

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

Požadavky top managementu na změny v ošetrovatelské péči

Diplomová práce

Vedoucí práce:

PhDr. Marie Trešlová, PhD.

Autor:

Kateřina Příbylová

2009

Abstract

At present, nursing care has been experiencing a great progress. Implementation of the nursing process as a working method has been striven for. The educational system for non-medical workers has been changing. Nurses holding top managerial posts should have competence to lead and manage people effectively in the ever changing nursing environment.

To acquire information necessary for achievement of the set goals, a quantitative research was employed. Within the framework of the quantitative research, the questioning method using a questionnaire was selected. The questionnaires concerned were sent to top managers among nurses and doctors working in medical centres all over the Czech Republic.

The thesis had three objectives defined. First, to discover what prerequisites top managers miss to be able to implement the changes concerned in the area of nursing care. Second, to discover top managers' opinions on the system of nursing care provision. Third, to identify differences between requirements for the nursing process method on the part of top managers – nurses and top managers – doctors.

Based on these objectives, four hypotheses were formulated. The hypothesis no. I: The current situation does not allow top managers operating in health service to implement changes in nursing care in practice. This hypothesis has been confirmed. The hypothesis no. 2: Top managers do not require group nursing care as a prerequisite for the implementation of nursing care changes. This hypothesis has not been confirmed. The hypothesis no. III: Representatives of nurses in managerial posts promote the nursing process application as a prerequisite for changes concerning nursing care. This hypothesis has been confirmed. The hypothesis no. IV: Representatives of medicine doctors in managerial posts do not promote the nursing process application as a method of nurses' work. This hypothesis has not been confirmed.

As far as the results of this diploma thesis are concerned, we were trying to outline possible solutions of the issues concerning changes in nursing care. Top managers are recommended to stimulate critical thinking in their employees in the course of work in the nursing process. It is beneficial to improve communication on the managerial level in hospitals, and in addition, to obtain feedback from subordinates with respect to continuing education, to identify effectiveness and needs relating to education on the part of employees and to enable them to participate in the process of the respective changes implementation. To train function nurses in such changes management. To implement a programme aiming at continual quality improvement.

Prohlášení:

Čestně prohlašuji, že jsem diplomovou práci s názvem „Požadavky top managementu na změny v ošetrovatelské péči“ vypracovala samostatně a použila při její realizaci pramenů, které jsou uvedeny v seznamu literatury.

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

V Českých Budějovicích dne:

Kateřina Příbylová

Poděkování:

Chtěla bych poděkovat PhDr. Marii Trešlové, PhD. za její laskavé vedení a cenné rady při zpracování této diplomové práce.

Obsah

Úvod - 3 -

| | | |
|------------|--|-------------|
| 1 | Současný stav..... | 4 - |
| 1.1 | <i>Současné ošetrovatelství</i> | 4 - |
| 1.1.1 | Cíle ošetrovatelství | 5 - |
| 1.1.2 | Regulace ošetrovatelské profese | 5 - |
| 1.1.3 | Role sester ve zdravotnictví | 10 - |
| 1.2 | <i>Kontinuální zvyšování kvality – program KZK</i>..... | 13 - |
| 1.3 | <i>Management v ošetrovatelství</i>..... | 15 - |
| 1.3.1 | Definice managementu | 15 - |
| 1.3.2 | Manažer v ošetrovatelství | 17 - |
| 1.3.3 | Náplň práce top manažera v ošetrovatelství | 18 - |
| 1.4 | <i>Změny v ošetrovatelství</i>..... | 20 - |
| 1.4.1 | Všeobecná charakteristika změny | 20 - |
| 1.4.2 | Proces zavádění změny | 20 - |
| 1.5 | <i>Motivace v pracovním prostředí</i> | 23 - |
| 1.6 | <i>Systémy poskytování ošetrovatelské péče</i> | 24 - |
| 1.7 | <i>Ošetrovatelský proces</i>..... | 27 - |
| 1.7.1 | Ošetrovatelský proces jako metoda práce..... | 27 - |
| 1.7.2 | Fáze ošetrovatelského procesu..... | 28 - |
| 2 | Cíle práce a hypotézy | 30 - |
| 2.1 | <i>Cíle práce</i>..... | 30 - |
| 2.2 | <i>Hypotézy</i> | 30 - |
| 3 | Metodika | 31 - |
| 3.1 | <i>Metodika práce</i>..... | 31 - |

| | | |
|-----|---|--------|
| 3.2 | <i>Charakteristika zkoumaných souborů</i> | - 32 - |
| 4 | Výsledky | - 33 - |
| 4.1 | <i>Soubor respondentů - hlavní sestry</i> | - 33 - |
| 4.2 | <i>Soubor respondentů - lékaři - manažeři</i> | 64 |
| 5 | Diskuse | 80 |
| 6 | Závěr | 97 |
| 7 | Seznam použitých zdrojů | 99 |
| 8 | Klíčová slova | 105 |
| 9 | Přílohy | 106 |

Úvod

V dnešní době se zdravotnictví podrobuje výrazným změnám. Je to období transformace systému zdravotní péče a dochází k mnoha sporům, jak ze strany zdravotnických pracovníků, manažerů, finančních expertů a zákonodárců, tak i ze strany běžné populace využívající stávající systém zdravotní péče. Velký posun vpřed zaznamenává také měnící se ošetrovatelská péče, kde pacient již není jejím pasivním příjemcem, ale stává se jejím aktivním účastníkem. Ekonomičnost a kvalita péče tak jdou ruku v ruce a záleží na nově zavedených změnách, které pomohou tuto nelehkou úlohu splnit. Sestry jsou ve zdravotnictví největší profesní skupinou a mají na celý systém zdravotnictví a obzvlášť na oblast ošetrovatelství významný vliv. Proto se z jejich řad musí rekrutovat profesionálky, které budou připraveny přebrat vedení a rozhodování v ošetrovatelské péči a spolupodílet se na vytvoření zdravotnického systému, který by zajišťoval dostupnost, kvalitu a služby za výhodnou cenu. Dnešní ošetrovatelství potřebuje schopné manažery, aby se vypořádali s radikálními změnami, kterými ošetrovatelství a celé zdravotnictví prochází. Sestry zastoupené ve vrcholových manažerských funkcích by měly mít schopnost efektivně vést a řídit lidi ve stále měnícím se prostředí ošetrovatelské péče. Očekávají se od nich kreativní postupy a interpersonální techniky při řešení problémů, vyjednávací schopnosti a dokonalá spolupráce jak s podřízenými, tak i s dalšími vrcholovými managery ve zdravotnictví. Nemělo by se zapomenout, že i přes zavádění nových změn do ošetrovatelské péče se má zachovat charakter holistické péče, která je naplněním filozofického pojetí ošetrovatelství.

Cílem této diplomové práce je zjistit, jaké požadavky na změny v ošetrovatelské péči mají top manažeři z řad zdravotních sester, ale i z řad lékařů, kteří pracují ve zdravotnictví. Zajímavé bude porovnání představ o moderním a kvalitním ošetrovatelství z pohledu nejen sester ve vrcholovém managementu, ale i lékařů, kteří se podílejí na změnách v poskytování ošetrovatelské péče, její kvalitě, dostupnosti a celkovém zvyšování prestiže ošetrovatelství.

1 Současný stav

1.1 *Současné ošetrovatelství*

V současné době dochází k aktuálním změnám ve zdravotnictví. Tyto změny se týkají nejen podmínek získání a uznávání způsobilosti k výkonu povolání, kreditního systému, ale i nových náplní pracovních činností. Dochází k transformaci našeho zdravotnictví a možnosti získávat i nové informace o postavení ošetrovatelské péče ve světě. To sebou přináší i nové pojetí ošetrovatelství u nás (24, 25).

Ošetrovatelství je neustále vyvíjecím se vědním oborem podléhající reformujícímu se zdravotnictví v České republice. Spolu s poznatky medicínskými se i ošetrovatelství vyvíjí a snaží se najít cestu k novým, efektivnějším a úspěšnějším postupům. Ošetrovatelská péče tvoří pilíř, o který se opírá celková úroveň péče v každé nemocnici. Sestry jsou postaveny před změny, na které je nutné reagovat a naučit se takové změny řešit, přizpůsobovat se jim a další změny propagovat. K tomu jim dopomáhají nové znalosti a dovednosti získané celoživotním vzděláváním a zkušenostmi získanými prací v oboru, ale i zkušenostmi a znalostmi ze života osobního (25, 34).

Moderním trendem ošetrovatelství je poskytování péče v multidisciplinárním týmu a proto je třeba zajistit kvalitní ošetrovatelskou péči, kterou bude zajišťovat personál s různou úrovní dosažené kvalifikace. Kompetence těchto pracovníků jsou vymezeny dle stupně vzdělání a specializace.

Současná koncepce ošetrovatelství klade důraz na náročnější a samostatnější práci sester a dalšího ošetrovatelského personálu. Vyžaduje kvalitní vedení zdravotnických organizací a kontrolu jejich činnosti. Koncepce respektuje doporučení Organizace spojených národů, Světové zdravotnické organizace a směrnic Evropské unie (31, 35).

1.1.1 Cíle ošetrovatelství

Ošetrovatelství je vědním oborem zaměřeným na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických a sociálních potřeb nemocného i zdravého člověka v péči o jeho zdraví. Dle platné koncepce jsou hlavními cíli ošetrovatelství podpora a upevňování zdraví, podílení se na navrácení zdraví, zmírňování utrpení nemocného člověka, zajištění klidného umírání a důstojné smrti (20, 31).

Péče je poskytována individualizovaně prostřednictvím ošetrovatelského procesu jako pracovní metody. Opírá se o vědecké poznatky podložené výzkumem. Samozřejmostí v dnešní době je holistický přístup k nemocnému, při kterém je na člověka pohlíženo jako na celek a nejen jako na lékařskou diagnózu. Při dosahování cílů je zapotřebí úzké spolupráce ošetrovatelského personálu s klienty, lékaři a dalšími zdravotnickými pracovníky. K dosažení těchto cílů je nezbytné sledovat indikátory kvality ošetrovatelské péče, pravidelně kontrolovat a vyhodnocovat kvalitu ošetrovatelské péče a vytvořit tým manažerek kvality ošetrovatelské péče. Je zapotřebí zlepšit ošetrovatelskou dokumentaci, zdokonalovat ošetrovatelský proces a podpořit zavedení skupinové péče. S plněním stanovených cílů souvisí také sledování spokojenosti zaměstnanců a v neposlední řadě zajištění a podpora personálu ve vzdělávání. Ošetrovatelství je náročná profese a musí být vykonávaná pouze osobami, které jsou schopny plnit náročná kritéria. Ty jsou vymezeny zákonnými normami, které jsou důležitým prvkem v regulaci ošetrovatelské profese (7, 20, 24, 31).

1.1.2 Regulace ošetrovatelské profese

Regulace ošetrovatelské profese se dá definovat jako vymezení určitého rámce, ve kterém je zahrnuto vzdělávání, ošetrovatelská praxe, etické a pracovní standardy. Jejím záměrem je zabezpečení správné ošetrovatelské péče (charakter a rozsah všeobecné a specializované praxe), ochrana veřejnosti, podpora rozvoje profese, dosažení odpovědnosti a odpovídajícího postavení sester včetně jejich ekonomického zabezpečení. Pro dosažení regulace se používají vládní, profesní a soukromé legitimní nástroje, jejichž prostřednictvím je do profese zaváděn řád, důslednost, identita

a kontrola. Regulačními procesy se ustanovují standardy profesního vzdělávání, profesní způsobilosti a profesní chování (11, 13, 25).

V České republice je institucí, která má specifickou regulační funkci Ministerstvo zdravotnictví ČR, odbor vzdělávání a vědy. Lze jej souhrnně nazvat jako regulační orgán. Na spolupráci s odborem se blíže podílí NCONZO Brno, který pro zákonné normy vytváří podklady za účelem regulace nelékařských zdravotnických povolání, dále realizuje celoživotní vzdělávání a provádí jeho kontrolu (11).

V ošetrovatelství a způsobu vzdělávání došlo v 90. letech k rychlému rozvoji. Tento rozvoj byl rychlejší než reakce změn v legislativě. Nebyla pevně zakotvena pravidla při otevírání nových studijních oborů pro sestry a dalších nelékařských oborů. Docházelo ke změnám ve středním školství a vznikaly nové vyšší zdravotnické školy, bez jakýchkoliv právních předpisů. Často se praxe rozcházela s právními úpravami. Skutečnost, že většina zdravotnických oborů nebyla vymezena ve zdravotnické legislativě, přinášela s sebou mnohé komplikace nejen pro zdravotnická zařízení, ale i pro samotné studenty (32).

Regulaci profese můžeme považovat jako vnesení určitého řádu a systému do stěžejních oblastí oboru. Definiuje označení odbornosti, uznávání kvalifikací a vzdělávání, které vede k získání odbornosti. Určuje rozsah činností a pravomocí. Zabývá se etickými zásadami apod.. V roce 1992 stanovila Mezinárodní rada sester dvanáct principů týkajících se regulace ošetrovatelské profese, jsou jimi: *účelovost, důležitost, definice rozsahu odborné práce a odpovědnosti, rovnováha zastoupených zájmů, optimálnost, flexibilita, efektivita, univerzálnost, spravedlnost, rovnost a kompatibilita profesí*. Jelikož tyto principy jsou požadovány od sestry v moderním ošetrovatelství, bylo s jejich stanovením naléhavé změnit způsob vzdělávání. Na regulaci zdravotnických profesí se také podílí Evropská unie. Ta vypracovává směrnice týkající se vzdělávání, označení profesí a tituly. Další dokumenty pro vytváření vnitřních právních norem pro ČR jsou oborové směrnice platné pro celou Evropskou unii. Jedná se o minimální profesní standardy určující povahu udělení, minimální obsah a dobu trvání výchovně-vzdělávacího programu a poskytují získání kvalifikace vzájemně uznávané všemi členskými státy (13,25, 32).

Účelem regulace je zajištění kvalitní ošetrovatelské péče a ochrana veřejnosti, podpora rozvoje profese, dosažení odpovědnosti a odpovídajícího statutu sester. Z tohoto důvodu je potřebné vytvořit právní předpisy a definovat profesi a její členy. Dále je nezbytné určit rozsah působnosti sestry při poskytování primární, sekundární a terciální péče a vymezení kompetencí a vzdělávacích standardů (požadavky pro přijetí, kvalifikace učitelů, učební osnovy, celoživotní vzdělávání). Je potřebné stanovit etické standardy a standardy profesní způsobilosti (morální principy ve vztahu k pacientům, standardy ošetrovatelské praxe) a vypracovat mechanismus disciplinárního řízení (např. řešení zanedbání péče, poskytnutí nekvalitní péče) (25, 32).

V praxi jsou popisovány dva typy regulace profese. Prvním typem je regulace vnitřní tzv. seberegulace, kdy si sestry svojí profesi řídí samy. Děje se tak na úrovni jednotlivých sester nebo na úrovni institucí a organizací. Tato regulace zajišťuje kvalitu péče, podílí se na rozvoji teorie ošetrovatelství a zavádění nových poznatků do praxe. Druhým typem je regulace statutární tzv. vnější, neboli vládní. Nejdůležitější úlohou vnější regulace je tvorba legislativy. Je nezbytné, aby statutární regulace byla v souladu s globálním programem „Zdraví pro všechny“ a podporovala sestry, aby reagovaly na potřeby veřejnosti při poskytování služeb v ošetrovatelství. Zákony jsou uplatňovány několika způsoby. Příkladem je vznik ošetrovatelských rad, výborů nebo komisí či odborem ošetrovatelství ministerstva zdravotnictví. Nejlepší variantou při uplatňování dané legislativy je založení statutárního regulačního orgánu vedeného sestrou. Mezi základní úkoly takového orgánu patří definování ošetrovatelské praxe, vytvoření pravidel a nařízení jak je uvádět v platnost, řízení pomocí registrace a udělování licencí, schvalování škol, udržování a řízení registračních a licenčních zkoušek, stanovení norem pro vzdělání a praxi, odpovědnost za vzdělávací programy, profesní příprava sester a akreditace vzdělávacích programů. Do procesu regulace sesterské profese by měly být zapojeny všechny zúčastněné strany z řad veřejnosti, sester, zaměstnavatelů i politických představitelů. Významnou roli v regulaci ošetrovatelské profese mají samotné sestry. Ty pracují dle stanovených norem, snaží se profesně zdokonalovat ve své profesi a zvyšovat si jak kvalifikaci tak kompetence. Důležitým faktorem regulačního procesu jsou také vláda pověřená uzákoněním právních norem a profesní

organizace, které aktivně hájí a reprezentují zájmy profese a jsou účastny při tvorbě zákonů. Neméně podstatnou skupinu tvoří zaměstnavatelé, kteří vytvářejí vlastní požadavky na příjem pracovníků, na standardy organizace a programy zajišťující kvalitu poskytované péče (25, 32).

Po vstupu ČR do Evropské unie byla přijata celá řada opatření. Mezi požadavky Evropské unie bylo vypracování právních předpisů řešících již uvedené oblasti. Jedná se o Koncepci ošetřovatelství - Věstník ministerstva zdravotnictví ČR 9/2004. Ta slouží jako metodické opatření k zajištění jednotného postupu při poskytování služeb v ošetřovatelské péči v celém zdravotnickém systému. Současná Koncepce ošetřovatelství je v pořadí již druhá a vychází z Koncepce ošetřovatelství České republiky z roku 1998. Jejím úkolem je zajistit jednotný postup při poskytování ošetřovatelské péče. Definiuje ošetřovatelství jako samostatnou vědní disciplínu zaměřenou na aktivní vyhledávání a uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb každého člověka v péči o jeho zdraví. Popisuje cíle ošetřovatelství a jeho charakteristické znaky. Klade důraz na zvyšující se náročnost, samostatnost a pracovní odpovědnost na ošetřovatelský personál. Zasazuje se o přijetí ošetřovatelského procesu jako základní pracovní metody, která je podpořena řádně vedenou zdravotnickou dokumentací. Podporuje vytváření nových ošetřovatelských standardů. Popisuje vzdělávání zdravotnických pracovníků a jejich kompetencí. Dále se zabývá hodnocením kvality ošetřovatelské péče, jelikož kvalitní ošetřovatelská péče je základním cílem současného ošetřovatelství. Zaměřuje se ošetřovatelský výzkum, neboť poznatky získané výzkumem ovlivňují ošetřovatelskou praxi napříč celým jejím spektrem (31, 32).

Dalším právním předpisem je Zákon ministerstva zdravotnictví ČR č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních, který upravuje podmínky pro získávání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče. Zákon upravuje jednotlivá povolání, názvy jejich odbornosti, způsob jakým je dosahováno vzdělání a spolu s prováděcím předpisem vymezuje jejich činnosti. Dále reguluje i obory specializačního vzdělávání. Poskytuje flexibilní doplňování nejdůležitějších kompetencí v rámci certifikovaných kursů, jejichž obory nejsou předem definovány a odvíjejí se tedy pouze od potřeb praxe. Zákonem je

stanoven registr zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Jeho vedením je pověřené Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických povolání se sídlem v Brně, které spadá pod Ministerstvo zdravotnictví. Cílem registru je celoživotní vzdělávání, při kterém si pracovníci zvyšují a prohlubují vědomosti a dovednost a tím zvyšují kvalitu poskytované ošetrovatelské péče (31,45).

Vyhláška ministerstva zdravotnictví ČR 423/2004 Sb. stanovuje kreditní systém, jehož podstatou je hodnocení různých forem celoživotního vzdělávání. Jsou jimi studium navazujících vysokoškolských studijních programů, účast na kurzech, školících akcích, odborných stážích, odborných konferencích a kongresech nebo symposiích. Dalším možným způsobem celoživotního vzdělávání je publikační činnost či pedagogická praxe a vědecko výzkumná činnost. K těmto různým činnostem se přiřazuje určitý počet kreditů, které jsou potřebné pro získání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu (29, 31, 44).

Vyhláška ministerstva zdravotnictví ČR 424/2004 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Nařízení vlády 463/2004 Sb., kterým se stanoví obory specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí a Vyhláška ministerstva zdravotnictví ČR 39/2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání (31, 46).

Všechny uvedené dokumenty z oblasti regulace ošetrovatelské profese jsou důležité, protože poskytují flexibilitu ošetrovatelskému personálu a zároveň slouží jako směrnice pro vykonávanou praxi. Umožňují tak sestřám přijmout nové role. Dávají jim kompetence tyto role prosazovat a zároveň je chránit před obviněním, že svou činností překračují zákon (15,32).

1.1.3 Role sester ve zdravotnictví

„Role je očekávané chování jedince, které souvisí s jeho určitým postavením ve společnosti (7, s.180).“ Role neznamena jen to, jak se určitý jedinec chová, ale i jeho prožitky propojené s emocemi a postoji. Jsou v ní také zahrnuty vlastnosti a žebříček hodnot jedince. Role sester se už od dávné minulosti měnila a neustále se mění. Tak jako každá profese tak i sesterská má určité místo a postavení ve společnosti. Sesterská profese má svůj bohatý historický vývoj a poslední dobou prochází výraznými změnami. Od poskytování ošetrovatelské péče na úrovni charitativní pomoci a zajištění nejnnutnější péče se do dnešní doby povolání sester v mnohém změnilo. Sestra již není považována jen za pomocnou ruku lékaře a její hlavní role nejsou spojovány jen ve spojitosti s jednotlivými úkony jako aplikace injekcí, měření teploty, podávání léků a dalších technických činností. „Současné změny ve zdravotnictví ovlivňují roli sester. Podobně má ošetrovatelství reálnou příležitost pomoci přebudovat systém poskytování zdravotní péče. K tomu, aby bylo možné formulovat rámec, ve kterém se budou správně využívat role sestry, je zapotřebí mít dovednosti vést a řídit lidi (8, s. 21).“ Sestry nezastávají pouze jednu jedinou roli. Na role sester působí změny ve společnosti, nové změny v technologiích, styl či systém poskytování zdravotní péče, nové poznatky z výzkumů, zdravotní stav a životní styl obyvatelstva. Tyto změny se promítají do ošetrovatelské profese a sestry na ně musí reagovat. Jsou kladeny vyšší nároky jak na vzdělávání, tak i na ošetrovatelskou praxi. Po roce 1989 vznikly nové bakalářské i magisterské studijní obory pro sestry. Od té doby nejsou vysokoškolsky vzdělané sestry v nemocnicích v současnosti výjimkou. Vzdělanost sester není však jen v dosažení vysokoškolského vzdělání. Dnešní moderní sestra je schopna dorozumět se cizími jazyky, nechybí jí kulturní rozhled a neustále studuje nové poznatky ve své profesi. Zájem o vlastní obor je hlavním motivem k celoživotnímu vzdělávání (7, 8).

Se změnami rolí také souvisí, jakou image má profese sestry. V českém ošetrovatelství je potřebné zavedení radikálních změn. Sestry se staly rovnocennými partnerkami ve zdravotnických týmech a o svou image musí bojovat, ale také si jí zasloužit. Existuje více pohledů na role sester. Sestry pracují na různých pracovištích

v různých pozicích, a proto jsou také různě vnímány. Jinak vidí roli sestry klient, jinak ředitel nemocnice či samotná sestra S odlišnými představami přicházejí i studenti ošetrovatelských škol. Image povolání sestry se mění v čase i se změnami v kultuře. V dnešní době však stále existují odlišné pohledy na povolání sester. Jedním z nich je obraz obětavé ženy plné soucitu, která dává sama sebe. Jiným zase obraz ženy profesionálky, která ovládá techniku, řídí se rozumem a fakty. Setkáváme se s tím, že většina sester se nachází někde mezi těmito představami. Image ošetrovatelství je ovlivněno z velké míry sdělovacími prostředky. Dodnes se v České republice objevuje v mediích sestra jako „holka pro všechno“, která slouží klientům a lékařům, od kterých přijímá a plní ordinace a úkoly bez možnosti spolurozhodování. Často je v mediích prezentována představa sestry jako „sexuálního objektu“. Tyto představy jsou daleko od image sestry intelektuálky a profesionálky. Dnes se klade důraz na to, aby sestra profesionálka byla vyvíjející se, vzdělanou a sebevědomou osobou, která se snaží o poskytování co nejvyšší možné kvality ošetrovatelské péče. Měla by se stát plnohodnotným a rovnocenným členem multidisciplinárního týmu podílejícího se na léčbě klientů a neměla by být pouze pomocnicí lékařů. Sestry v České republice si zaslouží lepší ohodnocení a mají mít právo rozhodovat o své profesi samy za sebe a mít vyšší postavení jak ve společnosti tak v zaměstnání (17, 38).

Role sester lze rozdělit podle činností, které vykonávají v praxi. Jsou rozděleny pro přehlednost, ale nevyklučuje se jejich vzájemné působení a prolínání se při poskytování ošetrovatelské péče. Jejich plnění směřuje ke zlepšování zdravotního stavu jednotlivců a rodin, zvyšování efektivity zdravotní péče a úrovně osobní spokojenosti v zaměstnání (20).

Sestra ošetrovatelka. V roli ošetrovatelky – poskytovatelky ošetrovatelské péče se zaměřuje na uspokojování lidských potřeb. Vidí člověka jako holistickou bytost a snaží se chránit jeho důstojnost. Role ošetrovatelky se dá těžce definovat. Mluví se o ní jako o roli lidských vztahů. Benner a Wrubel uvádějí, že upřímný zájem je základ ošetrovatelské praxe. „Ošetrovatelství nelze zredukovat jen na techniku a vědecké poznatky, neboť humor hněv, náklonnost, podávání léků a dokonce i vyučování

pacienta mají jiné účinky v prostředí upřímného zájmu než v chladném neosobním prostředí (20, s.28).“

Sestra edukátorka. Edukační role sestry je zaměřená na proces, jehož cílem bývá změna jednání jedince nebo skupiny. K tomuto cíli je nezbytné postupně jedince připravit na podkladě poskytnutí nových poznatku a zručností. Proces výuky tvoří čtyři složky. Patří sem *posuzování, plánování, realizace a hodnocení* podobně jako při ošetrovatelském procesu. Ve fázi posuzování se sestra snaží nalézt klientovi učební potřeby či neznalosti. Následně naplánuje učební cíle a volí učební postupy. V současnosti se klade větší důraz na prevenci a uchování zdraví než na samotnou léčbu. Tendencí se stává zkracování pobytu klientů v nemocnicích a tak je nutné klienty připravit na rekonvalescenci v domácím prostředí. Sestra má za úkol klienty motivovat a přesvědčit je, že změny v jejich chování a způsobu životního stylu jsou v jejich prospěch. Každý klient a popřípadě i jeho rodina by měli mít informace o nemoci, kterou klient trpí a znát postupy používané při její léčbě. Neméně důležité je, aby věděli jak se před nemocemi chránit (20).

Sestra obhájkyň. Obhajuje zájmy klienta a tlumočí mu jeho práva. Ubezpečuje se, že má klient všechny potřebné informace ke správnému rozhodování a jedná v jeho prospěch. Reprezentuje jeho práva a předává ostatním členům multidisciplinárního týmu jeho názory a požadavky. Sestra projevuje zájem a celkovou situaci klienta, rozpoznává a hodnotí, co klient skutečně potřebuje. Uvědomuje si, že každý má nárok na uplatňování svých názorů a podle toho také s klientem jedná (17, 20).

Sestra nositelka změn. Ošetrovatelství není stagnující profesí. Jelikož jsou sestry jedním z paradigmat ošetrovatelství je třeba, aby neustále svou profesi popoháněly dopředu a přinášely nové změny, které zvyšují kvalitu jimi poskytované ošetrovatelské péče. Jednou z podstatných vlastností sestry je být dobrou komunikátorkou a umět se dobře pohybovat v interpersonálních vztazích. Sestry si umí získat důvěru spolupracovníků. Dokáží ovlivnit ty, kteří chtějí něčeho dosáhnout. Ke své práci jsou sebekritické už i kvůli tomu, aby se vyhnuly zklamání při odmítnutí. Jsou si vědomy určitých rizik, které změna přináší. Věří, že zavedené změny budou účinné. Nositelky

změn mají široké znalosti o ošetrovatelství a používají nové poznatky z výzkumů (17, 20).

Sestra výzkumnice. Jelikož je ošetrovatelství vědním oborem, je výzkum pro sestry nevyhnutelnou povinností. V současnosti sestry získávají vysokoškolské vzdělání a jsou schopné ve své profesi realizovat výzkumy, které jsou nutné k rozvoji ošetrovatelství.

Jak uvádějí další autoři, existují a jsou popisovány i další role, které sestry vykonávají. Jsou jimi například, *sestra vedoucí, sestra manažerka, sestra zprostředkovatelka, sestra poradkyně* a jiné (20). Pro potřeby této diplomové práce jsem však uvedla hlavně ty, kterými se budu i nadále věnovat. Důležité je, jakým způsobem se sestry těchto rolí chopí a jakým způsobem je budou nadále v praxi realizovat a rozvíjet. Sestry musí umět chránit, udržovat, navracet a podporovat zdraví osob a skupin, jejich autonomii, soběstačnost v oblasti tělesných a psychických životních funkcí s ohledem na individualitu postižených osob. Jsou schopné zavádět a realizovat opatření pro zlepšení zdraví a zabránění vzniku nemoci. Přebírají odpovědnost za vlastní ošetrovatelskou činnost, vzájemně spolupracují při ošetrování. Informují a vedou klienty, studenty a kolegy. Sledují výzkumné a vývojové práce, spolupracují na nich a umějí je využívat. Sestry jsou odpovědné za své celoživotní vzdělávání, které vede k naplňování těchto rolí (4).

1.2 Kontinuální zvyšování kvality – program KZK

„Program KZK je zaměřený na kontinuální zvyšování kvality, nikoliv na dosažení neměnných, pevně stanovených cílů (38, s. 18).“ V současnosti se velký počet zdravotnických zařízení snaží o zvyšování kvality poskytované péče o pacienty. Mezi důvody, aby bylo dosaženo zkvalitnění péče, patří plnění požadavků akreditačních standardů, větší spojenost pacientů s poskytovanou péčí, rovněž zvyšující se kvalita péče o pacienty poskytovaná konkurencí. Je také důležité dbát na pověst zdravotnického zařízení, přijímání kvalifikovaného a odborně vzdělaného personálu, jeho snaha dělat správné věci správně. Bohužel na kontinuální zvyšování kvality má špatný vliv mnoho

faktorů, jako je špatná ekonomická situace mnohých nemocnic, neustálé řešení problémů s pojišťovnami, nedostatek kvalifikovaného personálu a jeho spokojenost s platovými podmínkami. Na kvalitu se nelze dívat jako na jednostranný pojem, jelikož kvalita v sobě zahrnuje čtyři základní kritéria, které jsou její součástí a podle, kterých se může kvalita hodnotit. Mezi tyto kritéria patří *kvalita produktu*, do níž můžeme zařadit RTG snímky, jídlo, prádlo, léky či dokumentaci. *Kvalita poskytovaných služeb* jako jsou rehabilitace, diagnostika, ošetrovatelská a lékařská péče, chování zaměstnanců. Dalším kritériem je *kvalifikace zaměstnanců a prostředí*, jehož součástí jsou budovy, osvětlení, hluk, parková úprava, nábytek, či pracovní prostředí (38).

Kvalitu lze jen těžko přesně definovat. Není pouze souborem metod, technik a pracovních postupů. Úzce souvisí s organizační kulturou. Současné také závisí na faktorech, mezi které můžeme zařadit hodnoty, chování a postoje zaměstnanců. Jak popisují manželé Škrlovi kvalita má jedenáct základních dimenzí. Mezi ně patří *bezpečnost*, kdy je důležité zamezit rizikům, jak se strany poskytovaných zákroků a péče tak ze strany nemocničního prostředí. *Kompetence* - personál musí být ke všem svým činnostem plně kompetentní a jím vykonávané činnosti nejsou v rozporu z kompetencemi uloženými právními předpisy. *Přijatelnost* - poskytovaná péče a služby jsou přijatelné a odpovídající požadavkům, které na ní kladou jak zákazníci tak její plátcí. *Efektivnost* - všechny konané činnosti jsou dělány efektivně za splněním očekávaných výsledků. *Vhodnost* - péče a služby jsou vhodné a jsou založeny na potřebách pacientů a uznávaných standardech. *Ekonomičnost* - cíl je dosaženo tím nejekonomičtějším způsobem. *Dostupnost* - pacient má možnost získat potřebné služby na správném místě, požadovaným odborníkem a také v pravý čas. *Kontinuita* - péče je poskytována kontinuálně a návazně. Hovoří se o takzvané „bezešvé péči“. *Včasnost* - důležité je poskytnout péči v ten pravý okamžik, kdy je pro pacienta nejprospěšnější. *Přiměřenost* - péče je poskytována na základě současných vědeckých poznatků a odpovídá potřebám pacientů. Důležitými dimenzemi jsou také *úcta a vnímavost*, kdy personál respektuje pacienta ve všech stránkách lidské důstojnosti (38).

Pokud má ve zdravotnickém zařízení dojít k zavedení komplexního managementu kvality, je potřebné, aby se na plnění tohoto záměru spolupodíleli všichni zaměstnanci. O kvalitě sice rozhoduje pacient, ale podmínky pro jeho kladný postoj ke službám musí vznikat ve vnitřním prostředí, které musí projít podstatnou organizační změnou spojenou se změnou stávající firemní kultury (9).

1.3 Management v ošetrovatelství

1.3.1 Definice managementu

Je známo velké množství definic managementu, které jsou si ve svém smyslu velmi podobné. Například Malejčík charakterizuje management jako subjektivní, cílevědomou a uvědomělou lidskou činnost, která vyplývá ze společenské podstaty ekonomických procesů a společenské dělby práce. Murgaš management definuje jednoduše jako dělání věcí prostřednictvím lidí. Od odvození významu anglického výrazu „to manage“, které znamená zvládnout, řídit či vést není daleko k jasné a stručné definici (16, 23, 28).

Za základní funkce managementu jsou považovány plánování, organizování, obsazování pracovních míst, řízení, koordinace a kontrola. Management charakterizuje soustavu principů, metod, technik a postupů používaných manažery, kteří vykonávají svou profesi tak, aby se dosahovalo plnění cílů a plánů podniků či organizací. Kvalitní manažer soustřeďuje své schopnosti a znalosti k tomu, aby správně řídil lidi. Má vědomosti nejen z teorie řízení, ale i z ostatních věd jako je sociologie, psychologie matematika, logika a jiné. Schopný manager umí získávat informace, ověřuje je a umí je využívat v praxi. Koordinuje jednotlivé činnosti osob v souladu s cíli instituce z hlediska obsahu, času a prostoru. Klade zvláštní důraz na tvůrčí činnosti a iniciativu. Stěžejním cílem managementu je spokojený klient a dlouhodobě prosperující organizace. Mezi významné rysy managementu se řadí samostatnost, tvůrčí iniciativa, práce s lidmi, odpovědnost, předvídání, odbornosti, racionalita a zájem o dobré výsledky (22, 24).

Je téměř nemožné, abychom poskytovali kvalitní ošetrovatelskou péči bez znalosti teorie managementu. Proto management v ošetrovatelství stále více začíná vystupovat do popředí a řadí se mezi nejdůležitější složky v systému poskytování ošetrovatelské péče. Charakterizujeme jej jako soubor ověřených postupů, zkušeností a metod, které používají sestry manažerky ošetrovatelství pro zvládnutí činností, potřebných k vytvoření optimálních podmínek pro poskytování kvalitních ošetrovatelských služeb (16, 17).

Rozvoj moderního managementu ovlivňuje mnoho faktorů. Jedním z nich je nedostatek pravomocí sester manažerek, který bohužel přísluší vždy rovnocenné postavení v úloze řízení. Určitou úlohu zde sehrává také postavení žen, které jsou zastoupeny v managementu ošetrovatelství v dominantním počtu. Donedávna byly podřízené lékařům a novým rolím v souvislosti s vykonáváním manažerských funkcí se teprve učí. Vykonávají řídicí funkce, ale bohužel v našich podmínkách, nejsou dostatečně platově ohodnoceny, schází jim dobré pracovní podmínky a často jsou jejich návrhy na změny v rozvoji ošetrovatelství přijímané s nedůvěrou a obavami. Dalším faktorem, který rozvoj ošetrovatelského managementu ovlivňuje je dominantní postavení medicíny a ekonomika, týkající se hlavně vykazování ošetrovatelské péče pojišťovněm. Jedním z problémů se stává i motivace a nedostatek sester, který je zajisté ovlivněn i změnami v systému vzdělávání. Za ovlivňující faktory můžeme také považovat i vědu a výzkum, jejichž úkolem je dokázat potřebu účinného řízení tam, kde je to nezbytné. Informační systém jehož široké použití je potřebné pro vedení finančních záznamů. V dlouhodobém plánování je častým problémem se kterým se sestry setkávají při práci setkávají. Stává se nezbytnou součástí jejich každodenní práce. Jedním z faktorů je i demografický profil společnosti, ve které poskytujeme ošetrovatelskou péči. Na rozvoji moderního managementu ošetrovatelství se podílí také vzdělávání, které prochází transformací. Jeho hlavní úlohu přebírají od středních zdravotnických škol vysoké školy, které nabízejí vzdělání v souladu s požadavky Evropské unie a poskytují nově i vzdělání manažerům v ošetrovatelství (16, 17).

1.3.2 *Manažer v ošetrovatelství*

Od manažerů v ošetrovatelství se očekává vyhraněnější etický přístup. Zdravotnické odvětví je daleko více a ostřeji sledováno veřejností, proto jsou na tyto manažery kladeny větší nároky oproti jiným odvětvím. Manažeri zdravotnických organizací ručí za objem a kvalitu zdravotnických služeb, náklady při poskytování služeb a jejich efektivní využití. Jsou odpovědni za výsledky a výstupy organizace, jejich vývoj a trend, vnitřní stabilitu organizace a postavení organizace ve vztahu k okolnímu prostředí (19). Vztahy mezi sestrami a jejich ošetrovatelským managementem nepochybně výrazně ovlivňují kvalitu pracovních i mezilidských vztahů na pracovišti a významnou měrou přispívají k vytváření konstruktivní pracovní atmosféry (17).

Sestra - manažerka je jednou z rolí, která s sebou nese širokou škálu schopností, dovedností a předpokladů. Jde o osobu, která je zodpovědná za plánování, tvorbu a dosahování cílů organizace. Na rozdíl od manažerů z ostatních odvětví má i četné zkušenosti a znalosti z klinické praxe. Její náplní práce je plánování, organizování a řízení té části organizace, za kterou je odpovědná. Sestra manažerka komunikuje s ostatními sestrami různých úrovní a šíří teoretické i praktické vědomosti. Osobní předpoklady dobrého manažera jsou spolehlivost, odpovědnost, ochota se vzdělávat, tvořivost, ochota přijímat nové informace a otevřenost. Správný manažer umí komunikovat a orientovat se v sociálních situacích, budovat pozitivní pracovní vztahy a spolupracovat s ostatními složkami organizace. Jednou z velice významných schopností manažera je připravenost na změny. Jako každý člověk potřebuje pro výkon své profese osobnostní předpoklady. K těm patří interpersonální schopnosti zahrnující umění naslouchat, být otevřený a tolerantní vůči ostatním názorům, které nezastává. Sestry manažerky ovládají komunikaci, dokáží interpretovat a objasňovat informace. Efektivně podporují vztahy na pracovišti i v celé organizaci a zachovávají si sebeúctu u ostatních pracovníků. Tyto schopnosti jim pomáhají například při tvorbě dobrých pracovních vztahů v organizaci, při vedení porad či řešení konfliktů a stížností, nebo při přijímání nových zaměstnanců do organizace. Odborné schopnosti umožňují sestře

manažerce vykonávat specializované aktivity, rozpoznávat problémy a zároveň je řešit. Napomáhají také efektivnímu plánování, rozmístění finančních prostředků a kontrole činností. Jde zejména o schopnost analyzovat a identifikovat problémy, předpovídat výsledky, či uplatňovat logiku. Specifickou schopností sestry manažerky je schopnost koncepční, která se uplatňuje hlavně při vyjednávací a zprostředkovatelské činnosti práce manažera a umožňuje vnímat souvislosti mezi jednotlivými částmi organizace. Koncepční schopnosti jsou také základem změny v řízení ošetrovatelské péče (16, 21, 22).

Mezi základní úlohy, které manažer v ošetrovatelství vykonává, patří plnění cílů organizace, udržování co nejvyšší možné kvality ošetrovatelské péče, za co nejméně vynaložené finanční prostředky. Manažer podporuje a zvyšuje motivaci jak zaměstnanců, tak i klientů. Zavádí změny do ošetrovatelské péče a učí podřízené tyto změny přijímat. Manažer podporuje vzájemnou spolupráci a posiluje mezilidské vztahy a dbá na profesní rozvoj personálu (8).

1.3.3 Náplň práce top manažera v ošetrovatelství

Roli vrcholového manažera v ošetrovatelské péči zastávají hlavní sestry neboli náměstkyně ředitele pro ošetrovatelskou činnost. V současné době je předpokladem, že mají nejen vzdělání ošetrovatelské, ale i manažerskou průpravu. Starají se a jsou zodpovědné za celkovou činnost úseku ošetrovatelské péče ve zdravotnických zařízeních. Jedním z nejdůležitějších úkolů je dlouhodobé strategické plánování cílů organizace, na kterém spolupracuje spolu s ostatními členy vrcholového managementu. Pracují na koncepcích a strategiích ve svém úseku. Svolávají porady vrchních sester a zajišťují přenos informací z porad ředitele a vedení organizace. Dále spolupracují s primáři oddělení a spolupodílí se na mzdové politice v oblasti ošetrovatelské péče. Náplň práce vrcholového manažera se dělí do několika různých okruhů činnosti. Patří mezi ně personální, organizační práce, kontrolní činnost, koordinace vzdělávání personálů a provozní činnosti (22).

Metodicky vede plán zapracování nových zaměstnanců, sleduje plány zapracování absolventů, kontroluje jejich průběh a účastní se závěrečného hodnocení.

Dbá na dodržování etiky zdravotnických pracovníků a řeší stížnosti pacientů a stává se ombudsmanem v oblasti ošetrovatelské péče. V oblasti personálního zabezpečení vytváří přiměřené personální podmínky pro ošetrovatelskou péči. Top manažerka v organizačních a všeobecně odborných otázkách vede, koordinuje a kontroluje práci vrchních sester, vedoucích laborantů a vedoucích asistentů ostatních ošetrovatelských složek. Dohlíží, aby poskytovaná péče byla plynulá, soustavná, dostupná a uplatňovaná metodou ošetrovatelského procesu. V rámci své manažerské činnosti sleduje zejména úroveň péče o nemocné, její komplexnost, čistotu a hygienický režim na oddělení. Odpovídá za koordinaci specifických ošetrovatelských postupů a plánů péče o pacienta. Kontrola nad činností práce ošetrovatelského personálu je zaměřená hlavně na hodnocení kvality poskytované ošetrovatelské péče v organizaci. Manažerka tak může využívat výstupy činnosti od řídicích pracovníků, kteří jsou jí podřízeni. Zužitkovává výsledky programů na hodnocení kvality takzvaných auditů, ale i osobní aktivity, jako jsou kontroly oddělení. Zajišťuje a odpovídá za další vzdělávání v rámci zařízení. Odpovídá za efektivní využívání zdravotnického materiálu a pomůcek. Dbá o rovnoměrné a účelné zabezpečení jednotlivých oddělení a služeb zdravotnickými pracovníky a provádí nutné přesuny z naléhavých provozních důvodů. Jelikož ošetrovatelská péče je charakteristická vysokými náklady, vyžaduje se od top manažerů příprava ošetrovatelského personálu a delegování osobní odpovědnosti za ekonomickou prosperitu organizace. Je naléhavé, aby sestry viděly souvislosti spojené s financováním oddělení. Proto je v dnešní době kladen veliký důraz na řízení nákladů. Manažeři hledají optimální vztahy mezi udržením kvality a náklady. Z tohoto důvodu motivují ošetrovatelský personál k hledání a realizaci úspor. Snaží se najít využití pro ušetřené finanční a hmotné prostředky. Zahrnují nové způsoby řízení nákladů oddělení, jako jsou například plánované propouštění pacientů, case management, mapy péče, realizace programů kontinuálního zvyšování kvality, program řízení rizik, využití poměrových indikátorů a jiné (16, 17, 22).

1.4 Změny v ošetrovatelství

1.4.1 Všeobecná charakteristika změny

V dnešní době je řízení změn jednou se zásadních funkcí managementu. Se změnami se v ošetrovatelství setkáváme každý den a jsou neustále okolo nás všech. K důvodům, proč přibývá změn v ošetrovatelství, můžeme zařadit technologické inovace, globalizace nebo legislativu. Jsou jimi rovněž i zavádění nových léčebných metod, zvyšující se náklady na zdravotní péči, vyšší požadavky na kvalitu péče a také náročnější uživatelé zdravotnické a ošetrovatelské péče. Změna ve svém významu znamená pokrok a je vždy novou příležitostí. Lze si pod ní představit něco nového, obměnu, náhradu něčeho něčím druhým či stát se někým jiným. Chápeme jí také jako dynamický proces, jehož pomocí dosahujeme cíle. Pro pochopení změny je dobré zhodnotit její dopad na ošetrovatelství. Proto, aby změna mohla proběhnout, bývá nezbytná i motivace pro její zavedení (38, 39).

Podle Huczynského a Buchanana lze změny rozdělit do několika tříd podle jejich velikosti. *Nepatrná změna* je doladováním, zlepšováním a zaměřením na výkonnost. *Povrchová změna*, která znamená například restrukturalizace a změnu rozdělení zdrojů, mírná plánování nebo zlepšení změny či nepatrnou změnu myšlení. Další třídou je *významný posun*, což už je změna na úrovni změny vedení organizace, stylu řízení a strategie. Pronikavá změna souvisí se změnou definice úspěchu a cílů organizace. Hlubokou změnou se rozumí změna vize, filozofie a mise, nejvýše postavenou změnou této škály je *změna nejhlubší*, která již znamená posun paradigmatu, související se změnou myšlení, způsobů řešení problému (7, 21, 33).

1.4.2 Proces zavádění změny

Na každou změnu je vždy nutné se pečlivě připravit a to jak v případě samotných manažerů, tak i pracovníků, kteří budou změnu přijímat. „Manažeři musí umět změny zavádět do praxe a být vnitřně přesvědčeni o správnosti postupů, nových motivací a o změně a její realizaci jako takové (39 s.152).“ Podstatné je vědět, zda změna, kterou máme v plánu uskutečnit, je potřebná a jestli máme k jejímu zavedení

máme dostatek vhodných podmínek. Proto, aby se dala změna v ošetrovatelství uskutečnit musí sestry znát způsob chodu jejich organizace, mít řadu dovedností a předpokladů. Těmito předpoklady jsou schopnost týmové spolupráce, pedagogická a komunikační dovednost. Je důležité zajistit, aby za změnu bojovali ti, kteří jí mají možnost prosadit. Je nutné dosadit na správná místa správné lidi, aby se změna dala provést a zaměřit se na ty, kteří změnu nejvíce odmítají. K úspěšnému zrealizování změny je nezbytné vytvořit v organizaci dobrou atmosféru a motivující prostředí. Lidé musí změně porozumět a vědět jaký smysl změna bude mít. Důležitým faktorem je důvěra zaměstnanců k managementu, správná komunikace mezi nimi a jejich přesvědčení, že z plánovaných změn budou mít nějaký prospěch. Zaměstnanci by měli být podporováni v získávání dovedností a znalostí potřebných k práci při realizaci změn. Pro realizaci změn jsou důležité jak dostatek času, tak i nástroje a finanční prostředky. Je nutná tvorba akčních plánů, ve kterých jsou uvedené jednotlivé kroky zavádění změny, rozsah odpovědnosti a časové plány. Jedním z hlavních prvků je podpora top managementu (21,38).

Jako užitečnou pomůcku pro podmínky úspěchu při realizaci změny uvádí Russel- Jones první hlásky od anglického slova „success“, znamenajícího úspěch. Písmeno S- „shared vision“ značí sdílenou vizi. Je třeba zajistit, aby všichni rozuměli, co určitá změna představuje a co bude cílem její realizace. Písmeno U „understand the organisation“ znamená porozumění organizaci, C „cultural alignment“ v překladu znamenající soulad s podnikovou kulturou. Je dobré, aby uskutečňování změny bylo v souladu se způsobem, jakým se věci v organizaci běžně provádějí. C znamená „communication“, neboli komunikaci. Ta je důležitá pro předávání informací a tím i k potřebnému porozumění změny. Písmeno E vyjadřuje „experienced help where necessary“ pomoc zkušených v případě potřeby. Písmenem S se rozumí „strong leadership“ přeloženo jako silné vedení. Pro vedení realizace změny je podstatné mít silného a motivovaného jedince, který si za změnou jednoznačně stojí a je zaměřen na jediný cíl, a to dokončení změny a její uvedení v praxi. Poslední hláskou je S „stakeholder buy-in“ z překladu znamenající získání všech, kterých se změna týká (33).

Podle výzkumu realizovaného v USA bylo uvedeno šest největších překážek, které zabraňují realizaci změn. První a nejdůležitější překážkou byl uveden odpor zaměstnanců. Dalšími překážkami byly nevhodná kultura, špatná komunikace, nedotažení změny do konce, nedostatečný souhlas vedoucích pracovníků se strategií a jako šestou nejzávažnější překážkou byly označeny nedostatečné dovednosti. Významným prvkem při zavádění změna je způsob, kterým se změna má uvést do praxe. Obecně platí, že čím více je změna nařízena a vnucena shora, tím horší bývá její přijetí a vyvolává silnější odpor. Jako ukázkový příklad může být uveden ošetrovatelský proces, který často nebývá přijímán sestrami s nadšením, ale většinou jej cítí jako nutnost a nové nařízení, než aby v nich vyvolal možnost nového pojetí jejich práce a pozitivní změnu (21, 33). „Schopnost a ochota sester změnit své myšlení, své postoje, je klíčovým faktorem k tomu, aby na našich odděleních mohlo dojít k potřebným změnám (38, s.249).“

Změny jsou do praxe zaváděny třemi nejčastějšími způsoby. V prvním případě se jedná o přístup donucovací, takzvaná metoda shora-dolů. Změny zavádějí vedoucí pracovníci a donucují podřízené dělat věci jinak. Do jisté míry může být použita i jistá hrozba, pokud se podřízení změně nepřizpůsobí. Pro zdravotnictví je tento způsob zavádění změn velice nevhodný, jelikož brání iniciativě a tvořivosti zaměstnanců, kteří změny přijímají a může dojít k odmítnutí změny nebo její ignoraci. Vše se pak může navrátit do starých kolejí a změna se neuskuteční. Druhým uváděným způsobem zavádění změn je „racionálně empirický přístup“, který je považován stále za metodu „shora-dolů“, kdy jsou změny rovněž pasivně přijímány zaměstnanci, kteří tak jednají ve vlastním zájmu a rozumu na základě informací od lidí s autoritou. V obou těchto přístupech mají hlavní slovo lidé s autoritou a znalostmi a může dojít ke stavu, kdy je změna odmítnuta. Třetím způsobem, podle kterého se změny zavádějí do praxe, je „normativně převýchovný přístup“. Od dvou před ním uvedených způsobů se liší tím, že změna neprobíhá shora dolů, ale odspoda nahoru. Lidé se dobrovolně pro změnu sami rozhodují. Tento přístup vychází z představy, kdy se na vývoji změny zaměstnanci aktivně podílejí a se zapojují se do procesu jejího zavedení do praxe.

Tento přístup je pro ošetřovatelství nejvýhodnější, jelikož změny zavedené na jeho základě budou mít dlouhodobější charakter (34).

1.5 Motivace v pracovním prostředí

Pojem motivace pochází z latinského slova „movere“ znamenajícího hýbat se či pohybovat. Motivace se obecně považuje za veškeré vnitřní podněty, které vedou k určité činnosti a jednání. Vnitřní hybné síly – pohnutky, které nejsou vždy zcela vědomé se nazývají motivy. Motivы zaměřují činnosti a chování člověka daným směrem a udržují jeho vzbuzenou aktivitu. Navenek se pak působení těchto sil projevuje motivovaným chováním a činnostmi. Motivace je charakteristická působením ve třech rozměrech. Je to rozměr směru orientující člověka určitým směrem. Rozměr intenzity závisí na síle motivace, kdy jedinec vydává více či méně energie či úsilí k dosažení cílů. Třetím rozměrem je stálost, charakteristická mírou vytrvalosti, kterou je jedinec schopen překonávat překážky (2, 8).

V rámci řízení lidských zdrojů je pro management nemocnic důležité zabývat se i motivačními faktory. Jako základní zdroj motivace jsou považovány potřeby. Potřeba obvykle vyvolá činnost zaměřující k její saturaci. Jedním ze základních úkolů manažerů je dokázat přimět lidi chovat se tak, aby byly plněny cíle organizace, proto se stanovování cílů organizace objevuje i průběhu v hodnocení pracovníků. Pokud se zaměstnanci podílejí na stanovování cílů, získávají pocit osobní participace, čímž se u nich startuje motivační proces, který ovlivňuje jejich chování vedoucí ke splnění cílů. Obrovský vliv na motivaci v pracovním prostředí má klima v organizaci, neboť nejen snaha jednotlivců vede ke kvalitním výkonům, ale i prostředí ve kterém zaměstnanec pracuje, vede ke zvýšení motivace. To má za následek i růst výkonů. Organizace se snaží uspořádat vztahy v různých odděleních a mezi nimi a tím podnítit vzájemnou spolupráci, čímž se podpoří plnění cílů organizace. Důležité je najít a pochopit podobnost i rozdíly u pracovníků a podle těchto sledování dále stanovit cíle, kterých má být dosaženo. Návod na zvýšení motivace se proto u každého zaměstnance liší. Rozdíly totiž pramení z odlišných schopností, vyznávaných hodnot a ideálů, zkušeností, kultury, místa času i názorů. Praxí bylo dokázáno, že stejný faktor může působit na dva různé

jedince odlišně. Východiskem pro úspěch nemocnic jsou lidé v nich zaměstnaní. Je zapotřebí vytvořit takové podmínky a motivační programy, které budou zaměstnance podporovat ke kvalitním pracovním výsledkům. Zaměstnanci chtějí vykonávat smysluplnou práci, která je pro organizaci významná a není v rozporu s jejich osobními hodnotami. Důležitým aspektem je, aby práce byla zajímavá a dala možnosti zaměstnancům se osobně rozvíjet a mít možnost odborného růstu či pracovního postupu. Zaměstnanci se mají hodnotit za vykonanou práci objektivně na základě kvality a množství jimi odvedené práce. Měli být informováni o novinkách v organizaci, zejména těch, které se týkají jejich pracovní činnosti. V organizaci by mělo být příznivé sociální klima, vzájemná tolerance a respektování důstojnosti všech zaměstnanců. Pro zvyšování motivace je důležitá tvorba práce z hlediska jejího obsahu. Podstatné je práci obohacovat zvyšováním pestrosti a různorodosti práce. Tento přístup je vhodný k tomu, aby pracovní činnost vyžadovala širší škálu dovedností a schopností. Je nutné klást důraz na celistvost a zvyšování významu pracovních úkolů, podporovat autonomii pracovního jednání posilujícího nezávislost zaměstnanců. Významným prvkem je posilování zpětné vazby znamenající zvýšení množství informací, které zaměstnanec dostává o výsledcích jeho práce (2, 8).

1.6 Systémy poskytování ošetrovatelské péče

Před rokem 1989, byl v ošetrovatelství uplatňován především funkční systém ošetrovatelské péče. Vznikl jako způsob řešení na otázku různé úrovně pečovatелů. Tento způsob poskytování ošetrovatelské péče je orientován především na ošetrovatelské zákroky a výkony, jakou jsou odběry biologického materiálu, podávání stravy, hygienická péče, aplikace léků, asistence u vizity, převazy nebo vyhotovení dokumentace. Péče je fragmentována přímo na jednotlivé úkoly, které si sestry mezi sebou přerozdělují. Jako každý systém ošetrovatelské péče i tato sebou nese určité výhody a nevýhody. Výhodou je bezesporu přehledná organizace péče a jasná odpovědnost za provedené výkony a především menší nároky na počet personálu. Nevýhodou je soustředění péče pouze na výkony, přičemž pacient zůstává v pozadí. Sestry pracující tímto způsobem neznají problematiku konkrétních pacientů a jejich

práce se především orientuje na techniku ošetřování. Poskytování péče funkčním způsobem nepůsobí příliš pozitivně na psychický stav pacientů. U jejich lůžka se střídá větší počet ošetřovatelského personálu, což může vést k nedůvěře, nedostatku informací a často i ke snížené adaptaci na nemocniční prostředí. Funkční systém také brzdí rozvoj ošetřovatelského personálu, pro který se stává práce stereotypní a nemotivující (8, 30).

V ošetřovatelství je možno využít také primárního ošetřovatelství. V systému primárních sester je ke každému nově přijatému pacientovi přidělena primární sestra. Její pracovní náplní je vyhotovit plán ošetřovatelské péče na základě ošetřovatelské anamnézy, kterým se posléze řídí a vykonává u pacienta naplánované činnosti. Hodnotí stav pacienta a průběh ošetřovatelské péče po celou dobu jeho hospitalizace. Vše také postupně zaznamenává do ošetřovatelské dokumentace. Za všechny tyto úkoly nese sestra plnou odpovědnost. Končí-li primární sestra službu, předává péči o pacienta jiné sestře na směně a po návratu do služby od ní péči o pacienta opět přebírá. Záměrem primárního ošetřovatelství je vrátit sestry k lůžku pacienta a zvýšit tak jejich spokojenost a kvalitu poskytované péče. Od primárních sester se očekává větší zodpovědnost a angažovanost. Podstatné je, aby sestra správně uměla koordinovat péči o přidělené pacienty, zvýšila spolupráci mezi ní a pacientem a byla jeho obhájkyň. Hlavním problémem systému primárních sester je požadavek na vyšší počet personálu na nemocničních odděleních. To může být pro mnohá nemocniční zařízení hlavně z ekonomických důvodů hlavním důvodem, proč není systém primární péče tak často uplatňován v praxi (8, 30, 31).

Při skupinové ošetřovatelské péči jsou pacienti na oddělení rozděleni do skupin. O přidělenou skupinu během směny pečují skupinové sestry. V centru zájmu sestry stojí samotný pacient. Sestry si ve službě dělí nikoliv výkony, ale konkrétní pacienty. Cílem skupinové péče je, že se sestra po celou dobu služby stará o přidělené pacienty. Vykonává u nich všechny ošetřovatelské výkony, shromažďuje všechny informace a spolupracuje s ošetřujícím lékařem. U každého pacienta ve skupině vypracuje ošetřovatelský plán, který průběžně doplňuje a upravuje dle potřeby. Na konci směny předává skupinu další skupinové sestře. Skupinové sestry pečují stabilně o stejnou

skupinu svěřených pacientů. Hlavní efekt skupinové péče spočívá v tom, že existuje jedna sestra, která se o ně v průběhu své služby stará. Ta je plně informována o jejich problémech a pacienti se na ní můžou kdykoliv obrátit. Skupinová péče je v mnohém podobná primární péči, které se snaží co nejvíce přiblížit. Její hlavní předností na rozdíl od péče primární je, že neklade tak vysoké nároky na počet sester a umožňuje tak její zavedení ve větším počtu nemocničních zařízení (8, 30, 31).

V nedávné době byl vyvinut nový systém poskytování ošetrovatelské péče nazvaný „Case management“. Americká asociace sester jej definuje „jako systém hodnocení zdravotního stavu, plánování, zajišťování a poskytování služeb, koordinace a monitorování, jehož cílem je splnit četné potřeby klientů (8, s.166).“ Na rozdíl od funkčního systému se case management snaží minimalizovat fragmentaci a upřednostňuje individuální péči o pacienta. Case manažer – sestra odpovědná za hodnocení péče o pacienty, má na starosti sledovat určitý počet pacientů podle specializovaného plánu. Pokud dojde k odchylkám od původního plánu nebo se mění stav pacienta, konzultuje vše se členy týmu a následně plán opravuje. Case manažer bývá většinou vrchní či staniční sestra, která koriguje činnost podřízených, kteří u skupin pacientů poskytují ošetrovatelskou péči. Navazuje kontakt s pacienty a jejich rodinami, shromažďuje všechny údaje o zdravotním stavu pacienta a údaje potřebné k sestavení plánu péče, který vypracovává za pomoci pacienta i jeho rodiny. Následně pak monitoruje poskytování péče a koordinuje ji. Plán péče je nazýván klinickou mapou, která určuje ideální reakci pacienta na léčbu. Jsou v něm zahrnuty reakce pacientů na veškerou poskytovanou péči a dle něj je snadné poznat odchylky od předem stanovené péče. Plán se využívá jako zdroj hodnocení péče a umožňuje tak její zkvalitnění a efektivitu. Case management je postaven na modelu primárního ošetrovatelství a ponechává sestře odpovědnost za vedení péče. Vytváří organizovanější způsob poskytování péče v závislosti na reakcích pacientů na péči. Snaží se zefektivnit poskytovanou péči, aby se na poskytovanou péči nemusely vynakládat vysoké finanční sumy, jelikož dokáže včasné identifikovat větší problémy spojené s vyššími náklady na ošetrovatelskou péči (8).

1.7 Ošetrovatelský proces

1.7.1 Ošetrovatelský proces jako metoda práce

Téměř každá profese má svůj metodický rámec a postupy pro realizaci jejích cílů. Pro ošetrovatelskou profesi se stal tímto metodickým rámcem ošetrovatelský proces, který je základní pracovní metodou v ošetrovatelství. Termín "ošetrovatelský proces" jako první použila L. Hallová v roce 1955. Jeho využití v praxi se datuje k roku 1973, kdy byl uveden do klinického ošetrovatelství ve Spojených státech amerických. Ošetrovatelský proces se snaží změnit způsob a proces myšlení sester a tak změnit již zaběhlé způsoby jejich práce. Ve světě se používá jako pracovní metoda už po několik desetiletí. V České republice nabývá na významu a používání v praxi teprve v posledních letech. Z platné Koncepce ošetrovatelství vydané Ministerstvem zdravotnictví vyplývá, že ošetrovatelský personál je povinen pracovat metodou ošetrovatelského procesu. Jeho zavádění do ošetrovatelské praxe s sebou nese mnoho problémů, obzvláště s jeho přijetím u sester, zvyklých na určité pracovní postupy a sester málo motivovaných ke změně. Péče poskytovaná před zavedením ošetrovatelského procesu, byla více zaměřena na lékařskou diagnózu klienta a plnění ordinací. Činnost sestry byla orientovaná více na výkon. Na klienta nebylo pohlíženo jako na bytost s individuálními potřebami, které nebylo možné v jeho silách uspokojit. Proto se musela změnit metoda poskytování péče a tak obrátit pozornost na člověka jako bio-psycho-sociální bytost. Ošetrovatelský proces je systematickou pracovní metodou, kterou sestry poskytují ošetrovatelskou péči a uspokojují individuální potřeby svých klientů. Ovlivňuje přístup sester ke klientům, s nimiž přicházejí do styku. Vyžaduje od sester znalosti, tvůrčí přístup a umění vycházet s lidmi. Rovněž také není uskutečňován izolovaně, ale podílí se na něm i ostatní členové zdravotnického týmu - lékaři, sociální pracovníci, fyzioterapeuti, psychologové a ostatní. Umožňuje sestřám samostatně pracovat a rozhodovat spolu s klientem o způsobu poskytované péče. Podporuje jejich iniciativu a zájem o nemocného. Zároveň sestřám pomáhá průběžně hodnotit pokroky, jakých pacient v průběhu léčby dosáhl. Ošetrovatelský proces by se dal jednoduše nazvat jako vztah mezi klientem a sestrou, při kterém sestra klienta hlouběji poznává, identifikuje jeho potřeby a kontinuálním a systematickým postupem

tyto potřeby uspokojuje. S užíváním ošetrovatelského procesu jako metody práce sester se zvyšuje spokojenost klientů, což se odráží na zvyšování prestiže sesterské profese (6, 7, 20).

Význam ošetrovatelského procesu tkví ve zvyšování kvality ošetrovatelské péče, její návaznosti a kontinuitě a spokojenosti klienta. Umožňuje klientům podílet se na své péči a podněcuje je k aktivitě, čímž se zvyšuje i jejich soběstačnost. Zvyšuje pravomoc sester, které jsou tvořivější, samostatnější a odpovědné ze vykonanou práci. Přináší spokojenost do jejich zaměstnání. Podporuje je ve tvůrčích činnostech a mají větší možnosti seberealizace. Zároveň je tento způsob práce vzdělává a tím se zvyšuje jejich odborný růst. Důležitou výhodou procesu je také vyhnutí se rozporu se zákonem a dodržování ošetrovatelských standardů (6, 25, 34).

1.7.2 Fáze ošetrovatelského procesu

Úvodní fází ošetrovatelského procesu je zhodnocení a posouzení klientova stavu. Ještě před tím, než sestra určí, jakým způsobem bude poskytovat ošetrovatelskou péči, systematicky získává informace a posuzuje údaje o klientovi. Takto si vytváří ucelenou představu o zdravotním, sociálním i psychickém stavu klienta. Odebrání sesterské anamnézy je jedním z dílčích úkolů první části ošetrovatelského procesu. V této fázi, která je prvním kontaktem s klientem, sestra navazuje terapeutický a partnerský vztah a snaží se získat klientovu důvěru a podpořit jej ke spolupráci s ošetrovatelským týmem (6, 25, 34, 35).

Druhou fází ošetrovatelského procesu je ošetrovatelská diagnostika. Výstupem z anamnestických informací je stanovení ošetrovatelské diagnózy. Definice ošetrovatelské diagnózy podle NANDA z roku 1990 zní: „Ošetrovatelská diagnóza je klinický závěr o reakcích jednotlivce, rodiny nebo komunit na aktuální nebo potencionální zdravotní problémy nebo životní proces. Ošetrovatelské diagnózy poskytují základ pro výběr ošetrovatelských zásahů k dosažení výsledků, za které odpovídá sestra (20, s.190)“. Na rozdíl od lékařské diagnózy zaměřené na patologii se

ošetřovatelská diagnóza více zaměřuje na nemocí porušené potřeby jednotlivce a mění s v průběhu léčby (20, 22, 25).

Třetí částí ošetřovatelského procesu je plánování. V první řadě je důležité správné vytyčení priorit. K tomu dopomáhají již stanovené ošetřovatelské diagnózy. Sestra vybírá ošetřovatelskou činnost podle cílů a kritérií. Po navržení vhodných ošetřovatelských intervencí napíše plán ošetřovatelské péče. Cílem plánu je ucelený přehled ošetřovatelských zásahů seřazených dle priorit. Zabezpečuje u klienta kontinuální péči. Plán je vodítkem pro úhradu plateb ošetřovatelské péče a pomáhá ošetřovatelskému personálu orientovat se ve své práci. Důležitou součástí fáze plánování je také konzultace plánu ošetřovatelské péče. Sestry konzultují navržený ošetřovatelský plán s ostatními členy týmu podílejícím se na péči o klienta. Sestry tak ověřují, jestli je plán péče pořádku a mohou jej použít (20, 34, 35).

Další fází ošetřovatelského procesu je realizace. Realizací se rozumí vykonání individualizované ošetřovatelské péče vycházející z plánu ošetřovatelské péče, ordinací lékaře a aktuálního zdravotního stavu klienta. Sestra musí být přesvědčena o vhodnosti a správnosti jednotlivých činností. Musí vědět, zda zásahy bude vykonávat sama, nebo bude potřebovat pomoc. Ošetřovatelské zásahy je třeba individuálně přizpůsobit, každému klientovi na míru. Na sestru se v této fázi kladou velké nároky z hlediska komunikace, intelektuálních schopností a v neposlední řadě i manuální zručností (20, 25, 34, 35).

Poslední fází ošetřovatelského procesu je zhodnocení efektu poskytnuté péče. Dosažené výsledky porovnáváme s plánovaným cílem. Hodnotíme celkový zdravotní stav klienta, účinnost poskytované péče a objektivní zlepšování zdravotního stavu. Následně analyzujeme jednotlivé kroky ošetřovatelského procesu a zjišťujeme, zda není nutné postupy přehodnotit a vytvořit nový ošetřovatelský plán. Hodnocení se provádí na základě pozorování, rozhovoru s klientem, rodinou a ostatním personálem podílejícím se na péči o klienta (25, 34, 35).

2 Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

- I. Zjistit jaké podmínky scházejí top manažerům pro zavedení změn do ošetrovatelské péče
- II. Zjistit názory top manažerů na systém poskytování ošetrovatelské péče.
- III. Zjistit rozdíly v požadavcích sester manažerek a lékařů manažerů na metodu ošetrovatelského procesu.

2.2 Hypotézy

- I. Reálné podmínky v praxi neumožňují top manažerům ve zdravotnictví zavádět změny do ošetrovatelské péče.
- II. Top manažeři nepožadují skupinovou ošetrovatelskou péči jako nutnou pro zavedení změn do ošetrovatelské péče.
- III. Zástupci sester v top managementu prosazují aplikaci ošetrovatelského procesu jako požadavek pro změny v ošetrovatelské péči.
- IV. Zástupci lékařů v top managementu neprosazují aplikaci ošetrovatelského procesu jako metodu práce sester.

3 Metodika

3.1 Metodika práce

Pro získání potřebných informací k dosažení vytyčených cílů byl použit kvantitativní výzkum. Pro kvantitativní výzkum byla použita metoda dotazování technikou dotazníku. Celkem byly vytvořeny dva dotazníky. Dotazníky vyplnily dva okruhy respondentů. První skupinou byly hlavní sestry či náměstkyně/náměstci pro ošetrovatelskou péči (dále jen hlavní sestry). Druhou skupinu tvořili lékaři z řad top managementu zdravotnických zařízení. Oba dotazníky byly anonymní.

Dotazník použitý pro sběr dat od hlavních sester (viz příloha 1) obsahoval 42 otázek. 40 otázek bylo uzavřených, 1 otázka byla polootevřená a 2 otázky byly otevřené. První čtyři otázky sloužily k bližším informacím o zkoumaném souboru respondentů. Otázky 5-11 a 37 byly zaměřené na současné podmínky a platné zákony v oblasti ošetrovatelské péče v České republice. Otázky 12-18 se zabývaly problematikou ošetrovatelského procesu a systému poskytování ošetrovatelské péče. Otázky 19-42 byly směřovány na problematiku ošetrovatelského personálu, mezilidských vztahů na pracovištích a kontinuálního zvyšování kvality. Respondenti mohli na závěr dotazníku připojit svůj doplňující komentář.

Dotazník použitý pro sběr dat od lékařů v manažerských pozicích (viz příloha 2) obsahoval 21 otázek. Všechny otázky byly uzavřené. Otázky 1-3 blíže informovaly o zkoumaném souboru respondentů. Otázky 4-8 se týkaly současných podmínek a platných zákonů v České republice. V otázkách 10-16 jsme se zaměřili na ošetrovatelský proces a systém poskytování ošetrovatelské péče. Otázky 9, 17, 18, 19, 20 a 21 sloužily k získání názorů na problematiku ošetrovatelského procesu a mezilidských vztahů na pracovišti. Respondenti mohli na závěr dotazníku připojit svůj doplňující komentář.

Výsledky dotazníků byly zpracovány v grafech a tabulkách pomocí programu Microsoft Office Excel 2003.

3.2 Charakteristika zkoumaných souborů

První dotazník byl poslán celkem 120 respondentům ve funkci hlavních sester do 120 zdravotnických zařízení po celé České republice. Respondenty jsme opakovaně oslovili k vyplnění dotazníků, jelikož po prvním oslovení respondentů k jejich vyplnění se jich vrátil jen malý počet. Dotazníky jsme rozeslali třikrát v období prosince 2008 až února 2009. Z celkových 120 poslaných dotazníků jich bylo zpět vráceno a pro výzkum použito 63. Celková návratnost činila 52,5 %.

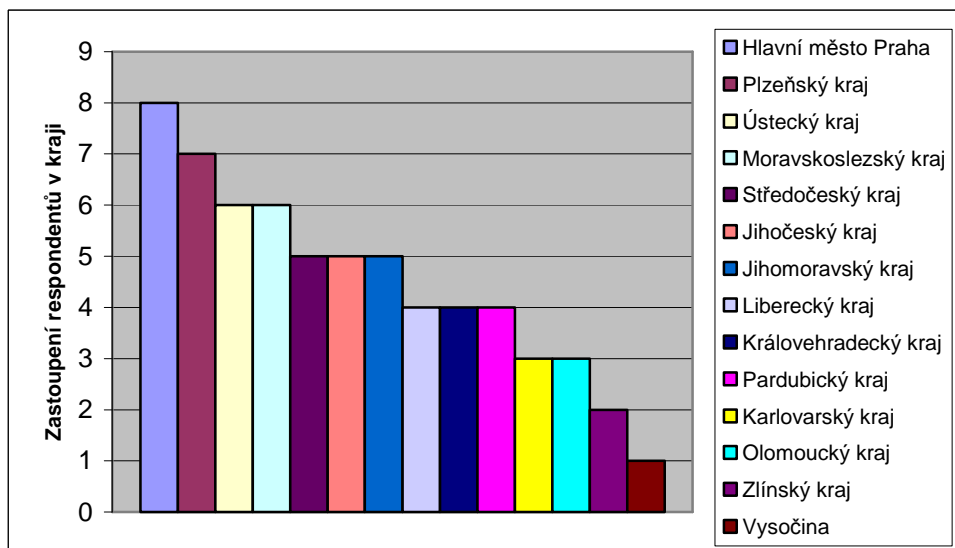
Druhý dotazník byl rozeslán celkem 120 respondentům z řad lékařů v manažerských funkcích do 120 zdravotnických zařízení po celé České republice. Opět jsme museli respondenty opakovaně žádat o vyplnění dotazníků, jelikož po prvním oslovení respondentů k jejich vyplnění se jich vrátil jen malý počet. Dotazníky jsme rozeslali třikrát v období prosince 2008 až února 2009. Z celkových 120 dotazníků jsme obdrželi 24 vyplněných dotazníků zpátky. Celková návratnost byla v tomto případě 20 %.

Výsledky byly zpracovány z celkového počtu 63 (100 %) dotazníků od hlavních sester a 24 (100 %) dotazníků od lékařů – manažerů.

4 Výsledky

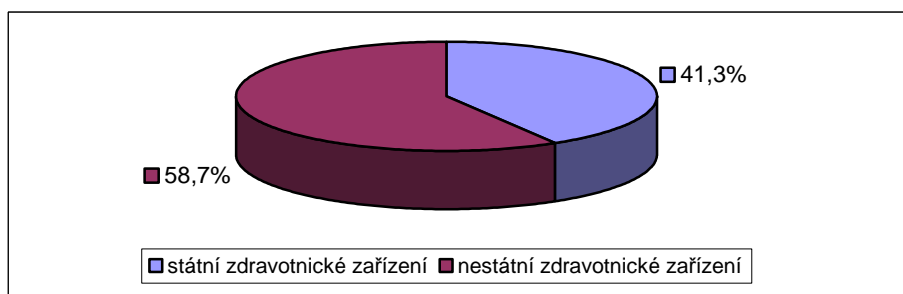
4.1 Soubor respondentů - hlavní sestry

Graf 1 Rozdělení zdravotnických zařízení podle krajů



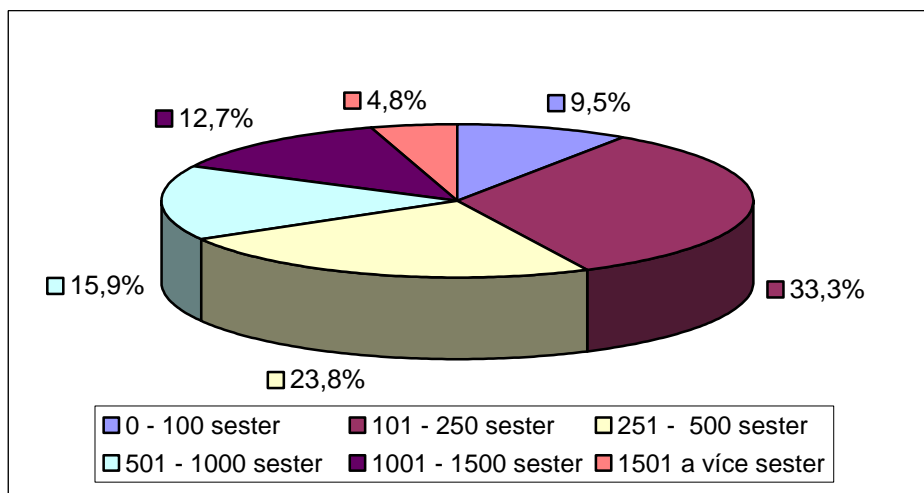
8 dotazníků bylo vyplněno v hlavním městě Praze, dále následovaly Plzeňský kraj se 7 dotazníky, Ústecký kraj a Moravskoslezský kraj se 6 dotazníky, Jihočeský kraj, Středočeský kraj a Jihomoravský kraj s 5 dotazníky, Liberecký kraj, Pardubický kraj a Královohradecký kraj se 4 dotazníky, Karlovarský kraj a Olomoucký kraj se 3 dotazníky, Zlínský kraj se 2 vyplněnými dotazníky. Pouze 1 vyplněný dotazník byl poslán z kraje Vysočina.

Graf 2 Typ zdravotnického zařízení



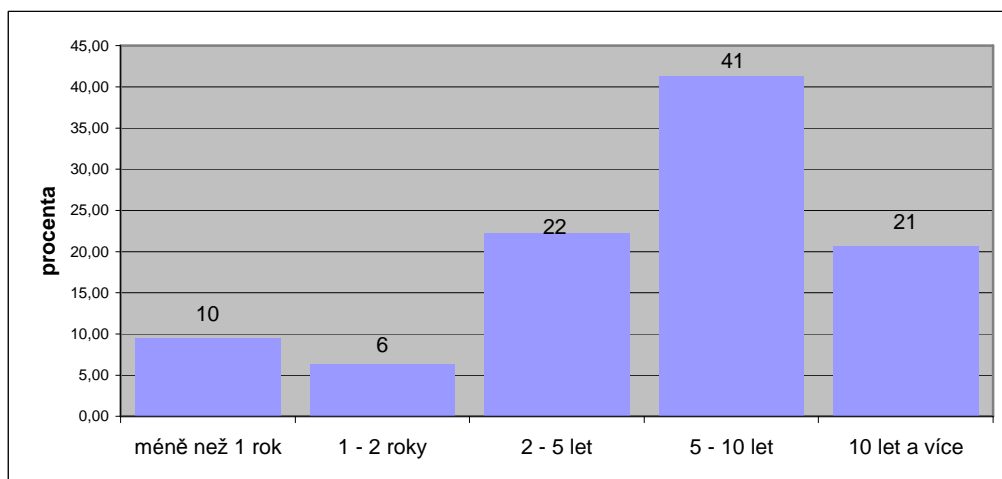
37 (58,7 %) hlavních sester, které vyplnily dotazník bylo z nestátního zdravotnického zařízení a 26 (41,3 %) pracovalo státním zařízením.

Graf 3 Počet sester ve zdravotnickém zařízení



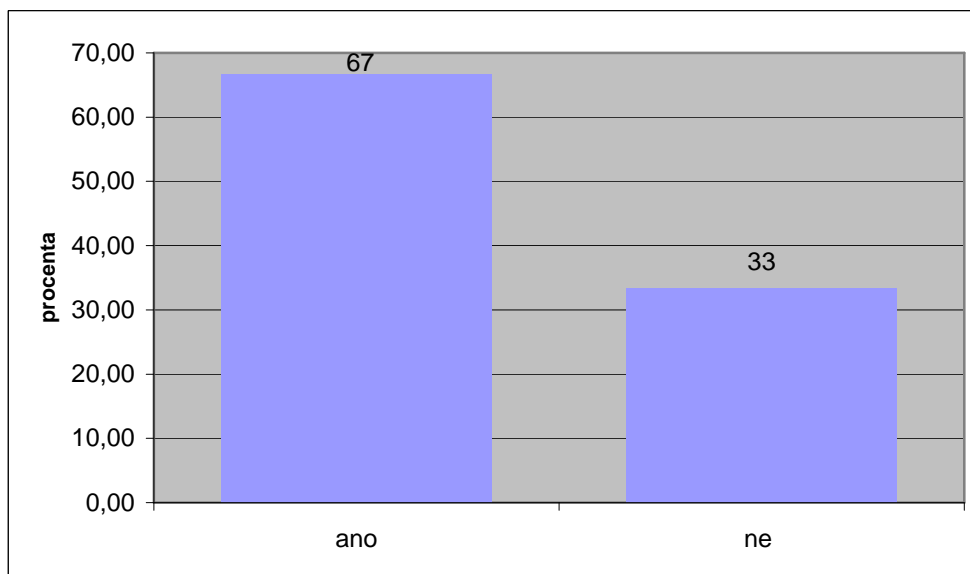
Z 63 zdravotnických řízení jich 21 (33,3 %) zaměstnává 101-250 sester, 15 (23,8 %) zařízení zaměstnává 251-500 sester, 10 (15,9 %) zařízení zaměstnává 501-1000 sester, 8 (12,7 %) zařízení zaměstnává 1001-1500 sester, 6 (9,5 %) zařízení zaměstnává 0-100 sester a 3 (4,8 %) zařízení zaměstnává 1501 a více sester.

Graf 4 Délka pracovního poměru



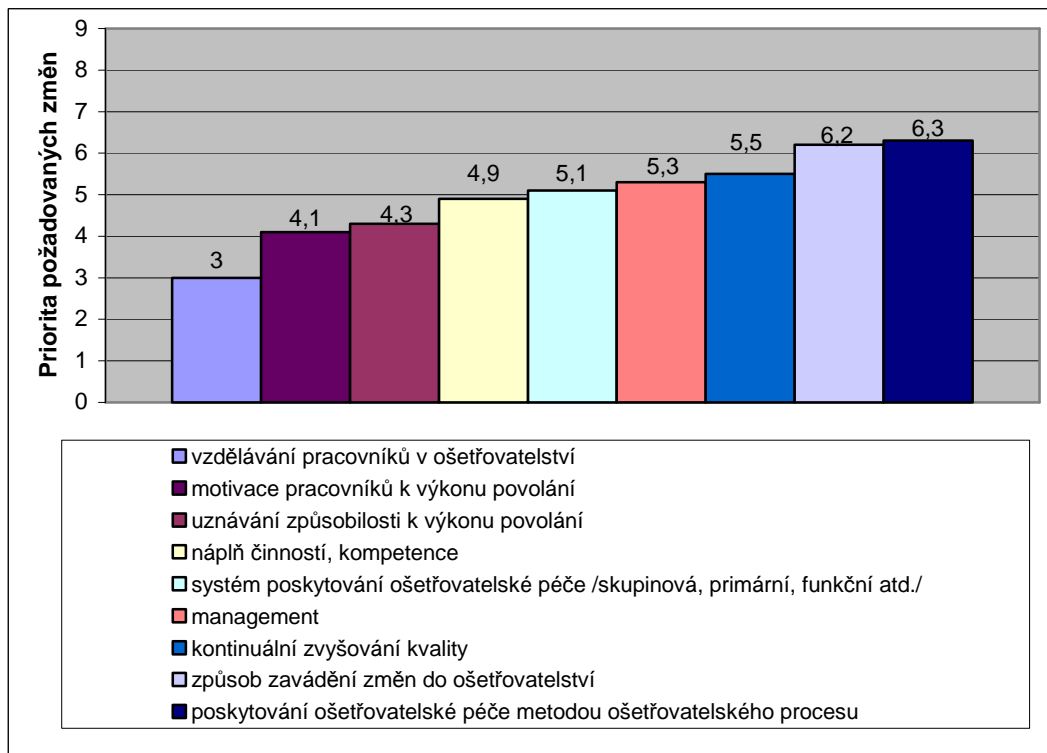
Z 63 hlavních sester jich 6 (10 %) vykonává svou funkci méně než rok, 4 (6 %) 1-2 roky, 14 (22 %) respondentů zastává funkci hlavní sestry 2-5 let. 26 (41 %) respondentů je v této pracovní pozici 5-10 let. 13 (21 %) respondentů zastává funkci déle jak 10 let.

Graf 5 Názor na změnu systému



42 (66,6 %) hlavních sester je toho názoru, že je nutné změnit systém poskytování ošetrovatelské péče v ČR. 21 (33,3 %) si nemyslí, že je nynější systém potřebné měnit.

Graf 6 Oblasti požadovaných změn v ošetrovatelství



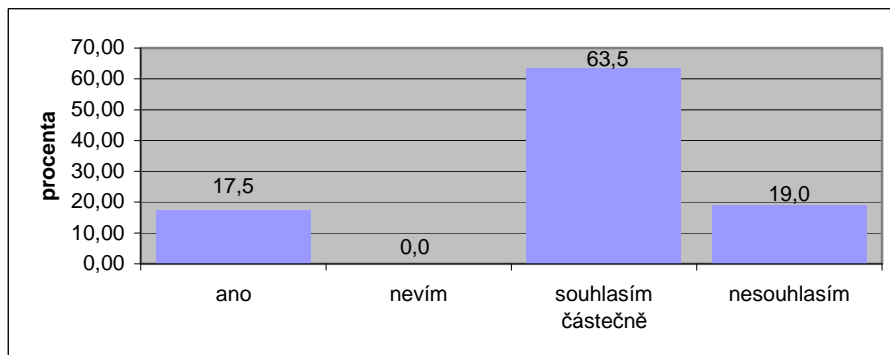
Respondenti měli možnost označit prioritu na škále (od 1-9, přičemž priorita 1 znamená oblast, která by se měla změnit nejvíce). Z výsledků vyplývá, že nejvíce požadovanou oblastí, která by se měla změnit, je oblast vzdělávání pracovníků v ošetrovatelství s průměrnou hodnotou 3,0. Následují motivace pracovníků k výkonu povolání s průměrnou hodnotou 4,1, uznávání způsobilosti k výkonu povolání s průměrnou hodnotou 4,3, náplň činností, kompetence s průměrnou hodnotou 4,9, system poskytování ošetrovatelské péče s průměrnou hodnotou 5,1, management s průměrnou hodnotou 5,3, kontinuální zvyšování kvality s průměrnou hodnotou 5,5. Způsob zavádění změn do ošetrovatelství skončil s průměrnou hodnotou 6,2. Jako oblast změn, která by se měla změnit nejméně z uvedených, je poskytování ošetrovatelské péče metodou ošetrovatelského procesu, jenž dosáhla hodnoty 6,3.

Tabulka 1 Oblasti požadovaných změn v ošetrovatelství

| Oblasti změn v ošetrovatelství | Počet odpovědí podle priority 1 - 9 | | | | | | | | | Průměr |
|---|-------------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|--------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | |
| vzdělávání pracovníků v ošetrovatelství | 21 | 1 | 18 | 6 | 15 | 1 | 1 | 0 | 0 | 3,0 |
| uznávání způsobilosti k výkonu povolání | 6 | 7 | 14 | 15 | 6 | 2 | 1 | 4 | 8 | 4,3 |
| náplň činností, kompetence | 6 | 14 | 3 | 2 | 15 | 2 | 4 | 10 | 7 | 4,9 |
| system poskytování ošetrovatelské péče /skupinová, primární, funkční atd./ | 9 | 6 | 1 | 2 | 15 | 9 | 11 | 6 | 4 | 5,1 |
| motivace pracovníků k výkonu povolání | 12 | 12 | 6 | 9 | 1 | 9 | 4 | 4 | 6 | 4,1 |
| Management | 6 | 4 | 10 | 12 | 0 | 4 | 6 | 11 | 10 | 5,3 |
| kontinuální zvyšování kvality | 1 | 7 | 7 | 3 | 6 | 15 | 15 | 7 | 2 | 5,5 |
| způsob zavádění změn do ošetrovatelství | 2 | 6 | 3 | 8 | 4 | 0 | 12 | 15 | 13 | 6,2 |
| poskytování ošetrovatelské péče metodou ošetrovatelského procesu | 0 | 6 | 1 | 6 | 1 | 21 | 9 | 6 | 13 | 6,3 |

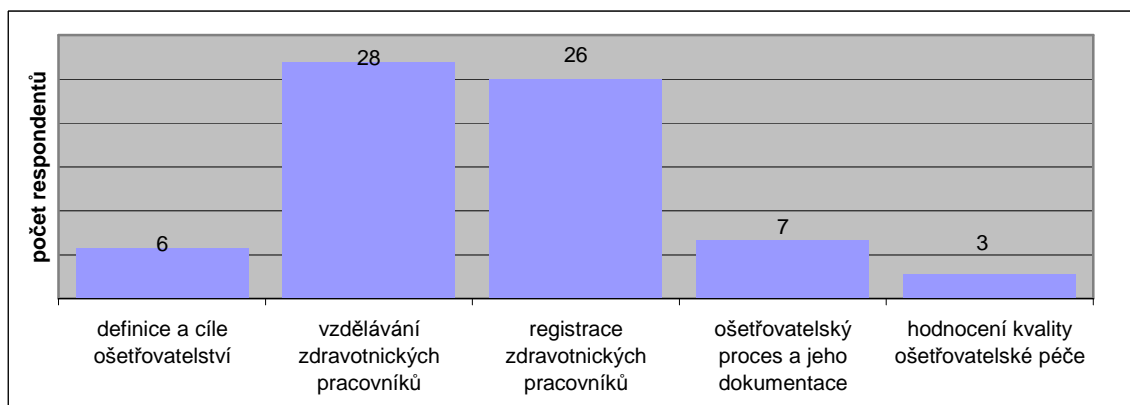
Tabulka 1 je doplňujícím údajem ke grafu 6. Uvádí přesný počet respondentů, kteří uvedli u každé možnosti priority od 1-9, přičemž 1 znamená oblast, která by se měla změnit nejvíce. Oblast vzdělávání pracovníků v ošetrovatelství 21 respondentů hodnotilo prioritou 1. Uznávání způsobilosti k výkonu povolání bylo 15x označeno prioritou 4. Náplň činností, kompetence byla 15x označena prioritou 5. Oblast systému poskytování ošetrovatelské péče byla označena 15x prioritou 5. 12x byla označena prioritou 1 a 2 u oblasti motivace pracovníků k výkonu povolání. Oblast managementu respondenti hodnotili nejčastěji 12x prioritou 4. 15 respondentů u oblasti kontinuálního zvyšování kvality zvolilo prioritu 5 a 6. Způsob zavádění změn do ošetrovatelství byl 15x označen prioritou 8. Oblast poskytování ošetrovatelské péče metodou ošetrovatelského procesu byla 21x ohodnocena prioritou 6. Nejvyšší prioritu 1 označilo 21 respondentů u oblasti vzdělávání pracovníků v ošetrovatelství. Nejnižší prioritu 9 označilo 13 respondentů u oblasti způsobu zavádění změn do ošetrovatelství a poskytování ošetrovatelské péče metodou ošetrovatelského procesu.

Graf 7a Souhlas s podobou Koncepce ošetrovatelství



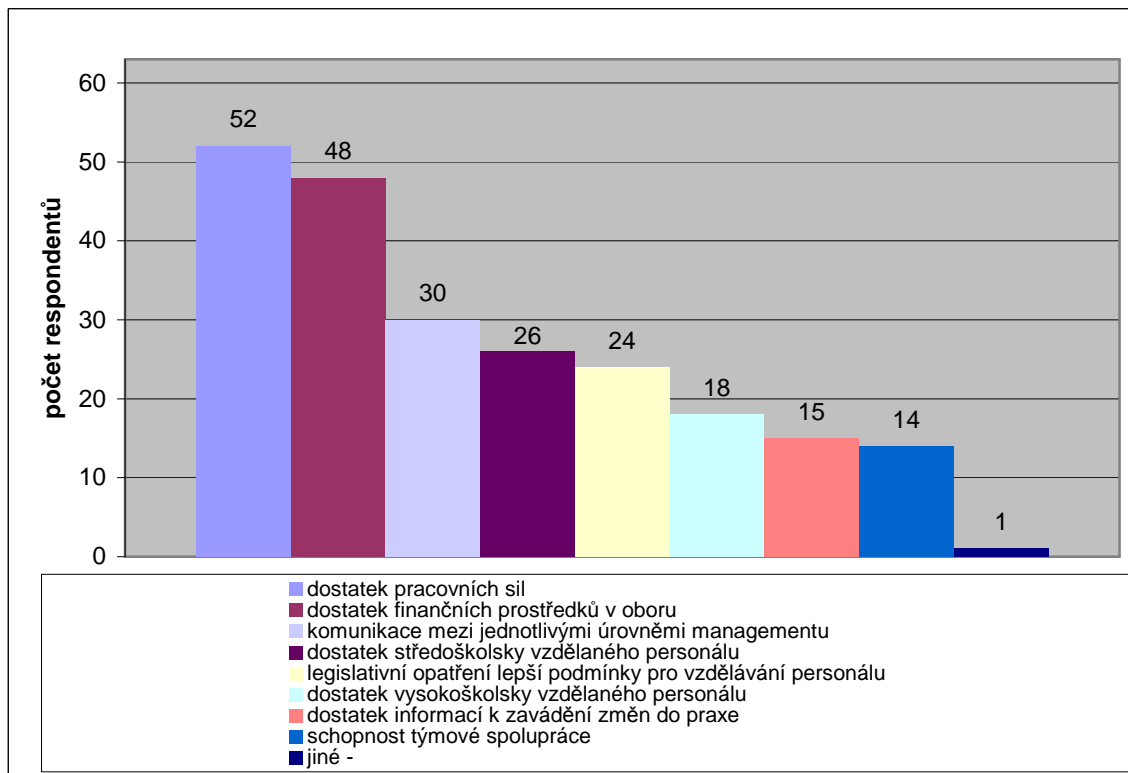
Se současnou podobou koncepce ošetrovatelství souhlasí 11 (17,5 %) dotázaných, 40 (63,5 %) dotázaných s ní souhlasí částečně. 12 (19 %) respondentů uvedlo nesouhlas s Konceptí ošetrovatelství.

Graf 7b Body nesouhlasu s Konceptí ošetrovatelství



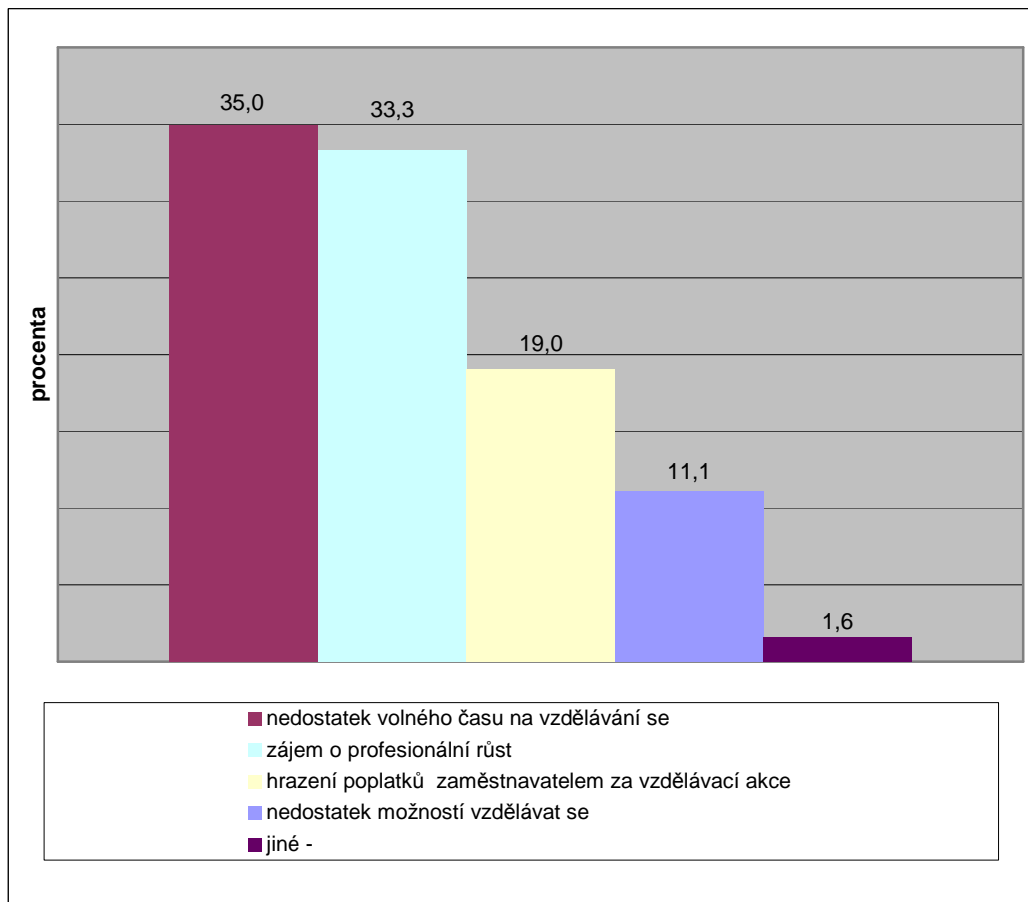
28 (53,8 %) ze 100 % respondentů nesouhlasí se vzděláváním zdravotnických pracovníků. 26 (50 %) respondentů uvedlo nesouhlas s podobou registrace zdravotnických pracovníků. 7 (13,5 %) respondentů nesouhlasí s podobou ošetrovatelského procesu a jeho dokumentace. 6 (11,5 %) dotázaných uvádí nesouhlas s definicí a cíli ošetrovatelství. Pouze 3 (5,8 %) dotázaní ze respondentů uvedli nesouhlas s podobou hodnocení kvality ošetrovatelské péče. Respondenti mohli zvolit více možností odpovědi.

Graf 9 Chybějící podmínky pro zavedení změn do ošetrovatelské péče



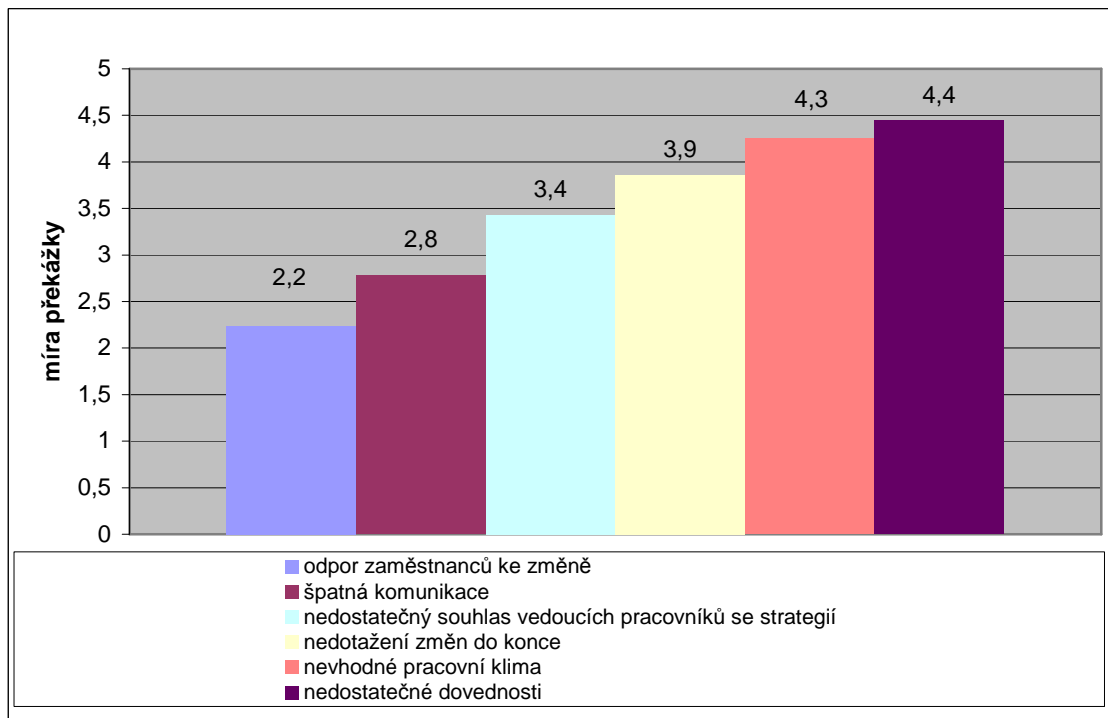
Hlavní sestry mohly označit více odpovědí, proto se každý jednotlivý sloupec vztahuje vůči celku. Ze 63 (100 %) respondentů uvedlo 52 (82,5 %) jako podmínku scházející k zavedení změn do ošetrovatelské péče dostatek pracovních sil. 48 (76,1 %) respondentů označilo podmínku dostatek finančních prostředků v oboru. 24 (38,1 %) respondentů uvedlo jako scházející podmínku legislativní opatření lepší podmínky pro vzdělávání personálu. 18 (28,5 %) respondentů označilo podmínku dostatek vysokoškolsky vzdělaného personálu a 26 (41,3 %) respondentů dostatek středoškolsky vzdělaného personálu. Podmínku dostatek informací k zavádění změn do praxe označilo 15 (23,8 %) ze všech dotázaných. Podmínku schopnost týmové spolupráce označilo 14 (22,2 %) respondentů. 30 (47,6 %) respondentům schází komunikace mezi jednotlivými úrovněmi managementu. 1 (1,6 %) respondent uvedl možnost jiné, ve které uvedl jako podmínku „centralizované řízení změn v ošetrovatelské péči přímo z Ministerstva zdravotnictví a jednu silnou profesní organizace (jako lékaři).“

Graf 9 Chybějící podmínky k dalšímu vzdělávání



22 (34,9 %) dotázaných uvedlo, že sestřám chybí dostatek volného času na vzdělávání. 21 (33,3 %) dotázaných uvedlo, jako podmínku chybějící pro další vzdělávání, zájem o profesionální růst. Podmínku hrazení poplatků zaměstnavatelem za vzdělávací akce uvedlo 12 (19 %) respondentů. 7 (11,1 %) z dotázaných chybí dostatek možností vzdělávat se. Možnost jiné byla označena 1x (1,6 %), kde respondent uvedl, že sestřám chybí dostatek míst v dálkových (kombinovaných) formách studia.

Graf 10 Překážky v realizaci změn v ošetrovatelské péči



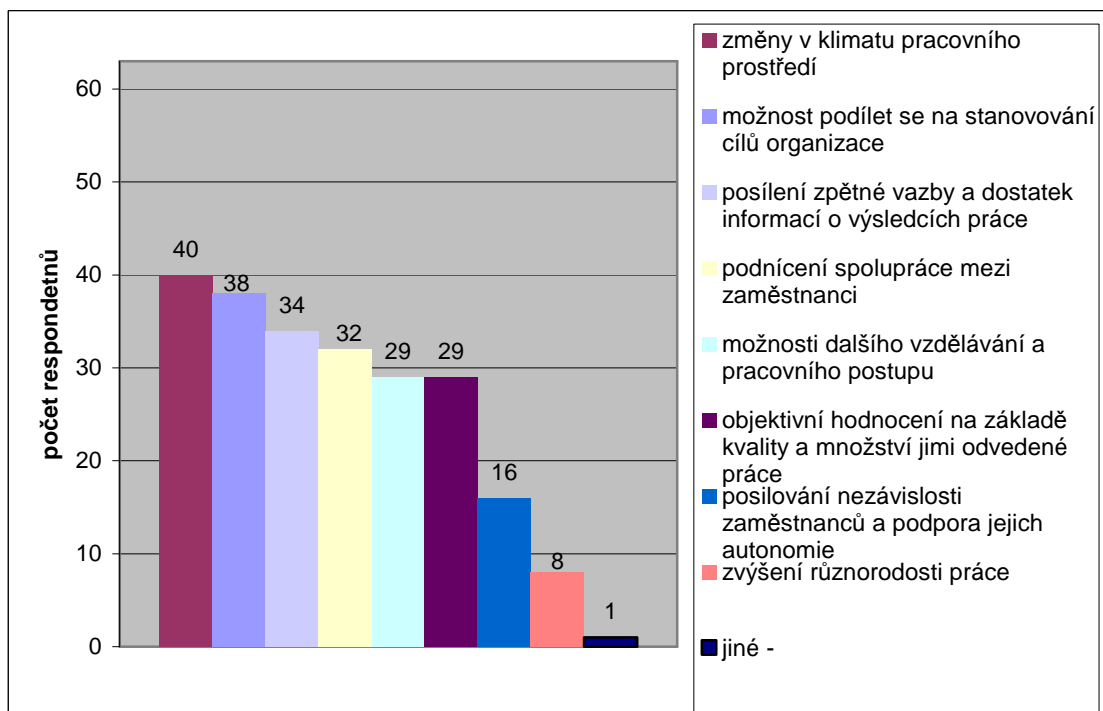
Respondenti seřadili možnosti od největší překážky (hodnota číslo 1) až po překážku nejmenší (hodnota číslo 6). Největší překážkou byl vyhodnocen odpor zaměstnanců ke změně s hodnotou 2,2. Další překážkou byla špatná komunikace s hodnotou 2,8. Překážka nedostatečný souhlas vedoucích pracovníků se strategií skončila na průměrné hodnotě 3,4. Jako další překážka bylo s průměrnou hodnotou 3,9 nedotažení změn do konce. Průměrnou hodnotu 4,3 obdržela překážka nehodné pracovní klima a nejmenší překážkou z uvedených byly vyhodnoceny nedostatečné dovednosti s průměrnou hodnotou 4,4.

Tabulka 2 Překážky v realizaci změn v ošetrovatelské péči

| Největší překážka v realizaci změn v ošetrovatelské péči | Počet odpovědí podle priority 1-6 | | | | | | průměr |
|--|-----------------------------------|----|----|----|----|----|--------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| odpor zaměstnanců ke změně | 27 | 9 | 18 | 6 | 0 | 3 | 2,2 |
| špatná komunikace | 18 | 11 | 13 | 12 | 6 | 3 | 2,8 |
| nedotažení změn do konce | 3 | 15 | 9 | 9 | 15 | 12 | 3,9 |
| nedostatečný souhlas vedoucích pracovníků se strategií | 12 | 6 | 12 | 21 | 0 | 12 | 3,4 |
| nedostatečné dovednosti | 3 | 6 | 9 | 3 | 26 | 16 | 4,4 |
| nevhodné pracovní klima | 0 | 16 | 2 | 12 | 16 | 17 | 4,3 |

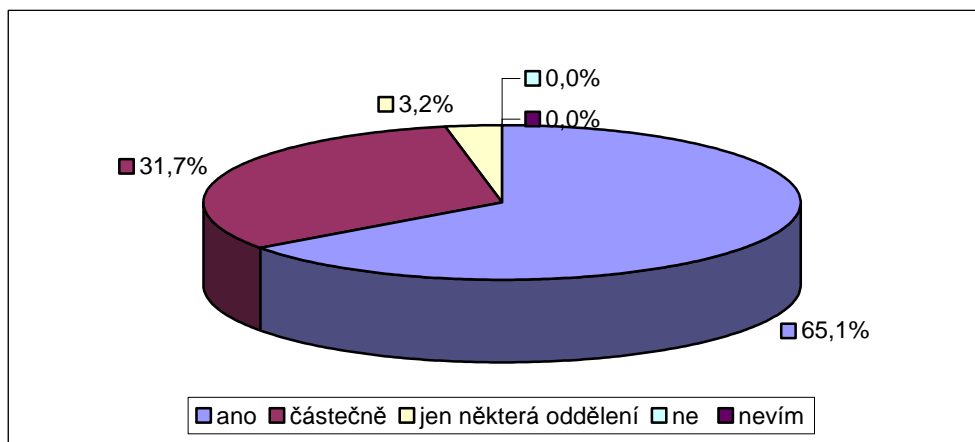
Možnost odpor zaměstnanců ke změně byla 27x označena prioritou 1, která je považována za největší překážku v realizaci změn v ošetrovatelské péči. 18 respondentů označilo jako největší překážku špatnou komunikaci. Nedotažení změn do konce bylo nejčastěji označeno prioritou 2, kterou uvedlo 15 respondentů. Nedostatečný souhlas vedoucích pracovníků se strategií 21 respondentů ohodnotilo prioritou 4. 26 respondentů u možnosti nedostatečných dovedností uvedlo prioritu 5. Nevhodné pracovní klima bylo ohodnoceno prioritou 6 v 17 případech.

Graf 11 Podmínky pro motivaci zaměstnanců



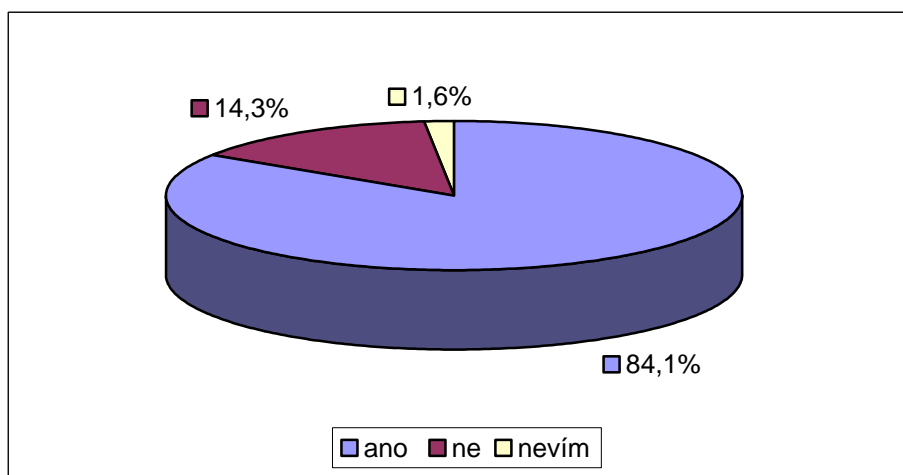
Respondenti mohli označit více odpovědí, proto se každý jednotlivý sloupec vztahuje vůči celku. Podle respondentů jsou pro motivaci nejvíce důležité změny v klimatu pracovního prostředí. Tuto možnost označilo 40 (63,5 %) z 63 (100%) respondentů. Jako další byla možnost podílet se na stanovování cílů organizace uvedená ve 38 (60,3 %) případech. Dále posílení zpětné vazby a dostatek informací o výsledcích práce v 34 (54,0 %) případech. Podnícení spolupráce mezi zaměstnanci uvedlo 34 (50,4 %) respondentů. 29 (46 %) respondentů si myslí, že pro motivaci zaměstnanců jsou důležité možnosti dalšího vzdělávání a pracovního postupu. Stejný počet respondentů označil objektivní hodnocení na základě kvality a množství jimi odvedené práce. Mezi méně časté odpovědi patřilo posilování nezávislosti zaměstnanců a podpora jejich autonomie v 16 (12,7 %) případech a zvýšení různorodosti práce v 8 (12,7 %) případech. Jinou podmínku uvedl 1 (1,6 %) respondent, který napsal „vytvoření systému pro hodnocení zaměstnanců“.

Graf 12 Práce metodou ošetrovatelského procesu



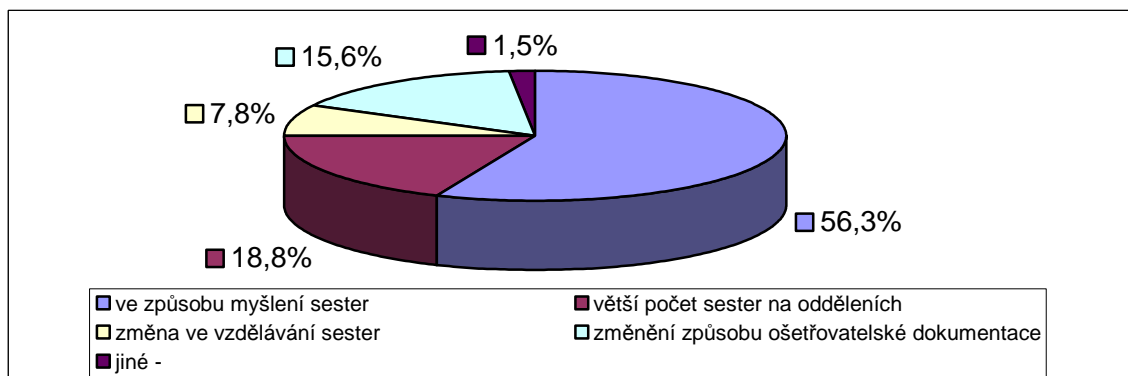
41 (65,1 %) respondentů uvedlo, že se v jejich organizaci pracuje metodou ošetrovatelského procesu. V organizaci se podle 20 (31,7 %) respondentů pracuje metodou ošetrovatelského procesu jen částečně. 2 (3,2 %) respondenti uvedli, že v jejich organizaci pracují metodou ošetrovatelského procesu pouze některá oddělení. Možnost „ne a nevím“ neoznačil ani jeden z dotázaných.

Graf 13 Důležitost ošetrovatelského procesu pro zavedení změn



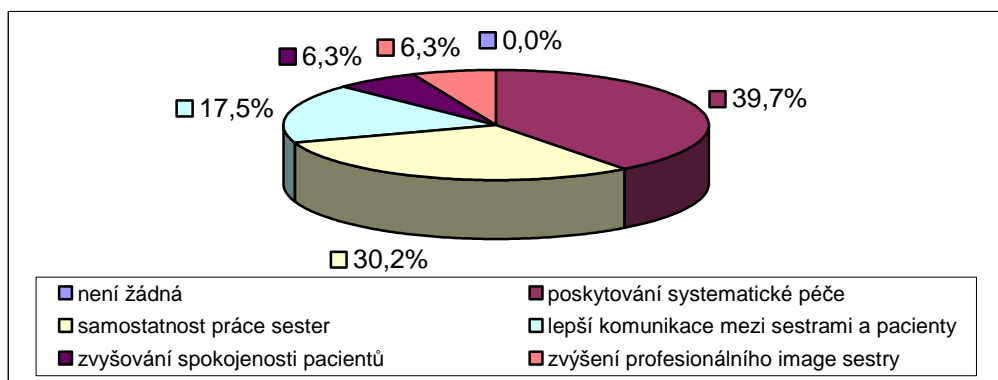
53 (84,1 %) dotázaných považuje ošetrovatelský proces za důležitý pro zavedení změn do ošetrovatelské péče. 9 (14,3 %) respondentů jej nepovažuje za důležitý a 1 (1,6 %) respondent neví, zda je důležitý.

Graf 14 Změny pro zavedení ošetrovatelského procesu



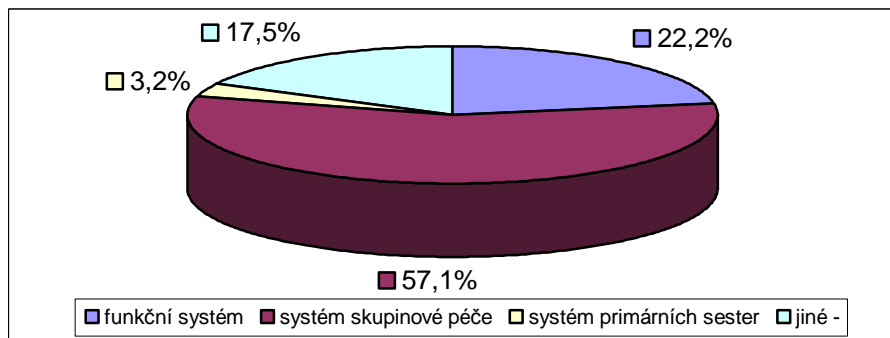
Jako nejdůležitější pro zavedení ošetrovatelského procesu vybrali respondenti změnu ve způsobu myšlení sester, kterou označili v 36 (56,3 %) případech. 12 (18,8 %) respondentů udává, že touto změnou větší počet sester na odděleních. Změnu způsobu ošetrovatelské dokumentace označilo 10 (15,6 %) dotázaných. Pro změnu ve vzdělávání bylo 5 (7,8 %) respondentů. 1 (1,5 %) respondent uvedl možnost jiné – a to změnu v myšlení lékařů.

Graf 15 Hlavní výhody ošetrovatelského procesu



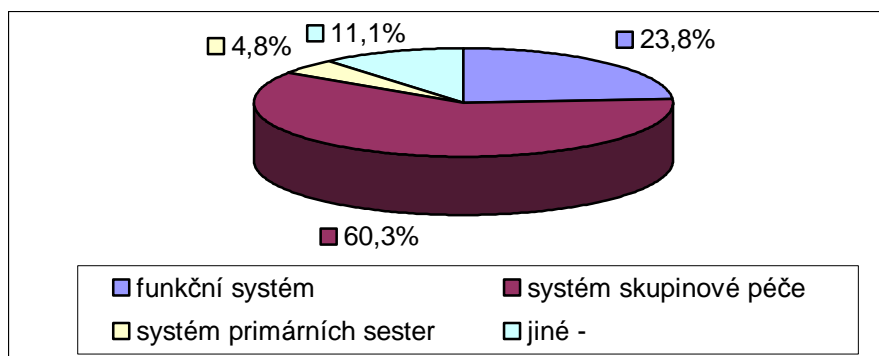
Podle respondentů je hlavní výhodou ošetrovatelského procesu poskytování systematické péče, kterou označilo 25 (39,7 %) dotázaných. 19 (30,2 %) respondentů udává, že hlavní výhodou ošetrovatelského procesu je samostatnost práce sester a 11 (17,5 %) respondentů označilo lepší komunikaci mezi sestrami a pacienty. Výhodu zvýšení profesionálního image sestry a zvyšování spokojenosti zastávají 4 (6,3 %) respondenti. Nikdo z dotázaných si nemyslí, že ošetrovatelský proces nepřináší žádné výhody.

Graf 16 Zavedený systém poskytování péče



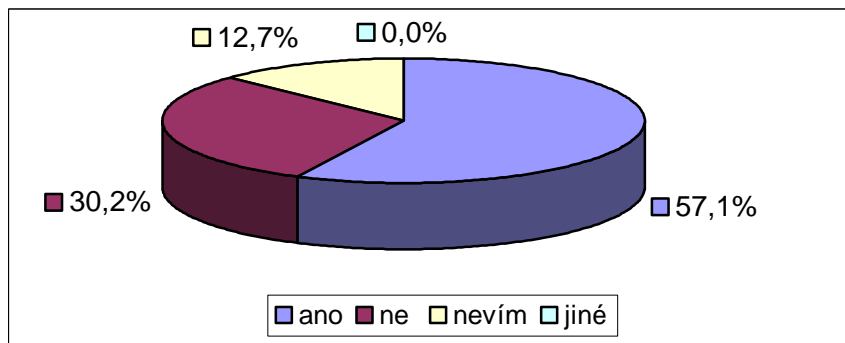
36 (57,1 %) respondentů uvedlo, že se v jejich zdravotnickém zařízení poskytuje ošetrovatelská péče systémem skupinové péče. Funkční systém péče je zaveden ve 14 (22 %) zdravotnických zařízeních. Systém primárních sester označili 2 (3,2 %) respondenti. Možnost jiné uvedlo 11 (17,5 %) respondentů, kteří napsali, že se v jejich zařízeních pracuje jak systémem funkčním, tak skupinovým.

Graf 17 Nejvhodnější systém poskytování péče pro dané podmínky



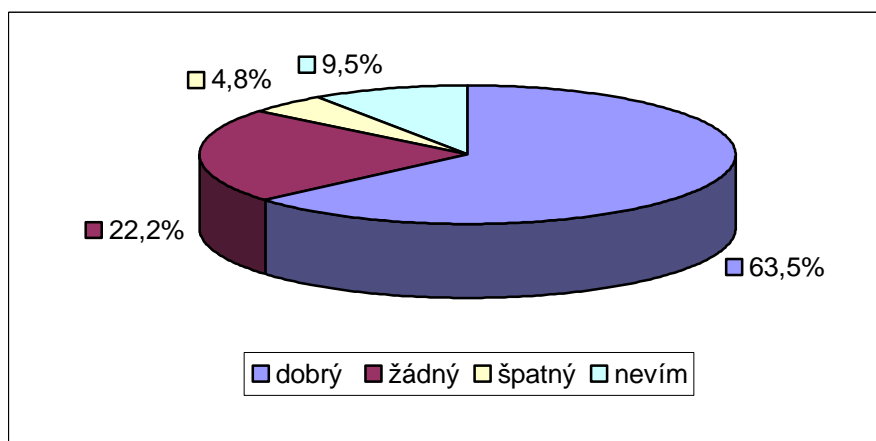
Jako nejvhodnější systém poskytování ošetrovatelské péče v podmínkách, které má respondentů 38 (60,3 %) uvedlo systém skupinové péče. Funkční systém označilo 15 (23,8 %) respondentů. 3 (4,8 %) respondenti mají nejvhodnější podmínky pro systém primárních sester. Jiný systém považuje ze nejvhodnější 7 (11,1 %) respondentů.

Graf 18 Zavedení systému skupinové péče



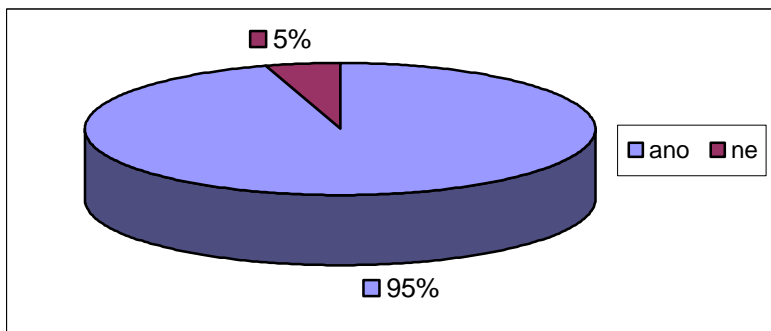
36 (57,1 %) respondentů si myslí, že je nutné zavedení skupinové péče na všech standardních odděleních. Tento názor nesdílí 19 (30,2 %) respondentů, kteří jsou toho názoru, že zavedení skupinové péče nutné není. 8 (12,7 %) respondentů neví, zdali je jeho zavedení nutné. Možnost „jiné“ neoznačil nikdo z respondentů.

Graf 19 Vliv požadované odbornosti na kvalitu péče



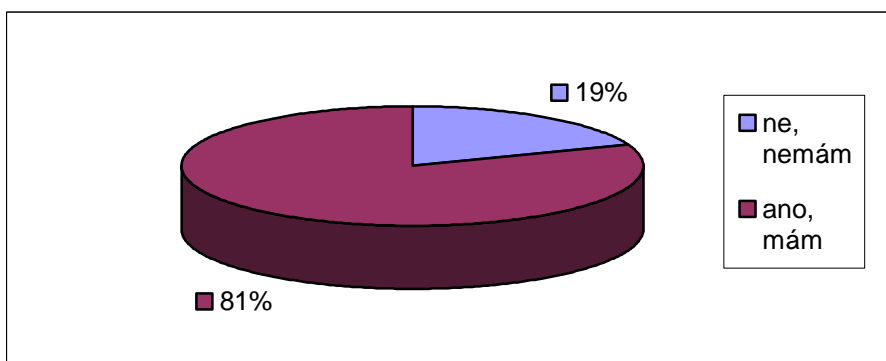
Pro 40 (63,5 %) respondentů má požadovaná odbornost ošetrovatelského personálu dle platné koncepce na personál dobrý vliv. 14 (22,2 %) respondentů uvedlo, že tato odbornost na personál nemá vliv. Podle názoru 3 (4,8 %) respondentů má tato odbornost vliv špatný. 6 (9,5 %) respondentů neví, zda má požadovaná odbornost na zaměstnance nějaký vliv.

Graf 20 Požadování předepsané odbornosti



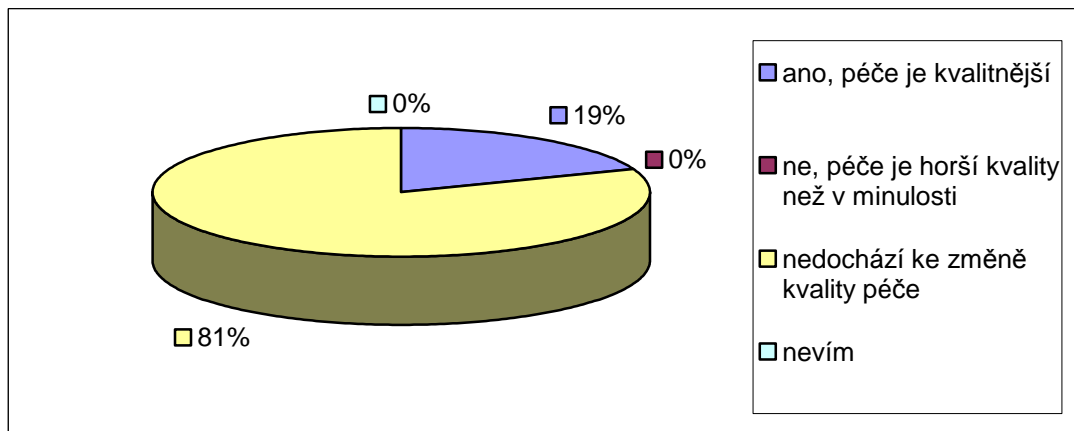
Předepsanou odbornost ošetrovatelského personálu dle koncepcie požaduje 60 (95 %) respondentů. 3 (5 %) respondenti tuto odbornost nepožadují.

Graf 21 Možnost požadování odbornosti



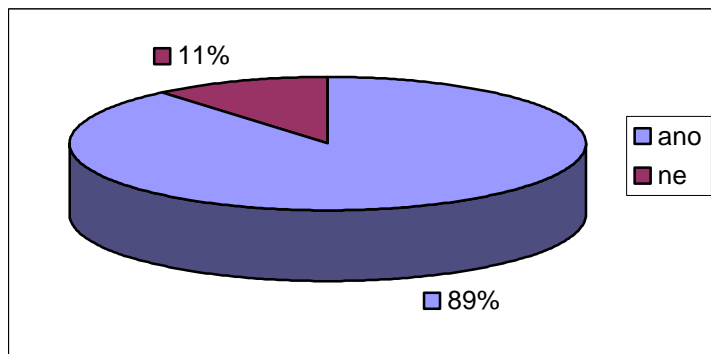
60 (81 %) respondentů má možnost požadovat předepsanou odbornost dle platné koncepcie. 12 (19 %) respondentů tuto možnost nemá.

Graf 22 Zkvalitnění ošetrovatelské péče kreditním systémem



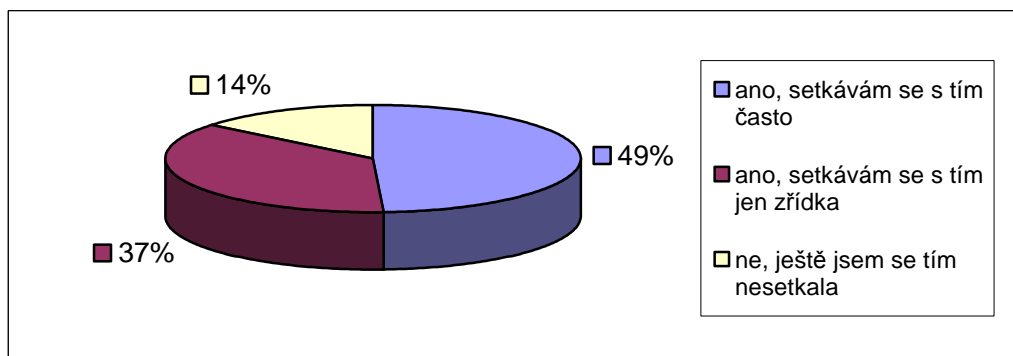
51 (81 %) respondentů si myslí, že s nově zavedeným kreditním systémem nedochází ke změně kvality péče. 12 (19 %) dotázaných považuje péči za kvalitnější. Nikdo z respondentů není toho názoru, že by docházelo ke zhoršení péče s nově zavedeným kreditním systémem. Odpověď „nevím“ neuvedl ani jeden respondent.

Graf 23 Organizování dalšího vzdělávání k získání kreditů



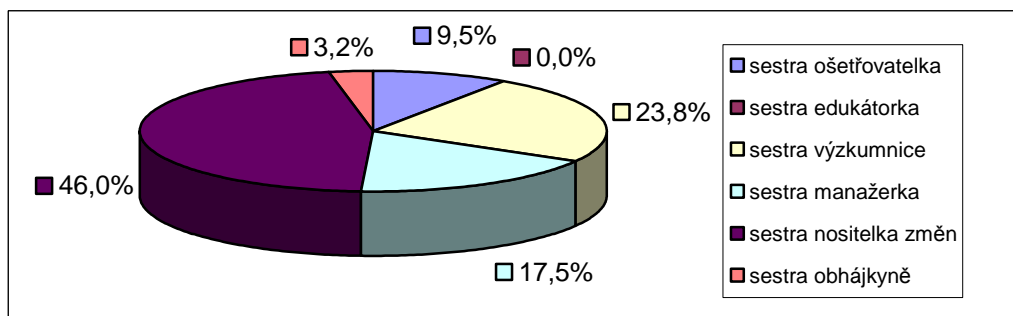
56 (89 %) respondentů organizuje další vzdělávání k získání kreditů. 7 (11 %) dotázaných další vzdělávání k získání kreditů neorganizuje.

Graf 24 Zajištění akcí k odbornému růstu



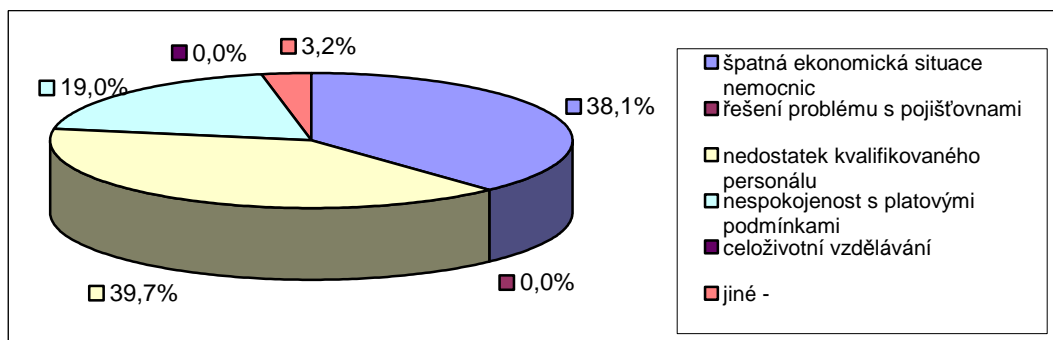
31 (49 %) respondentů se často setkává s tím, že si sestry samy zajišťují akce k odbornému růstu. 23 (37 %) respondentů se tím setkává jen zřídka. 9 (14 %) dotázaných se ještě nesetkala s tím, aby si sestry samy zajišťovaly akce k odbornému růstu.

Graf 25 Naplnění role sester



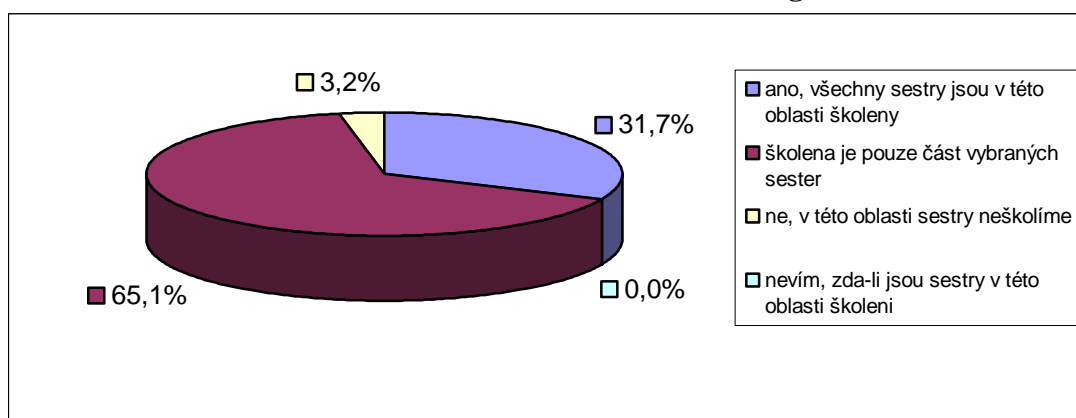
Podle 29 (46 %) respondentů se v současnosti nejhůře naplňuje role sestry nositelky změn. 15 (23,8 %) respondentů uvedlo, že nejhůře se naplňuje role sestry výzkumnice. Role sestry manažerky byla označena celkem 11 (17,5 %) respondenty a role sestry ošetřovatelky 6 (9,5 %) respondenty. Role sestry obhájkyň byla označena 2 (3,2 %) respondenty. Nikdo z respondentů nevedl roli sestry edukátorky.

Graf 26 Negativní vlivy na „Kontinuální zvyšování kvality“



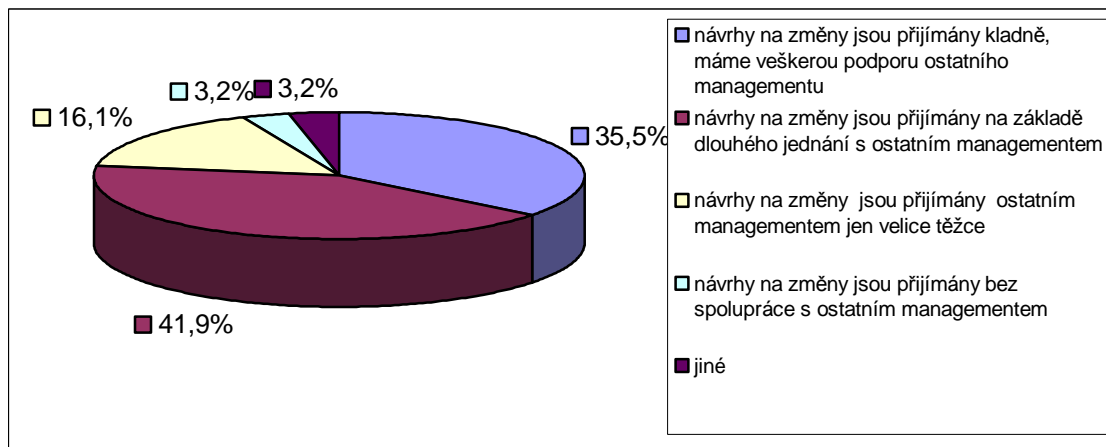
Podle 25 (39,7 %) respondentů „Kontinuální zvyšování kvality“ nejvíce ovlivňuje nedostatek kvalifikovaného personálu. 24 (38,1 %) respondentů je toho názoru, že negativní vliv je z důvodu špatné ekonomické situace nemocnic. 12 (19,0 %) dotázaných označilo jako nejvíce negativní ovlivnění nespokojenost s platovými podmínkami. Nikdo z respondentů si nemyslí, že by „Kontinuální zvyšování kvality“ negativně ovlivňovaly problémy s pojišťovnami a celoživotní vzdělávání. 2 (3,2 %) z respondentů označili možnosti „jiné“, 1 respondent nechal pole jiné prázdné a 1 respondent napsal – „nedostatek komunikačních dovedností a vzájemného respektu, malá ochota měnit zažitě stereotypy (týká se především lékařů)“.

Graf 27 Účast funkčních sester na školení v oblasti managementu změn



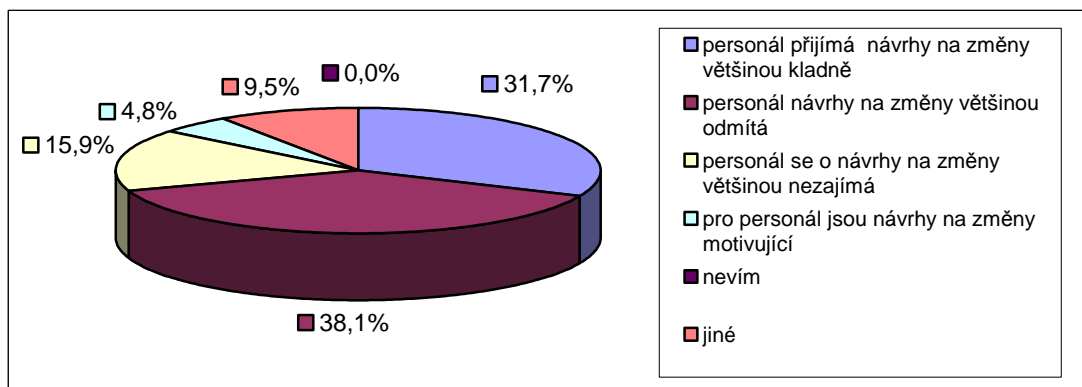
41 (65,1 %) respondentů uvedlo, že se školení zúčastnila pouze část vybraných sester. Podle 20 (31,7 %) respondentů byly proškoleny v této oblasti všechny sestry. 2 (3,2 %) z dotázaných uvedli, že sestry v oblasti managementu v zavádění změn neškolí.

Graf 28 Přijímání změn ostatním managementem



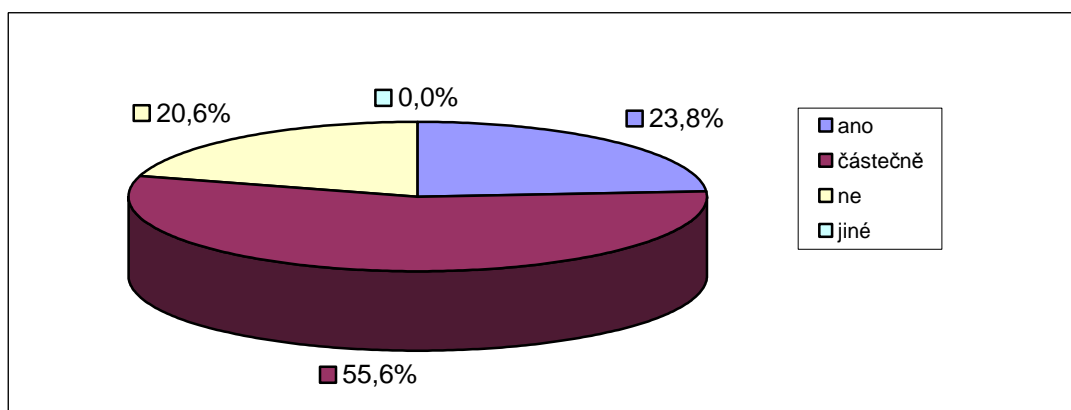
Na základě dlouhého jednání s ostatním managementem přijímá návrhy na změny 26 (41,9 %) respondentů. S veškerou podporou managementu přijímá návrhy na změny 22 (35,5 %) respondentů. Velice těžce přijímá návrhy s ostatním managementem 10 (16,1%) respondentů. 2 (3,2 %) respondenti uvedli, že na návrzích změn s ostatním managementem nespolupracují. Jiný názor uvedli 2 (3,2 %) respondenti.

Graf 29 Přijímání změn ošetrovatelským personálem



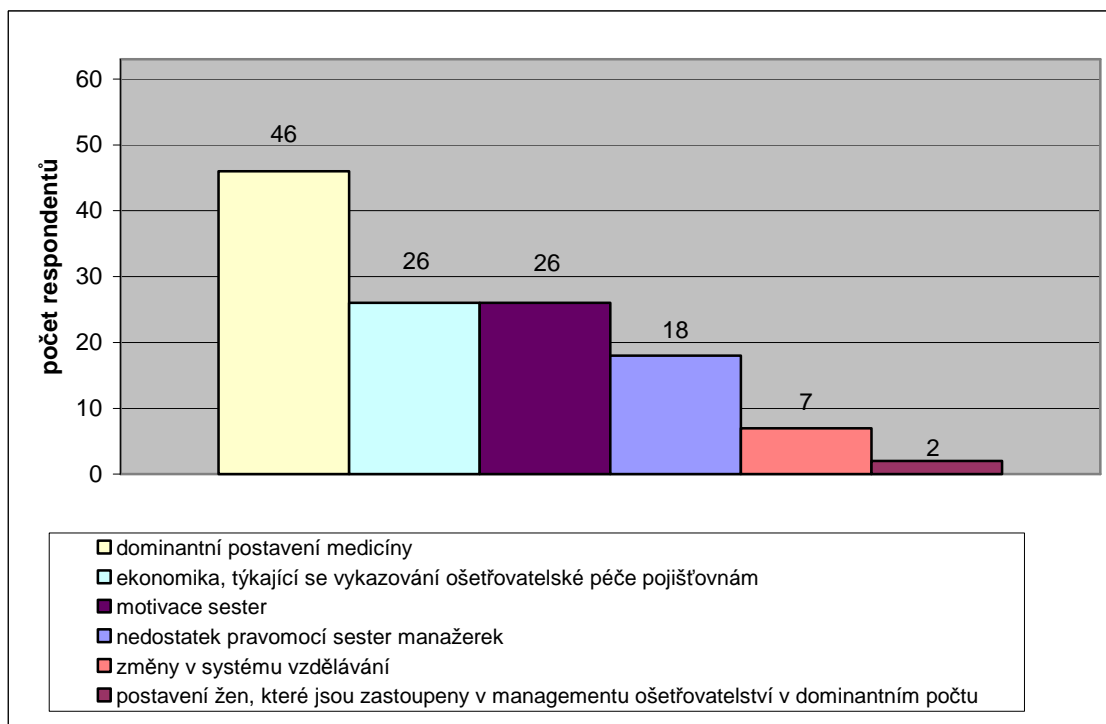
26 (38,1 %) respondentů uvedlo, že personál návrhy na změny většinou odmítá. 22 (31,7 %) respondentů uvedlo, že personál návrhy na změny většinou přijímá kladně. 10 (15,9 %) dotázaných uvedlo, že se personál o návrhy na změny nezajímá. 3 (4,8 %) respondenti uvedli, že návrhy na změny jsou pro personál motivující. Jinou možnost napsalo 6 (9,5 %) respondentů, z toho 4 respondenti napsali, že personál návrhy na změny přijímá, ale velmi nerad. 2 respondenti napsali, že změny již byly zavedeny. Možnost „nevím“ nebyla ani jednou označena.

Graf 30 Možnost uplatňování rovnocenných podmínek



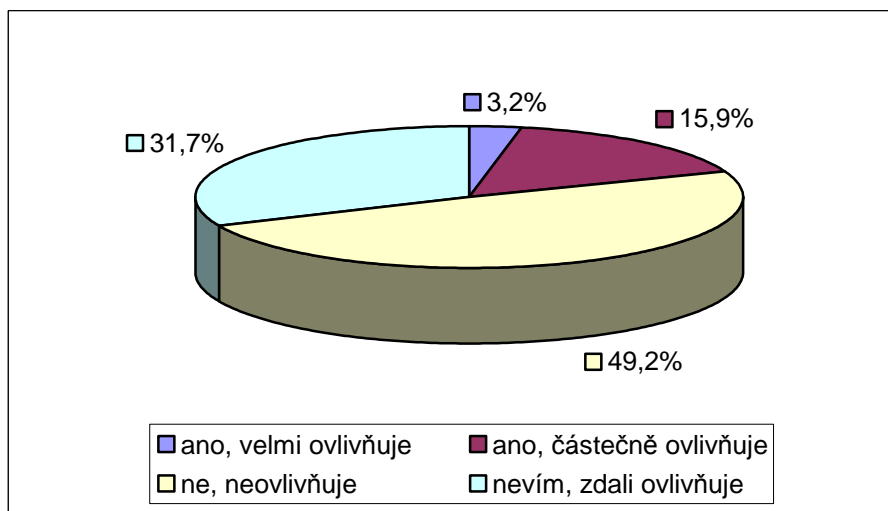
35 (55,6 %) respondentů má možnost částečně uplatňovat rovnocenné podmínky v úloze řízení zdravotnických zařízení. Rovnocenné podmínky v řízení uplatňuje 15 (23,8 %) dotazovaných. 13 (20,6 %) respondentů nemá možnost uplatňovat rovnocenné podmínky. Možnost „jiné“ nebyla označena.

Graf 31 Nejčastější faktory ovlivňující rozvoj ošetřovatelského managementu



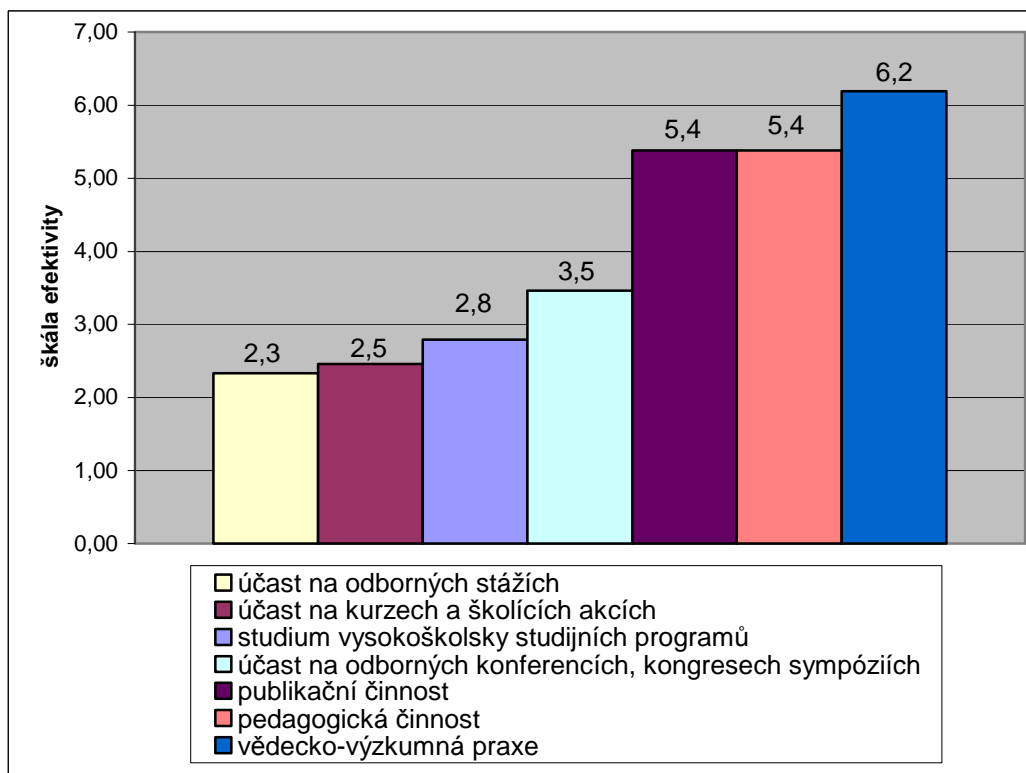
Hlavní sestry mohly označit více odpovědí, proto se každý jednotlivý sloupec vztahuje vůči celku. Z 63 (100 %) respondentů se 46 (73,0 %) respondentů domnívá, že rozvoj ošetřovatelského managementu ovlivňuje dominantní postavení medicíny. 26 (41,3 %) respondentů uvedlo, že rozvoj ošetřovatelského managementu ovlivňují motivace sester a ekonomika týkající se vykazování ošetřovatelské péče pojišťovněm. Faktor „nedostatek pravomocí sester manažerek“ uvedlo 18 (28,6 %) respondentů a faktor „změny v systému vzdělávání“ 7 (11,1 %) respondentů. 2 (3,2 %) respondenti jsou toho názoru, že mezi nejčastější faktory ovlivňující rozvoj ošetřovatelského managementu je postavení žen, které jsou zastoupeny v ošetřovatelství v dominantním počtu. Nikdo z respondentů neuvedl jiný možný faktor.

Graf 32 Názor na vliv pohlaví v ošetrovatelském managementu



31 (49,2 %) respondentů není toho názoru, že rozvoj managementu ovlivňuje dominantní počet žen v managementu ošetrovatelství. 20 (31,7 %) respondentů neví, zda dominantní počet žen v ošetrovatelském managementu ovlivňuje rozvoj managementu. Podle 10 (15,9 %) respondentů dominantní počet žen rozvoj managementu ovlivňuje čiastočne. 2 (3,2 %) respondenti uvádí, že jej veľmi ovlivňuje.

Graf 33 Formy celoživotního vzdělávání



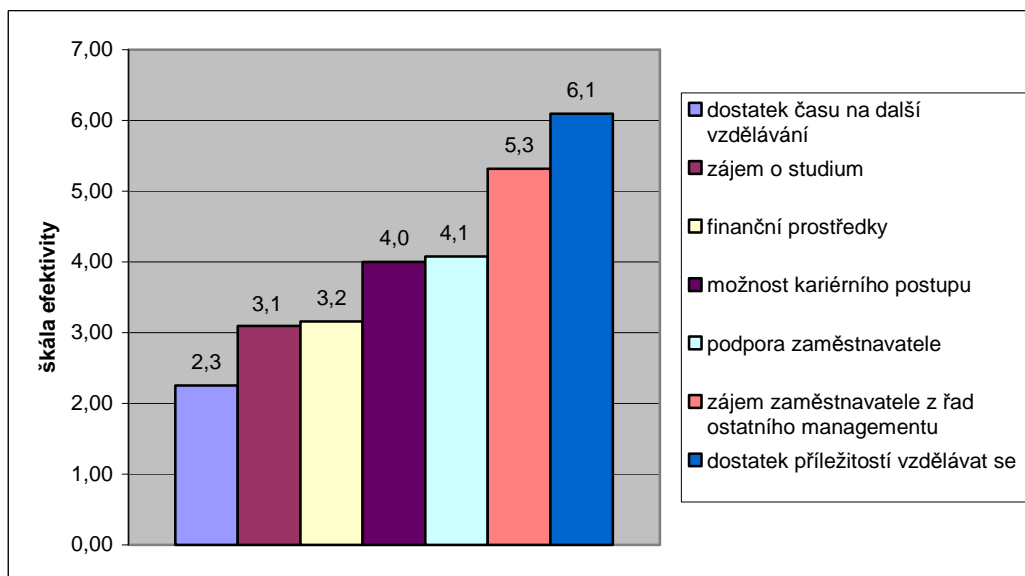
Respondenti vyjádřili efektivitu formy vzdělávání na škále od 1-7, přičemž 1 znamená nejefektivnější formu celoživotního vzdělávání. Podle respondentů je nejefektivnější formou vzdělávání účast na odborných stážích z hodnotou 2,3. Jako další byla vyhodnocena forma účasti na kurzech a školicích akcích s hodnotou 2,5. Třetí v pořadí skončilo studium vysokoškolsky studijních programů s hodnotou 2,8 . Účast na odborných konferencích, kongresech a sympóziích skončila na průměrné hodnotě 3,5. Jako méně efektivní s hodnotou 5,4 skončila pedagogická a publikační činnost. Jako nejméně efektivní formu celoživotního vzdělávání uvedli respondenti vědecko-výzkumnou praxi s hodnotou 6,2.

Tabulka 3 Formy celoživotního vzdělávání

| Formy celoživotního vzdělávání | Počet odpovědí podle priority 1-7 | | | | | | | průměr |
|---|-----------------------------------|----|----|----|----|----|----|--------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| studium vysokoškolsky studijních programů | 22 | 5 | 14 | 15 | 2 | 3 | 2 | 2,79 |
| účast na kurzech a školících akcích | 22 | 13 | 14 | 11 | 0 | 0 | 3 | 2,46 |
| účast na odborných stážích | 12 | 28 | 13 | 10 | 0 | 0 | 0 | 2,33 |
| účast na odborných konferencích, kongresech sympóziích | 4 | 17 | 18 | 12 | 2 | 2 | 8 | 3,46 |
| publikační činnost | 0 | 0 | 2 | 8 | 25 | 20 | 8 | 5,38 |
| pedagogická činnost | 3 | 0 | 0 | 3 | 21 | 33 | 3 | 5,38 |
| vědecko-výzkumná praxe | 0 | 0 | 2 | 4 | 13 | 5 | 39 | 6,19 |

Tabulka je doplňujícím údajem ke grafu 33. Uvádí přesné počty respondentů, kteří označili danou efektivitu (1-7) a formu celoživotního vzdělávání. Z výsledků vyplývá, že efektivitou 1 bylo ve 22 případech zaškrtnuto studium vysokoškolsky studijních programů a účast na kurzech a školících akcích. Účast na odborných stážích byla 28x ohodnocena efektivitou 2. Účast na odborných konferencích, kongresech a sympóziích označilo 18 respondentů efektivitou 3. Publikační činnost označili respondenti 25x efektivitou 5. Pedagogická činnosti byla 33 respondenty ohodnocena efektivitou 5. Vědecko-výzkumná praxe byla 39x označena efektivitou 7.

Graf 34 Podmínky scházející sestrám k celoživotnímu vzdělávání



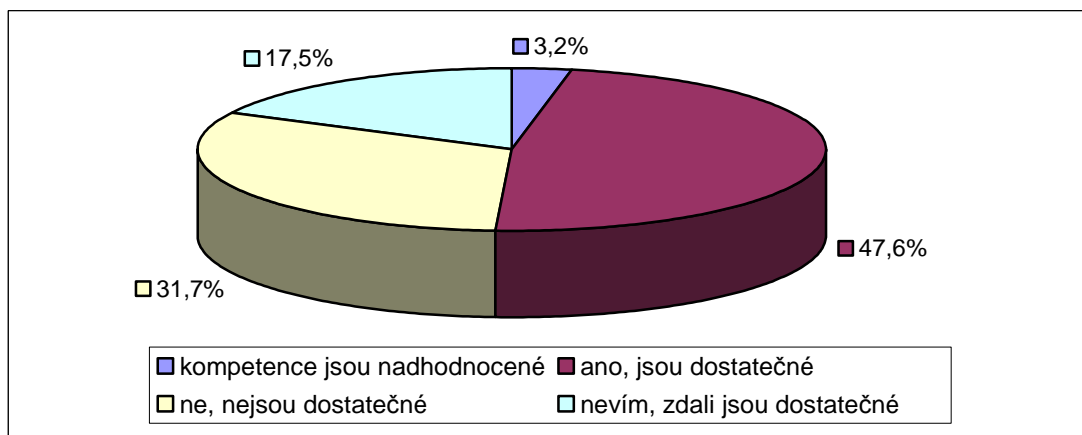
Respondenti hodnotili uvedené možnosti na škále efektivity 1-7 (přičemž priorita 1 je nejvíce scházející podmínka). Podle respondentů sestrám nejvíce schází dostatek času na další vzdělávání s hodnotou 2,3. Další důležitou podmínkou je zájem o studium s hodnotou 3,1 a finanční prostředky s hodnotou 3,2. Průměrnou hodnotu 4,0 obdržela podmínka možnosti kariérního postupu. Podpora zaměstnavatele skončila na hodnotě 4,1. Jako podmínky, které sestrám schází méně, skončily s hodnotou 5,3 nezájem zaměstnavatele z řad ostatního managementu a nedostatek příležitostí vzdělávat se s hodnotou 6,1.

Tabulka 4 Podmínky scházející sestřám k celoživotnímu vzdělávání

| Podmínky k celoživotnímu vzdělávání | Počet priorit 1-7 | | | | | | | průměr |
|--|-------------------|----|----|----|----|----|----|--------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| dostatek času na další vzdělávání | 24 | 15 | 15 | 6 | 0 | 2 | 1 | 2,3 |
| zájem o studium | 17 | 6 | 12 | 15 | 9 | 3 | 1 | 3,1 |
| finanční prostředky | 5 | 17 | 22 | 8 | 6 | 3 | 2 | 3,2 |
| podpora zaměstnavatele | 6 | 8 | 9 | 15 | 12 | 3 | 10 | 4,1 |
| možnost kariérního postupu | 6 | 6 | 4 | 15 | 30 | 2 | 0 | 4,0 |
| zájem zaměstnavatele z řad ostatního managementu | 5 | 3 | 1 | 1 | 3 | 48 | 2 | 5,3 |
| dostatek příležitostí vzdělávat se | 0 | 8 | 0 | 3 | 3 | 2 | 47 | 6,1 |

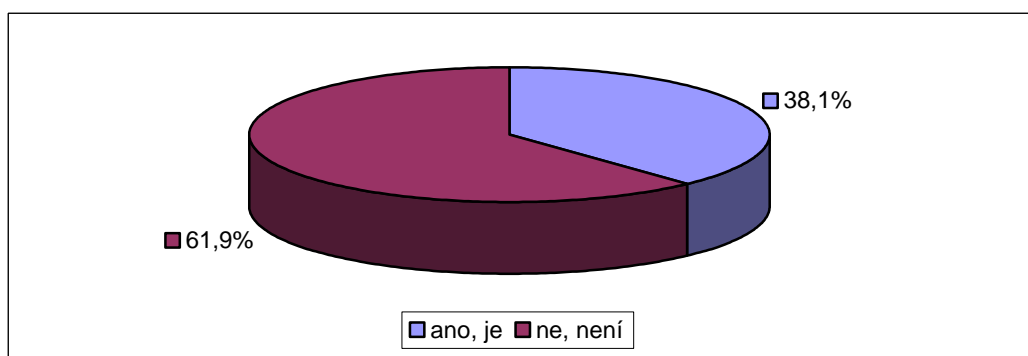
Tabulka 4 je doplňujícím údajem ke grafu 34. Z výsledků vyplývá, že nejvíce respondentů (24) přiřadilo nejvyšší prioritu 1 k podmínce „dostatek času na další vzdělávání“. Možnost „zájem o studium“ zvolilo 17 respondentů jako prioritu 1. Finanční prostředky byly zvoleny 22 respondenty jako priorita 3. Podporu zaměstnavatele hodnotili respondenti nejčastěji prioritou 4 a to v 15 případech. 30 respondentů uvedlo prioritu 5 u podmínky „možnost kariérního postupu“. Zájem zaměstnavatele z řad ostatního managementu byl hodnocen 48 respondenty prioritou 6. U nejnižší priority 7 byl nejčastěji 47x uveden „dostatek příležitostí vzdělávat se“.

Graf 35 Dostatečnost kompetencí dle Vyhlášky MZČR 424/2004 Sb.



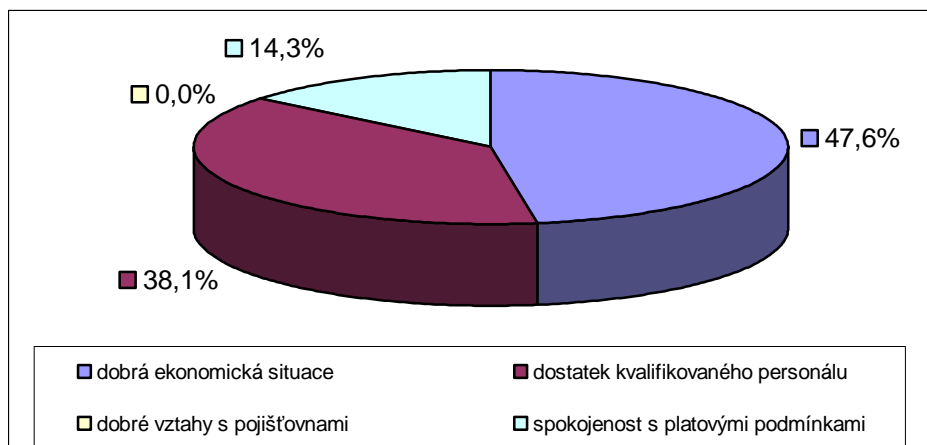
31 (47,6 %) respondentů si myslí, že kompetence ošetrovatelského personálu dle Vyhlášky MZČR 424/2004 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků jsou dostatečné. 20 (31,7 %) respondentů je toho názoru, že kompetence personálu nejsou dostatečné. 11 (17,5 %) dotazovaných neví, zda jsou tyto kompetence dostačující. 2 (3,2 %) respondenti uvedli, že jsou kompetence nadhodnocené.

Graf 36 Sestra – plnohodnotný a rovnocenný člen multidisciplinárního týmu



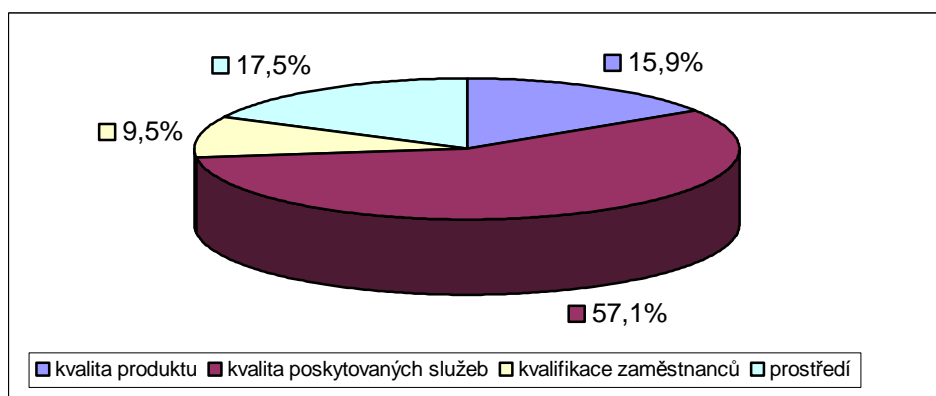
Podle názoru 39 (61,9 %) respondentů v současnosti sestra není plnohodnotným a rovnocenným členem multidisciplinárního týmu. Opak si myslí 24 (38,1 %) dotázaných.

Graf 37 Faktor scházející při programu Kontinuálního zvyšování kvality



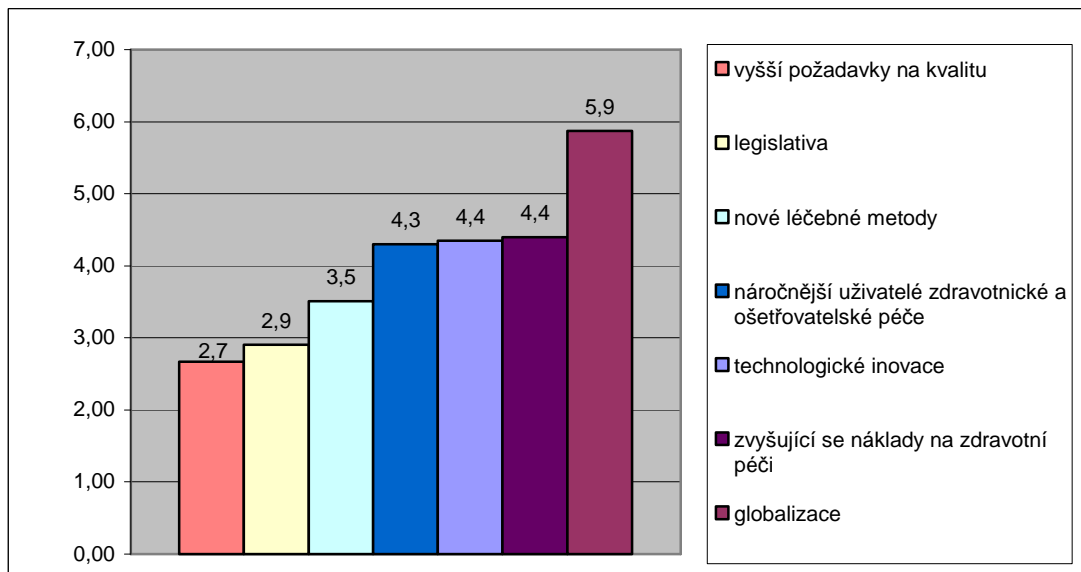
Podle 30 (47,6 %) respondentů je nejčastějším faktorem, který schází při „Kontinuálním zvyšování kvality“ dobrá ekonomická situace. 24 (38,1 %) respondentů uvedlo, že tímto faktorem je dostatek kvalifikovaného personálu. Faktor spokojenost s platovými podmínkami označilo 9 (14,3 %) respondentů. Nikdo z dotázaných nevedl faktor „dobré vztahy s pojišťovnami“.

Graf 38 Oblasti hodnotící kvalitu



36 (57,1 %) respondentů si myslí, že nejdůležitější oblastí, na základě které se hodnotí kvalita, je kvalita poskytovaných služeb. 11 (17,5 %) dotázaných uvedlo oblast prostředí, ve kterém se péče poskytuje. Pro oblast kvality produktu se vyjádřilo 10 (15,9 %) respondentů. Nejnižší počet respondentů 6 (9,5 %) označil oblast kvalifikace zaměstnanců.

Graf 39 Důvody v přibývání změn v ošetrovatelství



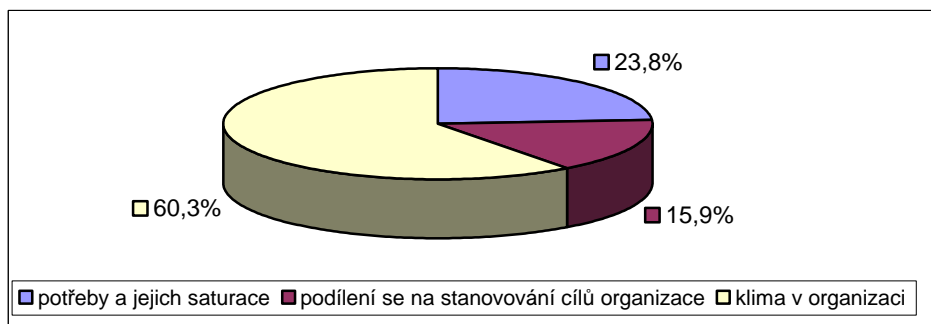
Graf vyjadřuje průměrné hodnoty od 1-7, přičemž priorita 1 znamená nejčastější důvod v přibývání změn. Podle názoru respondentů jsou nejčastějším důvodem v přibývání změn vyšší požadavky na kvalitu s průměrnou hodnotou 2,7 a legislativa s hodnotou 2,9. Na průměrné hodnotě 3,5 byly vyhodnoceny nové léčebné metody. Náročnější uživatelé zdravotnické a ošetrovatelské péče byly vyhodnoceny na průměrné hodnotě 4,3. Oblasti zvyšujících se nákladů na zdravotní péči a technologických inovací byly respondenti vyhodnoceny na stejné hodnotě 4,4. Globalizace skončila s hodnotou 5,9 jako nejméně častý důvod v přibývání změn v ošetrovatelství.

Tabulka 5 Důvody v přibývání změn v ošetrovatelství

| Důvod v přibývání změn v ošetrovatelství | Priorita 1-7 | | | | | | | průměr |
|---|--------------|----|----|----|----|----|----|--------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| technologické inovace | 4 | 4 | 15 | 14 | 0 | 21 | 5 | 4,3 |
| globalizace | 1 | 4 | 3 | 6 | 6 | 3 | 40 | 5,9 |
| legislativa | 24 | 8 | 6 | 6 | 14 | 4 | 1 | 2,9 |
| nové léčebné metody | 15 | 3 | 13 | 8 | 17 | 5 | 2 | 3,5 |
| zvyšující se náklady na zdravotní péči | 0 | 8 | 12 | 14 | 9 | 16 | 4 | 4,4 |
| vyšší požadavky na kvalitu | 18 | 21 | 3 | 9 | 9 | 3 | 0 | 2,7 |
| náročnější uživatelé zdravotnické a ošetrovatelské péče | 1 | 15 | 11 | 6 | 8 | 11 | 11 | 4,3 |

Tabulka 5 je doplňujícím údajem ke grafu 39. Technologické inovace označilo 21 respondentů prioritou 6. 40 respondentů uvedlo prioritu 7 k možnosti globalizace. Legislativa je oblastí, kde 24 respondentů označilo nejvyšší prioritu 1. Oblast nových léčebných metod uvedlo 17 respondentů prioritou 5. 16 respondentů přiřadilo prioritu 6 ke zvyšujícím se nákladů na zdravotní péči. 21 respondentů označilo prioritu 2 k vyšším požadavkům na kvalitu. Možnost náročnějších uživatelé zdravotnické a ošetrovatelské péče byla 15 respondenty uvedena jako priorita 2.

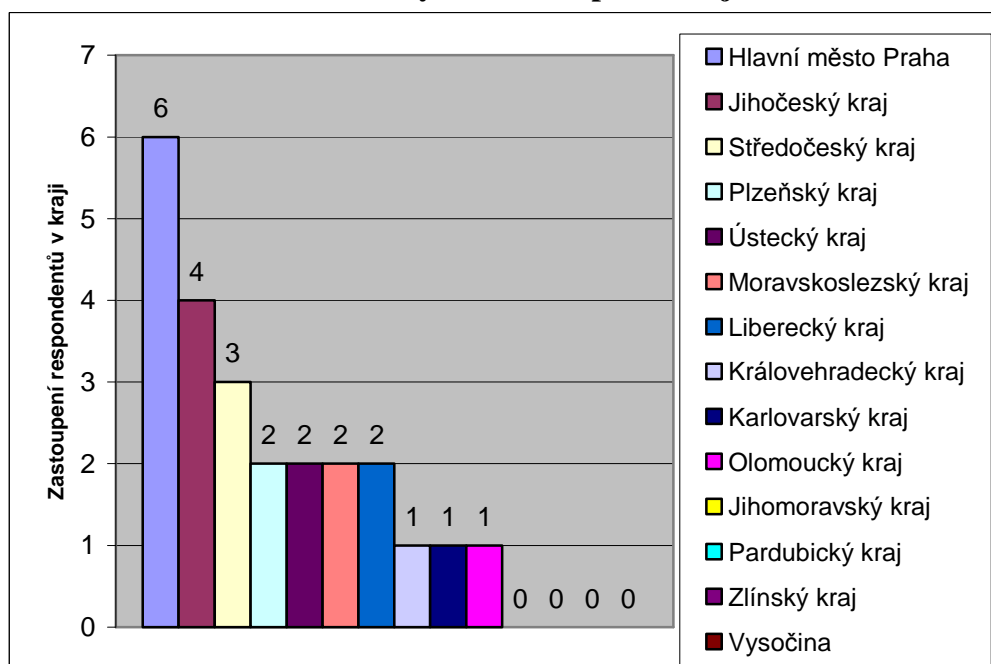
Graf 40 Motivační faktor v řízení lidských zdrojů



Za nejdůležitější motivační faktor v rámci řízení lidských zdrojů považuje 38 (60,3 %) respondentů klima v organizaci. 15 (23,8 %) respondentů si myslí, že tímto faktorem jsou potřeby a jejich saturace. Podílení se a stanovování cílů organizace je nejdůležitějším motivačním faktorem pro 10 (15,9 %) respondentů.

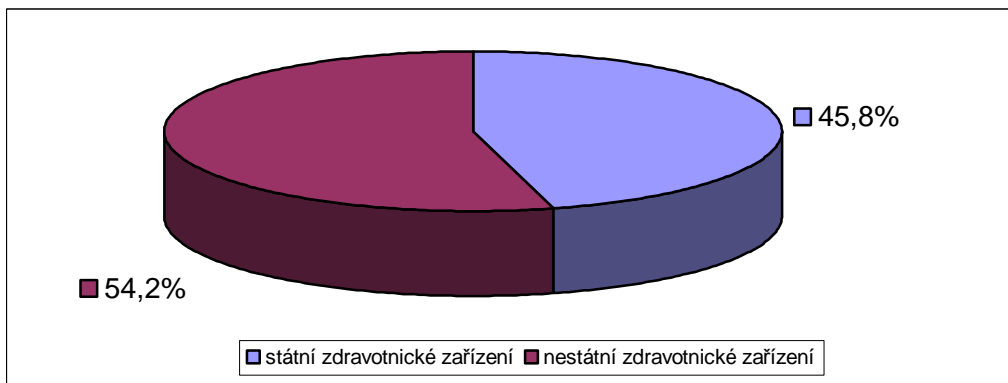
4.2 Soubor respondentů - lékaři - manažeři

Graf 41 Rozdělení zdravotnických zařízení podle krajů



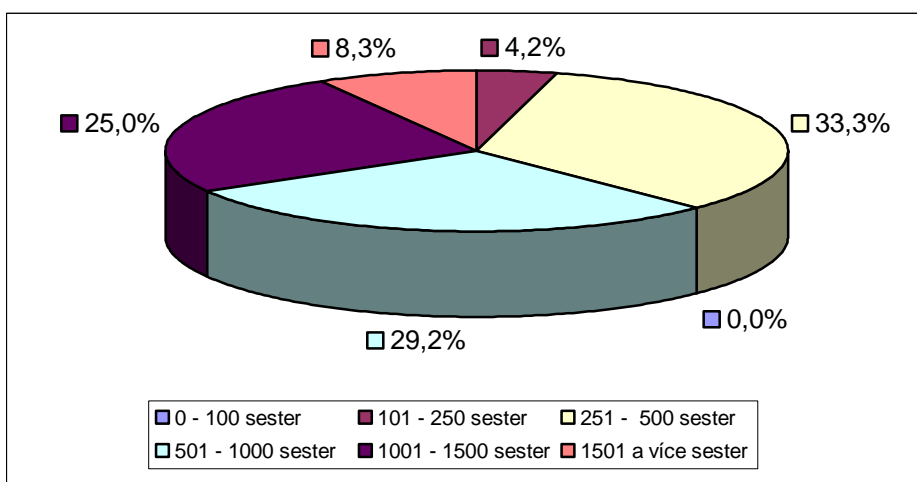
6 dotazníků bylo vyplněno v hlavním městě Praze, dále následovaly Jihočeský kraj se 4, Středočeský kraj se 3, Plzeňský kraj, Ústecký kraj, Moravskoslezský kraj a kraj Liberecký se 2 vyplněnými dotazníky. 1 dotazník byl odeslán zpět z kraje Královeshradeckého, Karlovarského a Olomouckého. Z kraje Jihomoravského, Pardubického, Zlínského a kraje Vysočina, nepřišel zpět žádný vyplněný dotazník.

Graf 42 Typ zdravotnického zařízení



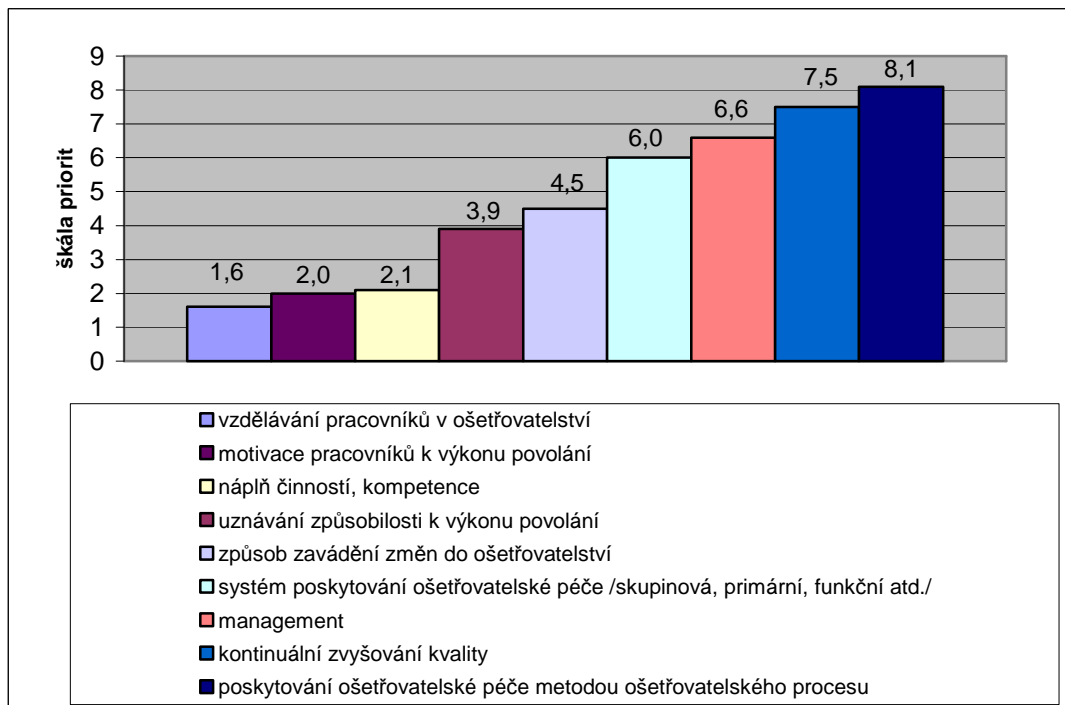
13 (54,2 %) lékařů, kteří vyplnili dotazník, pracuje v nestátním zdravotnickém zařízení. 11 (45,8 %) lékařů pracuje ve státním zařízení.

Graf 43 Počet sester ve zdravotnickém zařízení



Z 24 zdravotnických zařízení jich 8 (33,3 %) zaměstnává 251-500 sester. 7 (29,2 %) zdravotnických zařízení zaměstnává 501-1000 sester. 6 (25,0 %) zdravotnických zařízení zaměstnává 1001-1500 sester. 2 (8,3 %) zdravotnická zařízení zaměstnávají 1501 a více sester. 1 (4,2 %) zdravotnické zařízení zaměstnává 0-100 sester.

Graf 44 Oblasti změn v ošetrovatelství



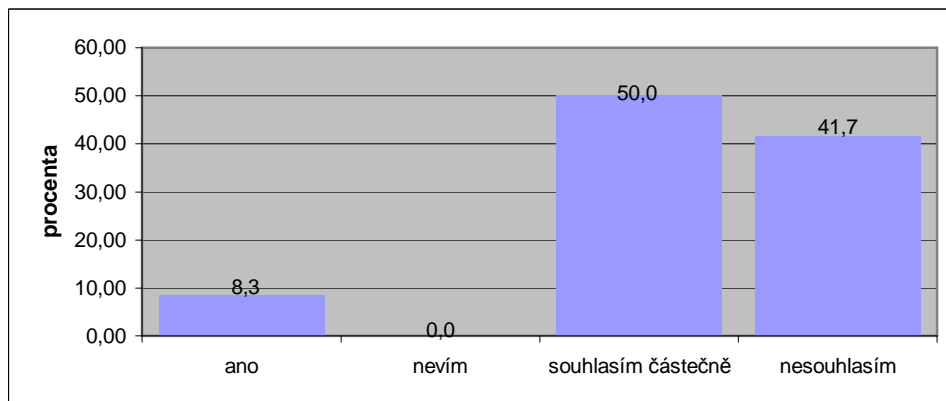
Respondenti označili jednotlivé body škálou od 1-9, přičemž prioritou 1 znamenala v oblasti, která by se měla změnit nejvíce. Z výsledků vyplývá, že by se nejvíce měla změnit oblast vzdělávání pracovníků v ošetrovatelství s průměrnou hodnotou 1,6. Následují motivace pracovníků k výkonu povolání s průměrnou hodnotou 2,0, náplň činností, kompetence s průměrnou hodnotou 2,1, uznávání způsobilosti k výkonu povolání s průměrnou hodnotou 3,9, způsob zavádění změn do ošetrovatelství s průměrnou hodnotou 4,5. Systém poskytování ošetrovatelské péče byl vyhodnocen na průměrné hodnotě 6,0, management na průměrné hodnotě 6,6. Kontinuální zvyšování kvality skončilo s průměrnou hodnotou 7,5 a jako oblast změn, která by se měla změnit nejméně z uvedených je poskytování ošetrovatelské péče metodou ošetrovatelského procesu s hodnotou 8,1.

Tabulka 6 Oblasti změn v ošetrovatelství

| Oblasti změn v ošetrovatelství | Počet odpovědí podle priority 1 - 9 | | | | | | | | | Průměr |
|--|-------------------------------------|----|----|---|---|---|---|---|----|--------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | |
| vzdělávání pracovníků v ošetrovatelství | 15 | 2 | 3 | 1 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 1,6 |
| uznávání způsobilosti k výkonu povolání | 2 | 6 | 1 | 5 | 6 | 0 | 3 | 1 | 0 | 3,9 |
| náplň činností, kompetence | 4 | 10 | 5 | 2 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2,1 |
| system poskytování ošetrovatelské péče /skupinová, primární, funkční atd./ | 0 | 0 | 1 | 0 | 7 | 9 | 3 | 3 | 1 | 6,0 |
| motivace pracovníků k výkonu povolání | 0 | 4 | 11 | 5 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2,0 |
| management | 3 | 0 | 0 | 1 | 3 | 3 | 6 | 4 | 4 | 6,6 |
| kontinuální zvyšování kvality | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 5 | 8 | 5 | 7,5 |
| způsob zavádění změn do ošetrovatelství | 0 | 2 | 3 | 9 | 4 | 1 | 1 | 2 | 2 | 4,5 |
| poskytování ošetrovatelské péče metodou ošetrovatelského procesu | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 4 | 6 | 12 | 8,1 |

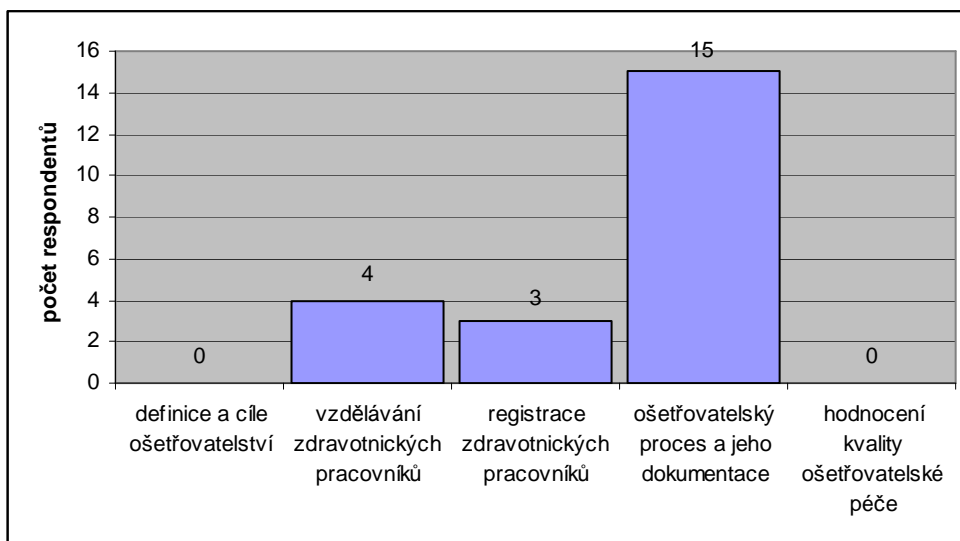
Tabulka 6 je doplňujícím údajem ke grafu 44. Uvádí přesný počet respondentů, kteří uvedli u každé možnosti priority od 1-9, přičemž 1 znamená oblast, která by se měla nejvíce změnit. Oblast vzdělávání pracovníků v ošetrovatelství respondenti hodnotili prioritou 1 v 15 případech. Uznávání způsobilosti k výkonu povolání bylo 6 respondenty označeno prioritou 2 a prioritou 5. Náplň činností, kompetence byla 10 respondenty označena prioritou 2. Oblast systému poskytování ošetrovatelské péče byla uvedena 9 respondenty jako priorita 6. 11 z dotazovaných uvedlo u oblasti motivace pracovníků k výkonu povolání prioritu 3. Oblast managementu respondenti hodnotili 6x prioritou 7. 8 respondentů k oblasti kontinuálního zvyšování kvality přiřadilo prioritu 8. Způsob zavádění změn do ošetrovatelství byl 9 respondenty označen prioritou 4. Oblast poskytování ošetrovatelské péče metodou ošetrovatelského procesu byla 12 respondenty ohodnocena prioritou 9.

Graf 45a Souhlas s podobou Koncepce ošetrovatelství



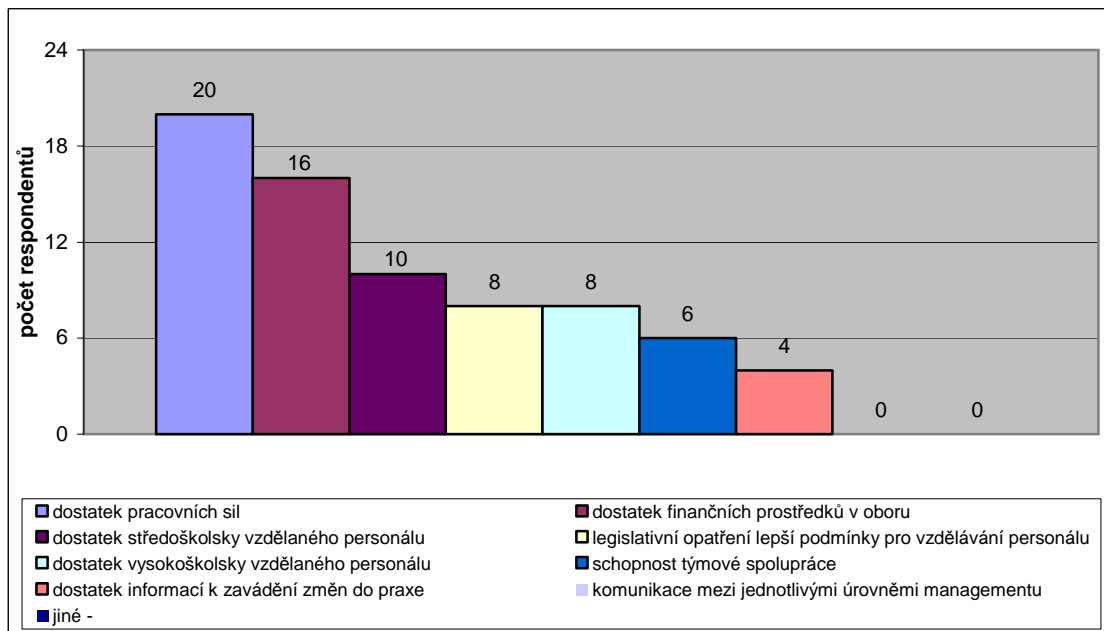
Se současnou podobou koncepce ošetrovatelství souhlasí 2 (8,3 %) dotázaní. 12 (50,0 %) dotázaných s ní souhlasí částečně. 10 (41,7 %) respondentů s ní nesouhlasí.

Graf 45b Body nesouhlasu s Konceptí ošetrovatelství



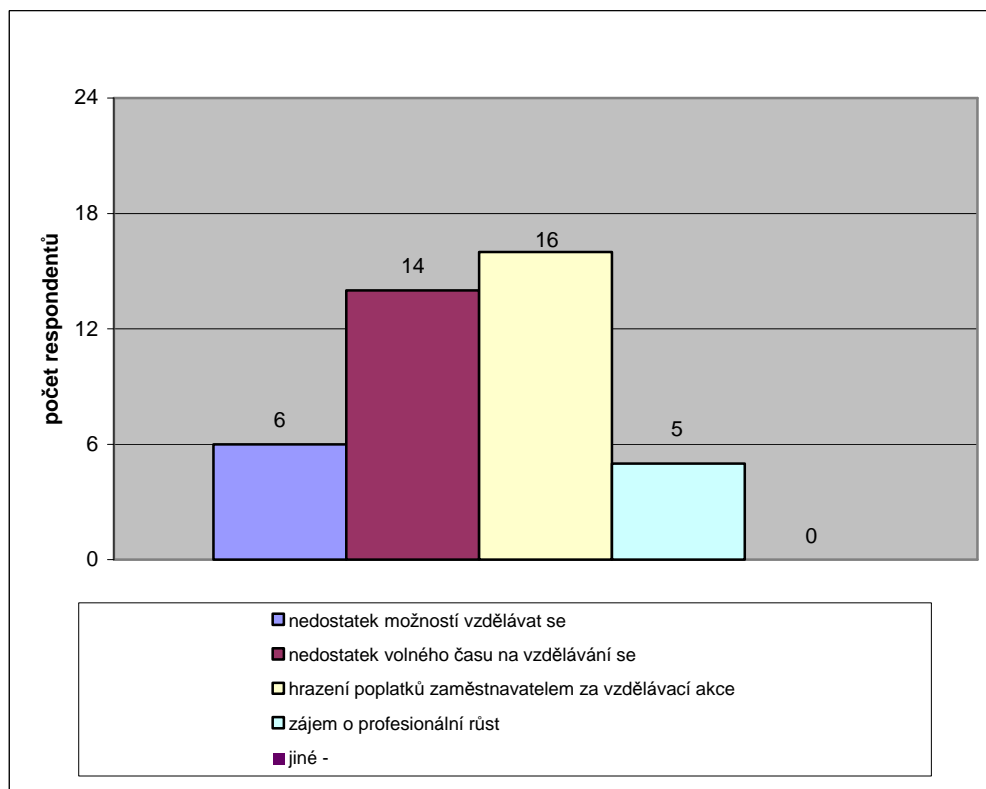
Z 24 (100%) respondentů 15 (68,2 %) nesouhlasí s podobou ošetrovatelského procesu a jeho dokumentací. 4 (18,2 %) respondenti nesouhlasí se vzděláváním zdravotnických pracovníků. 3 (13,6 %) respondenti uvedli, že nesouhlasí s podobou registrace zdravotnických pracovníků. Respondenti mohli zvolit více možností odpovědi.

Graf 46 Podmínky scházející k zavedení změn do ošetrovatelské péče



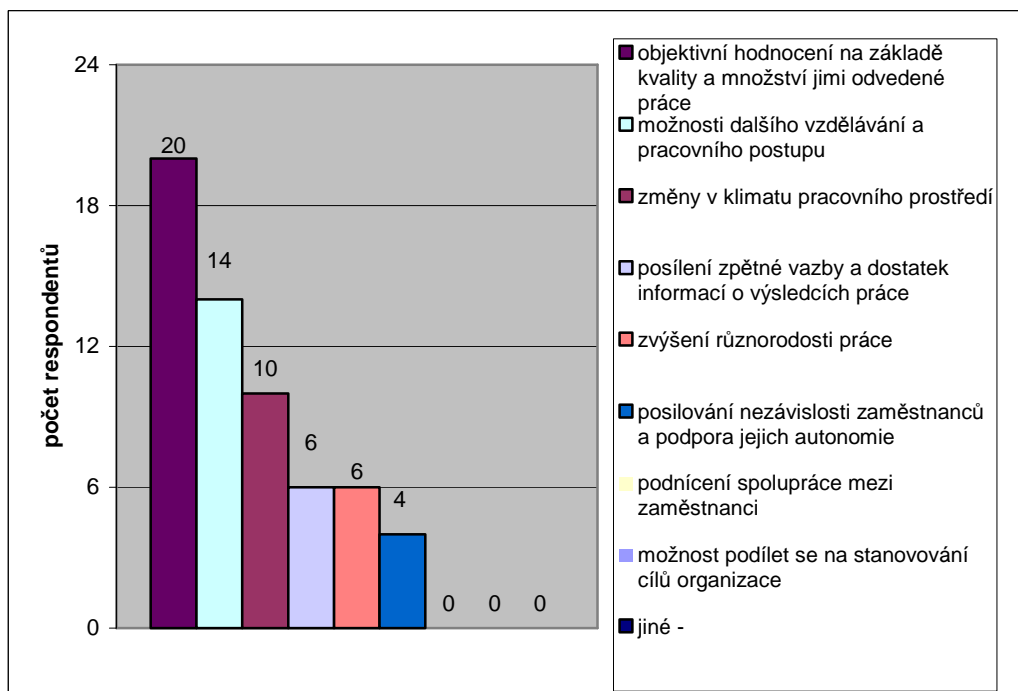
Respondenti mohli označit více odpovědí, proto se každý jednotlivý sloupec vztahuje vůči celku. 20 (83,3 %) ze 24 (100%) respondentů uvedlo jako podmínku scházející k zavedení změn do ošetrovatelské péče dostatek pracovních sil. 16 (66,7 %) respondentů označilo podmínku dostatek finančních prostředků v oboru. 8 (33,3 %) respondentů uvedlo jako scházející podmínku legislativní opatření lepší podmínky pro vzdělávání personálu. 8 (33,3 %) respondentů označilo podmínku dostatek vysokoškolsky vzdělaného personálu a 10 (41,7 %) respondentů dostatek středoškolsky vzdělaného personálu. Podmínku dostatek informací k zavádění změn do praxe označili 4 (16,7 %) ze všech dotázaných. Podmínku schopnost týmové spolupráce označilo 6 (25,5 %) respondentů. Žádný z respondentů nevedl, že schází komunikace mezi jednotlivými úrovněmi managementu.

Graf 47 Chybějící podmínky k dalšímu vzdělávání



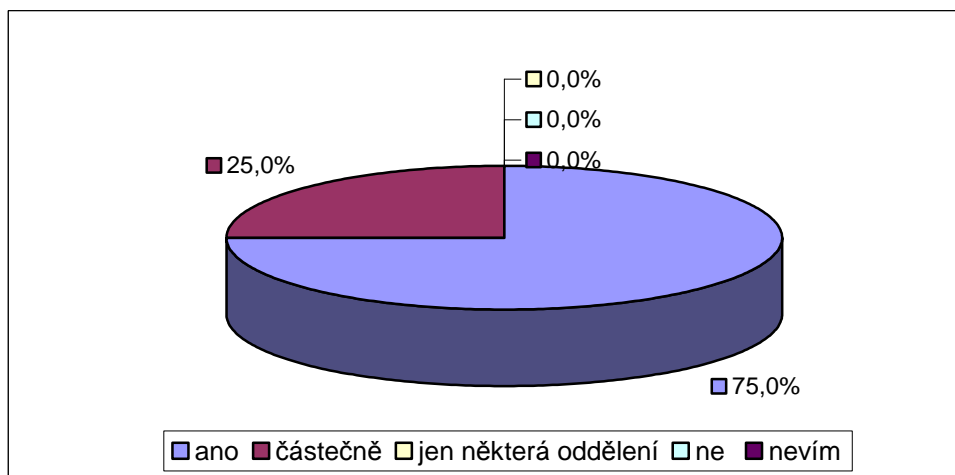
Respondenti mohli označit více odpovědí, proto se každý jednotlivý sloupec vztahuje vůči celku. Podmínku hrazení poplatků zaměstnavatelem za vzdělávací akce uvedlo 16 (66,7 %) ze 24 (100 %) respondentů. 14 (58,3 %) z dotázaných uvedlo, že sestrám chybí dostatek volného času na vzdělávání. 6 (25,0 %) z dotázaných chybí dostatek možností vzdělávat se. 5 (20,8 %) dotázaných uvedlo jako podmínku chybějící pro další vzdělávání zájem o profesionální růst. Možnost „jiné“ nebyla respondenty označena.

Graf 48 Podmínky pro motivaci zaměstnanců



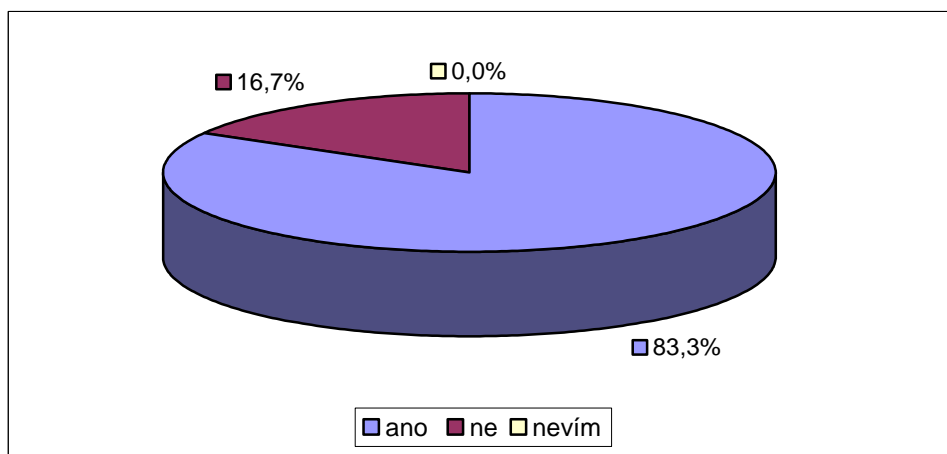
Lékaři mohli označit více odpovědí, proto se každý jednotlivý sloupec vztahuje vůči celku. Podle respondentů je pro motivaci nejvíce důležité objektivní hodnocení na základě kvality a množství jimi odvedené práce. Tuto možnost označilo 20 (83,3 %) ze 24 (100%) respondentů. 14 (58,3 %) ze všech respondentů považuje za důležité možnosti dalšího vzdělávání a pracovního postupu a 10 (41,7 %) respondentů si myslí, že pro zaměstnance je motivující změna klimatu pracovního prostředí. 6 (25,0 %) respondentů uvedlo jako podmínku pro motivaci zvýšení různorodostí práce a stejný počet respondentů označil podmínku posílení zpětné vazby a dostatek informací o výsledcích práce. 4 (16,7 %) respondenti uvedli posilování nezávislosti zaměstnanců a podporu jejich autonomie. Nikdo z dotazovaných neuvedl možnost podílet se na stanovování cílů organizace a podněcení spolupráce mezi zaměstnanci. Žádná další podmínka pro motivaci zaměstnanců nebyla respondenty uvedena.

Graf 49 Práce metodou ošetrovatelského procesu



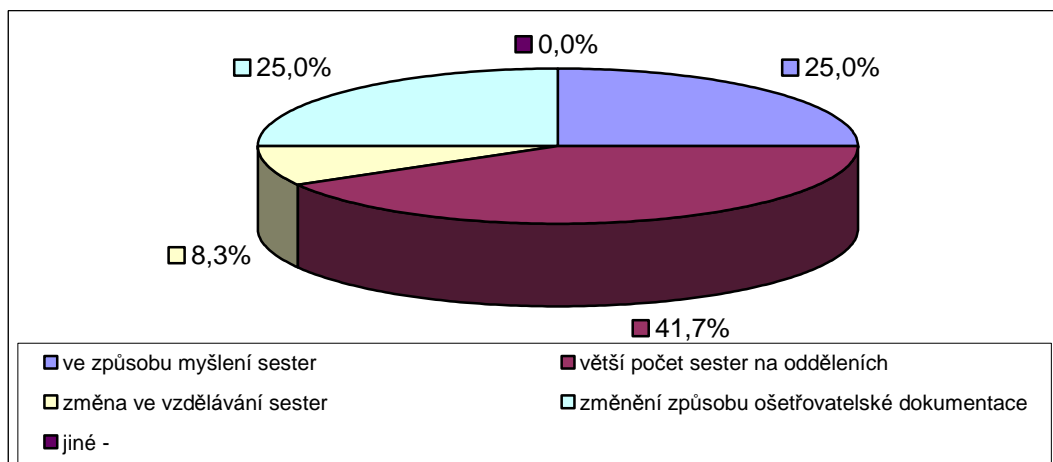
18 (75,0 %) respondentů uvedlo, že se v jejich organizaci pracuje metodou ošetrovatelského procesu. 6 (25,0 %) respondentů uvedlo, že se pracuje částečně metodou ošetrovatelského procesu. Žádný z respondentů neuvedl, že v jejich organizaci pracují metodou ošetrovatelského procesu jen některá oddělení. Možnost „ne a nevím“ neoznačil ani jeden z dotázaných.

Graf 50 Důležitost ošetrovatelského procesu pro zavedení změn



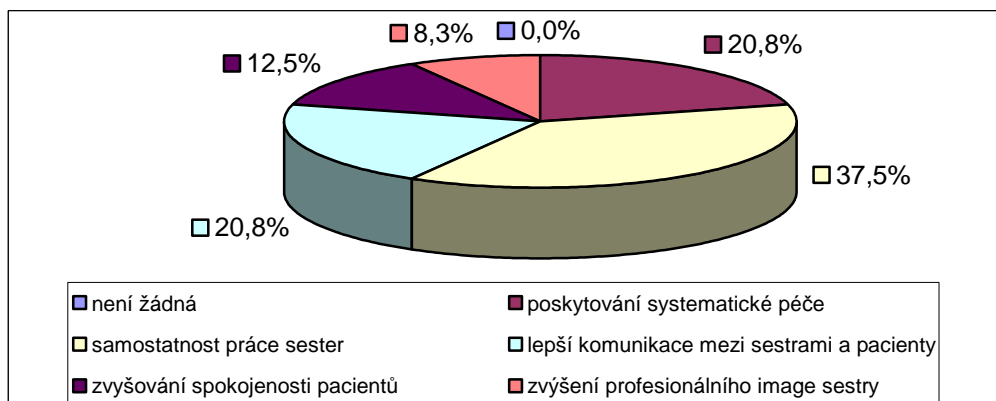
20 (83,3 %) dotázaných považuje ošetrovatelský proces za důležitý pro zavedení změn do ošetrovatelské péče. 4 (16,7 %) respondenti jej nepovažují za důležitý. Možnost „nevím“ nebyla respondenty vybrána.

Graf 51 Změny pro zavedení ošetrovatelského procesu



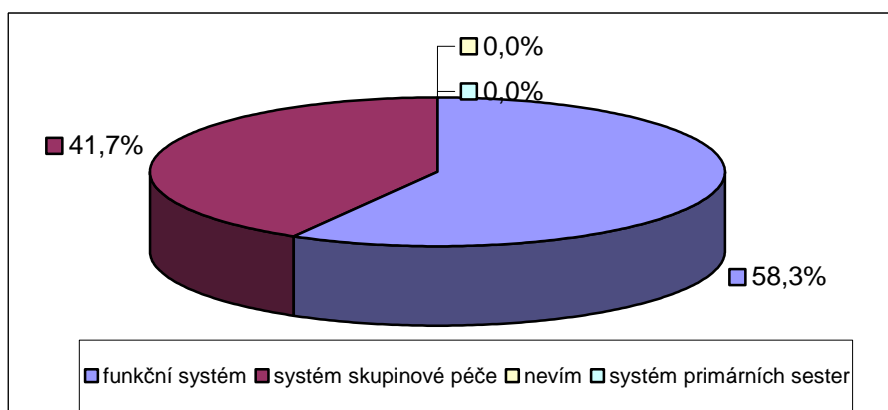
Jako nejdůležitější změnu pro zavedení ošetrovatelského procesu vybrali respondenti potřebu většího počtu sester na odděleních, kterou označili v 10 (41,7 %) případech. 6 (25,0 %) respondentů udává, že touto změnou je způsob myšlení sester. Změnu způsobu ošetrovatelské dokumentace označilo 6 (25,0 %) dotázaných. Pro změnu ve vzdělávání byli 2 (8,3 %) z respondentů. Žádný z respondentů nevedl jinou další změnu.

Graf 52 Hlavní výhody ošetrovatelského procesu



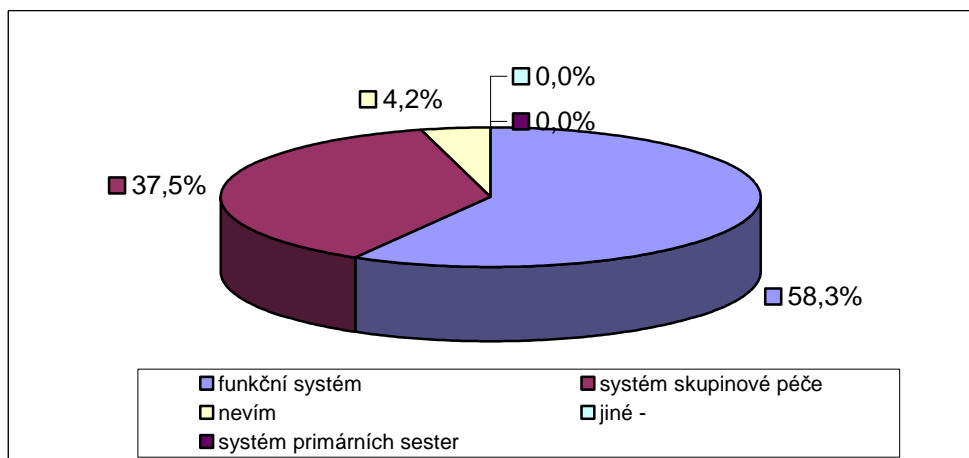
Podle respondentů je hlavní výhodou ošetrovatelského procesu samostatnost práce sester, kterou označilo 9 (37,5 %) dotázaných. 5 (20,8 %) respondentů uvedlo, že touto výhodou je poskytování systematické péče a 5 (20,8 %) respondentů označilo jako výhodou lepší komunikaci mezi sestrami a pacienty. Výhodu zvyšování spokojenosti uvedli 3 (12,5 %) respondenti a zvýšení profesionálního image sestry 2 (8,3 %) respondenti. Nikdo z dotázaných si nemyslí, že ošetrovatelský proces nepřináší žádné výhody.

Graf 53 Zavedený systém poskytování péče



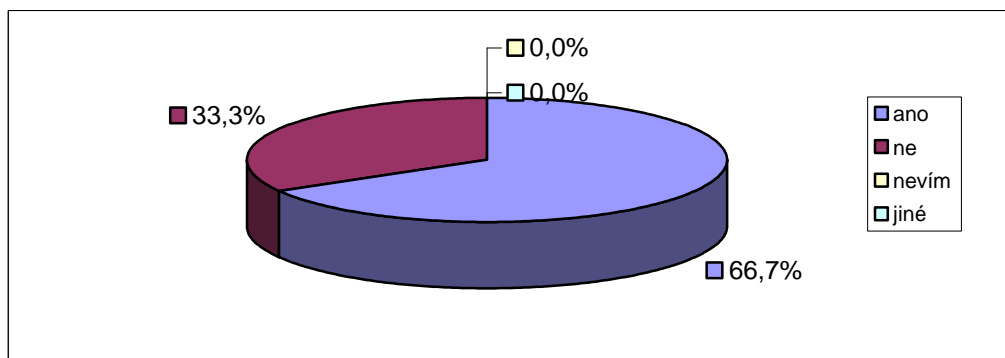
14 (58,3 %) respondentů uvedlo, že v jejich zdravotnickém zařízení je poskytována ošetrovatelská péče funkčním systémem a skupinová péče je zavedena v 10 (41,7 %) zdravotnických zařízeních. Systém primárních sester a možnost „nevím“ neoznačili žádní respondenti.

Graf 54 Nejvhodnější systém poskytování péče pro dané podmínky



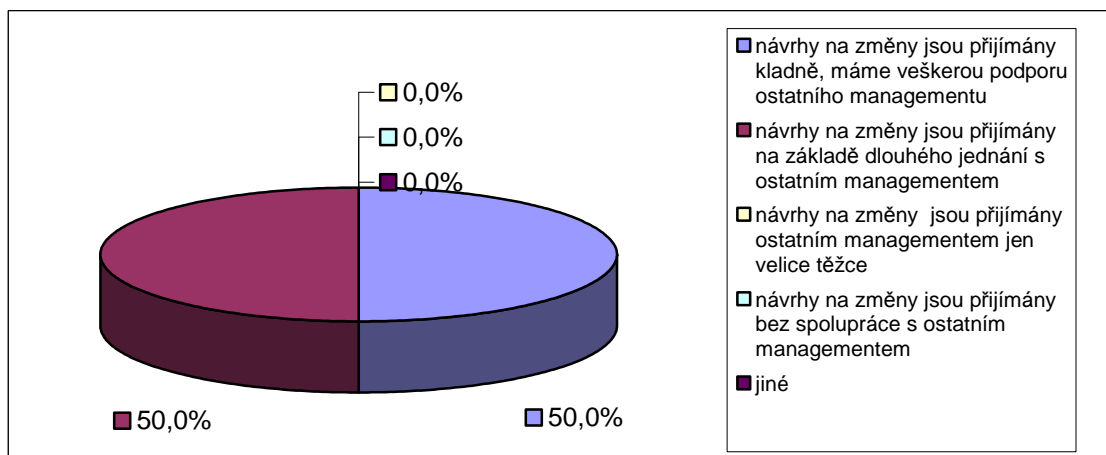
Jako nejvhodnější systém poskytování ošetrovatelské péče v podmínkách, které respondenti mají k dispozici, 14 (58,3 %) respondentů uvedlo funkční systém. Systém skupinové péče označilo 9 (37,5 %) respondentů. 1 (4,2 %) z respondentů neví, jaký systém je v daných podmínkách nejvhodnější.

Graf 55 Zavedení systému skupinové péče



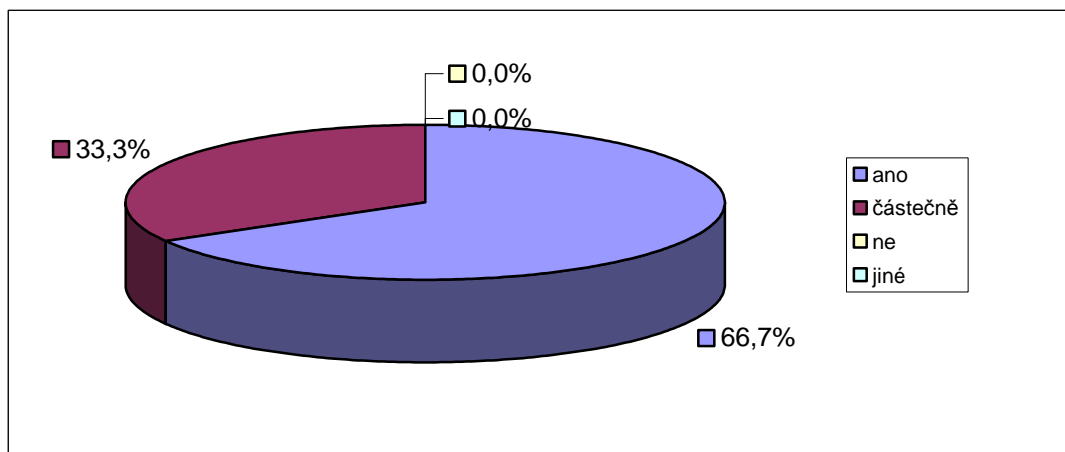
16 (66,7 %) respondentů si myslí, že je nutné zavedení skupinové péče na všech standardních odděleních. Tento názor nesdílí 8 (33,3 %) respondentů, kteří si myslí, že zavedení skupinové péče nutné není. Možnost „nevím a jiné“ neoznačil nikdo z respondentů.

Graf 56 Přijímání změn ostatním managementem



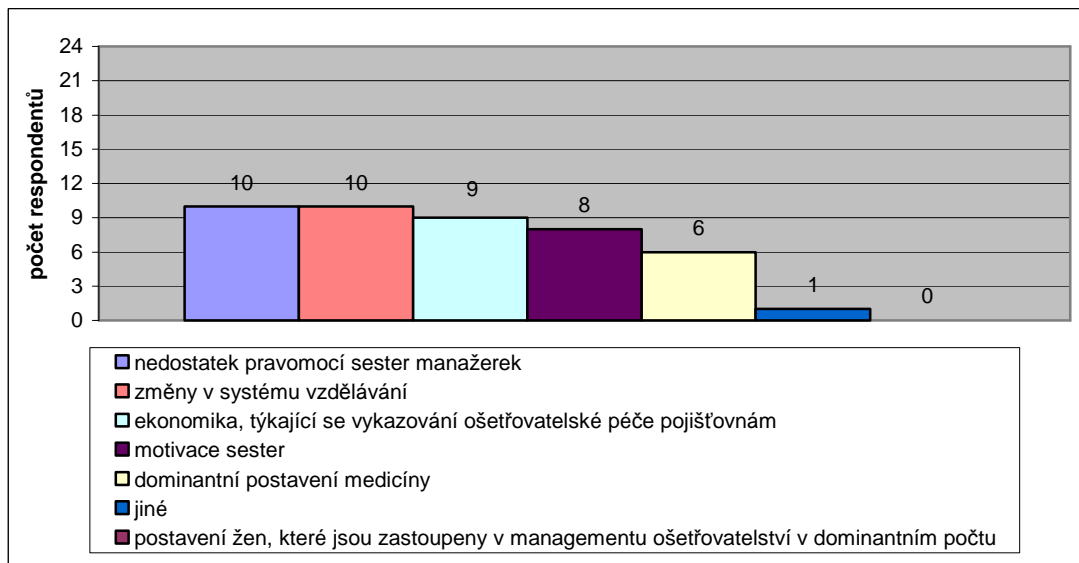
12 (50,0 %) respondentů si myslí, že návrhy na změny jsou přijímány kladně s veškerou podporou a stejný počet respondentů je toho názoru, že změny jsou přijímány na základě dlouhého jednání s ostatním managementem. Jiné možnosti respondenti neuvedli.

Graf 57 Možnost uplatňování rovnocenných podmínek



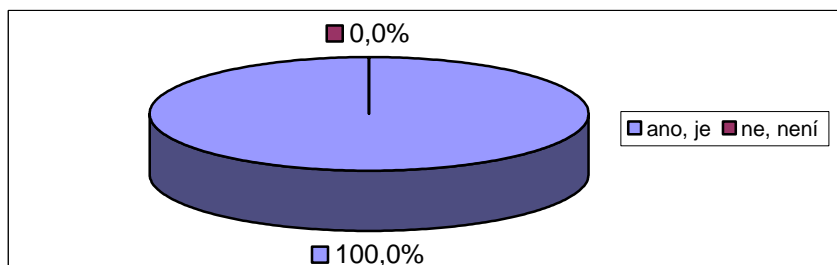
16 (66,7 %) respondentů udává, že management má možnost uplatňovat rovnocenné podmínky v úloze řízení jejich zdravotnického zařízení. 8 (33,3 %) respondentů uvedlo, že tato možnost je jen částečná. Nikdo z respondentů si nemyslí, že není možnost uplatňovat rovnocenné podmínky a nikdo z respondentů jinou možnost nenapsal.

Graf 58 Nejčastější faktory ovlivňující rozvoj ošetrovatelského managementu



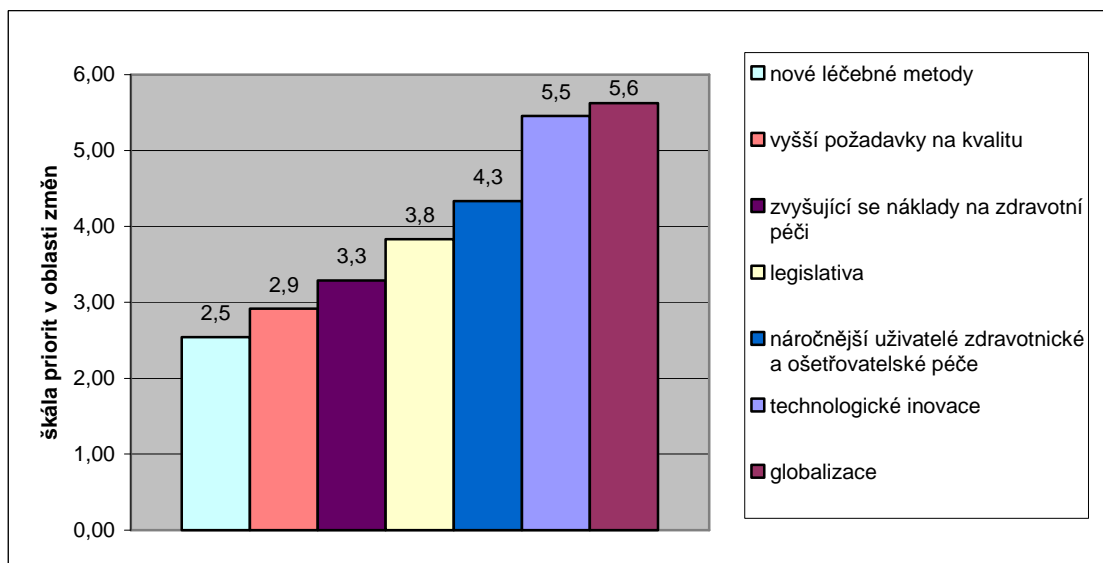
Respondenti mohli označit více odpovědí, proto se každý jednotlivý sloupec vztahuje vůči celku. Podle 10 (41,7 %) z 24 (100%) respondentů rozvoj ošetrovatelského managementu ovlivňuje nedostatek pravomocí sester manažerek a změny v systému vzdělávání. 9 (37,5 %) z respondentů uvedlo, že rozvoj ošetrovatelského managementu ovlivňuje ekonomika týkající se vykazování ošetrovatelské péče pojišťovnám. Faktor „motivace sester“ uvedlo 8 (33,3 %) z respondentů a faktor „dominantní postavení medicíny“ 6 (25,5 %) z respondentů. K možnosti jiné se 1 (4,2 %) respondent vyjádřil - „chaos v systému ošetrovatelství od vzdělávání po dokumentaci“.

Graf 59 Sestra – plnohodnotný a rovnocenný člen multidisciplinárního týmu



Podle všech 24 (100,0 %) respondentů je sestra plnohodnotný a rovnocenný člen multidisciplinárního týmu.

Graf 60 Důvody v přibývání změn v ošetrovatelství



Graf vyjadřuje průměrné hodnoty od 1-7, přičemž priorita 1 znamená nejčastější důvod v přibývání změn. Podle názoru respondentů jsou nejčastějším důvodem v přibývání změn s hodnotou 2,5 nové léčebné metody a vyšší požadavky na kvalitu s hodnotou 2,9. Na průměrné hodnotě 3,3 byly vyhodnoceny zvyšující se náklady na zdravotní péči. Legislativa byla vyhodnocena s průměrnou hodnotou 3,8. Možnost náročnější uživatelé zdravotnické a ošetrovatelské péče byla vyhodnocena na průměrné hodnotě 4,3. Možnosti globalizace a technologické inovace respondenty vyhodnoceny na téměř stejné hodnotě 5,5 a 5,6.

Tabulka 7 Důvody v přibývání změn v ošetrovatelství

| Důvody v přibývání změn v ošetrovatelství | Priorita 1-7 | | | | | | | průměr |
|---|--------------|---|---|---|---|---|---|--------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| technologické inovace | 2 | 0 | 2 | 1 | 4 | 6 | 9 | 5,5 |
| globalizace | 1 | 0 | 1 | 1 | 6 | 8 | 7 | 5,6 |
| legislativa | 2 | 3 | 6 | 6 | 3 | 1 | 3 | 3,8 |
| nové léčebné metody | 7 | 8 | 2 | 4 | 2 | 1 | 0 | 2,5 |
| zvyšující se náklady na zdravotní péči | 4 | 5 | 6 | 3 | 2 | 3 | 1 | 3,3 |
| vyšší požadavky na kvalitu | 6 | 6 | 4 | 3 | 3 | 1 | 1 | 2,9 |
| náročnější uživatelé zdravotnické a ošetrovatelské péče | 2 | 2 | 3 | 6 | 4 | 4 | 3 | 4,3 |

Tabulka 7 je doplňujícím údajem ke grafu 60. Uvádí přesný počet respondentů, kteří uvedli u každé možnosti prioritu od 1-7, přičemž 1 znamená nejčastější důvod v přibývání změn v ošetrovatelství. Možnost „technologické inovace“ hodnotilo 9 respondentů prioritou 7. V případě možnosti globalizace označilo 8 respondentů prioritou 6. Legislativa byla nejčastěji označena prioritou 3 a 4, pokaždé 6 respondenty. 8 respondentů uvedlo prioritu 2 k možnosti nových léčebných metod. Jako důvod v přibývání změn 6 respondentů uvedlo prioritu 3. 6 respondentů uvedlo prioritu 1 a 2 k důvodu vyšších požadavků na kvalitu. Možnost „náročnější uživatelé zdravotnické a ošetrovatelské péče“ byla nejčastěji označena prioritou 4 a to v 6 případech.

5 Diskuse

Cílem práce bylo zaměřit se na požadavky na změny v ošetrovatelské péči očima lidí, kteří pracují ve vrcholném managementu zdravotnických zařízení. Do výzkumu byly zařazeny dotazníky vyplněné od dvou skupin respondentů - hlavních sester a lékařů zastupujících funkce ve vedení zdravotnických zařízení. Data, která jsme nashromáždili z dotazníkového šetření, byla zpracována do grafů a doplňujících tabulek v programu Microsoft Office Excel 2003. Grafy i tabulky byly vytvořeny zvlášť pro každou skupinu respondentů. Naším záměrem bylo u otázek, na které odpovídali i lékaři v top managementu (dále jen lékaři) tyto odpovědi porovnat s odpověďmi hlavních sester. 100 % skupiny hlavních sester tvořilo 63 odevzdaných a vyplněných dotazníků. 100 % skupiny lékařů tvořilo 24 odevzdaných a vyplněných dotazníků. S návratností dotazníků od hlavních sester jsme byli spokojeni. Hlavní sestry o toto téma projevíly zájem a uváděly i některé podnětné informace, které jsme do výzkumu zahrnuli. Bohužel počet dotazníků od lékařů nebyl tak velký, jak bychom si pro náš výzkum přáli. Na druhé straně tento počet do jisté míry vypovídá o nízkém zájmu lékařů o problematiku ošetrovatelství a to především v době, kdy se velmi často mluví o multidisciplinární a týmové spolupráci na pracovišti a propagaci pozitivních a práci prohlubujících vztahů mezi sestrami a lékaři.

Úvod dotazníků byl identifikační. Ptali jsme se, ze kterého kraje byly dotazníky poslány. Zdali se jedná o státní či nestátní zdravotnické zařízení, jeho velikost podle počtu personálu a také po jakou dobu respondenti vykonávají svou manažerskou funkci. Podařilo se nám získat informace z celé České republiky, přičemž nejvíce dotazníků pocházelo z kraje Hlavní město Praha. Výzkumu se zúčastnili hlavní sestry a lékaři ze zdravotnických zařízení o různé velikosti, od nejmenších nemocnic, až po nemocnice fakultní a krajské, které zaměstnávají přes 1500 sester. Pozitivním faktem je i zjištění, že téměř dvě třetiny hlavních sester, které vyplnily dotazník, zastává svou funkci déle než 5 let. Je tedy pravděpodobné, že hlavní sestry mají četné zkušenosti s managementem a náš výzkum se může opírat o názory hlavních sester s dlouholetou praxí.

Další část dotazníku jsme věnovali devíti oblastem v ošetrovatelství, kterými se postupně věnujeme v této diskusi. V otázce „Jaká oblast v ošetrovatelství by se podle Vás měla nejvíce změnit?“ jsme respondenty žádali o seřazení v dotazu uvedených oblastí v ošetrovatelství od té, která by se měla změnit nejvíce, po oblast, která by se měla měnit nejméně. Po porovnání výsledků od obou dotazovaných skupin (viz grafy 6, 44) se ukázalo, že oblastí s nejvíce požadovanými změnami je pro obě skupiny vzdělávání pracovníků v ošetrovatelství. Hlavní sestry i lékaři se rovněž shodli, že oblastí, která by se měla změnit nejméně, je poskytování ošetrovatelské péče metodou ošetrovatelského procesu. Vzdělávání pracovníků v ošetrovatelství označilo nejvyšší prioritou 1 celkem 21 hlavních sester z celkového počtu 63 a 15 lékařů z celkového počtu 24 (viz tabulka 1, 6). Poskytování péče metodou ošetrovatelského procesu ohodnotilo 13 hlavních sester a 12 lékařů (viz tabulka 1, 6) jako oblast v ošetrovatelství, která by se z devíti uvedených měla měnit nejméně. Tento výsledek byl pro nás překvapující i na základě porovnání s dotazem, zdali respondenti souhlasí s podobou současné „Koncepce ošetrovatelství“. V případě nesouhlasu či částečného souhlasu s její podobou jsme se respondentů ptali, v jakém bodě s koncepcí nesouhlasí. Pouhých 17,5 % hlavních sester a 8,3 % lékařů se současnou podobou koncepce plně souhlasilo (viz grafy 7 a, 45 a). Ostatní respondenti uvedli body ve kterých s koncepcí nesouhlasí. Zde jsme očekávali na základě odpovědí z otázky „Jaká oblast v ošetrovatelství by se podle Vás měla nejvíce změnit?“, že respondenti obou skupin uvedou nejčastěji „vzdělávání zdravotnických pracovníků“ a naopak tomu bude u „poskytování ošetrovatelského procesu a jeho dokumentaci“. Náš předpoklad se naplnil pouze u hlavních sester. 53,8 % hlavních sester vyjádřilo nesouhlas se vzděláváním zdravotnických pracovníků a 13,5 % hlavních sester má výhrady k podobě ošetrovatelského procesu a jeho dokumentaci. (viz graf 7 b). Ačkoli lékaři považují poskytování ošetrovatelské péče metodou ošetrovatelského procesu za oblast, která by se měla měnit nejméně, s jeho podobou v současné „Koncepti ošetrovatelství“ jich nesouhlasilo 68,2 %. Stejně pozoruhodný je i fakt, že s podobou vzdělávání zdravotnických pracovníků nesouhlasí jen 18,2 % lékařů (viz grafy 45 a, 45 b), přestože je to podle lékařů právě oblast, která by se měla měnit nejvíce. Na základě

těchto výsledků nejsme přesvědčeni o dobré informovanosti lékařů v problematice ošetrovatelského procesu a vzdělávání zdravotnických pracovníků. Můžeme se jen domnívat, jak by lékaři odpověděli, pokud bychom do dotazníku zařadili případný dotaz, zdali Koncepti ošetrovatelství četli, či nikoliv (31).

Ošetrovatelským procesem se zabýváme i v dalších odpovědích od respondentů za cílem potvrzení, či nepotvrzení dvou námi stanovených hypotéz. Ošetrovatelský proces je již delší dobu aktuálním a stále velmi často diskutovaným tématem v ošetrovatelství. Dle platné Koncepte ošetrovatelství je ošetrovatelský proces hlavní pracovní metodou ošetrovatelského personálu. Jedním z hlavních předpokladů péče poskytované metodou ošetrovatelského procesu je koordinovaná a kontinuální péče, jelikož informace o pacientech jsou k dispozici všem, kteří se na péči o ně podílí (viz kapitola 1.7.1). Z tohoto důvodu jsme položili otázku, zda se touto pracovní metodou pracuje ve zdravotnických zařízeních, jejichž manažery jsme oslovili. 65,1% hlavních sester a 75 % lékařů uvedlo, že se v jejich zdravotnickém zařízení pracuje metodou ošetrovatelského procesu. 31,7 % hlavních sester a 25 % lékařů uvedlo jen částečné používání této pracovní metody (viz grafy 12 a 49). Tento fakt nás může do jisté míry potěšit, ale bohužel jsme se opět utvrdili, že někteří z respondentů odpovídali v rozporu z ostatními odpověďmi, které byly uvedeny v dotazníku. Narážíme zde na neznalosti některých respondentů v poskytování péče metodou ošetrovatelského procesu. V tomto případě jsme porovnali odpovědi s dotazem „Jaký systém poskytování ošetrovatelské péče je zaveden ve Vašem zdravotnickém zařízení?“ K základním znalostem o ošetrovatelském procesu patří, že je poskytován systémem primární nebo skupinové péče (31). Předpokládali jsme tedy, že minimálně ten samý počet respondentů, v jejichž zdravotnickém zařízení je zaveden ošetrovatelský proces, uvede, že má zavedený systém primárních či skupinových sester. Z odpovědí od hlavních sester vyplývá, že mají zavedený systém skupinové péče v 57,1 % a systém primárních sester v 3,2 % (graf 16). Velmi nečekané však bylo zjištění od 58,3 % lékařů, kteří uvedli, že mají zaveden funkční systém a skupinový systém je zaveden pouze ve 41,7 % (graf 53). Vystává zde otázka, zda lékaři opravdu ví, jakým systémem se v jejich zařízení poskytuje ošetrovatelská péče, nebo jaký systém poskytování ošetrovatelské péče se

používá při aplikaci ošetrovatelského procesu. Můžeme se také domnívat, že lékaři jen bez přemýšlení nad dotazem zaškrtnli jednu z odpovědí, která se nabízela. Pokud má být péče poskytována metodou ošetrovatelského procesu, je nutné, aby všichni, kteří se na ní účastní, znali dobře ošetrovatelský proces a jeho základní pravidla. Jedině tak lze dosáhnout cílů, kvůli kterým byl ošetrovatelský proces uveden do praxe. Chápeme, že lékaři mají velmi zodpovědné povolání vyžadující velké množství znalostí a dovedností. Pro dosažení maximálních výsledků v péči o pacienty je však rozhodující spolupráce s ošetrovatelským personálem, s níž souvisí právě účast na ošetrovatelském procesu (34, 35).

V souvislosti s tématem ošetrovatelského procesu nás také zajímaly názory respondentů na to, jestli jej považují za důležitý a jaké změny jsou potřebné pro jeho zavedení. Tyto názory nám pomohly potvrdit, či vyvrátit námi stanovené hypotézy vztahující se k ošetrovatelskému procesu. Téměř shodné mínění mají obě skupiny respondentů v otázce důležitosti ošetrovatelského procesu pro zavádění změn do ošetrovatelské péče. Tuto důležitost shledává 84,1 % hlavních sester a 83,3 % lékařů (grafy 13, 50). Z výsledků našeho bádání je potěšitelné, že si respondenti uvědomují jeho důležitost pro zavádění změn do ošetrovatelské péče. Jako nejdůležitější pro zavedení ošetrovatelského procesu považuje 56,3 % hlavních sester změnu ve způsobu myšlení sester. Změnu ve způsobu myšlení sester chápeme jako kritické myšlení, které je cílené a kontrolovatelné, zakládá se na faktech a důkazech. Kritické myšlení je nepostradatelným pomocníkem ošetrovatelské péče (38). Sestry s kritickým myšlením neřeší pouze problémy, ale předvídají je a snaží se jim předcházet, mají smysl pro týmovou práci a pracují systematicky (27). Naším návrhem je, aby hlavní sestry neopomíjely zavádět a rozšiřovat povědomí o kritickém myšlení mezi sestry a zahrnuly jej do plánování vzdělávacích aktivit, neboť kritické myšlení pomáhá lepšímu porozumění, identifikuje skutečné problémy a problémy, které mohou nastat. Usnadňuje sestrám se lépe rozhodovat pro určitou akci a zvyšuje pravděpodobnost pozitivních výsledků ošetrovatelské péče (38).

Pro zajímavost uvádíme také názor jedné z hlavních sester, která v možnosti „jiné“ uvedla, že nejdůležitější pro zavedení ošetrovatelského procesu je změna

ve způsobu myšlení lékařů. I když tato možnost nebyla v dotazníku uvedena, zaujala nás a podnítila k hlubšímu zamyšlení nad touto odpovědí. Pokud lékaři nezmění své myšlení v otázce ošetřovatelského procesu, bude velmi těžké pracovat podle jeho základních pravidel.

V otázce změn pro zavedení ošetřovatelského procesu 41,7 % lékařů usuzuje, že je potřeba navýšit počet sester na odděleních (graf 14, 51). Obě skupiny dotazovaných v ošetřovatelském procesu spatřují hlavně výhody v samostatnosti práce sester a poskytování systematické péče. V okruhu dotazů na ošetřovatelský proces se lékaři a hlavní sestry nejvíce názorově rozcházejí v již zmiňované Koncepci ošetřovatelství a změnách potřebných pro jeho zavádění do praxe. I přes některé nesrovnalosti v odpovědích lékařů můžeme na základě výsledků z dotazníkového šetření konstatovat, že hypotéza H4 - „zástupci lékařů v top managementu neprosazují aplikaci ošetřovatelského procesu jako metodu práce sester“ nebyla potvrzena. Lékaři si uvědomují jeho důležitost stejně tak jako hlavní sestry, pro které je tato pracovní metoda nezbytná k zavádění změn do ošetřovatelské péče. Z tohoto důvodu potvrzujeme hypotézu H3 – „zástupci sester v top managementu prosazují aplikaci ošetřovatelského procesu jako požadavek pro změny v ošetřovatelské péči.“ Pokládáme za důležité, aby si lékaři doplnili znalosti o ošetřovatelském procesu, jelikož se tato pracovní metoda netýká pouze sester, ale všech, kteří se účastní na léčbě klientů.

Jedním z cílů práce bylo zjistit názory top manažerů na systém poskytování péče. V otázce oblastí, které by se měly nejvíce změnit, byl systém poskytování péče vyhodnocen hlavními sestrami na pátém místě z devíti uvedených oblastí a lékaři na místě šestém. (viz grafy 6 a 44, tabulky 1 a 6). V současné době se vychází z Koncepce ošetřovatelství vydané Ministerstvem zdravotnictví v roce 2004, která ukládá poskytování ošetřovatelské péče formou systému skupinové péče nebo systému primárních sester (viz kapitola 1.1.2). Jak jsme již výše uvedli, hlavní sestry odpověděly, že systém skupinové péče praktikuje 57,1 % a systém primárních sester v 3,2 % lůžkových zdravotnických zařízení (viz graf 16). 58,3 % lékařů uvedlo, že mají zaveden funkční systém a skupinový systém je zaveden jen ve 41,7 % (viz graf

53). Již tento fakt je varovným znamením, že se ne všechna zařízení se řídí platnými metodickými pokyny.

Oběma skupinám respondentů jsme položili otázku, zdali je podle nich nutné zavádění systému skupinové péče a jestli mají podmínky k tomu, aby skupinovou péči mohli poskytovat. Graf 18 ukazuje, že 57,1 % hlavních sester je přesvědčeno o nutnosti zavedení systému skupinové péče. 30,2 % hlavních sester nepovažuje zavedení skupinové péče za nutné a 12,7 % hlavních sester neví, jestli je to nezbytné. Podmínky, které mají k dispozici, umožňují mít zavedený systém skupinové péče pouze u 60,3 % respondentů z řad sester. Hlavní sestry se v těchto bodech s lékaři rozcházejí. Ti jsou přesvědčeni o nutnosti zavedení skupinové péče v 66,6 % případů a 58,3 % lékařů tvrdí, že v podmínkách, které mají v jejich zařízeních, je nevhodnější poskytovat péči funkčním systémem. V souvislosti se zaváděním skupinové péče bychom rádi uvedli názor jedné z respondentek, která v části dotazníku pro případné komentáře napsala:

„U nás by se nejvíce mělo změnit zavádění systému poskytování oš. péče tj. měli bychom přestat využívat funkční způsob/systém. Dle mého názoru se však nejdříve musí změnit pochopení smyslu nové koncepce managementem. Nutný je i dostatek finančních prostředků na to, aby byly naplněné stavy a to na všech úrovních (SZP, NZP). Pak lze zavést opravdu fungující systém skupinové péče nebo péče primární sestry, aniž by sestra více času strávila „nad papíry než u pacienta“. Myslím, že platí pro mnohá další zařízení (z vlastních zkušeností, hlavně pak z pohovorů se studenty i pacienty vím, že mnohdy skutečnost neodpovídá tomu, co jednotlivá zařízení deklarují na svých web stránkách a v oš. dokumentaci, která je mnohdy vyplňována trochu jinak, než jaká je skutečnost a to dle hesla „papír snese všechno nebo hlavně že je na papíře“ Tomu se v každém případě snažím zabránit, proto trvá zavádění oš. procesu v celém jeho významu a smyslu tak dlouho.“

Tento názor nás potěšil, jelikož je z něj zřejmé, že je nutné se problematikou zavádění skupinové péče zabývat v souvislostech a přemýšlet o ní. Nikoliv jen plnit „na oko“ pokyny, které jsou stanoveny pro její zavádění. Je nezbytné, aby byl personál v této problematice proškolen a měl vhodné podmínky, které jsou potřebné pro poskytování skupinové péče. Sestry i ostatní členové zdravotnického týmu podílející se

na péči o klienty by tento systém měli pochopit jako výhodu a zefektivnění své práce a přijmout změnu v zavedení skupinové péče jako pozitivní proces pro zkvalitnění práce. Proto apelujeme na management, aby se hlouběji zabýval přípravou pro zavádění změn do ošetrovatelské péče. Jak popisuje Škrla je nutné, aby management měl důvěru zaměstnanců, uměl s nimi dobře komunikovat a získal jejich přesvědčení, že plánovaná změna bude k jejich prospěchu (38).

Pro okruh otázek, týkajících se systému skupinové péče, jsme si stanovili hypotézu H2 – „top manažeři nepožadují skupinovou ošetrovatelskou péči jako nutnou pro zavedení změn do ošetrovatelské péče. Tuto hypotézu nepotvrzujeme, jelikož nadpoloviční většina manažerů – 57,1 % hlavních sester a 66,6 % lékařů se vyjádřila pro nutnost zavedení skupinové péče. Hypotéza sice nebyla potvrzena, což vidíme jako pozitivní, ale procentuální počet zastoupení negativních odpovědí, především z řad hlavních sester, je příliš vysoký, abychom mohli poskytovat kvalitní péči.

Cílem našeho výzkumu bylo zjistit, jaké podmínky scházejí top manažerům pro zavedení změn do praxe. Za tímto účelem jsme respondentům položili dotaz na toto téma. Nebylo nikterak překvapivé, že hlavní sestry (82,5 %) i lékaři (83,3 %) vidí jako největší problém nedostatek pracovních sil. Je potřebné si položit otázku „Proč?“ Zajisté to souvisí i s nedostatkem finančních prostředků, na který poukazuje 76,1 % hlavních sester a 66,7 % lékařů. (viz grafy 9 a 46). Pokud nebude dostatečný počet ošetrovatelského personálu, bude jen velmi obtížné pracovat v souladu s Koncepcí ošetrovatelství, která pokládá za nutné, aby se pracovalo formou ošetrovatelského procesu. Nedostatek finančních prostředků je zajisté jedním z důvodů, kvůli kterému je v současném ošetrovatelství nedostatek kvalifikovaného personálu. Ovlivnění toho faktu managementem nemocnic je velmi omezené zejména pak hlavními sestrami. Pokládáme za potřebné se soustředit na ostatní možnosti, které pomohou tuto situaci manažerům řešit. Za tyto možnosti považujeme především účast na legislativních změnách související hlavně s oblastí vzdělávání, motivací personálu, vhodném pracovním klimatu, možnosti seberealizace a kariérního postupu.

V souvislosti s nedostatkem ošetrovatelského personálu je často diskutován zákon 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu povolání

nelékařských pracovníků. Vzdělávání bylo zvoleno oběmi skupinami manažerů oblastí, kde je zapotřebí uskutečnit nejvíce změn v dnešním ošetrovatelství. Uvádíme názor také z řad lékařů v manažerské funkci Milana Kupka, prezidenta České lékařské komory, který v rozhovoru pro ČTK řekl: "Nemáme dostatek sester a ty, co máme, se snažíme z nemocnic ještě vyhnat nesmyslnými požadavky na další doškolení; nejsme schopni zaplatit středoškolačky a snažíme se dělat ze sester vysokoškolačky (5)." Podle našeho názoru, jsou v současnosti nutné úpravy zákona 96/2004 Sb., který by měl reagovat na současný nedostatek sester. Současná ministryně zdravotnictví Dana Jurásková na otázku o chystaných legislativních změn ve vzdělávání nelékařských pracovníků a reakci na neúspěšného zdravotnického asistenta uvádí: „Když jsme zaváděli zdravotnického asistenta, měli jsme úplně jasno, jaká bude jeho role v systému poskytování ošetrovatelské péče. Bohužel se naše předpoklady vůbec nenaplnily. To nás vedlo k tomu, že jsme změnili název profese na praktickou sestru a posílili jsme její kompetence. Praktická sestra ale není všeobecná sestra, to je velmi důležité. Všeobecná sestra je povolání regulované nejen v rámci české, ale i evropské legislativy a splňuje normy Evropské unie (2).“

Dalším často objevujícím se tématem v okruhu vzdělávání je celoživotní vzdělávání, jež je povinností, kterou ukládá zákon 96/2004 Sb. Plnění této povinnosti se prokazuje na základě kreditního systému. Naší snahou bylo nalézt odpověď na to, jestli zavedením kreditního systému dochází ke zkvalitnění péče. Nastavení současného kreditního systému skončilo v našem výzkumu velkým neúspěchem, jelikož 81 % hlavních sester si myslí, že se zavedeným kreditním systémem nedochází ke změně kvality poskytované péče. Pouhých 19 % hlavních sester považuje poskytovanou péči za kvalitnější (viz graf 22). Na otázku č.24 z dotazníku pro hlavní sestry „Jaký vidíte přínos v zavedení kreditního systému?“ respondenti nejčastěji odpověděli, že není žádný. Dále uvádíme některé postřehy a zajímavé odpovědi od hlavních sester:

„Přínos příliš nevidím, ač ho na základě svého postavení prosazují, ale myslím, že kreditní systém vzdělávání neřeší, kdo nechce, nevzdělává se, pouze „sbírá kredity“ a konferenci stejně prospí, kdo se chce vzdělávat, kredity nepotřebuje.“

„Sestry mají více informací souvisejících s jejich profesí a odborností.“

„Pro sestry, které se průběžně vzdělávaly i před vznikem KS v podstatě žádný přínos nevidím. Přínos vidím u sester (setkala jsem se s mnoha), které „mají a měly pocit, že s maturitou skončila jejich povinnost dál se vzdělávat (jedná se určitý „donucovací“ prostředek). Problém u druhého typu sester vidím trochu v tzv. „honbě za kredity“ (ať je to jak je to, jsem přesvědčena, že i tyto sestry alespoň něco z „povinných“ přednášek pochytí, což je stále lepší, než když se nevzdělávaly vůbec)“

„Přínos příliš nevidím, ukazuje se, že tento systém vede k honbě za kredity.“

„Nevidím, kdo chtěl vědět víc a znát, tak to dělal i bez zavedení kreditního systému.“

„Přínos nevidím vcelku žádný, protože je to pouze ve většině případech honba za kredity. Dříve, pokud nebyl kreditní systém zaveden, bylo jen málo SZP, které se chtělo vzdělávat a získávat informace bez ohledu na svůj volný čas.“

„Doložené kontinuální vzdělávání v oboru, větší sebeuvědomění sester a snaha po seberealizaci.“

„Přiznám se, že žádný, pouze sestry jdou za počtem bodů a nezajímá je kvalita a přínos pro organizaci, která hradí poplatky.“

„Jedinou výhodu vidím v „donucení“ k činnosti i část sester, které by jinak profesně ustrnuly.“

„Sestry jsou nucené se vzdělávat, otázkou je zda tento systém je dostačující, když i na seminářích se témata (i přednášky) opakují.“

Z názorů sester lze usoudit, že kreditní systém zatím výrazně nepřispěl do zavádění změn v ošetrovatelství. Potěšitelným zjištěním pro nás je, že 89 % dotázaných organizuje další vzdělávání k získání kreditů (viz graf 24) a 49 % dotázaných se často setkává s tím, že si sestry samy zajišťují akce k odbornému růstu (viz graf 24). Tento výsledek naznačuje možná to, že kreditní systém je dobrou myšlenkou a existuje zde i dobrá vůle sester se vzdělávat. Myslíme si, že je však potřebné komunikovat mezi sebou na všech úrovních, protože tak, jak je kreditní systém nastaven, jej mnoho lidí chápe jako donucovací prostředek pro vzdělávání a nazývá ho často slýchanou frází „honba za kredity“. Zmiňujeme také překvapivý výstup z výzkumu Vlasákové, která se zaměřila na to, jak nelékaři akceptují povinnost

celoživotního vzdělávání. Po analýze dotazníku uvedla, že většina nelékařů zastává názor, že nebylo správné stanovit nelékařským zdravotnickým pracovníkům povinnost vzdělávat se zákonem (41).

Kreditní systém by ve vzdělávání měl být i jistou motivací, nikoliv strašákem a „pachtěním se za kredity“, které mají pro mnoho sester význam, jen co se týká jejich počtu. Kreditní systém je v ošetrovatelství novým elementem a určitě vždy budou vůči němu jisté výhrady. Jak popisuje Merhautová „v praxi se stále ještě setkáváme s tím, že pro některé pracovníky je účast na celoživotním vzdělávání otravnou činností především tam, kde je nutné dokládat účast kreditními body (26, s.32).“ Bohužel v dnešní době už jen praxe nestačí. Je důležité, aby sestry dovedly posilovat své schopnosti a uměly rozeznat a plánovat jak změny ve svém vzdělání tak i změny v pracovním zařazení (26).

Za přínosné také považujeme zjišťování efektivity jednotlivých vzdělávacích aktivit. Vidíme vzdělávání jako proces, který obsahuje několik fází, které je nezbytné dodržovat, abychom získané dovednosti a znalosti mohli uplatňovat v praxi. V současnosti se nabízí nepřeberné množství seminářů a kurzů, kterých se mohou sestry účastnit. Je však nutné, aby management nemocnic průběžně zjišťoval vzdělávací potřeby sester tak, aby rozšířené vzdělání bylo cílené a tyto potřeby byly naplněny. Po absolvování těchto vzdělávacích aktivit by měla následovat zpětná vazba. Hlavní sestry by měly pověřit vrchní a staniční sestry jednotlivých oddělení, aby tuto zpětnou vazbu vyžadovaly od svých podřízených. Sestry by měly informovat o tom, co se naučily a zdali to bylo přínosné. V případě, že získané vědomosti či dovednosti byly posouzeny za přínosné v procesu zvyšování kvality péče, by mělo být sestrám umožněno podílet se na jejich zavádění do praxe. Tento krok je důležitým prvkem v pracovní motivaci. Jak uvádí Bedrnová, zaměstnanci by měli mít možnost se podílet na stanovování a naplňování cílu organizace pro získání pocitu osobní participace (1).

Ošetrovatelství není statickým oborem, ale je to věda, která se neustále vyvíjí a zavádí nové poznatky do praxe. Důležité je, aby zde existoval dostatek možností pro vzdělávání sester v celém jejich profesním životě, nejen v době, kdy se pro výkon tohoto povolání připravují. Hlavních sester jsme se zeptali na podmínky, které podle

nich sestřám schází k dalšímu vzdělávání. Nejvíce hlavních sester (35,0 %) uvádí jako chybějící podmínku dostatek volného času na vzdělávání. Naproti tomu si téměř shodný počet hlavních sester si myslí, že sestřám schází zájem o profesionální růst. Jako dobrý ukazatel vidíme skutečnost, že pouze 11,1 % dotázaných je přesvědčeno o nedostatku příležitostí ke vzdělávání (viz graf 9).

Název naší diplomové práce úzce souvisí se zaváděním změn do ošetrovatelské péče. Z tohoto důvodu jsme chtěli vědět, jaké nejčastější překážky mají manažeři v realizaci těchto změn. Z šesti uvedených překážek byla jako nejčastější překážka vyhodnocena „odpor zaměstnanců ke změně“, kterou respondenti ohodnotili průměrnou hodnotou 2,2 na škále od 1-6, přičemž 1 znamenala největší překážku Celkem 27 respondentů z 63 dotázaných označilo tuto překážku hodnotou 1 na uvedené škále. Za nejmenší překážku považují manažeři „nedostatečné dovednosti“ s průměrnou hodnotou 4,4. Tuto překážku označilo na škále nejvíce respondentů (25) hodnotou 5 (viz graf 10 a tabulka 2). Z literatury se dovídáme, že výsledek z našeho výzkumu se shoduje s výsledkem výzkumu realizovaného v USA, podle kterého jsme dané překážky uvedli do dotazníku (33). Podobný výstup potvrzujeme i v jedné z následujících otázek, kde největší část hlavních sester (38,1 %) uvádí, že zaměstnanci návrhy na změny většinou odmítají (viz graf 29).

Dovolujeme si přepokládat, že v tomto případě se na neúspěchu při zavádění změn podílí i management zdravotnických zařízení, protože motivovat podřízené při zavádění změn by mělo být jednou z činností managementu. V jednom z dotazů jsme se ptali hlavních sester, zdali se vrchní a staniční sestry z jejich zdravotnických zařízení účastní školení v oblasti managementu změn. 65,1 % dotazovaných uvedlo, že v této oblasti je školená pouze část vybraných sester a 31,7 % dotázaných uvedlo, že všechny sestry jsou v oblasti managementu změn proškolené (viz. graf 27). Doporučujeme hlavním sestřám, aby všechny vrchní a staniční sestry získaly vzdělání v managementu změn, jelikož pro úspěšné zavedení změn není nutné jen být na změnu připraven a mít dostatečné finanční a personální zdroje, ale také je zapotřebí existence schopných lídrů. Ti dokážou vést tým a dotáhnou změny do úspěšného konce (38). Přijímání změn je pro personál citlivou záležitostí a ne vždy je změnám pozitivně nakloněn. Proto je dobré

personál ke změnám motivovat a zapojovat jej při jejich zavádění do praxe. Podstatné je, aby měl management při zavádění změn vhodné podmínky, mezi které patří dobré pracovní klima a motivující prostředí. Významným prvkem při zavádění změn je příprava zaměstnanců na změnu. Toto trefně vystihuje Petra Škrála mottem „Přípravná práce s lidmi před započítím radikálních změn se dá přirovnat k přípravě půdy před setbou (38 s.250). “ K tomu, aby co nejméně docházelo k odporu zaměstnanců vůči změně, doporučujeme, aby manažeři používali při zavádění změn „normativně převýchovný přístup“, který vychází z představy, že se zaměstnanci na změně podílejí a aktivně se zapojují při jejím zavádění do praxe (21, 34).

Pro organizace je při zavádění změn důležitým faktorem vzájemná spolupráce s ostatními složkami managementu. Abychom zjistili, zda tato spolupráce funguje, položili jsme oběma skupinám respondentů otázku „Jakým způsobem jsou přijímány návrhy na změny v ošetrovatelské péči ostatními členy managementu Vašeho zdravotnického zařízení?“ Největší část hlavních sester (41,9 %) tvrdí, že změny jsou přijímány na základě dlouhého jednání s ostatním managementem a 35,5 % dotazovaných hlavních sester má veškerou podporu ostatního managementu při přijímání změn (viz graf 28). Polovina dotazovaných lékařů si myslí, že návrhy jsou přijímány s veškerou podporou ostatního managementu a další polovina z dotázaných uvádí, změny jsou přijímány na základě dlouhého jednání (viz graf 56). Větší rozdíl je patrný z odpovědí na dotaz ohledně možnosti uplatňování rovnocenných podmínek. 66,7 % lékařů vyjádřilo názor, že sestry mají možnost uplatňovat rovnocenné podmínky v úloze řízení zdravotnických zařízení a 33,3 % z nich je toho názoru, že tato možnost je jen částečná. Za spíše negativní hodnotíme možnosti hlavních sester, protože pouze 23,8 % dotazovaných hlavních sester má možnost uplatňování rovnocenných podmínek. 20,6 % hlavních sester tuto možnost vůbec nemá a 55,6 % uvádí, že možnost má jen částečnou. Jelikož je zastoupení žen v ošetrovatelském managementu výrazně vyšší než zastoupení mužů, ptali jsme se na vliv genderu. Hlavní sestry jsou většinou přesvědčené, že vliv genderu není tak velký, aby výrazněji ovlivňoval rozvoj ošetrovatelského managementu (viz graf 32).

V otázce rovnocennosti členů v multidisciplinárním týmu pro nás bylo zajímavé zjištění, že zatímco 100 % dotázaných lékařů považuje sestru za plnohodnotného a rovnocenného člena multidisciplinárního týmu, hlavní sestry mají výrazně odlišný názor. Sestru jako rovnocenného partnera v týmu vidí jen 38,1 % dotázaných hlavních sester a 61,9 % dotázaných je přesvědčeno o opaku (grafy 36 a 59). Tento výsledek si dovoluujeme porovnat z výzkumem Vízkové, která se zabývala ve své diplomové práci vztahem sestra-lékař, kde více jak polovina dotázaných sester (60,5 %) uvedla, že se domnívají, že je lékaři nevnímají jako rovnocenné partnery v práci. Vízková ve své práci tento fakt přisuzuje možná dominantnímu postavení medicíny a submisivnímu postavení ošetrovatelství. Nebo si myslí, že lékaři jen nevyjadřují sestrám jejich rovnocennost v partnerském vztahu na pracovišti, ale tuto rovnocennost cítí (40). My se můžeme na základě našeho bádání, přiklonit spíše k názoru, že lékaři tuto rovnocennost sestrám nedávají najevo i přesto, že sestru jako svého rovnocenného partnera v pracovním procesu uznávají. Tento výstup z našeho šetření chápeme jako pozitivní a předpokládáme, že při lepší vzájemné komunikaci mezi sestrami a lékaři, by v budoucnu mohly sestry pociťovat svou rovnocennost v multidisciplinárním týmu.

Velký význam při zavádění změn do ošetrovatelské péče přikládáme novým rolím, které sestry zastávají. V současném zdravotnictví dochází k mnoha změnám a to se odráží i v odlišných rolích sester. Sestry nezastávají pouze jednu jedinou roli. Na role sester působí změny ve společnosti, nové změny v technologiích, styl či systém poskytování zdravotní péče, nové poznatky z výzkumů, zdravotní stav a životní styl obyvatelstva. Tyto změny se promítají do ošetrovatelské profese a sestry na ně musí reagovat. Jsou kladeny vyšší nároky jak na vzdělávání, tak i na ošetrovatelskou praxi (7).

V našem šetření jsme se zaměřili na to, jaké role sester se v současnosti nejhůře naplňují a jaké důvody k tomu vedou. 46 % hlavních sester uvedlo, že nejhůře se naplňuje role sestry nositelky změn. Příčinou této situace je podle respondentů především neochota měnit starý zasetý systém na oddělení ze strany lékařů, ale i provozně starších sester. Citujeme také jednu ze zajímavých odpovědí: „Přinášení změn znamená nejen dobrou erudici, komunikační dovednosti (vč. schopnosti konstruktivní

diskuse a umění přijímat kritiku), ale i důslednost, chuť a umění dovést zdárně do konce (i přes opakované neúspěchy) a hlavně obrovský kus odvahy jít někdy *proti všem*.“ Často uváděným důvodem je již zmiňovaný nedostatek sester pro zajištění všech potřebných potřeb u pacientů, pracovní vyčerpání sester a nedostatek času. Pro 23,8 % respondentů je nejhůře splnitelná role sester výzkumnic. Opět se velice často v odpovědích objevil nedostatek času a personálu, dále to byly nechuť do této činnosti, nedostatek dovedností a znalostí problematiky ve výzkumu. Další příčinou je podceňování této činnosti lékaři, kteří se na odbornost, výzkum a změny v ošetrovatelství dívají s despektem a také se podle toho chovají. Role sestry manažerky uvedlo 17,5 % dotázaných, což jistě souvisí do jisté míry s výkonem jejich funkce. Jako důvod zde hlavní sestry uvádí stále rozhodující slovo lékařů a vytížení v běžných činnostech. Z výsledků se opět potvrdilo, že sestry nemají dostatek času a není jich dostatečný počet. Znovu se také setkáváme s negativním postojem lékařů. Jelikož sestry a lékaři musí pracovat společně, musí mít jak společné cíle tak i vzájemný respekt. Sestry v současnosti nejsou jen vykonavatelky ošetrovatelských zásahů *lege artis*, ale současná sestra určuje standardy péče, požadavky na vzdělávání a zajišťuje spolupráci s interdisciplinárním týmem. Role sester se navzájem ovlivňují a prolínají a každá z uvedených rolí sester je v jejich práci sester nezbytná. Jedině tak dochází ke zkvalitnění ošetrovatelské péče. Pokud manažeři chtějí zavádět změny do ošetrovatelské péče, jsou to právě role sester výzkumnic a nositelek změn, které jsou jednou z podmínek pro to, aby mohly být změny do ošetrovatelské péče zaváděny.

Jedním z častých témat současného ošetrovatelství se stalo *kontinuální zvyšování kvality (KZK)*. Mnohá zdravotnická zařízení se zaměřují na zvýšení kvality péče o pacienty. Toto se děje z různých motivů (viz kapitola 1.2). Snažili jsme se zjistit, jaké faktory podle hlavních sester nejvíce schází pro rozvoj KZK. Podle 47,6 % respondentů je nejčastějším faktorem pro rozvoj KZK dobrá ekonomická situace. 38,1 % respondentů uvedlo, že tímto faktorem je dostatek kvalifikovaného personálu. Faktor spokojenost s platovými podmínkami označilo 14,3 % respondentů (viz graf 37). Program KZK vidíme jako velmi důležitý nástroj ke zvyšování kvality poskytování ošetrovatelské péče. Vrcholový management by tento program měl podporovat. „Jsou to

právě vedoucí pracovníci ve zdravotnictví, kdo musí rozpoznat, že nadešel okamžik nutné změny a musí tuto změnu realizovat tím, že nejdříve změní svůj způsob myšlení a chování (38, s.24).“

Dovolujeme si shrnout získané výsledky vedoucí ke splnění dalšího cíle naší diplomové práce. Měli jsme za úkol zjistit, jaké podmínky scházejí top manažerům pro zavedení změn do ošetrovatelské péče. Z výsledků našeho bádání jsou těmito podmínkami jsou především nedostatek sester, který uvedlo 82,5 % ze 100 % respondentů z řad hlavních sester a 83,3 % ze 100 % respondentů z řad lékařů. Další podmínkou, která manažerům schází je dostatek finančních prostředků v oboru, který uvedlo 76,1 % z celkového počtu hlavních sester a 66,7 % z celkového počtu lékařů (viz grafy 9, 46). Na základě těchto odpovědí můžeme potvrdit hypotézu H1 – Reálné podmínky v praxi neumožňují top manažerům ve zdravotnictví zavádět změny do ošetrovatelské péče.

Na základě našeho dotazníkového šetření jsme se pokusili najít důvody a souvislosti, které top manažerům neumožňují změny do ošetrovatelské péče zavádět. Zjistili jsme, že jedním z klíčových problémů je oblast vzdělávání, která úzce souvisí z nedostatkem sester. Systém a způsob vzdělávání je v současnosti aktuálním tématem. Obě skupiny respondentů jej vidí jako nejproblematičtější oblast, kterou je nutno změnit. Naráželi jsme především na nesouhlas s legislativní úpravou vzdělávání v Koncepci ošetrovatelství a nastavením kreditního systému. Z dvou podobných otázek z dotazníku pro hlavní sestry (viz. příloha 1) jsme zjistili, že sestry nejčastěji uváděly, že jim schází dostatek času na vzdělávání. Naproti tomu jiné nemají o zájem o profesionální růst a studium (viz. grafy 9, 34). Výrazným problémem se také zdá oblast přijímání a zavádění změn, ke které nejsou v současnosti optimální podmínky. Těmito podmínkami rozumíme hlavně motivaci zaměstnanců pro změnu a nenaplnění role sester – *nositelka změn a výzkumnice*.

Překvapením pro nás byly i výsledky zabývající se ošetrovatelským procesem a poskytováním skupinové péče.

Dovolujeme si uvést přínosy této diplomové práci, její možné využití a doporučit možná řešení. Práce nám dává možnost nahlížet na názory top manažerů

na problematiku ošetrovateľskej péče v súčasnosti a snaží sa upozorniť na jej choulostivá miesta, jak z pohľadu hlavných sester, tak i lekárov. Výsledky práce by mohli využiť top manažeri pri řešení problémů v oblasti ošetrovateľského procesu, zavádění změn a vzdělávání. Práce pomohla nastítnit některé z oblastí, které by se měly nadále podrobit detailnějšímu výzkumu, zejména pak sféra ošetrovateľského procesu a poskytování skupinové péče, ve které jsme na základě našeho bádání našli mnoho dalších okruhů, kde by byl širší výzkum přínosný. Pojetí této diplomové práce je velmi široké a některé z jejích výsledků by mohly sloužit k dalšímu podrobnějšímu zkoumání. Výzkumu z této oblasti by se mohli nadále věnovat i studenti ošetrovateľství. Mnoho inspirace také vidíme v problematice současného vzdělávání, tím nemyslíme jen přípravu na budoucí povolání, ale i oblast celoživotního vzdělávání.

Top manažerům, především z řad lekárov, doporučujeme rozšířit si vzdělání v oblasti ošetrovateľského procesu. Dále podněcovat kritické myšlení u zaměstnanců při práci v ošetrovateľském procesu. Považujeme za nezbytné, aby se zlepšila spolupráce mezi vedením managementu a to zejména komunikace mezi jednotlivými složkami managementu. Navrhujeme získávat zpětnou vazbu od podřízených v oblasti vzdělávání. Je důležité, aby zaměstnanci mohli získané vzdělání efektivně využívat v praxi a nejen si střídat kreditní body. Dále doporučujeme, aby se top manažeri zabývali motivací zaměstnanců. Velký význam přikládáme ke zjišťování vzdělávacích, motivačních i pracovních potřeb zaměstnanců, například menšími dotazníkovými šetřeními. Pokud budou zaměstnanci cíleně motivováni, lze dosáhnout úspěchů i v oblasti přijímání změn. Jako nezbytné považujeme školit vybrané zaměstnance v managementu změn, protože každá změna potřebuje schopné lidi, kteří jsou přesvědčeni její nutnosti a v rámci týmové spolupráce jsou schopni změnit myšlení a postoje ostatních sester ke změně.

Uvědomujeme si, že tato práce neposkytne návod na to jak řešit nedostatky sester a financí v oboru. Naší snahou bylo získat informace, které by vedly ke zlepšení práce sester a jejich motivaci a ke zkvalitnění poskytované péče. Každá z oblastí, kterými jsme se zabývali je ovlivňována dalšími. Existuje mezi nimi velká provázanost,

proto nelze řešit problémy jednotlivě, ale je nutné nacházet i další spojitosti, které pozitivně ovlivní další oblasti v ošetrovatelské péči.

6 Závěr

Téma diplomové práce „Požadavky top managementu na změny v ošetrovatelské péči“ jsem si vybrala, jelikož se jedná o aktuální problematiku. V současnosti se ošetrovatelství podrobuje mnoha změnám. Mezi tyto změny patří zavedení ošetrovatelského procesu jako pracovní metody sester. Taktéž dochází ke změnám v přípravě na výkon sesterské profese a změnám v celoživotním vzdělávání sester. Byla zavedena registrace nelékařských pracovníků a kreditní systém. Zdravotnická zařízení zavádějí program kontinuálního zvyšování kvality.

Pro účely práce jsme si stanovili tři výzkumné cíle. Cíl 1 měl za úkol zjistit, jaké podmínky scházejí top manažerům pro zavedení změn do ošetrovatelské péči. V cíli 2 jsme zjišťovali názory top manažerů na systém poskytování ošetrovatelské péči. Úkolem cíle 3 bylo zjistit rozdíly v požadavcích sester manažerek a lékařů manažerů na metodu ošetrovatelského procesu. Všechny tři cíle byly splněny. Na základě stanovených cílů byly vytvořeny čtyři výzkumné hypotézy.

Hypotéza H1 - Reálné podmínky v praxi neumožňují top manažerům ve zdravotnictví zavádět změny do ošetrovatelské péči, byla potvrzena, jelikož většina z dotazovaných manažerů uvedla, že schází dostatek ošetrovatelského personálu a finančních prostředků.

Hypotéza H2 - Top manažeři nepožadují skupinovou ošetrovatelskou péči jako nutnou pro zavedení změn do ošetrovatelské péči, nebyla potvrzena. 57,1 % hlavních sester a 66,6 % lékařů se vyjádřilo pro nutnost zavedení skupinové péči.

Hypotéza H3 - Zástupci sester v top managementu prosazují aplikaci ošetrovatelského procesu jako požadavek pro změny v ošetrovatelské péči, byla potvrzena. 84,1 % hlavních sester považuje ošetrovatelský proces za důležitý pro zavedení změn do ošetrovatelské péči. procesu.

Hypotéza H4 Zástupci lékařů v top managementu neprosazují aplikaci ošetrovatelského procesu jako metodu práce sester, nebyla potvrzena, jelikož 83,3 % lékařů - manažerů považuje ošetrovatelský proces za důležitý.

O výsledky práce projeví zájem téměř všichni dotazovaní respondenti. Top manažeři by tyto výsledky mohli využít při řešení problémů v oblasti ošetrovatelského

procesu, zavádění změn a vzdělávání. Taktéž mohou být použity jako podklad pro další podrobnější výzkumné cíle, jelikož téma zavádění změn do ošetrovatelské péče je velice obsáhlé.

Top manažerům doporučujeme podněcovat kritické myšlení u zaměstnanců při práci v ošetrovatelském procesu. Je přínosné zlepšit komunikaci na úrovni managementu nemocnic, dále získávat zpětnou vazbu od podřízených ohledně celoživotního vzdělávání. Zjišťovat efektivitu a potřeby ve vzdělávání zaměstnanců a umožnit jim účastnit se procesu zavádění změn. Školit funkční sestry v managementu změn. Zavádět program kontinuálního zvyšování kvality.

7 Seznam použitých zdrojů

1. BEDRNOVÁ, E., NOVÝ, I. a kol.. *Psychologie a sociologie řízení.*, 2. vyd. Praha: Management press, 2002. 586 s. ISBN 80-7261-064-3.
2. BEZDEKOVÁ, M., MÁLEK, T. *Jurásková: jsem workholik, ale v politice nezůstanu* [online]. [cit.2008-03-22] Dostupné z http://www.tyden.cz/rubriky/domaci/juraskova-jsem-workholik-ale-v-politice-nezustanu_120820.html
3. BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V. *Výzkum a ošetřovatelství.* 2.vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2008. 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2.
4. CZEFFER, L., PAPEŽOVÁ, M. *Role a kompetence sester v multidisciplinárním týmu* [online]. [cit.2009-03-22] Dostupné z <http://www.nemocnicevs.cz/download/PP%20role%20a%20kompetence%20sestr.e.ppt#256,1,>>
5. ČTK *V česku je nedostatek sester. Utíkají do Rakouska.* [online]. [cit.2009-07-07] Dostupné z http://www.tyden.cz/rubriky/domaci/v-cesku-je-nedostatek-sester-utikaji-do-rakouska_68225.html
6. DOENGES, M.E., MOORHOUSE, M.F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry.* 2. vyd. Praha: Grada, 2001. 564 s. ISBN 80-247-0242-8.
7. FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Ošetřovatelství – teorie.* 1.vyd. Martin: Osveta, 2006, 211 s. ISBN 80-8063-227-8 .
8. GROHAR-MURRAY, M.E., Di CROCE H.R. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetřovatelské péče.*1.vyd. Praha: Grada, 2003. 320 s. ISBN 80-247-0267-3.

9. GUTOVÁ, L. PAVELKOVÁ, E. *Ošetrovatelský proces z hlediska akreditačních standardů SAK ČR* [online]. [cit.2008-03-25] Dostupné z <www.rehabilitacniustav.cz/files/Pavelkova-Gutova-os-proces.pdf>
10. HANZLÍKOVÁ, A. *Komunitné ošetrovatelstvo*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2004. 279 s. ISBN 80-8063-155-7.
11. HOFŠTETROVÁ - KNOTKOVÁ, M., ZEMANOVA, K. *Systémy registrace a vzdělávání sester v zahraničí*. [online]. [cit.2009-01-02] Dostupné z <<http://www.florence.cz/cislo.php?stat=495>>
12. HELLEROVÁ, M. Uvědomujeme si náročnost profese sester. *Sestra*. Praha: 2009, roč. 18, č. 6, s. 14–15. ISSN 1210-0404.
13. JAROŠOVÁ, D. *Regulace ošetrovatelské profese* [online]. [cit.2009-01-02] Dostupné z <<http://projekty.osu.cz/mentor/Iorganizace%20studia%20osetrovatelstvi.pdf>>
14. JURÁSKOVÁ, D. *Celoživotní vzdělávání sester a kreditní systém* [online]. [cit.2008-05-23]. Dostupné z <<http://www.solen.cz/pdfs/med/2006/05/11.pdf>>
15. JURASKOVA, D. *Zákon č. 96/2004 Sb. a jeho vliv na ošetrovatelskou praxi* [online]. [cit.2008-03-22]. Dostupné z <<http://www.mpece.com/modules.php?name=News&file=article&sid=5>>
16. KILÍKOVÁ, M. *Manažment v ošetrovatelstve*. Rožňava: Roven, 2005. 109 s. ISBN 80-89168-10-8.
17. KILÍKOVÁ, M. *Základy manažmentu v ošetrovatelstve I*. Bratislava: Sapiientia, 2006. 68 s. ISBN 80-89271-01-4.
18. KOLEKVIV AUTORŮ. *Prívodce ošetrovatelskou dokumentací od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 392 s. ISBN 80-247-0278-9.

19. KOVÁŘOVÁ, V. *Operativní a strategické řízení ve zdravotnictví Konference ICEQ Praha 7.3.2006* [online]. [cit.2008-03-22] Dostupné z <www.iceq.cz/archive/2006/pdf/6_4.pdf>
20. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatelstvo 1*. Martin: Osveta, 1995. str. 836 ISBN 80-217-0528-0.
21. LEMON 3. *Učební texty pro sestry a porodní asistentky*. 1.vyd. Brno: IDVPZ, 1997 158 s. ISBN 80-7013-244-2.
22. LEPIEŠOVÁ, E. A KOL. *Manažment v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 1996, 146 s. ISBN 80-217-0352-0.
23. MALEJČÍK, A. *Základy manažmentu*. Nitra: Slovenská poľnohospodárska univerzita, 2000. 117 s. ISBN 80-7137-684-6.
24. MAREŠ, S. *Základy managementu*. 3. vyd. Hradec králové: Gaudeamus, 2004. 167 s. ISBN 80-7041-774-9.
25. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství, I. díl systémový přístup*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2004. 187 s. ISBN80-246-0429-9
26. MERHAUTOVÁ, I. Celoživotní vzdělávání není pouze o kreditních bodech. *Sestra*. roč. 17, č. 10, s. 17. ISSN 1210-0404.
27. MLČOCH, Z. *Kritické myšlení v práci sestry* [online]. [cit.2009-07-10] Dostupné z <www.zbynekmlcoch.cz/info/ruzne/vypracovane_otazky_temata_k_absolutoriu_zk_ousce_obor_diplomovana_vseobecna_sestra.html>
28. MURGAŠ, M., KUVIKOVÁ, H., NĚMEC, J. *Manažment zdravotníctva*. Banská Bystrica: Trian, 1998, 124s. ISBN 80-967730-2-X.

29. NCO NZO *Vše o kreditním systému* [online]. [cit.2009-07-10] Dostupné z <http://www.nconzo.cz/c/document_library/get_file?uuid=fc2a7352-324e-4c8e-a946-31c22ffd171d&groupId=10122>
30. NEVAŘILOVÁ, M. *Copingové strategie zdravotních sester v závislosti na délce praxe*. Brno, 2006. Diplomová práce. Masarykova Univerzita Brno, Filosofická fakulta
31. POCHYLÁ, K. *Koncepce českého ošetrovatelství. Základní terminologie*. 2.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 49 s. ISBN 80-7013-420-8.
32. PROŠKOVÁ, E. *Regulace ošetrovatelství - současnost a budoucnost* [online]. [cit.2008-03-22] Dostupné z <<http://www.florence.cz/cislo.php?stat=494>>
33. RUSSEL-JONES, N. *Management změny*. 1.vyd. Praha: Portál, 2006. 112 s. ISBN 80-7367-142-5.
34. STAŇKOVÁ, M. *Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 2002. 49 s. ISBN 80-7013-282-5.
35. STAŇKOVÁ, M. *Jak provádět ošetrovatelský proces*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 2005. 66 s. ISBN 80-7013-283-3.
36. SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE. *Sestry a porodní asistentky ve službách zdraví, v Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, Praha 2000. 95 s. ISBN 80-85047-20-9.
37. SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE. *Zdraví 21- zdraví do 21.století*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, Praha 2001. 147 s. ISBN 80-85047-49-5.
38. ŠKRLA, R., ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1.vyd. Praha: Advent – Orion, 2003. 477 s ISBN 80-7172-841-1

39. TOMÁNEK, J. *Reengineering a management změn* 1. vyd. Brno: Computer press, 2001. 550 s. ISBN 80-7226-428-1.
40. VÍZKOVÁ, A. *Vztah sestra-lékař v současném systému zdravotnictví*. České Budějovice, 2008. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta
41. VLASÁKOVA, D. *Celoživotní vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků a jeho dopad do ošetrovatelské praxe*. [online]. [cit.2009-07-04] Dostupné z <http://www.diagnoza.info/?sec=redaction&lang=cz&red_id=99>
42. VONDRÁČEK, M., LUDVÍK, M., NOVÁKOVÁ, J. *Ošetrovatelská dokumentace v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 72 s. ISBN 80-247-0704-7.
43. VONDRÁČEK, L. *Právní předpisy nejen pro hlavní, vrchní staniční sestry*. 1 vyd. Praha: Grada, 2005. 100s. ISBN 80-247-1198-2.
44. Vyhláška č. 423/2004 Sb., kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků (29.8.2008 nabyla účinnosti vyhláška č.321/2008 Sb., kterou se mění vyhláška č.423/2004). [online]. [cit.2009-03-27]. Dostupné z <<http://www.nconzo.cz/>>
45. Vyhláška ministerstva zdravotnictví ČR 39/2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání. [online]. [cit.2009-03-27]. Dostupné z <<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb06039&cd=76&typ=r>>
46. Vyhláška ministerstva zdravotnictví ČR 424/2004 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.
47. Zákon č.20/1966Sb., o péči o zdraví lidu [online]. [cit.2008-16-10]. Dostupné z: <http://www.sagit.cz/pages/uz.asp?tema_id=37&cd=61&typ=r&det=&levelid=329539>

48. Zákon č. 96/2004 Sb., ze dne 4.2.2004 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních – novelizován 1.7.2008) [online]. [cit.2009-16-04]. Dostupné z: <[http://www.sagit.cz /pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb04096&cd=76&typ=r](http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb04096&cd=76&typ=r)>.
49. Zákon č.101/2000 Sb. O ochraně osobních údajů a o změně jiných zákonů [online].1998 [cit.2009-03-27]. Dostupné z : <<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj= sb 00101&cd=76&typ=r>>
50. Zdravotnické noviny. *Honba za kredity, nebo moderní systém vzdělávání?* [online]. [cit.2009-06-28] Dostupné z <<http://www.zdravotnickenoviny.cz/scripts/detail.php?id=285883>>

8 Klíčová slova

Hlavní sestra

Management změn

Ošetrovatelský management

Ošetrovatelský proces

Skupinová péče

Role sester

9 Přílohy

Příloha 1 Dotazník pro hlavní sestry

Příloha 2 Dotazník pro lékaře – manažery

DOTAZNÍK

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Kateřina Příbylová a jsem studentkou magisterského oboru ošetrovatelství na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích. Dovoluji si Vás požádat o vyplnění následujícího dotazníku, který je důležitou součástí mé diplomové práce na téma: „Požadavky top managementu na změny v ošetrovatelské péči“.

Dotazník je anonymní a se všemi získanými informacemi budu nakládat dle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

Děkuji za spolupráci Bc. Příbylová Kateřina

/pokud není uvedeno jinak, označte pouze jednu možnou odpověď vepsáním X do barevně označeného pole, v případě slovní odpovědi vepište text do volného řádku v barevném poli/

| 1. Ve kterém z krajů se nachází Vaše zdravotnické zařízení? | | | |
|---|----------------------|--------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> | Hlavní město Praha | <input type="checkbox"/> | Královeshradecký kraj |
| <input type="checkbox"/> | Středočeský kraj | <input type="checkbox"/> | Pardubický kraj |
| <input type="checkbox"/> | Jihočeský kraj | <input type="checkbox"/> | Kraj Vysočina |
| <input type="checkbox"/> | Plzeňský kraj | <input type="checkbox"/> | Jihomoravský kraj |
| <input type="checkbox"/> | Karlovarský kraj | <input type="checkbox"/> | Olomoucký kraj |
| <input type="checkbox"/> | Ústecký kraj | <input type="checkbox"/> | Zlínský kraj |
| <input type="checkbox"/> | Liberecký kraj | <input type="checkbox"/> | Moravskoslezský kraj |
| <input type="checkbox"/> | nepřeji si odpovídat | | |

| 2. O jaký typ zdravotnického zařízení se jedná? | |
|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | státní zdravotnické zařízení |
| <input type="checkbox"/> | nestátní zdravotnické zařízení |
| <input type="checkbox"/> | nepřeji si odpovídat |

| 3. Jak velký počet sester Vaše zdravotnické zařízení zaměstnává? | |
|--|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | 0-100 sester |
| <input type="checkbox"/> | 101-250 sester |
| <input type="checkbox"/> | 251- 500 sester |
| <input type="checkbox"/> | 501-1000 sester |
| <input type="checkbox"/> | 1001-1500 sester |
| <input type="checkbox"/> | 1501 a více sester |

| | |
|--|----------------------|
| 4. Jak dlouho zastáváte funkci hlavní sestry, či náměstka pro ošetrovatelskou péči? | |
| <input type="checkbox"/> | méně než 1 rok |
| <input type="checkbox"/> | 1- 2 roky |
| <input type="checkbox"/> | 2 - 5 let |
| <input type="checkbox"/> | 5-10 let |
| <input type="checkbox"/> | 10 let a více |
| <input type="checkbox"/> | nepřeji si odpovídat |

| | |
|---|-------|
| 5. Myslíte si, že je v současné době nutné změnit systém poskytování ošetrovatelské péče v ČR? | |
| <input type="checkbox"/> | ano |
| <input type="checkbox"/> | ne |
| <input type="checkbox"/> | nevím |

| | |
|--|---|
| 6. Jaká oblast v ošetrovatelství by se podle Vás měla nejvíce změnit? | |
| <i>/přiradíte číslo od 1 - 9 podle priority, 1 = nejvíce/</i> | |
| <input type="checkbox"/> | vzdělávání pracovníků v ošetrovatelství |
| <input type="checkbox"/> | uznávání způsobilosti k výkonu povolání |
| <input type="checkbox"/> | náplň činností, kompetence |
| <input type="checkbox"/> | systém poskytování ošetrovatelské péče <i>/skupinová, primární, funkční atd./</i> |
| <input type="checkbox"/> | motivace pracovníků k výkonu povolání |
| <input type="checkbox"/> | management |
| <input type="checkbox"/> | kontinuální zvyšování kvality |
| <input type="checkbox"/> | způsob zavádění změn do ošetrovatelství |
| <input type="checkbox"/> | poskytování ošetrovatelské péče metodou ošetrovatelského procesu |

| | |
|---|--|
| 7. Souhlasíte se současnou podobou Koncepce ošetrovatelství z roku 2004? | |
| <input type="checkbox"/> | ano |
| <input type="checkbox"/> | nevím |
| <input type="checkbox"/> | souhlasím částečně |
| <input type="checkbox"/> | nesouhlasím |
| <i>Pokud jste uvedli, možnost souhlasím jen částečně a nesouhlasím označte v jakém bodu s koncepcí nesouhlasíte</i> | |
| <input type="checkbox"/> | definice a cíle ošetrovatelství |
| <input type="checkbox"/> | vzdělávání zdravotnických pracovníků |
| <input type="checkbox"/> | registrace zdravotnických pracovníků |
| <input type="checkbox"/> | ošetrovatelský proces a jeho dokumentace |
| <input type="checkbox"/> | hodnocení kvality ošetrovatelské péče |

| 8. Jaké podmínky podle Vás schází k zavedení změn do ošetrovatelské péče? <i>/můžete označit více možností, u políčka jiné můžete napsat slovní odpověď/</i> | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> | žádné - podmínky jsou dobré |
| <input type="checkbox"/> | dostatek pracovních sil |
| <input type="checkbox"/> | dostatek finančních prostředků v oboru |
| <input type="checkbox"/> | legislativní opatření lepší podmínky pro vzdělávání personálu |
| <input type="checkbox"/> | dostatek vysokoškolsky vzdělaného personálu |
| <input type="checkbox"/> | dostatek středoškolsky vzdělaného personálu |
| <input type="checkbox"/> | dostatek informací k zavádění změn do praxe |
| <input type="checkbox"/> | schopnost týmové spolupráce |
| <input type="checkbox"/> | komunikace mezi jednotlivými úrovněmi managementu |
| <input type="checkbox"/> | jiné - |

| 9. Jaké podmínky chybí sestřím k dalšímu vzdělávání? <i>/můžete označit více možností, u políčka jiné můžete napsat slovní odpověď/</i> | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> | nedostatek možností vzdělávat se |
| <input type="checkbox"/> | nedostatek volného času na vzdělávání se |
| <input type="checkbox"/> | hrazení poplatků zaměstnavatelem za vzdělávací akce |
| <input type="checkbox"/> | zájem o profesionální růst |
| <input type="checkbox"/> | jiné - |

| 10. Co považujete za největší překážku v realizaci změn v ošetrovatelské péči? <i>/přiradte číslo od 1-6 podle priority, 1 = největší překážka/</i> | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> | odpor zaměstnanců ke změně |
| <input type="checkbox"/> | špatná komunikace |
| <input type="checkbox"/> | nedotažení změn do konce |
| <input type="checkbox"/> | nedostatečný souhlas vedoucích pracovníků ses strategií |
| <input type="checkbox"/> | nedostatečné dovednosti |
| <input type="checkbox"/> | nevhodné pracovní klima |

| 11. Jaké podmínky jsou podle Vás důležité pro motivaci zaměstnanců v organizaci? <i>/můžete označit více možností, u políčka jiné můžete napsat slovní odpověď/</i> | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> | možnost podílet se na stanovování cílů organizace |
| <input type="checkbox"/> | změny v klimatu pracovního prostředí |
| <input type="checkbox"/> | podnícení spolupráce mezi zaměstnanci |
| <input type="checkbox"/> | možnosti dalšího vzdělávání a pracovního postupu |
| <input type="checkbox"/> | objektivní hodnocení na základě kvality a množství jimi odvedené práce |
| <input type="checkbox"/> | zvýšení různorodosti práce |
| <input type="checkbox"/> | posilování nezávislosti zaměstnanců a podpora jejich autonomie |
| <input type="checkbox"/> | posílení zpětné vazby a dostatek informací o výsledcích práce |
| <input type="checkbox"/> | jiné - |

| 12. Pracuje se ve Vaší organizaci metodou ošetrovatelského procesu? | |
|--|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | ano |
| <input type="checkbox"/> | částečně |
| <input type="checkbox"/> | jen některá oddělení |
| <input type="checkbox"/> | ne |
| <input type="checkbox"/> | nevím |

| 13. Považujete ošetrovatelský proces za důležitý pro zavedení změn do ošetrovatelské péče? | |
|---|-------|
| <input type="checkbox"/> | ano |
| <input type="checkbox"/> | ne |
| <input type="checkbox"/> | nevím |

| 14. Jaká změna je nejdůležitější pro zavedení ošetrovatelského procesu do praxe? | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> | změna ve způsobu myšlení sester |
| <input type="checkbox"/> | větší počet sester na odděleních |
| <input type="checkbox"/> | změna ve vzdělávání sester |
| <input type="checkbox"/> | změnění způsobu ošetrovatelské dokumentace |
| <input type="checkbox"/> | jiné - |

| 15. Jaká je podle Vás hlavní výhoda ošetrovatelského procesu? | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> | není žádná |
| <input type="checkbox"/> | poskytování systematické péče |
| <input type="checkbox"/> | samostatnost práce sester |
| <input type="checkbox"/> | lepší komunikace mezi sestrami a pacienty |
| <input type="checkbox"/> | zvyšování spokojenosti pacientů |
| <input type="checkbox"/> | zvýšení profesionálního image sestry |

| 16. Jaký systém poskytování péče je zaveden ve Vašem zdravotnickém oddělení? | |
|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | funkční systém |
| <input type="checkbox"/> | systém skupinové péče |
| <input type="checkbox"/> | systém primárních sester |
| <input type="checkbox"/> | case management |
| <input type="checkbox"/> | jiné - |

| | |
|---|--------------------------|
| 17. Který z následujících systémů poskytování ošetrovatelské péče je ve Vašich podmínkách nejvhodnější | |
| <input type="checkbox"/> | funkční systém |
| <input type="checkbox"/> | systém skupinové péče |
| <input type="checkbox"/> | systém primárních sester |
| <input type="checkbox"/> | case management |
| <input type="checkbox"/> | jiné - |

| | |
|--|-------|
| 18. Je podle Vás nutné zavedení skupinové ošetrovatelské péče na všech standardních odděleních? | |
| <input type="checkbox"/> | ano |
| <input type="checkbox"/> | ne |
| <input type="checkbox"/> | nevím |
| <input type="checkbox"/> | jiné |

| | |
|---|--------|
| 19. Jaký vliv na kvalitu péče má požadovaná odbornost ošetrovatelského personálu dle platné koncepce ? | |
| <input type="checkbox"/> | dobry |
| <input type="checkbox"/> | žadny |
| <input type="checkbox"/> | špatny |
| <input type="checkbox"/> | nevím |

| | |
|---|-----|
| 20. Požadujete předepsanou odbornost ošetrovatelského personálu dle platné koncepce ve Vašem zdravotnickém zařízení? | |
| <input type="checkbox"/> | ano |
| <input type="checkbox"/> | ne |

| | |
|---|-----------|
| 21. Máte možnost tuto odbornost po zaměstnancích požadovat? | |
| <i>/jestli tuto možnost nemáte napište do barevného pole, důvod proč je tomu tak/</i> | |
| <input type="checkbox"/> | ne, nemám |
| <input type="checkbox"/> | ano, mám |
| Důvod: | |
| | |

| | |
|--|---|
| 22. Zkvalitňuje nově zavedený kreditní systém ošetrovatelskou péčí? | |
| <input type="checkbox"/> | ano, péče je kvalitnější |
| <input type="checkbox"/> | ne, péče je horší kvality než v minulosti |
| <input type="checkbox"/> | nedochází ke změně kvality péče |
| <input type="checkbox"/> | nevím |

| | |
|---|-----|
| 23. Organizujete další vzdělávání k získání kreditů? | |
| <input type="checkbox"/> | ano |
| <input type="checkbox"/> | ne |

| | |
|--|-----------------------------------|
| 24. Setkala se s tím, že si sestry samy zajišťují akce k odbornému růstu? | |
| <input type="checkbox"/> | ano, setkávám se s tím často |
| <input type="checkbox"/> | ano, setkávám se s tím jen zřídka |
| <input type="checkbox"/> | ne, ještě jsem se tím nesetkala |

| | |
|--|--|
| 25. Jaký vidíte přínos v zavedení kreditního systému? | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| | |
|--|-----------------------|
| 26. Jaká z rolí sestry se podle Vás v současnosti nejhůře naplňuje? | |
| <input type="checkbox"/> | sestra ošetřovatelka |
| <input type="checkbox"/> | sestra edukátorka |
| <input type="checkbox"/> | sestra výzkumnice |
| <input type="checkbox"/> | sestra manažerka |
| <input type="checkbox"/> | sestra nositelka změn |
| <input type="checkbox"/> | sestra obhájkyně |
| <input type="checkbox"/> | jiná - |

| | |
|--|--|
| 27. V předchozí otázce jste vybrala roli sestry, která se nejhůře naplňuje. Napište prosím, jaké důvody podle Vás k tomu vedou. | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| | |
|---|--------------------------------------|
| 28. Podle Vás "Kontinuální zvyšování kvality" nejvíce negativně ovlivňuje? | |
| <input type="checkbox"/> | špatná ekonomická situace nemocnic |
| <input type="checkbox"/> | řešení problému s pojišťovny |
| <input type="checkbox"/> | nedostatek kvalifikovaného personálu |
| <input type="checkbox"/> | nespokojenost s platovými podmínkami |
| <input type="checkbox"/> | celoživotní vzdělávání |
| <input type="checkbox"/> | jiné - |

| | |
|--|--|
| 29. Účastnily se Vaše vrchní a staniční sestry školení v oblasti managementu v zavádění změn? | |
| <input type="checkbox"/> | ano, všechny sestry jsou v této oblasti školeny |
| <input type="checkbox"/> | školená je pouze část vybraných sester |
| <input type="checkbox"/> | ne, v této oblasti sestry neškolíme |
| <input type="checkbox"/> | nevím, zda-li jsou sestry v této oblasti školeny |

| | |
|--|--|
| 30. Jakým způsobem jsou přijímány návrhy na změny v ošetrovatelské péči ostatními členy managementu Vašeho zdravotnického zařízení? | |
| <input type="checkbox"/> | návrhy na změny jsou přijímány kladně, máme veškerou podporu ostatního managementu |
| <input type="checkbox"/> | návrhy na změny jsou přijímány na základě dlouhého jednání s ostatním managementem |
| <input type="checkbox"/> | návrhy na změny jsou přijímány ostatním managementem jen velice těžce |
| <input type="checkbox"/> | návrhy na změny jsou přijímány bez spolupráce s ostatním managementem |
| <input type="checkbox"/> | jiné |

| | |
|---|--|
| 31. Jakým způsobem jsou přijímány návrhy na změny v ošetrovatelské péči ošetrovatelským personálem Vašeho zdravotnického zařízení? | |
| <input type="checkbox"/> | personál přijímá návrhy na změny většinou kladně |
| <input type="checkbox"/> | personál návrhy na změny většinou odmítá |
| <input type="checkbox"/> | personál se o návrhy na změny většinou nezajímá |
| <input type="checkbox"/> | pro personál jsou návrhy na změny motivující |
| <input type="checkbox"/> | nevím |
| <input type="checkbox"/> | jiné |

| | |
|---|----------|
| 32. Máte možnost uplatňovat rovnocenné podmínky v úloze řízení zdravotnického zařízení s lékaři v manažerských funkcích? | |
| <input type="checkbox"/> | ano |
| <input type="checkbox"/> | částečně |
| <input type="checkbox"/> | ne |
| <input type="checkbox"/> | jiné |

| | |
|--|--|
| 33. Jaké faktory ovlivňují rozvoj ošetrovatelského managementu? | |
| <input type="checkbox"/> | nedostatek pravomocí sester manažerek |
| <input type="checkbox"/> | postavení žen, které jsou zastoupeny v managementu ošetrovatelství v dominantním počtu |
| <input type="checkbox"/> | dominantní postavení medicíny |
| <input type="checkbox"/> | ekonomika, týkající se vykazování ošetrovatelské péče pojišťovnám |
| <input type="checkbox"/> | motivace sester |
| <input type="checkbox"/> | změny v systému vzdělávání |
| <input type="checkbox"/> | jiné |

| | |
|--|-------------------------|
| 34. Myslíte si, že rozvoj managementu ovlivňuje dominantní počet žen v managementu ošetrovatelství? | |
| <input type="checkbox"/> | ano, velmi ovlivňuje |
| <input type="checkbox"/> | ano, částečně ovlivňuje |
| <input type="checkbox"/> | ne, neovlivňuje |
| <input type="checkbox"/> | nevím, zdali ovlivňuje |
| <input type="checkbox"/> | jiné |

| | |
|---|--|
| 35. Jaké formy celoživotního vzdělávání považujete za nejefektivnější? <i>/přiřad'te číslo od 1-7 podle nejvyšší efektivity, 1=nejefektivnější/</i> | |
| <input type="checkbox"/> | studium vysokoškolsky studijních programů |
| <input type="checkbox"/> | účast na kurzech a školících akcích |
| <input type="checkbox"/> | účast na odborných stážích |
| <input type="checkbox"/> | účast na odborných konferencích, kongresech sympóziích |
| <input type="checkbox"/> | publikační činnost |
| <input type="checkbox"/> | pedagogická činnost |
| <input type="checkbox"/> | vědecko-výzkumná praxe |

| | |
|---|--|
| 36. Jaké podmínky podle Vás nejvíce schází sestřám k celoživotnímu vzdělávání? <i>/přiřad'te číslo od 1-7 podle nejvyšší efektivity, 1= nejvíce schází/</i> | |
| <input type="checkbox"/> | dostatek času na další vzdělávání |
| <input type="checkbox"/> | zájem o studium |
| <input type="checkbox"/> | finanční prostředky |
| <input type="checkbox"/> | podpora zaměstnavatele, <i>/např. uvolnění z práce po dobu školící akce, zaplacení poplatků za studium atd./</i> |
| <input type="checkbox"/> | možnost kariérního postupu |
| <input type="checkbox"/> | zájem zaměstnavatele z řad ostatního managementu zdravotnických zařízení |
| <input type="checkbox"/> | dostatek příležitostí vzdělávat se |

| | |
|---|------------------------------|
| 37. Myslíte si, že kompetence ošetrovatelského personálu dle Vyhlášky ministerstva zdravotnictví ČR 424/2004 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků jsou dostatečné? | |
| <input type="checkbox"/> | ano, jsou dostatečné |
| <input type="checkbox"/> | ne, nejsou dostatečné |
| <input type="checkbox"/> | nevím, zdali jsou dostatečné |

| | |
|--|----------|
| 38. Je podle Vás sestra v současné době plnohodnotným a rovnocenným členem multidisciplinárního týmu? | |
| <input type="checkbox"/> | ano, je |
| <input type="checkbox"/> | ne, není |
| <input type="checkbox"/> | nevím |

| | |
|---|------------------------------------|
| 39. Jaký nejčastější faktor schází podle Vás při programu "Kontinuálního zvyšování kvality"? | |
| <input type="checkbox"/> | dobrá ekonomická situace |
| <input type="checkbox"/> | dostatek kvalifikovaného personálu |
| <input type="checkbox"/> | dobré vztahy s pojišťovnamy |
| <input type="checkbox"/> | spokojenost s platovými podmínkami |

| | |
|--|------------------------------|
| 40. Jaké ze 4 oblastí, podle kterých se hodnotí kvalita péče je nutné vylepšit? | |
| <input type="checkbox"/> | kvalita produktu |
| <input type="checkbox"/> | kvalita poskytovaných služeb |
| <input type="checkbox"/> | kvalifikace zaměstnanců |
| <input type="checkbox"/> | prostředí |

| | |
|---|---|
| 41. Které níže uvedené důvody jsou podle Vašeho názoru nejčastější příčinou v přibývání změn, které musíte zavádět do praxe? <i>/přiřad'te číslo od 1- 7, 1= nejčastější důvod/</i> | |
| <input type="checkbox"/> | technologické inovace |
| <input type="checkbox"/> | globalizace |
| <input type="checkbox"/> | legislativa |
| <input type="checkbox"/> | nové léčebné metody |
| <input type="checkbox"/> | zvyšující se náklady na zdravotní péči |
| <input type="checkbox"/> | vyšší požadavky na kvalitu |
| <input type="checkbox"/> | náročnější uživatelé zdravotnické a ošetrovatelské péče |

| | |
|--|--|
| 42. Jaký motivační faktor je podle Vás nejdůležitější v rámci řízení lidských zdrojů? | |
| <input type="checkbox"/> | potřeby a jejich saturace |
| <input type="checkbox"/> | podílení se na stanovování cílů organizace |
| <input type="checkbox"/> | klima v organizaci |

| |
|--|
| Prostor pro případné komentáře: |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Děkuji mnohokrát za vyplnění dotazníku.

DOTAZNÍK

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Kateřina Příbylová a jsem studentkou magisterského oboru ošetrovatelství na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích. Dovoluji si Vás požádat o vyplnění následujícího dotazníku, který je důležitou součástí mé diplomové práce na téma: „Požadavky top managementu na změny v ošetrovatelské péči“.

Dotazník je anonymní a se všemi získanými informacemi budu nakládat dle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

Děkuji za spolupráci Bc. Příbylová Kateřina

/pokud není uvedeno jinak, označte pouze jednu možnou odpověď vepsáním X do barevně označeného pole, v případě slovní odpovědi vepište text do volného řádku v barevném poli/

| 1. Ve kterém z krajů se nachází Vaše zdravotnické zařízení? | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hlavní město Praha | <input type="checkbox"/> Královehradecký kraj |
| <input type="checkbox"/> Středočeský kraj | <input type="checkbox"/> Pardubický kraj |
| <input type="checkbox"/> Jihočeský kraj | <input type="checkbox"/> Kraj Vysočina |
| <input type="checkbox"/> Plzeňský kraj | <input type="checkbox"/> Jihomoravský kraj |
| <input type="checkbox"/> Karlovarský kraj | <input type="checkbox"/> Olomoucký kraj |
| <input type="checkbox"/> Ústecký kraj | <input type="checkbox"/> Zlínský kraj |
| <input type="checkbox"/> Liberecký kraj | <input type="checkbox"/> Moravskoslezský kraj |
| <input type="checkbox"/> nepřeji si odpovídat | |

| 2. O jaký typ zdravotnického zařízení se jedná? | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> státní zdravotnické zařízení | |
| <input type="checkbox"/> nestátní zdravotnické zařízení | |
| <input type="checkbox"/> nepřeji si odpovídat | |

| 3. Počet sester, které Vaše zdravotnické zařízení zaměstnává? | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 0-100 sester | |
| <input type="checkbox"/> 101-250 sester | |
| <input type="checkbox"/> 251- 500 sester | |
| <input type="checkbox"/> 501-1000 sester | |
| <input type="checkbox"/> 1001-1500 sester | |
| <input type="checkbox"/> 1501 a více sester | |

| | |
|---|-------|
| 4. Myslíte si, že je v současné době nutné změnit systém poskytování ošetrovatelské péče v ČR? | |
| <input type="checkbox"/> | ano |
| <input type="checkbox"/> | ne |
| <input type="checkbox"/> | nevím |

| | |
|--|---|
| 5. Jaká oblast v ošetrovatelství by se podle Vás měla nejvíce změnit? <i>/přiraďte číslo od 1 - 9 podle priority, 1 = nejvíce/</i> | |
| <input type="checkbox"/> | vzdělávání pracovníků v ošetrovatelství |
| <input type="checkbox"/> | uznávání způsobilosti k výkonu povolání |
| <input type="checkbox"/> | náplň činností, kompetence |
| <input type="checkbox"/> | systém poskytování ošetrovatelské péče <i>/skupinová, primární, funkční atd./</i> |
| <input type="checkbox"/> | motivace pracovníků k výkonu povolání |
| <input type="checkbox"/> | management |
| <input type="checkbox"/> | kontinuální zvyšování kvality |
| <input type="checkbox"/> | způsob zavádění změn do ošetrovatelství |
| <input type="checkbox"/> | poskytování ošetrovatelské péče metodou ošetrovatelského procesu |

| | |
|---|--|
| 6. Souhlasíte se současnou podobou Koncepce ošetrovatelství z roku 2004? | |
| <input type="checkbox"/> | ano |
| <input type="checkbox"/> | nevím |
| <input type="checkbox"/> | souhlasím částečně |
| <input type="checkbox"/> | nesouhlasím |
| <i>Pokud jste uvedli, možnost souhlasím jen částečně a nesouhlasím označte v jakém bodu s koncepcí nesouhlasíte</i> | |
| <input type="checkbox"/> | definice a cíle ošetrovatelství |
| <input type="checkbox"/> | vzdělávání zdravotnických pracovníků |
| <input type="checkbox"/> | registrace zdravotnických pracovníků |
| <input type="checkbox"/> | ošetrovatelský proces a jeho dokumentace |
| <input type="checkbox"/> | hodnocení kvality ošetrovatelské péče |

| | |
|---|---|
| 7. Jaké podmínky podle Vás schází k zavedení změn do ošetrovatelské péče? <i>/můžete označit více možností, u políčka jiné můžete napsat slovní odpověď /</i> | |
| <input type="checkbox"/> | žádné - podmínky jsou dobré |
| <input type="checkbox"/> | dostatek pracovních sil |
| <input type="checkbox"/> | dostatek finančních prostředků v oboru |
| <input type="checkbox"/> | legislativní opatření lepší podmínky pro vzdělávání personálu |
| <input type="checkbox"/> | dostatek vysokoškolsky vzdělaného personálu |
| <input type="checkbox"/> | dostatek středoškolsky vzdělaného personálu |
| <input type="checkbox"/> | dostatek informací k zavádění změn do praxe |
| <input type="checkbox"/> | schopnost týmové spolupráce |
| <input type="checkbox"/> | komunikace mezi jednotlivými úrovněmi managementu |
| <input type="checkbox"/> | jiné - |

| | |
|--|---|
| 8. Jaké podmínky chybí sestřím k dalšímu vzdělávání? | |
| <i>/můžete označit více možností, u políčka jiné můžete napsat slovní odpověď/</i> | |
| <input type="checkbox"/> | nedostatek možností vzdělávat se |
| <input type="checkbox"/> | nedostatek volného času na vzdělávání se |
| <input type="checkbox"/> | hrazení poplatků zaměstnavatelem za vzdělávací akce |
| <input type="checkbox"/> | zájem o profesionální růst |
| <input type="checkbox"/> | jiné - |

| | |
|--|--|
| 9. Jaké podmínky jsou podle Vás důležité pro motivaci zaměstnanců v organizaci? | |
| <i>/můžete označit více možností, u políčka jiné můžete napsat slovní odpověď/</i> | |
| <input type="checkbox"/> | možnost podílet se na stanovování cílů organizace |
| <input type="checkbox"/> | změny v klimatu pracovního prostředí |
| <input type="checkbox"/> | podnícení spolupráce mezi zaměstnanci |
| <input type="checkbox"/> | možnosti dalšího vzdělávání a pracovního postupu |
| <input type="checkbox"/> | objektivní hodnocení na základě kvality a množství jimi odvedené práce |
| <input type="checkbox"/> | zvýšení různorodosti práce |
| <input type="checkbox"/> | posilování nezávislosti zaměstnanců a podpora jejich autonomie |
| <input type="checkbox"/> | posílení zpětné vazby a dostatek informací o výsledcích práce |
| <input type="checkbox"/> | jiné - |

| | |
|--|----------------------|
| 10. Pracuje se ve Vaší organizaci metodou ošetrovatelského procesu? | |
| <input type="checkbox"/> | ano |
| <input type="checkbox"/> | částečně |
| <input type="checkbox"/> | jen některá oddělení |
| <input type="checkbox"/> | ne |
| <input type="checkbox"/> | nevím |

| | |
|---|-------|
| 11. Považujete ošetrovatelský proces za důležitý pro zavedení změn do ošetrovatelské péče? | |
| <input type="checkbox"/> | ano |
| <input type="checkbox"/> | ne |
| <input type="checkbox"/> | nevím |

| | |
|---|--|
| 12. Jaká změna je nejdůležitější pro zavedení ošetrovatelského procesu do praxe? | |
| <input type="checkbox"/> | ve způsobu myšlení sester |
| <input type="checkbox"/> | větší počet sester na odděleních |
| <input type="checkbox"/> | změna ve vzdělávání sester |
| <input type="checkbox"/> | změnění způsobu ošetrovatelské dokumentace |
| <input type="checkbox"/> | jiné - |

| 13. Jaká je podle Vás hlavní výhoda ošetrovatelského procesu? | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> | není žádná |
| <input type="checkbox"/> | poskytování systematické péče |
| <input type="checkbox"/> | samostatnost práce sester |
| <input type="checkbox"/> | lepší komunikace mezi sestrami a pacienty |
| <input type="checkbox"/> | zvyšování spokojenosti pacientů |
| <input type="checkbox"/> | zvýšení profesionálního image sestry |

| 14. Jaký systém poskytování péče je zaveden ve Vašem zdravotnickém oddělení? | |
|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | funkční systém |
| <input type="checkbox"/> | systém skupinové péče |
| <input type="checkbox"/> | systém primárních sester |
| <input type="checkbox"/> | nevím |
| <input type="checkbox"/> | jiné |

| 15. Který z následujících systémů poskytování ošetrovatelské péče je ve Vašich podmínkách nejvhodnější | |
|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | funkční systém |
| <input type="checkbox"/> | systém skupinové péče |
| <input type="checkbox"/> | systém primárních sester |
| <input type="checkbox"/> | nevím |
| <input type="checkbox"/> | jiné - |

| 16. Je podle Vás nutné zavedení skupinové ošetrovatelské péče na všech standardních odděleních? | |
|--|-------|
| <input type="checkbox"/> | ano |
| <input type="checkbox"/> | ne |
| <input type="checkbox"/> | nevím |
| <input type="checkbox"/> | jiné |

| 17. Jakým způsobem jsou přijímány návrhy na změny v ošetrovatelské péči ostatními členy managementu Vašeho zdravotnického zařízení? | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> | návrhy na změny jsou přijímány kladně, máme veškerou podporu ostatního managementu |
| <input type="checkbox"/> | návrhy na změny jsou přijímány na základě dlouhého jednání s ostatním managementem |
| <input type="checkbox"/> | návrhy na změny jsou přijímány ostatním managementem jen velice těžce |
| <input type="checkbox"/> | návrhy na změny jsou přijímány bez spolupráce s ostatním managementem |
| <input type="checkbox"/> | jiné |

| | |
|--|----------|
| 18. Myslíte si, že ošetrovatelský management má možnost uplatňovat rovnocenné podmínky v úloze řízení zdravotnického zařízení s lékaři v manažerských funkcích? | |
| <input type="checkbox"/> | ano |
| <input type="checkbox"/> | částečně |
| <input type="checkbox"/> | ne |
| <input type="checkbox"/> | jiné |

| | |
|--|--|
| 19. Jaké nejčastější faktory ovlivňují rozvoj ošetrovatelského managementu? <i>/můžete označit více možností, u políčka jiné můžete napsat slovní odpověď/</i> | |
| <input type="checkbox"/> | nedostatek pravomocí sester manažerek |
| <input type="checkbox"/> | postavení žen, které jsou zastoupeny v managementu ošetrovatelství v dominantním počtu |
| <input type="checkbox"/> | dominantní postavení medicíny |
| <input type="checkbox"/> | ekonomika, týkající se vykazování ošetrovatelské péče pojišťovnám |
| <input type="checkbox"/> | motivace sester |
| <input type="checkbox"/> | změny v systému vzdělávání |
| <input type="checkbox"/> | jiné - |

| | |
|--|----------|
| 20. Je podle Vás sestra v současné době plnohodnotným a rovnocenným členem multidisciplinárního týmu? | |
| <input type="checkbox"/> | ano, je |
| <input type="checkbox"/> | ne, není |
| <input type="checkbox"/> | nevím |

| | |
|--|---|
| 21. Které níže uvedené důvody jsou podle Vašeho názoru nejčastější příčinou v přibývání změn, které musíte zavádět do praxe? <i>/přiřaďte číslo od 1- 7, 1= nejčastější důvod/</i> | |
| <input type="checkbox"/> | technologické inovace |
| <input type="checkbox"/> | globalizace |
| <input type="checkbox"/> | legislativa |
| <input type="checkbox"/> | nové léčebné metody |
| <input type="checkbox"/> | zvyšující se náklady na zdravotní péči |
| <input type="checkbox"/> | vyšší požadavky na kvalitu |
| <input type="checkbox"/> | náročnější uživatelé zdravotnické a ošetrovatelské péče |

| | |
|--|--|
| Prostor pro případné komentáře: | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Děkuji mnohokrát za vyplnění dotazníku

