

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**Postavení hlavní sestry z pohledu zaměstnance v oboru
Bakalářská práce**

Vedoucí práce: PhDr. Ivanka Kohoutová, R. S.

Autor: Věra Lukášová

2008

The position of the head sister viewed by a medical staff member

My thesis examines the position of the head sister from the viewpoint of staff nurses both in state-run and private health care facilities. It gives insight into contacts between the head sister and staff nurses, especially if staff nurses are informed enough about the head sister's duties. The results obtained in state-run and private health care facilities are compared. The following hypotheses were set: H I - staff nurses get into a personal contact with the head sister at least twice a year; H II – staff nurses are informed about the duties of the head sister ; H III – staff nurses working in hospitals, Inc., get into personal contacts with the head sister more often than staff nurses working in teaching hospitals. I set up thirty questions to address the issues of the position of the head sister in the hospital management and her duties. To obtain as much as possible information and to involve as many as possible respondents, the quantitative method of a questionnaire was used. The questionnaire consisted mainly of closed and semi-closed questions. One open question was also included to enable the respondents to express their own opinions. Respondents from the teaching hospital in Plzen and several other hospitals in the Plzen region (the hospital Primaved, the Mulac hospital, the hospital in Stod, the hospital in Domazlice) took part in the investigation. The results of the investigation were processed in two phases: first the overall summary of all the replies was made and in the second phase the replies of the particular groups of respondents were evaluated separately. The investigation shows that staff nurses come into contact with the head sister and are familiar with her duties. The same conclusion was reached by comparing the replies obtained from staff nurses working in both kinds of hospitals, state-run and private. The results suggest that staff nurses in both kinds of hospitals are thus well informed about the position of the head sister. The objective of the investigation was achieved. The hypotheses I and II were confirmed, the hypothesis III was not confirmed. The conclusions of the investigation will be presented at a workshop in the teaching hospital in Plzen with the approval of the head sister.. If the medical periodical is interested the conclusions will also be published there.

Prohlášení:

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů, které cituji a uvádím v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích 9. 5. 2008

.....

podpis

Poděkování:

Děkuji Phdr. Ivance Kohoutové, R.S. za odbornou konzultaci, věnovaný čas a cenné rady při zpracování mé bakalářské práce.

OBSAH

Úvod.....	3
1. Současný stav.....	4
1. 1 Nový systém zdravotnictví	4
1. 1. 1 Reforma zdravotnictví	4
1. 1. 2 Řízená péče	5
1. 1. 3 Prognóza ošetrovatelské péče	5
1. 2 Ošetrovatelský management	6
1. 2. 1 Vývoj úlohy ošetrovatelského managementu	6
1. 2. 2 Úrovně ošetrovatelského managementu	7
1. 2. 3 Cíle ošetrovatelského managementu	7
1. 3 Funkce managementu ošetrovatelské péče	8
1. 3. 1 Plánování	8
1. 3. 2 Organizování.....	8
1. 3. 3 Obsazování pracovních míst.....	9
1. 3. 4 Řízení	9
1. 3. 5 Koordinace.....	9
1. 3. 6 Kontrola	9
1. 3. 7 Delegování	10
1. 4 Hlavní sestra	10
1. 4. 1 Profesní charakteristika funkce.....	10
1. 4. 2 Nadřízenost – podřízenost	11
1. 4. 3 Kvalifikační předpoklady	11
1. 4. 4 Osobnostní předpoklady	11
1. 4. 5 Vymezení zodpovědnosti.....	12
1. 4. 6 Vymezení pravomocí.....	12
1. 4. 7 Obecné povinnosti	12
1. 4. 8 Individuální úkoly dle potřeb konkrétního pracoviště.....	12
1. 5 Systémy poskytování péče.....	14

1. 5. 1 Případová metoda	14
1. 5. 2 Funkční systém	15
1. 5. 3 Týmové ošetřovatelství.....	15
1. 5. 4 Primární ošetřovatelství	16
1. 5. 5 Modulární ošetřovatelství	16
1. 5. 6 Case management	17
1. 5. 7 Přechod na manažera	17
1. 6 Zajišťování kvality péče	18
1. 6. 1 11 dimenzí kvality	18
1. 6. 2 Standardy	18
1. 6. 3 Audity	19
1. 6. 4 Akreditace	19
1. 7 Právo a etika.....	20
2. Cíle práce a hypotézy.....	22
2. 1 Cíle práce	22
2. 2 Hypotézy	22
3. Popis metodiky	23
3.1 Použitá metodika.....	23
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru.....	23
4. Výsledky	24
5. Diskuse.....	55
6. Závěr	65
7. Použitá literatura	66
8. Klíčová slova	70
9. Seznam příloh	71

Úvod

Prostředí zdravotnické péče je v dnešní době velmi složité a nejisté. Dochází k velkému vývojovému posunu této oblasti. Z diagnostiky, léčby a péče za využívání znalostí a nejlepších prostředků o jednoho nemocného se stalo řízení péče o celé skupiny nemocných za využití menšího množství prostředků. Kvalifikované sestry tvoří ve zdravotnictví největší profesní skupinu a mají velký vliv na všechny aspekty systému zdravotní péče a to funguje i naopak, systém zdravotní péče přímo ovlivňuje oblast ošetrovatelství. Snižování personálních stavů, propouštění, uzavírání či slučování zdravotnických zařízení přímo i nepřímo ovlivnily otázky spojené s profesionálním ošetrovatelstvím - kompetence, místo, čas a způsob. Dnešní doba přináší celou škálu řešení a profese sestry musí být připravena přijmout změny, aby v tomto světě nejen přežila, ale i prosperovala. V dnešní době, době radikálních změn, jsou schopnosti vést a rozhodovat více než důležité. Profesionální sestry musí být vzdělané a připravené převzít vedení a rozhodování za ošetrovatelskou péči.

Stále více zdravotnických organizací nemá definována oddělení ošetrovatelské péče. V důsledku vzniku nebo reformace zdravotnických zařízení se tituly spolu s pracovními pozicemi ošetrovatelského managementu mění, zanikají a nebo se transformují. S tím je spojené přesouvání kompetencí a odpovědnosti za jednotlivé úseky zdravotní péče. V managementu zdravotnických organizací dochází k separování ošetrovatelské péče od lékařské. Ošetrovatelství je dnes chápáno jako samostatný obor, který spolupracuje s lékařskými a ostatními obory a který má své kompetence, povinnosti a sám nese odpovědnost za své činnosti, výsledky a kvalitu poskytovaných služeb.

TOP manažer ošetrovatelské péče je v současné době nazýván nejčastěji jako náměstek ošetrovatelské péče, ale výjimkou není ani dřívější pojmenování této pozice hlavní sestra. TOP manažer ošetrovatelské péče musí splňovat spoustu náročných kvalifikačních a osobnostních předpokladů, protože v současné době není podřízen ani manipulován lékařskými obory jako v minulosti, ale stojí jako partner ostatním TOP manažerům ve vedení zdravotnického zařízení.

1. Současný stav

Reforma českého zdravotnictví s sebou nutně přinesla nejen změnu zdravotnického systému, ale i názvu některých funkcí, jejich náplně a povinností spojené s výkonem funkce. Odtržení nelékařských zdravotnických povolání od lékařských, které vyplynulo z přijetí zákona č.96/2004 Sb. O nelékařských zdravotnických povoláních, mělo za následek mimo jiné i přejmenování funkce hlavní sestry na náměstek/ředitel pro ošetrovatelskou péči a to nejen z důvodu změny postavení v managementu zdravotnických zařízení, ale i pro rozšíření povinností a kompetencí s tím spojených. Přesto titul hlavní sestra nezmizel z povědomí laické a odborné veřejnosti a používá se i dnes (9).

1. 1 Nový systém zdravotnictví

Dnešní zdravotnictví prochází revolucí. Pod tlakem vládní reformy, tržní poptávky a vnitřní reorganizace systému došlo mezi poskytováním zdravotnické péče a jejím financováním k aktivnímu napětí. Ošetrovatelská profese podporuje úsilí vytvořit zdravotnický systém, který by zajišťoval dostupnost, kvalitu a služby za přijatelné ceny. Současné změny ve zdravotnictví ovlivňují roli sester. Ošetrovatelství má reálnou příležitost pomoci přebudovat systém poskytování zdravotní péče. K tomu, aby bylo možné formulovat rámec, ve kterém se budou správně využívat role sester, je zapotřebí mít dovednosti vést a řídit lidi (25).

1. 1. 1 Reforma zdravotnictví

V současném zdravotnictví dochází k dramatickým změnám v oblasti poskytovatelů, financování, způsobu a místa poskytování zdravotní péče. Výdaje na zdravotnictví stoupají natolik, že naše společnost již nemá prostředky na její celkovou úhradu. Proto je strukturální změna nevyhnutelná. Dochází ke změně v zajištění přístupu k péči, v zabezpečení kvality a cenové dostupnosti. Tato tendence je v naprostém protikladu se systémem zdravotnictví v minulých letech, kdy došlo k obrovskému rozvoji zdravotnictví v objemu, intenzitě, financích i personálu. Tyto neomezené investice do zdravotnictví vedly k rychlému nárůstu nákladů na zdravotní

péči a to se nejvíce dotklo všech plátců zdravotní péče. Byly vypočteny maximální částky, které bude možné zaplatit za léčbu nemocných pojištěných státem. Zdravotnická zařízení by byla v ekonomickém zisku pouze za předpokladu, že by náklady na zdravotní péči byly nižší než dohodnutá maximální částka nákladů. To byla hlavní událost, která započala revoluci v celém zdravotnickém průmyslu a která dramaticky změnila charakter poskytování zdravotní péče. Protože ve zdravotnictví došlo k omezování nákladů, očekávalo se, že i oddělení ošetrovatelské péče budou účtovat náklady za přímou a nepřímou péči. V rámci tohoto procesu oddělení ošetrovatelské péče zreorganizovala poskytování péče, v některých případech došlo k propuštění sester a k uzavření zdravotnických zařízení. Přesto, že podniknutých aktivit bylo mnoho, nestačily zastavit růst nákladů na zdravotní péči. Začalo docházet k dramatickým změnám na trhu, dále v oblasti financování pojišťoven a k propojování poskytovatelů zdravotní péče. V podstatě začala reforma zdravotnictví, ve které nachází ošetrovatelství příležitosti a výzvy, které nebyly nikdy větší (9, 25).

1. 1. 2 Řízená péče

Řízená péče je dominantní strategie řízení v poskytování, organizaci a financování zdravotní péče. Znamená převzetí odpovědnosti za zdraví určité populace a současně přijetí finančního rizika. Řízená péče podporuje účinnou, zodpovědnou a vzhledem k vynaloženým nákladům efektivní péči o nemocné v rámci dané populace. Řízení péče je založeno na procesu spolupráce mezi nemocným, organizací poskytující péči a jejím financováním prostřednictvím následujících mechanismů – orientace péče na populaci, odpovědnost všech zúčastněných, management informací, důraz na primární péči, koordinace, financování péče (12, příloha 4).

1. 1. 3 Prognóza ošetrovatelské péče

Ošetrovatelství jako důležitá součást zdravotní péče je systémem ovlivňováno, ale současně má i schopnost samo systém ovlivňovat. Má-li sestra být manažerkou v nestálém prostředí, musí být vybavena příslušnými znalostmi a dovednostmi. Příprava sester manažerek by měla zahrnovat analytickou schopnost identifikovat problémy, schopnost efektivně vést a řídit lidi ve složité a stále se měnící době. Od nové sestry

manažerky se budou očekávat vůdčí schopnosti, kreativita a interpersonální techniky při řešení problémů. Budoucí prostředí pro poskytování zdravotní péče zahrnuje uznání hodnot ošetrovatelství, podporu a zmocňování sester, marketing jejich práce nejen při poskytování samotné zdravotní péče, ale i při podpoře zdraví, prevenci chorob a úrazů, ve výzkumu a vzdělávání (2, 9, 12).

1. 2 Ošetrovatelský management

Ošetrovatelský management nese sociální zodpovědnost za zdraví a nemoci jednotlivců, rodin a komunit. Proto je nutný jedinečný přístup. Personál a použité prostředky jsou stejně důležité jako kvalita poskytované péče. Úspěch závisí na kvalitě služeb, kvalifikovaném personálu i na schopnosti poskytovat péči v rámci daných finančních prostředků, což vyžaduje zvláštní a uvážlivé profesionální strategie (24, 25).

1. 2. 1 Vývoj úlohy ošetrovatelského managementu

Úloha ošetrovatelského managementu a manažerů se v novém prostředí zdravotní péče mění. Jedná se o podstatné zúžení administrativní roviny, která je zodpovědná za mnoho podřízených jednotek.

Dříve vedoucí sestry manažerky dohlížely na jednu až dvě roviny zaměstnanců a často využívaly autoritativní styl. Tento styl vycházel z moci jejich postavení a legitimní pravomoci organizace. Tyto sestry manažerky získávaly své schopnosti pozorováním svých přímých nadřízených. Byly přesvědčeny o potřebě vše kontrolovat a mít pod kontrolou. Tato metoda kontroly byla v praxi považována za normální a byla bez problémů přijímaná. Šlo o mylný dojem kontroly a moci nad zaměstnanci.

Zavedení nové koncepce v 80. letech 20. století, zvané sdílené řízení, přineslo novou myšlenku sdíleného rozhodování. Spočívala v návrhu rozhodovat formou dohody a solidarity. Tato metoda byla právem považována za pozitivní manažerský styl. Na rozdíl od dřívějších představ byla rozhodnutí informovaných zaměstnanců lepší a přesnější. Manažeři se museli naučit nové a účinné metody, které usnadňovaly zapojení a rozvoj personálu. Místo kontroly chování, učili manažeři své zaměstnance nové úloze, být sám zodpovědný za své chování. Proto byli a jsou manažeři nuceni získat nové vzdělání, které jim umožní používat efektivní styly řízení a vedení, které

zvýší role a pravomoce personálu. V současnosti se od manažera očekává, že bude pomáhat zaměstnancům, aby byli úspěšní ve své snaze, kterou je jejich práce (6, 9).

1. 2. 2 Úrovně ošetrovateľského managementu

Ošetrovateľský management se vyskytuje ve všech třech rovinách manažerské pyramidy. Na vrcholu pyramidy stojí špičkoví pracovníci (ředitel, náměstci, hlavní sestra), kteří se zaměřují na strategické a dlouhodobé plánování, organizování celé struktury organizace, obsazování nejvyšších míst ve struktuře a plánování motivačních programů. Střední linii řídicí pyramidy obsazují vrchní sestry, které spolu s přednosty klinik a primáři oddělení řeší některé koncepční a spíše krátkodobé plány, provádějí motivační programy, stanovují konkrétní cíle a organizují činnost jim podřízených úseků. V poslední linii stojí operativní řídicí pracovníci (vedoucí lékaři oddělení a staniční sestry), kteří vykonávají činnosti, které vyplývají z řešení každodenních problémů a krátkodobě plánují činnost personálu (9, příloha 2).

1. 2. 3 Cíle ošetrovateľského managementu

V ošetrovatelství, oboru služeb, panuje vysoká intenzita práce a tím je řízení obzvlášť náročné, protože zaměstnanci ve zdravotnictví mají různou praxi a vzdělání. Charakter práce vyžaduje od sestry manažerky takové pracovní prostředí a podmínky, ve kterých bude možné poskytovat kvalitní ošetrovateľskou péči. Manažer v ošetrovatelství má zodpovědnost vůči personálu a organizaci. Hlavní úlohou manažera je dělat správná rozhodnutí na základě řídicího procesu a s využitím funkcí managementu. Cíle ošetrovateľského managementu je plnění cílů organizace nebo oddělení ošetrovateľské péče, udržování kvality péče o nemocné v rámci finančních omezení organizace, zvyšování motivace zaměstnanců a nemocných, zvyšování schopnosti podřízených a kolegů přijímat změny, budování týmového ducha a zvyšování morálky a další profesní rozvoj personálu (13, příloha 3).

1. 3 Funkce managementu ošetrovatelské péče

Úspěch managementu závisí na talentu jednotlivce, jeho motivaci a příležitosti řídit. Potřebné dovednosti získává manažer s praxí. Hlavní sestra používá stejné funkční procesy při plnění svých povinností jako manažeři na nižších úrovních, ale má široký rámec povinností, proto jich využívá jiným způsobem (9).

1. 3. 1 Plánování

Plánování je nejzákladnější činností managementu. Poskytuje celkový pohled, stanovuje průběh aktivit a usnadňuje využití času a prostředků. V ideálním případě by mělo plánování zahrnovat i možné problémy. Je nutné předem stanovit cíl, kterého chce manažer dosáhnout v rámci daného souboru prostředků. Konkrétními důvody pro plánování je soustředit pozornost na vytýčený cíl, vyrovnat nejistotu a náhodu, získat ekonomickou působnost a usnadnit kontrolu. Manažer má k dispozici tři typy plánovacích strategií a to stálé, strategické a dlouhodobé. Stálý neboli stabilní plán obsahuje každodenní nebo standardní aktivity. Tyto plány slouží jako způsob organizace času a aktivit. Strategické plánování je orientováno na trh a na budoucnost. Jeho záměrem je poskytnout plán na přežití celé organizace a zajistit jí konkurenceschopnost. Zabývá se metodami, jak zvýšit výnosy, snížit ztrátu ze zisku, poskytovat výnosné služby a ustálit je. Dlouhodobé plánování je také formou plánování směřovaného na budoucnost, ale je všeobecnější a určuje směr růstu organizace. Takový plán je zpracováván s vyhlídkou na jednoleté, pětileté nebo desetileté období (13, 24).

1. 3. 2 Organizování

Organizování je funkcí managementu, která spojuje lidi a činnosti tak, aby splnili potřeby a cíle organizace. Mechanismus organizování je rozdělen na tzv. vertikální a horizontální rozlišení. Vertikální rozlišení odpovídá zřízení hierarchie, která je potřeba pro práci organizace. Horizontální rozlišení spočívá v oddělení aktivit tak, aby bylo dosaženo hospodárnějšího a efektivnějšího výkonu. K tomu dochází vytvářením specifických skupin v organizaci, které poskytují různé služby (21).

1. 3. 3 Obsazování pracovních míst

Obsazování pracovních míst je manažerskou aktivitou, která zajišťuje, že cíle organizace plní vhodný a adekvátní personál a to počtem i kvalifikací. V této manažerské činnosti je třeba brát v úvahu ekonomické možnosti organizace a zároveň požadavky na vysokou kvalitu poskytovaných služeb. Další faktory, kterými se tato funkce manažera zabývá, jsou časový provoz organizace, pracovní zátěž zaměstnanců a platové tabulky (9).

1. 3. 4 Řízení

Řízení je funkce manažera, která zajišťuje, aby ostatní odvedli svou práci. Zahrnuje pět základních kroků. Prvním krokem je udělování pokynů. Pokyny by měly být jasné, stručné, logické, odpovídat situaci a pokud je to možné nebo vhodné, měly by být i odůvodněny. Druhým krokem je dohled, který se týká školení, disciplíny a kontroly pracovníků. Třetím krokem je vedení, což je schopnost inspirovat a ovlivňovat ostatní za účelem dosažení cílů. Čtvrtým krokem je motivování, které umožňuje zjistit potřeby ostatních a nalézt v organizaci způsoby k jejich uspokojení. Posledním krokem je komunikace. Komunikace je přenos sdělení od jedné osoby ke druhé a to verbálním i neverbálním způsobem (27).

1. 3. 5 Koordinace

Koordinace je činnost manažera, kdy dochází ke spojování a synchronizaci aktivit a lidí tak, aby harmonicky plnili cíle organizace. Ve své podstatě to znamená preventivní řídicí funkci zabývající se odvrácením konfliktů a nedorozumění uvedením více souvisejících činností do vzájemného souladu, kterou nazýváme optimální spolupráce (5).

1. 3. 6 Kontrola

Kontrola je usměrňování činností v souladu s plány organizace. Jde o způsob porovnání plánů se skutečností, zjištění potenciálních nedostatků a navržení nápravných

opatření. Probíhá nejčastěji formou auditů. Kontrola je funkcí manažerů na všech rovinách (2).

1. 3. 7 Delegování

Delegování je specializovanou činností manažera, který spojuje koncepci organizace s řídicím procesem. Jedná se vlastně o přidělení určitých pravomocí a povinností manažerem níže postavenému pracovníkovi. Delegování je dynamický krok organizace k dokončení žádaného cíle a vede k systému dělby práce, do které patří rozdělování práce a udílení příkazů. Prostřednictvím personálu tak manažer realizuje plán organizace. Nejlepším způsobem zajištění efektivity organizace je delegování určité pravomoci pracovníkům na nejnižší úrovni. Správné delegování je důležitým nástrojem manažera k zapojení personálu a budování pracovní morálky. Správné používání delegování slouží různým účelům, mezi které patří například motivace, obohacení vlastní práce, úspora nákladů i času a profesní růst pracovníků i manažera (23).

1. 4 Hlavní sestra

Hlavní sestra nebo-li náměstek/ředitel pro ošetrovatelskou péči je manažerská funkce na úrovni vrcholového managementu, která má za úkol plánovat, organizovat, řídit, koordinovat a kontrolovat ošetrovatelskou péči ve zdravotnickém zařízení. Spolupracuje s ředitelem a ostatními náměstky organizace při plnění cílů organizace. Na základě jmenovacích dekretů vydávaných ředitelem zdravotnického zařízení je členkou v komisích a účastní se jejich porad. Periodika těchto setkání se řídí potřebami organizace (7).

1. 4. 1 Profesní charakteristika funkce

Stanovení směrů finanční strategie, rozsáhlého soustavného investičního rozvoje a personálního rozvoje ve zdravotnickém zařízení, které má podíl vysoce kvalifikovaných odborníků, s rozsáhlým víceetapovým vertikálním a mnohooborovým

horizontálním členěním na organizační složky, specializovaným a náročným provozním a technickým vybavením a provozními režimy, v oblasti ošetrovateľskej péče (22).

1. 4. 2 Nadřízenost – podřízenost

Nadřízenou funkcí pozice hlavní sestry je ředitel zdravotnického zařízení. Podřízenými pozicemi jsou odborné asistentky pro chirurgické a interní obory, vrchní a vedoucí sestry jednotlivých klinik a oddělení a pomocní administrativní pracovníci. Hlavní sestra ve spolupráci se svými asistentkami metodicky řídí vedoucí nelékařské pracovníky v ambulantních a lůžkových provozech a na pracovištích komplementu v oblasti ošetrovateľskej péče (22, příloha 3).

1. 4. 3 Kvalifikační předpoklady

Kvalifikační předpoklady pro výkon funkce hlavní sestry jsou předem stanoveny vedením zdravotnického zařízení. Tyto podmínky jsou variabilní dle druhu poskytovaných služeb organizace. Obecnými kvalifikačními požadavky jsou vysokoškolské vzdělání v sociálním nebo ošetrovateľském oboru, minimální doba praxe ve zdravotnictví – obvykle 5-10 let, znalost alespoň jednoho světového jazyka, platná registrace k výkonu povolání dle zákona č. 96/2004 Sb. a občanská bezúhonnost. Výhodou bývá praxe ve vedoucí funkci (22).

1. 4. 4 Osobnostní předpoklady

Osobnost hlavní sestry ovlivňuje nejen práci podřízených sester, ale mnohdy určuje i smýšlení společnosti o povolání sester. Proto je žádoucí, aby funkce hlavní sestry byla obsazena kvalifikačně připravenou výraznou osobností, která bude pozitivně ovlivňovat zaměstnance v oboru i mimo něj a zároveň budovat lepší image v povolání sester. Požadované osobnostní předpoklady jsou organizační a řídicí schopnosti, rozhodnost, vysoká výkonnost, flexibilita, komunikační schopnosti, vysoká odolnost vůči stresu, umění jednat s lidmi, nebyrokratický styl vedení a vytváření dobrých vztahů na pracovišti (25).

1. 4. 5 Vymezení zodpovědnosti

Hlavní sestra spoluzodpovídá za odbornou stránku vykonávané práce, za provozní a ekonomické chování organizace. Je povinna dodržovat všechny interní předpisy, směrnice a nařízení, která jsou platná v daném zdravotnickém zařízení. Spolupracuje se všemi pracovníky organizace (22).

1. 4. 6 Vymezení pravomocí

Do pravomocí hlavní sestry patří informovat další pracovníky vrcholového managementu o nezbytných opatřeních, která je nutné provést k zajištění koordinace činností zaměstnanců, při řešení mimořádných provozních situací nebo při zajišťování činnosti útvaru. Dále provádí běžnou činnost stanovenou katalogem práce, vede předepsanou dokumentaci, zúčastňuje se porad vedení zdravotnického zařízení, pravidelných i nepravidelných školení a seminářů se zaměřením k dalšímu vzdělávání. Sama organizuje pravidelné porady vedoucích nelékařských zdravotnických pracovníků, informuje je o legislativních změnách týkajících se jejich práce a seznamuje je se závěry z porad vedení organizace týkajících se ošetrovatelské péče (22, 23).

1. 4. 7 Obecné povinnosti

Hlavní sestra je povinna znát a řídit se obecnými pokyny zakotvenými v Pracovním řádu a ostatních interních předpisech zdravotnického zařízení. Je povinna zachovávat mlčenlivost o informacích, se kterými přichází do styku při výkonu svého povolání a při práci s informačním systémem organizace dle zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů v informačních systémech. Dále vykonává činnosti dle pokynů a příkazů ředitele zdravotnického zařízení, které vyplývají z potřeb organizace a jsou v souladu s druhem práce sjednaným v pracovní smlouvě (22).

1. 4. 8 Individuální úkoly dle potřeb konkrétního pracoviště

Hlavní sestra stanovuje základní koncepci, cíle a strategie v oblasti ošetrovatelské péče v souladu s koncepcí ošetrovatelské péče v rámci celé České republiky. Navrhuje

metodikou vedení ošetrovatelské dokumentace a její jednotnou strukturu. Spolupracuje s technicko-provozním náměstkem, náměstky pro lékařskou a zdravotní péči, přednosty klinik a ústavů, primáři oddělení a vrchními sestrami na zajištění činnosti celého zdravotnického provozu. Na základě závěrů z hodnocení ekonomického chování jednotlivých klinik, ústavů a oddělení předkládá řediteli návrhy na možná řešení pro zlepšení hospodaření v oblasti ošetrovatelské péče.

V oblasti nemocniční hygieny spolupracuje s ústavním epidemiologem a vedoucí epidemiologickou sestrou na vypracování pokynů hygienicko-epidemiologického režimu a opatření proti nozokomiálním nákazám. Na základě těchto opatření zpracovává spolu s vedoucími pracovníky jednotlivých pracovišť patření pro tato zdravotnická pracoviště.

Sleduje spokojenost nemocných se zdravotnickými službami a ve spolupráci s vedoucími pracovníky příslušných pracovišť navrhuje opatření ke zlepšení poskytovaných služeb. Sleduje a vyhodnocuje chování nelékařských zdravotnických pracovníků k nemocným, rodinným příslušníkům a kolegům a zjištěné nedostatky ihned projednává s jejich nadřízenými.

Ve spolupráci s Radou pro rozvoj ošetrovatelské péče se podílí na vypracovávání standardů ošetrovatelské péče. Spolupracuje na optimalizaci personálního obsazení nelékařských zdravotnických pracovníků na jednotlivých pracovištích. Zpracovává a upravuje vzorové náplně práce pro všechny profese nelékařských zdravotnických pracovníků včetně vedoucích zaměstnanců v návaznosti na platnou legislativu.

Ve spolupráci se zaměstnaneckým odborem a úsekem pro další vzdělávání organizuje specializační přípravu a průběžné vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků a vyjadřuje se k žádostem do jejich zařazení. Podílí se na výukových kurzech organizovaných zdravotnickým zařízením. Připravuje roční plán seminářů pro nelékařské zdravotnické pracovníky a zpracovává jejich přehled. Zajišťuje předpoklady k trvalému zvyšování kvalifikace nelékařských zdravotnických pracovníků a vytváří předpoklady pro profesní seberealizaci dále se vzdělávajících pracovníků.

Navrhuje stanovení výše limitů na cestovné a do fondu odměn pro nelékařské zdravotnické pracovníky v rámci limitu stanoveného ředitelem zdravotnického zařízení.

Provádí dohled nad efektivním využíváním zdravotnického materiálu a pomůcek a průběžně sleduje aktuální ukazatele hospodaření celé organizace.

Spolupracuje s Centrem řízení kvality na organizaci interních ošetrovatelských auditů a jejich plán předkládá řediteli zdravotnického zařízení. Zúčastňuje se porad pořádaných ministerstvem zdravotnictví České republiky a poznatky z nich prezentuje na poradách vedení zdravotnického zařízení.

Zúčastňuje se jmenování komisí, do kterých je jmenována. Spolupracuje s vedením zdravotnických škol při zajišťování výuky žáků a studentů v souladu se smluvními ustanoveními a vyjadřuje se k žádostem škol o zajištění provozní praxe.

Spolupracuje s odbornými společnostmi, např. Českou asociací sester, Unii zdravotnických pracovníků apod. (8, 22, 25)

1. 5 Systémy poskytování péče

Dnešní manažeři ošetrovatelství zdělili systémy poskytování ošetrovatelské péče, na kterých je patné, jak byla práce sester organizována v minulosti. Tyto systémy s sebou nesou výhody i nevýhody související s kvalitou péče, využitím personálu a růstem personálu. Pohledem do historie ošetrovatelství lze zjistit, že se systémy ošetrovatelské péče odvozovaly od stávajícího společenského a profesionálního prostředí. Každý ošetrovatelský systém byl organizován jako prostředek řízení poskytování péče. Tyto systémy se od sebe liší, ale zároveň mají společný jedinečný pohled na management ošetrovatelství, který spojuje zájem o kvalitu s nejlepším využitím dostupných prostředků (7, 9, 10).

1. 5. 1 Případová metoda

Případová metoda se používala již za doby Florence Nightingalové. Začala na samém počátku ošetrovatelské profese a byla pohodlným a správným způsobem řízení péče. Celková péče o každého nemocného, včetně podávání léků a výkonů, byla přidělována jednotlivcům a každý z nich se zodpovídal své přímé nadřízené, kterou byla vrchní sestra. Nevýhodou tohoto systému bylo, že všechen personál neměl potřebnou

kvalifikaci k poskytování všech aspektů péče a vrchní sestře se zodpovídalo příliš mnoho lidí, tím docházelo k nadměrnému rozsahu kontroly (9).

1. 5. 2 Funkční systém

Funkční systém vznikl jako způsob řešení otázky různé úrovně pečovatелů. Péče byla poskytována na základě přidělování úkolů, nikoliv nemocných. Každý pečovatel vykonával jeden určitý úkol nebo funkci, která odpovídala jeho vzdělání a praxi. Ošetřovatelky prováděly měření fyziologických funkcí, hygienu a stravování nemocných. Profesionální sestry byly zodpovědné za podávání léků, léčebné výkony a procedury. Vrchní sestra byla odpovědná za celkové řízení, dohled a vzdělávání ošetřovatelského personálu. Problém tohoto systému bylo dělení péče, které komplikovalo koordinační proces. To vedlo ke snížení kvality péče a zhoršení mezilidských vztahů personálu (9).

1. 5. 3 Týmové ošetřovatelství

Týmové ošetřovatelství se začalo rozvíjet na konci druhé světové války, kdy se začala zvyšovat úroveň a počet pomocného personálu a profesionální sestry začaly více přebírat řídicí funkce. Z důvodu měnícího se složení pracovních skupin a dramatického společenského převratu byla zadána studie, která měla nalézt lepší způsob poskytování ošetřovatelské péče. Týmové ošetřovatelství mělo vyřešit příliv poválečných pracovníků. Týmy se skládaly ze služebně starší sestry, která se stala vedoucí týmu. Členy týmu byly ostatní registrované sestry, praktické sestry s licenci, ošetřovatelky, sanitáři. Nemocní byli přidělováni pracovníkům dle jejich dosaženého vzdělání a praxe. Vedoucí týmu ráno přidělovala nemocné a úkoly, během směny prováděla kontrolní pochůzky a na konci směny uspořádala týmovou schůzku, kde hodnotila péči o nemocné a kde se vytvářely další plány ošetřovatelské péče. Do roku 1950 bylo týmové ošetřovatelství hodně využíváno a jako všechny modely si jej každá organizace přizpůsobila dle vlastních potřeb. Týmový přístup k péči o nemocné představoval více filozofii ošetřovatelství než reorganizaci ošetřovatelských služeb. Nevýhodou tohoto

systému byla nepřítomnost sestry u lůžka nemocného, protože řídila péči ostatních. Problémy s tímto systémem byly impulsem ke vzniku nového systému (9).

1. 5. 4 Primární ošetrovatelství

Primární ošetrovatelství jako systém péče zajistilo kvalitní komplexní péči o nemocné a prostředí, tím docílil i rozvoje profesionální praxe ošetrovatelského personálu. Historicky bylo primární ošetrovatelství dalším logickým krokem vývoje ošetrovatelství. Jedná se o filozofii a strukturu, která zospovědnost za plánování, poskytování a hodnocení péče o skupinu nemocných svěřuje do kompetence primární sestry. Záměrem primárního ošetrovatelství bylo vrátit sestru zpět k lůžku nemocného a tak docílit zlepšení kvality poskytované péče a větší spokojenosti nemocných i ošetrujícího personálu. K základním koncepcím tohoto systému patří pevně stanovená, viditelná zodpovědnost sestry za péči o nemocné, které jí byly přiděleny, a zapojení nemocného do péče. Primární sestra má za úkol poskytovat celkovou péči, navázat účinnou komunikaci s nemocnými i dalšími členy zdravotnického týmu, písemně vypracovat plán ošetrovatelské péče na 24 hodin a plánovat propuštění nemocného z péče zdravotnického zařízení. Účast nemocného se očekává ve fázi plánování, realizace a hodnocení jeho péče. Sekundární sestry se starají o nemocné v nepřítomnosti primární sestry a pokračují v péči, kterou započala primární sestra. Systém primárního ošetrovatelství přijaly organizace jako způsob sladění personálního obsazení pracovišť a všeobecnou filozofii ošetrování nemocných. Nevýhodou tohoto systému byla vysoká potřeba profesionálních sester (9).

.

1. 5. 5 Modulární ošetrovatelství

Modulární ošetrovatelství je systém poskytování ošetrovatelské péče, který kombinuje primární a týmové ošetrovatelství. Řeší problém nedostatku pracovníků v primárním ošetrovatelství. Nemocní jsou přidělováni sestrám podle geografického umístění a zároveň se využívají služby různých poskytovatelů zdravotní péče, jako jsou praktické sestry s licencií a ošetrovatelky (9).

1. 5. 6 Case management

Case management je relativně nová metoda poskytování ošetrovatelské péče. Jedná se o systém hodnocení zdravotního stavu, plánování, zajišťování, poskytování, koordinace a monitorování ošetrovatelských služeb s cílem splnit četné potřeby klientů. Tento systém řeší potenciální nesoulad mezi potřebami klientů, nabízenými službami a stále omezenějšími finančními prostředky na zdravotní péči. Case management je již dlouhodobě využíván v oblasti veřejného zdravotnictví a relativně nedávno byl zaveden i v institucích akutní péče. Ve své podstatě tato koncepce staví na primárním ošetrovatelství a zvyšuje jeho efektivitu. Ponechává profesionální sestře zodpovědnost, ale vytváří organizovanější způsob vyhodnocování reakce nemocného na terapii. Tímto způsobem předchází komplikacím, nebo je včas rozpozná a identifikuje, a tím lze zahájit včasnou a méně nákladnou terapii. Řadová sestra je schopna rychle rozpoznat odchylku od plánu a upozorní case manažera a tak započne příslušná náprava. Organizace a struktura case managementu tedy zahrnuje sestru - case manažera, zodpovědnou za hodnocení péče o nemocné, plán péče složený z jedné klinické mapy; dvou cílů péče, tří časových limitů a hodnocení odchylky od plánu péče. Tento konkrétní systém vyžaduje spolupráci a týmového ducha zdravotníků a je schopen zajistit kvalitní péči a efektivní využití nákladů. Využití znalostí a schopností jednotlivých zdravotníků je způsob zajištění autonomie profese (25).

1. 5. 7 Přejít na manažera

Přejít z řadového pracovníka na manažera vyžaduje převzetí autority, tradičních hodnot a velké odpovědnosti. Tím se manažer stává strážcem poslání, tradic, pravidel a zodpovědnosti organizace. Proto může rozhodovat o čase, úkolech a ostatních aspektech práce podřízených. Manažer má za úkol vést, harmonizovat, kontrolovat činnost jednotlivců v týmu, komunikovat s nimi a řešit nedorozumění a konflikty spojené s jejich prací.

1. 6 Zajišťování kvality péče

Současný trend poskytování zdravotnické péče se zaměřuje na kontinuální zvyšování kvality ve čtyřech oblastech, kterými jsou produkt, péče/služba, kvalifikace zaměstnanců a prostředí. Motivy jsou různé. Uspokojení požadavků akreditačních standardů, udržení nebo zvýšení počtu nemocných, zajištění dobré pověsti, přežití v tvrdších konkurenčních podmínkách, získání a udržení kvalifikovaného personálu, touha zdravotnického personálu dělat správné věci správně a v neposlední řadě spokojenost nemocných. Ekonomické problémy zdravotnických zařízení, problematické financování současného zdravotnictví, nespokojenost zdravotnického personálu s pracovními a platovými podmínkami, to vše má nepřímý vliv na kvalitu a ohrožuje ji. Vysoce kvalitní péče se promítá nejen do spokojenosti nemocných a personálu, ale současně pomáhá snižovat provozní náklady. Dle dostupných výsledků provedených studií o 20-30 % všech provozních nákladů. Kvalita zdravotní péče je založena na profesionálních standardech, směrnicích, zákonech a vyhláškách (16, příloha 5) .

1. 6. 1 11 dimenzí kvality

Dimenze kvality jsou měřitelná a kontrolovatelná kritéria, podle kterých se kvalita hodnotí. Jedná se o jedenáct oblastí, těmi jsou bezpečnost, kompetence, přijatelnost, efektivnost, vhodnost, ekonomičnost, dostupnost, kontinuita, včasnost, přiměřenost, úcta a vnímavost.

1. 6. 2 Standardy

Standardy jsou nástroje měření kvality. Jsou to normy, kterými se měří skutečně vykonaná nebo očekávaná práce. První ošetrovatelské vznikly jako standardy lékařské praxe v 70. letech v USA jako odezva zdravotníků na vyhlášení první Charty práv nemocných. Určovaly správnou zdravotnickou praxi a konkretizovaly na jakou péči mají nemocní právo. Standardy jsou pro všechny státy s vyspělým ošetrovatelstvím společné a obecné pro poskytování individualizované a cílené ošetrovatelské péče, prováděné prostřednictvím ošetrovatelského procesu a zaznamenávané v ošetrovatelské dokumentaci. Tyto normy jsou vyjádřené v doporučeních mezinárodních organizací.

Standardy jsou rozděleny do dvou druhů, na centrální a lokální. Centrální standardy vydává zpravidla ministerstvo zdravotnictví jako zákonné nebo doporučené normy, vyhlášky a nařízení. Určují základní cíle oboru a strukturální a procesní kritéria pro jeho tvorbu. Lokální standardy jsou zpravidla zpracované a platné v konkrétním zdravotnickém zařízení nebo pracovišti. Vycházejí z centrálních standardů, nesmějí být v rozporu s nimi a každý zaměstnanec s nimi musí být seznámen, což stvrzuje svým podpisem. Na tvorbě lokálních standardů se podílí řadové sestry i sestry na všech úrovních ošetrovatelského managementu (11).

1. 6. 3 Audity

Audity jsou jedním z nejefektivnějších nástrojů programu kontinuálního zvyšování kvality a jsou nezbytnou součástí dobrého fungování organizace. Audit představuje proces, který má za cíl objektivně vyhodnotit skutečný stav věcí, porovnat, zda realita odpovídá skutečnosti, a zjistit, zda je standardu v praxi dosahováno. Audity potvrzují dobrou praxi a vyzdvihují oblasti, které je třeba rozvíjet. Zároveň může odhalit slabá místa, která vyžadují pozornost. Realizovat audit nelze ve zdravotnickém zařízení, které nemá jasně definovanou kvalitu. Materiály, kterými je v praxi definována kvalita a které slouží jako podklad pro provádění auditů jsou zákony, vyhlášky a směrnice ministerstva zdravotnictví a dalších institucí, vypracované standardy, vypracované standardní postupy, příkazy a metodické pokyny ředitele organizace. Audity lze rozdělit dle auditora na interní a externí a dle předmětu na audit ošetrovatelské péče, zdravotnické dokumentace, finanční a personální, účetní a ekonomický. Audit se provádí za účelem zlepšit kvalitu hodnocené oblasti, nikoli za účelem hledání chyb a následných disciplinárních opatření. K provedení auditu je nutné dodržet určitá pravidla, která jsou definována v Desateru provedení auditu (9, 17).

1. 6. 4 Akreditace

Akreditace zdravotnických zařízení se stává běžným procesem, při kterém dochází k hodnocení kvality péče o nemocné v souladu s plněním standardů. Akreditace je znakem kvality, který ukazuje, že organizace splňuje dané standardy. Jedná se

o proces, při kterém externí, obvykle nestátní, organizace hodnotí zdravotnické zařízení a posuzuje, do jaké míry toto zařízení postupuje ve shodě s požadavky na zvyšování kvality péče. Realizace akreditačního procesu je zpravidla dobrovolná, ale málokteré zdravotnické zařízení si může dovolit jej ignorovat. Akreditační standardy jsou chápány jako optimální a dosažitelné. Akreditací ohodnocené zařízení se zavazuje ke zvyšování kvality péče o nemocné, k zajišťování bezpečného prostředí, ve kterém je péče poskytována a k systematické snaze snižování množství rizik pro nemocné i zaměstnance. Proces posuzování kvality zdravotnických zařízení byl vyvinut a aplikován v USA. Hlavními iniciátory byli lékaři. V České republice vznikla pod záštitou Ministerstva zdravotnictví Spojená akreditační komise České republiky, která vytvořila akreditační standardy, týkající se provozu zdravotnických zařízení a péče o pacienty. Tyto standardy jsou členěny do deseti tématických oblastí a to na oblast kvality, diagnostické postupy, péče o nemocného, kontinuitu péče, dodržování práv nemocných, podmínky poskytované péče, standardy managementu, péče o zaměstnance, sběr a zpracování informací a protiepidemická opatření. Akreditační řízení spočívá v uvedení vlastních standardů, směrnic a praxe do souladu s akreditačními standardy. Po podání žádosti o akreditaci u organizace, která tento proces v dané zemi realizuje, následuje inspekce týmem odborníků, trvající dva až tři dny. Pokud hodnocená organizace v akreditačním řízení uspěje, je jí vydáno akreditační certifikát na období tří let. Akreditace přináší výhody nejen pro zdravotnická zařízení, ale i pro uživatele, plátce, komunitu/obec. Mimo jmenovaných výhod, která s sebou akreditace přináší, je zde výrazné pozitivum pro zdravotnické pracovníky, kterým je lepší image zdravotnické profese ve společnosti (17).

1. 7 Právo a etika

Veškeré činnosti ve společnosti byly, jsou a budou upraveny řadou obecně závazných norem, která přesně stanovují pravidla chování každého jedince ve společnosti (28).

Hlavní sestry musí být obeznámeny se zákony a legislativou spojenou s ošetrovatelstvím, administrativou, interpersonálními vztahy a otázkami zaměstnávání.

Potřebují znát nejen svá vlastní práva a povinnosti, ale také práva a povinnosti svých zaměstnanců, zvláště profesionálních sester, protože jsou zodpovědní nejen za jejich práci, ale i spokojenost. Proto je poskytování zdravotní péče upraveno obecně závaznými pravidly různých odvětví práva, která přesně stanovují práva a povinnosti poskytovatelů i konzumentů zdravotní péče. Tyto předpisy tvoří právní řád České republiky, který se neustále vyvíjí. Dodržování právních předpisů je vynutitelné a za jejich porušování nebo nedodržování jsou udělovány sankce. Právní předpisy jsou hierarchicky uspořádané podle právní síly : 1. prameny práva s právní silou ústavního zákona, které obsahují ústavní zákony (Ústava, Listina základních práv a svobod) a mezinárodní smlouvy dle č. 10 Ústavy ČR ; 2. prameny práva s právní silou zákona, těmi jsou tzv. běžné zákony (zákon č. 20/1966 Sb. O péči o zdraví lidu), zákonná opatření Senátu a nálezy Ústavního soudu ; 3. prameny práva s právní silou podzákonnou, kam jsou řazena nařízení vlády, předpisy ministerstev a jiných správních orgánů (vyhlášky) a právní předpisy orgánů územní samosprávy ; dále jsou uspořádány právní předpisy dle obsahu a předmětu, který upravují. Určitou činnost může upravovat i několik předpisů nebo jejich částí různých právních odvětví .

Zdravotnickou legislativu ovlivňují etické neboli morální a společenské aspekty. Sestry často vyjadřují obavy ohledně etických dilemat ohledně množství, složitosti a dopadu na kvalitu a kvantitu poskytované péče, kterým musí čelit. Etických otázek v ošetrovatelství stále přibývá. Již zmíněná reforma zdravotnictví přinesla sestrám manažerkám nové morální otázky, jako rozdělování omezených prostředků a zachování kvalitní péče v éře velkého snižování nákladů. Hlavní sestra proto bývá členkou etické komise, která má za úkol vzdělávat poskytovatele zdravotní péče v etickém rozhodování a poskytovat konzultace při řešení etických otázek (1, 9, 15, 20,29).

2. Cíle práce a hypotézy.

2. 1 Cíle práce

1. Zjistit, zda sestry mají osobní kontakt se svojí hlavní sestrou.
2. Zjistit, zda jsou sestry informovány o funkci hlavní sestry.
3. Porovnat výsledky výzkumu mezi sestrami z fakultní nemocnice a sestrami z nemocnice a.s.

2. 2 Hypotézy

1. Sestry mají osobní kontakt s hlavní sestrou minimálně 2x v kalendářním roce.
2. Sestry jsou informovány o funkci hlavní sestry.
3. Sestry z nemocnice a.s. mají častější kontakt se svojí hlavní sestrou, a proto jsou lépe informovány o práci hlavní sestry, než sestry z fakultní nemocnice.

3. Popis metodiky

3.1 Použitá metodika

Pro ověření hypotéz byla zvolena forma kvantitativního výzkumu. Sběr dat probíhal pomocí anonymního dotazníku (příloha 1). Úvodní část otázek je věnována identifikačním údajům (věk, délka praxe, vzdělání ...), následující otázky jsou zaměřeny na informovanost respondentů o postavení hlavní sestry a její náplň práce. Otázek, které jsou sjednoceny v dotazníku, je celkem 30. Z toho je 25 otázek uzavřených (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 30), 4 otázky polouzavřené (10, 13, 16, 17) a u 1 otázky (24) se respondenti mohli volně vyjádřit. Dotazníky byly distribuovány řadovým a vedoucím sestrám ve fakultní nemocnici v Plzni a řadovým a vedoucím sestrám v soukromých nemocnicích a.s. v Plzni (nemocnice Privamed, Mulačova nemocnice) a Plzeňském kraji (nemocnice Stod, nemocnice Domažlice).

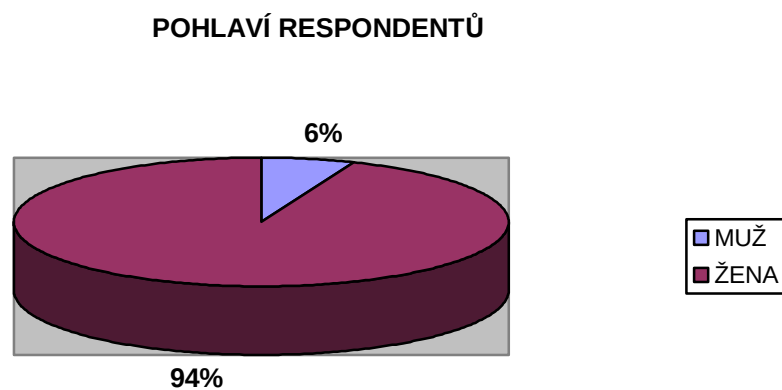
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Respondenty výzkumu jsou sestry na všech pozicích, podřízených hlavní sestře, ve fakultní nemocnici v Plzni a v privátních nemocnicích a.s. v Plzni (nemocnice Privamed, Mulačova nemocnice) a Plzeňském kraji (nemocnice Stod, nemocnice Domažlice). Za účelem získání výzkumného vzorku bylo osloveno s předchozím souhlasem hlavní sestry 100 sester z fakultní nemocnice a 90 sester z nemocnic a.s. Od respondentů z fakultní nemocnice bylo vráceno 84 vyplněných dotazníků a od respondentů z a.s. 80 dotazníků. Celkem se výzkumu zúčastnilo 164 respondentů.

4. Výsledky

Graf 1

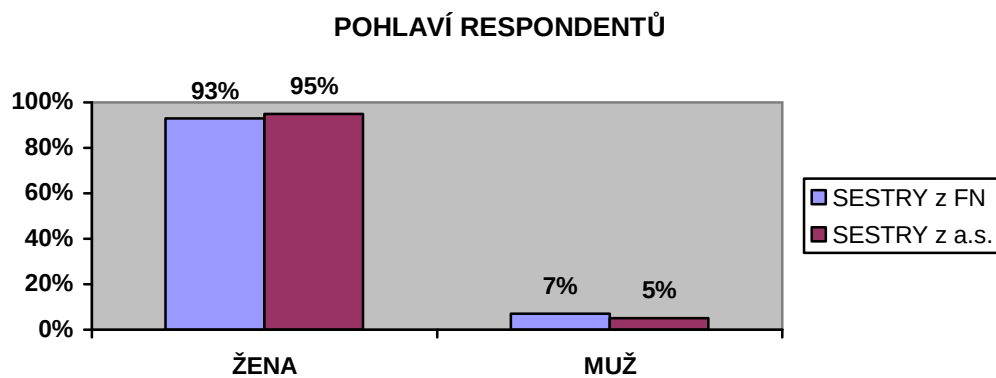
(graf k otázce č. 1)



Z celkového počtu 164 (100 %) respondentů bylo 16 (6 %) mužů a 148 (94 %) žen.

Graf 2

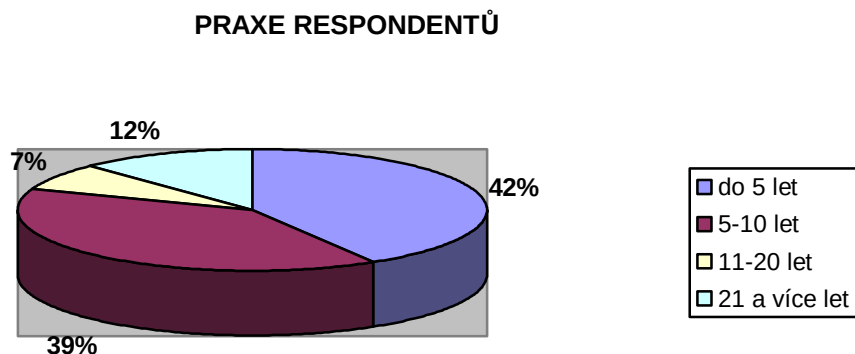
(graf k otázce č. 1)



Ve skupině 84 (100 %) respondentů z FN bylo 78 (93 %) žen a 6 (7 %) mužů. Ve skupině respondentů z a.s. bylo 76 (95 %) žen a 4 (5 %) mužů.

Graf 3

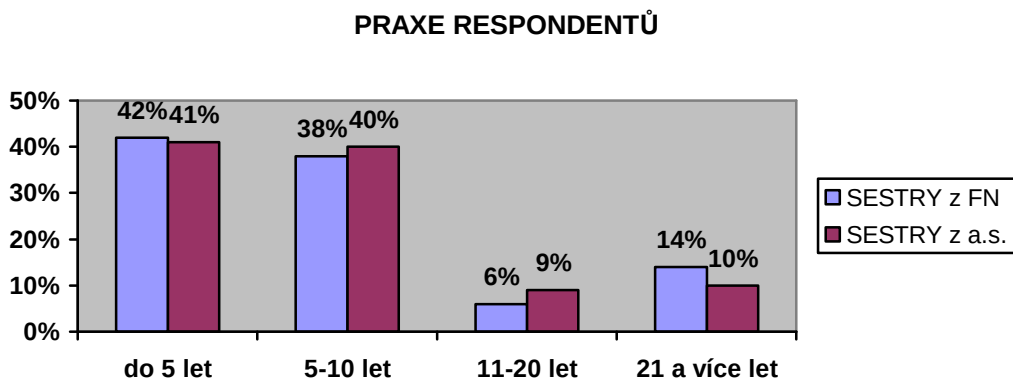
(graf k otázce č. 2)



Z celkové skupiny 164 (100 %) dotázaných mělo 68 (42 %) respondentů praxi do 5 let, praxi v délce 5–10 let mělo 64 (39 %) respondentů, 11–20 let praxe uvedlo 12 (7 %) dotázaných a do skupiny 21 a více let praxe se zařadilo 20 (12 %) respondentů.

Graf 4

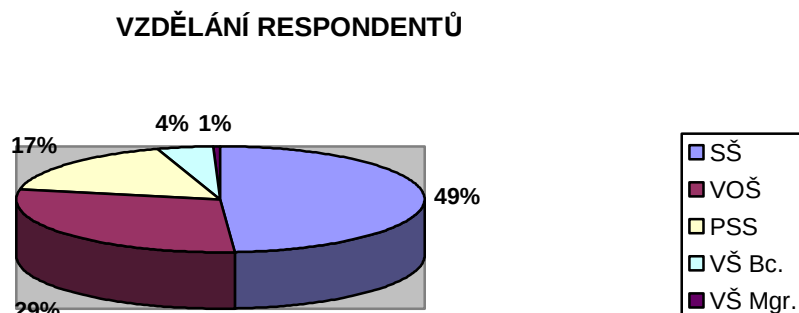
(graf k otázce č. 2)



Ze skupiny 84 (100 %) respondentů z FN mělo 35 (42 %) dotázaných praxi do 5 let, 32 (38 %) dotázaných praxi 5–10 let, 5 (6 %) dotázaných praxi 11–20 let, 12 (14 %) dotázaných praxi 21 a více let. Ze skupiny 80 (100 %) respondentů z a.s. mělo 33 (41 %) dotázaných praxi do 5 let, 32 (40 %) dotázaných praxi 5–10 let, 7 (9 %) dotázaných 11-20 let a 8 (10 %) dotázaných pracovalo 21 a více let.

Graf 5

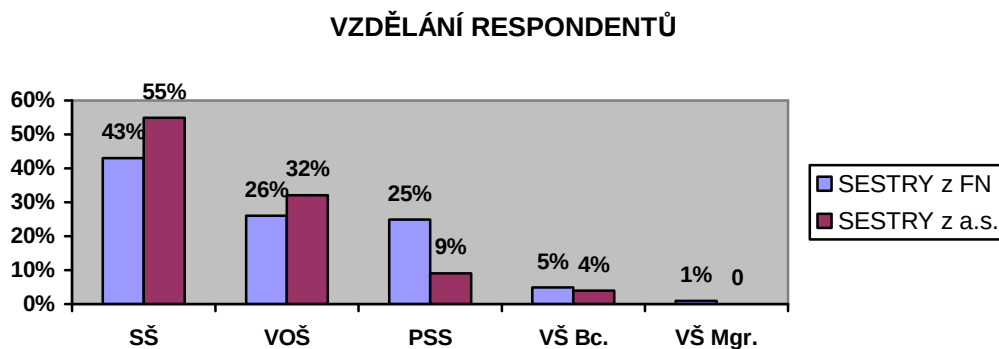
(graf k otázce č. 3)



Z celkových 164 (100 %) dotázaných uvedlo 80 (49 %) respondentů středoškolské vzdělání, vyšší odborné mělo 48 (29 %) dotázaných, pomaturitní specializační studium mělo 28 (17 %) respondentů, 7 (4 %) dotázaných uvedlo vysokoškolské bakalářské vzdělání a 1 (1 %) respondent dosáhl vysokoškolského magisterského vzdělání.

Graf 6

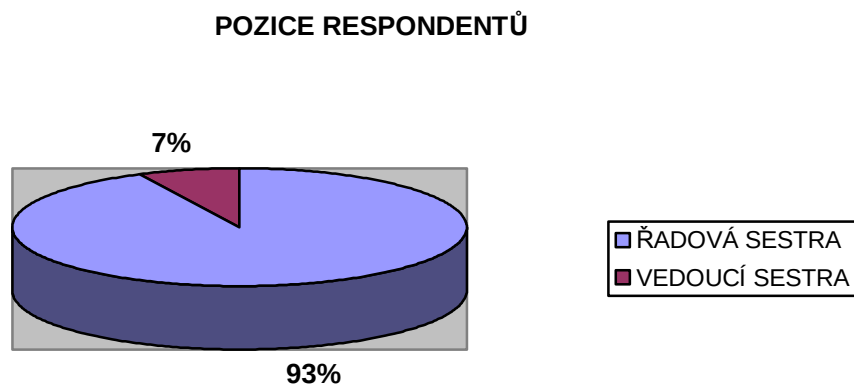
(graf k otázce č. 3)



Ve skupině 84 (100 %) respondentů z FN mělo 36 (43 %) dotázaných SŠ vzdělání, 22 (26 %) dotázaných mělo VOŠ, 21 (25 %) dotázaných má PSS, 4 (5 %) měli bakalářské vzdělání a 1 (1 %) dotázaný magisterské vzdělání. Ve skupině 80 (100 %) respondentů z a.s. má 44 (55 %) dotázaných SŠ vzdělání, 26 (32 %) dotázaných VOŠ, 7 (9 %) dotázaných PSS, 3 (4 %) vysokoškolské bakalářské vzdělání, vysokoškolské magisterské vzdělání neuvedl žádný z dotázaných.

Graf 7

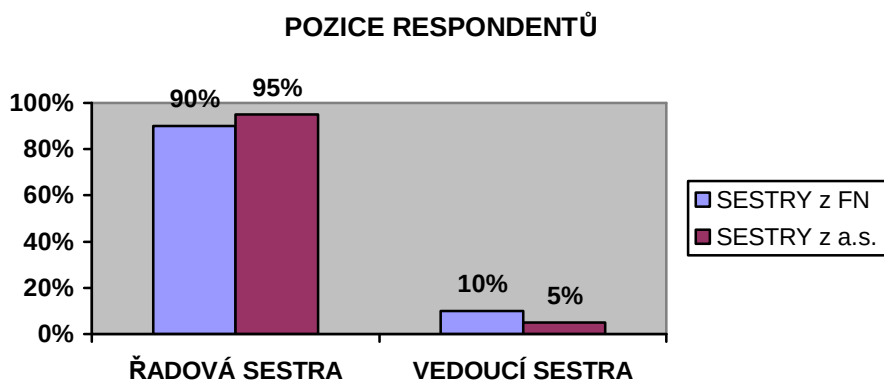
(graf k otázce 4)



Z celkových 164 (100 %) respondentů 152 (93 %) dotázaných uvedlo, že pracuje na pozici řadové sestry a 12 (7 %) na pozici vedoucí sestry.

Graf 8

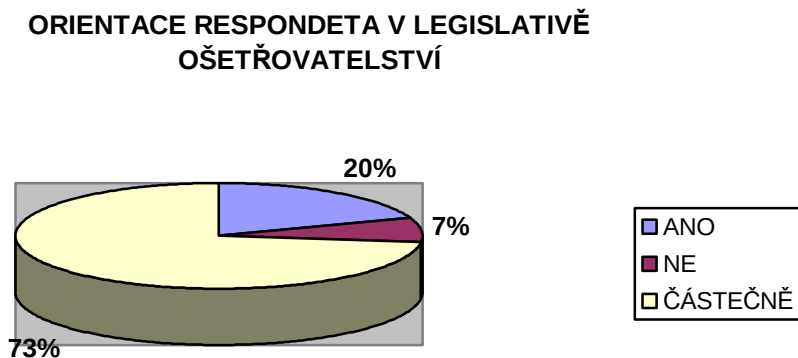
(graf k otázce č. 4)



Ve skupině 84 (100 %) respondentů z FN uvedlo 76 (90 %) dotázaných pozici řadové sestry a 8 (10 %) pozici vedoucí sestry. Ve skupině 80 (100 %) respondentů z a.s. uvedlo 76 (95 %) pozici řadové sestry a 4 (5 %) pozici vedoucí sestry.

Graf 9

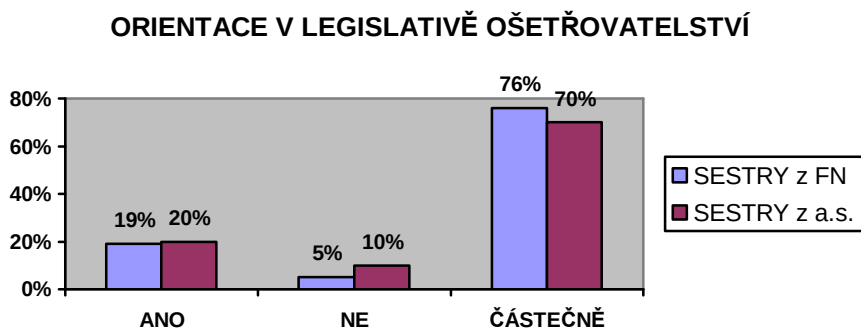
(graf k otázce č. 5)



Z celkových 164 (100 %) dotázaných 32 (20 %) respondentů odpovědělo kladně, záporně odpovědělo 12 (7 %) respondentů a částečně se v ošetrovatelské legislativě orientuje 120 (73 %) dotázaných.

Graf 10

(graf k otázce č. 5)

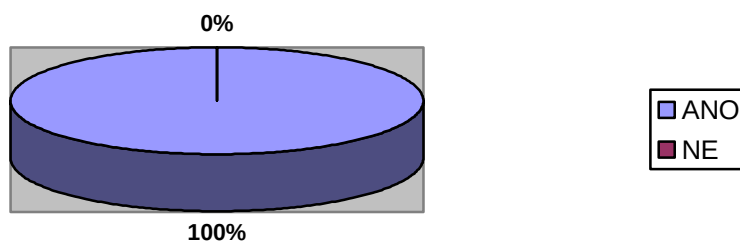


Ve skupině 84 (100 %) respondentů z FN 16 (19 %) dotázaných odpovědělo kladně, zápornou odpověď označili 4 (5 %) respondenti a možnost částečně označilo 64 (76 %) dotázaných. Ve skupině 80 (100 %) respondentů z a.s. 16 (20 %) dotázaných odpovědělo kladně, zápornou odpověď označilo 8 (10 %) respondentů a možnost částečně označilo 56 (70 %) dotázaných.

Graf 11

(graf k otázce č.6)

SLEDOVÁNÍ NOVÝCH TRENDŮ V OŠETŘOVATELSTVÍ

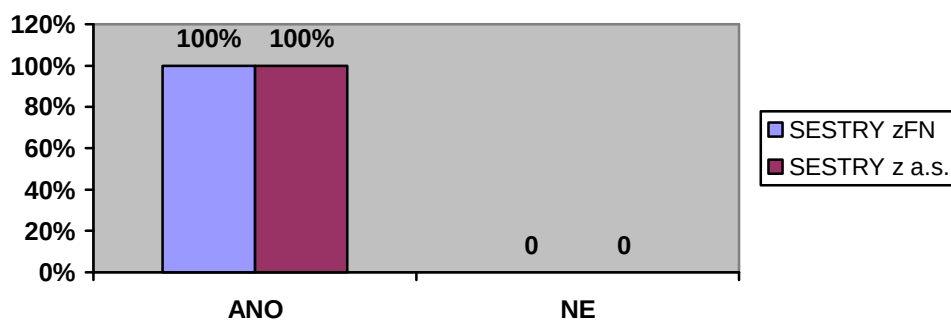


Z celkových 164 (100 %) respondentů sleduje nové trendy v ošetrovatelství 164 (100 %) dotázaných.

Graf 12

(graf k otázce č. 6)

SLEDOVÁNÍ NOVÝCH TRENDŮ V OŠETŘOVATELSTVÍ

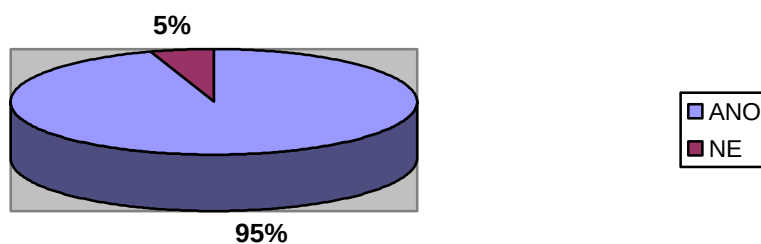


Ve skupině 84 (100 %) respondentů z FN označilo 84 (100 %) dotázaných možnost ANO, možnost NE nevyužil žádný respondent. Ve skupině 80 (100 %) respondentů z a.s. označilo 80 (100 %) dotázaných možnost ANO, možnost NE nevyužil žádný respondent.

Graf 13

(graf k otázce č. 7)

**NÁZOR RESPONDENTŮ NA CELOŽIVOTNÍ VZDĚLÁVÁNÍ
SESTER**

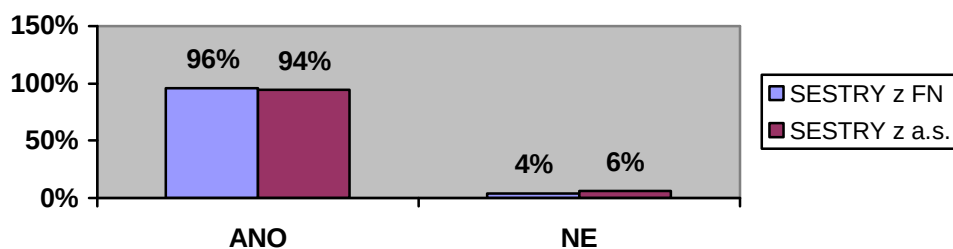


Z celkových 164 (100 %) respondentů má kladný postoj k celoživotnímu vzdělávání sester 156 (95 %) dotázaných a negativní postoj má 8 (5 %) dotázaných.

Graf 14

(graf k otázce č. 7)

**NÁZOR REpondentů NA CELOŽIVOTNÍ VZDĚLÁVÁNÍ
SESTER**

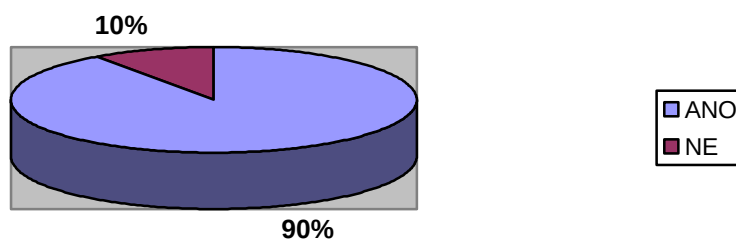


Ve skupině 84 (100 %) respondentů z FN souhlasí s celoživotním vzděláváním sester 81 (96 %) dotázaných a 3 (4 %) dotázaní nesouhlasí. Ve skupině 80 (100 %) respondentů z a.s. souhlasí s celoživotním vzděláváním sester 75 (94 %) dotázaných a 5 (6 %) dotázaných nesouhlasí.

Graf 15

(graf k otázce č. 8)

**PODPORA OŠETŘOVATELSKÉHO MANAGEMENTU K
DALŠÍMU VZDĚLÁVÁNÍ RESPONDENTŮ**

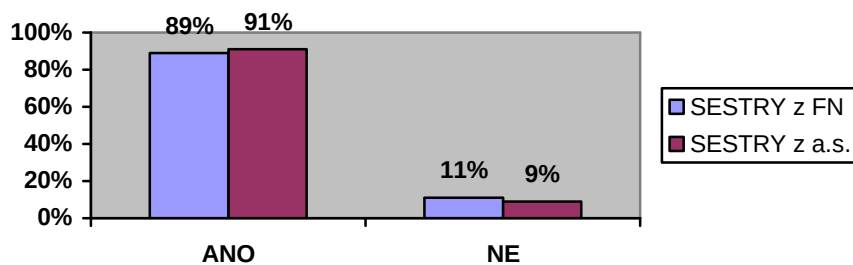


Z celkových 164 (100 %) respondentů 148 (90 %) dotázaných má podporu ošetrovateľského managementu k dalšímu vzdělávání a 16 (10 %) dotázaných uvedlo, že podporu k dalšímu vzdělávání od ošetrovateľského managementu nemá.

Graf 16

(graf k otázce č. 8)

**PODPORA OŠETŘOVATELSKÉHO MANAGEMENTU K
DALŠÍMU VZDĚLÁVÁNÍ SESTER**

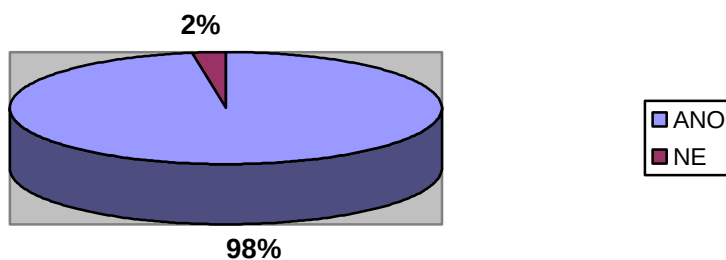


Ve skupině 84 (100 %) respondentů z FN uvedlo podporu ošetrovateľského managementu 75 (89 %) dotázaných a 9 (11 %) dotázaných uvedlo, že tuto podporu nemá. Ve skupině 80 (100 %) respondentů z a.s. uvedlo podporu ošetrovateľského managementu 73 (91 %) dotázaných a 7 (9 %) dotázaných uvedlo, že tuto podporu nemá.

Graf 17

(graf k otázce č. 9)

ÚČAST RESPONDENTŮ NA SEMINÁŘÍCH A KURZECH V JEJICH NEMOCNICI

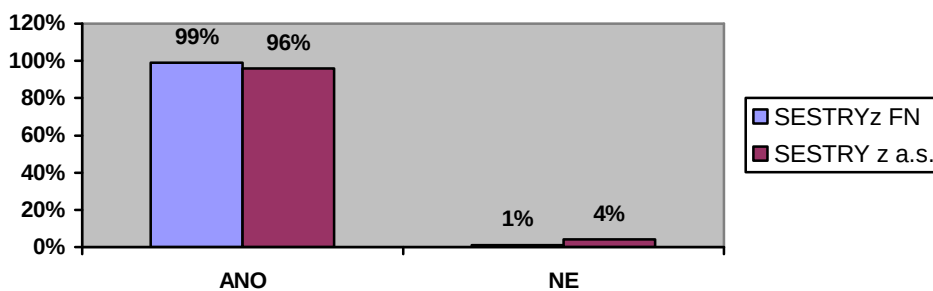


Z celkových 164 (100 %) respondentů 160 (98 %) dotázaných se účastní seminářů a kurzů pořádaných v jejich nemocnici a 4 (2 %) respondenti se těchto akcí neúčastní.

Graf 18

(graf k otázce č. 9)

ÚČAST RESPONDENTŮ NA ODBORNÝCH SEMINÁŘÍCH

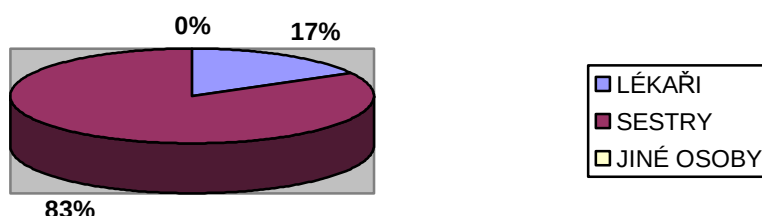


Ve skupině 84 (100 %) respondentů z FN se 83 (99 %) respondentů účastní odborných seminářů a kurzů v jejich nemocnici a 1 (1 %) dotázaný se jich neúčastní. Ve skupině 80 (100 %) respondentů z a.s. se 77 (96 %) respondentů účastní odborných seminářů a kurzů v jejich nemocnici a 3 (4 %) dotázaní se jich neúčastní.

Graf 19

(graf k otázce č. 10)

**NÁZOR RESPONDENTŮ NA OSOBY KOMPETENTNÍ K
HODNOCENÍ POVINNOSTÍ SESTRY**

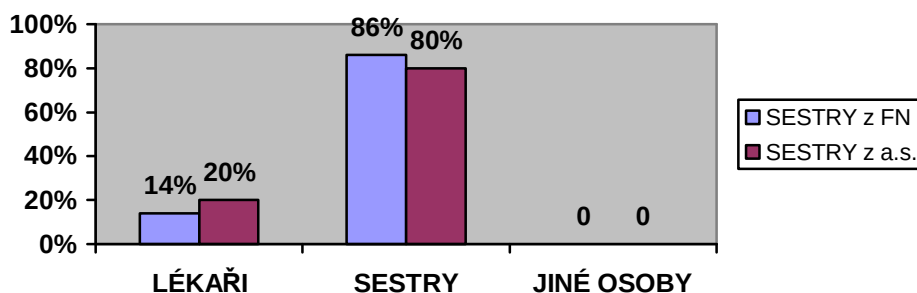


Z celkově 164 (100 %) dotázaných si 28 (17 %) respondentů udává lékaře jako osoby kompetentní k hodnocení povinností sester, 136 (83 %) dotázaných označilo za kompetentní osoby sestry a jiné osoby neoznačil nikdo z respondentů.

Graf 20

(graf k otázce č. 10)

**OSOBY KOMPETENTNÍ K HODNOCENÍ POVINNOSTÍ
SESTRY**

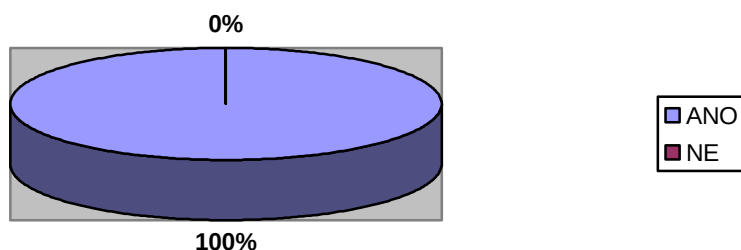


Ve skupině 84 (100 %) respondentů z FN označilo 12 (14 %) dotázaných za kompetentní osoby lékaře, sestry označilo 72 (86 %) dotázaných a možnost jiné osoby neoznačil žádný respondent. Ve skupině 80 (100 %) respondentů z a.s. označilo 16 (20 %) dotázaných za kompetentní osoby lékaře, sestry označilo 64 (80 %) dotázaných a možnost jiné osoby neoznačil žádný respondent.

Graf 21

(graf k otázce č. 11)

ZNALOST OSOBY ZASTÁVAJÍCÍ FUNKCI HLAVNÍ SESTRY

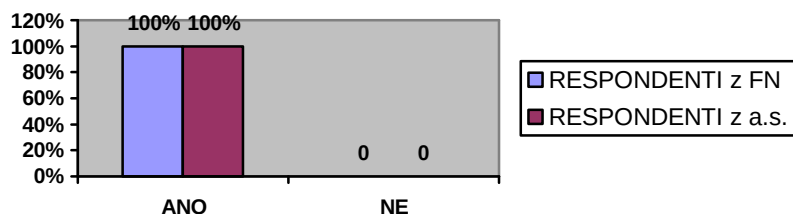


Z celkových 164 (100 %) respondentů zná 164 (100 %) dotázaných hlavní sestru v jejich nemocnici.

Graf 22

(graf k otázce č. 11)

ZNALOST RESPONDENTŮ MÍSTA A KONTAKTU NA HLAVNÍ SESTRU

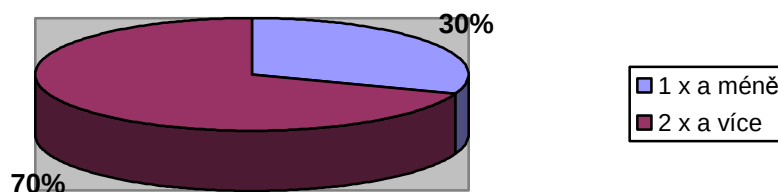


Ve skupině 84 (100 %) respondentů z FN odpovědělo ano všech 84 (100 %) respondentů, odpověď ne nevyužil žádný dotázaný. Ve skupině 80 (100 %) respondentů z a.s. byla zaznamenána odpověď ano u 80 (100 %) respondentů, odpověď ne nebyla zaznamenána u žádného respondenta.

Graf 23

(graf k otázce č. 12)

ČETNOST KONTAKTU RESPONDENTŮ S HLAVNÍ SESTROU ZA 1 ROK

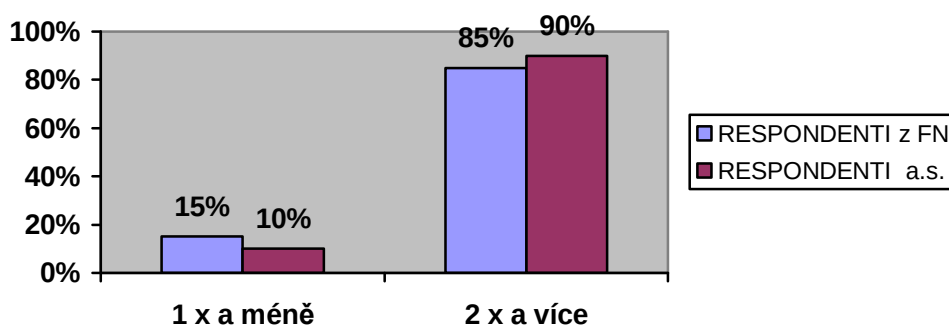


Z celkových 164 (100 %) dotázaných uvedlo 50 (30 %) respondentů kontakt se svou hlavní sestrou 1 x ročně a méně a 114 (70 %) respondentů 2 x ročně a více.

Graf 24

(graf k otázce č. 12)

ČETNOST KONTAKTU RESPONDENTŮ S HLAVNÍ SESTROU ZA 1 ROK

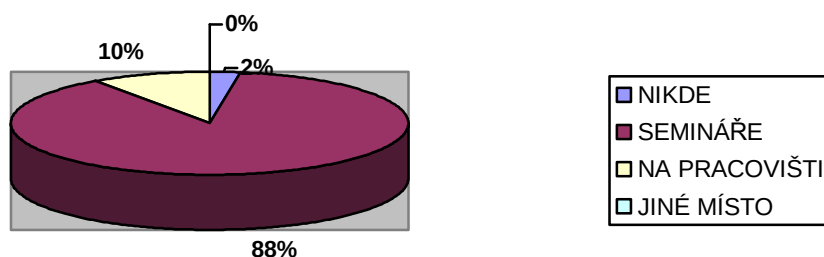


Ve skupině 84 (100 %) respondentů z FN uvedlo 18 (15 %) dotázaných kontakt se svou hlavní sestrou 1x ročně a méně a 66 (85%) dotázaných 2 x a více. Ve skupině 80 (100 %) respondentů z a.s. označilo 12 (10 %) dotázaných kontakt se svou hlavní sestrou 1 x ročně a méně a 68 (90 %) dotázaných 2 x a více.

Graf 25

(graf k otázce č. 13)

MÍSTO KONTAKTU RESPONDENTŮ S HLAVNÍ SESTROU

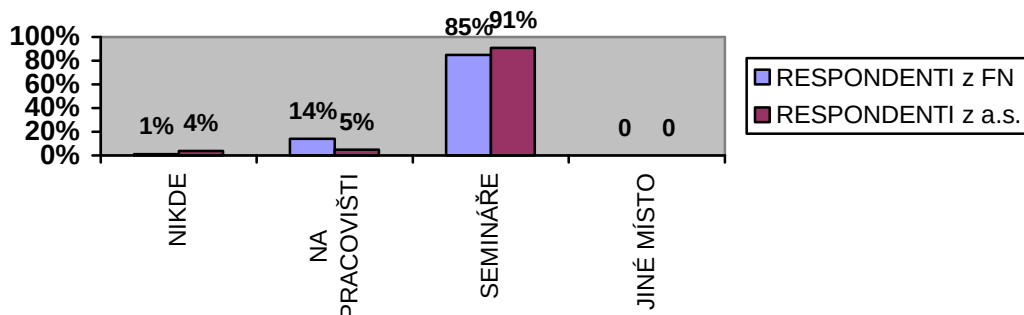


Z celkových 164 (100 %) respondentů 4 (2 %) dotázaní uvedli možnost nikde, 16 (10 %) dotázaných uvedlo možnost na pracovišti, 144 (88 %) respondentů uvedlo možnost semináře, možnost jiné místo neoznačil žádný oslovený.

Graf 26

(graf k otázce č. 13)

MÍSTO KONTAKTU RESPONDENTŮ S HLAVNÍ SESTROU

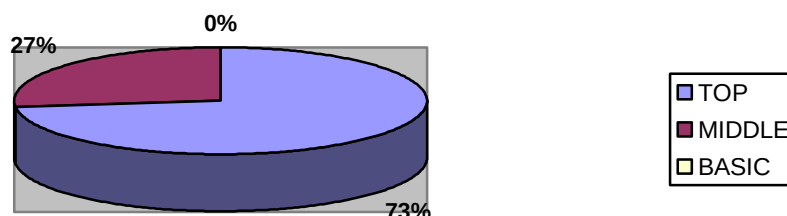


Ze skupiny 84 (100 %) respondentů z FN 1 (1 %) dotázaný uvedl místo kontaktu s hlavní sestrou nikde, 12 (14 %) dotázaných se setkává s hlavní sestrou na pracovišti, 71 (85 %) dotázaných na semináře, jiné místo neuvedl žádný respondent. Ze skupiny 80 (100 %) respondentů z a.s. 3 (4 %) dotázaní uvedli za místo kontaktu s hlavní sestrou nikde, 4 (5 %) dotázaní se setkávají s hlavní sestrou na pracovišti, 73 (91 %) dotázaných na seminářích/kurzech a jiné místo neuvedl žádný respondent.

Graf 27

(graf k otázce č. 14)

POZICE HLAVNÍ SESTRY V MANAGEMENTU NEMOCNICE

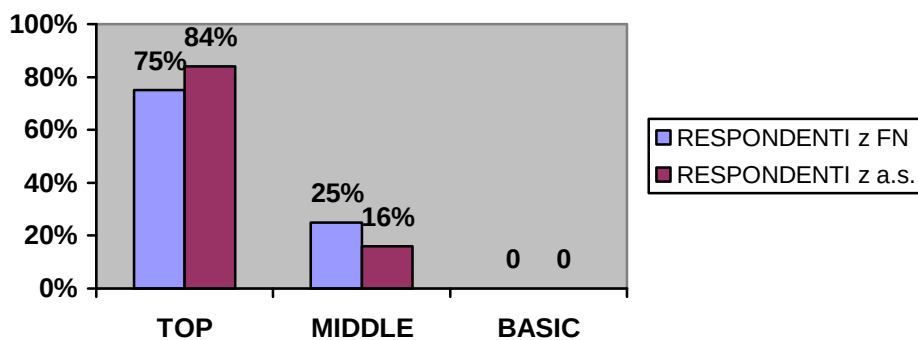


Z celkových 164 (100 %) dotázaných označilo 120 (73 %) respondentů úroveň TOP managementu za místo pozice hlavní sestry a 44 (27 %) dotázaných se domnívá, že místo pozice hlavní sestry je na úrovni MIDDLE managementu.

Graf 28

(graf k otázce č. 14)

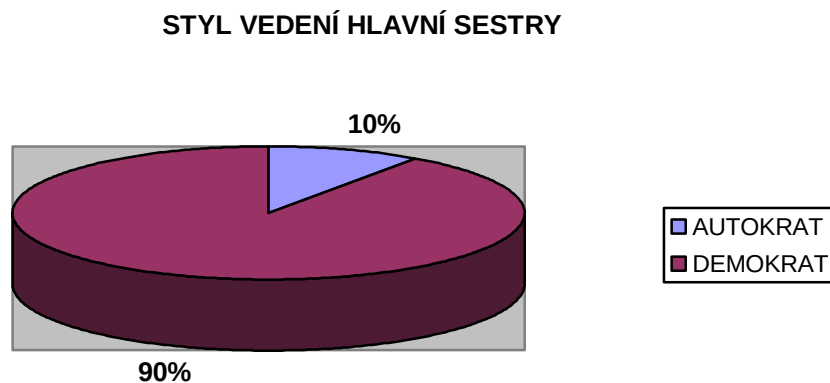
POZICE HLAVNÍ SESTRY V MANAGEMENTU NEMOCNICE



Ve skupině 84 (100 %) respondentů z FN 63 (75 %) dotázaných označilo možnost TOP, 21 (25 %) dotázaných označil možnost MIDDLE a možnost BASIC neoznačil žádný respondent. Ve skupině 80 (100 %) respondentů z a.s. 67 (84 %) dotázaných označilo možnost TOP, 21 (16%) dotázaných označil možnost MIDDLE a možnost BASIC neoznačil žádný respondent.

Graf 29

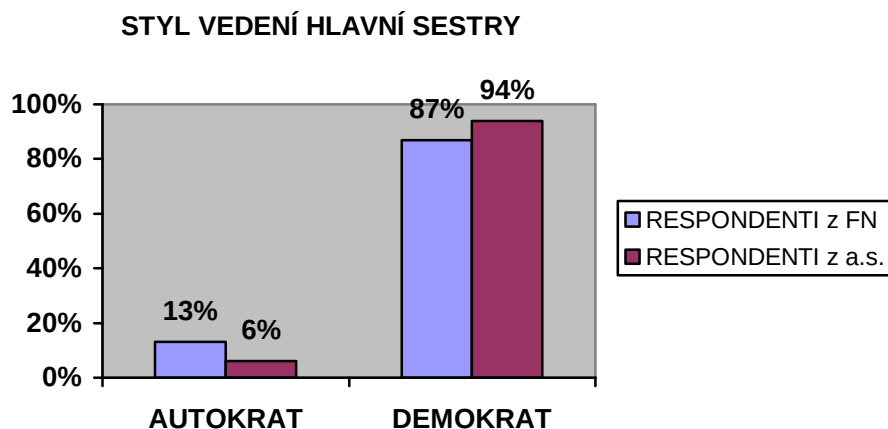
(graf k otázce č. 15)



Z celkově 164 dotázaných 16 (10 %) respondentů označilo hlavní sestru stylem vedení za autokrata a 148 (90 %) dotázaných si myslí, že styl vedení hlavní sestry je demokratický.

Graf 30

(graf k otázce č. 15)

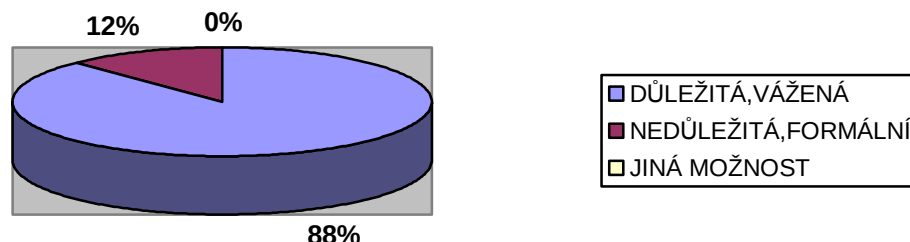


Ve skupině 84 (100 %) respondentů z FN označilo 11 (13 %) dotázaných možnost autokrat a 73 (87 %) dotázaných možnost demokrat. Ve skupině 80 (100 %) respondentů z a.s. označilo 5 (6 %) dotázaných možnost autokrat a 75 (94 %) dotázaných možnost demokrat.

Graf 31

(graf k otázce č. 16)

FUNKCE HLAVNÍ SESTRY Z POHLEDU RESPONDENTŮ

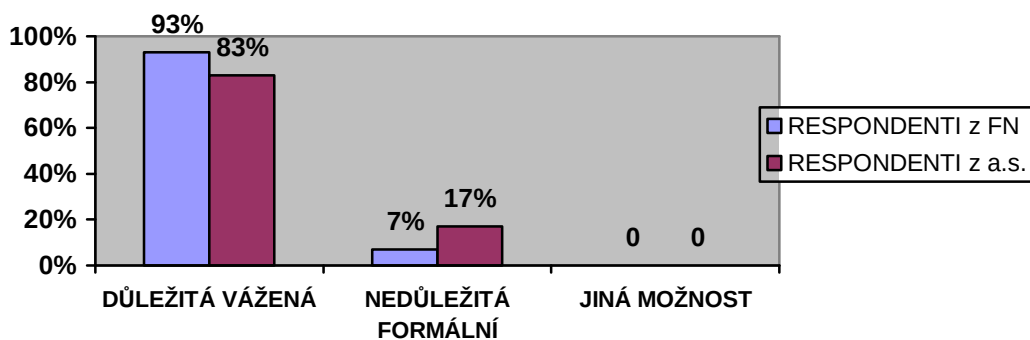


Z celkových 164 (100 %) respondentů 144 (88 %) označilo možnost důležitá a vážená, 20 (12 %) označilo možnost nedůležitá a formální, jinou možnost neoznačil žádný respondent.

Graf 32

(graf k otázce č. 16)

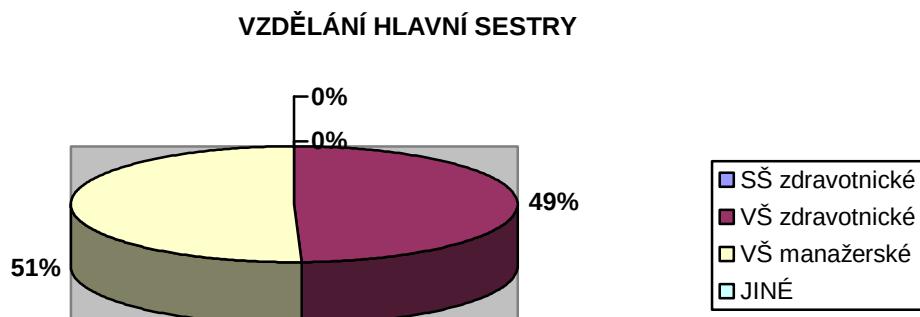
FUNKCE HLAVNÍ SESTRY Z POHLEDU RESPONDENTŮ



Ve skupině 84 (100 %) respondentů z FN označilo 78 (93 %) dotázaných funkci za důležitou/váženou, 6 (7 %) dotázaných za nedůležitou/formální, jinou možnost neoznačil žádný respondent. Ve skupině 80 (100 %) respondentů z a.s. označilo 66 (83 %) dotázaných funkci za důležitou/váženou, 14 (17 %) dotázaných za nedůležitou/formální, jinou možnost neoznačil žádný respondent.

Graf 33

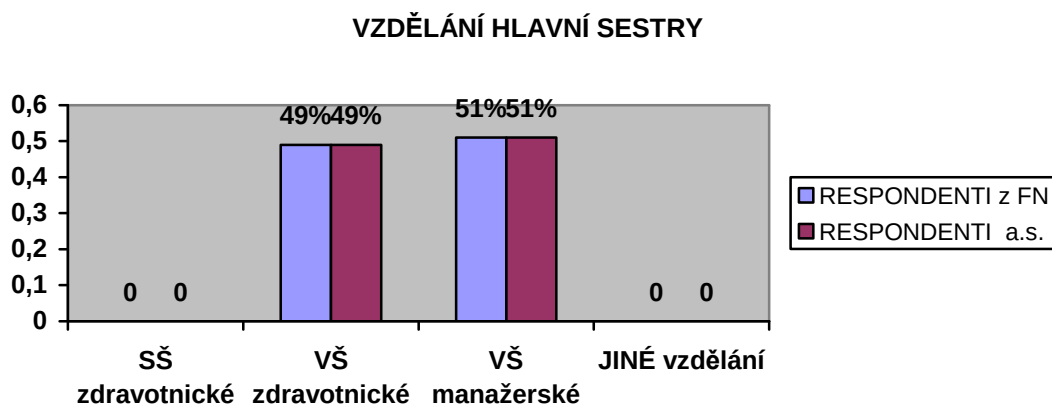
(graf k otázce č. 17)



Z celkových 164 (100 %) respondentů označilo 81 (49 %) respondentů VŠ zdravotnické vzdělání, 83 (51 %) dotázaných označilo vzdělání VŠ manažerské, možnost SŠ zdravotnického vzdělání a jiné vzdělání neoznačil žádný z dotázaných.

Graf 34

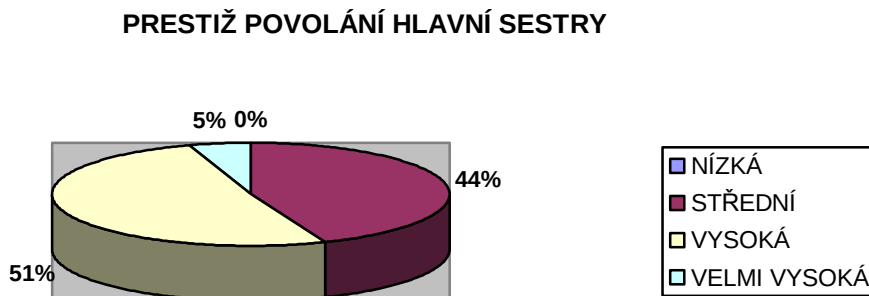
(graf k otázce č. 17)



Ve skupině 84 (100 %) respondentů z FN označilo 41 (49 %) dotázaných VŠ zdravotnické, 43 (51 %) dotázaných VŠ manažerské, možnost SŠ zdravotnické a jiné vzdělání neoznačil žádný respondent. Ve skupině 80 (100 %) respondentů z a.s. označilo 39 (49 %) dotázaných VŠ zdravotnické, 43 (51 %) dotázaných VŠ manažerské, možnost SŠ zdravotnické a jiné vzdělání neoznačil žádný respondent.

Graf 35

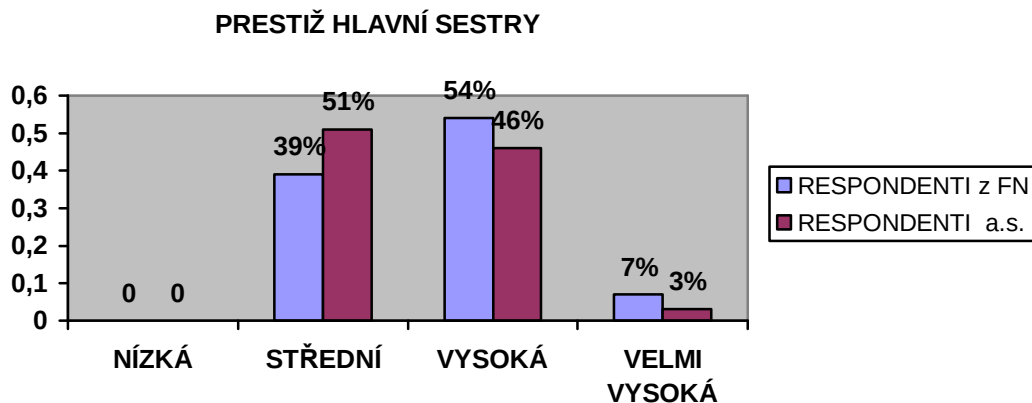
(graf k otázce č. 18)



Z celkových 164 (100 %) respondentů označilo 72 (44 %) dotázaných prestiž hlavní povolání hlavní sestry jako střední, 84 (51 %) dotázaných vysokou, 8 (5 %) respondentů velmi vysokou, nízkou prestiž neoznačil žádný respondent.

Graf 36

(graf k otázce č. 18)

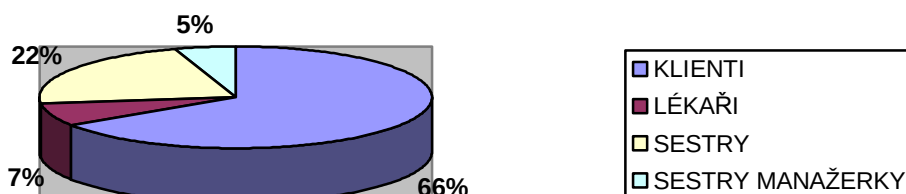


Ve skupině 84 (100 %) respondentů z FN označilo prestiž hlavní sestry 33 (39 %) dotázaných jako střední, 45 (54 %) dotázaných jako vysokou, 6 (7 %) dotázaných jako velmi vysokou a jako nízkou neoznačil žádný respondent. Ve skupině 80 (100 %) respondentů z a.s. označilo prestiž hlavní sestry 41 (51 %) dotázaných jako střední, 37 (46 %) dotázaných jako vysokou, 2 (3 %) dotázaných jako velmi vysokou, nízkou neoznačil žádný respondent.

Graf 37

(graf k otázce č. 19)

**OSOBY OVLIVŇUJÍCÍ SMÝŠLENÍ SPOLEČNOSTI NA POVOLÁNÍ
SESTRY**

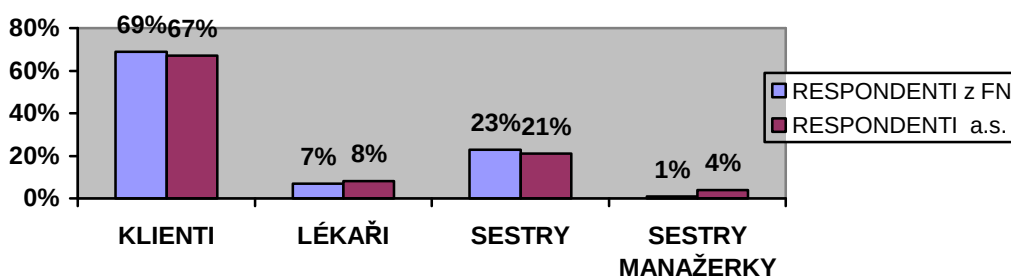


Z celkových 164 (100 %) respondentů označilo 108 (66 %) dotázaných klienty, 12 (7 %) dotázaných označilo lékaře, 36 (22 %) respondentů označilo sestry a 8 (5 %) dotázaných označilo sestry manažerky.

Graf 38

(graf k otázce č. 19)

**OSOBY OVLIVŇUJÍCÍ SMÝŠLENÍ SPOLEČNOSTI NA POVOLÁNÍ
SESTRY**

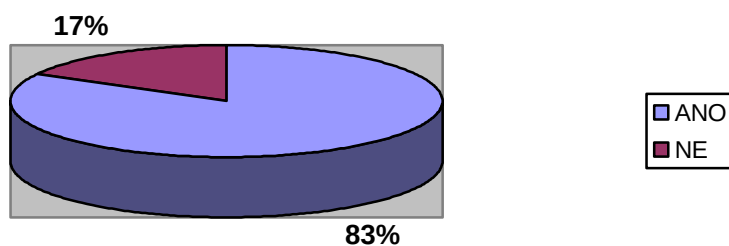


Ve skupině 84 (100 %) respondentů z FN označilo 58 (69 %) dotázaných klienty, 6 (7 %) dotázaných lékaře, 19 (23 %) dotázaných sestry a sestry manažerky označil 1 (1 %) dotázaný. Ve skupině 80 (100 %) respondentů z a.s. označilo 54 (67 %) dotázaných klienty, 6 (8 %) dotázaných lékaře, 17 (21 %) dotázaných sestry a sestry manažerky označili 3 (4 %) dotázaní.

Graf 39

(graf k otázce č.20)

SESTRY VE VEDOUČÍCH POZICÍCH NA VLÁDNÍ ÚROVNI VE ZDRAVOTNICTVÍ

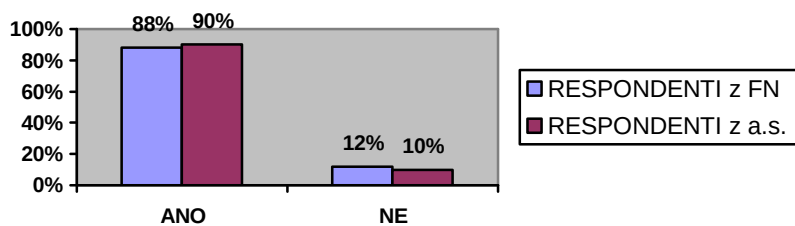


Z celkových 164 (100 %) respondentů souhlasí 136 (83 %) dotázaných a 28 (17 %) respondentů s tímto názorem nesouhlasí.

Graf 40

(graf k otázce č. 20)

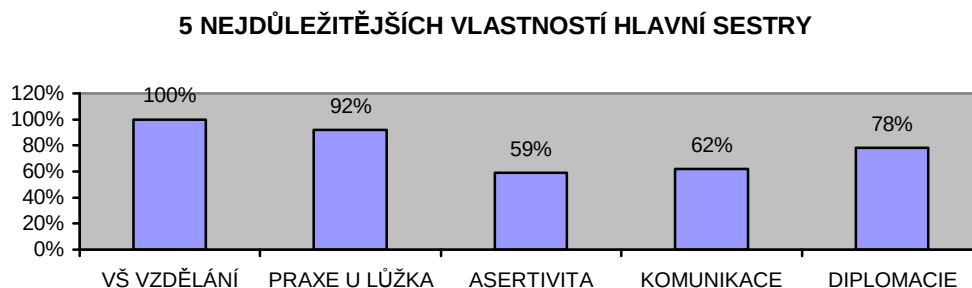
SESTRY VE VEDOUČÍCH POZICÍCH NA VLÁDNÍ ÚROVNI VE ZDRAVOTNICTVÍ



Ve skupině 84 (100 %) respondentů z FN souhlasí s tímto názorem 74 (88 %) dotázaných a 10 (12 %) dotázaných nesouhlasí. Ve skupině 80 (100 %) respondentů z a.s. souhlasí s tímto názorem 76 (90 %) dotázaných a 4 (10 %) dotázaných nesouhlasí.

Graf 41

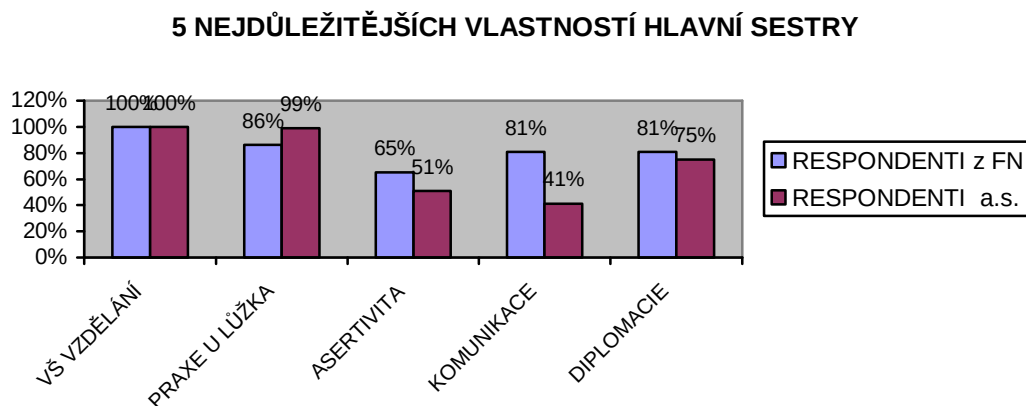
(graf k otázce č. 21)



Z celkových 164 (100 %) respondentů zvolilo VŠ vzdělání 164 (100 %) respondentů, 151 (92 %) respondentů označilo praxi u lůžka, 96 (59 %) dotázaných udalo asertivitu, 101 (62 %) respondentů se vyjádřilo pro komunikaci a diplomacii uvedlo 128 (78 %) dotázaných.

Graf 42

(graf k otázce č. 21)

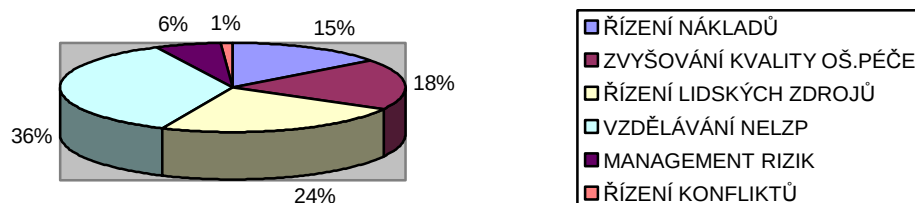


Ve skupině 84 (100 %) respondentů z FN označilo 84 (100 %) dotázaných VŠ vzdělání, 72 (86 %) dotázaných praxi u lůžka, 55 (65 %) dotázaných asertivitu, 68 (81 %) dotázaných komunikaci a 68 (81 %) dotázaných diplomacii. Ve skupině 80 (100 %) respondentů z a.s. označilo 80 (100 %) dotázaných VŠ vzdělání, 79 (99 %) dotázaných praxi u lůžka, 41 (51 %) dotázaných asertivitu, 33 (41 %) dotázaných komunikaci a 60 (75 %) dotázaných diplomacii.

Graf 43

(graf k otázce č. 22)

NEJDŮLEŽITĚJŠÍ OBLAST NÁPLNĚ PRÁCE HLAVNÍ SESTRY

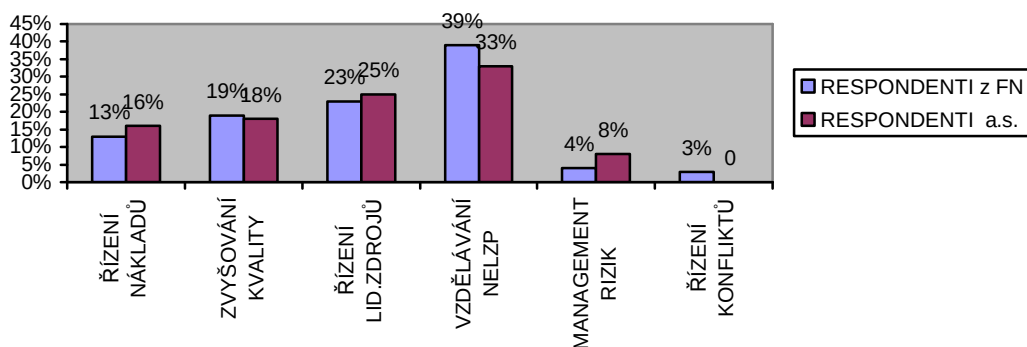


Z celkových 164 (100%) respondentů označilo 24 (15%) dotázaných řízení nákladů, 30 (18%) dotázaných zvyšování kvality ošetrovatelské péče, 39 (24%) dotázaných řízení lidských zdrojů, 59 (36%) dotázaných vzdělávání NELZP, 10 (6%) dotázaných management rizik a řízení konfliktů uvedli 2 (1%) respondenti.

Graf 44

(graf k otázce č. 22)

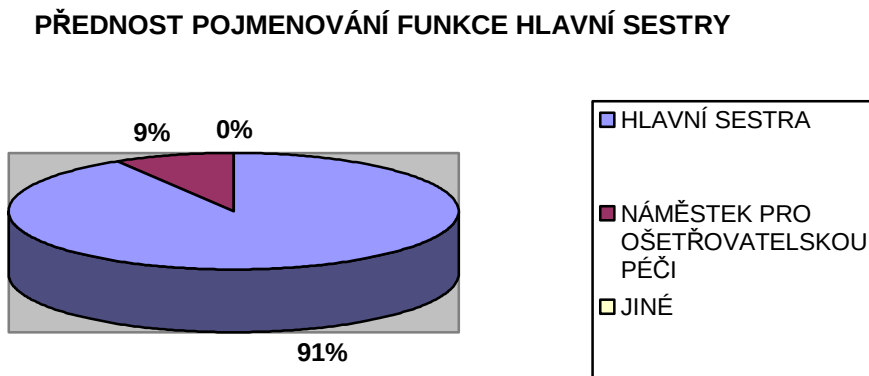
NEJDŮLEŽITĚJŠÍ OBLAST NÁPLNĚ PRÁCE HLAVNÍ SESTRY



Ve skupině 84 (100%) respondentů z FN označilo 11 (13%) dotázaných řízení nákladů, 16 (19%) dotázaných zvyšování kvality, 19 (23%) řízení lidských zdrojů, 33 (39%) dotázaných vzdělávání NELZP, 3 (4%) dotázaní management rizik a 2 (3%) řízení konfliktů. Ve skupině 80 (100%) respondentů z a.s. označilo 13 (16%) dotázaných řízení nákladů, 14 (18%) zvyšování kvality, 20 (25%) řízení lidských zdrojů, 26 (33%) dotázaných vzdělávání NELZP a 7 (8%) management rizik.

Graf 45

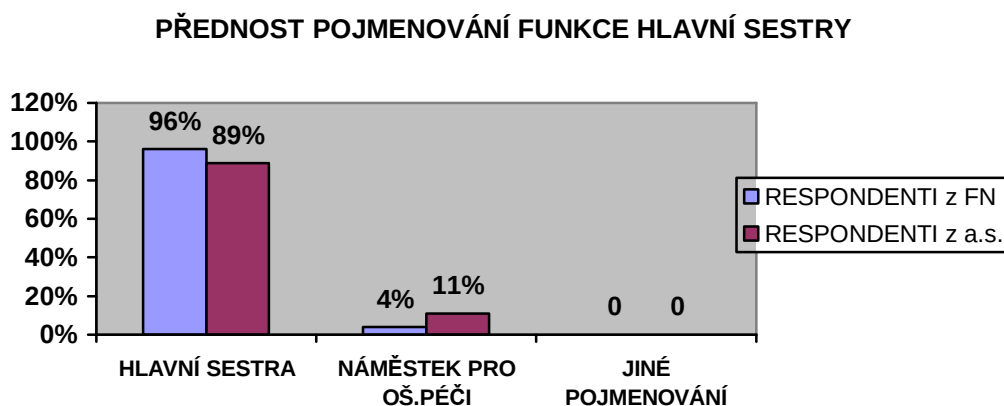
(graf k otázce č. 23)



Z celkových 164 (100 %) respondentů označilo 152 (91 %) dotázaných hlavní sestru, 12 (9 %) dotázaných náměstka pro ošetrovatelskou péči, jiné pojmenování neuvedl žádný respondent.

Graf 46

(graf k otázce č. 23)

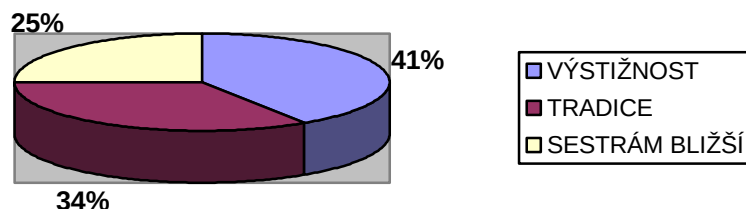


Ve skupině 84 (100 %) respondentů z FN označilo 81 (96 %) dotázaných hlavní sestru, 3 (4 %) dotázaní označili náměstka pro ošetrovatelskou péči, jiné pojmenování neoznačil žádný respondent. Ve skupině 80 (100 %) respondentů z a.s. označilo 71 (89 %) dotázaných hlavní sestru, 9 (11 %) dotázaných označilo náměstka pro ošetrovatelskou péči, jiné pojmenování neoznačil žádný respondent.

Graf 47 a)

(graf k otázce č. 24)

DŮVOD K POJMENOVÁNÍ FUNKCE - HLAVNÍ SESTRA

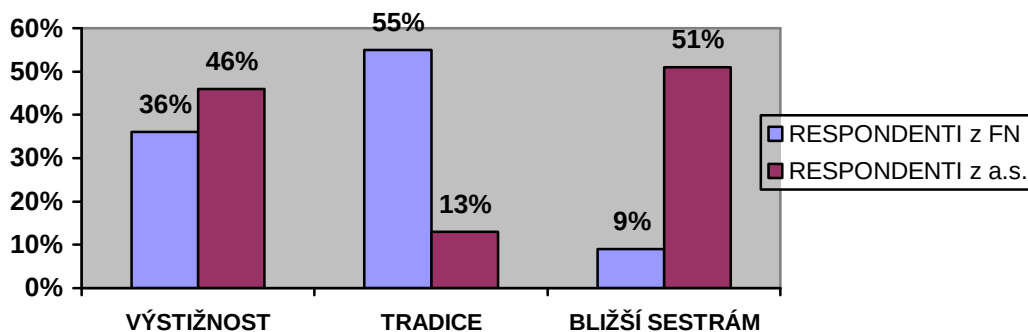


Z celkových 164 (100 %) respondentů, kteří dávají přednost pojmenování funkce hlavní sestra, uvedli dotázaní v 67 (41 %) případech důvod výstižnost, v 56 (34 %) případech uvedli dotázaní důvod tradice a 41 (25 %) respondentů uvedlo důvod sestrám bližší.

Graf 47 b)

(graf k otázce č. 24)

DŮVOD POJMENOVÁNÍ FUNKCE - HLAVNÍ SESTRA

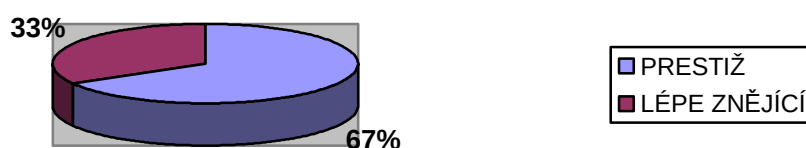


Ve skupině 84 (100 %) respondentů z FN uvedlo 30 (36 %) dotázaných důvod výstižnost, 46 (55 %) dotázaných důvod tradice a 8 (9 %) důvod sestrám bližší. Ve skupině 80 (100 %) respondentů z a.s. uvedlo 37 (46 %) dotázaných důvod výstižnost, 10 (13 %) dotázaných důvod tradice a 33 (51 %) důvod sestrám bližší.

Graf 48 a)

(graf k otázce č. 24)

**DŮVOD K POJMENOVÁNÍ FUNKCE - NÁMĚSTEK PRO
OŠETŘOVATELSKOU PÉČI**

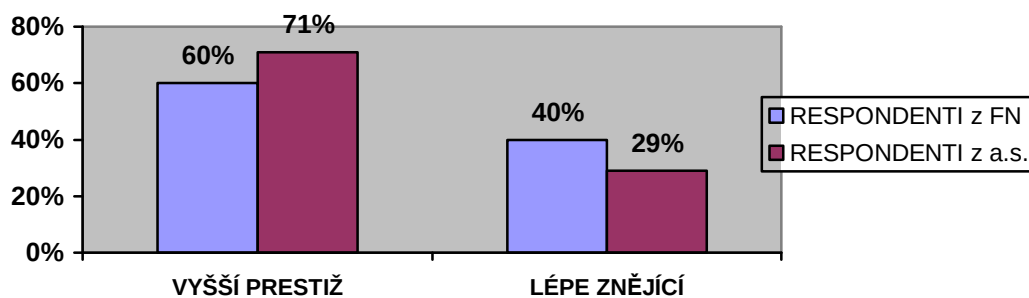


Z celkových 12 (100 %) respondentů, kteří dávají přednost pojmenování funkce náměstek pro ošetřovatelskou péči, uvedli dotázaní v 8 (67 %) případech důvod prestiž a ve 4 (33 %) případech důvod lépe znějící pojmenování.

Graf 48 b)

(graf k otázce č. 24)

**DŮVOD POJMENOVÁNÍ FUNKCE - NÁMĚSTEK PRO
OŠETŘOVATELSKOU PÉČI**

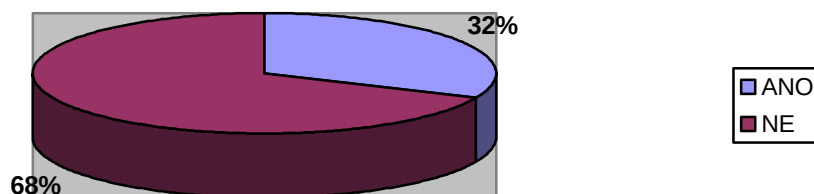


Ve skupině 5 (100 %) respondentů z FN uvedli 3 (60 %) dotázaní důvod vyšší prestiž a 2 (40 %) dotázaní důvod lépe znějící. Ve skupině 7 (100 %) respondentů z a.s. uvedlo 5 (71 %) dotázaných důvod vyšší prestiž a 2 (29 %) dotázaní důvod lépe znějící.

Graf 49

(graf k otázce č. 25)

HLAVNÍ SESTRA JAKO PROFESNÍ VZOR

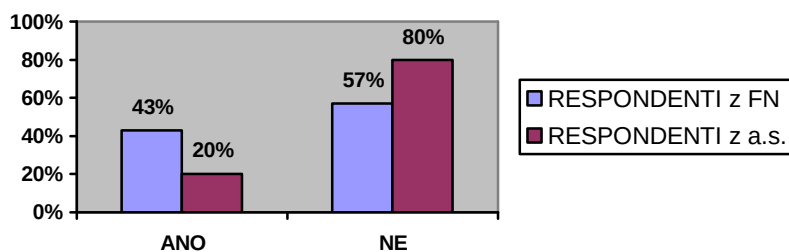


Z celkových 164 (100 %) označilo 52 (32 %) dotázaných ano a 112 (68 %) dotázaných ne.

Graf 50

(graf k otázce č. 25)

HLAVNÍ SESTRA JAKO PROFESNÍ VZOR

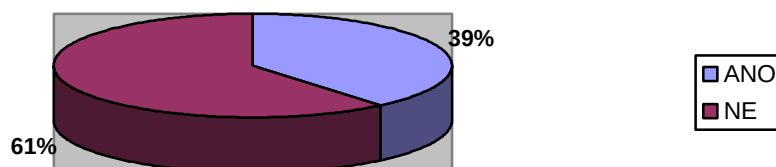


Ve skupině 84 (100 %) respondentů z FN označilo 36 (43 %) dotázaných ano a 48 (57 %) dotázaných ne. Ve skupině 80 (100 %) respondentů z a.s. označilo 16 (20 %) dotázaných ano a 64 (80 %) dotázaných ne.

Graf 51

(graf k otázce č. 26)

HLAVNÍ SESTRA JAKO OSOBNÍ VZOR

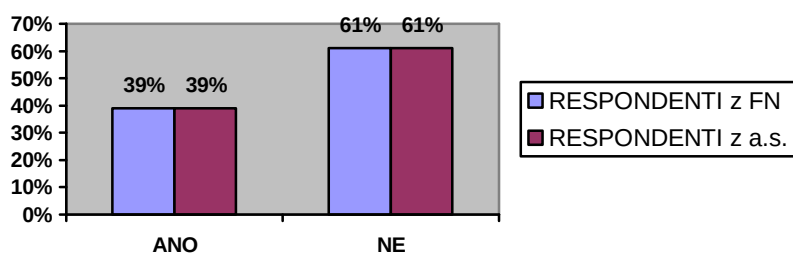


Z celkových 164 (100 %) odpovědělo 64 (39 %) respondentů ano a 100 (61 %) dotázaných ne.

Graf 52

(graf k otázce č. 26)

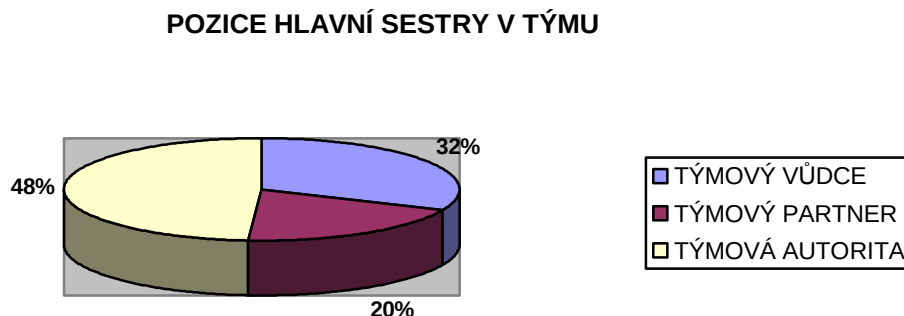
HLAVNÍ SESTRA JAKO OSOBNÍ VZOR



Ve skupině 84 (100 %) respondentů z FN odpovědělo 33 (39 %) dotázaných ano a 51 (61 %) dotázaných ne. Ve skupině 80 (100 %) respondentů z a.s. odpovědělo 31 (39 %) dotázaných ano a 49 (61 %) dotázaných ne.

Graf 53

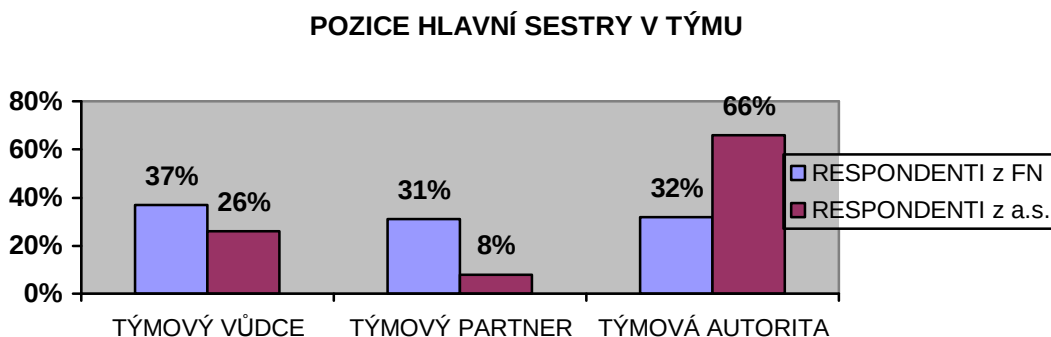
(graf k otázce č. 27)



Z celkových 164 (100 %) respondentů označilo 52 (32 %) respondentů týmového vůdce, 32 (20 %) dotázaných týmového partnera a 80 (48 %) respondentů uvedlo týmovou autoritu.

Graf 54

(graf k otázce č. 27)

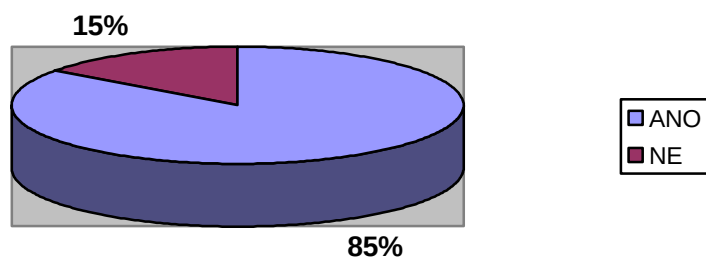


Ve skupině 84 (100 %) respondentů z FN označilo 31 (37 %) dotázaných týmového vůdce, 26 (31 %) dotázaných týmového partnera a 27 (32 %) dotázaných týmovou autoritu. Ve skupině 80 (100 %) respondentů z a.s. označilo 21 (26 %) dotázaných týmového vůdce, 6 (8 %) dotázaných týmového partnera a 53 (66 %) dotázaných týmovou autoritu.

Graf 55

(graf k otázce č. 28)

**POTŘEBA PODPORY PODŘÍZENÝCH PRO PRÁCI
HLAVNÍ SESTRY**

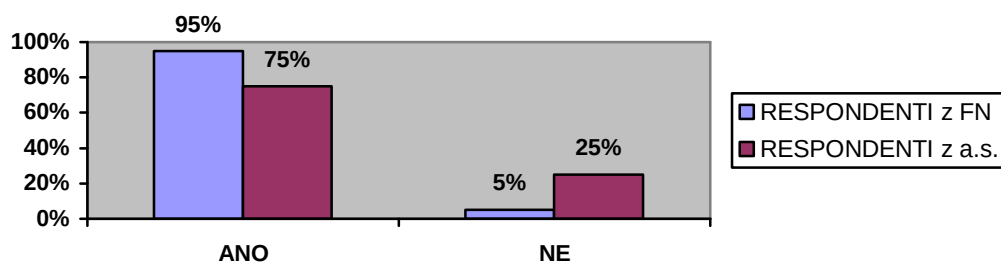


Z celkových 164 (100 %) respondentů označilo 140 (85 %) dotázaných odpověď ano a 24 (15 %) dotázaných uvedlo ne.

Graf 56

(graf k otázce č. 25)

**POTŘEBA PODPORY PODŘÍZENÝCH PRO PRÁCI HLAVNÍ
SESTRY**

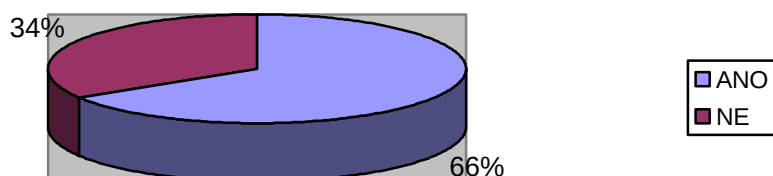


Ve skupině 84 (100 %) respondentů z FN odpovědělo 80 (95 %) dotázaných ano a 4 (5 %) dotázaní ne. Ve skupině 80 (100 %) respondentů z a.s. odpovědělo 60 (75 %) dotázaných ano a 20 (25 %) dotázaných ne.

Graf 57

(graf k otázce č. 29)

SPOKOJENOST S VEDENÍM SESTER

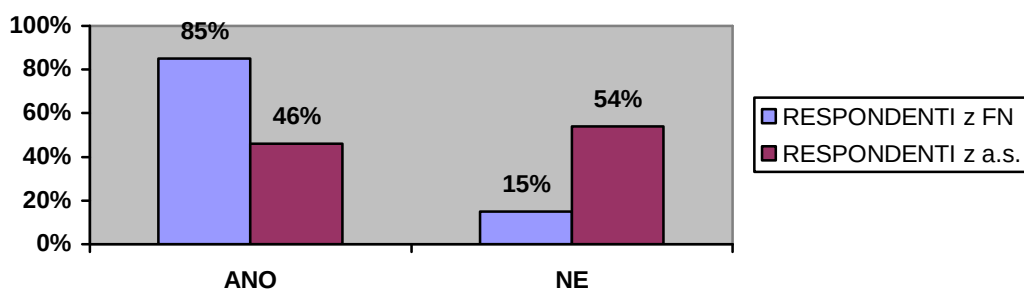


Z celkových 164 (100 %) respondentů je 108 (66 %) dotázaných spokojeno s vedením sester ve své nemocnici a 56 (34 %) dotázaných spokojeno není.

Graf 58

(graf k otázce č. 29)

SPOKOJENOST S VEDENÍM SESTER

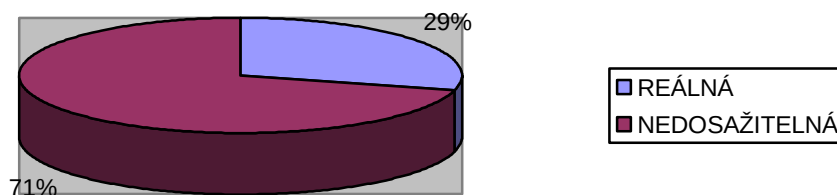


Ve skupině 84 (100 %) respondentů z FN označilo 71 (85 %) dotázaných možnost ano a 13 (15 %) dotázaných možnost ne. Ve skupině 80 (100 %) respondentů z a.s. označilo 37 (46 %) dotázaných možnost ano a 43 (54 %) dotázaných možnost ne.

Graf 59

(graf k otázce č. 30)

MOŽNOST ZÍSKÁNÍ FUNKCE HLAVNÍ SESTRY ŘADOVOU SESTROU

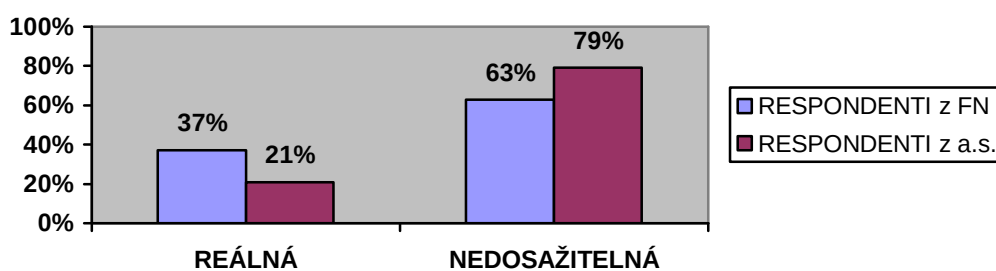


Z celkových 164 (100 %) respondentů označilo 48 (29 %) dotázaných možnost reálná a 116 (71 %) dotázaných možnost nedosažitelná.

Graf 60

(graf k otázce č. 30)

MOŽNOST ZÍSKÁNÍ FUNKCE HLAVNÍ SESTRY ŘADOVOU SESTROU



Ve skupině 84 (100 %) respondentů z FN označilo 31 (37 %) dotázaných možnost reálná a 53 (63 %) dotázaných možnost nedosažitelná. Ve skupině 80 (100 %) respondentů z a.s. označilo 17 (21 %) dotázaných možnost reálná a 63 (79 %) dotázaných možnost nedosažitelná.

5. Diskuse

Hodnocení výsledků proběhlo ve dvou etapách. V první etapě proběhlo hodnocení všech výsledků souhrnně. Dále byl výzkumný vzorek rozdělen na respondenty ze státní FN a na respondenty ze soukromých nemocnic a.s. pro závěrečné porovnání výsledků mezi respondenty ze státního a soukromého zdravotnického zařízení.

Z uvedených výsledků v empirické části vyplývá, že z celkového počtu 164 oslovených respondentů je 154 (94 %) žen a 10 (6 %) mužů. Ve skupině 84 respondentů z FN je 78 (93 %) žen a 6 (7 %) mužů. Ve skupině 80 respondentů z a.s. je 76 (95 %) žen a 4 (5 %) muži. Tyto výsledky potvrzují i skutečnost, že v ošetrovatelském povolání se více vyskytují ženy než muži.

Dále bylo zjištěno, že nejvíce, a to 68 (42 %) respondentů, mělo praxi kratší než 5 let. Praxi v délce 5-10 let uvedlo 64 (39 %) respondentů. Nejméně, a to 12 (7 %), respondentů označilo praxi mezi 11 až 20 lety. Praxi 21 a více let mělo 20 (12 %) respondentů. Výsledky ve skupinách respondentů z FN a respondentů z a.s. dopadly velmi podobně. Ve skupině respondentů z FN mělo 35 (42 %) respondentů praxi do 5 let, 32 (38 %) dotázaných praxi 5-10 let, 5 (6 %) dotázaných praxi 11-20 let, 12 (14 %) respondentů praxi 21 a více let. Ve skupině respondentů z a.s. mělo praxi do 5 let 33 (41 %) respondenti, praxi 5-10 let 32 (40 %) respondenti, praxi 11-20 let 7 (9 %) respondentů a praxi 21 a více let 8 (10 %) respondentů.

Pozitivní výsledky byly zaznamenány u otázky vzdělání respondentů. Středoškolské vzdělání mělo 80 (49 %) respondentů. Ostatní respondenti měli vyšší, specializační nebo vysokoškolské vzdělání. 48 (29 %) dotázaných uvedlo vyšší odborné vzdělání, pomaturitní specializační vzdělání mělo 28 (17 %) dotázaných, 7 (4 %) dotázaných dosáhlo vysokoškolského bakalářského vzdělání a 1 (1 %) respondent vysokoškolské magisterské vzdělání. Výsledky jasně ukazují, že úroveň vzdělání sester v České republice stoupá. Ve skupině respondentů z FN mělo 36 (43 %) respondentů středoškolské vzdělání, 22 (26 %) respondentů vyšší odborné vzdělání, 21 (25 %) respondentů pomaturitní specializační vzdělání, 4 (5 %) respondentů vysokoškolské bakalářské a 1 (1 %) respondent vysokoškolské magisterské vzdělání. Ve skupině respondentů z a.s. mělo 44 (55 %) respondentů středoškolské vzdělání, 26 (32 %)

respondentů vyšší odborné vzdělání, 7 (9 %) dotázaných pomaturitní specializační vzdělání a 3 (4 %) respondenti vysokoškolské bakalářské vzdělání. Porovnáním mezi skupinami respondentů bylo zjištěno, že největší rozdíl ve vzdělání respondentů byl v pomaturitním specializačním studiu. Výsledky v ostatních kategoriích jsou si s malými rozdíly velmi podobné.

U otázky pracovní pozice respondentů uvedlo nejvíce, a to 152 (93 %), dotázaných pozici řadové sestry. Ve vedoucí pozici pracovalo 12 (7 %) respondentů. Při porovnávání výsledků mezi respondenty z FN a respondenty z a.s. nebylo zjištěno nic překvapivého. Ve FN pracovalo na pozici řadové sestry 76 (90 %) respondentů a ve vedoucí pozici 12 (10 %) respondentů. U respondentů z a.s. pracovalo 76 (95 %) respondentů jako řadové sestry a 4 (5 %) respondenti ve funkci vedoucí sestry.

Překvapivé výsledky byly zaznamenány u otázky, týkající se legislativy ošetrovatelství. Pouze 32 (20 %) respondentů se v této legislativě orientuje, 12 (7 %) respondentů se neorientuje a částečně se orientuje 120 (73 %) dotázaných. Jistě by bylo zajímavé zjistit, proč a konkrétně která oblast legislativy ošetrovatelství je sestrám nejasná. Jak znázorňuje graf 10, výsledky ve skupině respondentů z FN a respondentů z a.s. byly velmi vyrovnané. Ve skupině respondentů z FN 16 (19 %) dotázaných odpovědělo kladně, zápornou odpověď označili 4 (5 %) respondenti a možnost částečně označilo 64 (76 %) dotázaných. Ve skupině respondentů z a.s. 16 (20 %) dotázaných odpovědělo kladně, zápornou odpověď označilo 8 (10 %) respondentů a možnost částečně označilo 56 (70 %) dotázaných.

Velmi pozitivní zjištění přinesl výsledek u otázky sledování nových trendů v ošetrovatelství. Naprosto všichni (100 %) dotazovaní sledovali nové trendy v ošetrovatelství.

Za povšimnutí stojí také výsledek v otázce celoživotního vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků ve zdravotnictví. Drtivá většina, tedy 156 (95 %) respondentů považuje celoživotní vzdělávání sester za důležité a pouze 8 (5 %) respondentů s tímto názorem nesouhlasí. Při porovnávání výsledků v jednotlivých skupinách bylo nalezeno jen malé procento respondentů, kteří nepovažují za důležité, aby se sestry celoživotně vzdělávaly. Šetření u respondentů z FN tedy dopadlo takto :

81 (96 %) dotázaných považuje celoživotní vzdělávání sester za důležité a 3 (4 %) dotázaní jsou opačného názoru. Velmi podobný výsledek byl zjištěn u respondentů z a.s., ti celoživotní vzdělávání sester považovali za důležité u 75 (94 %) dotázaných, opačného názoru bylo 5 (6 %) respondentů.

Další navazující otázkou byla podpora ošetrovatelského managementu k dalšímu vzdělávání respondentů. 148 (90 %) dotázaných mělo tuto podporu a 16 (10 %) dotázaných se domnívalo, že podporu k dalšímu vzdělávání od ošetrovatelského managementu nemá. Porovnáním výsledků ve skupinách bylo zjištěno, že 75 (89 %) respondentů z FN má a 9 (11 %) respondentů nemá podporu ošetrovatelského managementu k dalšímu vzdělávání. Téměř identické byly výsledky u respondentů z a.s., ze kterých kladně odpovědělo 73 (91 %) dotázaných a 7 (9 %) dotázaných odpovědělo záporně.

Účast na odborných seminářích a kurzech pořádaných domovskou nemocnicí respondentů, byl dalším ze sledovaných aspektů. Chvályhodné je, že téměř všichni, a to 160 (98 %), dotázaní se těchto vzdělávacích akcí účastní. Byli zaznamenáni jen 4 (2 %) respondenti, kteří se vzdělávacích akcí ve své nemocnici neúčastní. Ve skupině respondentů z FN bylo 83 (99 %) respondentů, kteří se těchto akcí účastní a pouze 1 (1 %) respondent, který se jich neúčastní. Ve skupině respondentů z a.s. se účastní zmíněných akcí 77 (96 %) dotázaných a jen 3 (4 %) dotázaní se jich neúčastní. Opět byly zaznamenány téměř identické výsledky.

Osoby kompetentní k hodnocení povinností sester bylo vždy velmi diskutované téma. A jak ukazují výsledky šetření v této otázce, stále sestry nemají jednotný názor. Jako kompetentní osoby k hodnocení sester uvedlo 136 (83 %) respondentů sestry a 28 (18 %) respondentů uvedlo lékaře. Ve skupině respondentů z FN označilo 12 (14 %) dotázaných za kompetentní osoby lékaře, sestry označilo 72 (86 %) dotázaných. Obdobně vypadaly výsledky ve skupině respondentů z a.s, kde 16 (20 %) dotázaných za kompetentní osoby označilo lékaře, sestry označilo 64 (80 %) dotázaných.

Výsledek, který vyvstal ze zkoumané skutečnosti, zda respondenti znají svou hlavní sestru, byl stoprocentní. Všichni, tedy 164 (100 %) , respondenti znali svou hlavní sestru, což je jistě velmi chvályhodné.

V dalším bodě výzkumu byla zjišťována četnost kontaktu respondentů s hlavní sestrou v jejich nemocnici. Ve 114 (70 %) případech odpověděli respondenti že kontakt s hlavní sestrou mají 2 x ročně a více, což potvrzuje hypotézu č. 2. Zbývajících 50 (30 %) respondentů uvedlo kontakt 1 x ročně a méně. Porovnání výsledků ve skupinách respondentů dopadlo opět téměř vyrovnaně. Ve skupině respondentů z FN uvedlo 18 (15 %) dotázaných kontakt se svou hlavní sestrou 1x ročně a méně a 66 (85%) dotázaných 2 x a více. Ve skupině 80 (100 %) respondentů z a.s. označilo 12 (10 %) dotázaných kontakt se svou hlavní sestrou 1x ročně a méně a 68 (90 %) dotázaných 2 x a více.

Nejvíce, tedy 144 (88 %), respondenti uvedli jako místo kontaktu s hlavní sestrou semináře a kurzy. V 16 (10 %) případech se respondenti setkávali se svojí hlavní sestrou na svém pracovišti, což svědčí o skutečnosti, že hlavní sestra osobně navštěvuje ošetrovatelské jednotky, aby se přesvědčila o jejich činnosti. Pouze 4 (2 %) respondenti se vyjádřili, že se s hlavní sestrou nesetkali nikde. Jistě by v jejich případě bylo přínosné, zjistit důvod, proč k setkání mezi respondenty a hlavní sestrou zatím nedošlo. Ve skupině respondentů z FN pouze jeden respondent uvedl možnost nikde, stejnou možnost udali 3 (4 %) respondenti ve skupině respondentů z a.s. 12 (14 %) respondentů z FN se setkávalo s hlavní sestrou na svém pracovišti a ve skupině respondentů z a.s. využilo tuto možnost pouze 4 (5 %) dotázaní. Naopak nejvíce se respondenti setkávají s hlavní sestrou na odborných seminářích a kurzech, a to v 71 (85 %) případech ve skupině respondentů z FN a 73 (91 %) případech ve skupině respondentů z a.s. Respondenti měli možnost uvést i jiné místo, ale tuto možnost nevyužil žádný z nich.

Zajímavý výsledek byl zaznamenán u otázky, do které úrovně managementu nemocnice patří pozice hlavní sestry. 120 (73 %) respondentů uvedlo nejvyšší úroveň managementu a u 44 (27 %) odpovědí byl označen střední management, což tvoří téměř jednu třetinu všech odpovědí. Dle nejnovější literatury (13, 9, příloha 2) patří pozice hlavní sestry do TOP managementu zdravotnických zařízení.

Další bod výzkumu se zaměřil na styl vedení hlavní sestrou. První možností bylo autokratické vedení, ke které se přiklonilo 16 (10 %) respondentů. Druhou možností byl demokratický styl vedení, který označila většina, tedy 148 (90 %) respondentů. Třetí

existující styl vedení, tzv. laissez-faire (9), nebyl jako další možnost odpovědi zařazen, protože tento styl vedení nemá možnost kontroly a má nejasný časový limit a proto ho ve zdravotnictví nelze využít. Porovnáváním mezi skupinami bylo dosaženo velmi podobných výsledků. Ve skupině respondentů z FN označilo 11 (13 %) dotázaných možnost autokrat a 73 (87 %) dotázaných možnost demokrat. Ve skupině 80 (100 %) respondentů z a.s. označilo 5 (6 %) dotázaných možnost autokrat a 75 (94 %) dotázaných možnost demokrat.

Pozice hlavní sestry byla respondenty ve 144 (88 %) případech označena jako důležitá a vážená, za nedůležitou a formální ji označilo 20 (12 %) respondentů. Dělením výsledků do skupin respondentů z FN a a.s. bylo dosaženo faktu, že 78 (93 %) respondentů ve FN považovalo pozici hlavní sestry za důležitou a váženou a ve skupině respondentů z a.s. hodnotilo stejně 66 (83 %) respondentů. Zbývajících 6 (7 %) respondentů z FN a 14 (17 %) respondentů z a.s. hodnotilo pozici hlavní sestry za nedůležitou a formální. Hypoteticky, na podkladě 10 % rozdílu mezi výsledky v obou skupinách respondentů, lze tedy usoudit, že čím větší tým pracovníků hlavní sestra řídí, tím se její pozice ze strany podřízených stává váženější a důležitější.

Každá odborná literatura, zabývající se problematikou ošetrovatelství, poukazuje na důležitost vzdělávání sester (18, 19). Další výzkumná otázka tedy měla za úkol zjistit mínění respondentů na vzdělání hlavní sestry. Celkem 81 (49 %) dotázaných uvedlo požadavek vysokoškolského zdravotnického vzdělání u hlavní sestry a 83 (51 %) respondentů upřednostnilo vysokoškolské manažerské vzdělání. Středoškolské zdravotnické vzdělání u hlavní sestry neoznačil žádný respondent stejně, jako možnost jiné vzdělání. Možnost jiné vzdělání byla zařazena jako odpověď na výzkumnou otázku záměrně, protože bylo předpokládáno, že některý z respondentů udá kombinaci předchozích možností a tím bychom získali ideální pohled na vzdělání manažera ošetrovatelské péče. Skutečnost, že této možnosti nevyužil žádný respondent, je poněkud překvapivá.

Prestiž je soubor názorů, pocitů a postojů společnosti k určitému povolání. Respondenti měli v dalším bodě výzkumu určit, jak vysokou prestiž má povolání hlavní sestry. Nejvyšší počet, tedy 84 (51 %) odpovědí respondentů se přiklonilo k vysoké

prestiži. Naopak nejméně respondentů, 8 (5 %), označilo povolání hlavní sestry za povolání s velmi vysokou prestiží. Všech zbývajících 72 (44 %) dotázaných se domnívalo, že toto povolání má střední prestiž. Skutečnost, že žádný respondent neoznačil možnost nízké prestiže, svědčí o faktu, že došlo k určitému pozitivnímu posunu v mínění společnosti o povolání sestry (24). Výsledky porovnávání názorů respondentů z FN a a.s. byly následující : ke střední prestiži se přiklonilo 33 (39 %) respondentů z FN a 41 (51 %) respondentů z a.s, vysokou prestiž označilo 45 (54 %) respondentů z FN a 37 (46 %) respondentů z a.s., jako velmi vysokou prestiž považovalo povolání hlavní sestry 6 (7 %) respondentů z FN a 2 (3 %) respondentů z a.s..

V další výzkumné otázce bylo zjišťováno, které osoby ovlivňují smýšlení společnosti o povolání sestry nejvíce. Ve 108 (66 %) bylo zjištěno, že na smýšlení společnosti o povolání sestry se nejvíce, a to ve 108 (66 %) odpovědích respondentů, podílí klienti zdravotnických zařízení, s čímž souhlasí i Škrlovi (24). Pouze 12 (7 %) respondentů označilo za ovlivňující osoby lékaře. Dalších 36 (22 %) respondentů vidí sestry a 8 x (5 %) označili respondenti sestry manažerky za osoby odpovědné za postoj společnosti k povolání sestry. Jak názorně ukazuje graf 38, výsledky porovnávání ve skupinách byly téměř identické.

Změna koncepce ošetřovatelství a reforma zdravotnictví s sebou přinesla i nutné změny. Jednou z těchto změn je i přítomnost sester na vládní úrovni. Pro sestry a ostatní nelékařské zdravotnické pracovníky je nutné mít přímo u zdroje své zástupce a to ze spousty důvodů, například to pro ně znamená přímý zdroj informací i možnost vyslovit názor na připravované změny prostřednictvím odborníka v oboru. Proto byla respondentům položena otázka, zda by sestry měli pracovat i na vládní úrovni. Odezva respondentů byla velmi pozitivní. Souhlasilo 136 (83 %) dotázaných a zbývajících 28 (17 %) dotázaných bylo proti. V porovnávání mezi skupinami respondentů bylo dosaženo téměř stejných výsledků, jak znázorňuje graf 40.

Požadavky na manažera ošetřovatelské péče se často liší. Jinou představu bude mít zaměstnavatel a jinou podřízení nebo klienti (7). V dalším výzkumném bodě bylo zjišťováno, kterých pět vlastností očekávají sestry od své hlavní sestry nejvíce. Naprostá

shoda nastala v požadavku na vzdělání hlavní sestry. Všichni, tedy 164 (100 %), respondenti označili VŠ vzdělání. Dále respondenti udali ve 151 (92 %) případech praxi u lůžka. 96 (59 %) dotázaných udalo asertivitu, 101 (62 %) respondentů se vyjádřilo pro komunikaci a diplomacii uvedlo 128 (78 %) dotázaných. K dalším vlastnostem se vyjádřilo maximálně 5 % respondentů (příloha 1). Hypoteticky tedy lze říci, že sestry očekávají ve funkci manažera ošetrovatelské péče komunikativní a vysokoškolsky vzdělaného diplomata, který má praxi u lůžka a má osvojené asertivní chování. Porovnávání mezi skupinami respondentů nepřineslo žádné překvapivé výsledky. Za zmínku stojí pouze komunikace, kterou vybralo 81 % dotázaných ve skupině respondentů z FN a ve skupině respondentů z a.s. označilo tuto vlastnost pouze 41 % dotázaných, což přináší téměř poloviční rozdíl mezi skupinami respondentů.

Jako nejdůležitější oblast pracovní náplně hlavní sestry označili respondenti vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků a to v 59 (36 %) případech. To koreluje s vyjádřením Ully Raidové (25), že vzdělávání sester je velmi důležité nejen v Čechách, ale i v zahraničí. Na dalším místě se umístilo řízení lidských zdrojů s podílem 39 (24 %) hlasů. Až třetí místo s 30 (18 %) hlasy bylo obsazeno kontinuálním zvyšováním kvality ošetrovatelské péče. Dále se 24 (15 %) respondenti vyjádřili pro řízení nákladů v ošetrovatelství, 10 (6 %) dotázaných pro management rizik a 2 (1 %) respondenti pro řízení konfliktů. Odpovědi respondentů ze skupin FN a a.s. byly velmi podobné, jak ukazuje výsledný graf 44.

Zdravotnická zařízení nemají v současné době přesně definovány tituly pro manažera ošetrovatelské péče (9). Starý titul hlavní sestra bývá nahrazen novým názvem, například náměstek/ředitel pro ošetrovatelskou péči. Co se týče pojmenování udávali respondenti přednost titulu hlavní sestra, a to ve 152 (91 %) případech. Jen 12 (9 %) respondentů upřednostňovalo nový název náměstek/ředitel pro ošetrovatelskou péči. Porovnávám výsledků mezi skupinami respondentů bylo dosaženo faktu, že v obou skupinách dávalo přednost názvu hlavní sestra podstatně více než titulu novému. Bylo by zajímavé přednést tento většinový názor vedení zdravotnických zařízení.

Důvod, proč respondenti upřednostňují titul hlavní sestra byl v 67 (44 %) případech výstižnost, v 52 (34 %) případech tradice a ve 33 (22 %) případech byl tento

název sestrám bližší. Jak ukazuje graf 47 b) udávali respondenti z FN nejvíce důvod tradice a výstižnost a nejméně důvod sestrám bližší. Respondenti z a.s. nejvíce udávali důvod výstižnost a sestrám bližší, nejméně pak důvod tradice. Z celkových 12 respondentů, kteří dávají přednost pojmenování funkce náměstek pro ošetrovatelskou péči, uvedli dotázaní v 8 případech důvod vyšší prestiž a ve 4 případech důvod lépe znějící pojmenování. Jak zobrazuje graf 48 b), uvedl shodný počet respondentů z obou skupin, tedy 2, důvod lépe znějící pojmenování. Pro důvod vyšší prestiž se vyjádřili 3 respondenti z FN a 5 respondentů z a.s.

Skutečnost, zda je hlavní sestra profesním vzorem pro respondenty, byla zjišťována v dalším bodě výzkumu. Pro 52 (32 %) respondentů je hlavní sestra profesním vzorem a pro většinu, tedy 112 (68 %) respondentů není. Ve skupině respondentů z FN označilo 36 (43 %) dotázaných hlavní sestru za svůj profesní vzor, 48 (57 %) dotázaných se vyjádřilo, že není. Ve skupině respondentů z a.s. označilo 16 (20 %) dotázaných ano a 64 (80 %) dotázaných ne.

V následujícím bodě byli odpovídali respondenti na otázku, zda je hlavní sestra pro ně osobním vzorem. Nadpoloviční většina s počtem 100 (61 %) odpovědí odpověděla, že není. 64 (39 %) respondentů se vyjádřilo odpovědí ano. Ve skupině respondentů z FN odpovědělo 33 (39 %) dotázaných ano a 51 (61 %) dotázaných ne. Ve skupině respondentů z a.s. odpovědělo 31 (39 %) dotázaných ano a 49 (61 %) dotázaných ne. Výsledky procentuálního porovnávání svědčí o tom, že se k této otázce vyjádřili respondenti z obou skupin naprosto identicky.

Chování manažera vůči skupině zrcadlově odráží chování skupiny vůči manažerovi. Velmi závisí na komunikaci ve skupině, na možnosti a schopnosti vyjádření se k problému a dalších aspektech. Žádný z týmových „hráčů“ není tak pečlivě sledován jako vedoucí týmu (3). Proto je pro manažera důležité, jak ho vidí ostatní členové týmu. Naši respondenti označili v 80 (48 %) případech hlavní sestru jako týmovou autoritu, v 52 (32 %) případech jako týmového vůdce a v nejméně, tedy 32 (20 %), případech jako týmového partnera. Jak znázorňuje graf 54, respondenti hlasovali ve všech třech kategoriích velmi vyrovnaně. Naproti tomu rozdíly u respondentů z a.s. byly markantní, 53 (66 %) dotázaných označilo svou hlavní sestru za

týmovou autoritu, 6 (8 %) dotázaných za týmového partnera a 21 (26 %) dotázaných za týmového vůdce.

Názor respondentů na potřebu hlavní sestry mít ke své práci podporu svých podřízených byl následující : 140 (85 %) , tedy většina, dotázaných se vyjádřilo, že hlavní sestra potřebuje podporu svých podřízených a 24 (15 %) dotázaných bylo opačného názoru. Porovnání výsledků mezi skupinami přineslo stejný většinový názor v obou skupinách. Ve skupině respondentů z FN s počtem 80 (95 %) hlasů a ve skupině respondentů z a.s. s počtem 60 (75 %) hlasů. Opačný názor, že hlavní sestra ke své práci nepotřebuje podporu svých podřízených, byl zaznamenán u 4 (5 %) dotázaných ve skupině respondentů z FN a 20 (25 %) dotázaných z a.s.. O příchodu partnerství do mezilidských pracovních vztahů sester píše i Šulistová (27).

Dále se 108 (66 %) dotázaných vyjádřilo spokojenost s vedením sester ve své nemocnici a 56 (34 %) dotázaných spokojeno nebylo. Výsledky porovnávání ve skupinách bylo značně odlišné. Zatímco 71 (85 %) respondent z FN byli spokojení s vedením a pouze 13 (15 %) dotázaných spokojeno nebylo, ve skupině respondentů z a.s. bylo spokojeno pouze 37 (46 %) respondentů a zbývajících 43 (54 %) spokojeno nebylo. Lze tedy obecně tvrdit, že s vedením sester byli více spokojeni respondenti z FN.

Možnost získání funkce hlavní sestry byla podle většinového názoru 116 (71 %) respondentů nereálná, jako reálnou ji označilo 48 (29 %) dotázaných. Nedosažitelnost této funkce označilo 53 (63 %) respondentů z FN a 63 (79 %) respondenti z a.s. Naopak reálnou možnost řadové sestry získat pozici hlavní sestry vidělo 31 (37 %) respondentů z FN a 17 (21 %) respondentů z a.s. Přechod z řadového zaměstnance na manažera jakékoli úrovně vyžaduje převzetí autority, jejíž role je náročná a složitá (2). Podle většinového názoru by bylo jistě přínosné zjistit, jaké překážky vidí sestry v cestě za kariérovým postupem.

Z výše uvedených výsledků výzkumu vyplývá, že hypotéza č. 1 : *Sestry jsou informovány o funkci hlavní sestry*, byla potvrzena. Rovněž se potvrdila hypotéza č. 2 : *Sestry mají osobní kontakt s hlavní sestrou minimálně 2x v kalendářním roce*. Hypotéza

č. 3 : *Setry z nemocnic a.s. mají častější kontakt s hlavní sestrou a proto jsou lépe informovány o práci hlavní sestry než sestry z fakultní nemocnice, se nepotvrdila.*

6. Závěr

Cíle bakalářské práce s názvem *Postavení hlavní sestry z pohledu zaměstnance v oboru práce* byly: 1. zjistit, *zda sestry mají osobní kontakt se svojí hlavní sestrou*, 2. zjistit, *zda jsou sestry informovány o funkci hlavní sestry* a 3. *porovnat výsledky výzkumu mezi respondenty z fakultní nemocnice a sestrami z nemocnice a.s.* Všechny tři cíle byly splněny. Rovněž byly stanoveny hypotézy: 1. *Sestry mají osobní kontakt s hlavní sestrou minimálně 2x v kalendářním roce*, 2. *Sestry jsou informovány o funkci hlavní sestry* a 3. *Sestry z nemocnice a.s. mají častější kontakt se svojí hlavní sestrou a proto jsou lépe informovány o práci hlavní sestry, než sestry z fakultní nemocnice.* Hypotéza č. 1 a hypotéza č. 2 byly potvrzeny a hypotéza č. 3 potvrzena nebyla.

Z výsledků výzkumného šetření bylo zjištěno, že respondenti obou skupin, tedy fakultní nemocnice a nemocnice a.s., mají srovnatelné informace o postavení hlavní sestry. Výrazně rozdílné výsledky byly zjištěny pouze v otázce, týkající se spokojenosti respondentů s vedením sester, kde bylo zaznamenáno, že respondenti z FN byli více spokojeni než respondenti z a.s. Dále byl zajímavým shledán názor respondentů v otázce pojmenování manažera ošetrovatelské péče. Většina respondentů bez rozdílu, ve které skupině respondentů se nacházeli, dávala přednost starému názvu hlavní sestra před novým titulem náměstek/ředitel ošetrovatelské péče. Vzhledem k faktu, že titul pro TOP manažera ošetrovatelské péče není v ČR jednotný, jistě bude pro management zdravotnických zařízení tento názor přínosný. Pozitivním zjištěním byl shledán výsledek, že hlavní sestry respondentů mají demokratický přístup ke svým podřízeným. Tento fakt spolu s dalšími skutečnostmi jistě způsobil, že respondenti považují postavení hlavní sestry za důležité a vážené.

Výsledky bakalářské práce budou prezentovány se souhlasem hlavní sestry na semináři ve fakultní nemocnici v Plzni a publikovány v odborném časopise. Zjištěné skutečnosti mohou pomoci zvýšit informovanost sester o práci a postavení hlavních sester a tím přispět ke zvýšení prestiže jejich povolání.

7. Použitá literatura

1. BÁRTLOVÁ, S. *Pracovní vztahy a kompetence všeobecných sester v ČR*. Sestra. Praha: 2007, roč. 17, č. 3, s. 14-17. ISSN 1210-04-04
2. BĚLOHLÁVEK, F. *Jak řídit a vést lidi*. 2.vyd. Brno: CP Books, 2005. s. 100. ISBN 80-251-0505-9
3. BEGEMANN, P. *Šéf pod kontrolou*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. s. 104. ISBN 80-2471-683
4. BRABCOVÁ, I. *Management zdravotnických a ošetrovatelských služeb*. ZSF JČU, 2005. Dostupné z e-mail: brabcova@zsf.jcu.cz
5. DĚDINA, J., CEJTHAMR, V. *Management a organizační chování*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2005. s.339. ISBN 80-247-1300-4
6. DI KAMP, *Manažer 21.století*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2000, s.216. ISBN 80-247-0005-0
7. GLADKIJ, I. *Management ve zdravotnictví*. 1.vyd. Brno:Computer press , 2003, s.380. ISBN 80-7226-996-8
8. GLADKIJ, I., HEGER, L., STRNAD, L.: *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*. 1.vyd. Brno: IDVPZ, 1999. ISBN 80-7013-272-8

9. GROHAR-MURRAY, M.E., DiCROCE, H.R. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. 1.vyd. Grada Publishing, Praha, 2003, s. 315. ISBN 80-247-0267-3
10. HOLČÍK, J., KAŇOVÁ, P., PRUDIL, L. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví*. 1.vyd. NCO NZO Brno, 2005, 186s. ISBN 80-7013-417-8
11. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice : komentovaný oficiální překlad*. Přel. D. Marx, I. Staněk, 2.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2004. 288s. Přel. z: Point Commission International Accreditation Standards for Hospitals. ISBN 80-247-0629-6
12. JURÁSKOVÁ, D., PACOVSKÝ, V. *Vysokoškolsky vzdělané sestry*. Sestra. Praha: 2004, roč.14, č.6, s. 39. ISSN 1210-04-04
13. KAREŠ, J., DRLÍKOVÁ, M., BRABCOVÁ, I. *Moderní metody v řízení*. 1.vyd. České Budějovice: ZSF JČU, 2006. s. 137. ISBN 80-7040-852-9
14. KOTTER, J. a kolektiv. *Srdce změny*. 1.vyd. Praha: Management Press, 2003. s.200. ISBN 80-7261-095-3
15. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha : Grada Publishing a.s., 2007. s. 164. ISBN 80-247-2069-2
16. MADAR, J. a kolektiv. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2004. s. 248. ISBN 80-247-0585-0

17. MARX, D. *Průvodce akreditačním šetřením SAK ČR*. [2007-10-08]
<http://www.sakcr.cz/files/Pruvodce-akr-setrenim-2007.pdf>
18. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství I.díl – Systémový přístup*. 1.vyd. Praha : Karolinum, 2004. s. 187. ISBN 80-246-0429-9
19. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství II.díl – Systémový přístup*. 1.vyd. Praha : Karolinum, 2004. s. 160. ISBN 80-246-0428-0
20. MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. 1.vyd. Praha : Grada Publishing a.s., 2005. s. 156. ISBN 80-247-1024-2
21. PARNA, P. *Umění koučovat*. 1.vyd. Praha: Alfa publishing, 2006. s.222. ISBN 80-86851-34-6
22. *Pracovní náplň hlavní sestry*. [cit. 2007-11-20]. Dostupné z WWW (intranetu FN Plzeň) : <<http://pavla/asp/persona/pracnap04/seznam.asp>>
23. SCOTT, G. *Průvodce náročnými pracovními vztahy*. 1.vyd. Praha : Portál, 2006, s. 184. ISBN 80-7367-074-7
24. SOUČEK, Z., BURIAN, J. *Strategické řízení zdravotnických zařízení*. 1. vyd. Praha : Profesional Publishing, 2006. s.196. ISBN 80-86946-18-5

25. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1.vyd. Praha: Advent-Orion s.r.o., 2003. s. 477. ISBN 80-7172-841-1
26. ŠKUBOVÁ J., *Hlavní sestra Tallinské nemocnice v Praze*. Florence. Praha: 2007,roč.3, č.7-8, s. 340. ISSN 1801-46-4X
27. ŠULISTOVÁ, J. *Touží sestry po moci?* Sestra. Praha: 2005, roč.15, č.11, s.20-21. ISSN 1210-04-04
28. VEBER, J. a kol. *Management*. Praha: Management Press, 2001. s.700. ISBN 80-7261-029-5
29. VONDRÁČEK, L. *Právní předpisy nejen pro hlavní, vrchní a staniční sestry*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2005. s.100. ISBN

8. Klíčová slova

Hlavní sestra

Management

Management v ošetrovatelství

Náměstek pro ošetrovateľskou péči

Ředitel ošetrovateľské péče

Vedení sester

9. Seznam příloh

Příloha 1 – Dotazník pro respondenty

Příloha 2 – Manažerská pyramida

Příloha 3 – Úsek ošetrovatelské péče

Příloha 4 – Schéma organizační struktury nemocnice

Příloha 5 – Organizační struktura pro řízení kvality ošetrovatelské péče

Příloha 1 - Dotazník pro respondenty

Vážení kolegové,

Jmenuji se Věra Lukášová a jsem studentka 3. ročníku oboru Všeobecná sestra na Zdravotně sociální fakultě JČU v Českých Budějovicích. V rámci bakalářské práce provádím výzkum na téma *Postavení hlavní sestry z pohledu zaměstnance v oboru*. Ráda bych znala i váš názor, proto vás žádám o vyplnění následujícího dotazníku, který je anonymní a který poslouží výhradně k tomuto výzkumnému účelu. Děkuji za váš čas strávený nad tímto dotazníkem.

Věra Lukášová

U všech odpovědí označte zatržením alespoň jednu odpověď nebo ji napište vlastními slovy.

1. Jste:

- ☐ muž ☐ žena

2. Délka Vaší praxe je:

- ☐ méně než 5 let ☐ 5-10 let ☐ 11-20 let ☐ 21 a více let

3. Vaše vzdělání je :

- ☐ středoškolské ☐ vyšší odborné ☐ specializační
☐ vysokoškolské (Bc) ☐ vysokoškolské (Mgr)

4. Pracujete na pozici:

- ☐ řadové sestry ☐ vedoucí sestry

5. Orientujete se v legislativě zabývající se ošetřovatelstvím ?

- ☐ ano ☐ ne ☐ částečně

6. Sledujete nové trendy ve vývoji ošetřovatelství ?

- ☐ ano ☐ ne

7. Považujete za důležité, aby se sestry celoživotně vzdělávaly ?

☐ ano

☐ ne

8. Máte podporu ošetrovatelského managementu k dalšímu vzdělávání ?

☐ ano

☐ ne

9. Účastníte se odborných seminářů nebo stáží pořádaných vaší nemocnicí?

☐ ano

☐ ne

10. Hodnotit povinnosti sester by měli :

☐ lékaři

☐ samy sestry

☐ jiné osoby

11. Víte, kdo je Vaše hlavní sestra ?

☐ ano

☐ ne

12. Jak často máte kontakt se svou hlavní sestrou :

☐ 1 x ročně a méně

☐ 2 x ročně a více

13. Kde máte příležitost setkat se svojí hlavní sestrou :

☐ nikde

☐ na Vašem pracovišti

☐ na odborných seminářích a kurzech

☐ jinde (napíšte kde)

14. Do jaké úrovně managementu nemocnice je řazena pozice hlavní sestry :

☐ TOP (vrcholový) management

☐ MIDDLE (střední) management

☐ BASIC (základní) management

15. Myslíte si, že Vaše hlavní sestra je stylem vedení :

☐ autokrat

☐ demokrat

16. Funkce hlavní sestry je z Vaší pozice :

- ☐ důležitá a vážená
- ☐ nedůležitá a formální

17. Jaké vzdělání by měla mít hlavní sestra :

- ☐ středoškolské zdravotnické
- ☐ vysokoškolské zdravotnické
- ☐ vysokoškolské manažerské
- ☐ jiné (napíšte jaké)

18. Prestiž (soubor názorů, pocitů a postojů společnosti) povolání hlavní sestry je podle Vás :

- ☐ nízká
- ☐ uprostřed
- ☐ vysoká
- ☐ velmi vysoká

19. Kdo ovlivňuje smýšlení společnosti o povolání sestry ?

- ☐ klienti zdravotnických zařízení
- ☐ lékaři
- ☐ řadové sestry
- ☐ sestry manažerky

20. Myslíte si, že by sestry měly pracovat ve vedoucích pozicích i na vládní úrovni v oblasti zdravotnictví ?

- ☐ ano
- ☐ ne

21. Označte 5 nejdůležitějších vlastností , které by podle vás měla mít hlavní sestra (NPOP) :

- | | |
|---|---|
| ☐ vysoká odbornost | ☐ zkušenost s vedením týmu |
| ☐ VŠ vzdělání | ☐ odolnost vůči stresu |
| ☐ praxe u lůžka | ☐ komunikace |
| ☐ flexibilita | ☐ vysoká výkonnost |
| ☐ velká psychická odolnost | ☐ autorita |
| ☐ osobní kouzlo | ☐ zájem o své podřízené |
| ☐ umění jednat s lidmi | ☐ znalost světového jazyka |
| ☐ asertivita | ☐ diplomacie |

22. Která oblast v náplni práce hlavní sestry je podle Vás nejdůležitější :

- ☐ řízení nákladů v ošetrovatelství
- ☐ kontinuální zvyšování kvality ošetrovatelské péče
- ☐ řízení lidských zdrojů
- ☐ řízení konfliktů
- ☐ kontinuální zvyšování vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků
- ☐ management rizik

23. Osobně dáváte přednost pojmenování funkce své nejvyšší nadřízené:

- ☐ hlavní sestra
- ☐ náměstek/náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
- ☐ jiné (napíšte jaké).....

24. Proč dáváte přednost označenému pojmenování (napíšte vlastními slovy):

.....
.....
.....

25. Je pro Vás hlavní sestra profesním vzorem ?

- ☐ ano ☐ ne

26. Je pro Vás hlavní sestra osobním vzorem ?

- ☐ ano ☐ ne

27. Chápete funkci hlavní sestry jako :

- ☐ týmového vůdce ☐ týmového partnera ☐ týmovou autoritu

28. Myslíte si, že hlavní sestra potřebuje ke své práci podporu svých podřízených ?

- ☐ ano ☐ ne

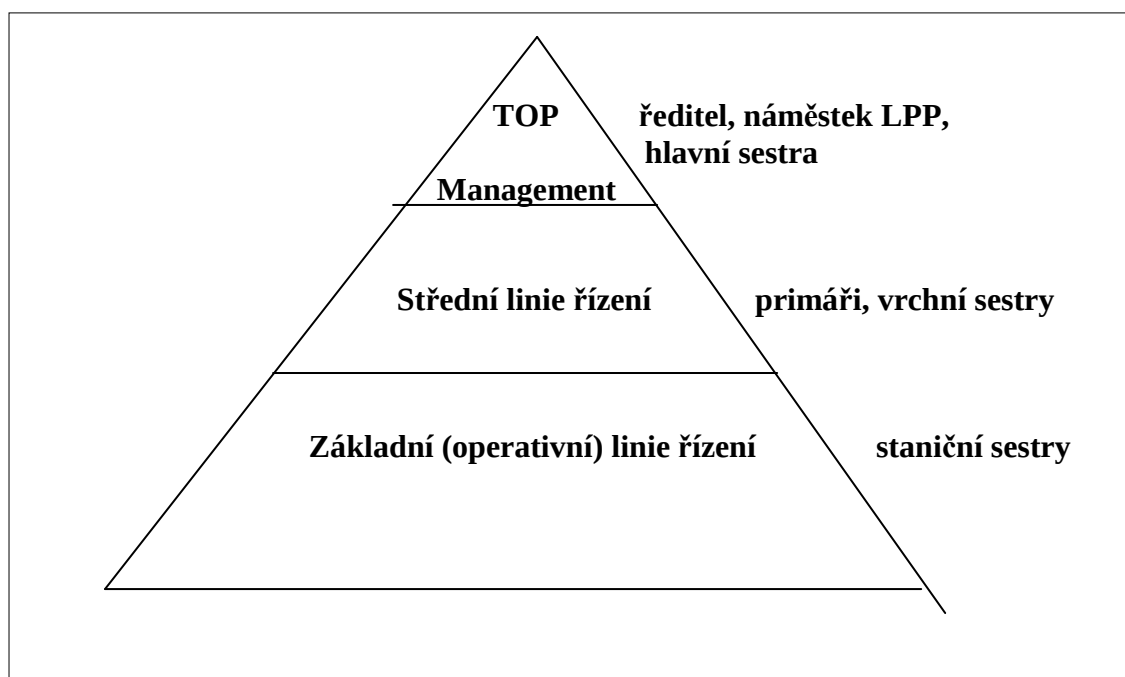
29. Jste spokojená/ý s vedením sester ve Vaší nemocnici ?

- ☐ ano ☐ ne

30. Myslíte si, že možnost získat funkci hlavní sestry pro řadovou sestru, je:

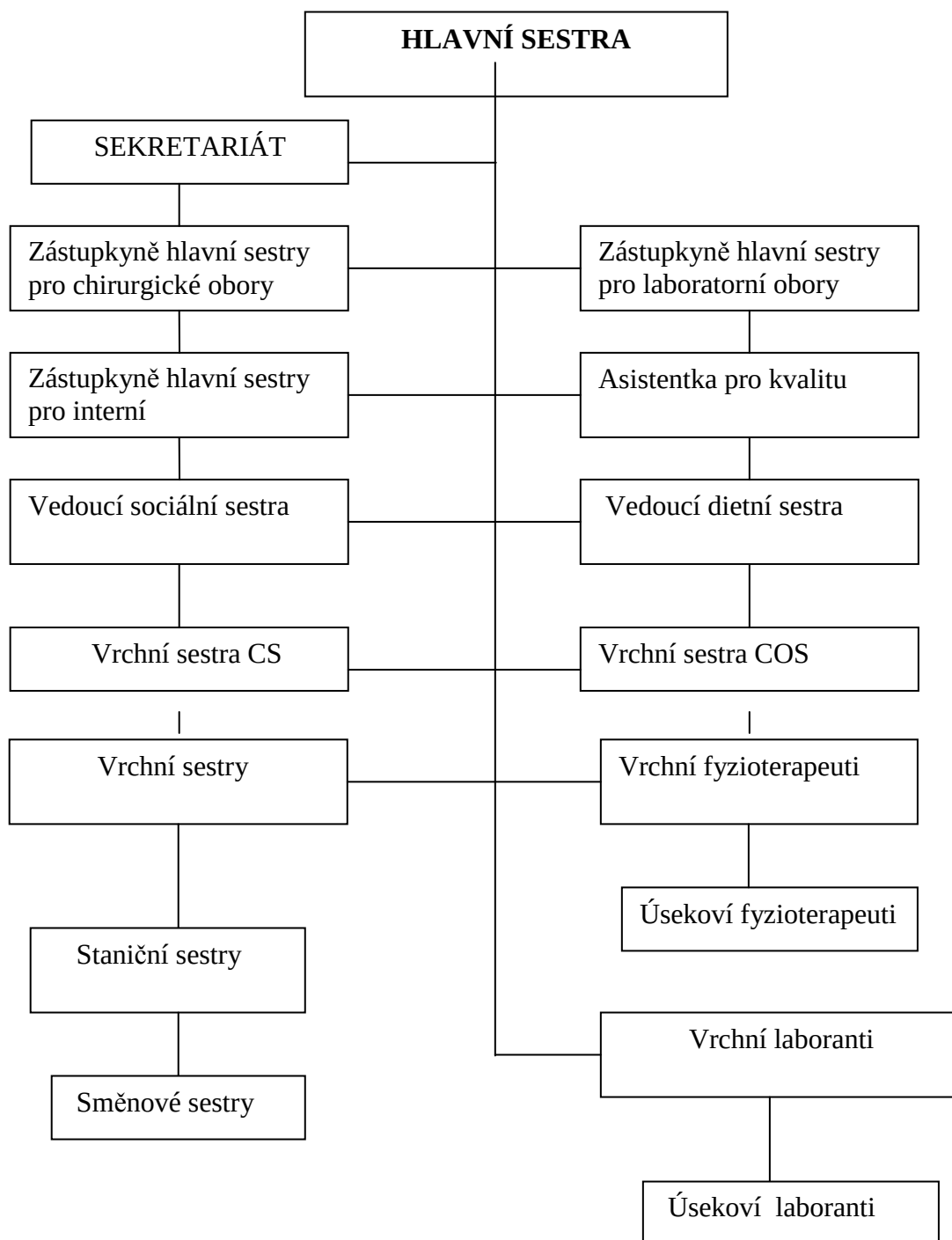
- ☐ reálná
- ☐ nedosažitelná

Příloha 2 - Manažerská pyramida – manažerské stupně, úrovně



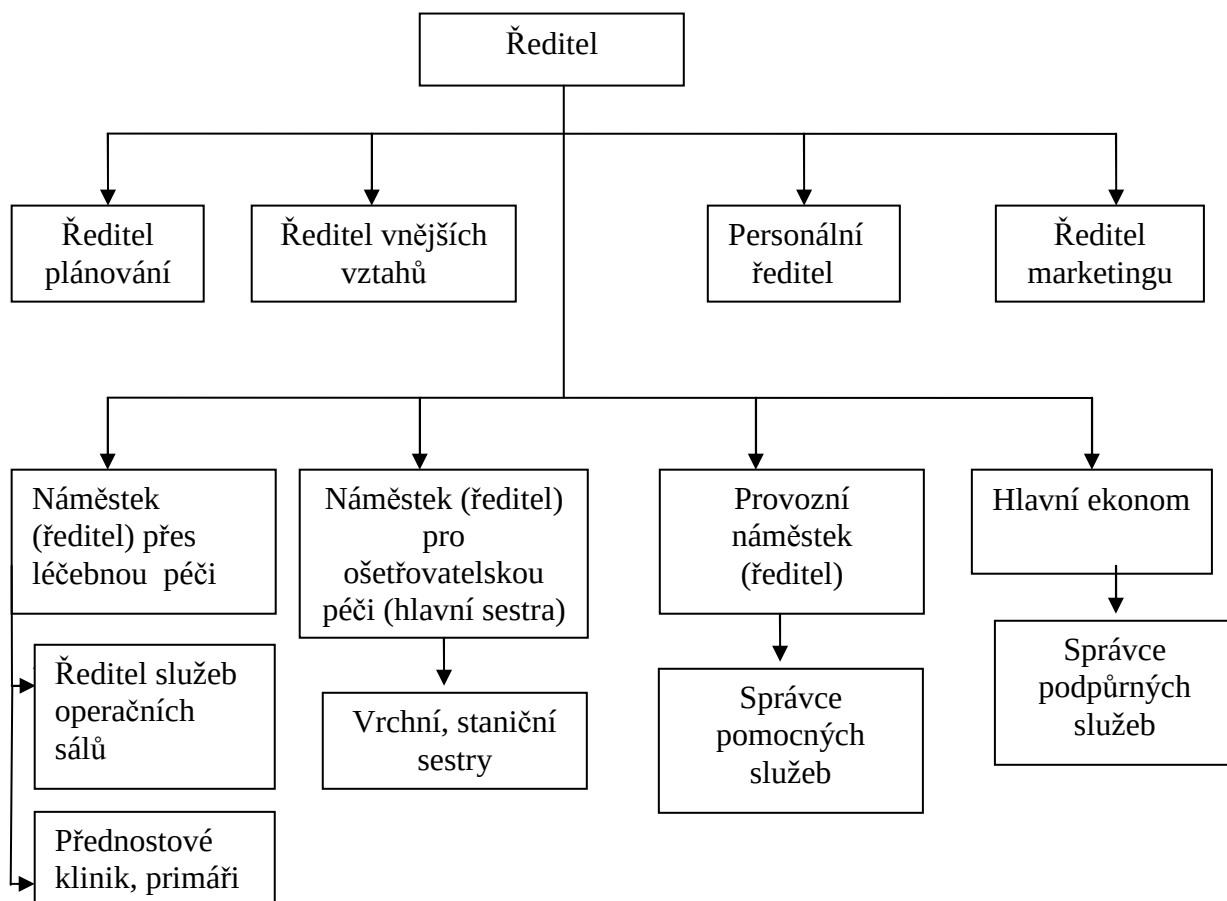
Převzato z: BRABCOVÁ, I. *Management zdravotnických a ošetrovatelských služeb*.
České Budějovice : ZSF JČU, 2005. Dostupné z e-mail: brabcova@zsf.jcu.cz

Příloha 3 - Úsek ošetrovatelské péče



Převzato z: BRABCOVÁ, I. *Management zdravotnických a ošetrovatelských služeb*.
České Budějovice : ZSF JČU, 2005. Dostupné z e-mail: brabcova@zsf.jcu.cz

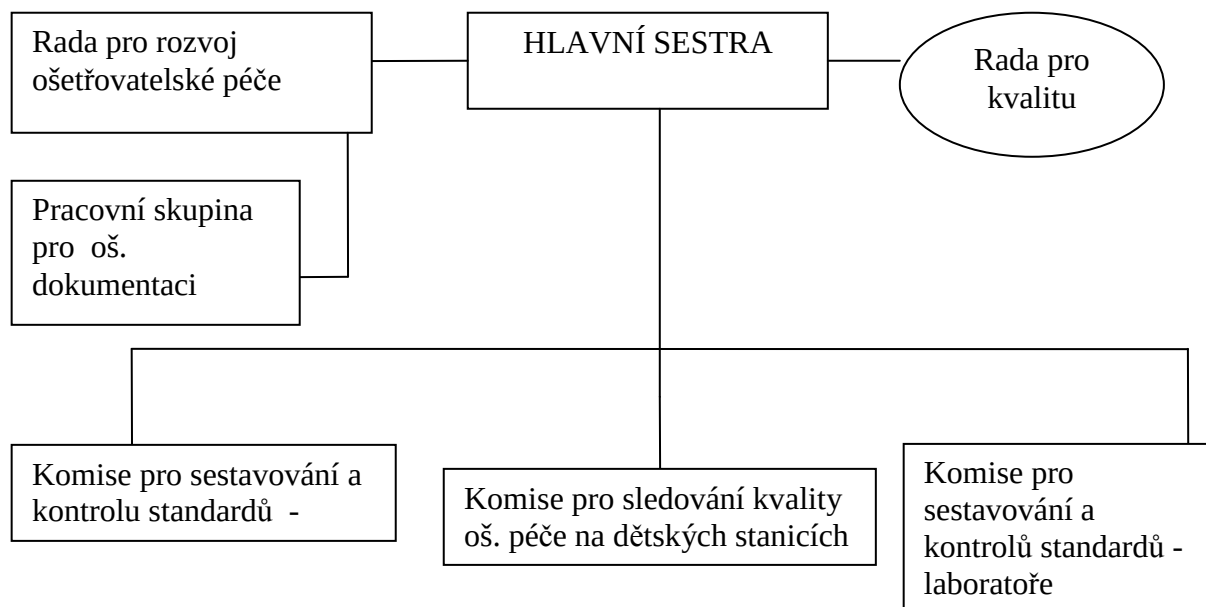
Příloha 4 - Schéma organizační struktury nemocnice



Převzato z: BRABCOVÁ, I. *Management zdravotnických a ošetrovatelských služeb.*

České Budějovice : ZSF JČU, 2005. Dostupné z e-mail: brabcova@zsf.jcu.cz

Příloha 5 - Organizační struktura pro řízení kvality ošetrovatelské péče



Převzato z: BRABCOVÁ, I. *Management zdravotnických a ošetrovatelských služeb*.
České Budějovice : ZSF JČU, 2005. Dostupné z e-mail: brabcova@zsf.jcu.cz