vést zdravotnická dokumentace a pravidelně ji kontroluje. Zodpovídá za příjem nového ošetrovatelského personálu, jeho rozmisťování na jednotlivá oddělení tak, aby byla zachována úroveň ošetrovatelské péče, ale zaměstnance také i propouští. Vrchní sestra by měla vést své zaměstnance k dalšímu vzdělávání prostřednictvím seminářů, školení apod. Jejím úkolem je také zajištění efektivní komunikace mezi jednotlivými odděleními i s vedením. Mnohdy musí v časové tísní řešit vzniklé problémy. Určité části kompetencí deleguje vrchní sestra na staniční sestry (Kelnarová et al., 2008). Kotrba (2011) uvádí, že vrchní sestra hodnotí své zaměstnance a na jejich základě určuje jejich osobní ohodnocení či výši odměn, kontroluje docházku podřízených a zpracovává měsíční výkazy pro mzdové účely. Sestra manažerka na střední úrovni také provádí stálé namátkové kontroly, kdy může kontrolovat realizaci ošetrovatelského procesu, kvalitu odborných a administrativních činností podřízených či kontroluje nakládání se spotřebním materiálem a léky. Měla by také vést porady se staničními sestrami či pravidelné provozní porady společně s primářem oddělení (Kotrba, 2011). K úkolům vrchní sestry nepatří pouze manažerské dovednosti, ale i podpora sester, jež spočívá v individuální práci se sestrami z týmu, použití reflektivní praxe a v České republice nepříliš známé metodě koučinku (Špirudová, 2015).

1.4 Vedení jako manažerská funkce

Vedení definuje Plevová et al. (2012) jako proces ovlivňující podřízené, jehož cílem je efektivní využití jejich schopností a dovedností ve prospěch organizace či vedoucího. Jarošová (2006) míní, že vedení lidí patří do základní náplně sester manažerek, kdy jsou vedoucími ošetrovatelského týmu, takže usměrňují aktivity a stanovují správné postupy.

V praxi je mnohdy problematické odlišit interpretaci pojmů řízení (management) a vedení (leadership) a tím spojené termíny manažer a lídr. Rozdíl mezi manažerem a lídrem tkví v pojetí dosahování cílů (Armstrong, 2009). Hekelová (2012) uvádí, že manažer nemyslí na to, co by se dalo dělat jinak, jeho cíle mají přesně vymezené hranice a jakékoliv změny jsou nežádoucí, kdežto lídr se naopak nebrání změnám,

vytváří vize, motivuje své spolupracovníky a to vede k zefektivnění práce týmu. Plevová poukazuje na to, že v leadershipu již nehovoříme o podřízených, ale právě o spolupracovnících, neboť jsou aktivní, motivovaní a díky tomu společně dosahují cílů k naplnění vizí a strategií (Plevová et al., 2012).

Jarošová (2006) rozlišuje dva základní typy vedení, kdy je vedení zaměřeno na člověka jako člena ošetrovatelského týmu a na vedení orientované na činnosti či úkoly. Uplatnili vrchní sestra vedení na člověka, v praxi to znamená, že upřednostňuje týmovou práci, při níž mají sestry vlastní pocit odpovědnosti v dosahování cílů. Vrchní sestra dbá na dobré mezilidské vztahy a vytváří tvořivou atmosféru u ostatních členů ošetrovatelského týmu. Naopak pokud preferuje spíše vedení orientované na pracovní aktivity ošetrovatelského týmu a každého člena, dbá především na dodržování standardů ošetrovatelských výkonů a postupů, aby prováděné úkony byly co nejkvalitnější. Zde věnuje čas především administrativě (Jarošová, 2006).

1.4.1 Styly vedení

Vedoucí pracovník využívá ve své pozici různé styly vedení. Hekelová (2012) míní, že si to mnohdy ani sám neuvědomuje. Výběr stylu je závislý na aktuální situaci, na vlastnostech samotného manažera, vlastnostech podřízených či charakteru ošetrovatelského týmu a pracovních činností (Plevová et al., 2012). Hekelová (2012) zdůrazňuje, že by se při vedení lidí měly střídavě využít všechny styly. Pokud by některé byly nesprávně použité, mohlo by to vést k demotivaci podřízeného a bude to mít negativní dopad na jeho pracovní výkon a spokojenost.

Autokratický styl spočívá v tom, že vrchní sestra sama rozhoduje a dává příkazy. S podřízenými minimálně komunikuje, vystupuje v pozici jediného zodpovědného člena týmu a ví přesně, co a jak má být vykonáno. Nehledí na osobní potřeby podřízených. Své podřízené podněcuje na základě pochval, odměn či naopak výtek či udílení postihů. Tento styl vyvolává u podřízených strach, může vést k závislosti, či až k agresivnímu chování. V ošetrovatelství není vhodné tento model využívat, neboť na podřízené jsou kladeny obecně vysoké nároky (Kilíková, Jakušová, 2008; Plevová et al., 2012). Druhý styl vedení se nazývá demokratický. V tomto případě vrchní sestra bere v úvahu názory podřízených sester. Umí ocenit jejich schopnosti, dovednosti a ostatní kvality. Rozhoduje na základě diskuze s podřízenými. Tento styl vedení působí kladně na vztahy nejen mezi nadřízeným a podřízeným, ale i v kolektivu. Vrchní sestra své

podřízené netrestá, ba naopak je motivuje v jejich angažovanosti, participaci a vlastní iniciativě. V ošetrovatelství se považuje sestra manažerka, která uplatňuje tento styl vedení, jako nejvhodnější typ k vedení týmu. Množství výzkumů totiž potvrdilo, že demokratický styl vede ke zvyšování produktivity skupiny a také ke zvyšování kvality poskytované péče (Blažek, 2014; Kilíková, Jakušová, 2008; Plevová et al. 2012). Liberální styl vedení je též znám jako „*laissez faire*“, v překladu styl „volné otěže“, spočívá v tom, že vrchní sestra ponechává své podřízené zcela bez řízení či přímého dohledu. Nestará se o vzdělávání, financování nebo nekontroluje a neřídí spotřebu materiálu (Kilíková, Jakušová, 2008). Plevová míní, že tento styl může vyvolat bezvládní, chaos, podněcuje nedůvěru a ztrátu zájmu o obor. Vrchní sestra s takovýmto přístupem nemá dostatečnou autoritu (Kilíková, Jakušová, 2008).

V literatuře nalezneme doplnění základních stylů vedení o řadu dalších. Například participativní styl vychází z kompromisu mezi autokratickým a demokratickým stylem. Vrchní sestra konzultuje s podřízenými řešení problémů a je otevřená jejich názorům, které důkladně zváží, než dojde k rozhodnutí. Mocensko nátlakový styl vedení brání v tvořivosti sester a jejich iniciativě, neboť vrchní sestra přikazuje a podřízené sestry musí tyto příkazy plnit, i přestože se s příkazem zcela neztotožňují. Tento styl může vést k nenávisti vůči manažerovi, k odporu a ztrátě zápalu pro obor. Opakem mocenského stylu je normativně reedukační styl. Sestra manažerka je toho názoru, že podřízené sestry musí být zapojené do všeho dění, které vyvolává změny v ošetrovatelské praxi. Očekává se, že pokud budou změny odpovídat hodnotám a cílům sester poskytujících ošetrovatelskou péči, budou lépe akceptovány (Kilíková, Jakušová, 2008; Plevová et al, 2012).

1.4.2 Motivace

Termín motivace je odvozený z latinského slova „*movere*“, což v překladu znamená pohybovat se (Dlugošová, Tkáčová, 2011). Motivace se řadí ke klíčovým činnostem manažera. Chceme-li, aby byl pracovní výkon u podřízených efektivní, je nutné v nich vzbudit zájem a ochotu k aktivnímu plnění zadaných úkolů (Mikuláščík, 2007). Plamínek (2010) míní, že motivace neznamená jen brát, ale také dávat, neboť prostřednictvím motivace nabízíme člověku, od něhož něco žádáme, uspokojení jeho vlastních zájmů. Chce-li vrchní sestra motivovat své podřízené, musí být i ona sama dostatečně motivovaná (Zítková et al., 2015). Motivaci tvoří tři složky, a to směr, ten říká, co se jedinec pokouší udělat, to, s jakou pílí se o to snaží, tvoří složku úsilí,

zatímco poslední složka vytrvalosti říká, jak dlouho se o to člověk pokouší (Plevová et al., 2012). Základ motivace tvoří motiv. Slavík (2012) definuje motiv jako pohnutku, jež člověka vede k nějaké činnosti, či naopak ho od nějaké činnosti odvádí. Společně s motivy působí na člověka i stimuly. Veteška (2012) pojem stimul popisuje jako nějakou skutečnost, která iniciuje člověka k nějaké aktivitě. Z definic vyplývá, že stimuly a motivy znázorňují jakési pohonné síly. Stimuly působí zvenčí, kdežto motivace je podnět vnitřní (Kotrba, Lacina, 2011).

Plamínek (2010) uvádí, že je důležité znát činitele působící na motivaci sester, které je vedou ke kvalitnímu pracovnímu výkonu. Avšak sester, které přistupují ke své práci zodpovědně a přispívají ke zvýšení kvality ošetrovatelské péče, není mnoho, proto je hlavním úkolem vrchní sestry správná motivace podřízených, jež nenásilnou formou vede k pozitivnímu chování. Sestra manažerka by však měla brát zřetel na to, že to, co motivuje ji samotnou, nemusí motivovat její podřízené (Plamínek, 2010).

Hekelová (2012) rozlišuje typy motivace na vnitřní, kdy jde zejména o uspokojení vyšších potřeb člověka, na vnější, kdy vykonávání činnosti je pouze prostředek k tomu, aby bylo dosaženo cíle, ale nepřináší člověku naplnění. Dalším typem je finanční motivace, kdy podřízení považují za důležité, aby vrchní sestra finančně rozlišila pracovní výkony. Nefinanční motivace představuje mnohem důležitější faktor než finanční, vede k pracovní spokojenosti. Vrchní sestra by měla umět pochválit podřízené, neboť je to forma zpětné vazby na pracovní výkon podřízených, avšak neměla by chválit často, protože, jak říká Hekelová (2012), to může vést k devalvaci významu pochvaly. O něco více si podřízení váží uznání, které je ujišťuje v tom, že jsou platné opory ošetrovatelského týmu. Neméně důležitá je i možnost dalšího vzdělávání či pracovní prostředí. Aby vrchní sestra využila maximální potenciál svých podřízených, musí jim dát možnost seberealizace (Hekelová, 2012; Plevová et al., 2012).

Schopnosti motivovat své podřízené představuje jeden z nejnáročnějších úkolů vrchní sestry. Měla by komunikovat s podřízenými sestrami a také jim umět naslouchat. Pilíře dobře motivované sestry tvoří dobré pracovní podmínky, inspirující prostředí, dobré mezilidské vztahy a také růst v profesi. Sestra by měla mít pocit potřebnosti a důležitosti (Dlugošová, Tkáčová, 2011). Vrchní sestra může své zaměstnance nejen motivovat, ale také demotivovat. V ošetrovatelství se nejčastěji setkáváme s demotivací způsobenou pracovním přetížením, interpersonálními konflikty, nedostatečnou

komunikací s podřízenými, nízkým mzdovým ohodnocením či nedostatkem uznání od vedoucích sester (Plamínek, 2010).

1.5 Kontrola

Kontrola představuje nedílnou součást sester manažerek na všech úrovních, neboť slouží jako zpětná vazba (Plevová et al., 2012). V dostupné literatuře nejsou definice „kontroly“ jednotné. Například Bělohávek et al. (2006) definuje kontrolu jako činnost porovnávání plánů se skutečností, kdy je možné zjistit možné nedostatky a na základě toho navrhnout nápravná opatření. Zlámal (2014) míní, že pomocí kontrolování lze měřit a korigovat vykonané činnosti, aby si manažeři byli jisti, že dojde k naplnění plánů. Kilíková a Jakušová (2008) poukazují na to, že jádrem kontroly je monitorování. Sledují se skutečně vykonané činnosti podřízených a dochází ke zjištění konkrétních výsledků, které se porovnávají s danými kritérii, v ošetrovatelství se standardy, stanovují se nedostatky, jejich příčiny a závažnost. V neposlední řadě dochází k výběru nápravného opatření, jehož cílem je korekce zjištěných nedostatků, a dále k realizaci závěrů (Bělohávek et al., 2006; Jarošová, 2006; Kilíková, Jakušová, 2008).

Armstrong (2009) ve své publikaci rozlišuje typy kontrol dle časového hlediska a dle charakteru. Chce-li vrchní sestra předcházet nedostatkům v poskytování ošetrovatelské péče a včas je odhalit, lze provádět preventivní kontrolu. Průběžně může sestra manažerka monitorovat probíhající činnosti svých podřízených a kontrolovat, zda jsou v souladu se standardy a stanovenými cíli. Následnou kontrolou, jinak řečeno kontrolou zpětnou vazbou, si vrchní sestra ověřuje dodržování navržených opatření. Kontrolu podřízených může soustředit na určitou specifickou aktivitu či komplexně monitorovat činnosti oddělení, například dodržování zásad bariérové péče. Vrchní sestra nejčastěji vykonává interní kontrolu za použití formálních kontrolních prostředků, a to pravidelně dle plánovaných auditů, či namátkově bez předešlé přípravy. Důležitá je i sebekontrola manažera, kdy dochází ke kontrole správnosti vlastních rozhodnutí či kvality práce (Armstrong, 2009; Jarošová, 2006). Jarošová (2006) nezapomíná připomenout, že kontrola by měla být uzavřena hodnocením, kdy vrchní sestra seznamuje podřízené sestry s jejich výsledky.

1.6 Supervize v ošetrovatelství

Termín *supervize* je odvozen z anglického slova *supervision*, které vychází z latinského výrazu *super*, což v překladu znamená shora, nad a od výrazu *videre* – hledět, vidět.

Havrdová poukazuje na to, že původní význam slova supervize může být zavádějící a může vyvolat dojem kontroly, neboť oprávněná osoba dohlíží na prováděné činnosti druhé osoby. Časem ale došlo k transformaci pojmu a význam supervize spočívá v dohledu, který slouží jako forma určité podpory, aby daný specialista ve svém oboru byl schopný konat svou práci co nejkvalitněji (Havrdová et al., 2008). V literatuře lze nalézt desítky definic pro supervizi. Venglářová et al. (2013) charakterizuje supervizi jako proces, jehož účastníky je tým, skupina pracovníků nebo jen jednatel, který je orientován na reflexi profesní role, činnosti a aktivit souvisejících s pracovním postavením. Maroon et al. (2007) popisuje supervizi jako opakovanou činnost osoby provádějící supervizi a supervidovaného, kteří společně vedou dialog o prováděné práci supervidovaného a současně hodnotí jeho znalosti a dovednosti. Špirudová (2015) ve své publikaci rozlišuje supervizi a klinickou supervizi v ošetrovatelství. Klinická supervize představuje pravidelný čas na reflexi otázek klinické ošetrovatelské praxe, kdy cílem je, aby supervidovaní dosáhli a udrželi kvalitu ošetrovatelské praxe prostřednictvím podpory myšlení (Bond, Holland, 2010). Špirudová (2015) popisuje návrh definice pro klinickou ošetrovatelskou supervizi v České republice, který byl představen na setkání panelu expertů. Návrh uvádí klinickou supervizi v ošetrovatelství jako podpůrnou metodu i činnost vedoucí k reflexi vlastního profesionálního konání sester, a to prostřednictvím intenzivního, mezilidsky zaměřeného individuálního nebo skupinového ne-mocenského vztahu, v němž je úkolem supervizora ulehčit rozvoj kompetencí supervidovaným sestram. Prvořadým zájmem supervize je ochrana nejlepších zájmů pacienta. Špirudová (2015) uvádí, že všechny dostupné definice supervize mají společné klíčové pojmy. Pojem *profesní* udává oblast rozvoje či podpory. To, že supervize není jednorázová nebo krátkodobá činnost, charakterizuje výraz *proces*. *Podpora* je metoda práce s lidmi, aniž by lidé byli kontrolováni a hodnoceni. Toto ovšem neplatí u manažerské supervize, která představuje legitimní nástroj manažera ve prospěch růstu jeho týmu (Špirudová, 2015). Zásadní pro supervizi je pojem *reflexe*, neboť vyjadřuje odrážení či zpětnou úvahu nad vlastní prací, přinášející informace o tom, co se v danou situaci dělo, a dochází ke zhodnocení (Vaňková, Marková, 2010). Cílem reflexe je utvoření názoru na to, co v oblasti osobní odpovědnosti ovlivňuje nás či okolí, a proto vedou k diskuzi (Vaňková, Marková, 2010). V neposlední řadě je nutné vytvořit *chráněný a bezpečný prostor*, ve kterém má supervize probíhat (Špirudová, 2015).

1.6.1 Funkce a cíle supervize v ošetrovatelství

V literatuře se setkáváme se třemi základními funkcemi supervize, které mají své opodstatnění a využití. Marková (in Havrdová et al., 2008) uvádí následující funkce, a to řídicí (normativní), vzdělávací (formativní) a podpůrnou (restorativní). Úkolem normativní funkce je kontrola kvality ve smyslu dodržování norem, standardů, poslání a cílů dané organizace (Michková, 2008; Špirudová, 2015). Havrdová popisuje, že normativní funkci lze pojmenovat jako manažerskou, jejím cílem je vedení pracovníků tak, aby své činnosti prováděli v souladu se stanovenými pravidly (Havrdová et al., 2008). Cassidy (2010) míní, že supervizor zastává pozici „kontrolora“ a prezentuje supervidovanému analýzu jeho práce, čímž ho vede k větší zodpovědnosti za dodržování předpisů v souvislosti s jeho praxí v dané organizaci. Venglářová ve své publikaci poukazuje na to, že řídicí supervize je zvláště důležitá u začínajících pracovníků, neboť tvoří nedílnou součást začlenění se do pracovního oboru (Venglářová et al., 2013). Vzdělávací funkce supervize souvisí především s rozvojem dovedností a schopností pracovníka, též vytváří prostor pro další profesní rozvoj, a to prostřednictvím zrcadlení a rozebírání práce supervidovaných (Hawkins et al., 2004; Michková, 2008). Formativní funkci supervize lze chápat jako formu celoživotního vzdělání (Davys, Beddoe, 2010). Nejčastěji se v ošetrovatelství setkáváme s podpůrnou funkcí a Venglářová míní, že tvoří základní pilíř boje proti syndromu vyhoření (Venglářová et al., 2013). Úlehla (2007) míní, že nejčastěji se provádí při setkání s emocemi, které vznikají při konfrontaci s bolestí, smrtí a pocity zoufalství či bezmoci. Dává prostor pro vyjádření osobních pocitů, které přináší práce supervidovaného, tak aby si při aplikaci supervize uvědomil, jak ho některé negativní pocity mohou ovlivňovat, a naučil se, jak adekvátně zvládat jeho reakce (Hawkins, Shohet, 2004).

Kalina (2015) popisuje, že cíle supervize jsou různorodé, záleží hlavně na dohodě supervizora a supervidovaného a také na zkušenosti supervizora. Začátečník pracuje většinou s požadavky na řešení situací, neboť supervidovaný žádá o rady, jak postupovat. U zkušeného supervizora představuje supervize prostředek k porozumění či pomoci ke změně (Kalina et al., 2015). Marková (2010) zmiňuje, že pokud chce profesionál kvalitně odvedenou práci, musí stále pracovat na rozvoji osobního růstu či se neustále učit, což nejefektivněji docílí reflexí svých prožitků, pocitů či hodnot.

1.6.2 Manažerská supervize

Manažerská supervize představuje specifickou oblast supervize. Kinkor (2006) odlišuje pojem *supervize řízení*, jejímž cílem bude zvýšení kvality manažera nebo týmu manažerů prostřednictvím supervize, a pojem *manažerská supervize*. *Manažerská supervize* prezentuje prostředek vedení a řízení lidí ve vztahu nadřízený a podřízený v dané organizaci, kdy spolu hovoří o vzniklých problémech (Kinkor, 2006). Venglářová popisuje, že manažerskou supervizi provádí vedoucí pracovník, který pomáhá rozvoji svého podřízeného, podporuje ho. Při rozhovoru je poskytován prostor především podřízenému, jenž hovoří o tématech vztahujících se k jeho profesní roli a k prostředí ve kterém pracuje. Cílem je zvyšování kvality poskytující péče, péče o zaměstnance a zlepšení klimatu v organizaci (Venglářová et al., 2013).

1.6.3 Přínos supervize pro všeobecné sestry

V současném celosvětovém ošetrovatelství, jak uvádí Lu et al. (in Špirudová, 2015), představuje největší problém nedostatek sester a jejich fluktuace. Řada z nich totiž po určité době přechází na jiná oddělení či do jiných organizací, často úplně opouští obor zdravotnictví a to má dopady na zdravotní stav populace. Z těchto příčin dochází u sester k přetížení, k pracovní nespokojenosti, narůstá riziko syndromu vyhoření (Špirudová, 2015). Lynch (in Lynch et al., 2008) uvádí, že právě supervize může být nástrojem, který sestřím v těchto případech slouží jako podpora. Reflexe vlastní praxe v moderním zahraničním ošetrovatelství je nezbytnou nutností a poté může vést ke kvalitnější a efektivnější praxi (Lynch et al., 2008). K udržení kvalitní ošetrovatelské péče je nutné, aby management dbal o pohodu sestry v práci prostřednictvím supervize (Koivu et al., 2012a). Největším přínosem supervize pro sestry, jak popisuje Long et al. (2014), je možnost ventilace negativních pocitů z práce a hovořit o složitých problémech z ošetrovatelské praxe. Koivu et al. (2012b) míní, že pokud se sestra zpětně zamýšlí nad svou prací, pochopí, jaký význam má její kvalitní ošetrovatelská péče, tím narůstá její sebevědomí, přemýšlí o nových postupech, jimiž lze kvalitu poskytované péče zlepšit. Zahraniční studie Cruze et al. (2014) udává zlepšení zdraví nejen supervidovaných sester, ale také jejich pacientů. Vaňková a Bártlová (2015) uvádí, že zpětná reflexe práce sester vede k rozvoji kritického myšlení a prohlubování vědomostí. Supervize slouží jako nástroj pro zmírnění stresu, poklesu rizika syndromu vyhoření, neboť si sestra musí udělat čas a zamyslet se nad danými tématy (Cross et al., 2012).

1.7 Koučování

Bond a Hollandová (2010) začleňují koučování jako možnost podpory sester. Špirudová (2015) uvádí, že tato metoda podpory v České republice není tolik známá jako v zahraničí, kdy je nejčastěji aplikována studentům a začínajícím sestřím. Výraz koučování je odvozen od anglického slovesa *coach*, což v překladu znamená trénovat nebo také vést (Špirudová, 2015). Dynáková (in Venglářová et al., 2013) definuje koučování jako plánovité odstraňování bariér se záměrem využití maximálního potenciálu jednotlivce ke zlepšení pracovního výkonu. Koučování může probíhat individuálně nebo v týmu prostřednictvím rozhovoru a na rozdíl od supervize je více kognitivně-behaviorálně zaměřený. Pomocí této metody se koučovaný jedinec může dívat na dané problémy jiným způsobem a dojít k řešení, a to pomocí stanovení cíle, jak cíle dosáhnout a jak ho dosáhnout co nejefektivněji a nejrychleji. U sestry koučink zvyšuje odpovědnost za svá rozhodnutí a činy, pomáhá rozvíjet tvůrčí myšlení. Sestra je připravená lépe zvládnout nové situace a kompetence (Dynáková in Venglářová et al., 2013).

2 CÍL PRÁCE, HYPOTÉZY A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíl práce

Zjistit, jak vnímají sestry podporu od středního managementu v rámci zajištění kvalitní přímé ošetrovatelské péče.

2.2 Hypotézy

H1: Vnímání podpory středního managementu pro zajištění kvalitní přímé ošetrovatelské péče je závislé na vzdělání respondentů

H2: Vnímání podpory středního managementu pro zajištění kvalitní přímé ošetrovatelské péče je závislé na délce praxe respondentů.

H3: Vnímání podpory středního managementu pro zajištění kvalitní přímé ošetrovatelské péče je závislé na věku respondentů.

H4: Názor respondentů na to, že kontrolní činnost převažuje nad podpůrnou činností poskytovanou středním managementem pro zajištění kvalitní přímé ošetrovatelské péče je závislý na vzdělání respondentů.

H5: Názor respondentů na to, že kontrolní činnost převažuje nad podpůrnou činností poskytovanou středním managementem pro zajištění kvalitní přímé ošetrovatelské péče je závislý na délce praxe respondentů.

H6: Dostatečná míra podpory středního managementu pro zajištění kvalitní přímé ošetrovatelské péče vnímaná respondenty je závislá na jejich vzdělání.

H7: Dostatečná míra podpory středního managementu pro zajištění kvalitní přímé ošetrovatelské péče vnímaná respondenty je závislá na jejich délce praxe.

H8: Dostatečná míra podpory středního managementu pro zajištění kvalitní přímé ošetrovatelské péče vnímaná respondenty je závislá na jejich věku.

H9: Nedostatek motivace poskytované středním managementem jako překážky pro zajištění kvalitní přímé ošetrovatelské péče je závislý na vzdělání respondentů.

H10: Nedostatek motivace poskytované středním managementem jako překážky pro zajištění kvalitní přímé ošetrovatelské péče je závislý na délce praxe respondentů.

2.3 Výzkumné otázky

- 1) Jaký vliv má přístup středního managementu a používaných manažerských dovedností na poskytování kvalitní přímé ošetrovatelské péče?
- 2) Jaký přístup má management k zajišťování přímé ošetrovatelské péče?
- 3) Jaké nástroje a manažerské dovednosti používá management k zajištění kvalitní ošetrovatelské péče?
- 4) Co postrádají sestry při zajišťování přímé ošetrovatelské péče?
- 5) S jakou podporou se setkávají sestry při zajišťování přímé ošetrovatelské péče ze strany středního managementu?

2.4 Operacionalizace základních pojmů

V rámci operacionalizace cílů a hypotéz diplomové práce můžeme definovat tyto základní pojmy: přímá ošetrovatelská péče, střední ošetrovatelský management a kvalitní ošetrovatelská péče.

Přímá ošetrovatelská péče definuje soubor činností realizovaných v rámci ošetrovatelské péče, při nichž je zdravotní personál v přímém kontaktu s pacientem (Kudlová, 2015).

Střední ošetrovatelský management – Manažer střední úrovně je zodpovědný za chod dané kliniky nebo oddělení v rámci ošetrovatelské péče. Odpovídá za uskutečnění stanovených cílů v rámci strategických plánů, podílí se na plánování a zabezpečení a fungování svého organizačního útvaru v rámci svých pravomocí. Zaobírá se také vzděláváním, motivací a odborným růstem liniových manažerů, všeobecných sester v přímé péči a dalších členů ošetrovatelského týmu (Jarošová, 2006).

Kvalitní ošetrovatelské péče představuje takovou péči, která je účinná s ohledem na pacientův zdravotní stav, pacient ji přijímá pozitivně a náležitě využívá zdroje potřebné k péči (Farkašová et al., 2006).

3 METODIKA

3.1 Popis metodiky práce

Pro vypracování empirické části diplomové práce na téma „Podpora přímé ošetrovatelské péče středním managementem“ bylo použito kvantitativně kvalitativních metod. Sběr dat v rámci šetření byl prováděn v období od března do dubna 2020. Šetření probíhalo v nemocnicích v Karlovarském kraji a online formou, kdy dotazník byl publikován přes portál Survio.cz, neboť výzkumné šetření v nemocnicích vzhledem k situaci s onemocněním COVID – 19 bylo pozastaveno. Před provedením výzkumného šetření v nemocnicích bylo získáno povolení od náměstků ošetrovatelské péče a bylo provedeno se souhlasem vedoucích jednotlivých pracovišť. Povolení jsou vzhledem k ochraně dat k dispozici u autorky.

V kvantitativní části výzkumného šetření byla využita metoda sběru dat pomocí dotazníku (Příloha 1). Dotazník byl určen pro všeobecné sestry a praktické sestry pracující v nemocnici. Skládal se ze 17 otázek a poslední otázka 18 byla určená pro případné poznámky od respondentů. Z otázek bylo 9 uzavřených, 2 otevřené, 4 otázky byly polouzavřené a u 3 otázek byla možnost zaškrtnout více možných odpovědí. První část dotazníku je zaměřená na informace o respondentovi, jeho pohlaví, věku, vzdělání, délce praxe a oddělení, na kterém pracuje. Druhou část tvoří otázky zaměřené na názory a spokojenost sester s podporou přímé ošetrovatelské péče od vrchních sester.

Kvalitativní šetření bylo realizováno pomocí rozhovorů. Ty byly uskutečněny na podkladě předem připravených rámcových otázek vytvořených na základě studia odborné literatury. Rozhovor byl zaznamenán písemně a následně analyzován. Přepisy rozhovorů jsou k nahlédnutí u autorky této práce. Výzkumné šetření bylo prováděno se souhlasem dotazovaných anonymně. Vrchní sestry v průběhu rozhovoru definovaly, jaké uplatňují manažerské nástroje a dovednosti, které využívají k zajištění kvalitní ošetrovatelské péče, a s jakou podporou v přímé péči se z jejich strany setkávají sestry.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Kvantitativního šetření se zúčastnily všeobecné sestry a praktické sestry pracující v nemocnicích v Karlovarském kraji a oslovené sestry online formou. Tyto sestry byly požádány, aby vyplnily dotazník dle uvedených instrukcí. Sestrám v Karlovarském kraji bylo rozdáno celkem 160 dotazníků. Vráceno bylo 105 dotazníků, z nichž muselo být vyřazeno 10 pro neúplné vyplnění. Návratnost dotazníků byla 65,6 %. Z celkového

počtu jich tedy zůstalo použitelných 95. Online forma dotazníků byla zveřejněná 30. 4. 2020, kdy byl nastaven limit vyplnění 100 dotazníků, který byl již následující den. Odkaz na dotazník byl zveřejněn na uzavřených facebookových skupinách pro zdravotní sestry Ošetrovatelství. info a Odbory a nelékaři. Kvalitativní šetření probíhalo také v Karlovarském kraji. Do výzkumného šetření bylo zařazeno 7 vrchních sester, s nimiž byl realizován rozhovor na základě předem připravených rámcových otázek.

3.3 Zpracování dat

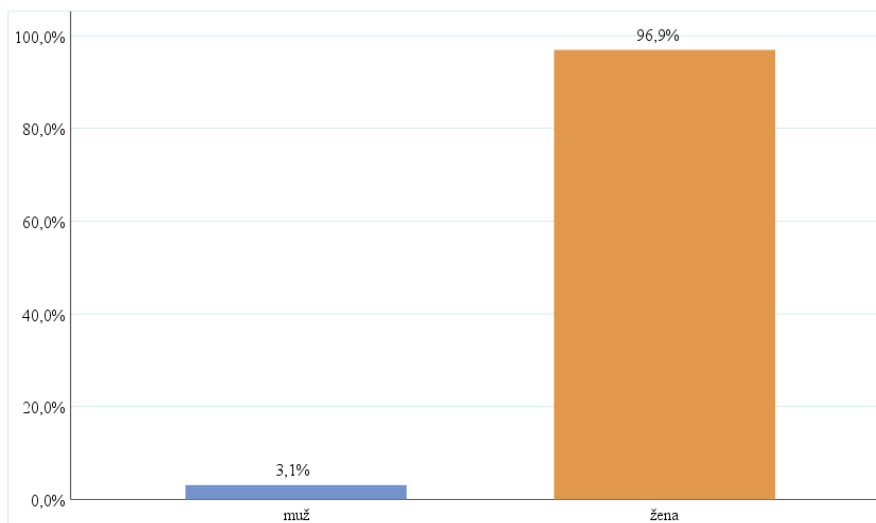
Ke konečnému zpracování kvantitativních dat bylo použito 195 dotazníků, toto číslo je považováno za 100 %. Na základě četnosti odpovědí byly vytvořeny v otázkách č. 3, 10 a 14 nové kategorie možných odpovědí, které původně v dotazníkovém šetření nebyly uvedené. Hladina významnosti pro vytvoření nové kategorie byla $\alpha = 0,05 = 5 \%$. Stejná hladina významnosti byla stanovená i pro testování platnosti hypotéz. Získaná data byla zpracována popisnou statistikou v grafech pomocí programu IBM SPSS Statistics Subscription a testování hypotéz probíhalo pomocí kontingenčních tabulek a Chí kvadrát testu. Hladina významnosti $p = 0,05 = 5 \%$.

Pro zpracování kvalitativních dat získaných z rozhovorů byla zvolena metoda „tužka – papír“, přičemž byly v textu barevně zvýrazňovány odpovědi sester, a také Atlas. ti. Analýza textu byla provedena metodou otevřeného kódování, zjištěná data byla zpracována do šesti kategorií a jedné podkategorie. Pro přehlednost byly kategorie vizualizované do grafických schémat, která byla vytvořena v programu Atlas. ti.

4 VÝSLEDKY

4.1 Kvantitativní šetření

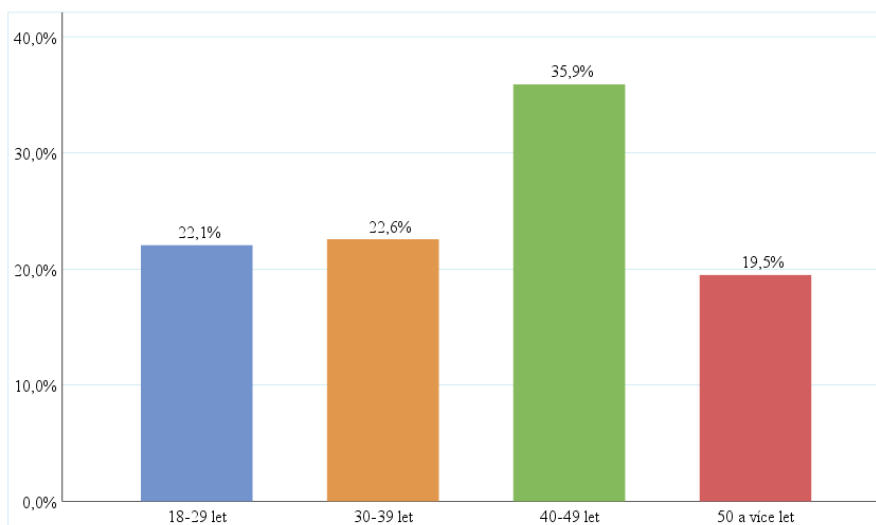
Graf 1 Struktura výzkumného souboru dle pohlaví



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 195 (100 %) respondentů bylo 6 (3,1 %) mužů a 189 (96,9 %) žen.

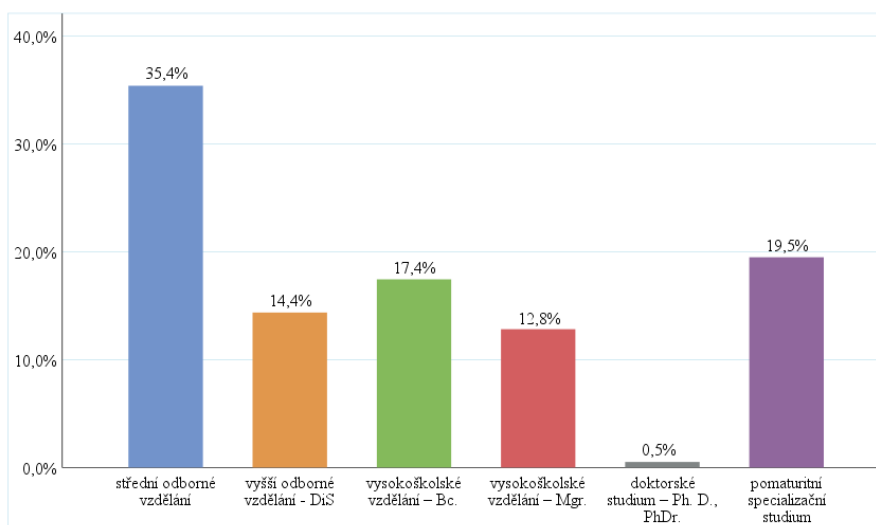
Graf 2 Struktura výzkumného souboru dle věku



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 195 (100 %) respondentů, bylo 43 (22,1 %) respondentů ve věku 18–29 let, 44 (22,6 %) respondentů ve věku 30–39 let, 70 (35,9 %) respondentů ve věku 40–49 let a 38 (19,5 %) respondentů ve věku 50 a více let.

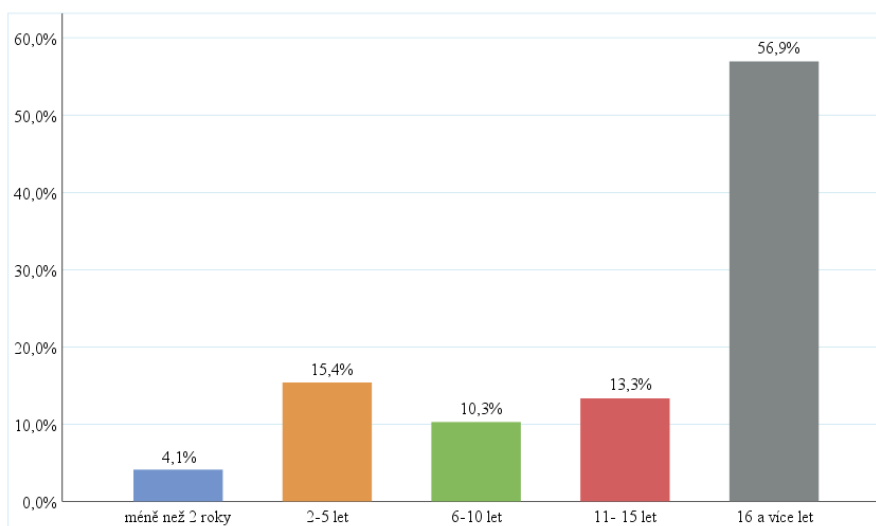
Graf 3 Struktura výzkumného souboru dle vzdělání



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 195 (100 %) respondentů, mělo 69 (35,4 %) respondentů středoškolské vzdělání, 28 (14,4 %) vyšší odborné vzdělání, 34 (17,4 %) respondenti měli vysokoškolské vzdělání – bakalářský titul, 25 (12,8 %) respondentů mělo vysokoškolské vzdělání – magisterský titul a 1 (0,5 %) respondent absolvoval doktorské studium. Pomaturitní specializační studium mělo 38 (19,5 %) respondentů.

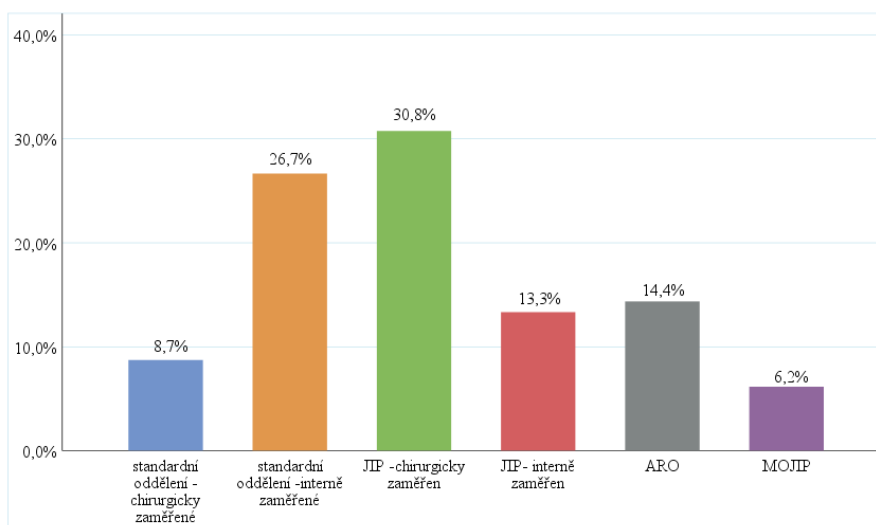
Graf 4 Struktura výzkumného souboru dle délky praxe



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 195 (100 %) respondentů mělo 8 (4,1 %) respondentů praxi o délce méně než 2 roky, 30 (15,4 %) respondentů vykazalo praxi 2–5 let, 20 (10,3 %) respondentů mělo délku praxe 6–10 let, 26 (13,3 %) respondentů uvedlo délku praxe mezi 11–15 lety a 111 (56,9 %) respondentů mělo délku praxe 16 let a více.

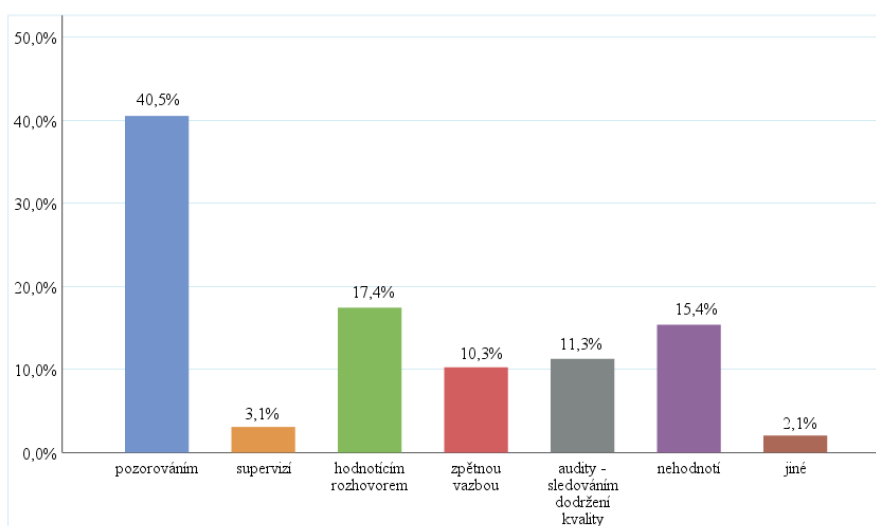
Graf 5 Struktura výzkumného souboru dle oddělení, na kterém pracují



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 195 (100 %) respondentů pracovalo 17 (8,7 %) respondentů na standardním oddělení chirurgicky zaměřeném, 52 (26,7 %) respondentů na standardním oddělení interně zaměřeném, 60 (30,8 %) respondentů označilo jednotku intenzivní péče chirurgicky zaměřenou a 26 (13,3 %) respondentů jednotku intenzivní péče interně zaměřenou. Dalších 28 (14,4 %) respondentů působil na anesteziologicky resuscitačním oddělení a 12 (6,2 %) na multioborové jednotce intenzivní péče.

Graf 6 Způsob hodnocení kvality ošetrovatelské péče vrchní sestrou

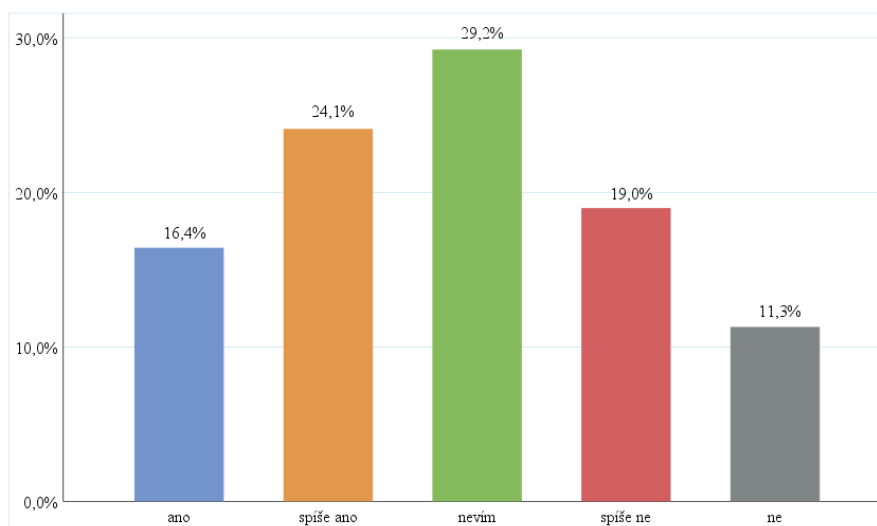


Zdroj: vlastní výzkum

Zjišťovali jsme, jakým způsobem vrchní sestra hodnotí kvalitu poskytované ošetrovatelské péče. Celkem 79 (40,5 %) respondentů uvedlo, že vrchní sestra u nich hodnotí kvalitu ošetrovatelské péče pozorováním, 6 (3,1 %) respondentů uvedlo

supervizi, 34 (17,4 %) respondentů zvolilo jako odpověď hodnotící rozhovor, 20 (10,3 %) respondentů se vyjádřilo, že hodnocení kvality ošetrovatelské péče provádí vrchní sestra na základě jimi předané zpětné vazby, odpověď auditu – sledováním dodržení standardů zvolilo 22 (11,3%) respondentů, 30 (15,4%) si na základě zvolené odpovědi myslí, že vrchní sestra nijak kvalitu poskytované ošetrovatelské péče nehodnotí a 4 (2,1 %) respondenti uvedli jinou odpověď, a to – „vše ze zvolených možností u nás probíhá“ nebo „vrchní sestra se ptá staniční a sbírá drby“, další odpovědi v kolonce jiné bylo, „moje vrchní sestra nezná dostatečně provoz, tím pádem moji práci nehodnotí“.

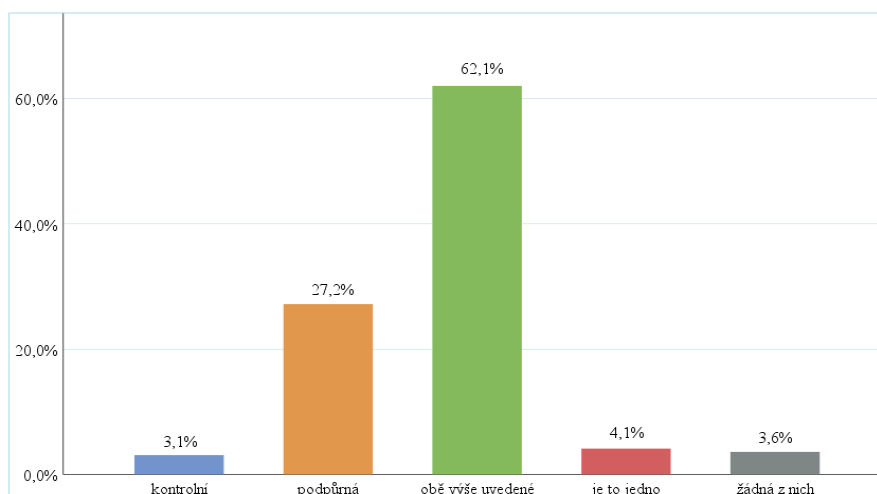
Graf 7 Převaha kontrolní činnosti vrchní sestry nad podpůrnou



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 195 (100 %) respondentů uvedlo 32 (16,4 %), že jejich vrchní sestra využívá více kontrolní činnost než podpůrnou, 47 (24,1 %) respondentů zvolilo odpověď spíše ano, 57 (29,2 %) respondentů neví, zda vrchní sestra využívá více kontrolní činnost než podpůrnou. 37 (19,0 %) respondentů uvedlo, že vrchní sestra spíše nevyužívá více kontrolní činnost než podpůrnou a 22 (11,3 %) respondentů uvedlo odpověď ne.

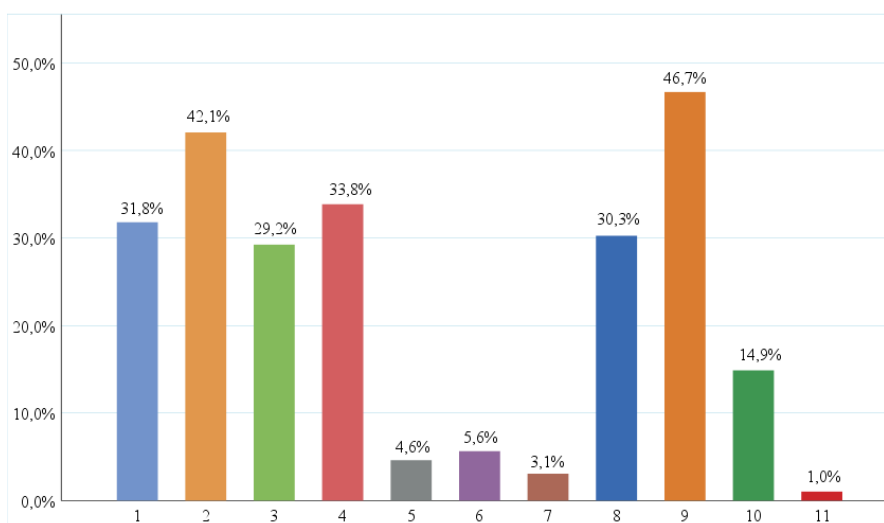
Graf 8 Srovnání důležitosti kontrolní a podpůrné činnosti vrchní sestry



Zdroj: vlastní výzkum

Ze 195 (100 %) respondentů odpovědělo 6 (3,1 %) respondentů, že je pro ně podstatnější, pokud vrchní sestra uplatňuje kontrolní činnost pro zlepšení kvality ošetrovatelské péče, naopak 53 (27,2 %) respondentů udává jako podstatnější podpůrnou činnost. Nejvíce respondentů – 121 (62,1 %) je toho názoru, že je pro ně zásadnější, když vrchní sestra uplatňuje kontrolní i podpůrnou činnost. Zbývajících 8 (4,1 %) respondentů se vyjádřilo tak, že je jim to jedno, a pro 7 (3,6 %) respondentů je podstatnější, pokud vrchní sestra neuplatňuje žádnou z výše jmenovaných činností.

Graf 9 Způsob podpory vrchní sestrou



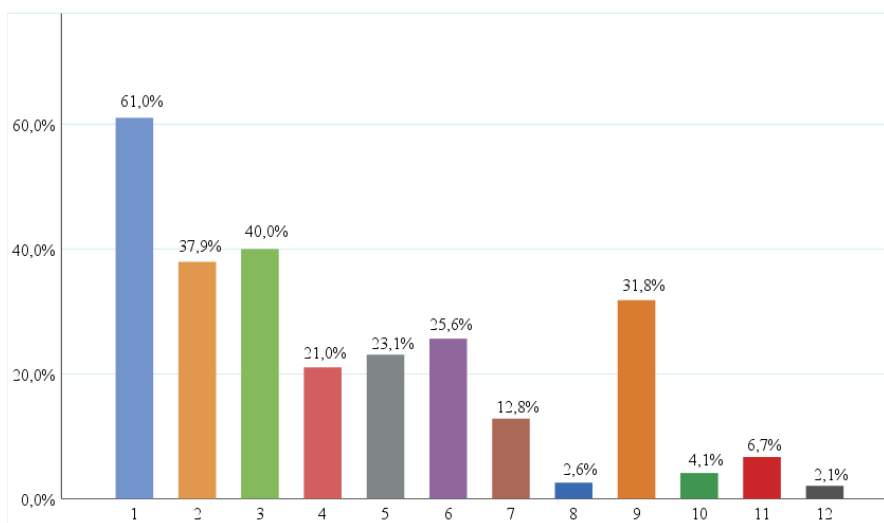
Legenda: 1 – motivace, 2 – možnost zpětné vazby, 3 – vrchní sestra se sama účastní přímé ošetrovatelské péče, 4 – individuální rozhovor, 5 – koučink, 6 – supervize, 7 – reflektivní praxe, 8 – příkazy, nařízení, 9 – umožnění dalšího vzdělávání (kurzy, školení...), 10 – nijak nepodporuje, 11 – jiné

Zdroj: vlastní výzkum

Poznámka: Jelikož respondenti měli možnost označit více odpovědí, součet relativních četností převyšuje 100 %.

Nejčastěji označovaný byl z celkového počtu 474 odpovědí způsob podpory sester v přímé ošetrovatelské péči vrchní sestrou umožněním dalšího vzdělávání kurzy či školením, a to v 91 (46,7 %) případech. Druhým nejčastějším způsobem podpory byla možnost zpětné vazby, která byla označena 82krát (42,1 %). Dále byla označena možnost individuální rozhovoru v 66 (33,8 %) případech, motivace v 62 (31,8 %) případech a podpora příkazy nebo nařízením v 59 (30,3 %) případech. Možnost, aby se vrchní sestra sama účastnila přímé ošetrovatelské péče, byla označena 57krát (29,2 %). Menší počet respondentů označil možnosti, že vrchní sestra nijak nepodporuje – 29 (14,9 %), supervize – 11 (5,6 %), koučink – 9 (4,6 %), reflektivní praxe – 6 (3,1 %) a 2krát (1,0 %) byla označena možnost jiné.

Graf 10 Vyžadované způsoby podpory vrchní sestrou



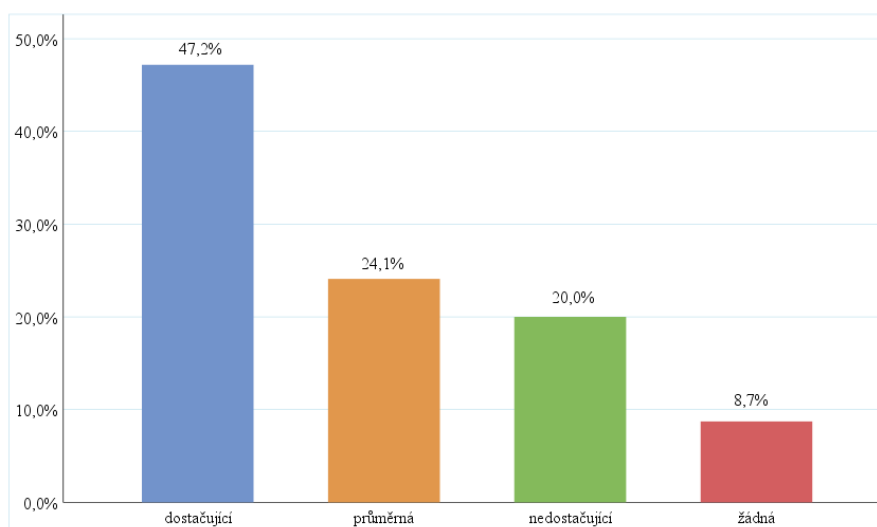
Legenda: 1 – motivací, 2 – možnosti zpětné vazby, 3 – aby se sama účastnila přímé ošetrovatelské péče, 4 – individuálním rozhovorem, 5 – koučinkem, 6 – supervizí, 7 – reflektivní praxí, 8 – příkazy, nařízením, 9 – umožněním dalšího vzdělávání (kurzy, školení...), 10 – nijak nepodporovat, 11 – stávající podpora vyhovuje, 12 – jiné

Zdroj: vlastní výzkum

Poznámka: Jelikož respondenti měli možnost označit více odpovědí, součet relativních četností převyšuje 100 %.

Zjišťovali jsme také, jaký způsob podpory přímé ošetrovatelské péče by respondenti od vrchní sestry uvítali. Z celkového počtu 524 odpovědí by 119 (61,0 %) respondentů uvítali podpory motivací. Možnost, aby se vrchní sestra sama účastnila přímé ošetrovatelské péče, byla zvolena 78krát (40,0 %), zpětnou vazbu jako možnost podpory ve formě uvedlo 74 (37,9 %) respondentů. Podpora přímé péče umožněním dalšího vzdělávání formou kurzů či školení byla respondenty uvedena 62krát (31,8 %), možnost supervize byla označena 50krát (25,6 %). Koučink jako možná podpora od vrchní sestry se objevil 45krát (23,1 %), možnost individuálního rozhovoru označilo 41 (21,0 %) respondentů a 25krát (12,8 %) byla uvedena reflektivní praxe. Dále 13krát (6,7 %) respondenti odpověděli, že jim stávající podpora od vrchní sestry vyhovuje. Méně respondenti označovali možnost formy podpory příkazy a nařízením – 5 (2,6 %), 8 (4,1 %) respondentů by nechtělo být vůbec vrchní sestrou nijak podporováno. Možnost jiné zvolili respondenti 4krát (2,1 %) a napsali vlastní odpověď – uvítali by finanční podporu či častější přítomnost vrchní sestry na oddělení.

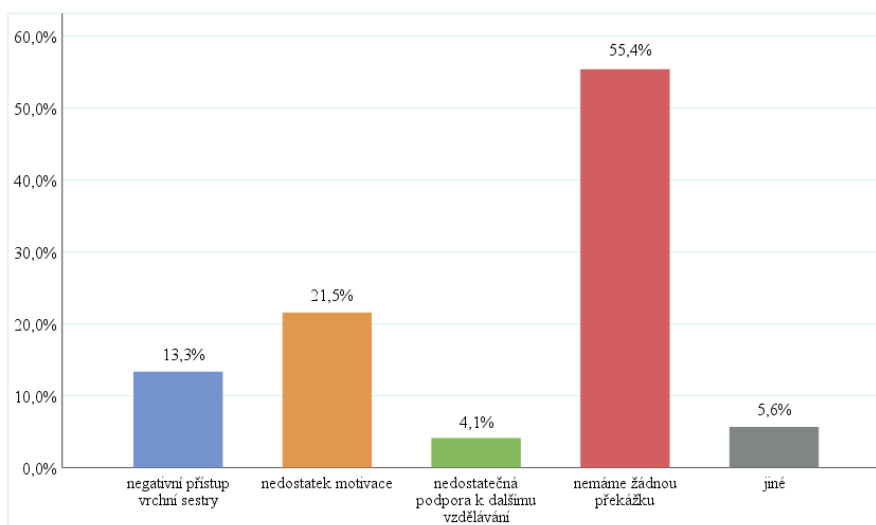
Graf 11 Míra podpory od vrchní sestry



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 195 respondentů si 92 (47,2 %) myslí, že míra podpory od jejich vrchní sestry je dostačující, 47 (24,1 %) ji hodnotí jako průměrnou, 39 (20,0 %) respondentů je přesvědčeno, že podpora vrchní sestrou je nedostačující a 17 (8,7 %) respondentů uvedlo možnost žádná.

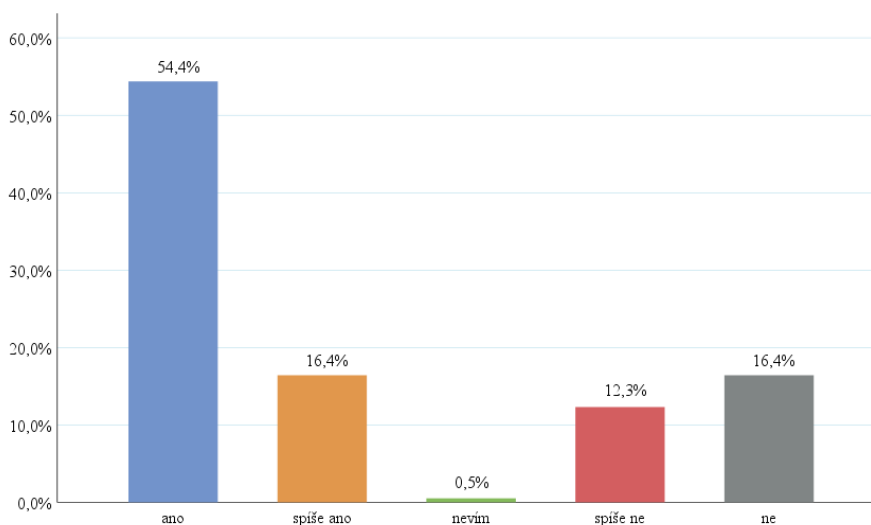
Graf 12 Největší překážky podpory od vrchní sestry



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 195 respondentů z řad sester uvedlo 26 (63 %), že největší překážku podpory v přímé péči od jejich vrchní sestry spatřují v jejím negativním přístupu, 42 (21,5 %) respondentů označilo možnost nedostatek motivace a 8 (4,1 %) respondentů odpovědělo, že v podpoře od vrchní sestry jim chybí dostatečná podpora dalšího vzdělávání. Více než polovina respondentů 108 (55,4 %) uvedla, že v podpoře od vrchní sestry nevidí žádnou překážku. Odpověď jiné byla označena 11 (5,6 %) respondenty, z toho 3 respondenti uvedli jako největší překážku nedostatečné finanční ohodnocení a 2 respondenti neznalost provozu, další odpovědi byly, že vrchní sestra nedostatečně komunikuje či že se o respondenty zajímá pouze tehdy, když se něco děje.

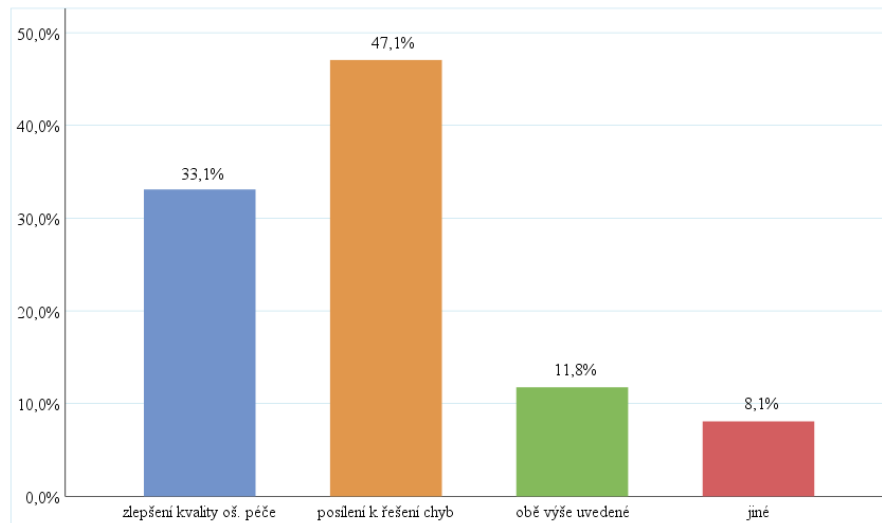
Graf 13 Existence pravidelných setkání s vrchní sestrou



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 195 (100 %) respondentů jich 106 (54,4 %) uvedlo odpověď ano, mají pravidelná setkání s vrchní sestrou. Spíše ano odpovědělo 32 (16,4 %) respondentů, 1 (0,5 %) respondent neví. Dalších 24 (12,3 %) respondentů si myslí, že pravidelná setkání spíše neprobíhají a 32 (16,4 %) respondentů uvedlo, že na jejich pracovišti neprobíhají vůbec pravidelná setkání s vrchní sestrou.

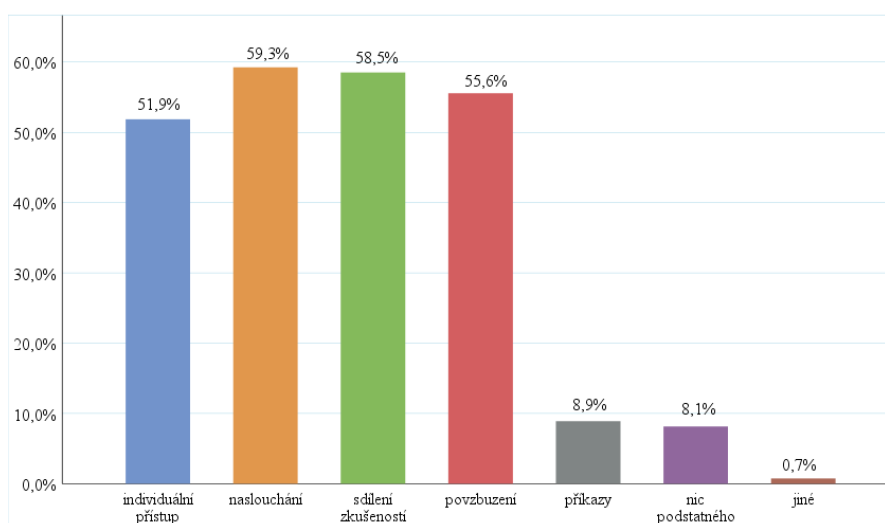
Graf 14 Výstupy z pravidelných setkání s vrchní sestrou



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 138 (100 %) respondentů uvedlo 45 (33,1 %), že výstupem z pravidelného setkání s vrchní sestrou je zlepšení kvality ošetrovatelské péče a 64 (47,1 %) respondentů v setkáních vidí posílení k řešení chyb. Spojení obou výše uvedených odpovědí uvedlo 16 (11,8 %) dotazovaných odpovědělo. Odpověď jiné označilo 11 (8,1 %) respondentů, kteří uvedli, že nemají žádný výstup či tato setkání označili pouze jako informativní.

Graf 15 Nejpodstatnější výstup z pravidelných setkání s vrchní sestrou

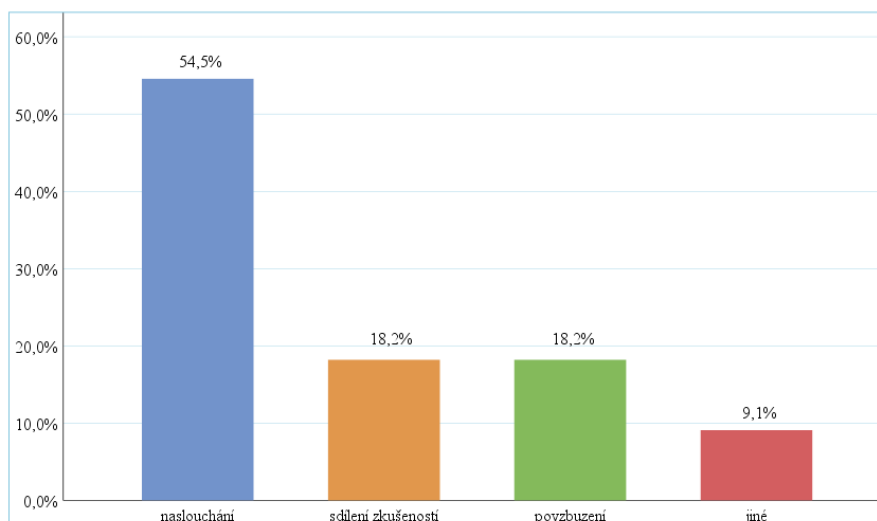


Zdroj: vlastní výzkum

Poznámka: Jelikož respondenti měli možnost označit více odpovědí, součet relativních četností převyšuje 100 %.

Zjišťovali jsme, co je pro respondenty nejpodstatnější na pravidelných setkáních s vrchní sestrou. Z celkového počtu 328 odpovědí se nejčastěji, a to v 80 (59,3 %) případech, objevilo jako nejpodstatnější naslouchání, 79 (58,5 %) odpovědí uvedlo možnost sdílení zkušeností. Možnost povzbuzení byla zvolena 75krát (55,6 %), individuální přístup byl označen 70krát (51,9 %). Méně respondenti označovali příkazy 12 (8,9 %). Možnost, že na setkáních s vrchní sestrou není nic podstatného, byla zmíněna 11krát (8,1 %), 1krát (0,7 %) respondent označil možnost jiné a napsal vlastní odpověď, že nejpodstatnější je motivace.

Graf 16 Možnosti na zlepšení výstupů z pravidelných setkání s vrchní sestrou

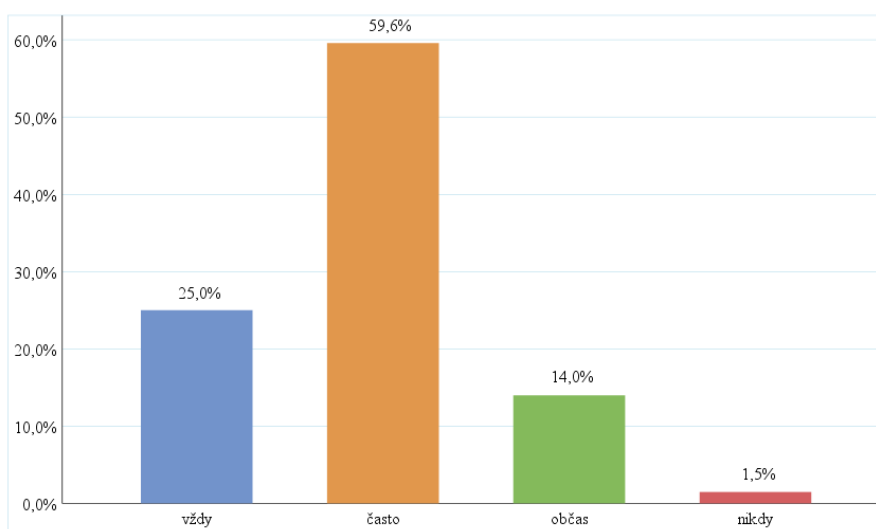


Zdroj: vlastní výzkum

Respondenti – 11 (100 %), kteří na otázku, co je pro ně nejpodstatnější na pravidelných setkáních s vrchní sestrou, označili odpověď nic podstatného, měli v následující otázce v dotazníku označit, o co by měli v takovém případě zájem.

6 (54,5 %) respondentů by mělo zájem o naslouchání , 2 (18,2 %) respondenti by přivítali možnost sdílení zkušeností, stejně tak další 2 (18,2 %) respondenti označili, že by měli zájem o povzbuzení. Jinou odpověď označil 1 (9,1 %) respondent – měl by zájem o všechny uvedené možnosti. Nikdo z těchto 11 (100 %) respondentů nezvolil možnosti individuální přístup a příkazy.

Graf 17 Frekvence řešení kvality poskytované přímé ošetrovatelské péče



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 138 (100 %) respondentů uvedlo 34 (25,0 %), že kvalita ošetrovatelské péče je „vždy“ obsahem pravidelného setkání s vrchní sestrou, 81 (59,6 %) respondentů odpovědělo „často“ a 19 (14,0 %) respondentů zvolilo možnost „občas“. Kvalita ošetrovatelské péče není obsahem setkání s vrchní sestrou podle 2 (1,5 %) respondentů „nikdy“.

4.1.1 Testování hypotéz

Hypotézy byly testovány chí-kvadrát testem v kontingenční tabulce. Zvolená hladina významnosti $p = 0,05$ (5 %).

4.1.1.1 Vnímání podpory středního managementu / vzdělání

H1: Vnímání podpory středního managementu pro zajištění kvalitní přímé ošetrovatelské péče je závislé na vzdělání respondentů.

H0: Vnímání podpory středního managementu pro zajištění kvalitní přímé ošetrovatelské péče je nezávislé na vzdělání respondentů.

Hypotézu H1 jsme hodnotili na základě odpovědí na otázku č. 9 *Jakou formu podpory od vrchní sestry byste uvítali? Můžete označit více odpovědí.* V kontingenční tabulce č. 1 jsou výsledky porovnány dle nejvyššího dosaženého vzdělání. Tabulka musela být rekatégorizována tak, aby bylo možné testovat hypotézu. Podle hodnoty signifikace Pearson χ^2 kvadrát testu 0,242 (24,2 %) byla prokázána závislost vnímání podpory středního managementu pro zajištění kvalitní přímé ošetrovatelské péče na vzdělání respondentů. Neplatí nulová hypotéza, ale přijímáme hypotézu jedna.

Kontingenční tabulka 1 Vnímání podpory / vzdělání respondentů

		Vzdělání				Celkem
		SZŠ	VOŠ - DiS.	VŠ - Bc., Mgr., + Ph.D., PhDr	PSS	
Sestry vyžadují podporu	motivací	42 60,9 %	16 57,1 %	43 71,7 %	18 47,4 %	119 61,0 %
	možností zpětné vazby	26 37,7 %	9 32,1 %	29 48,3 %	10 26,3 %	74 37,9 %
	aby se sama účastnila přímé péče	29 42,0 %	9 32,1 %	28 46,7 %	12 31,6 %	78 40,0 %
	individuální rozhovor	9 13,0 %	7 25,0 %	17 28,3 %	8 21,1 %	41 21,0 %
	koučinkem	16 23,2 %	3 10,7 %	16 26,7 %	10 26,3 %	45 23,1 %
	supervizi	14 20,3 %	5 17,9 %	22 36,7 %	9 23,7 %	50 25,6 %
	reflektivní praxí	7 10,1 %	2 7,1 %	10 16,7 %	6 15,8 %	25 12,8 %
	příkazy, nařízením	2 2,9 %	0 0,0 %	1 1,7 %	2 5,3 %	5 2,6 %
	umožněním dalšího vzdělání	19 27,5 %	10 35,7 %	19 31,7 %	14 36,8 %	62 31,8 %
	nijak nepodporovat	3 4,3 %	1 3,6 %	2 3,3 %	2 5,3 %	8 4,1 %
	stávající vyhovuje	2 2,9 %	2 7,1 %	3 5,0 %	6 15,8 %	13 6,7 %
	jiná	1 1,4 %	1 3,6 %	1 1,7 %	1 2,6 %	4 2,1 %
	Celkem	69 100,0 %	28 100,0 %	60 100,0 %	38 100,0 %	195 100,0 %

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 1 CHITEST vnímání podpory / vzdělání respondentů

Pearson Chi-Square Tests	
Chi-square	41,540
Df	36
Sig.	0,242 ^a

a. Více než 20 % buněk proměnných je menší než 5

Zdroj: vlastní výzkum

4.1.1.2 Vnímání podpory středního managementu / délka odborné praxe

H2: Vnímání podpory středního managementu pro zajištění kvalitní přímé ošetrovatelské péče je závislé na délce praxe respondentů.

H0: Vnímání podpory středního managementu pro zajištění kvalitní přímé ošetrovatelské péče je nezávislé na délce praxe respondentů.

Hypotézu jsme hodnotili na základě odpovědí na otázku č. 10: *Jakou formu podpory od vrchní sestry byste uvítali? Můžete označit více odpovědí.* V kontingenční tabulce č. 2 jsou výsledky porovnány dle délky odborné praxe respondentů. Podle hodnoty signifikace Pearson Chí kvadrát testu 0,336 (33,6 %) byla prokázána závislost vnímání podpory středního managementu pro zajištění kvalitní přímé ošetrovatelské péče na délce odborné praxe. Neplatí nulová hypotéza, ale přijímáme hypotézu dvě.

Kontingenční tabulka 2 Vnímání podpory / délka odborné praxe

		Praxe					Celkem
		méně než 2 roky	2-5 let	6-10 let	11-15 let	16 a více let	
Sestry vyžadují podporu	motivací	5 62,5 %	19 63,3 %	13 65,0 %	18 69,2 %	64 57,7 %	119 61,0 %
	možností zpětné vazby	4 50,0 %	12 40,0 %	8 40,0 %	13 50,0 %	37 33,3 %	74 37,9 %
	aby se sama účastnila přímé péče	2 25,0 %	13 43,3 %	7 35,0 %	14 53,8 %	42 37,8 %	78 40,0 %
	individuálním rozhovorem	3 37,5 %	6 20,0 %	2 10,0 %	6 23,1 %	24 21,6 %	41 21,0 %
	koučkem	3 37,5 %	3 10,0 %	2 10,0 %	8 30,8 %	29 26,1 %	45 23,1 %
	supervizi	1 12,5 %	5 16,7 %	3 15,0 %	9 34,6 %	32 28,8 %	50 25,6 %
	reflektivní praxí	1 12,5 %	2 6,7 %	1 5,0 %	3 11,5 %	18 16,2 %	25 12,8 %
	příkazy, nařízením	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	5 4,5 %	5 2,6 %
	umožněním dalšího vzdělání	4 50,0 %	9 30,0 %	8 40,0 %	11 42,3 %	30 27,0 %	62 31,8 %
	nijak nepodporovat	1 12,5 %	2 6,7 %	0 0,0 %	0 0,0 %	5 4,5 %	8 4,1 %
	stávající vyhovuje	2 25,0 %	0 0,0 %	2 10,0 %	1 3,8 %	8 7,2 %	13 6,7 %
	jiná	1 12,5 %	0 0,0 %	0 0,0 %	1 3,8 %	2 1,8 %	4 2,1 %
	Celkem	8 100,0 %	30 100,0 %	20 100,0 %	26 100,0 %	111 100,0 %	195 100,0 %

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 2 CHITEST – vnímání podpory / délka odborné praxe

Pearson Chi-Square Tests	
Chi-square	51,561
Df	48
Sig.	0,336 ^a

a. Více než 20 % proměnných je menší než 5

Zdroj: vlastní výzkum

4.1.1.3 Vnímání podpory středního managementu / věk

H3: Vnímání podpory středního managementu pro zajištění kvalitní přímé ošetrovatelské péče je závislé na věku respondentů.

H0: Vnímání podpory středního managementu pro zajištění kvalitní přímé ošetrovatelské péče je nezávislé na věku respondentů.

Platnost hypotézy jsme hodnotili na základě odpovědí na otázku č. 10: *Jakou formu podpory od vrchní sestry byste uvítali? Můžete označit více odpovědí.* V kontingenční tabulce č. 3 jsou výsledky porovnány dle věku respondentů. Podle hodnoty signifikace Pearson Chí kvadrát testu 0,939 (93,9 %) byla prokázána závislost vnímání podpory středního managementu pro zajištění kvalitní přímé ošetrovatelské péče na věku respondentů. Neplatí nulová hypotéza, ale přijímáme hypotézu tři.

Kontingenční tabulka 3 Vnímání podpory / věk respondentů

		Věk				Celkem
		18-29 let	30-39 let	40-49 let	50 a více let	
Sestry vyžadují podporu	motivací	26 60,5 %	29 65,9 %	38 54,3 %	26 68,4 %	119 61,0 %
	možností zpětné vazby	18 41,9 %	17 38,6 %	27 38,6 %	12 31,6 %	74 37,9 %
	aby se sama účastnila přímé péče	16 37,2 %	21 47,7 %	29 41,4 %	12 31,6 %	78 40,0 %
	individuálním rozhovor	8 18,6 %	10 22,7 %	15 21,4 %	8 21,1 %	41 21,0 %
	koučinkem	6 14,0 %	11 25,0 %	16 22,9 %	12 31,6 %	45 23,1 %
	supervizi	7 16,3 %	11 25,0 %	21 30,0 %	11 28,9 %	50 25,6 %
	reflektivní praxí	3 7,0 %	6 13,6 %	9 12,9 %	7 18,4 %	25 12,8 %
	příkazy, nařízením	0 0,0 %	2 4,5 %	3 4,3 %	0 0,0 %	5 2,6 %
	umožněním dalšího vzdělání	16 37,2 %	14 31,8 %	20 28,6 %	12 31,6 %	62 31,8 %
	nijak nepodporovat	3 7,0 %	2 4,5 %	3 4,3 %	0 0,0 %	8 4,1 %
	stávající vyhovuje	3 7,0 %	2 4,5 %	4 5,7 %	4 10,5 %	13 6,7 %
	jiná	1 2,3 %	1 2,3 %	1 1,4 %	1 2,6 %	4 2,1 %
	Celkem	43 100,0 %	44 100,0 %	70 100,0 %	38 100,0 %	195 100,0 %

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 3 CHITEST vnímání podpory / věk

Pearson Chi-Square Tests	
Chi-square	23,919
Df	36
Sig.	0,939 ^a

a. Více než 20 % proměnných je menší než 5

Zdroj: vlastní výzkum

4.1.1.4 Kontrolní činnost převažuje nad podpůrnou činností / vzdělání

H4: Názor respondentů na to, že kontrolní činnost převažuje nad podpůrnou činností poskytovanou středním managementem pro zajištění kvalitní přímé ošetrovatelské péče je závislý na vzdělání respondentů.

H0: Názor respondentů na to, že kontrolní činnost převažuje nad podpůrnou činností poskytovanou středním managementem pro zajištění kvalitní přímé ošetrovatelské péče je nezávislý na vzdělání respondentů.

Hypotézu jsme hodnotili na základě odpovědí na otázku č. 7: *Myslíte si, že vrchní sestra využívá více kontrolní činnost než podpůrnou?* V kontingenční tabulce č. 4 jsou výsledky porovnány dle vzdělání respondentů. Tabulka musela být re-kategorizována tak, aby bylo možné testovat hypotézu. Podle hodnoty signifikace Pearson Chí kvadrát testu 0,835 (83,5 %) byla prokázána závislost názoru respondentů – kontrolní činnost převažuje nad podpůrnou činností poskytovanou středním managementem pro zajištění kvalitní přímé ošetrovatelské péče – na vzdělání respondentů. Neplatí nulová hypotéza, ale přijímáme hypotézu čtyři.

Kontingenční tabulka 4 Převaha kontrolní činnosti nad podpůrnou / vzdělání

		Vzdělání						Celkem
		SZŠ	VOŠ – DiS	VŠ – Bc.	VŠ – Mgr.	Ph.D., PhDr.	PSS	
Převaha kontrolní činnosti nad podpůrnou	ano	39	13	20	14	1	14	101
		78,0 %	72,2 %	74,1 %	70,0 %	100,0 %	63,6 %	73,2 %
	ne	11	5	7	6	0	8	37
		22,0 %	27,8 %	25,9 %	30,0 %	0,0 %	36,4 %	26,8 %
Celkem		50	18	27	20	1	22	138
		100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 4 CHITEST převaha kontrolní činnosti nad podpůrnou / vzdělání

Chi-Square Tests			
	Value	Df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,102 ^a	5	0,835
Likelihood Ratio	2,320	5	0,803
Linear-by-Linear Association	1,423	1	0,233
N of Valid Cases	138		

a. 3 buňky (25,0 %) proměnných je menší než 5. Minimální předpokládaná hodnota je 0,27.

Zdroj: vlastní výzkum

4.1.1.5 Kontrolní činnost převažuje nad podpůrnou činností / délka praxe

H5: Názor respondentů na to, že kontrolní činnost převažuje nad podpůrnou činností poskytovanou středním managementem pro zajištění kvalitní přímé ošetrovatelské péče je závislý na délce praxe respondentů.

H0: Názor respondentů na to, že kontrolní činnost převažuje nad podpůrnou činností poskytovanou středním managementem pro zajištění kvalitní přímé ošetrovatelské péče je nezávislý na délce praxe respondentů.

Hypotézu jsme hodnotili na základě odpovědí na otázku č. 7: *Myslíte si, že vrchní sestra využívá více kontrolní činnosti než podpůrnou?* V kontingenční tabulce č. 5 jsou výsledky porovnány dle délky odborné praxe respondentů. Tabulka musela být re-kategorizována tak, aby bylo možné testovat hypotézu. Podle hodnoty signifikace Pearson Chí kvadrát testu 0,394 (39,4 %) byla prokázána závislost názoru respondentů – kontrolní činnost převažuje nad podpůrnou činností poskytovanou středním managementem pro zajištění kvalitní přímé ošetrovatelské péče – na délce odborné praxe respondentů. Neplatí nulová hypotéza, ale přijímáme hypotézu pět.

Kontingenční tabulka 5 Převaha kontrolní činnosti nad podpůrnou / délka praxe

		Délka odborné praxe					Celkem
		méně než 2 roky	2–5 let	6–10 let	11–15 let	16 a více let	
Převaha kontrolní činnosti nad podpůrnou	ano	1 33,3 %	16 76,2 %	13 86,7 %	16 69,6 %	55 72,4 %	101 73,2 %
	ne	2 66,7 %	5 23,8 %	2 13,3 %	7 30,4 %	21 27,6 %	37 26,8 %
Celkem		3 100,0 %	21 100,0 %	15 100,0 %	23 100,0 %	76 100,0 %	138 100,0 %

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 5 CHITEST převaha kontrolní činnosti nad podpůrnou

Chi-Square Tests			
	Value	Df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,093 ^a	4	0,394
Likelihood Ratio	3,946	4	0,413
Linear-by-Linear Association	0,003	1	0,960
N of Valid Cases	138		

a. 3 buňky (30,0 %) proměnných jsou menší než 5. Minimální předpokládána hodnota je 0,81.

Zdroj: vlastní výzkum

4.1.1.6 Dostatečná míra podpory středního managementu / vzdělání

H6: Dostatečná míra podpory středního managementu pro zajištění kvalitní přímé ošetrovatelské péče vnímaná respondenty je závislá na jejich vzdělání.

H0: Dostatečná míra podpory středního managementu pro zajištění kvalitní přímé ošetrovatelské péče vnímaná respondenty je nezávislá na jejich vzdělání.

Platnost hypotézy jsme hodnotili na základě odpovědí na otázku č. 11: *Míru podpory vrchní sestry vnímáte jako...* V kontingenční tabulce č. 6 jsou výsledky porovnány dle vzdělání respondentů. Podle hodnoty signifikace Pearson Chí kvadrát testu 0,546 (54,3 %) byla prokázána závislost dostatečné míry podpory středního managementu pro zajištění kvalitní přímé ošetrovatelské péče vnímaná respondenty na jejich vzdělání. Neplatí nulová hypotéza, ale přijímáme hypotézu šest.

Kontingenční tabulka 6 Dostatečná míra podpory středního managementu / vzdělání

		Vzdělání						Celkem
		SZŠ	VOŠ – DiS	VŠ – Bc.	VŠ – Mgr.	Ph.D., PhDr.	PSS	
Míra podpory	dostačující	35	13	13	9	0	22	92
		50,7 %	46,4 %	38,2 %	36,0 %	0,0 %	57,9 %	47,2 %
	průměrná	15	7	8	8	0	9	47
		21,7 %	25,0 %	23,5 %	32,0 %	0,0 %	23,7 %	24,1 %
	nedostačující	12	6	11	6	1	3	39
		17,4 %	21,4 %	32,4 %	24,0 %	100,0 %	7,9 %	20,0 %
žádná	7	2	2	2	0	4	17	
	10,1 %	7,1 %	5,9 %	8,0 %	0,0 %	10,5 %	8,7 %	
Celkem		69	28	34	25	1	38	195
		100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 6 CHITEST dostatečná míra podpory/vzdělání

Chi-Square Tests			
	Value	Df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	13,728 ^a	15	0,546
Likelihood Ratio	13,377	15	0,573
Linear-by-Linear Association	0,192	1	0,662
N of Valid Cases	195		

a. 8 buněk (33,3 %) proměnných je menších než 5. Minimální předpokládaná hodnota je 0,09.

Zdroj: vlastní výzkum

4.1.1.7 Dostatečná míra podpory středního managementu / délka odborné praxe

H7: Dostatečná míra podpory středního managementu pro zajištění kvalitní přímé ošetrovatelské péče vnímaná respondenty je závislá na jejich délce praxe.

H0: Dostatečná míra podpory středního managementu pro zajištění kvalitní přímé ošetrovatelské péče vnímaná respondenty je nezávislá na jejich délce praxe.

Hypotézu jsme hodnotili na základě odpovědí na otázku č. 11: *Míru podpory vrchní sestry vnímáte jako...* V kontingenční tabulce č. 7 jsou výsledky porovnány dle délky odborné praxe respondentů. Podle hodnoty signifikace Pearson Chí kvadrát testu 0,055 (5,5 %) byla prokázána závislost dostatečné míry podpory středního managementu pro zajištění kvalitní přímé ošetrovatelské péče vnímaná respondenty na délce odborné praxe. Neplatí nulová hypotéza, ale přijímáme hypotézu sedm.

Kontingenční tabulka 7 Dostatečná míra podpory /délka odborné praxe

		Praxe					Celkem
		méně než 2 roky	2–5 let	6–10 let	11–15 let	16 a více let	
Míra podpory	dostačující	8	15	12	6	51	92
		100,0 %	50,0 %	60,0 %	23,1 %	45,9 %	47,2 %
	průměrná	0	7	4	8	28	47
		0,0 %	23,3 %	20,0 %	30,8 %	25,2 %	24,1 %
	nedostačující	0	7	4	7	21	39
	0,0 %	23,3 %	20,0 %	26,9 %	18,9 %	20,0 %	
	žádná	0	1	0	5	11	17
		0,0 %	3,3 %	0,0 %	19,2 %	9,9 %	8,7 %
Celkem		8	30	20	26	111	195
		100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 7 CHITEST dostatečná míra podpory/ délka praxe

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	20,699 ^a	12	0,055
Likelihood Ratio	25,550	12	0,012
Linear-by-Linear Association	4,103	1	0,044
N of Valid Cases	195		

a. 9 buněk (45, 0 %) proměnných je menších než 5. Minimální předpokládaná hodnota je 0,70.

Zdroj: vlastní výzkum

4.1.1.8 Dostatečná míra podpory středního managementu / věk

H8: Dostatečná míra podpory středního managementu pro zajištění kvalitní přímé ošetrovatelské péče vnímaná respondenty je závislá na jejich věku.

H0: Dostatečná míra podpory středního managementu pro zajištění kvalitní přímé ošetrovatelské péče vnímaná respondenty je nezávislá na jejich věku.

Platnost hypotézy jsme hodnotili na základě odpovědí na otázku č. 11: *Míru podpory vrchní sestry vnímáte jako...* V kontingenční tabulce č. 8 jsou výsledky porovnány dle věku respondentů. Podle hodnoty signifikace Pearson Chí kvadrát testu 0,111 (11,1 %) byla prokázána závislost dostatečné míry podpory středního managementu pro zajištění kvalitní přímé ošetrovatelské péče vnímaná respondenty na jejich věku. Neplatí nulová hypotéza, ale přijímáme hypotézu osm.

Kontingenční tabulka 8 Dostatečná míra podpory / věk

		Věk				Celkem
		18–29 let	30–39 let	40–49 let	50 a více let	
Míra podpory	dostačující	27	17	35	13	92
		62,8 %	38,6 %	50,0 %	34,2 %	47,2 %
	průměrná	7	14	14	12	47
		16,3 %	31,8 %	20,0 %	31,6 %	24,1 %
	nedostačující	8	6	15	10	39
	18,6 %	13,6 %	21,4 %	26,3 %	20,0 %	
	žádná	1	7	6	3	17
		2,3 %	15,9 %	8,6 %	7,9 %	8,7 %
Celkem		43	44	70	38	195
		100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 8 CHITEST dostatečná míra podpory/ věk

-Square Tests			
	Value	Df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	14,342 ^a	9	0,111
Likelihood Ratio	14,678	9	0,100
Linear-by-Linear Association	2,929	1	0,087
N of Valid Cases	195		

a. 3 buňky (18,8 %) proměnných je menší než 5. Minimální předpokládaná hodnota je 3,31.

Zdroj: vlastní výzkum

4.1.1.9 Nedostatek motivace jako překážka / vzdělání

H9: Nedostatek motivace poskytované středním managementem jako překážky pro zajištění kvalitní přímé ošetrovatelské péče je závislý na vzdělání respondentů.

H0: Nedostatek motivace poskytované středním managementem jako překážky pro zajištění kvalitní přímé ošetrovatelské péče je nezávislý na vzdělání respondentů.

Hypotézu jsme hodnotili na základě odpovědí na otázku č. 12: *Co považujete za největší překážku podpory od vrchní sestry?* V kontingenční tabulce jsou výsledky porovnány dle vzdělání respondentů. Za účelem testování hypotézy byla data re-kategorizována. Podle hodnoty signifikace Pearson Chí kvadrát testu 0,074 (7,4 %) byla prokázána nezávislost dostatečné míry podpory středního managementu pro zajištění kvalitní přímé ošetrovatelské péče vnímaná respondenty na jejich vzdělání. Neplatí nulová hypotéza, ale přijímáme hypotézu devět.

Kontingenční tabulka 9 Největší překážka podpory / vzdělání

		Vzdělání					Celkem	
		SZŠ	VOŠ – DiS	VŠ – Bc.	VŠ – Mgr.	Ph.D., PhDr.		PSS
Největší překážka podpory	negativní přístup vrchní sestry	11 42,3 %	2 15,4 %	3 14,3 %	3 20,0 %	0 0,0 %	7 63,6 %	26 29,9 %
	nedostatek motivace	8 30,8 %	9 69,2 %	15 71,4 %	6 40,0 %	1 100,0 %	3 27,3 %	42 48,3 %
	nedostatečná podpora dalšího vzdělávání	2 7,7 %	2 15,4 %	1 4,8 %	3 20,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	8 9,2 %
	jiné	5 19,2 %	0 0,0 %	2 9,5 %	3 20,0 %	0 0,0 %	1 9,1 %	11 12,6 %
Celkem		26 100,0 %	13 100,0 %	21 100,0 %	15 100,0 %	1 100,0 %	11 100,0 %	87 100,0 %

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 9 CHITEST nedostatek motivace/ vzdělání

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	23,524 ^a	15	0,074
Likelihood Ratio	25,386	15	0,045
Linear-by-Linear Association	0,437	1	0,508
N of Valid Cases	87		

a. 2 buňky (16,7 %) proměnných jsou menší než 5. Minimální předpokládaná hodnota je 0,22.

Zdroj: vlastní výzkum

4.1.1.10 Nedostatek motivace jako překážky / délka odborné praxe

H10: Nedostatek motivace poskytované středním managementem jako překážky pro zajištění kvalitní přímé ošetrovatelské péče je závislý na délce praxe respondentů.

H0: Nedostatek motivace poskytované středním managementem jako překážky pro zajištění kvalitní přímé ošetrovatelské péče je nezávislý na délce praxe respondentů.

Hypotézu jsme hodnotili na základě odpovědí na otázku č. 12: *Co považujete za největší překážku podpory od vrchní sestry?* V kontingenční tabulce č. 10 jsou výsledky porovnány dle délky odborné praxe respondentů. Za účelem testování hypotézy byla data re-kategorizovaná. Podle hodnoty signifikace Pearson Chí kvadrát testu 0,037 (3,7 %) byla prokázána nezávislost dostatečné míry podpory středního managementu pro zajištění kvalitní přímé ošetrovatelské péče vnímaná respondenty na délce odborné praxe. Neplatí hypotéza 10, ale přijímáme nulovou hypotézu.

Kontingenční tabulka 10 Nedostatek motivace / délka odborné praxe

		Praxe					Celkem
		méně než 2 roky	2–5 let	6–10 let	11–15 let	16 a více let	
Největší překážka podpory	negativní přístup vrchní sestry	0	3	0	4	19	26
		0,0 %	23,1 %	0,0 %	20,0 %	43,2 %	29,9 %
	nedostatek motivace	1	8	8	13	12	42
		100,0 %	61,5 %	88,9 %	65,0 %	27,3 %	48,3 %
	nedostatečná podpora dalšího vzdělávání	0	2	0	2	4	8
		0,0 %	15,4 %	0,0 %	10,0 %	9,1 %	9,2 %
	jiné	0	0	1	1	9	11
		0,0 %	0,0 %	11,1 %	5,0 %	20,5 %	12,6 %
Celkem		1	13	9	20	44	87
		100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 10 CHITEST nedostatek motivace/ délka praxe

Chi-Square Tests			
	Value	Df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	22,039 ^a	12	0,037
Likelihood Ratio	27,206	12	0,007
Linear-by-Linear Association	0,577	1	0,448
N of Valid Cases	87		

a. 14 buněk (70,0 %) proměnných je menší než 5. Minimální předpokládaná hodnota je 0,09.

Zdroj: vlastní výzkum

4.2 Kvalitativní šetření

4.2.1 Identifikační údaje informantů

Tabulka 11 Identifikační údaje informantů

Informant	Věk	Oddělení	Délka odborné praxe		Vzdělání	Manažerské vzdělání
			Celková	Vrchní sestra		
I1	53	Oddělení následné péče	30 let	2,5 roku	Vysokoškolské – Mgr.	Kurz
I2	36	Interní	16 let	1,5 roku	Vyšší odborné – DiS.	Žádné
I3	34	Centrální operační sály	16 let	3 roky	Střední odborné + perioperační péče	Žádné
I4	40	ORL	21 let	2 roky	Střední odborné	Žádné
I5	41	Kardiocentrum	23 let	5 let	Střední odborné + ARIP	Žádné
I6	48	ARIM	30 let	20 let	Střední odborné + ARIP	Kurz
I7	53	Lůžka následné péče	34 let	15 let	Vysokoškolské – Mgr.	Více kurzů

Zdroj: vlastní výzkum

Rozhovor poskytlo 7 informantek (vrchních sester), 6 informantek (žen) a 1 informant (muž). Jednotliví informanti jsou označeni písmenem I a příslušným pořadovým číslem, kdy I3 je mužského pohlaví. V prvním sloupci je uveden věk informantek, kdy nejnižší byl u I3, a to 34 let, a nejvyšší 53 let byl zaznamenán u I1 a I7. Dalším zjišťovaným údajem bylo oddělení, které vrchní sestry vedou a kromě I1 a I2, jež shodně vedou oddělení následné péče, se oddělení lišila. Nejkratší doba odborné praxe byla u informantek I2 a I3, a to 16 let, naopak nejdelší byla u I7 34 let. Funkci vrchní sestry

zastávala nejkratší dobu informantka I2, a to 1,5 roku, nejdéle ve funkci byla informantka I6, a to 20 let. Při rozhovoru byli dotazováni na nejvyšší dosažené vzdělání. I1 a I7 měly vysokoškolské vzdělání s magisterským titulem, I2 dosáhla vyššího odborného vzdělání – diplomovaný specialista. Zbylé informantky I3, I4, I5, I6 mají středoškolské vzdělání s maturitou a kromě informantky I4 mají pomaturitní specializační studium v oboru intenzivní péče – I5, I6 a perioperační péče – I3. Zjišťovali jsme také, zda informantky mají manažerské vzdělání. I1, I6 a I7 uvedly, že absolvovaly certifikovaný kurz management ve zdravotnictví, I7 absolvovala i další manažerské kurzy. Zbylé informantky neměly žádné manažerské vzdělání.

4.2.2 Kategorie a analýza výsledků rozhovorů

Kategorie 1 Kvalita přímé ošetrovatelské péče

Kategorie 2 Působení středního managementu v přímé péči

Kategorie 3 Manažerské nástroje a dovednosti

Podkategorie 3.1 Sesterské vizity

Kategorie 4 Postoj vrchních sester k osobní účasti v přímé péči

Kategorie 5 Podpora sester v přímé péči středním managementem

Kategorie 6 Strádání sester dle mínění vrchních sester

Kategorie 1 Kvalita přímé ošetrovatelské péče

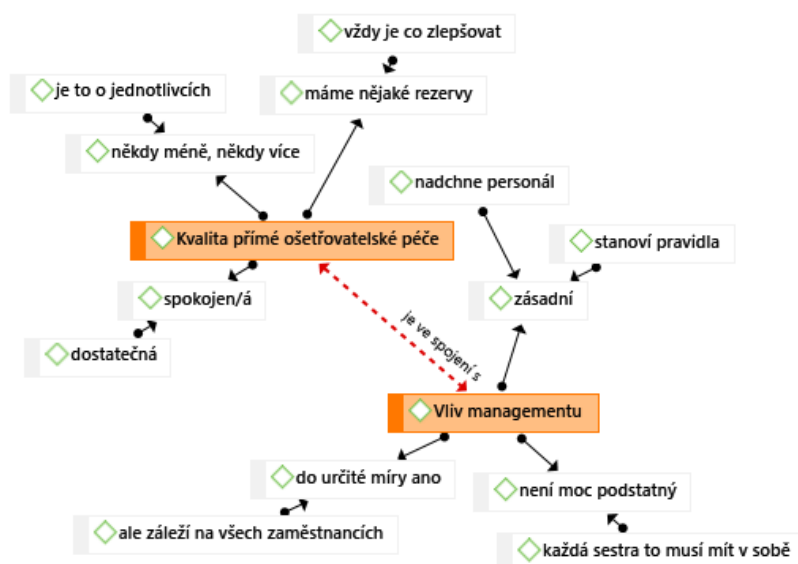
V této kategorii jsme se dotazovali informantek (vrchních sester), jak jsou osobně spokojené s kvalitou přímé ošetrovatelské péče. Většinou se shodovaly, že s kvalitou poskytované přímé ošetrovatelské péče jsou spokojené. Informantky I1, I2, a I7 uvedly, že jsou spokojené, ale určitě je vždy co zlepšovat. Informantka I2 se vyjádřila: „*Je to o jednotlivcích, takže někdy méně, někdy více a určitě máme na čem ještě pracovat a co zlepšovat.*“ Podobně reagovala i informantka I7, která uvedla: „*S kvalitou přímé ošetrovatelské péče na našem oddělení jsem spokojená, ale samozřejmě vždy je co zlepšovat, posouvat se dál.*“ Naprostou spokojenost vyjádřila i informantka I3 a informantka I4, a zatímco vrchní sestra I3 odpověděla stručně, že je spokojená, informantka I4 k tomu, že je spokojená, ještě dodala: „*Moje sestry odvádějí skvělou*

práci.“ Informantka I5 sice neřekla doslovně, že není dostatečně spokojená, ale uvedla: „*Mohlo by to být lepší.*“

Kategorie 2 Působení managementu v přímé ošetrovatelské péči

Navazující otázkou na spokojenost s kvalitou přímé ošetrovatelské péče byla, do jaké míry si vrchní sestry myslí, že může management ovlivnit kvalitu poskytované péče. Informantky I1, I2, I3 a I4 uvedly, že podstatně a synonymy určitě dost, zásadně či velkou měrou, dle I1 „*stanoví pravidla, standardy, nadchne personál*“. Informantka I2 ke své odpovědi dodala: „*Ryba smrdí od hlavy.*“ Naopak informantka I5 na otázku, do jaké míry může management ovlivnit kvalitu ošetrovatelské péče, sdělila: „*Moc ne, každá sestra to musí mít v sobě.*“ Vrchní sestra I7 řekla, že do určité míry ano a následně dodala: „*ale velmi záleží na všech zaměstnancích, někdy i jeden člověk dokáže napáchat hodně škody.*“ Kvalitu péče dle I7 ovlivňuje management i výběrem zaměstnanců a také svým přístupem. Uvedla: „*Já zastávám názor – jít příkladem.*“ Informantka I6 mluvila spíše než obecně o vlivu managementu nemocnice na kvalitu přímé péče za svou pozici: „*Myslím si, že více než já, tak kvalitu ošetrovatelské péče ovlivňují hlavně staniční sestry.*“

Schéma 1 Kvalita přímé ošetrovatelské péče a vliv managementu



Zdroj: vlastní výzkum

Kategorie 2 Manažerské nástroje a dovednosti

Vrchní sestry dostaly otázku, do jaké míry (dle jejich mínění) jimi používané manažerské dovednosti a nástroje, mohou ovlivnit kvalitu přímé péče. Téměř všechny informantky, kromě informantky I5, se shodly, že manažerské dovednosti a nástroje, které aplikují, mohou velkou měrou ovlivnit kvalitu přímé ošetrovatelské péče. Odpovědi vrchních sester I1 a I3 byly velmi stručné a o tématu se moc nerozpovídaly. Informantka I2 řekla: „*Můj tým říká, že na ně platí někdy jen vrchní sestra.*“ Vrchní sestra I4 nejvíce uplatňuje řídicí nástroje. Informantka I5 na položenou otázku odpověděla „*neovlivní to manažerské dovednosti, ale malý počet sester a velký počet pacientů*“. Nejvíce se o tématu rozpovídala informantka I7, dle jejího mínění manažerské dovednosti hrají významnou roli, dále také uvedla: „*Důraz bych dala na dobrou komunikaci, ta je dle mě nejpodstatnější. Být asertivní, snažit se řešit problémy rozumně a v klidu, dobře věci odargumentovat, umět přesvědčit, nadchnout pro společnou věc.*“ Informantka I7 také řekla, že se snaží stále vzdělávat, protože podle ní jsou důležité i odborné znalosti. Za nejdůležitější považuje: „*hlavně chválit a umět ocenit jejich výkony, být spravedlivá, lidská*“. Informantka I7 se zmínila o vlivu manažerských dovedností a nástrojů na kvalitu přímé ošetrovatelské péče, když mluvila o působení managementu na kvalitu péče, kdy zmínila, že motivuje své zaměstnance. Podle jejích slov: „*jen spokojený člověk může vykonávat dobře svou práci.*“ Dále dodala, že „*manažer by měl mít schopnosti rozhodovat, umět vést lidi, schopnosti říct ne, také by měl mít analytické dovednosti a být schopný týmové spolupráce*“.

Podkategorie 3.1 Sesterské vizity

Zjišťovali jsme, zda dotazované informantky provádí na svých odděleních sesterské vizity, a pokud ne, tak co by řekly o možnosti je zařadit. Informantky I2 a I6 sdělily, že u nich na oddělení provádí sesterské vizity. Vrchní sestra I2 k tomu, že vizity provádí, dodala: „*vidím je jako velmi důležité jak pro pacienty, tak pro odhalení nedostatků, ale já je mám zejména jako možnost a prostor pro pochvalu personálu.*“ Informantka I6 řekla, že každé ráno obchází všechny stanice, kde se vidí nejen s denní směnou, ale i končící noční směnou. Odpoledne opět projde všechna oddělení, Dále dodala: „*V případě potřeby jsem k dispozici na telefonu, a když je nutné, kdykoliv dojdu na oddělení.*“ Ostatní informantky – I1, I3, I4, I5 a I7 odpověděly, že sesterské vizity nemají. Vrchní sestra I3, která vede centrální operační sály a centrální sterilizaci,

uvedla: „vzhledem k povaze mého zaměření, nevidím podstatu sesterských vizit.“ Informantka I1 řekla, že si u nich při ranním předávání podají dostatečné informace o pacientech a po vizitě s lékařem konzultuje se sloužícími sestrami poznatky týkající se péče a změn. Na otázku, zda by sesterské vizity zavedla do svého harmonogramu práce, odpověděla, že zatím to není potřeba a dodala: „protože se změnám k lepšímu nebráním, možná na ně někdy dojde.“ Vrchní sestra I4 vysvětlila, proč neprovádí sesterské vizity: „máme funkční systém péče, takže všechny sestry vědí vše o všech pacientech.“ Sesterské vizity zařazovat do harmonogramu nebude, dle jejího mínění to není nutné. Informantka I5 řekla, že provádí pouze předání směny na pokojích u pacientů. Vrchní sestra I7 sice neprovádí sesterské vizity, ale pravidelně má na svém oddělení schůzky, kde o pacientech se sestrami diskutuje. I7 sdělila: „Jedenkrát týdně máme velkou vizitu, kde řešíme i ošetrovatelskou péči, a tak si myslím, že sesterské vizity by mně nic nového nepřinesly.“

Schéma 2 Manažerské nástroje a dovednosti ovlivňující kvalitu přímé péče



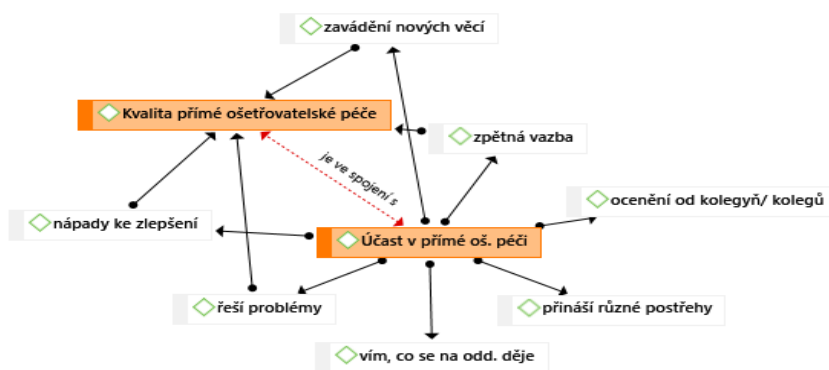
Zdroj: vlastní výzkum

Kategorie 4 Postoj vrchních sester k osobní účasti v přímé ošetrovatelské péči

Tato kategorie rozebírá, jak se informantky – vrchní sestry staví k tomu, že by se osobně účastnily přímé ošetrovatelské péče a do jaké míry může jejich účast ovlivnit kvalitu péče. „Skoro každá vrchní, kterou znám, se účastní přímé ošetrovatelské péče. Mají tak zpětnou vazbu o kvalitě poskytované péče.“ Takto na dotaz reagovala informantka I1, dle ní vrchní sestra nese odpovědnost za kvalitu, běžně se například účastní ranních odběrů krve. Ještě sdělila: „Pokud je vrchní dobrá organizačně i pracovně, tak ji (kvalitu) zvyšuje. Pokud je to uječená chaotička, tak je to naopak.“ Vrchní sestra I2 každý měsíc slouží alespoň jednu dvanáctihodinovou službu na jedné ze svých stanic. Svoji osobní účastí objevuje chyby a nedostatky, které se vyskytnou,

a následně zajistí jejich nápravu či eventuálně zavede nové věci. Občas slouží i informantka I5, jak v rozhovoru sdělila: „*Takže vím, co se na oddělení děje. Ale oddělení je obrovské, takže nemám tolik času, kolik bych potřebovala.*“ Na otázku, do jaké míry může osobní účast v přímé péči ovlivnit kvalitu poskytované péče, informantka I5 odpověděla: „*U nás ani moc ne, na odděleních jsou staniční a ty to ovlivňují nejvíc. Spolu to pak konzultujeme.*“ Naprosto normálně se účastní přímé péče vrchní sestry z nemocnice vrchní sestra I3, řekla: „*Když je třeba, a když mám čas, účastním se operačního programu a taktéž běžně sloužím. Tím, že se přímé péče účastním, vidím, že to kolegyně oceňují.*“ Často se účastní přímé ošetrovatelské péče informantka I6, uvedla: „*Účastním se, zvláště pokud řešíme nějaký problém a při nedostatku zaměstnanců ve směně a je to pro mě přínosné.*“ Osobní účast v přímé péči dle výpovědí informantky I7 působí na kvalitu poskytované péče částečně. Řekla: „*Nemyslím si, že bych se jako vrchní sestra měla každodenně účastnit přímé ošetrovatelské péče, protože mám spoustu jiných povinností, ale občas je to vhodné. Jednak to přináší různé postřehy, nápady ke zlepšení. A pak zdravotnictví i ošetrovatelství se velmi rychle mění a vyvíjí, a co platilo před 10 lety, je dnes jinak, mění se i skladba pacientů, a pokud bych neměla poznatky ze současné doby, mé názory by nebyly objektivní a nemohla bych ostatní správně vést.*“ Informantka I4 k osobní účasti vrchní sestry v přímé péči sdělila: „*Když na to bude mít čas, proč ne. Moje osobní účast kvalitu péče neovlivní.*“ Vrchní sestra I6 vypověděla: „*Bohužel musím říct, že není možné, abych se účastnila přímé péče, neboť to provozně není v mých silách a časových možnostech.*“ Na dotaz, jaký vliv má, dle jejího mínění, její osobní účast v přímé péči, odpověděla: „*To si netroufnu říct, nevím,*“

Schéma 3 Účast vrchní sestry v přímé péči

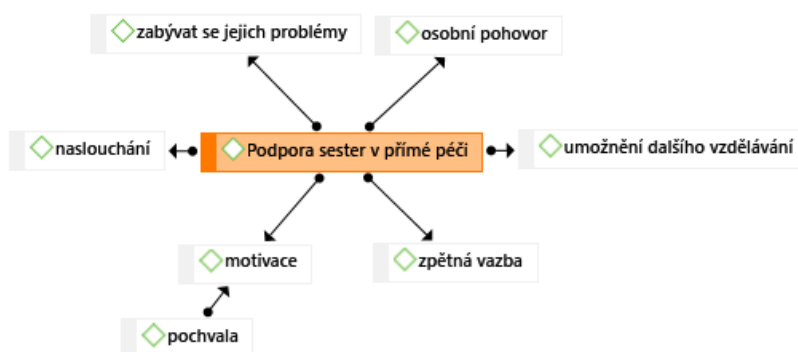


Zdroj: vlastní výzkum

Kategorie 5 Podpora sester v přímé ošetrovatelské péči

Podpora sester představuje důležitou součást náplně práce vrchních sester. Zajímalo nás, jaké možnosti podpory v přímé péči poskytují vrchní sestry sestrám na svém oddělení. Informantka I1 sdělila, že se své podřízené sestry snaží podporovat maximálně, řekla: „*Pokud je to potřeba, pracujeme spolu.*“ Při dotazování se na jiné otázky uvedla, že sice nastaví pravidla, ale také se snaží motivovat personál. Sama se účastní přímé ošetrovatelské péče a na základě toho poskytuje podporu formou zpětné vazby. Vrchní sestra I2 uvedla, že obchází jednotlivé stanice a vždy se dotazuje: „*Můžu Vám s něčím pomoci? Je třeba něco udělat? Stíháte?*“ Sama se účastní přímé ošetrovatelské péče a motivuje své podřízené pochvalou. Vrchní sestra I3 uvedla, že její podřízené sestry nejvíce ocení, když jim sama vypomůže, ať již jen při operačních výkonech, či když s nimi normálně slouží, nemá problém v případě potřeby zastat i pozici sanitáře. Na dotaz, s jakými možnostmi podpory přímé péče se setkávají sestry na odděleních informantů, odpověděla informantka I4: „*S plnou podporou, pokud například jeví zájem o kvalifikační růst, umožním jim to.*“ Podobně odpověděla i informantka I5, která svým sestrám také umožňuje další vzdělávání, a to nabídkami konferencí, kurzů či školení. Zmínila i osobní pohovor. Informantka I6 uvedla: „*Umožňuji jim dále se vzdělávat, v případě nějakého problému se na mě můžou kdykoliv obrátit.*“ Nejvíce o možnostech podpory sdělila vrchní sestra I7: „*Nadchnu je pro společnou věc, ale i jim naslouchám, často mají výborné nápady. Zabývám se jejich problémy a podporuji je v rozvoji. Snažím se jim pomoci i v případě většího množství práce. Myslím, že se na mě můžou kdykoliv obrátit a já jim ráda a ochotně pomohu, pokud vím a umím a nebo zařídím pomoc jinde.*“

Schéma 4 Podpora sester v přímé ošetrovatelské péči



Zdroj: vlastní výzkum

Kategorie 6 Strádání sester dle mínění vrchních sester

Zjišťovali jsme, co můžou informantky (vrchní sestry) říct k tomu, co by od nich sestry postrádaly při zajišťování přímé ošetrovatelské péče. Odpovědi se lišily. Informantka I1 uvedla: „*Někdy asi porozumění.*“ Vrchní sestra I2 řekla: „*Vzhledem k tomu, že sloužím málo, ne vždy si přesně pamatuji, co, kde mají. Tudiž nejsem tak rychlá jako jiní.*“ Vrchní sestra I3 naopak na otázku, co podle ní její podřízené sestry postrádají, uvedla: „*Nedokážu odpovědět, protože se přímé ošetrovatelské péče účastním a k tomu vykonávám svou manažerskou funkci tak, jak je po mně vyžadováno.*“ Podobně na otázku reagovala i informantka I5, sdělila: „*Nevím, při schůzkách si na nic nestěžují, maximálně neustále na peníze.*“ Vrchní sestra I4 odpověděla s ohledem na situaci s onemocněním koronaviru: „*V současné době ústenky a dezinfekci rukou, jinak nic.*“ Informantka I6 si myslí: „*Asi mou neustálou přítomnost na jednotlivých stanicích.*“ Poslední dotazovanou na stejnou otázku byla informantka I7, ta uvedla: „*To by bylo nejlepší se zeptat jich (sester), to se těžko hodnotí. Možná mají pocit, že v kanceláři nic nedělám a že bych se mohla více zapojit.*“

Schéma 5 Strádání sester dle mínění vrchních sester



Zdroj: vlastní výzkum

5 DISKUZE

Diplomová práce je zaměřená na podporu přímé ošetrovatelské péče středním managementem. Od sester je vyžadováno nejen pacienty, ale také managementem zejména vrchních sester, aby poskytovaly kvalitní ošetrovatelskou péči. Vrchní sestry by si měly být vědomy, jak jejich přístup může ovlivnit poskytovanou ošetrovatelskou péči. Přístup formou příkazů, nařízení či kontrol může podřízené demotivovat, proto je potřeba, aby vrchní sestra rozvíjela u podřízených osobní i pracovní potenciál formou motivace, naslouchání či zpětné vazby a tím ovlivnila podřízené sestry k aktivní dobrovolné spolupráci a zajistila kvalitu přímé ošetrovatelské péče. Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou, která se zabývá managementem v ošetrovatelství, a část empirickou, která byla zpracovaná kvantitativní a kvalitativní metodou. V průběhu šetření jsme vycházeli z předem stanoveného cíle, hypotéz a výzkumných otázek. Snažili jsme se zjistit, jak vnímají sestry podporu od středního managementu v rámci zajištění kvalitní přímé ošetrovatelské péče.

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 195 sester, které poskytují přímou ošetrovatelskou péči, dále pak jsme oslovili sedm vrchních sester a prostřednictvím rozhovoru jsme zjišťovali, jak vnímají podporu přímé ošetrovatelské péče ony samy.

V úvodu vytvořeného dotazníku jsme prvních pět otázek zaměřili na identifikaci respondentů. Nejvíce respondentů bylo ve věku 40–49 let, ostatní kategorie se od sebe nijak výrazně procenty nelišily (viz graf 2). Z hlediska vzdělání byli nejvíce zastoupeni respondenti, kteří mají odborné středoškolské vzdělání a respondenti s pomaturitním specializačním studiem, což odpovídá polovině dotazovaných. Druhou polovinu tvořili respondenti s vyšším a vysokoškolským vzdělání, kde bylo nejvíce zastoupené vysokoškolské vzdělání zakončené bakalářským titulem. Více než polovina (56,9 %) pracovala v oboru ošetrovatelství 16 a více let. Nejméně byla reprezentována kategorie, kde respondenti uvedli, že jsou v odborné praxi méně než 2 roky. Dotazníkové šetření probíhalo na standardních odděleních, jednotkách intenzivní péče, a to interně či chirurgicky zaměřených, anesteziologicky resuscitačním oddělení a multioborové jednotce intenzivní péče, kdy nejvíce respondentů pracovalo na chirurgicky zaměřené jednotce intenzivní péče.

Jedním z bodů našeho zájmu bylo zjistit, jakým způsobem hodnotí vrchní sestra kvalitu poskytované přímé ošetrovatelské péče. Zajímalo nás, zdali vrchní sestra využívá více

kontrolní způsoby hodnocení například audity, pozorování či podpůrné – supervize, hodnotící rozhovory, zpětná vazba. Respondenti (40, 0 %) uvedli, že kvalita jimi poskytované péče je vrchní sestrou nejvíce hodnocená pomocí pozorování. Otázkou hodnocení sester managementem se zabývala ve své diplomové práci i Vavroušková (2012), která se ve svém výzkumném šetření ptala sester manažerek, jakým způsobem hodnotí ošetrovatelskou péči poskytovanou podřízenými a nejčastější odpověď bylo také pozorování. Druhým nejčastějším typem hodnocení kvality přímé ošetrovatelské péče byl hodnotící rozhovor. Hekelová (2012) uvádí, že hodnotící rozhovory mohou být zpočátku nepříjemné a sestry k němu můžou mít odpor, ale časem se stává přínosným, neboť hodnocení zjišťují, že díky hodnoticímu rozhovoru dostanou informace, které by se k nim jinou formou hodnocení nedostaly. Hodnocení kvality přímé péče formou supervize či zpětné vazby byly uvedené jako méně používané. Pokojová (2010) klade důraz na hodnocení formou zpětné vazby, která umožňuje ujasnění si některých názorů, může předejít nedorozuměním a zhodnotí výkonnost hodnoceného, bez ní si může hodnocený myslet, že dělá vše tak, jak by měl. Venglářová et al. (2013) udává, že manažerskou supervizi by měl provádět člověk, který je dostatečně vyzrálý, hlavně musí být dostatečně vyškolený. To mě přivádí k zamyšlení se, že možná proto respondenti možnost supervize jako nástroj hodnocení nezvolili, neboť možná s ní nemají dostatečné zkušenosti.

Zajímali jsme se také o to, zda vrchní setra z pohledu dotazovaných sester využívá více kontrolní, či podpůrnou činnost. Překvapilo nás, že skoro jedna třetina dotazovaných neví, jaká činnost převažuje. Většinově se však respondenti shodli, že převažuje kontrolní činnost vrchní sestry. Hekelová (2012) vnímá kontrolu jako prostředek korekce toho, co není dle představ a požadavků manažera, co vede k překonání překážek a v současné době se spíše jedná o partnerský přístup než jednostrannou kritiku. Suková (2014) došla ve svém výzkumném šetření pomocí autosnímků k závěru, že vrchní sestra nejvíce času ve svém pracovním dnu věnuje právě kontrole, a to zaokrouhleně 2 hodiny denně. Odpovědi respondentů jsme použili jako podklad k testování hypotéz, že názor respondentů na to, že kontrolní činnost převažuje nad podpůrnou činností poskytovanou středním managementem pro zajištění kvalitní přímé ošetrovatelské péče je závislý na vzdělání a délce odborné praxe respondentů. Sestry se středním vzděláním a pomaturitním specializačním studiem jsou toho názoru, že kontrolní činnost převažuje více než sestry s vyšším a vysokoškolským vzděláním (viz

kontingenční tab. 4). Stejně je tomu u sester, které jsou v praxi 16 a více let. Domníváme se, že je to tím, že se v posledních letech mění styl vedení vrchních sester z autokratického, kdy vrchní sestra o všem rozhodovala sama a dávala příkazy, na styl demokratický, kdy se podílí na rozhodování spolu s podřízenými sestrami a motivuje je. Hypotézy byly potvrzené, názory respondentů na to, zda kontrolní činnost převažuje nad podpůrnou, závisí na jejich vzdělání a délce odborné praxe. Ale jaká činnost vrchní sestry je pro sestry v přímé ošetrovatelské péči důležitější? Kontrolní, nebo podpůrná? Na to jsme se respondentů také zeptali. Více než polovina dotazovaných uvedla, že je pro ně podstatné, aby vrchní sestra aplikovala kontrolní i podpůrnou činnost. O jednu třetinu méně respondentů považuje podpůrnou funkci za podstatnou.

K tomu, aby sestra byla schopná vykonávat svoji práci co možná na nejkvalitnější úrovni, je potřeba, aby vrchní sestra nezajišťovala pouze např. dostatek materiálu, ale vyjádřila i morální podporu. Layerová (2011) ve své diplomové práci uvádí výsledky výzkumného šetření a v nich poukazuje na to, že management podporuje sestry motivací, zajištěním supervize, možností vzdělání či spravedlivým rozdělováním finančních odměn. V našem výzkumu jsme došli k velmi podobnému zjištění. Vrchní sestra na základě odpovědí respondentů poskytuje nejčastěji podporu sester formou umožnění dalšího vzdělávání. Na důležitost podpory podřízených ve vzdělávání poukazuje ve své diplomové práci Nováková (2012). Ta v analýze výzkumného šetření uvedla, že se vedoucí snaží upravit podřízeným pracovní dobu či jim jen poradit. Další formy podpory dotazovaných vrchní sestrou byly možnosti zpětné vazby, individuálního rozhovoru, aby se sama účastnila přímé ošetrovatelské péče či motivace jako takové. Překvapením bylo, že na základě analýzy výsledků výzkumného šetření jsme zjistili, že vrchní sestry moc nepodporují své podřízené formou koučinku, reflektivní praxe a supervize. Tyto formy podpory jsou si velice podobné. Layerová (2012), která se zabývala podporou sester managementem při setkání s úmrtím, zjistila, že se dotazovaní se supervizí od managementu vůbec neseškávají, uvedlo to 57 % dotazovaných. Layerová (2012) navrhuje, aby se management více školil v oblasti supervize a byl schopen ji aplikovat. Ztotožňujeme se s návrhem Layerové (2012), zdravotnická zařízení by měla zařadit supervizi, neboť jak tvrdí Venglářová et al. (2013, s. 11): „*Smyslem supervize je péče o pracovníka, který díky dobré psychické pohodě i odbornému růstu může lépe poskytovat kvalitní péči pacientům.*“ Sestry nějakou podporu od vrchní sestry mají a nějakou od ní stále vyžadují. Respondenti měli

v dotazníku zaškrtnout, jakou formu podpory od vrchní sestry vyžadují. Celkem 61,0 % dotazovaných by si přálo, aby je vrchní sestra motivovala. Zítková et. al. (2015) uvádí, že motivace je klíčovým faktorem k úspěšnému plnění cílů, a to nejen pracovních, ale i osobních. Dlužořová a Tkáčová (2011) ve svém článku potvrzují, že schopnost manažerů motivovat své podřízené se řadí k těm nejnáročnějším a zároveň i k těm nejvýznamnějším. Vrchní sestra by měla své podřízené v přímé ošetrovatelské péči motivovat pozitivní atmosférou, inspirujícím prostředím, informovaností či efektivní komunikací a tím jim dát pocit potřebnosti a významnosti. Pro sestry je důležité, aby se vrchní sestra sama účastnila přímé ošetrovatelské péče. Suková (2014) se zabývala ve svém výzkumném šetření také dobou, kterou vrchní sestra věnuje pomocným /obslužným ošetrovatelským činnostem (pomoc při manipulaci s exitem) a zjistila, že ve svém pracovním dnu se vrchní sestra účastní přímé ošetrovatelské péče přibližně 1 hodinu a 28 minut, což je nejméně času ze všech činností, které Suková (2014) sledovala. Kromě vícečetných odpovědí podpory vrchní sestrou pomocí individuálního rozhovoru či umožnění dalšího vzdělávání, 25,0 % respondentů označilo supervizi, kde můžou sdílet své pocity a obtíže. Venglářová et al. (2013) uvádí, že při supervizi dochází k chápání pozice pracovníků a zároveň myslí na prospěch pacientů. Analýzou odpovědí respondentů jsme testovali hypotézy, zda vnímání podpory středního managementu pro zajištění kvalitní přímé ošetrovatelské péče je závislé na vzdělání, délce odborné praxe a věku respondentů. Závislost byla testováním hypotéz potvrzená.

Dotazované sestry měly vyjádřit míru podpory přímé ošetrovatelské péče manažerem střední linie. V grafu č. 11 uvádí, že více než polovina respondentů se domnívá, že podpora od jejich vrchní sestry je dostatečná (47,2 %) či průměrná (24,1 %). Toto zjištění kladně hodnotíme, neboť je vidět, že podpora sester představuje důležitou součást manažerských dovedností. K této otázce se vztahovaly tři hypotézy, které předpokládaly, že dostatečná míra podpory středního managementu pro zajištění kvalitní přímé ošetrovatelské péče vnímaná respondenty je závislá na jejich vzdělání, délce odborné praxe a věku, kdy testováním hypotéz jsme potvrdili jejich závislost (viz tab. č. 6, 7 a 8).

Zajímalo nás, s jakou překážkou se v podpoře přímé ošetrovatelské péče ze strany managementu sestry setkávají. Graf č. 12 ukazuje, že více než polovina (55,4 %) respondentů odpověděla, že nemá žádnou překážku podpory od vrchní sestry. Domnívám se, že respondenti nad touto otázkou moc nepřemýšleli a zvolili si

„únikovou“ odpověď. Celkem 21,5 % respondentů uvedlo, že je pro ně překážkou nedostatečná motivace. Zítková et al. (2015) popisuje příčiny nedostatečné motivace, jako je nedostatečná zpětná vazba či projevy nedůvěry. Motivace potřebuje pro svůj růst důkladnou péči. O polovinu méně respondentů se domnívá, že překážkou v nedostatečné podpoře vrchní sestrou je její negativní přístup. My jsme na základě odpovědi k této otázce testovali hypotézy, zda nedostatek motivace poskytované středním managementem jako překážky pro zajištění kvalitní přímé ošetrovatelské péče je závislé na vzdělání respondentů a věku respondentů. Potvrdili jsme závislost hypotézy na vzdělání, kdežto u věku respondentů byla prokázána nezávislost (viz tab. č. 9 a 10).

Poslední otázky v dotazníkovém šetření se týkaly pravidelných setkání s vrchní sestrou. Polovina respondentů uvedla, že se pravidelně scházejí s vrchní sestrou. Pravidelná setkání se středním managementem představuje posílení k řešení chyb, neboť sestry dostávají možnost identifikovat problémy vzniklé v přímé ošetrovatelské péči, a ke společnému zamýšlení se nad nimi. Je to založené na principu zpětné vazby a vede to ke zlepšení kvality ošetrovatelské péče. Avšak nejpodstatnější na pravidelných setkáních s vrchní sestrou je pro respondenty naslouchání. Plevová et al. (2012) zdůrazňuje, že naslouchání manažerem je klíč k dorozumění s podřízeným. Stejně tak sestry na setkáních s vrchní sestrou oceňují individuální přístup a to, že mohou sdílet své ať už pozitivní, nebo negativní zkušenosti. Vrchní sestra své podřízené povzbuzuje a tím přispívá ke zlepšení kvality přímé ošetrovatelské péče. Ti, kdo odpověděli, že z pravidelných setkání s vrchní sestrou nezískají nic podstatného, by měli zájem převážně o naslouchání. V předposlední otázce v dotazníkovém šetření nás zajímalo, zda je obsahem pravidelných setkání s vrchní sestrou kvalita poskytované přímé péče. Z analýzy výsledků šetření vyplývá, že kvalita je u více jak 50 % dotazovaných častým tématem setkání a 25,0 % uvedlo, že vždy řeší s vrchní sestrou kvalitu ošetrovatelské péče.

Součástí šetření v rámci diplomové práce byla také realizace rozhovorů se sedmi vrchními sestrami. Zajímalo nás, jak vnímají podporu sester v přímé ošetrovatelské péči samy vrchní sestry. V průběhu šetření jsme vycházeli z předem stanoveného cíle a výzkumných otázek. Ve skupině byly tři sestry, které mají manažerské vzdělání, dvě z nich mají vysokoškolské vzdělání zakončené magisterským titulem. To je velmi přínosné, neboť v osnovách výuky je zastoupen management v ošetrovatelství, takže již

při studiu získaly základní znalosti řízení a vedení a 4 vrchní sestry, které žádné manažerské vzdělání nemají (viz tab. 11). Všechny informantky pracují v oboru 16 a více let.

Rozhovory nám pomohly ozřejmit výzkumnou otázku, jaký vliv má přístup středního managementu a jím používané manažerské dovednosti na kvalitu přímé ošetrovatelské péče. Zprvu nás zajímalo, jak jsou informanti spokojeni na svém oddělení s kvalitou přímé ošetrovatelské péče (viz schéma 1), neboť kvalita poskytované péče je nezbytnou součástí moderního ošetrovatelství a střední management za ni nese zodpovědnost. Základnu kvalitní přímé ošetrovatelské péče tvoří spokojené sestry, které péči poskytují, na jejich spokojenost má vliv přístup managementu a více než kontrolní činnosti vrchních sester ke spokojenosti přispívá jejich podpora. Gladkij (2003) je toho názoru, že všechny manažerské činnosti vrchních sester ovlivňují kvalitu ošetrovatelské péče. Většinou se vrchní sestry shodly, že s kvalitou poskytované přímé péče na jejich oddělení jsou spokojené. Zjistili jsme, že ačkoli jsou spokojené, tak se stále vrchní sestry snaží pracovat na zvyšování kvality a posouvat svá oddělení dále. Analýzou rozhovoru se ukázalo, že management střední úrovně zásadně ovlivňuje přímou ošetrovatelskou péči (viz schéma 2). Podle Hekelové (2012) je rozhodující, jaká forma řízení a vedení podřízených u vrchní sestry převažuje. Vrchní sestra jim jde příkladem, měla by je umět přesvědčit a nadchnout a tím je vést k lepším výkonům.

Kladně hodnotíme, že k otázce týkající se manažerských dovedností a nástrojů se nejvíce vyjádřila informantka s nejdělsí praxí v oboru, vysokoškolským vzděláním ukončeným magisterským titulem a s absolvováním více certifikovaných manažerských kurzů. Informantka I7 ve svých odpovědích uplatnila všechny své získané znalosti v managementu v ošetrovatelství a také zkušenosti z praxe. Schéma číslo 2 zobrazuje využívané manažerské nástroje a dovednosti, které používají dotazované vrchní sestry, a odpovídá na výzkumnou otázku, jaké nástroje a manažerské dovednosti používá management k zajištění kvalitní ošetrovatelské péče. Mezi nejpodstatnější manažerské nástroje a dovednosti ovlivňující kvalitu přímé ošetrovatelské péče patří dle názorů informantů schopnost komunikace. Janečková (2016) ve svém výzkumném šetření došla k závěru, že každá sestra manažerka by měla mít komunikační dovednosti, neboť pokud by nedostatečně komunikovala se svými podřízenými, tak to může vést k hůře vykonané práci a tím ke zhoršení kvality přímé ošetrovatelské péče. Nejen Janečková (2016), ale také Korešová (2012) došla k podobnému výsledku, že důležité jsou

komunikační schopnosti. Další manažerské nástroje a dovednosti ovlivňující kvalitu přímé ošetrovatelské péče jsou uvedeny ve schématu č. 2. Kategorie č. 3 *Manažerské nástroje a dovednosti ovlivňující kvalitu přímé péče* měla i svou podkategorii 3.1 *Sesterské vizity*. Zajímalo nás, zda v tomto nástroji ovlivňujícím kvalitu přímé péče vidí nějakou podstatu. Překvapilo nás, že pouze dva informanti mají ve svém harmonogramu práce zařazené sesterské vizity, které dle nich slouží jako zpětná vazba, která vede k odhalení nedostatků. Informanti navíc vnímají sesterské vizity jako motivaci sester, neboť zde mají prostor své podřízené i pochválit.

Další výzkumná otázka byla, jaký přístup má management k zajišťování přímé ošetrovatelské péče. Názory většiny informantů na osobní účast v přímé ošetrovatelské péči se shodovaly v tom, že ony samy se dle jejich možností přímé ošetrovatelské péče účastní. Odpovědi informantů jsou zobrazené ve schématu číslo 3. Osobní účast v přímé ošetrovatelské péči považují jako formu zpětné vazby o kvalitě poskytované péče či formu jakési kontroly. Vrchní sestry bohužel nemají tolik času, aby se přímé ošetrovatelské péče více účastnily, některé se nemůžou účastnit vůbec, neboť to provozně není v jejich silách. Jak již bylo zmíněno výše, vrchní sestra na základě zjištění Sukové (2014) provádí ošetrovatelské činnosti přibližně 2 hodiny denně, otázkou zůstává, kolik času z toho je v přímém kontaktu s pacientem.

Osobní účast vrchních sester v přímé péči představuje i způsob podpory sester (viz schéma 4). Zajímalo nás, s jakou podporou se setkávají sestry při zajišťování přímé ošetrovatelské péče ze strany středního managementu. Sestry jejich účast uvítají zvláště v případě nedostatku zaměstnanců, nebo pokud nestíhají a kdy se jim každá ochotná ruka hodí. Vrchní sestry svým podřízeným naslouchají, což se řadí ke komunikačním dovednostem a k nezbytné součásti rozhovoru sestry s manažerem střední úrovně. Vrchní sestra pomocí naslouchání dává najevo, že své podřízené nejen slyší, ale také že má pro ně pochopení a rozumí jim, zabývá se jejich problémy. Bališová (2010) se v rámci svého výzkumného šetření ptala respondentů, zda je jim jejich nadřízený ochoten naslouchat, a to i v případě mimopracovních problémů. Došla k závěru, že více ochotná naslouchat je právě vrchní sestra než staniční sestra. Naslouchání je ve velmi úzkém spojení s podporou formou individuálního rozhovoru a vše poskytuje zpětnou vazbu. Důležitost podpory vrchní sestrou způsobem zpětné vazby popsal Blatchley (2017) v článku *A Nurse Manager's Guide to Giving Effective Feedback*, dle něhož je vrchní sestra zodpovědná za všechny své zaměstnance a za to, aby úspěšně pracovali

jako tým. Poskytování zpětné vazby je někdy obtížné, ale zato prospěšné, a i když můžou někteří podřízení reagovat negativně, ostatní jsou za ni vděční a vede je k dalšímu růstu. Pokud by vrchní sestry zpětnou vazbu neposkytovaly, podřízení si jich nebudou vážit jako vůdců a budou si myslet, že jejich chování a přístup je takto v pořádku. Blatchley (2017) zdůraznil, že je nutné si vždy uvědomit, že osoba přijímající zpětnou vazbu je odpovědná za své vlastní činy a chování, a proto na základě poskytnutí zpětné vazby vrchní sestrou musí sami provést změny. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že respondenti nejvíce uvítají, pokud jim vrchní sestra umožní dále se vzdělávat. Při rozhovorech jsme zjistili, že 3 ze 7 vrchních sester své podřízené podporuje v kvalifikačním růstu. Kvalitu přímé ošetrovatelské péče zajišťují právě sestry, které jsou ve svém oboru znalé a další znalosti získávají, a právě proto je podpora vrchních sester v tomto směru velmi důležitá. Vévoda et al. (2013) došel k závěru, že podpora formou dalšího vzdělání je nejvíce preferována u sester do 30 let, které mají praxi v oboru do 5 let. Naopak nejméně ji vyžadují sestry nad 60 let. Nejdůležitější podporu představuje motivace, je nadřazená všem výše jmenovaným způsobům podpory sester. O motivaci sester bylo napsáno již mnoho vědeckých prací. Dluhošová a Tkáčová (2011) jsou toho názoru, že za podmínkou kvalitní ošetrovatelské péče je dobře motivovaná sestra. My se s tímto názorem ztotožňujeme. Zde se dostáváme také do konfrontace s otázkou v dotazníku, kdy respondenti uvedli, že právě nedostatek motivace je největší překážkou od vrchní sestry k tomu, aby mohli poskytovat kvalitní přímou péči. Domníváme se, že nedostatek motivace jako překážky podpory od vrchní sestry je proto, že sama vrchní sestra není dostatečně motivována, zde platí zákon: abyste motivovali, musíte být motivováni.

Zajímá nás názor informantů na to, co si myslí, že by od nich sestry postrádaly při zajišťování přímé ošetrovatelské péče (viz schéma 5). Na tuto otázku se odpovědi vrchních sester lišily. Převažuje názor, že sestry od vrchních sester kromě většího zapojení nic zvláštního nepožadují. Informantky také zmínily, že by jejich podřízené sestry uvítaly porozumění. Překvapilo nás, že jsme dostali takovou odpověď, neboť porozumění by také mělo být mezi těmi nejzákladnějšími manažerskými nástroji. Vrchní sestry se domnívají, že by sestry uvítaly také jejich neustálou přítomnost na oddělení.

6 ZÁVĚR

Pozici manažera střední úrovně zastává v nemocnici vrchní sestra, která musí mít nejen vysoké odborné znalosti, ale také i manažerské znalosti a dovednosti. Tato práce věnovala svou pozornost podpoře přímé ošetrovatelské péče středním managementem. Ačkoliv se vrchní sestra často neúčastní přímé péče, je jejím úkolem vést a podporovat sestry, které přímou péči poskytují a tím zvyšují kvalitu ošetrovatelské péče.

Tato práce měla za cíl zjistit, jak vnímají sestry podporu od středního managementu v rámci zajištění kvalitní přímé ošetrovatelské péče. Na základě vytyčeného cíle jsme stanovili deset hypotéz, z nichž se devět potvrdilo, jedna se nepotvrdila. V prvních třech hypotézách jsme předpokládali, že vnímání podpory středním managementem je závislé na vzdělání, délce odborné praxe či věku respondentů a tyto hypotézy se potvrdily. Hypotézy čtyři a pět se potvrdily rovněž. Předpokládali jsme, že názor respondentů na to, že kontrolní činnost převažuje nad podpůrnou činností poskytovanou středním managementem pro zajištění kvalitní přímé ošetrovatelské péče je závislé na vzdělání respondentů a délce odborné praxe. V následujících hypotézách jsme se domnívali, že dostatečná míra podpory středního managementu pro zajištění kvalitní přímé ošetrovatelské péče vnímaná respondenty je závislá na jejich vzdělání, délce odborné praxe a věku respondentů a testováním stanovených hypotéz jsme jejich platnost potvrdili. V posledních dvou hypotézách jsme předpokládali, že nedostatek motivace poskytované středním managementem jako překážky pro zajištění kvalitní přímé ošetrovatelské péče je závislé na vzdělání respondentů a délce odborné praxe. Potvrdila se pouze hypotéza, že nedostatek motivace poskytované středním managementem jako překážky pro zajištění kvalitní přímé ošetrovatelské péče je závislé na vzdělání respondentů, ale závislost na délce odborné praxe respondentů se nepotvrdila.

Pro kvalitativní šetření jsme si stanovili pět výzkumných otázek, které se vztahovaly k cíli práce. Rozdíl byl v tom, že v této části nás zajímala podpora přímé ošetrovatelské péče z pohledu sester manažerek. První výzkumnou otázkou bylo: Jaký vliv má přístup středního managementu a používaných manažerských dovedností na poskytování kvalitní přímé ošetrovatelské péče? Informanti uváděli, jak jsou spokojeni s kvalitou přímé ošetrovatelské péče. Pomocí druhé výzkumné otázky jsme zjišťovali, jaký přístup má management k zajišťování přímé ošetrovatelské péče. Většina informantů se shodla, že pokud je to možné, tak se přímé ošetrovatelské péče účastní. Třetí výzkumnou otázkou bylo, jaké nástroje a manažerské dovednosti používá management k zajištění

kvalitní ošetrovatelské péče. Zjistili jsme na základě rozhovorů, že většinou využívají nástroje, které slouží i jako podpora pro sestry, především motivace. Čtvrtá výzkumná otázka byla: Co postrádají sestry při zajišťování přímé ošetrovatelské péče? Vrchní sestry se domnívají, že podřízené sestry nic zvláštního v podpoře nepostrádají, a pokud ano, tak asi někdy porozumění, či aby byly neustále přítomné na oddělení. Poslední otázkou bylo, aby nám informanti řekli, s jakou podporou se setkávají sestry při zajišťování přímé ošetrovatelské péče z jejich strany. Zde se informanti shodli, že své zaměstnance převážně motivují a umožňují kvalifikační růst.

Výsledky výzkumného šetření ukazují, s jakou podporou se sestry od středního managementu setkávají, co požadují či naopak postrádají od vrchních sester při poskytování přímé ošetrovatelské péče. Zjištěné výsledky z pohledu vrchních sester ukazují, jakými prostředky a způsoby přispívají podřízeným sestram pro zkvalitnění přímé ošetrovatelské péče.

Výstupem diplomové práce bylo sestavení doporučení pro praxi, jehož účelem je shrnutí možností podpory v přímé ošetrovatelské péči.

Na základě výsledků výzkumného šetření a prostudováním literatury jsme dospěli k názoru, že manažer střední úrovně by měl promyšleně a efektivně poskytovat podporu svým zaměstnancům v přímé ošetrovatelské péči, tak aby byla zachována kvalita. Oblast podpory je rozsáhlá, a proto je nutné, aby jí vrchní sestra věnovala dostatek času. Navrhujeme pro praxi následující doporučení:

Nemocnici:

- Aktivně nabízet možnosti dalšího vzdělávání sester i manažerů střední úrovně.
- Uspořádat přednášku s diskuzí na téma podpory sester managementem.

Vrchním sestram:

- Sledovat kvalitu poskytované přímé ošetrovatelské péče.
- Pravidelně hodnotit spokojenost sester.
- Snažit se méně uplatňovat kontrolní prvek pozorování podřízených a zaměřit se na prvek podpory např. individuálním rozhovorem
- Motivovat sestry nejen finančně, ale i pochvalou a uznáním.
- Rozvíjet se v oboru managementu.

- Vytvořit partnerské prostředí, být spravedlivá
- Najít si dostatek času na vyslechnutí názorů, připomínek a možných návrhů podřízených sester.
- Poskytnout svým podřízeným supervizi.
- Mít schopnost dobré komunikace být asertivní.
- Umožnit podřízeným sestřám se dále vzdělávat pomocí kurzů, školení aj.
- Přijímat a poskytovat zpětnou vazbu.
- Najít si čas a osobně se alespoň 2× do měsíce účastnit přímé ošetrovatelské péče.
- Provádět pravidelná setkání se zaměstnanci, kdy budou mít sestry možnost mluvit o svých zkušenostech, řešit chybu a najít společné řešení pro zachování kvality přímé ošetrovatelské péče.

Sestrám:

- Zajímat se o možnosti dalšího vzdělávání.
- Přijímat zpětnou vazbu.
- Účastnit se supervize.
- Nebát se řešit mimopracovní problémy s vrchní sestrou.
- Účastnit se pravidelných setkání s vrchní sestrou.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ARMSTRONG, M., 2007. *Řízení lidských zdrojů: nejnovější trendy a postupy*. 10. vydání. Praha: Grada. 789 s. ISBN 978-80-247-1407-3.
2. ARMSTRONG, M., STEPHENS, T., 2008. *Management a leadership*. Praha: Grada. 268 s. ISBN 978-80-247-2177-4.
3. BALÍŠOVÁ, I., 2010. *Role sestry ve vedoucí funkci*. Hradec Králové. Bakalářská práce. LF UK.
4. BĚLOHLÁVEK, F., et al., 2006. *Management*. Brno: Computer Press. 724 s. ISBN 80-251-0396-X.
5. BLATCHLEY, A., 2017. *A Nurse Manager's Guide to Giving Effective Feedback*. *Nurse Leader*. 15 (5), 331–334, doi.org/10.1016/j.mnl.2017.06.005.
6. BLAŽEK, L., 2014. *Management*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-4429-2
7. BOND, M., HOLLAND, S., 2010. *Skills of Clinical Supervision for Nurses. A Practical Guide for Supervisees, Clinical Supervisors and Managers*. Berkshire: Open University Press, McGraw – Hill Companies. 318 p. ISBN 978-0-33-523815-6
8. BUDSKÁ, L., 2007. Management – efektivní řízení. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 3(10), 364. ISSN 1801-1349.
9. CASSEDY, P., 2010. *First Steps in Clinical Supervision: A Guide for Healthcare Professional*. UK: McGraw-Hill Education. 216 p. ISBN 978-0-33523-651-0.
10. COOKE, H., PHILPIN, S., 2008. *Sociology for Nursing and Healthcare*. UK: Churchill Livingstone Elsevier, 2008. 232 p. ISBN 978-0443-10155-7.
11. CROSS, W. M., et al., 2012. Implementing clinical supervision for ICU Outreach Nurses: A case study of their journey. *Australian Critical Care*. 25, 263 – 270, DOI: 10, 1016/j.aucc.2012.01.004.
12. CRUZ, S., CARVALHO, A. L., SOUSA, P., 2014. Clinical Supervision: Priority Strategy to a Better Health. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. International Conference on Education & Educational Psychology 2013. 112, 97 – 101. DOI: 10.1016/j.sbspro.2014.01.1143.

13. DAVYS, A., BEDDOE, L., 2010. *Best Practice in Professional Supervision: A Guide for the Helping Professions*. London: Jessica Kingsley Publishers. 256 p. ISBN 978-0-85700-384-3.
14. DLUGOŠOVÁ, A., TKÁČOVÁ, L., 2011. Motivace a její aplikace na práci sestry. *Sestra*. 21 (9), 24-25. ISSN 1210-0404.
15. GROHAR-MURRAY, M. E., Di CROCE H. R., 2003. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. 1.vyd. Praha: Grada. 320 s. ISBN 80-247-0267-3.
16. HAVRDOVÁ, Z., et al., 2008. *Praktická supervize*. Praha: Galén. 213 s. ISBN 978-80-7262-532-1.
17. HAWKINS, P., SHOHET, R., 2004. *Supervize v pomáhajících profesích*. Praha: Portál. 216 s. ISBN 80-7178-715-9.
18. HEKELOVÁ, Z., 2012. *Manažerské znalosti a dovednosti pro sestry*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-4032-4.
19. JANEČKOVÁ, H., 2016. *Osobnostní předpoklady a manažerské dovednosti sestry na pozici manažerky ošetrovatelství*. Bratislava. Diplomová práce. Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce Sv. Alžbety v Bratislave.
20. JAROŠOVÁ, D., 2006. *Základy managementu v ošetrovatelství*. Ostrava: Ostravská univerzita. 34 s. ISBN není uvedeno
21. JAROŠOVÁ, D., 2007. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada, 100 s. ISBN 978-80-247-6542-6.
22. KALINA, K., 2015. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada. 696 s. ISBN 978-80-247-4331-8.
23. KILÍKOVÁ, M., JAKUŠOVÁ, V., 2008. *Teória a prax manažmentu v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta. 146 s. ISBN 978-80-8063-290-8.
24. KOIVU, A., SAARINEN, P.I., HYRKÄS, K., 2012b. Does clinical supervision promote medical–surgical nurses well-being at work? A quasiexperimental 4year follow-up study. *Journal of Nursing Management*. 20, 401–413. DOI: 10.1111/j.1365–2834.2012.01388.x.
25. KOIVU, A., SAARINEN, P. I., HYRKÄS, K., 2012 a. Who benefits from clinical supervision and how? The association between clinical supervision and the work-related well-being of female hospital nurses. *Journal Of Clinical Nursing*. 21(17–18), 2567–2578. DOI:10.1111/j.1365-2702.2011.04041.x.
26. *Koncepcie ošetrovatelství*, 2004. [online]. In Věstník č. 9, MZ ČR. [cit. 2019-11-22]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/373-vestnik-92004.html>

27. KOREŠOVÁ, P., 2012. *Rozvoj osobnosti manažera a řízení lidských zdrojů*. České Budějovice. Bakalářská práce. EF JU.
28. KOTRBA, T., 2010. *Analýza práce vrchních a staničních sester*. *Sestra* 20(7-8), 35-38. ISSN 1210-0404.
29. KOTRBA, T., 2010. Struktura pracovních činností zdravotních sester v manažerských funkcích. *Acta Universitatis agriculturae et silviculturae Mendelianae Brunensis*. 58(3), 91-98. ISSN 1211-8516.
30. KOTRBA, T., LACINA, L., 2011. *Aktivizační metody ve výuce: příručka moderního pedagoga*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Brno: Barrister & Principal. 188 s. ISBN 978-80-87474-34-1.
31. KOTRBA, T., 2011. Výzkum popisů pracovních činností vrchních a staničních sester. *Florence*. 7(1), 30-31. ISSN 1801-464X.
32. KUDLOVÁ, P., 2015. *Ošetrovatelská péče v diabetologii*. Praha: Grada, 208 s. ISBN 978-80-247-5367-6.
33. LASCHINGER, H. K. S., et al. 2008. *A Profile of the Structure and Impact of Nursing Management in Canadian Hospitals*. *Healthcare Quarterly*. 11(2), 85-94. doi:10.12927/hcq.2008.19596.
34. LAYEROVÁ, H., 2011. *Podpora sester v případech úmrtí na jednotkách RES a JIP*. České Budějovice. Diplomová práce. ZSF JU.
35. LONG, C. G., et al., 2014. Nursing and health-care assistant experience of supervision in a medium secure psychiatric service for women: implications for service development. *Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing*. 21(2), 154-162. DOI: 10.1111/jpm.12066.
36. MARKOVÁ, E., BÁRTLOVÁ, S., 2013. Manažerské strategie vedoucích sester. *Kontakt*. 15(3), 229-244. ISSN:1212-4117.
37. MARKOVÁ, E., BÁRTLOVÁ, S., 2013. Manažerské strategie vedoucích sester. *Kontakt*. 15 (3), 229-244. ISSN 1212-4117
38. MARKOVÁ, E., BÁRTLOVÁ, S., 2013. Manažerské strategie vedoucích sester. *Kontakt*. 15 (3), 229-244. ISSN 1212-4117.
39. MARKOVÁ, M., 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.
40. MAROON, I., et al., 2007. *Vzdělávání studentů sociální práce v terénu*. Praha: Karolinum. 142 s. ISBN 978-80-246-1307-9.

41. MICHKOVÁ, A., 2008. *Supervize*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. 106 s. ISBN 978-80-7394-145-1.
42. MIKULÁŠTÍK, M., 2007. *Manažerská psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada. 384 s. ISBN 978-80-247-1349-6.
43. NOVÁKOVÁ, T., 2012. *Zkušenosti středního managementu sester s motivováním, týmovým vedením a zvyšováním odborné způsobilosti u jejich podřízených*. České Budějovice. Diplomová práce. ZSF JU.
44. ONDŘIOVÁ, I., HUDÁKOVÁ, A., MAJERNÍKOVÁ, L., 2012. Etické hodnoty v ošetrovatelském manažerském prostředí. *Sestra*. 22 (3), 24. ISSN 1210-0404.
45. PLAMÍNEK, J., 2010. *Tajemství motivace*. 2. vydání, Praha: Grada. 127 s. ISBN 978-80-247-3447-7.
46. PLAMÍNEK, J., 2011. *Vedení lidí, týmů a firem: praktický atlas managementu*. 4., zcela přeprac. vyd. Praha: Grada. 157 s. ISBN 978-80-247-3664-8.
47. PLEVOVÁ, I., et al., 2012. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-3871-0.
48. POKOJOVÁ, R., 2010. *Hodnocení zaměstnanců jako součást kariérního růstu*. *Sestra*. 20 (12), 24-26. ISSN 1210-0404.
49. SEDLÁK, M., 2008. *Základy manažmentu*. Bratislava: Iura Edition. 310 s. ISBN 978-80-8078-193-4.
50. SKAGERT, K., DELLVE, L., AHLBORG, G. 2012. A prospective study of managers' turnover and health in a health care organization. *Journal of Nursing Management*. 20(7), 889-899. DOI: 10.1111/j.1365-2834.2011.01347.x.
51. SLAVÍK, J., 2014. *Marketing a strategické řízení ve veřejných službách*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-4819-1.
52. SUKOVÁ, J., 2014. *Analýza struktury pracovních a manažerských činností vrchních a staničních sester*. Brno. Diplomová práce. ESF MU.
53. SVOBODNÍK, P., 2012. *Management pro zdravotníky v kostce*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 127 s. ISBN 80-701-3498-4.
54. ŠPIRUDOVÁ, L., 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství II: doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5711-7.
55. ÚLEHLA, I., 2007. *Umění pomáhat*. 2. vyd. Praha: Slon. 128 s. ISBN 978-80-86429-36-9.

56. VAŇKOVÁ, M., BÁRTLOVÁ, S., 2015a. Historický a zahraniční odkaz pro koncept supervize v českém ošetrovatelství. *Kontakt*. 17(1), 38–48 DOI: 10.1016/j.kontakt.2015.01.008.
57. VAŇKOVÁ, M., BÁRTLOVÁ, S., 2015b. Supervize a mentoring v ošetrovatelství – Koncepty podporující profesionální rozvoj a identitu sester. *Florence*. 11(9), 23-26. ISSN 1801-464x.
58. VAŇKOVÁ, M., MARKOVÁ, E., 2010. Supervize jako čas vyhrazen na (řízenou) reflexi o klinické práci. In: JIRKOVSKÝ, D. (eds.). Cesta k modernímu ošetrovatelství XII. Recenzovaný sborník příspěvků z konference. Praha: Fakultní nemocnice v Motole. 2010, s. 68–74. ISBN 978-80–87347-03-4.
59. VAVROUŠKOVÁ, M., 2012. *Metody hodnocení manažerských kompetencí středního zdravotnického managementu*. Pardubice. FZS Univerzita Pardubice.
60. VEISOVÁ, V., TÓTHOVÁ, V., 2010. Vůdcovství v ošetrovatelství. *Kontakt*. 12(4), 369-379. ISSN: 1212-4117.
61. VEISOVÁ, V., TÓTHOVÁ, V., 2010. Vůdcovství v ošetrovatelství: Leadership in nursing. *Kontakt*. 12(4), 369–379. ISSN 1212-4117.
62. VENGLÁŘOVÁ, M., 2013. *Supervize v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 100 s. ISBN 978-802-4740-829.
63. VETEŠKA, J., 2012. *Perspektivy učení a vzdělávání v evropském kontextu*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského. 344 s. ISBN 978-80-7452-022-8.
64. VÉVODA, J., et al., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha. Grada. 160 s. ISBN 978 – 80- 247- 4732- 3.
65. ZÍTKOVÁ, M., et al., 2015. *Vedení nových pracovníků v ošetrovatelské praxi: pro staniční a vrchní sestry*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-5094-1.
66. ZLÁMAL, J., et al. 2014. *Základy managementu pro posluchače zdravotnických oborů*. Olomouc. Computer Media. 108 s. ISBN: 978-80-7402-157-2.

8 SEZNAM ZKRATEK

ARO	anesteziologicky resuscitační oddělení
ARIP	sestra pro intenzivní péči
Bc.	bakalář/ka
č.	číslo
Dif.	diferenciál
DiS.	diplomovaný specialista
et al.	a jiní
JIP	jednotka intenzivní péče
Mgr.	magistr/a
MOJIP	multioborová jednotka intenzivní péče
Ph. D., PhDr.	doktor/ka filozofie
PSS	pomaturitní specializační studium
Sig.	signifikace
SZŠ	střední zdravotnická škola
tab.	tabulka
viz	odkaz na zdroj
VOŠ	vyšší odborná škola
VŠ	vysoká škola

9 SEZNAM GRAFŮ A TABULEK

Grafy:

- Graf 1 Struktura výzkumného souboru dle pohlaví
- Graf 2 Struktura výzkumného souboru dle věku
- Graf 3 Struktura výzkumného souboru dle vzdělání
- Graf 4 Struktura výzkumného souboru dle délky praxe
- Graf 5 Struktura výzkumného souboru dle oddělení, na kterém pracují
- Graf 6 Způsob hodnocení kvality ošetrovatelské péče vrchní sestrou
- Graf 7 Převaha kontrolní činnosti vrchní sestry nad podpůrnou
- Graf 8 Srovnání důležitosti kontrolní a podpůrné činnosti vrchní sestry
- Graf 9 Způsob podpory vrchní sestrou
- Graf 10 Vyžadované způsoby podpory vrchní sestrou
- Graf 11 Míra podpory od vrchní sestry
- Graf 12 Největší překážky podpory od vrchní sestry
- Graf 13 Existence pravidelných setkání s vrchní sestrou
- Graf 14 Výstupy z pravidelných setkání s vrchní sestrou
- Graf 15 Nejpodstatnější výstup z pravidelných setkání s vrchní sestrou
- Graf 16 Možnosti na zlepšení výstupů z pravidelných setkání s vrchní sestrou
- Graf 17 Frekvence řešení kvality poskytované přímé ošetrovatelské péče

Kontingenční tabulky:

- Kontingenční tabulka 1 Vnímání podpory / vzdělání respondentů
- Kontingenční tabulka 2 Vnímání podpory / délka odborné praxe
- Kontingenční tabulka 3 Vnímání podpory / věk respondentů
- Kontingenční tabulka 4 Převaha kontrolní činnosti nad podpůrnou / vzdělání
- Kontingenční tabulka 5 Převaha kontrolní činnosti nad podpůrnou / délka praxe
- Kontingenční tabulka 6 Dostatečná míra podpory středního managementu / vzdělání
- Kontingenční tabulka 7 Dostatečná míra podpory / délka odborné praxe
- Kontingenční tabulka 8 Dostatečná míra podpory / věk
- Kontingenční tabulka 9 Největší překážka podpory / vzdělání
- Kontingenční tabulka 10 Nedostatek motivace / délka odborné praxe

Tabulky:

Tabulka 1 CHITEST vnímání podpory / vzdělání respondentů

Tabulka 2 CHITEST – vnímání podpory / délka odborné praxe

Tabulka 3 CHITEST vnímání podpory / věk

Tabulka 4 CHITEST převaha kontrolní činnosti nad podpůrnou / vzdělání

Tabulka 5 CHITEST převaha kontrolní činnosti nad podpůrnou

Tabulka 6 CHITEST dostatečná míra podpory/vzdělání

Tabulka 7 CHITEST dostatečná míra podpory/ délka praxe

Tabulka 8 CHITEST dostatečná míra podpory/ věk

Tabulka 9 CHITEST nedostatek motivace/ vzdělání

Tabulka 10 CHITEST nedostatek motivace/ délka praxe

Tabulka 11 Identifikační údaje informantů

10 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Dotazník k výzkumné části

Příloha 2 Otázky k rozhovoru

Příloha 3 Ukázka analýzy rozhovoru – metoda „tužka papír“

Příloha 1

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

jmenuji se Amalia Matoušková a jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studia na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity, kde studuji obor ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech, modul Ošetrovatelské péče v chirurgických oborech. Téma mé diplomové práce je „Podpora přímé ošetrovatelské péče středním managementem“. Ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je zcela anonymní a získané údaje budou použity pouze jako podklad pro vypracování mé diplomové práce.

V dotazníku označte jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak.

V praxi rozlišujeme ošetrovatelské činnosti prováděné přímo, či nepřímo. Přímou ošetrovatelskou péčí Jarošová (2007)¹ definuje jako činnosti, které sestra vykonává v přímém kontaktu s nemocným a jeho rodinou, kdy se jedná například o přímé provádění ošetrovatelských výkonů, jako jsou například převazy, aplikace infuzní terapie či aplikace injekcí. Při zkoumání této problematiky mě zajímá, za jakých předpokladů mohou sestry udržet kvalitu poskytované přímé péče a jakým způsobem k tomu mohou přispět manažerky střední úrovně, či naopak s jakou podporou vrchních sester se sestry v přímé ošetrovatelské péči setkávají

Předem Vám děkuji za spolupráci a vyplnění dotazníku.

Bc. Amalia Matoušková

1. Jste

muž

žena

2. Váš věk je:

.....

¹ JAROŠOVÁ, D., 2007. Úvod do komunitního ošetrovatelství. Praha: Grada, 100 s. ISBN 978-80-247-6542-6.

3. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- střední odborné vzdělání
- vyšší odborné vzdělání – DiS.
- vysokoškolské vzdělání – Bc.
- vysokoškolské vzdělání – Mgr.
- doktorské studium – Ph.D., PhDr.
- specializační studium

4. Uveďte prosím délku Vaší odborné praxe:

- méně než 2 roky
- 2–5 let
- 6–10 let
- 11–15 let
- 16 a více let

5. Pracujete na:

- standardním oddělení
 - chirurgicky zaměřeném
 - interně zaměřeném
- jednotce intenzivní péče
 - chirurgicky zaměřené
 - interně zaměřené
- anesteziologicko-resuscitačním oddělení

6. Jakým způsobem hodnotí vrchní sestra kvalitu Vámi poskytované péče?

- pozorováním
- supervizi
- hodnoticím rozhovorem
- Vámi předanou zpětnou vazbou
- audity – sledováním dodržení standardů
- nehodnotí
- jiné:

7. Myslíte si, že vrchní sestra využívá více kontrolní činnost než podpůrnou?

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

8. Která z činností vrchní sestry je podle vás pro zlepšení kvality péče podstatnější?

- kontrolní
- podpůrná
- obě z výše uvedených
- je to jedno
- žádná z nich

9. Jakým způsobem Vás vrchní sestra podporuje v přímé péči, tak aby byla zachována kvalita ošetrovatelské péče? Můžete označit více odpovědí.

- motivací
- možnosti zpětné vazby
- sama se účastní přímé ošetrovatelské péče
- individuálním rozhovorem
- koučinkem
- supervizí
- reflektivní praxí
- příkazy, nařízením
- umožněním dalšího vzdělávání (kurzy, školení..)
- nijak nepodporuje
- jiné:

10. Jakou formu podpory od vrchní sestry byste uvítali? Můžete označit více odpovědí.

- motivaci
- možnost zpětné vazby
- aby se sama účastnila přímé ošetrovatelské péče
- individuální rozhovorem
- koučink
- supervize
- reflektivní praxe
- příkazy, nařízení
- umožněním dalšího vzdělávání (kurzy, školení..)
- nijak nepodporovat
- jiné:

11. Míru podpory vrchní sestry vnímáte jako:

- dostačující
- průměrnou
- nedostačující
- žádnou

12. Co považujete za největší překážku podpory od vrchní sestry?

- negativní přístup vrchní sestry
- nedostatek motivace
- nedostatečnou podporu k dalšímu vzdělávání
- nemáme žádnou překážku
- jiné:

13. Probíhají na Vašem pracovišti pravidelná setkání s vrchní sestrou?

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

Pokud jste odpověděli ano či spíše ano na otázku č. 13, tak prosím odpovězte na následující otázky č. 14–17.

14. Jaké jsou výstupy ze setkání vrchní sestrou?

- zlepšení kvality ošetrovatelské péče
- posílení k řešení chyb
- jiné:

15. Co je pro Vás osobně nejpodstatnější z pravidelných setkání s vrchní sestrou?

Můžete označit více odpovědí.

- individuální přístup
- naslouchání
- sdílení zkušeností
- povzbuzení
- příkazy
- nezískám nic podstatného
- jiné:.....

16. V případě odpovědí, že nezískáváte nic podstatného: Měli byste zájem o:

- individuální přístup
- naslouchání
- sdílení zkušeností
- povzbuzení
- příkazy
- jiné:

17. Obsahem setkání s vrchní sestrou je kvalita poskytované přímé péče:

- vždy
- často
- občas
- nikdy

18. Pokud byste chtěli něco doplnit, využijte prostor níže:

.....
.....

Příloha 2

- 1) Kolik je Vám let?
- 2) Jaké oddělení vedete?
- 3) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
- 4) Absolvovala jste nějaké manažerské vzdělání? V případě, že ano, jaké?
- 5) Jak dlouho vykonáváte Vaší odbornou praxi?
- 6) Jak dlouho jste na pozici vrchní sestry?
- 7) Jak jste osobně spokojená s kvalitou přímé ošetrovatelské péče na Vašem oddělení?
- 8) Do jaké míry myslíte, že může management ovlivnit kvalitu ošetrovatelské péče?
- 9) Do jaké míry si myslíte, že Vámi používané manažerské dovednosti ovlivňují přímou ošetrovatelskou péči?
- 10) Co můžete říct k tomu, že by se vrchní sestra účastnila přímé ošetrovatelské péče?
- 11) Do jaké míry může ovlivnit osobní účast v přímé ošetrovatelské péči kvalitu péče?
- 12) Co můžete říct, že by od Vás sestry postrádaly při zajišťování přímé ošetrovatelské péče?
- 13) S jakou možností podpory z Vaší strany se setkávají sestry při zajišťování přímé ošetrovatelské péče?
- 14) Provádíte sesterské vizity? Pokud ne, co si myslíte o možnosti zařadit sesterské vizity do harmonogramu vaší práce v souvislosti s kvalitou přímé ošetrovatelské péče?

Příloha 3

7) Do jaké míry myslíte, že může management ovlivnit kvalitu ošetrovatelské péče?
(prosím, aby odpověď nebyla jedním slovem, popř. čím může péči ovlivnit)

K. ULUV HWG
"Do určité míry ano, ale velmi záleží na všech zaměstnancích, někdy i jeden člověk dokáže napáchat hodně škody. Například pokud se třeba o noční rozhodne nepolohovat, pak je málo platné, že tři týdny byl člověk pravidelně polohován, rázem je vše pryč.

K. NÁSTROJE DOVEDENOST
Takže určitě výběrem zaměstnanců, což je v poslední době velmi složité (není moc z koho vybírat). Pak určitě svým přístupem, já zastávám názor „jít příkladem“. Dále vedením týmu, vyslechnout, snažit se domluvit, najít řešení v případě problému. A také snažit se zaměstnance pozitivně motivovat, protože jen spokojený člověk může vykonávat dobře svou práci. "

8) Do jaké míry si myslíte, že Vámi používané manažerské dovednosti ovlivňují přímou ošetrovatelskou péči? (Jaké manažerské dovednosti využíváte?)

K. NÁSTROJE + DOVEDENOST
"Určitě hrají významnou roli. Důraz bych dala na dobrou komunikaci, ta je dle mě nejpodstatnější. Být asertivní snažit se řešit problémy rozumně a v klidu, dobře věci odargumentovat, umět přesvědčit, nadchnout pro společnou věc, ale i naslouchat podřízeným (často mají výborné nápady), zabývat se jejich problémy, podporovat je v rozvoji. A hlavně chválit a umět ocenit jejich výkony, být spravedlivá, lidská.

K. NÁSTROJE A DOVEDENOST
Důležité jsou i odborné znalosti, snažím se stále vzdělávat, dokázat na oddělení zastoupit kteréhokoliv pracovníka, aby se na mě mohli spolehnout a aby si mě mohli vážit i jako odborníka.

K. NÁSTROJE + DOVEDENOST
Ještě mě napadá, schopnost rozhodovat, dodržet sliby, říci ne, umění vést lidi, analytické schopnosti a týmová spolupráce."

9) Co můžete říct k tomu, že by se vrchní sestra účastnila přímé ošetrovatelské péče?

K. ŘÍDITEL? K ÚČASTI V PŘÍMÉ OŠ. PÉČI
"Často se účastním přímé ošetrovatelské péče, zvláště pokud řešíme nějaký problém a při nedostatku zaměstnanců ve směně. A je to pro mě přínosné."

10) Do jaké míry může ovlivnit osobní účast v přímé ošetrovatelské péči kvalitu péče?

K. ŘÍDITEL? K ÚČASTI V PŘÍMÉ PÉČI
"Částečně ano. Nemyslím si, že bych se jako vrchní sestra měla každodenně účastnit přímé ošetrovatelské péče, protože mám spoustu jiných povinností, ale občas je to vhodné. Jednak to přináší různé postřehy, nápady ke zlepšení. A pak zdravotnictví i ošetrovatelství se velmi rychle mění a vyvíjí a co platilo před 10 lety je dnes jinak, mění se i skladba pacientů a pokud bych neměla poznatky ze současné doby, mé názory by nebyly objektivní a nemohla bych ostatní správně vést. "