

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta**

**Manažer základní linie jako člen multidisciplinárního týmu a jeho
možnosti v ovlivnění ošetrovatelské péče**

Vedoucí práce: PhDr. Andrea Hudáčková

Autor: Bc. Ivana Vachtová

2010

Abstract

A manager is the one who sets everything on movement in an organization. He/she is also the one who gives order to the movement and who conditions success of all the processes running in an organization. His/her aim is to lead the team to efficient and good quality work performance. A nurse-manager performs the tasks of nursing care of individuals or groups by managing the nursing process. People and their work activities are her goals. She leads them to work, influences them and coordinates their performance, checks, assesses, guides and manages their professional careers. She affects the everyday workplace operation towards high performance and cooperation. She indirectly influences patient satisfaction, the nursing care and moreover also the organization prosperity in her everyday effort. She does all that with regard to satisfaction of the team members and their professional development. If she is to be a really efficient source she must be perceived basically as a capable and motivated person. This also means to do everything for her to become like this.

The first goal of the work was to find out the determinants of success of an operative manager and his/her position in general. The second goal was to map the attributes of manager's managerial position. The third goal was to map manager's work with an operative group. Quantitative research was applied on the issue processing. Questioning, the technique of a questionnaire, was chosen as a data collection method. The questionnaire was designed for head nurses working in hospitals and social care facilities within the region. It consisted of 48 closed and one semi-closed questions. Hypothesis No. 1 states that managerial position is affected by horizontal and vertical relations within an organization. According to the research results the vertical relations may affect a position of a manager in both, positive and negative senses. The position may also be affected by relations between the manager and the staff reporting to him/her. If a manager lacks managerial skills his/her team might be unstable. Such a team might not perform good work and might provide medical care of poor quality. In the sense of vertical relation the position of a manager may thus be uncertain. Hypothesis No. 1 was confirmed. Hypothesis No. 2 says that quality relations between an operative line manager and the staff managed by him affect positively the nursing care. According to the research results the good quality relations may affect the nursing

care positively under particular conditions. If the manager creates condition for successful team work and nurses in the team are satisfied. Hypothesis No. 2 was confirmed. Hypothesis No. 3 on a stable team that forms upon forming a functional network of informal social and work relations was also confirmed. In some managers' opinion a stable team forms upon a functional network of informal social and work relations.

The thesis might be utilized for providing the found out information to the basic line managers at professional training sessions. It may contribute to better understanding in relation to the managed staff. Actually if managers are able to understand the issues of leadership and management of people they will have sufficient information in this field and will be able to understand it and lead their teams much better.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Manažer základní linie jako člen multidisciplinárního týmu a jeho možnosti v ovlivnění ošetrovatelské péče vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích 24.5.2010

.....

Poděkování

Děkuji PhDr. Andree Hudáčkové za cenné rady, podněty a připomínky při zpracování mé diplomové práce.

OBSAH

| | |
|--|---------------|
| Úvod..... | str.3 |
| 1. SOUČASNÝ STAV..... | str.4 |
| 1.1 Manažer..... | str.4 |
| 1.1.1 Sociální pozice manažera..... | str.5 |
| 1.1.2 Determinanty ovlivňující vývoj osobnosti manaže..... | str.5 |
| 1.1.2.1 Vnitřní vlivy působící na rozvoj osobnosti..... | str.6 |
| 1.1.2.2 Vlivy prostředí..... | str.7 |
| 1.1.2.3 Sociokulturní prostředí a jeho vliv..... | str.8 |
| 1.1.2.4 Realizace psychického vývoj..... | str.9 |
| 1.1.3 Osobní kvalita manažera..... | str.10 |
| 1.1.3.1 Projevy osobní kvality..... | str.11 |
| 1.1.3.2 Indikátory osobní kvality..... | str.12 |
| 1.1.4 Subj. determinanty pro výkon manažerské práce..... | str.13 |
| 1.1.4.1 Inteligence..... | str.14 |
| 1.1.4.2 Sebeřízení..... | str.15 |
| 1.1.5 Manažer a duševní zdraví..... | str.15 |
| 1.1.6 Interpersonální dovednosti manažera..... | str.16 |
| 1.1.7 Práce manažera s pracovní skupinou..... | str.17 |
| 1.1.7.1 Komunikace..... | str.18 |
| 1.1.7.2 Komunikační kanály..... | str.20 |
| 1.1.7.3 Zpětná vazba..... | str.21 |
| 1.1.7.4 Asertivita..... | str.21 |
| 1.1.7.5 Další komunikační prostředky..... | str.22 |
| 1.2 Management..... | str.23 |
| 1.2.1 Teorie řízení 21. století | str.24 |
| 1.2.1.1 Řízená péče..... | str.25 |
| 1.2.1.2 Řízení personálních zdrojů..... | str.26 |
| 1.2.1.3 Řízení časových zdrojů..... | str.27 |
| 1.2.1.4 Řízení finančních zdrojů..... | str.28 |
| 1.2.1.5 Řízení skupin..... | str.28 |
| 1.2.1.6 Styly řízení..... | str.29 |

| | |
|--|---------|
| 1.2.2 Organizace..... | str.30 |
| 1.2.2.1 Organizační koncepce..... | str.31 |
| 1.2.2.2 Organizační kultura..... | str.33 |
| 1.2.3 Management ve zdravotnictví..... | str.34 |
| 1.2.4 Management v ošetrovatelství..... | str.36 |
| 1.2.5 Vývoj úlohy managementu v ošetrovatelství..... | str.37 |
| 1.2.6 Řídící proces na úrovni staničních sester..... | str.39 |
| 1.2.7 Role staniční sestry..... | str.41 |
| 1.2.8 Vzdělávání staničních sester..... | str.42 |
| 1.3 Kvalita ošetrovatelské péče..... | str.44 |
| 1.3.1 Systém ukazatelů kvality..... | str.45 |
| 1.3.2 Akreditace..... | str.46 |
| 1.3.3 Audity..... | str.48 |
| 1.3.4 Ošetrovatelský audit..... | str.49 |
| 1.4 Optimální léčebné prostředí..... | str.50 |
| 1.4.1 Týmová práce v ošetrovatelství..... | str.51 |
| 1.4.2 Horizontální vztahy a stabilní tým..... | str.52 |
| 1.4.3 Vertikální vztahy v organizaci..... | str.54 |
| 2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY..... | str.57 |
| 2.1 Cíle práce..... | str.57 |
| 2.2 Hypotézy..... | str.57 |
| 3. METODIKA PRÁCE A CHARAKTER VÝZKUM SOUBOR..... | str.58 |
| 3.1 Metodika práce..... | str.58 |
| 3.2 Charakteristika výzkumného souboru..... | str.58 |
| 4. VÝSLEDKY..... | str.59 |
| 5. DISKUSE..... | str.83 |
| 6. ZÁVĚR..... | str.98 |
| 7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY..... | str.100 |
| 8. KLÍČOVÁ SLOVA..... | str.104 |
| 9. PŘÍLOHY..... | str.105 |

Úvod

System kvality ve zdravotnictví je možné chápat jako souhrn jednotlivých odpovědností, procesů a zdrojů, které jsou potřebné k soustavnému zkvalitňování služeb poskytovaných zdravotníky. Konečným cílem je zlepšování a navrácení zdraví, zvyšování kvality života a spokojenosti těch, o které zdravotníci pečují, to znamená o nemocné lidi. Odpovědnost za kvalitu služeb poskytovaných celou institucí spočívá na vrcholném a středním managementu. Odpovědnost za kvalitu péče poskytovanou jednotlivým pacientům náleží odborným pracovníkům a v neposlední řadě také operativním manažerům a jejich pracovním týmům.

Řízení lidských zdrojů je bezprostředně zaměřeno na zlepšování využití a neustálý rozvoj pracovní schopnosti člověka. Znamená to nejen usilovat o zařazování správného člověka na správné místo, ale také snahu o to, aby byl tento člověk připraven přizpůsobovat se neustále se měnícím podmínkám.

U manažerů záleží mnohem více než u všech dalších zaměstnanců na jejich osobnostních a charakterových vlastnostech. Důraz na osobnost manažera jako by překračoval čistě psychologický přístup považující za osobnost každého člověka. V úvahu se berou takové osobnostní charakteristiky, které lze označit za mimořádné. Řídící pracovník, manažer, vedoucí, lídr. Společným základem těchto pojmů je řízená komunikace s lidmi, jejímž účelem je dosažení cílů organizace. Vynikajícím manažerem je člověk, který dokáže přimět jiné lidi k tomu, aby dělali něco, do čeho se jim nechtělo, a aby to dělali rádi. Dobrý vedoucí ale může být slabý manažer. Jako silný vedoucí přiměje ostatní, aby jej následovali, neexistuje však náznak toho, že skupina je vedena správným směrem.

Manažery můžeme najít všude. V každé oblasti lidského snažení, v každé skupině, tedy i mezi zdravotníky. Existují proto, aby sobě i ostatním určovali cíle a prosadili jejich uskutečňování, navzdory všem překážkám a nedostatkům. Manažer by měl být silná osobnost, nejlépe neformální vůdce. Musí být členem týmu jako „první mezi rovnými“, schopný zasáhnout proti rušivým elementům. Katalyzátorem tvořivosti každého člena týmu a regulátorem, který tuto tvořivost orientuje ke společnému cíli.

1. Současný stav

1.1. Manažer

Je tím, kdo v každé organizaci uvádí všechno v pohyb. Je zároveň tím, kdo tomuto pohybu dává řád a kdo podmiňuje účinnost všech procesů, které v organizaci probíhají. V současnosti se slovo manažer vžilo pro každého, kdo řídí. Práce s lidmi může mít jen nepatrný rozsah, zvláště tam, kde řídí malou skupinu s minimem zaměstnanců, nebo tam, kde jde o řízení v oblasti techniky a technologie usměrňování finančních toků či ekonomických procesů v organizaci. Cílem působení manažera jsou lidé a ovlivňování jejich pracovních činností. Podněcuje je k práci, ovlivňuje je a koordinuje jejich výkony, kontroluje, hodnotí, usměrňuje a řídí jejich profesní kariéru. Ovlivňuje každodenní jednání lidí na pracovišti, a to směrem k vysokým výkonům, ke spolupráci, která podmiňuje prosperitu organizace, to vše s ohledem na jejich spokojenost, se zaměřením na jejich další rozvoj. To vyplývá z podstatného zjištění, že lidé jsou jedinými aktivními zdroji efektivity a prosperity. Mají-li být zdroji skutečně účinnými je nutné je chápat jako v podstatě způsobilé a motivované, to zároveň znamená, dělat vše proto, aby se takovými stali (1).

V současném managementu se objevují tendence k vedení lidí prostřednictvím viditelného oceňování jejich hodnot a potenciálu. To je postupně přivádí k tomu, že jsou schopni je nakonec v sobě sami rozpoznat. Manažera je pak třeba brát nejen jako vedoucího, ale spíše dále odlišeného lídra, nebo jako kouče, mentora či poradce. Manažer nemůže ke svým lidem přistupovat tak, že by se zajímal pouze o ty předpoklady, které těsně souvisejí s pracovním výkonem. Nesmí zapomínat brát v úvahu jejich představy, názory, hodnoty, city a motivy. Má-li být manažer ve své činnosti úspěšný, musí se naučit svým lidem rozumět a umožnit jim z objektivního i subjektivního hlediska co nejvhodnější a nejefektivnější seberealizaci. Je potřeba klást větší důraz na měkké prvky řízení, protože jejich uplatňování je úzce spjato se sociálními (a současně vůdcovskými) kvalitami manažerů. Kvalitní manažer musí své řídicí působení ve velké míře opírat o svůj osobní příklad. Chce-li, aby jeho lidé jednali určitým způsobem, musí být sám tím, kdo tak jedná. Chce-li, aby podávali výjimečné pracovní výkony, musí jich být sám schopen. Přeje-li si mít lidi spokojené, měl by být

také spokojen. Chce-li po svých lidech, aby se stále rozvíjeli, musí se i on sám rozvíjet. Dokonalejší využití osobního příkladu je tak více spjato se sociální kompetencí manažerů a opírá se hlavně o participaci pracovníků usnadňující z horizontální roviny vztahů a komunikace odvozené formy řízení (4).

1.1.1 Sociální pozice manažera

V každém sociálním společenství bývá začleněná celá řada lidí. Většina z nich se nachází v pozici řadových členů, kteří mají ve vztazích stejné podmínky a možnosti vzájemného působení a komunikace. Jsou to vztahy horizontální. Jsou zde i lidé, kteří ovlivňují a usměrňují vše, co se ve společenství odehrává. Jejich pozice je označena jako řídicí a vztahy mezi nimi a ostatními členy jako vztahy vertikální. Ve společnosti jde obecně o tři typy vertikálních vztahů. Vztah rodičů a dětí, vztah pedagogů a žáků a vztah manažerů a řízených pracovníků. Ve všech typech vztahů má jeden z partnerů výsostněji postavení a disponuje vnější mocí a větší pravomocí. Tím působí na utváření osobnosti jiných lidí a také stimuluje další rozvoj těch, které vychovává, vzdělává či řídí. Manažeři působí na dospělé zařazené v pracovním procesu v dané organizaci. Jejich cílem je vést je k efektivnímu a kvalitnímu výkonu práce. (Bedrnová) Sestra – manažerka plní úkoly manažersky ošetrovatelské péče u jednotlivců či skupin tak, že řídí ošetrovatelský proces. Její role je součástí všech ošetrovatelských činností. Stane-li se, že se se svou rolí neztotožní, má to za následek neefektivní ošetrovatelskou péči (4).

1.1.2 Determinanty ovlivňující vývoj osobnosti manažera

Účinnost a úspěšnost působení manažerů v organizaci je závislá na řadě faktorů. Významnou skupinu z nich tvoří jejich individuální předpoklady pro práci a to jak odborné, tak osobnostní. Uvědomění si svých kladů a záporů, silných i slabých stránek a odpovídající jednání je klíčovou koncepcí pro úspěšné vedoucí pracovníky. Lidé, kteří se sami dokážou objektivně hodnotit, patří na pracovišti k nejlepším. Tito lidé sami instinktivně pátrají po odezvě vlastních činů a sami také hledají zpětnou vazbu. Chtějí

vědět, jak se jeví z pohledu druhých. Je to pro ně důležitá informace. Nežádoucí je defekt v sebeuvědomování, ve správném vnímání a hodnocení sebe samým. Nazývá se „částečná slepota“. Tito jedinci nejsou schopni unést vědomí vlastní omylnosti. Tendence nevidět a zastírat nepříjemné skutečnosti, je činí neschopné poučit se z vlastních chyb. Lze vycházet z předpokladu, že všechny kvality emoční inteligence potřebné k úspěšnému výkonu povolání jsou naučitelné. Nemůže však nastat zlepšení, pokud v člověku nenastane první krok směrem k sebeuvědomění a porozumění tomu, že zlozvyky škodí mezilidským vztahům. Pokud člověku v tomto ohledu nesvitne, nenajde motivaci ke změně sebe samého. Pracovat s ním či vedle něho se pro ostatní stává utrpením (1, 4, 12).

1.1.2.1 Vnitřní vlivy působící na rozvoj osobnosti

V genetickém aparátu je zakódován program individuálního rozvoje jedince projevující se variabilitou zrání, jistými rozdíly dosažené úrovně jednotlivých funkcí a to psychických a somatických. Dále se projevují koordinovaností a integrovaností jejich rozvoje. V průběhu života pak dochází postupně k aktivaci jednotlivých složek genetického programu. Proto dosahují psychické funkce určité kvality v daném, přibližně stejném období. Také tempo zrání je dáno geneticky. Znamená to, že dispozice k rozvoji různých schopností a dovedností se mohou projevit až tehdy, kdy dané funkce obvykle dozrávají. Do té doby nelze zjistit, zda člověk předpoklady má nebo ne. Gen se projevuje vždy integrovaně, v širších souvislostech a vztazích, podle časového plánu v rámci celého genotypu nebo celého organismu člověka. Pravděpodobnost vzniku určité kombinace dědičných dispozic je pak závislá na způsobu partnerského výběru. Psychické vlastnosti však neovlivňují tyto preference stejně, ale variabilita dědičných předpokladů je ovlivněna nenáhodností partnerské volby. Příkladem pozitivní selektivity je potřeba schody v oblasti rozumových schopností. Tímto způsobem se zdánlivě zvyšuje význam dědičnosti, zvláště ve skupině nadprůměrných a podprůměrných jedinců. Děje se tak proto, že kvalita stimulace, na které závisí rozvoj schopností, odpovídá úrovni rodičovské inteligence a s tím souvisejícího vzdělání.

Příkladem negativní selektivity je výběr partnera podle temperamentu tj. osobního tempa, způsobu emočního prožívání a celkové reaktivity. Obvykle se přitahují jedinci, kteří se z tohoto hlediska liší, respektive doplňují. Například citově labilní jedinec potřebuje stabilního a vyrovnaného partnera. Typ temperamentu jejich potomka pak bývá daleko méně extrémně vyhraněný. Spolu s vnitřními biologickými podmínkami působí na vývoj osobnosti vnější vlivy tj. prostředí a vlastní činnost člověka (50).

1.1.2.2 Vlivy prostředí

Konkrétní psychická vlastnost je výsledkem složitých vztahů mezi genotypem a faktory vnějšího prostředí. Stejně tak fenotyp tj. například úroveň rozumových schopností či citová stabilita. Vnější vlivy se významnou měrou podílejí na vzniku definitivní podoby určité vlastnosti nebo funkce. Vliv prostředí může hrát různou roli u hraničních genotypů. Nadprůměrně nadaný jedinec dokáže lépe využít všechny podněty, které mu prostředí nabízí, dokonce je i aktivně vyhledávat. Každý genotyp má své hranice, v nichž je schopen na podněty prostředí nějakým způsobem reagovat. Tato hranice určuje maximální dosažitelnou úroveň dané vlastnosti. Jedinec ji dosáhne tehdy, budou-li vlivy prostředí působit optimálně. Od počátku vývoje je vztah mezi genetickými předpoklady a působením prostředí, vztahem vzájemné interakce. Tendence k určitému způsobu reagování, která je dána geneticky může představovat rizikový faktor. Například impulzivní jedinci budou na ostatní působit nepříjemně a s velkou pravděpodobností budou odmítáni a hodnoceni negativně. Taková dispozice se může stát příčinou rozvoje mnoha dalších obtíží.

Jedinci s různými genetickými předpoklady mohou na stejné prostředí reagovat jinak, ať už jde o kvalitu podnětu nebo o kvantitu. V intenzivně stimulujícím prostředí vysoce vzdělané rodiny se může rozvíjet nadprůměrně nadaný jedinec, zatímco průměrně nadaný jedinec by byl v takovém prostředí spíše přetěžován a stresován subjektivně nadměrným přísunem podnětů i s tím souvisejícím očekáváním.

V období dospívání se mohou některé dispozice projevit nápadnějším způsobem. Dospívající si začínají vybírat činnosti, které je zajímají, také přátele a budoucí

povolání. Daleko více tak vytvářejí své vlastní prostředí, které je ovlivňuje. Vliv tohoto prostředí se jim jeví daleko zajímavější a efektivnější než možnosti rodiny či školy, může být ve větším souladu s vrozenými dispozicemi i s jejich vývojovými potřebami (50).

1.1.2.3 Sociokulturní prostředí a jeho vliv

Kvalita a kvantita získaných zkušeností má pro psychiku jedince vždy velký význam. Mohou ovlivňovat rozvoj poznávacích schopností, způsobu uvažování i jednotlivé osobnostní vlastnosti a to pozitivním i negativním způsobem. Schopnosti člověka představují jeho potencialitu, možnost pro určitou činnost nebo už naučené rozvinuté soubory dovedností, uplatňující se v určitých aktivitách. Sociokulturní působení lze z tohoto hlediska označit za nejvýznamnější. Podněty z tohoto prostředí přispívají k rozvoji specificky lidských projevů, jako je schopnost verbální komunikace a autoregulace vlastního chování podle sociálních norem. Proces rozvoje těchto zkušeností se nazývá socializace. Typické pro něj je, že se odehrává v rámci interakce s jinými lidmi. Prostřednictvím sociálního učení se rozvíjí žádoucí způsoby chování a hodnocení a prožívání různých situací. Děje se tak formou nápodoby určitého chování, identifikací a s tím související přejímání názorů, postojů a chování. Děje se tak i pomocí jednoduššího učení, tj. odměňováním a trestáním nežádoucích projevů.

Socializační činitele lze rozdělit podle míry a bezprostřednosti působení na jedince. Společnost, která působí na všechny členy daného společenství. Jejím prostřednictvím si všichni osvojí stejný jazyk a přibližně stejné způsoby chování. Díky tomu je možné lepší vzájemné porozumění a anticipace lidí, kteří do této společnosti patří. Takový řád zjednodušuje orientaci v různých sociálních situacích. Jednotlivé generace si je navzájem předávají prostřednictvím mezilidské interakce a sociálním učáním.

Sociální vrstva, k níž jedinec patří, obecná pravidla určitým způsobem zprostředkovává a interpretuje tak, že některá z nich zde mají větší váhu než jiná nebo k nim zaujímá specifický postoj. Každá sociální vrstva se vymezuje jinými hodnotami

a normami a jiným stylem života. Pokud by se jednatelce zásadním způsobem lišil, bude na něj vyvíjen tlak ve smyslu přizpůsobení se daným hodnotám a zvyklostem.

Malá sociální skupina je charakterizována přímým kontaktem všech členů a s tím souvisejícím osobním významem a vymezením jejich rolí. Nejvýznamnější sociální skupinou, která základním způsobem ovlivňuje vývoj psychiky, je rodina. Poskytuje základní zkušenosti. Slouží jako citové zámezi, jako zdroj jistoty a bezpečí. Rodina odráží základní postoj jedince ke světu. Vysokou měrou se podílí na získání pocitu sebejistoty a sebedůvěry, na nichž závisí uplatnění schopností jedince ve společnosti a jejich využití.

Významnou institucí, která ovlivňuje psychický vývoj je škola. Působí ve směru eliminace rozdílů, vytváří tlak na posílení vlastností a kompetencí, které odpovídají obecnému modelu úspěšného žáka.

Další významnou institucí ovlivňující psychický vývoj jedince je pracoviště. Je to prostředí, kde dospělý člověk zaujímá nějaké postavení. Profesní role se stává součástí jeho sebepojetí. Vyplývají z ní určité požadavky a očekávání, které by měl člověk plnit. Ty mohou být různě subjektivně náročné a mohou rozvíjet rozdílné vlastnosti a dovednosti. Veškeré sociální vlivy působí na jedince tak, jak on podnětům a požadavkům rozumí, jak si je vysvětluje a jak je prožívá. Důležitá je proto vývojová úroveň jedince a jeho předchozí zkušenosti (15, 50).

1.1.2.4 Realizace psychického vývoje

Psychický vývoj se uskutečňuje zráním. Proces zrání se projevuje zákonitou posloupností určitých změn, které lze chápat jako stav připravenosti k dalšímu rozvoji. Zrání je podmínkou dosažení stavu určité vnitřní připravenosti k rozvoji jednotlivých vlastností a představuje časový program pro psychický, ale i tělesný rozvoj jedince. Určuje posloupnost jednotlivých fází vývoje. Ovlivňuje pouze předpoklady k rozvoji psychických procesů, učení je dále rozvíjí až na určitou, individuálně typickou aktuální úroveň. Objevují se i kritická období, která jsou nevhodnější pro rozvoj určitých psychických vlastností nebo důležité vývojové změny. Znamená to, že pro efektivní

učení je třeba určitý stupeň zralosti. Výsledky učení nemají trvalý charakter, ale mohou být naopak ovlivňovány novými zkušenostmi. To bývá účelné z hlediska adaptace jedince na nové prostředí, protože nové podněty a nové zkušenosti umožní člověku snáze se přizpůsobovat měnícím se podmínkám (50).

1.1.3 Osobní kvalita manažera

Pojem osobnostní kvalita manažera začal být užíván v důsledku zvýšeného důrazu na kvalitu obecně a dále v souvislosti s tím, že kvalita v průběhu a výsledcích činnosti každé organizace je vždy závislá na kvalitě v jednání člověka. Podmiňují ji konkrétní parametry jeho pracovních a osobnostních předpokladů. Pokud jsou tyto předpoklady optimální, vykazuje obvykle pracovní činnost i další formy jeho jednání neklamné rysy kvality. Podstata výjimečnosti spočívá už v samém směřování k ideálnímu stavu. To bývá vlastní flexibilním, učícím se jedincům schopným přiměřené sebereflexe a nezbytných změn v zájmu dosažení lepší kvality než té aktuální. Právě zmíněné směřování je závaznou cestou pro všechny, kteří kromě vlastního rozvoje mají za úkol ovlivňovat i další jedince při jejich činnosti a v ostatních projevech, i pokud jde o další rozvoj jejich osobnosti.

Aktuální osobní kvalita bývá odrazem toho, co na osobnost manažera působilo a co formovalo jeho konkrétní podobu a identitu. Svoji úlohu hrají jeho schopnosti a postupně získávané vědomosti a dovednosti, ale také jeho zaměřenost a v neposlední řadě temperament, postoje a charakterové vlastnosti. Ty se pak určitým způsobem odrážejí ve způsobu jeho sebehodnocení, v jehož rámci každý člověk v různé míře vhodně reflektuje parametry své osobnosti. Díky této zpětné vazbě, kterou průběžně získává, člověk odvozuje uplatňování aktivit umožňujících její potřebné změny. Mnoho lidí s vyšší mírou aktuální osobní kvality se hodnotí spíše nízko. To bývá podmíněno nízkou úrovní sebevědomí, která se u lidí v našich podmínkách projevuje v důsledku minulého společenského klimatu. Naopak jedinci s vysokým sebehodnocením nemívají vždy odpovídající osobní kvalitu. Může se stát, že ti, kteří své nízké sebevědomí přeci jen překonali, si mnohdy již nejsou schopni osvojit způsoby jednání, jimiž by dokázali

nově nabitou sebedůvěru a sebejistotu vhodně uplatnit a na tomto základě se přiměřeně prosadit. Někdy se mohou posunout k nadměrně sebejistým a důrazným v řadě případů až agresivním formám vystupování a sebeprosazování. To samozřejmě postihuje ty jedince, kteří se dostali do určitého mocenského postavení. Mocenská pozice do značné míry nahrává tomu, aby se u nich rozvinuly především vlastnosti stvrzující důležitost této pozice a daleko méně ty, které by vyjadřovaly individuálně hodnotnou a současně sociálně přijatelnou kvalitu jejich osobnosti. To se může stát v důsledku nízké způsobilosti člověka profilovat se jako silná individualita bez opory nějakého vyššího postavení ve společnosti (4).

1.1.3.1 Projevy osobní kvality

Osobní kvalita vyjadřuje zpravidla také to, co dokáže dát manažer navíc. Čím je schopen přispět k vyšší kvalitě práce dané organizace. Spočívá tedy jak ve schopnostech člověka, tak v jeho motivaci. Osobní kvalita je proměnlivá v čase. Méně závisí na potenciálních dispozicích a více na skutečně rozvinutých vlastnostech, které se odrážejí v jednání manažera navenek. Manažer výkonem své řídicí činnosti ovlivňuje poměrně mnoho lidí. Působí na jednotlivce, stejně jako na menší či větší pracovní skupiny (4).

Charakteristikami osobní kvality mohou být pracovní a osobní kompetence, které vyjadřují způsobilost člověka uplatnit se v konkrétních podmínkách pracovního zařazení. Toto není možné bez dostatečné sebedůvěry a dostatečného sebehodnocení. Dále sociální kompetence, tedy schopnost lidí vhodně se prosadit v sociálních vztazích, v podmínkách svého zařazení ve společnosti. Pozitivní uvažování a prolaktivní jednání umožňují interpretovat vlastní životní situaci, která poskytuje příležitosti, nabízí možnosti a působí jako výzva nalézat kladné stránky všech možných procesů a jevů, včetně kladných stránek lidí. Pozitivní uvažování manažera umožní nečekat na vnější podněty a vycházet ve svém jednání ze silných a sociálně žádoucích vnitřních pohnutek.

Výkonová motivace a ochota pracovat, vyšší hladina volního úsilí, projevující se v celkově vyšší úrovni nároků na život, spjatých s nároky na sebe. To bývá spjato

s přirozeným uplatňováním volného úsilí při dosahování životních cílů, včetně vytrvalosti překonávat případné překážky.

Mít schopnost sebekontroly, jednat racionálně a umět ovládat své prožívání a svůj citový život, být sociálně přijatelně spontánní tj. být ukázněný.

Být způsobilý citlivě registrovat a do svého prožívání a následného jednání promítat hlediska morálky i krásna, to znamená jednat v souladu se svým svědomím a mít smysl pro estetické rozměry života.

Mít schopnost vidět věci nově, nalézat a uplatňovat nové přístupy a nová řešení. Ve smyslu schopnosti a ochoty akceptovat druhé lidi se snažit jim porozumět a respektovat je i za situace značné odlišnosti jejich přístupu, projevů a vlastností. Mít smysl pro humor. Znamená to vidět realitu z nadhledu, i sebe sama odlehčeně, s citem pro proporce.

Manažer by měl být způsobilý stále na sobě pracovat ve smyslu odstraňování vlastních nedostatků prostřednictvím sebevýchovy a sebevzdělávání.

Dalo by se očekávat, že do manažerských funkcí budou nastupovat lidé, kteří, mají lépe profilovanou osobní kvalitu, to ve smyslu převahy příznivých vlivů, jež se podílely na formování jejich osobnosti. To ovšem neplatí absolutně. Za určité situace se mohou v řídicích funkcích uplatňovat lidé, kteří vynikají například jen svým intelektem a ostatní výše uvedené osobnostní charakteristiky, které jsou zárukou optimální osobní kvality, jim mohou zcela chybět. Je potřeba mít na mysli, že intelekt je pouze nástroj. Způsob jeho použití pak závisí především na uvedených dimenzích profilujících osobní kvalitu (4).

1.1.3.2 Indikátory osobní kvality

K dosažení ideální osobní kvality se nejvíce přibližují lidé, kteří co nejlépe plní své úkoly a vydávají ze sebe maximum. Svou práci si sami kontrolují a umějí si najít další práci i bez přítomnosti svého nadřízeného. Jsou ochotni pomáhat svým přátelům a spolupracovníkům. Jsou přesní a dodržují sliby, které dali. Umí si vážit času svého i ostatních lidí. Cítí odpovědnost za chyby svého pracoviště a jsou ochotni podílet se

na jejich nápravě. Učí se z vlastních chyb a chyb druhých a snaží se je neopakovat. Mluví spíše s ostatními, než o nich. Dokáží být samostatní, ale v případě potřeby jsou schopni si o pomoc říci. Umí se přiměřeně prosadit, aniž by uplatňovali agresivní formy jednání. Stále pečují o svůj další rozvoj a jsou schopni dát vždy něco navíc (4).

1.1.4 Subjektivní determinanty pro výkon manažerské práce

Úspěšnost v práci a to neplatí pouze pro vedoucího pracovníka, je závislá na dvou skupinách faktorů. Do první skupiny patří subjektivní determinanty to znamená podmínky, procesy, pravidla apod., za nichž řízení v organizaci probíhá, včetně celospolečenských podmínek. Jedinec se nerozhoduje jen na základě znalostí objektivních determinant, ale také na základě své vnitřní motivace, svých potřeb, hodnot a sebereflexe. Rozhodnutí pak záleží na jedinci samotném, protože on sám může říci ano-ne. Vědomí zodpovědnosti by ho mělo vést ke snaze získat co nejvíce informací, různého zdroje k takovému rozhodnutí.

Měl by mít dostatek znalostí o sobě. Znat své možnosti, přednosti, ale i své slabé stránky. Potřebuje dostatek znalostí ve svém oboru. Měl by být seznámen s požadavky a očekáváními ze strany nadřízených i podřízených. V neposlední řadě musí mít znalosti týkající se vedení lidí (jedince i skupina), manažerských procesů a povinností. Zodpovědný manažer si uvědomuje, že poznatky a znalosti jsou otevřený systém a jejich získávání je dynamický proces, který nikdy nekončí.

Další determinantou je osobní motivace. Co a za jakou cenu chce dosáhnout, potřeba pracovat na sobě a rozvíjet se. Základní funkcí manažera je plánování, které zahrnuje výběr úkolů a činností potřebných pro dosažení cílů. Dále organizování. To je ta část řízení, která zahrnuje zřízení struktury rolí pro lidi pracující v dané organizaci. Podílí se na zaplňování a udržování zaplněných pozic v organizaci. Ovlivňuje lidi tak, aby byli organizaci prospěšní a napomáhali dosahování skupinových cílů. Provádí kontrolní činnost ve smyslu měření a korekce individuálních i celkových aktivit organizace s cílem dosáhnout jistoty, že budou v souladu s plánem. Podstatou

manažerství je koordinace, která je potřebná k dosažení harmonie mezi úsilím jednotlivců k dosažení skupinových cílů (4).

1.1.4.1 Inteligence

Všeobecně lze říci, že IQ je hodnota, kterou jedinec dosáhne v určitém testu. Je to tedy akademická inteligence. Tato hodnota sama o sobě nepředpovídá úspěšnost či neúspěšnost v zaměstnání nebo v osobním životě. IQ je hodně o schopnosti učit se, zapamatovat si fakta a vybavovat si je. Nevypovídá o schopnosti, jak dotyčný tyto znalosti dokáže uplatnit v životě. R.J.Stemberg (2001) zavádí pojem úspěšná inteligence. Úspěšně inteligentní lidé nacházejí svou cestu a uvědomují si, že při tom budou narážet na překážky, protože ty k životu patří. Uvědomují si, že omezení toho, co mohou dokázat, jsou často v tom, co myslí, než to, co skutečně mohou. Aktivně si vytvářejí vlastní příležitosti. Hledají své vzory. Snaží se o výkon, který je víc, než průměrný. Vyrovnávají své slabiny. Jak člověk stárne, upadají schopnosti k řešení IQ testů (školní inteligence), ale rostou schopnosti řešit každodenní problémy (praktická inteligence). Skutečným měřítkem inteligence tedy není výsledek testu, ale ochota jedince rozvíjet svůj talent.

V poslední době se měřítko požadavků, podle kterých se vybírají pracovníci do vedoucích funkcí, mění. Předpokladem jsou samozřejmě míra IQ, vzdělání a pracovní zkušenosti, ale do popředí pro výběr vstupují schopnost komunikace, motivace, týmová práce apod. Tedy pojmy z oblasti emoční inteligence. (Management)

Kompetence emoční inteligence pracují synergicky s kompetencemi kognitivními. Špičkoví pracovníci mají oboje. Dovednosti a emoční inteligence hrají velkou roli při práci komplexnějšího charakteru. Jejich nedostatek brání plnému uplatnění jak odborných znalostí a zkušeností, tak intelektuálních schopností. Struktura kvalit emoční inteligence zahrnuje schopnosti vztahující se k vlastní osobě. Patří mezi ně sebeuvědomění, sebeovládání a motivace k vyšším cílům. Dále kompetence v oblasti mezilidských vztahů, zahrnující empatii a obratnost ve společenském styku.

Samozřejmostí je jazyková vybavenost a počítačová gramotnost. Jedinec s mimořádně nadprůměrným IQ nemusí být zcela vhodným kandidátem pro pozici manažera, protože mívá zpravidla příliš specifický způsob myšlení a to mu může znesnadňovat sociální kontakt s okolím a komplikovat možnost domluvit se s lidmi. U řídicích pracovníků se častěji prosazuje jako důležitější emocionální i sociální inteligence. To je schopnost dobře zvládat intelektuální, ale také praktické aspekty života, zejména jeho sociální rozměry (11, 14).

1.1.4.2 Sebeřízení

U manažera je význam sebeřízení naléhavější vzhledem k významu osobního příkladu, který tvoří základ jeho působení na pracovníky. V jeho rámci si na základě sebepoznání dokáže manažer stanovit vlastní priority tak, aby při jejich dosahování vždy respektoval společensky významné cíle. Má-li být jeho působení na pracovníky efektivní, musí v něm překračovat dimenzi pouze úzce osobních zájmů či preferencí. Od manažerů především se očekává, že budou mít ucelenou koncepci života, která bude patrna z jejich jednání navenek i z aktivit, jejichž prostřednictvím na sobě budou pracovat. Na něm je, aby tím, jak bude zacházet s lidmi, organizoval jejich činnost a zaměřoval ji ve prospěch nemocného člověka v nejšířším slova smyslu. Je potřeba připomenout nezbytnost stálé práce na sobě, která má jako cíl optimalizaci stále se zlepšující osobní kvality (4, 7).

1.1.5 Manažer a duševní zdraví

Člověk pozitivně duševně zdravý je charakterizován řadou aktivit, vlastností a postojů. Má vytvořené realistické sebepojetí, které souvisí s jeho minulými zkušenostmi a také s tím, jak jej vnímají druzí lidé. O tyto lidi se zajímá a je schopen se pro ně a jejich zájmy obětovat. Odmítá posuzovat svou hodnotu měřítky jiných, má svá vlastní. Většinou nepotřebuje podporu a utěšování, ale potřebuje komunikaci, která je součástí jeho racionálního a sociálního zájmu. Hledá v životě radost a uspokojení svých

potřeb materiálních, poznávacích a emočních v určitých sociálních skupinách. Tady respektuje práva druhých a vytváří ve vztazích dobrou atmosféru. Má dostatečně vysoký práh frustrační tolerance. Respektuje právo na omyly, je tolerantní vůči omylům svým i druhých. Je otevřený vůči změnám svého myšlení a svých postojů. Je flexibilní, neztuhne v neměnných zvycích a pravidlech, dovede je změnit, když nevyhovují novým situacím a rolím. Akceptuje rozumově i emočně skutečnost, že neexistují absolutní jistoty, že žije ve světě pravděpodobností a náhod. Ponoření se do tvořivé činnosti mu přináší pocit radosti a zdraví. Nesnaží se svým emocím za každou cenu velet racionalitou, ale racionálnost dokáže naopak použít jako štít před emočními poruchami. Přiměřeně riskuje, aniž by hazardoval. Preferuje větší radost v budoucnu před menší, ale okamžitou radostí teď hned. Znamená to, že dokáže odložit uspokojení svých potřeb na pozdější dobu, pokud je to strategicky výhodné. Vnímá zodpovědnost za své emoční pocity, za své chování a myšlenky.

Popsané atributy pozitivního duševního zdraví zahrnují nejen psychickou stabilitu a odolnost, ale také sebekázeň a zdravé interpersonální vztahy a společenskou přizpůsobivost (49).

1.1.6 Interpersonální dovednosti manažera

Percepce je proces, ve kterém lidé prostřednictvím svých smyslů přijímají informace z okolního prostředí a dále je zpracovávají za účelem interpretace. Určitá selekce podnětů je základem odfiltrování méně důležitých informací, aby bylo možné soustředit se na informace podstatné. Člověk při něm může být ovlivňován subjektivními preferencemi. Účelem percepční organizace je seskupování vnímaných podnětů do celků, které mu pomohou lépe se orientovat v daném prostředí. Dovednosti v oblasti interpersonální percepce jsou považovány za zdroj úspěchu v práci manažera. Další komponenta, která ovlivňuje vnímání je emocionální stav. V této souvislosti je zajímavým jevem percepční obrana. Uplatňuje se v případě percepční selekce, kdy jedinec nevnímá signály, které by mohl chápat jako ohrožující. Percepční obranu lze chápat jako formu vyhýbání se tzv. kognitivní disonanci, tedy sklon věnovat více

pozornosti signálům, které jsou v souladu s hodnotovými preferencemi jedince a méně těm, které jsou s jeho hodnotami v konfliktu. Vnímání jedince je v neposlední řadě ovlivněno situačním kontextem, který doplňuje informace o vnímaném jedinci. Interpersonální percepce je subjektivní proces, v jehož průběhu není jedinec vnímán takový, jaký je, ale na základě selektivně přijímaných informací se vytváří vlastní obraz o člověku a jeho osobnosti. Při vnímání a následném hodnocení druhých se lidé často dopouštějí omylů a nepřesností.

Tyto omyly je prakticky nemožné eliminovat, ale povědomí o nich může napomoci ke zmírnění jejich účinku. Jde o efekt pořadí, který se projevuje jako tendence podléhat prvnímu dojmu. Haló-efekt, kdy se vnímající nechá ovlivnit nějakým výrazným znakem vnímaného. Stereotypizace připisuje vnímaným charakteristiky pouze na základě přiřazení do nějaké sociální skupiny. Projekce vlastních rysů do druhých lidí. Například ambiciózní manažer s tendencí interpretovat jakékoliv snažení podřízeného jako snahu o vyniknutí a postup v kariéře. Efekt známosti může nutit lépe posuzovat lidi, s kterými člověk pracuje než ty, kteří pracují na jiné stanici. Hornový efekt, kdy posuzovatel hodnotí druhého na základě informací z doslechu. Černobílé vidění – posuzovaná osoba je hodnocena jen z hlediska pozitivních nebo naopak negativních rysů.

Snížení počtu chyb v procesu sociální percepce je velmi obtížné. Jednou z možností je zaujmout postoj: Já jsem v pořádku a druzí lidé jsou také v pořádku. Promítá se v něm pozitivní přesvědčení o možnosti domluvit se s ostatními (4, 12).

1.1.7 Práce manažera s pracovní skupinou

V průběhu své činnosti se manažer zaměřuje střídavě na pracovní skupinu, ale také na jednotlivce. Proto musí umět odhadnout, kdy je který přístup na místě. Jednak z hlediska objektivních potřeb pracovního procesu a jednak s přihlédnutím k subjektivním potřebám lidí, které řídí. Musí dobře ovládat nástroje řízení a vhodně je uplatňovat v praxi. On je ten, kdo rozhodujícím způsobem určuje situaci v oblasti sdělování informací, tak i tam, kde je žádoucí ovlivňování pracovníků. Aby byla jeho

činnost dostatečně efektivní, musí vždy jednat v souladu se zákonitostmi sociálního styku uskutečňujícího se v rámci vertikálních vztahů v organizaci (4).

Měl by umět v lidech kolem sebe rozeznat talent a zároveň s nimi pracovat na vynikajících výsledcích celého týmu. Byly formulovány tři nejdůležitější hodnoty v jednání s lidmi vůbec. Patří mezi ně nestranné rozhodování, uznávání práv nejen vlastních, ale i druhého člověka. Tedy fair play. Ohled na druhého účastníka jednání – empatie. Ochota nést důsledky svého rozhodování – odpovědnost (11, 42, 43).

Při práci se svým pracovním týmem by měl manažer jasně a konkrétně vymezit záměr a cíl pracovníka, zřetelně vyjadřovat příkazy, nařízení pokyny a přání. Přesně formulovat své myšlenky a věcně a srozumitelně je svým pracovníkům sdělovat. Měl by se správně rozhodovat i ve složitých situacích. Důležité je, aby akceptoval jednání pracovníků, rozuměl jim a toleroval a usměrňoval je. Musí umět poskytovat zpětnou vazbu a také ji přijímat a očekávat. Snadno se orientovat i v náročných problémech. Tvořivě přistupovat k řešení odborných a řídicích situací. Dobře organizovat a kontrolovat práci řízených pracovníků. Musí zvládat i náročnější neuropsychickou zátěž i pružně reagovat v nových situacích. Jednat ve schodě se svým svědomím, být důsledný, čestný a odpovědný (1, 5).

1.1.7.1 Komunikace

Chce-li být člověk manažerem, musí být schopen komunikovat. To, jak dobře to dokáže, ovlivní jeho úspěch v životě, v práci, v rodině, v jeho vzdělání a pracovních vztazích. V současnosti se komunikační dovednosti stávají absolutně nezbytným předpokladem úspěchu. Komunikovat tedy znamená mnohem více než jen na sebe vzájemně mluvit. Je při ní vytvořeno určité spojení mezi poskytovatelem a příjemcem, mezi manažerem a zaměstnanci, podřízeným a nadřízeným, mezi sestrou a pacientem. (41).

Jak už bylo řečeno, manažer váže své působení na pracovníky na svůj osobní příklad. K jejich ovlivňování využívá komunikaci. Očekává se od něj, že bude svým pracovníkům naslouchat. Naslouchání navazuje na slyšení, ale je záležitostí

psychologickou ne fyziologickou. Jde v něm o pochopení a porozumění tomu, co slyšíme. Nasloucháním se vytváří podmínky pro další rozvinutí rozhovoru. Neformální komunikace je pro pracovníky často velmi důležitá, protože ve vhodné míře podpoří výkon práce. Manažer nemůže požadovat od členů pracovní skupiny, aby jednali jen vysoce účelně a racionálně a aby zcela vynechali své emocionální projevy a pocity. Mohlo by to po čase nepříznivě ovlivnit jejich vyrovnanost a stabilitu, snížit celkovou spokojenost a posléze i jejich výkonnost. Nalezení vhodného poměru v těchto dvou oblastech umožňuje, aby byl vysoký výkon pracovníků doprovázen také jejich spokojeností. Některé faktory práce vyvolávají vysokou míru motivace a spokojenosti pracovníků. Autor Herzberg ve své dvoufaktorové teorii popisuje šest motivačních faktorů spokojenosti s prací. Dosažení cíle, uznání, povýšení, samostatná práce, možnost osobního růstu a odpovědnost. Na druhou stranu některé okolnosti práce v případě, že nejsou přítomny, primárně způsobují nespokojenost pracovníků. Patří sem podniková politika, odborný dozor, vztahy s nadřízenými, podřízenými i pracovníky stejné úrovně. V neposlední řadě také plat, jistota práce, osobní život, pracovní podmínky a postavení. Herzberg tvrdí, že opakem spokojenosti není nespokojenost, ale prostě „žádná spokojenost“. Přítomnost těchto okolností práce je nezbytné k udržení přiměřené úrovně spokojenosti. Tím, že se manažer při komunikaci nezaměřuje jen na záležitosti související s plněním pracovních úkolů, podporuje zájem pracovníků o organizační dění a činí je jeho aktivními účastníky. Kromě toho musí být manažer schopen a ochoten hovořit se svými lidmi také o nich samých. O jejich nejistotách, obavách, pracovních a rodinných problémech. O jejich záměrech a plánech. Zde se osvědčuje jeho zmíněná schopnost lidem naslouchat. Informace, které o lidech takto získá, nesmí samozřejmě nikdy šířit dál. Měl by z nich ale vycházet při jednání s nimi a stejně tak i v širších souvislostech výkonu své řídicí činnosti.

V komunikaci s jednotlivci se musí manažer vždy chovat tak, aby bylo jasné, že bere v úvahu jejich představy, náměty a přístupy. Měl by umět poskytovat příjemné podněty a odstraňovat podněty nepříjemné (11, 14, 22).

1.1.7.2 Komunikační kanály

Z hlediska efektivity komunikace má zásadní význam přenos sdělení, který se odehrává prostřednictvím komunikačních kanálů. Výsledný efekt pak záleží na volbě správného kanálu. V organizaci, kde převládá direktivní způsob vedení pracovníků, se užívá vertikální komunikační kanál a to sestupný. Demokratický způsob vedení podporuje a využívá vzestupné komunikace, která zprostředkovává zpětnou vazbu.

Laterální komunikační kanál se užívá mezi jednotlivými útvary na stejné úrovni a je typický pro organizace s plochou organizační strukturou.

Diagonální se užívá v demokraticky řízené organizaci, mezi jednotlivými útvary na stejné úrovni.

Na základě neformálních mezilidských vztahů, vznikají důležité neformální kanály, jejichž existence posiluje týmovou práci. Ale mohou se také stát prostředkem šíření zkreslených názorů, neověřených zpráv a pomluv. Manažer se musí smířit s jejich existencí a měl by umět této skutečnosti využívat. Jeho úloha je ve vztahu ke komunikaci klíčová.

Komunikaci také ovlivňuje kontext. Je to situace a celkový stav, ve kterém komunikace probíhá. Na její jednotlivé účastníky působí stimulační vlivy jako je prostor, který je pro komunikaci k dispozici a místo, kde komunikace probíhá, emocionální vybavení komunikujících a mezilidské vztahy. Způsob vzájemného chápání a interpretace obou stran. Pozice účastníků z hlediska moci, role a kvalifikace. Záměry a motivace a v neposlední řadě i věk a pohlaví komunikujících.

Pokud manažeři rádi žertují a snaží se o odlehčení situace, měli by se tomuto způsobu komunikace raději vyhnout ve vztahu k řízeným pracovníkům. Manažer má moc a lidé jsou většinou zvyklí brát vážně všechno, co řekne. Může vzniknout nedorozumění, které pak ohrozí vzájemné vztahy. Stává se, že podřízený ztratí důvěru ve svého nadřízeného (9).

1.1.7.3 Zpětná vazba

Zpětná vazba je reakcí na přijatou informaci. Informuje manažera o způsobu interpretace sdělení a o jeho pochopení druhou stranou. Má několik úrovní. Zpětná vazba na úrovni vnímání, kódu a významu. Zpětná vazba na úrovni kódu znamená, že příjemce správně pochopil smysl sdělení, což si manažer může ověřit kontrolou praktického provedení příkazu. Z velké míry berou zpětné vazby v úvahu individuální situaci pracovníka a podporují otevřený dialog. Ne každá zpětná vazba musí být vždy účinná. Podaná by měla být vždy tak, aby pracovníkovi pomáhala ve zlepšování kvality a nechápal ji jako osobní útok. Proto by měla být zaměřena na práci a ne na osobnost pracovníka. Údaje, které zpětná vazba poskytuje, by mely být spolehlivé a srozumitelné. Účinná zpětná vazba je konkrétní, načasovaná, hodnotná a musí přijít ve chvíli, kdy je pracovník schopen ji přijmout. Na druhé straně je podmínkou její efektivity umění aktivně naslouchat (4, 9).

1.1.7.4 Asertivita

Poprvé byly principy asertivity formulovány v 50. letech dvacátého století Američanem A. Salterem. Pro jeho zaměření na sebeprosazování bývá poněkud zkresleně chápána jako umění se prosadit. Pro řadu lidí tím může získat agresivní nádech. Asertivita je komunikační styl, který vyjadřuje přímé a přiměřené vyjadřování vlastních názorů pozitivních i negativních, bez porušení práv jiných lidí i svých vlastních. Asertivní komunikace znamená otevřenou komunikaci zaměřenou proti manipulaci. Asertivní přístup k životu a druhým lidem, je známkou toho, že člověk dokáže žít jako dospělá, nezávislá osoba, která ctí práva druhých a je schopná respektovat jejich názory. Současně zná také svá práva, která dokáže prosadit a nebojí se vyjádřit svůj názor. Na základě dlouhodobých výzkumů byla formulována řada asertivních pravidel. Jde o přirozená práva každého člověka být sám sebou. Ne na úkor druhých, ale vedle nich, s nimi a pro ně. Člověk má právo sám posuzovat své chování a nést za ně odpovědnost. Má právo nenabízet výmluvy, či omluvy ospravedlňující své chování. Má právo posoudit, zda a nakolik je odpovědný za problémy druhých. Má

právo změnit svůj názor a dělat chyby. Má právo říci já nevím, já ti nerozumím, je mi to jedno. Má právo být nezávislý na dobré vůli ostatních. Má právo dělat nelogická rozhodnutí.

V komunikační rovině se asertivní přístup projevuje především v umění spontánně se projevit, zvládnout přiměřenou míru sebeotevření, dokázat prosadit oprávněný požadavek, umět požádat o laskavost. Dokázat odmítnout bez nadbytečných pocitů viny, omluv a vysvětlování. Umět poskytnout zpětnou vazbu, zejména kritiku a umět zpětnou vazbu také přijmout.

Cílem asertivní komunikace s druhým člověkem by mělo být dosažení přijatelného kompromisu. Užívá se při tom různých asertivních technik, mezi které patří obehnaná gramofonová deska. Užívá se vůči manipulujícímu komunikačnímu partnerovi. Další užívanou je technika otevřených dveří, kterou se reaguje na kritiku. Je to paradoxní přijetí kritiky a souhlasným postojem napomáhání ke zklidnění situace. Je možné i využít techniky asertivního dotazování, kdy se člověk snaží zjistit podstatu jemu adresované kritiky a oddělit tak kritiku manipulativní od oprávněné. Mezi asertivní techniky se řadí i tzv. sebeotevření. Znamená to otevřeně hovořit o svých pocitech nebo umění říci si o laskavost, které by mělo vždy předcházet použití obehnané desky. V našem kulturním kontextu může být asertivita použita při řešení konfliktních situací (4, 15).

1.1.7.5 Další významné komunikační prostředky

Součástí komunikace je celá řada mimoslovních prostředků, které se užívají jakoby intuitivně, podprahově a které sdělované skutečnosti zdůrazňují, nebo je popírají. Jsou to prostředky metakomunikativní, to znamená tím, co je za komunikací. Řeč těla je považována za upřímnější než verbální komunikace. Neverbální projevy jsou společným světovým jazykem, ale mají svá nářečí, která mohou být značně odlišná (51).

Paralingvistické prostředky doprovázejí řečové vyjádření. Je to například síla hlasu. Při smysluplné komunikaci má být sdělení kongruentní, to znamená, že

komunikační prostředky nejsou ve vzájemném rozporu. Předávaná zpráva nebo signál má v komunikaci významnou složku behaviorální. To znamená, že součástí sdělovaného je také chování komunikujícího. Mezi významné paralingvistické prostředky patří také mimika, gestikulace, vzájemná vzdálenost a postoj.

Důležitým komunikačním prostředkem jsou pohyby samotných rukou. Ruce vždy říkají pravdu. Prozrazují přání, pocity, signalizují nálady. Ruce dávají odpověď na otázky, dělají nabídky i tehdy je-li komunikující v rozpacích.

Proxemika a vzájemné postavení ukazují, jak jsou si komunikující blízcí a v jakém hierarchistickém uspořádání je jejich vztah.

V sociální rovině je mnoho prvků ritualizovaného chování. Jde o každodenní styk regulovaný pravidly společenského chování. Narušení rituálu je vnímáno jako překročení pravidel či vybočení z hladkého komunikačního toku do nejisté oblasti. Komunikační prvky by měly směřovat k tomu, aby vzájemný vztah byl na úrovni dobré spolupráce. Takové, která dovolí občasné vstoupení do oblasti intimity bez pocitu ohrožení (48, 51).

1.2 Management

Podle Druckera management znamená dosahování cílů pomocí lidí. Všechny definice managementu vychází ze sociálního procesu, kdy se na jakékoliv činnosti podílí kolektiv lidí a úlohou vedoucího je zodpovědnost za dosažení cíle, který byl zadán (1).

Vést znamená ve formální organizaci za určitým cílem a konkrétních podmínek ostatní lidi k tomu, aby se věnovali plnění úkolů, při dodržení požadavků na dobré mezilidské vztahy. Každá organizace sleduje své cíle. Úspěšní vedoucí pracovníci dokážou pro dosažení tohoto cíle získat své pracovníky. Princip vedení podle cílů spočívá ve spojení dvou základních dimenzí vedení, a to orientace na výsledek a orientace na pracovníky. Ústředním cílem nejsou konkrétní úkoly, ale nadřazené cíle, které jsou sjednávány s pracovníky. Ti pak získávají větší odpovědnost a současně prostor pro realizaci konkrétních opatření vedoucích k dosažení cílů. Zdařilá formulace

cílů v zásadě přispívá k úspěchu vedení podle cílů. Výstižně formulovaný cíl pak umožňuje kontrolu výsledků práce a vyhodnocení případné odchylky od požadovaného stavu. Podle parametrů SMART se formulují specifické, měřitelné, akceptované, realistické a termínované cíle. Znamená to, že obsah cíle je konkrétně formulován za jednoznačných kvantitativních nebo kvalitativních kritérií. Stanovený cíl podněcuje pracovníka a probouzí v něm jeho skryté možnosti. Realistického cíle lze dosáhnout a v požadovaném termínu, ke kterému nejpozději má nastat požadovaný stav. Vedení podle cílů začíná vědomým zaměřením všech aktivit na nadřazené cíle. Nejdříve se odvodí základní cíle a ty jsou pak východiskem pro kaskádu cílů. Cíle se určují pro každou oblast organizace a každou úroveň vedení sestupně, až do úrovně jednotlivých pracovníků (9, 21).

1.2.1 Teorie řízení 21 století

Přelom 20. a 21. století znamenal prudký rozvoj procesu globalizace a spolu s ním narůstající společenský význam. Byl charakterizován hledáním rámce pro kvalitativně nové přístupy k organizacím. Stále více se v této souvislosti pomýšlelo na komplexní systémy vnitřních a vnějších sociálně ekonomických vztahů. Chce-li být organizace úspěšná, musí být schopná rychle se učit a rychle reagovat. Ústředním tématem uvedené diskuse přitom je široce chápaný koncept odpovědnosti. Ve většině koncepcí managementu a organizace dříve dominoval ryzí pragmatismus a „ekonomismus“. Dnes se organizace se svými aktivitami nedotýkají pouze zájmů ekonomiky, ale přímo či nepřímo ovlivňují také kvalitu. Teorie řízení byla obohacena o koncept sociální odpovědnosti organizace. Důvodem spojování organizací s pojmem a tématem odpovědnosti je skutečnost, že dnes lze těžko jednoznačně určit hranice mezi vnějším a vnitřním prostředím organizací. Je to dáno skutečností, že každý člověk má mnohorozměrnou sociální identitu. Působení jedinců uvnitř organizace je tak zákonitě určováno i jejich mimoorganizačními zájmy a naopak, protože mají odpovědný vztah k oběma sférám svého života. Tedy pracovní a mimopracovní. V souvislosti

s uvedeným trendem dochází k hledání prostředků a stylů vedení, které by stimulovaly odpovědný přístup zaměstnanců k organizaci, k práci a individuální kariéře.

Předpokladem efektivity organizace je zásadní soulad mezi individuálními a oficiálními koncepcemi řídicí činnosti. Pojem objektivní koncepce se v obecné rovině vztahuje k projektování a řízení systému vztahů mezi jednotlivými prvky organizační struktury. Objektivní koncepce řízení je v praxi realizována konkrétními manažery a je proto různě individualizována a subjektivně interpretována. Vzhledem k fungování organizace je pak třeba zabývat se otázkou, jaké individuální koncepce řízení jednotliví manažeři mají a jaké jsou jejich zdroje a praktické souvislosti. Oficiální koncepce vnitřního managementu je sice společným, ale často také různě chápaným a používaným jazykem. Způsob chápání reality řízení v jednotlivých případech ovlivňují činitelé, jenž se podílejí na utváření osobnosti a profesní kariéry manažerů. Významným faktorem bývá praktická zkušenost a míra identifikace s organizací a její kulturou (4).

1.2.1.1 Řízená péče

Řízená péče je přechodný proces a znamená převzetí odpovědnosti za zdraví populace a přijetí finančního rizika, které je při této odpovědnosti neodmyslitelné. Řízená péče podporuje efektivní péči o pacienta a je založena na spolupráci organizace, která péči poskytuje a pacientem. Tato péče je orientovaná na populaci. Respektuje nejen jedince, ale také komunitu a životní prostředí, zvláštní důraz je kladen na praktiky podporující zdraví. Role zdravotníků se tedy rozšířila, musí zvažovat i jiné faktory, které péči ovlivňují. Za účelem udržení nákladů na zdravotní péči a její kvality se očekává spolupráce a odpovědnost všech zúčastněných stran. Patří k nim pacient, lékař a vedoucí pracovníci systému řízení péče. Pojištěnec převezme část nákladů (obvykle 20 % za výkony, na něž se pojistné vztahuje. Aby byla zajištěna kvalitní péče a efektivní využívání finančních zdrojů, musí se kvalita, náklady a hodnota poskytované péče hodnotit. Vstupním bodem je většinou primární péče. Je považována za hlavní mechanismus poskytování preventivní, léčebné a rekonvalescenční péče s vynaložením

nejmenších nákladů. Spolupodílí se na dlouhodobém vztahu mezi pacientem a poskytovatelem zdravotní péče. Poskytuje se většinou v rámci ambulantní péče.

Dnes se poskytuje složitá péče, která vyžaduje mnoho pečovatелů a specialistů. Proto je důležitá koordinovaná interdisciplinární péče. Hlavním cílem je zajistit mechanismus pro komplexní systém poskytování zdravotní péče prostřednictvím celé řady vzájemně propojených služeb. V současnosti spočívá řízená péče v kombinaci metody plateb za výkon a celkové péče orientované na populaci, což povede v konečném důsledku k řízené konkurenci. Existují explicitní smlouvy, které informují zúčastněné strany o tom, co dostanou a jaké finanční riziko každá z nich převeze. Znamená to, že všichni účastníci jsou odpovědní za financování péče a snaží se udržet náklady na co nejnižší úrovni (13).

1.2.1.2 Řízení personálních zdrojů

V současné fázi reformy zdravotnictví se velmi důsledně zvažuje otázka adekvátního počtu personálu. Spolu s větším využitím neodborného personálu se vyvíjí na ošetrovatelské služby značný tlak. Nedostatek personálu na ošetrovacích jednotkách představuje hrozbu pro tuto novou koncepci. Je potřeba, aby manažer využíval svůj personál co nejvýhodněji. Personální zdroje, které umožňují dokončení práce v organizaci, jsou omezené komodity a žádný zdroj není tak důležitý jako personál. Pro splnění požadavků kladených na ošetrovatelskou péči je nutný správný počet ošetrovatelského personálu a jeho zajištění je složitý proces. Složení personálu odpovídá typu, počtu a poměru personálu, který je nezbytný k vykonávání práce. Patří sem optimální poměr sester k pomocnému personálu s licenci nebo osvědčením na konkrétní jednotce péče o pacienty. V režii manažera je pak rozpis služeb, který představuje vlastní přidělování personálu na jednotku nebo oddělení a čas. K personálnímu zajištění jednotky patří personální plán, který představuje doporučené složení zdravotnických pracovníků potřebných k zajištění bezpečné a odpovídající ošetrovatelské péče. Složení personálu obecně určují následující faktory. Průměrná denní obloženost a fluktuace, klasifikace pacientů, průměrná délka pobytu, typ

poskytované zdravotní péče a vzorce rozdělení personálu pro určitou zdravotnickou instituci. Personální plány jsou ve zdravotnictví ovlivňovány současnými problémy. Patří sem způsoby proplácení péče, nové zdravotnické struktury, časné propouštění pacientů a nová profesionální pracovní síla s měnícími se pracovními hodnotami a očekáváními. Povinností ošetrovatelského managementu, jak stanoví ANA je vypracovávat racionální programy s cílem zajistit bezpečnou péči reagující na potřeby pacientů.

Metoda inženýrství managementu optimalizuje pracovní vytížení personálu vypracováním modelu personálního indexu. Úspěch této metody je závislý na kvalitě poskytovaných informací. S využitím podobných technik průmyslového inženýrství a jiných informací přináší systematická analýza návrh odpovídajícího a hospodárného personálního vzorce (13).

1.2.1.3 Řízení časových zdrojů

Kontrola nad časem je v zásadě kontrolou nad prací. Efektivní manažeři využívají čas hospodárně. Časový management se skládá z různých zásad a technik umožňujících nejlepší využití času. Jeho cílem je podpořit dobré pracovní návyky, které produktivně využívají čas. Aktivity managementu času vychází z principů jako je komunikace, plánování, delegování a řazení cílů podle priorit. Manažer, který dobře plánuje, nejen že dobře řídí čas svůj, ale také čas ostatních. Delegování je činnost, kterou manažer využívá, aby zajistil dokončení práce organizace podle plánu. Když manažer sestaví hierarchii cílů, vypracovává časový plán na jejich plnění. Cíle řadí podle priorit. To znamená seřazení cílů, úkolů a povinností od nejvíce po nejméně důležité. Pravidelné hodnocení toho, jak se tráví čas je dobrou technikou pro posouzení využití času. Schopnost zorganizovat čas a efektivně jej využívat je známkou dobrého managementu (13).

1.2.1.4 Řízení finančních zdrojů

Hlavním faktorem ve zdravotnictví jsou finanční otázky. Manažer musí vědět o ekonomických otázkách, protože jeho role vyžaduje, aby věnoval pozornost finančnímu stavu organizace. Složky, které jsou nezbytné k řízení financí, se nazývají finanční struktura. Ta zahrnuje centralizované zásady a decentralizované operace a propojené povinnosti těch, kteří hrají ve finančním managementu nějakou roli. Vytvořením finanční struktury je manažerům umožněno poznat, co se od nich očekává a posoudit při tom životaschopnost organizace. Systém finančního managementu je plán, který využívá a maximalizuje ekonomiku. Plán se skládá z centralizované politiky, z decentralizovaných finančních operací (každé oddělení má své provozní náklady), ze zavedených propojených povinností osob finančního managementu. Obvyklým prostředkem finančního plánování je rozpočet, jehož vytváření může být provázeno nejistotou. Nejdříve se vyhodnocuje dřívější rozpočet a odchylky musí být vysvětleny vyššímu managementu. Převod dlouhodobých cílů a plánů přitom do detailních finančních odhadů vyvolává otázky, na které lze těžko odpovědět., přesto musí proces pokračovat. Je při něm důležité dodržet pečlivou strukturu a zaměření (13).

1.2.1.5 Řízení skupin

Obecně lze říci, že optimální podoba systému řízení a podpory skupin se může odvíjet pouze od posloupnosti úvah o potřebách, které mají být naplněny, o produktech, které tomu budou sloužit. V neposlední řadě také o procesech, kterými tyto produkty budou vznikat. Řízení skupin znamená volbu způsobu, jakým jsou zadávány úkoly, jak probíhá kontrola jejich plnění, práva a kompetence vymezená ve skupině a to, jak je distribuována odpovědnost. Důležitý je v procesu řízení vývoj skupin, tedy poznávání a ovlivňování změn v běhu času. Dále řešení úloh skupinami, tedy způsob, jakým se skupina vypořádá se zadaným úkolem a rozhodování i to, jak ve skupině probíhá výběr z více možností. Velkou roli v procesu řízení hraje vedení skupiny nebo týmu, stanovení strategických cílů a obecných principů pro výběr metod, jimiž má být cílů dosaženo.

Pro existenci a funkčnost nesoudržných týmů stejně jako sehraných má klíčový význam smysl a povaha cíle dané činnosti, cesty, kterými tým hodlá jít za svými cíly, lidé, kteří vykonávají činnosti podle pokynů manažera a v neposlední řadě „subjekt řízení“ tedy manažer. Tady se nabízí otázka, jaký člověk tým řídí, jaké k tomu má motivy a schopnosti a jak práce pro skupinu naplňuje jeho osobní potřeby (21, 34).

1.2.1.6 Styly řízení

To, do jaké míry manažer bere v úvahu každý ze čtyř jmenovaných faktorů řízení, definuje čtyři základní styly řízení. Jde o přátelské řízení, ve kterém lidé a dobré vztahy dostávají přednost před výsledky. Vede to k vytvoření příznivého klimatu ve skupině, ale pokud se projeví nedostatečné výsledky, hrozí krize autority manažera a nebezpečné narušení vztahů.

Malou starost o lidi a výsledky charakterizuje formální řízení, jehož hlavním rysem je direktivní lpění na procesních formalitách, které tvoří ochranný val okolo manažera. Projeví se krizí všude tam, kde jsou výsledky práce a dobré vztahy důležité.

Direktivní styl řízení charakterizuje důraz na výsledek a osobu manažera, zatímco lidské vztahy ustupují do pozadí. Ztroskotává tam, kde nestačí kontrola, ale záleží na osobním nasazení členů týmu. Úspěchy sklízí při plnění úkolů, při kterých se musí manažer rychle rozhodovat a tam, kde charisma a schopnosti lídra dostačují nato, aby většina lidí v týmu dokázala tento styl akceptovat.

Synergický styl řízení klade důraz na mezilidské vztahy a na výsledky. Vyžaduje individuální přístup a umění motivovat. Osobnost manažera v něm napomáhá stabilním vztahům a úspěšnému dosahování dobrých výsledků. Potřeba uplatnit právě tento styl roste s náročností činnosti, kterou tým vykonává.

Vedle vyhraněných stylů lze definovat řadu přechodných a nestálých stylů. Patří sem rutinní řízení, kdy zájem o lidi, procesy a výsledky je pečlivě dávkován tak, aby to neznamenal ani hrozbu krize, ani zbytečné úsilí navíc. Proměnlivé řízení se pohybuje od direktivního k přátelskému. Bývá označován jako řízení metodou „bíče a cukru“. Od místa k místu v závislosti na náladě manažera nebo vnějších podmínkách

bloudí chaotické řízení. Není nutné klást si otázku, který z výše jmenovaných stylů je žádoucí pro nejschůdnější cestu k úspěchu. Dnešní manažeři obvykle odpoví, že za nejlepší považují, „samozřejmě“ synergický styl řízení. Někdy mohou být z odpovědí slyšet i rozpaky a nejistota – jako by se teorie vznášela někde daleko od praktického života. Volba stylu řízení bere v úvahu především osobnost manažera, v neposlední řadě pak složení jeho týmu, charakter úkolu a kontext v nejširším slova smyslu (34).

1.2.2 Organizace

Organizace jsou nezbytné společenské jednotky a fungují v každodenním životě. Jsou definovány jako společenský systém záměrně založený za účelem splnění nějakého cíle při využití lidských zdrojů. Většina odborníků v souvislosti s nimi zdůrazňuje vzorec strukturovaných vztahů, které přechází z interpersonálních skupin do skupin mezi jednotlivými odděleními.

Zájem o studium organizací začal na počátku dvacátého století. Jednou z prvních vědeckých prací, které zkoumala organizované chování, byla klasická teorie, která se příhodně dělí do tří kategorií. První je vědecký management, který se soustředil na organizaci z pohledu manažerů a přispěl k hospodárnější organizaci.

Druhou kategorií tvoří administrativní management. Ten se na organizaci díval z pohledu administrativy a managementu, tedy shora dolů. Osobnostmi administrativního managementu byly např. Henri Fayol nebo Luther Gullick. Mnoho zásad, které tito teoretici navrhli, se využívá i v moderních organizacích. Patří mezi ně zásada komunikace, jednota vedení, rozsah kontroly, delegování pravomocí a jednotný cíl.

Poslední složka klasické teorie managementu je byrokratický model, který popisuje konkrétní typ struktury. Její název vymyslel německý sociolog Weber. Byl zároveň jejím hlavním přispěvatelem. Byrokratická struktura vyvíjí na své členy neustálý tlak. Aby byli metodičtí a disciplinovaní, aby dosáhli vysokého stupně spolehlivosti chování a přizpůsobivosti vzorovému jednání. Má-li byrokracie fungovat, potřebuje disciplínu. V tom spočívá základní kritika této struktury, v níž je kladen důraz

na úkol a ne na jednotlivce. Klasická teorie poskytla budoucím teoretikům základní myšlenky k úvahám, které obsahují pojednání o pravomoci, funkcích a zásadách managementu, organizační struktuře a důrazu na cíle.

Moderní teorie organizace představuje nový pohled na lidi v organizacích. Důraz je zde kladen na jednotlivce více než na práci nebo strukturu. Bývá označována také jako behaviorální nebo humanistická teorie. Příspěvatelé behaviorální školy věřili, že jedinec má potenciál k řízení sebe sama a k tomu, aby byl schopný zvyšovat produktivitu.

V důsledku vlivu systémového přístupu se vyvinuly dvě nové varianty teorie organizace. První teorie učení organizace pohlíží na organizaci jako na žijící a myslící otevřený systém a teorie chaosu závisící na zpětné vazbě prostředí. Teorie chaosu se pokouší najít řád mezi zdánlivě náhodnými událostmi. Klasická i moderní teorie přispívají k pochopení praktické povahy organizace (13).

1.2.2.1 Organizační koncepce

Organizování je vytvoření formální struktury autority. Jejím prostřednictvím dochází k tvorbě, definicím a koordinaci další dělby práce, aby se dosáhlo stanoveného cíle. K tomu dochází pomocí interakčních jevů, které vycházejí z hierarchického uspořádání lidí navzájem na sobě závislých, vykonávajících odlišné činnosti. Interakční jevy definovala klasická teorie. Zvláštním jevem je moc, autorita, postavení a proces delegování.

Moc je síla plnit cíle a zajištění, aby bylo učiněno vše potřebné. Mocní lidé jsou dominantní a posunují se vzhůru tak, jak se jejich moc zvětšuje. Naopak, když se jejich moc zmenšuje, posunují se směrem dolů. Moc se rozděluje do pěti kategorií. French a Raven identifikovali moc donucovací, odměňovací, legitimní, kvalifikovanou moc a referenční moc. Později byla ještě přidána informační moc a nakonec sedmá spojovací moc.

Donucovací moc se používá k zajištění poslušnosti podřízených. Manažer řekne, že pokud se skupina nepřizpůsobí nové personální politice, budou pracovníci přeloženi

do jiné oblasti instituce. Při využití odměňovací moci manažer zajistí pro zaměstnance něco hodnotného. Například finanční odměnu. Odměny jsou vůbec velmi dobrým aspektem života v organizaci. S autoritou je srovnatelná legitimní moc. Jedná se o neporušitelné právo nadřízeného na práva a povinnosti podřízených. Této moci využívá manažer na základě pozice, kterou zastává. Lepší znalosti a zkušenosti proto, aby ostatní dělali to, co manažer navrhne, využívá kvalifikovaná moc. Referenční moc je založena na schopnosti vedoucího inspirovat ostatní k tomu, aby se snažili svému vedoucímu podobat. Jde o typ moci spojený s osobností a povahovými rysy (charisma). Manažer vynikající ve své klinické praxi, může podřízené inspirovat k lepším výkonům. Říká se, že vědění je moc. Podřízení potřebují informace, které jejich vedoucí má. Na informacích, které má manažer nebo ke kterým má přístup, je založena informační moc. Spojovací moc vzniká na podkladě spojení s mocnou osobou. Ve zdravotnictví může takovou mocí vládnout někdo příbuzný s vysokým řídicím pracovníkem.

Moc je interaktivní proces, který může být účinný při plnění nezbytných cílů. Získá se tvrdou prací a sbíráním zkušeností, také tím, že je manažer v práci kompetentní a ve vztahu k jiným lidem čestný. Dobré pracovní vztahy musí rozvíjet se všemi pracovníky. Musí umět přesvědčit ostatní o správnosti svého hlediska. Jeho argument musí být logický a musí ukazovat na jeho způsob myšlení. Musí být mezi svými podřízenými, aby s nimi mohl mluvit a ovlivňovat je.

Autorita je legitimním právem na poslušnost. Je to také právo nadřízeného na dodržování práv a povinností ze strany podřízených. Bývá problémem dočasně zastupujících manažera. Hierarchická autorita znamená právo nadřízených na přesný výkon podřízených. Ve schématu organizace je znázorněna jako rovná linie. Autorita personálu je poradenský proces a ve schématu organizace se zobrazuje jako přerušovaná čára. Moderní organizace efektivně využívá autoritu hierarchickou i personální.

Nedílnou součástí dynamiky organizace je rovněž zodpovědnost. Je to povinnost podávat výkony podle pracovní náplně pro danou pozici. Jedná se o vnitřní povinnost a logický a přirozený důsledek autority.

Zajímavým aspektem dynamiky organizace je postavení. Ostatní uznávají, že manažer má lepší talent nebo prostředky. Postavení zároveň slouží jako odměna, stimul

i cíl. Proces delegování je prostředek, kterým je autorita svěřována a přidělována různým jedincům v organizaci. Využívá se při něm personálu k dosažení vytýčeného cíle prostřednictvím přidělení pravomocí a povinností. Delegování je pro dynamiku organizace klíčové, protože se jedná o přímý výsledek plánování a vede k systému dělby práce (13).

1.2.2.2 Organizační kultura

Stejně jako má každý člověk nezaměnitelný otisk prstu, má každá organizace svou jedinečnou organizační kulturu. Je to komplexní záležitost, kterou nelze snadno vytvořit, ani změnit. Může být pěstována managementem nebo se v případě jeho nezájmu rozvíjí živelně. Představuje specifické postoje a chování členů organizace, způsob oblékání, gesta, tabu, tradice, rituály a způsob, jakým se realizují cíle. Organizační kulturu může ovlivnit vrcholový management, management oddělení i sestry samé. I když odolává změnám, sama se neustále mění. Silní jedinci se snaží organizační kulturu změnit nebo ji přizpůsobit vlastním potřebám., svému stylu chování a vystupování. Pokud mají takoví jedinci silnou osobnost a charisma, často se jim to daří. Může být poznamenána zaměstnanci v pozitivním i negativním slova smyslu. Organizační kultura je koronární tepnou každého oddělení. Proto může mít její selhání dalekosáhlé následky. Je založena na emocích, které jsou nejvíce patrné, když je ohrožena změnami. Je založena na historické kontinuitě a riziko její ztráty vysvětluje odpor ke změnám.

Zdraví organizační kultury ohrožuje neexistující jasná představa jak dosáhnout úspěchu. Odkládání důležitých rozhodnutí. Zvyšování indexu entropie a narůstající stupěň vyčerpanosti. Problémy s morálkou, problémy politického rázu. Unikající příležitosti. Komunikační problémy s managementem a projevy nezájmu o problémy sestry. Nezdravá kultura se pak může negativně projevit v oblasti kvality a produktivity. Kvalitu organizační kultury mohou ohrozit určité situace nebo činnosti. Například často zrušené informační schůzky pro sestry. Pokud se vrchní sestra zdržuje převážně ve své kanceláři. Když ignoruje pokusy a nápady sestry na oddělení něco zlepšit. Když se

o reformě vztahů k lékařům a pacientům pouze mluví. V neposlední řadě i postoje managementu, zvláště mají-li sestry dojem, že jsou pokládány pouze za nákladové položky.

K jejímu vyhodnocování slouží pohovory se zaměstnanci a pacienty. K vyhodnocení může zdravotnické zařízení využít také odborných konzultantů. Vyhodnocuje se podle způsobu, jakým se na oddělení pracuje. Jakým způsobem se dosahuje úspěchu, kdo určuje priority. Kolik energie se vydá na projekty v porovnání s hodnotou výstupu. Dále se kvalita vyhodnocuje podle způsobu, jakým se projevuje uznání a kdo o něm rozhoduje a jaká práce je nejčastěji oceněna. Podle způsobu, jakým se na oddělení motivuje, zda jsou sestry motivovány penězi nebo uznáním. Podle způsobu, jakým se napodobují „modely“. Kdo je skutečným vůdcem na oddělení. Jaké jsou charakteristiky takového vůdce, co dělá jinak a co se mohou sestry od něho naučit. Podle způsobu, jakým se kdo snaží současnou kulturu změnit. Jaké strategie ke změně se užijí. Jaká je komunikace na oddělení, jednosměrná nebo dialog. Zdravotnické zařízení je živý systém se svými vlastními potřebami a životními cykly. Existence naprosto zdravých organizací je téměř utopií. Většina z nich se snaží o udržení svého zdraví. To znamená fungování bez konfliktů, zloby a závisti, neochoty pomluv, frustrace a cynismu s maximálním rozvinutím potenciálu zaměstnanců. Zdraví organizační kultury se projeví loajalitou zaměstnanců, jejich vysokou produktivitou, kreativitou, angažovaností a radostným přístupem k práci (13).

1.2.3 Management ve zdravotnictví

Nemocnice má z hlediska řízení zdravotnických institucí největší význam. Je to zařízení, které má licenci k poskytování zdravotní péče. Má určitý počet lůžek a organizovaný zdravotnický tým požadované kvalifikace. Je schopna poskytovat nepřetržitě lékařské a ošetrovatelské služby těm pacientům, kteří nemohou být léčeni ambulantně. Specifickou činností všech nemocnic je diagnostika a léčba a činnosti spadající do oblasti sekundární a terciální péče. Některé nemocnice jsou také střediskem postgraduální výchovy lékařů a pracovníků nelékařských oborů. Vykonávají také

zdravotně výchovnou činnost. Nemocnice jsou tříděny podle průměrné délky ošetrovací doby na nemocnice pro akutní péči a nemocnice pro dlouhodobě nemocné. Na konci devadesátých let tvořily nemocnice pro akutní stavy kolem 60 % z celkového počtu lůžek. Podle typu vlastnictví jsou nemocnice klasifikovány na nemocnice ve vlastnictví a správě státu. Jedná se o fakultní a vojenské nemocnice. Veřejné nemocnice ve vlastnictví a správě měst a obcí a soukromé nemocnice neziskového charakteru ve vlastnictví a správě církví a dobročinných organizací nebo nemocnice typu akciových společností, družstev a jiných typů firem, které jsou založené na podnikatelském principu. Podle převažujícího druhu péče se nemocnice dělí na všeobecné a specializované. Jedním z kritérií třídění nemocnic je také rozsah lůžkového fondu. Malé nemocnice mají obvykle do 300 lůžek. Nemocnice střední (300-600 lůžek) a velké s kapacitou nad 600 lůžek. Specializované nemocnice mají v ČR charakter odborných léčebných ústavů (psychiatrické léčebny a ústavy pro léčbu respiračních onemocnění).

Bez ohledu na organizační uspořádání se nemocnice dělí na tři základní subsystemy. Jsou to pracoviště léčebně preventivní péče, která zahrnují specializovaná oddělení podle lékařských oborů. Tyto pracoviště se dále dělí na lůžkovou a ambulantní část. Patří sem také pracoviště společných vyšetřovacích složek, kterými jsou laboratoře a přístrojová pracoviště. Dalším subsystemem jsou pracoviště, která doplňují léčebnou péči a plynulý chod nemocnice. Patří sem stravování, doprava, energetika a technické služby. Důležitým je subsystem manažerský a ekonomicko-správní. Zahrnuje vrcholový management nemocnice. Management střední úrovně zahrnující primáře jednotlivých oddělení a vrchní sestry a manažery na prvním stupni řízení, kam patří staniční sestry.

Důležitou podmínkou efektivního fungování nemocnice je optimální poměr mezi počtem odborných zdravotnických pracovníků a počtem ostatních. V současnosti jsou nemocnice podstatnou součástí infrastruktury ekonomik vyspělých zemí. Plněním svých úkolů vytvářejí jádro zdravotnictví a, kde získává odbornou kvalifikaci veškerý odborný zdravotnický personál. Jsou významným zdrojem pracovních míst a odběrateli mnoha průmyslových podniků. V posledních letech došlo k prudkému vývoji směrem k efektivnějšímu řízení a využití nemocnic. V podmínkách české republiky jde

především o to, aby nemocnice dobudovaly kvalifikované účetnictví a zavedly moderní metody řízení provozu. Aby vytvořily odpovídající nástroje řízení kvality, marketingu, rozpočtu a kontroly. Efektivní vedení je pro nemocnice stejně důležité jako odborná medicínská péče (13, 17).

1.2.4 Management v ošetrovatelství

Většina toho, co se ví o managementu, byla odvozena z práce v jiných disciplínách. V ošetrovatelství ale vznikají vlastní jedinečné strategie, současně s tím, jak vedoucí pracovníci studují řídicí procesy. Management je proces s mezilidskými a technickými aspekty, kterým se plní cíle organizace. Přitom se hospodárně a efektivně využívá lidských, materiálních, finančních a technologických prostředků. Management v ošetrovatelství se od profesionálního managementu v ostatních oborech liší filosofií služeb. V ošetrovatelství je potřeba jedinečný přístup, protože nese sociální zodpovědnost za zdraví a nemoci lidí, rodin a komunit. Kvalita péče, která má být poskytována, je stejně důležitá jako personál, který ji zajišťuje. Tento dvojí cíl vyžaduje od managementu uvážlivé a specifické profesionální strategie. V polovině 80. let 20. Století byla zavedena nová koncepce, známá jako sdílené řízení. Řadový personál byl vyzván, aby svými názory přispěl k řešení problémů. Tato metoda byla považována za přechod k pozitivnímu a inspirujícímu manažerskému stylu. Aktivita, které podporovaly sdílené rozhodování, měly velký vliv na úlohu manažerů. Ti se museli naučit metody usnadňující zapojení a rozvoj personálu. Proto potřebovali vzdělání, které jim umožní používat styly vedení, jež zvýší role a pravomoce personálu. Vazba mezi manažerem operativní linie a skupinou je nezbytná a vyžaduje nové schopnosti manažera. Systematické studium toho, co manažeři dělají a jak, poskytuje informace důležité pro zvýšení celkové efektivity organizace. V ošetrovatelství vládne vysoká intenzita práce. Díky tomu je řízení obzvláště náročné, protože zaměstnanci ve zdravotnictví mají různou praxi a různé vzdělání. Charakter práce i pracovníci vyžadují od sestry manažerky, aby vytvořila nové prostředí, v němž se bude poskytovat kvalitní ošetrovatelská péče (10, 13, 46).

1.2.5 Vývoj úlohy managementu v ošetrovatelství

V prostředí zdravotní péče se úloha managementu a manažerů mění. Vrcholový management, kterému se také říká administrativní úroveň, sestává z představenstva, ředitele a zástupců ředitele. K povinnostem této skupiny patří řídit manažery. Její součástí je také hlavní sestra. Vrcholový management vytvořil poslání vizi a hodnoty zdravotnického zařízení, jde příkladem v modelování kultury excelence a je osobně zainteresován v procesu zajišťování kvalitního systému řízení a současně jeho neustálého zlepšování. Vrcholový management efektivně komunikuje, motivuje a respektuje zaměstnance (40).

Střední management tvoří primáři jednotlivých oddělení a vrchní sestry, kterým se někdy říká manažeři jednotek. Vrchní sestry jsou podle zákona č.189/2008 Sb., ve smyslu znění pozdějších předpisů, který stanovuje odbornou způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka, podřízeny primáři oddělení, organizačně a metodicky náměstkyni ošetrovatelské péče – hlavní sestře. Vykonávají své povolání v rozsahu a způsobem stanoveným zákonem. Řídí se mezinárodními úmluvami a kodexy práv pacientů. Dodržují důsledně organizační a provozní řády nemocnice a v rámci své funkce pracují dle předpisů o bezpečnosti práce a ochrany zdraví při práci. Vrchní sestry se podílí na praktickém vyučování ve studijních oborech k získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání. Spolupracují v multidisciplinárním týmu, vedou zdravotnickou dokumentaci a další dokumentaci vyplývající ze zvláštních předpisů. Pracují s informačním systémem zdravotnického zařízení. Řídí, kontrolují a organizují činnost nelékařských zdravotnických pracovníků, dbají o jejich rovnoměrné rozmístění podle potřeb jednotlivých úseků. Odpovídají za úroveň a kvalitu poskytované ošetrovatelské péče o pacienty, dodržování postupů a platných standardů ošetrovatelské péče. Společně s primáři oddělení připravují podklady pro sestavení plánu pracovníků a plánu materiálního zabezpečení a provádí kontrolu jejich dodržování. Jsou oprávněné některé své pravomoci převést dočasně i trvale na své zástupkyně nebo staniční sestry (viz příloha č. 3).

Třetí úroveň managementu tvoří manažeři základní nebo také operativní linie. Staniční sestra je podřízena primáři oddělení a vrchní sestře. Nadřízena je nelékařským

zdravotnickým, pracovníkům v oboru dle zákona č 189/2008 Sb., ve znění pozdějších předpisů a vyhlášky č. 424/2004 Sb. Zastupována může být pověřeným nelékařským zdravotnickým pracovníkem na oddělení. Při výkonu povolání bez odborného dohledu a bez indikace lékaře v rozsahu své odborné způsobilosti a kompetence poskytuje péči v souladu s právními předpisy a standardy. Dbá na dodržování hygienicko-epidemiologického režimu, vede zdravotnickou dokumentaci a pracuje s informačním systémem zdravotnického zařízení. Poskytuje pacientovi informace v souladu se svou odbornou způsobilostí. Podílí se na praktickém vyučování ve studijních oborech k získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání a na tvorbě standardů. Spolupracuje v multidisciplinárním týmu.

V souladu s diagnózou stanovenou lékařem poskytuje, případně zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Podílí se zároveň na poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péče. Vykonává činnosti podle §48 při péči o pacienty, u kterých dochází k selhání základních životních funkcí nebo toto selhání hrozí. Přitom zejména bez odborného dohledu na základě indikace lékaře a bez odborného dohledu a bez indikace lékaře.

Po získání specializované způsobilosti podle §49-52 vykonává činnosti podle §4 a dále bez odborného dohledu a bez indikace poskytuje, organizuje a metodicky řídí ošetrovatelskou péči, včetně vysoce specializované ošetrovatelské péče, v oboru specializace, případně zaměření.

V řídicí a organizační činnosti staniční sestra řídí a koordinuje činnost všeobecných sester, zdravotnických asistentů, ošetrovatelek, sanitářů a sanitárek. Poskytuje odborný dohled pracovníkům pracujícím pod odborným dohledem. Odpovídá za dodržování postupů a platných standardů ošetrovatelské péče a za kvalitu poskytované péče. Podílí se na evidenci počtu dekubitů a hlášení mimořádných událostí. Pravidelně kontroluje stav opiátů, ve spolupráci s odpovědnými lékaři kontroluje jejich uložení, expirační dobu a hospodaření s omamnými látkami. Zodpovídá za měsíční výkazy práce a ostatní potřebné doklady. V neposlední řadě se podílí na zavádění

a provádění systémů kvality a bezpečnosti zdravotní péče a jejího kontinuálního zvyšování (viz příloha č. 2).

1.2.6 Řídící proces na úrovni staničních sester.

Manažer základní linie má specifickou zodpovědnost vůči organizaci a pracovníkům. Plní cíle organizace nebo oddělení v rámci poskytování ošetrovatelské péče. Udržuje kvalitu péče o pacienty v rámci finančních omezení organizace. Zvyšuje motivaci zaměstnanců i pacientů. Snaží se zvyšovat schopnosti podřízených pracovníků a kolegů přijímat změny. Buduje týmového ducha a zvyšuje morálku. Stará se o profesní rozvoj personálu. Úspěch managementu závisí na talentu jednotlivce, jeho motivaci a příležitosti řídit. Prvním krokem k rozvoji talentu je seznámit se s tradičními funkcemi managementu. Dovednosti pro realizaci funkcí získá manažer praxí (13).

Manažer si je vždy vědom toho, že jeho pracovní úspěchy a výkonnost jsou hodnoceny podle pracovních výsledků, dosahovaných jím vedeným pracovním kolektivem. Vůči členům svého kolektivu je reprezentantem zájmů organizace, o jejichž legitimitě musí být osobně přesvědčen. Ve svém působení respektuje cílové hodnoty společnosti, rovnost šancí všech na nezadatelnost práva na úspěch, který je kýmkoli získaný v čestné soutěži s ostatními (11, 53).

Role sestry ve vedoucí funkci se mění. Manažerka základní linie musí mít znalosti a dovednosti z personálního řízení, musí umět řídit svůj ošetrovatelský tým. Musí mít znalosti v oblasti teorie organizace a musí rozumět ekonomickým souvislostem poskytování zdravotnických služeb. Je kompetentní řídit poskytování ošetrovatelských služeb a také ovlivňovat zdravotnické plánování a řízení lidských zdrojů. Staniční sestra participuje na ošetrovatelské péči. K náplni jejích činností patří ještě další činnosti vyplývající z její funkce.

V oblasti organizace plánuje péči, účastní se na lékařské a sesterské vizitě. Zajišťuje přenos informací mezi pracovníky jednotlivých směn. V oblasti komunikace vytváří vztahy s pacienty a jejich rodinou. Komunikuje s ošetrovatelským týmem, s terapeutickým týmem a s top-managementem zdravotnického zařízení,

administrativou a jinými odděleními. Z kategorie „hotelových služeb“ jí přináležejí objednávání stravy pro pacienty, kontroluje rozdělení stravy podle diet naordinovaných lékařem. Zajišťuje, aby bylo na ošetrovací jednotku dodáváno prádlo a lůžkoviny v dostatečném množství, a současně zajišťuje odvoz prádla do prádelny. Ověřuje úroveň hygieny na pokojích pacientů, na chodbách, sesterně a provozních místnostech. Má na starosti bezpečnost prostředí (ergonomie oddělení, opravy). V oblasti zajištění materiálu a přístrojového vybavení objednává léky a kontroluje hospodaření s nimi (expirace, manipulace, spotřeba). Objednává sterilní a nesterilní obvazový materiál, stará se o údržbu a opravy přístrojové techniky.

Staniční sestra bývá zároveň mentorem – pomáhá studentům při praktické výuce zvýšit si znalosti a dovednosti pro dobrou práci v povolání. Spolupracuje se školou. Zajišťuje účast na seminářích na svém oddělení a také je organizuje. Identifikuje potřeby vzdělávání sester a pomocného personálu a vzdělává a zapracovává nové pracovníky. V oblasti řízení personálu koordinuje absence ve službách a plánuje dovolené. Zařizuje rozpis služeb, pracovní dobu a pracovní režim. Při to všem participuje na ošetrovatelské péči. Podílí se na diagnostice, plánování a realizaci ošetrovatelského procesu. Edukuje pacienty a jejich rodinné příslušníky.

Staniční sestra připravuje dokumentaci k lékařské vizitě, které se také účastní. Podílí se na plnění ordinací z vizit, spolu se svým týmem zpracovává program plánovaných vyšetření. Nezanedbatelná je i její role v oblasti vědecké činnosti, protože se podílí i na řešení výzkumných úkolů.

Existují činnosti staničních sester nezařaditelných do předchozích kategorií. Například vykazování dokumentace pro VZP, odvoz pacientů na operační sál, překládání pacientů z operačního stolu do lůžka po operaci a manipulace s lůžkem při cestě na pooperační pokoj. Edukace personálu za účelem vylepšení jejich životního stylu (8, 23, 33, 43).

1.2.7 Role staniční sestry

Management není jen definovaný systém, ale také schopnost jednotlivce navrhovat a prosazovat řešení tam, kde zájem pacienta převažuje nad vším ostatním. Ošetřování nemocných je velké umění, založené na porozumění nemocnému, ale také na praktických dovednostech, vědeckých principech a týmové práci. Staniční sestra, pokud chce dobře vést svůj tým, musí si uvědomit, že, její pracovní úspěchy a výkonnost jsou hodnoceny podle pracovních výsledků týmu, který ona sama vede. Být dobrým manažerem znamená být dobrým lídrem. Tedy někým, kdo vede někoho nebo něco někam. Jde v čele, je prvním z mnoha. Schopný manažer základní linie má odborné znalosti, dovednosti a dostatečnou praxi. Má vysokou vlastní motivaci, pracuje aktivně a dokáže se vzdát i volného času. Svou práci vnímá jako výzvu. Je kreativní v myšlení a nevádí mu dále se vzdělávat. Měl by být rád v kontaktu s lidmi jak v soukromém, tak v profesním životě. Dokáže se správně rozhodovat a asertivně prosazovat své názory. Důležité je, aby byl zdravý a měl podporu v rodině (53, 55).

Existují dovednosti, které v sobě člověk může pěstovat, aby se stal dobrým lídrem. Na tom, do jaké míry se mu to podaří, závisí, jak bude úspěšný. Měl by být emocionálně stabilní, aktivní a tvořivý. U manažera příštích dnů bude stále více rozhodovat o úspěchu jeho schopnost řídit ve spolupráci s těmi a aktivním zapojením těch, jichž se řízení týká tj. řízeného pracovního kolektivu. Klíčovým úkolem manažera tudíž musí být vytvořit ze svých spolupracovníků tvořivý a výkonný tým, jehož úsilí bude orientováno na dosažení cíle, který musí být společný oběma stranám. Pro moderního manažera přestala být aktuální zásada „rozděl a panuj“, ale naprosto přirozenou filozofií je „sjednot' a ved'“ Vedení lidí spoluprací vychází z poznání, že se lidé potřebují uplatnit v práci jako myslící a tvořivé bytosti. Potřebují se podílet na společném cíli a dosáhnout vědomí vlastního uplatnění (seberealizace). Manažer operativní linie, který je organizačně zdatný, řídí tým navzájem se doplňujících osob. K tomu, aby tento tým dobře pracoval, musí být stabilní a sestry v něm spokojené. Sestry si natolik cení dobrého kolektivu, že jsou kvůli němu ochotné i ledacos přehlédnout. Kvalitně fungující tým na oddělení není samozřejmostí a nevzniká sám o sobě. Stojí za ním úsilí, snaha, tvorba a pěstování kolektivu - management. Podle

toho, jaký kolektiv na pracovišti je, lze usuzovat i na schopnosti staniční sestry. Pokud je tato dobrým managerem, nenechá svůj kolektiv, aby se vyvíjel, jak on sám chce a nečeká pouze na řešení jeho negativních výstupů. Staniční sestra musí kolektiv denně „opečovávat“, posilovat kolektivního ducha a rozvíjet jeho přednosti. K žádoucím pocitům každého člověka patří pocit jistoty, ať je kde je a nemusí být zrovna sestrou. Proto musí sestra jako manager operativní linie své podřízeně zaštitit, být jim advokátem. Manažerské techniky jsou pro řízení lidí nezbytné. Všechny se ale nedají naučit. Patří mezi ně schopnost jednat s lidmi, osobnostní vlastnosti a přirozená autorita. Pro správné fungování manažera je nezbytná také pokora a pracovitost. Musí mít pevné nervy a zdravý úsudek. Bezpodmínečně nutné je, aby měla jasnou vizi, ke které své lidi povede. Síla jeho osobnosti se ukáže právě na cestě k této vizi, protože musí činit i nepopulární rozhodnutí, pro které ho jeho spolupracovníci nebudou zrovna milovat. Ke svým podřízeným má být staniční loajální. Znamená to, že jim bude oporou v jejich oprávněných požadavcích, ale měla by se za ně postavit a obhájit je i v případě jejich pochybení.

Kromě role advokáta plní staniční také roli soudce. Tady musí každou situaci k řešení rozhodnout vždy spravedlivě a nezaujatě, ať už se jedná o více či méně oblíbenou podřízenou. V přiměřené míře by se měla orientovat i v soukromém životě svých sester. Neznamená to, že by jim do něj měla nějak zasahovat, ale vědomosti o něm může využít. Daleko lépe tím také porozumí jejich požadavkům, které se mohou týkat například výměn služeb. Zvýšené porozumění by měla projevit v případě, že její podřízené studují. Neměla by mít pocit, že jí tímto přerostou přes ramena, ale naopak, vycházet jim všemožně vstříc, například při sestavování služeb. Měla by sestrám, jde-li to, umožňovat účast na vzdělávacích akcích. Stejně nebo podobně jako se stará o druhé, musí se starat také o svůj profesní růst a rozvoj (10, 43, 44, 47).

1.2.8 Vzdělávání staničních sester

Práce staniční sestry je velmi náročná a pro zdravotnické zařízení významná. Proto zasluhuje pozornost od top managementu i vzdělávacích institucí. Podle zákona

č. 96/2004 Sb. jí byla stanovena povinnost celoživotně se vzdělávat. Sestra patří mezi zdravotnické profese, jejichž výkon je spojen s možným ohrožením zdraví a životů jiných lidí. Regulace jejího povolání je dána stanovením kritérií v zákonných normách, které musí sestra vykonávající profesi splnit. Týká se oprávnění k výkonu povolání, celoživotního vzdělávání a odborné náplně praxe. Po základním odborném studiu, které potřebuje k získání kvalifikace, následuje další vzdělávání, nutné k celoživotnímu odbornému růstu během jejího profesního života. Patří sem specializační studium, zaměřené na specifiku ošetrovatelské péče v různých klinických oborech. Studium probíhá v akreditovaných institucích a zdravotnických zařízeních. K výkonu profese staniční sestry potřebuje univerzitní studium a to bakalářské ve všeobecném ošetrovatelství nebo magisterské studium ošetrovatelského managementu nebo pedagogiky. Nezbytným je kontinuální vzdělávání. Povinností sester je udržovat své odborné znalosti na úrovni současných vědeckých poznatků. Toto vzdělávání probíhá prostřednictvím organizovaných forem vzdělávání, mezi které patří kurzy, stáže, odborné semináře a v neposlední řadě také samostudium. Ke vzdělávání staničních sester v rámci kontinuálního vzdělávání patří projekty, které se tematicky vztahují k řízení lidských zdrojů. Patří mezi ně program „Řešení konfliktních situací“. Ukázalo se, že toto téma je nejslabší článek v manažerské práci staničních sester. Přáním autorů tohoto projektu je, aby se dopad programu projevil zejména v manažerské práci staničních sester na odděleních. Další možností může být například e-learningové vzdělávání pro sestry, do kterého se mohou zapojit přes internet (35, 36).

Je potřeba si uvědomit, že celoživotní vzdělávání neznamená pro sestru sbírání kreditních bodů, ale uvědomění si toho, že být sestrou znamená se učit. Na jedné straně jsou učebny středních a vysokých škol, posluchárny a knihovny a samostudium, semináře a školení, na druhé straně živí lidé – pacienti. Ať už v nemocnicích, v domácím prostředí, nebo v ambulancích. Péče o ně je celoživotní úděl těch, kteří se rozhodli pro ošetrovatelství, jako svou profesi. Není to ambice nadšených jedinců, ale celoživotní vzdělávání mají sestry a ostatní mlékaři ve většině vyspělých států uloženo zákonem (24. 45, 52).

Staniční sestry si musí zvyšovat svoji profesionální úroveň. Jinak by si jich nemohli vážit ostatní členové multidisciplinárního týmu. Potřebují se seznamovat s ošetrovatelským „knowhow“, které jsou dnes přístupné na ošetrovatelských serverech, CD, manuálech nebo v jiných edukačních materiálech. Potřebují publikovat a seznamovat veřejnost a ostatní sestry se svou různorodou a zodpovědnou prací. Měly by ostatním předávat své myšlenky a poznatky (30, 37).

1.3 Kvalita ošetrovatelské péče

Není lehké kvalitu definovat. Možná proto, že je v moderním kontextu vnímaná jako filozofie, která je úzce spojená s organizační strukturou a ne pouze soubor metod, technik a pracovních postupů. Palmer definuje kvalitu jako esenci lékařské a ošetrovatelské péče. Kvalita podle něj znamená dělat správné věci správně, na správném místě se správnými lidmi. Ve zdravotnictví je kvalita péče řízena určitými pravidly. Znamená to splnění všech požadavků, o kterých rozhoduje pacient. Z široce koncipovaného pojetí péče o zdraví vyplývá nutnost chápat lidské zdraví jako celospolečenskou hodnotu a považovat ho za veřejný statek, který je třeba do značné míry financovat prostřednictvím veřejných statků. Požadavky na zdravotní péči se neustále zvyšují. Kvalita představuje komplexní pojem s celou řadou dimenzí. Lze se na ni dívat z různých úhlů. Má mnoho vybroušených ploch a kritérií, podle kterých se hodnotí (11, 19, 40).

Zajišťování kvality je procesem vedoucím k zabezpečení co možná nejlepší dosažitelné úrovně poskytované ošetrovatelské péče a to získáváním, sledováním a vyhodnocováním informací o péči o nemocné s cílem jejího zlepšení. Důležité je definování a používání objektivních kritérií pro vyhodnocování, vytvoření metodických a organizačních podmínek a získání pracovníků pro zajištění kvality. Dále zavádění konkrétních opatření k zajištění kvality a vyhodnocování účinnosti intervencí (28).

Kvalitní péče musí být pro pacienta bezpečná. Znamená to, že možná rizika zákroku nebo nemocničního prostředí jsou omezena na nejnižší míru nebo zcela vyloučena. Znalosti a dovednosti pečujícího jednotlivce jsou v souladu s nabízenou péčí

nebo zákrokem (kompetence). Veškerá péče a služby jsou pro pacienty přijatelné a odpovídají jejich požadavkům. Efektivnost péče znamená, že poskytované služby a zákroky dosahují očekávaných výsledků. Veškerá péče je relevantní a vhodná vůči potřebám pacientů a je založená na uznávaných standardech. Je třeba, aby bylo očekávaných výsledků dosaženo s nejekonomičtějším využitím zdrojů. Pacient musí mít možnost získat potřebné a přiměřené služby na správném místě, ve správný čas, skutečným odborníkem. Kontinuální (tzv. „bezešvá péče“) nabízí koordinované, nepřerušované služby překračující bariéry programů, oddělení, lékařů a organizací návazné v prostoru a čase. Péče musí být poskytována v době, kdy ji pacienti nejvíce potřebují a je pro ně nejprospěšnější. Péče má být poskytována na současné úrovni vědeckého poznání a odpovídat danému stavu a potřebám pacientů. Důležitou dimenzí kvality je úcta a vnímavost, tedy způsob, jakým zdravotnický personál respektuje stud, lidskou důstojnost soukromí a individuální odlišnosti pacientů. Je-li ve zdravotnickém zařízení zdravá organizační kultura, motivovaní a spokojení zaměstnanci, nemělo by být těžké tento program v rámci celého zdravotnického zařízení realizovat. Přesto existují určité předpoklady, které jsou nutné pro úspěšné zavedení programu kontinuálního zvyšování kvality (16, 41).

1.3.1 Systém ukazatelů kvality

Jedním z mnoha neobvyklých termínů, s kterými se zdravotníci, takřka denně seznamují je *balanced scorecard* – BSC. Do češtiny přeloženo znamená vyvážený systém ukazatelů. Tento nový manažerský nástroj byl poprvé popsán ve článku Roberta Kaplana a Davida Nortovona z roku 1992 v *Harvard Business Review*. Umožňuje sladit dlouhodobé strategické cíle zdravotnického zařízení s každodenním provozem. Tento nástroj má výhodu, přestože nepatří mezi nejjednodušší. Je velice flexibilní a jeho užitečnost se projeví i při použití jednoduššího modelu. Pomáhá sladit tvrdé i měkké prvky řízení, strategické cíle a jejich každodenní realizaci v životě organizace. Součástí BSC systému je také metodologie určování prioritních činností vedoucích k dosažení a zajištění dosahovaných cílů. V případě použití tohoto systému nejde vrcholovému

týmu pouze o vytvoření dokumentů, ale o to, aby jasně definoval směr a takové ekonomické a profesní cíle, které zajistí organizaci smysluplnou, ekonomicky zdravou budoucnost – spokojené pacienty i zaměstnance a radost z vykonané práce. Vybrané ukazatele potom slouží ke sledování a měření toho, zda se daří na cestě na cestě k dosažení vytýčených cílů. Práci v organizaci lze vnímat ze čtyř perspektiv. Z perspektivy pacienta, vnitřních procesů, ekonomiky a jistění růstu zdravotnického zařízení. Provázanost těchto perspektiv je nesmírně důležitá. Aby mohlo zdravotnické zařízení prosperovat, potřebuje přízeň pacientů neboli rostoucí spádovou oblast. Aby získalo jejich přízeň, musí nabízet vysoce kvalitní péči. Za účelem zajištění kvality musí mít zaměstnance, kteří mají znalosti a neustále získávají nové. Kruh je uzavírán potřebou mít loajální a nadšené zaměstnance.

Každý manažer by se měl zamyslet nad výše uvedenými perspektivami a pro každou z nich si vybrat hodnotící ukazatele, které s nimi souvisejí (příčina-následek). Jde o to, aby tyto ukazatele nabízely smysluplný a vyvážený pohled na celé zdravotnické zařízení v uvedených důležitých strategických oblastech.

Zavádění BSC v rámci celého zdravotnického zařízení není snadné. Jeho zavedení potřebuje teoretické i praktické znalosti tohoto systému, podporu vrcholového managementu a spolupráci expertů z oddělení informatiky. V neposlední řadě potřebuje podporu a angažovanost všech zaměstnanců. Ti musí mít znalosti o tom, jak sladit strategické dokumenty se svou každodenní prací (40).

1.3.2 Akreditace

Součástí transformačního procesu v českém zdravotnictví po roce 1989 byla snaha snížit vysokou variabilitu mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními. Osvědčenou metodou tohoto snažení v zemích vyspělých demokracií jsou akreditace. Tento pojem je odvozen od latinského slova credere – důvěřovat. Akreditace tedy znamenají důvěryhodné prokázání důvěry. V historii je akreditace úzce spojena se snahou zajistit kvalitu lékařské a ošetrovatelské péče v době, kdy tato byla ohrožena narůstajícími iniciativami směřujícími převážně ke kontrole nákladů. České

zdravotnictví si již v roce 1989 bylo vědomo rozdílů mezi zdravotnickými zařízeními v oblasti fyzického stavu nemocnic, tak technického stavu nemocnic. Rozdíl byl také v personálním obsazení a ve způsobu, jakým zdravotnický personál poskytoval léčebnou a ošetrovatelskou péči. V roce 1994 byl iniciován projekt Akreditace nemocnic. V roce 1998 byla vytvořena Spojená akreditační komise ČR (SAK-ČR). V tomto roce byly ve Věstníku MZ číslo 7 popsány akreditační standardy a metodika. Rok poté byla v České republice akreditovaná první nemocnice. Časem se akreditace změnila z nepopulárního nástroje, který trestal viníky za nekvalitu, v nástroj výuky a kontinuálního zvyšování kvality, který přesouvá své zaměření z vyhodnocování struktury na vyhodnocování procesů a výstupů s narůstajícím důrazem na bezpečnost léčebné a ošetrovatelské péče.

Akreditační standardy jsou rozděleny do deseti tematických oblastí. Oblast kvality zahrnuje sledování dokumentace, infrastruktury, tvorby standardů a zajišťování kontinuálního zvyšování kvality. Dále diagnostické postupy, péči o pacienta a kontinuita péče. Sem patří propouštěcí zpráva a převoz pacienta na jiné oddělení či do jiného zdravotnického zařízení. Další sledovanou oblastí je dodržování práv pacientů, podmínky poskytované péče, standardy managementu, péče o zaměstnance, sběr a zpracování informací a protiepidemiologická opatření.

Akreditační řízení začíná podáním žádosti u organizace, která akreditační proces v zemi organizuje. Zdravotnické zařízení obdrží balíček obsahující akreditační standardy, podpůrné materiály a informaci o způsobu, jakým bude probíhat aktuální akreditační šetření. Příprava k akreditaci probíhá v uvedení svých vlastních standardů, směrnic a praxe do souladu s akreditačními standardy. Inspekční tým se pak zabývá základními aspekty provozu nemocnice, jeho strukturou procesy a výstupy péče. Informace o kvalitě provozu získává šetřící akreditační komise auditem zdravotnické dokumentace, inspekcí jednotlivých oddělení a pohovorem se zaměstnanci a pacienty. Inspekce probíhá 2-3 dny a akreditační vysvědčení se uděluje na období 2-3 let.

Skutečnost, že se sestry účastní celého procesu spolu s lékaři a manažery představuje posun v našem zdravotnictví a přínos pro ošetrovatelství. Zlepšuje kvalitu ošetrovatelské péče a dokumentace na všech odděleních, vytváří radostnější prostředí

pro sestry i pacienty. Snižuje variabilitu v procesech a ve zdravotnické dokumentaci. Buduje organizační kulturu a zlepšuje vztahy mezi členy multidisciplinárního týmu. Zlepšuje image zdravotnického zařízení i zdravotníků, snižuje fluktuaci a připravuje na vstup do EU (16, 40).

Nezanedbatelnou roli v přípravném procesu akreditace hraje staniční sestra. Je v její moci, aby sestry v týmu pochopily filosofii kvality a staly se cílevědomými. Vede svůj tým k získávání zcela nových dovedností, jako je schopnost aplikace systémového přístupu a metody řešení problému, aby měly dovednosti pro získávání a analýzu informací. Vede sestry tak, aby pochopily, že kvalita není jen koordinace práce mezi sestrami, lékaři a pacienty, ale všech procesů s tím souvisejících. Jde příkladem v uvědomování si, kolik stojí chybování a zbytečná práce. Jako manažerka základní linie vytváří prostředí zaměřené na pacienta, kde sestry aktivně naslouchají a pečují o jeho potřeby. Snaží se sestřím umožnit takové vzdělání, aby byly schopny vytvářet a používat nástroje a metody měření kvality své vlastní práce a v širším rámci i práce celé organizace (29).

1.3.3 Audity

První sestra, která vyjádřila pravý smysl ošetřovatelského auditu, byla Florenc Nightingaleová. Již v roce 1863 prohlásila, že by se zdravotnická dokumentace měla ukázat pacientovi, aby si udělal představu o tom, jak bylo naloženo s jeho finančními prostředky a zda tyto nepřinesly více škody, než užitku.

Dříve, než se začne s měřením a hodnocením kvality, je potřeba kvalitu botnické pomocí standardů, směrnic, příkazů ředitele a zákonů. Zdravotnické audity jsou nedílnou součástí měření kvality péče ve zdravotnickém zařízení. Analyzují úspěch oddělení, sester či organizace. Upozorňují na problémové oblasti, na které je třeba se zaměřit, poukazují na úspěchy, kterých bylo dosaženo. Audity se netýkají pouze sester nebo lékařů, ale také kvality chorobopisů, dokumentace, práce na operačním sále nebo politiky předepisování léčiv. Audity se dělí na interní, prováděné v rámci oddělení, většinou kolegy a na externí, prováděné různými kontrolními orgány. Pokud jsou interní

audity prováděné systematicky a pokrývají celou škálu výkonů nebo práce, není třeba, aby docházelo k častým externím auditům. Vzhledem k vysokým požadavkům na kvalitu dnešní doby lze ale předpokládat, že budou externí audity vykonávány častěji (25, 32, 40).

1.3.4 Ošetřovatelský audit

Systematické vyhodnocování kvality ošetřovatelské péče s cílem zlepšit její kvalitu, představuje ošetřovatelský audit. Je to partnerský postup, který nelze delegovat a realizovat bez potřebné „know-how“. Zahrnuje porovnání skutečné ošetřovatelské praxe s přijatými standardy. Vyhodnocuje, zda současná praxe efektivně využívá dostupných zdrojů. Cílem auditů je najít odchylky a slabá místa za účelem jejich odstranění. Na opatřeních k nápravě pracuje tým sester na oddělení, kde byl audit proveden. Kopie formuláře o výsledku auditu, vypracování plánu náprav a dokumentace jejich realizace je předána manažerce programu kontinuálního zvyšování kvality a hlavní sestře. V ošetřovatelské praxi je možné, setkat s názorem, že je moc práce a málo sester a na kvalitu není čas. O významu kvality však nelze pochybovat. Jde přeci o uspokojování potřeb pacienta a prestiž nejen nemocnice, ale ošetřovatelské praxe především. Předpokladem pro fungování projektu zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb jsou existence odpovědných osob za řízení kvality a bezpečí. Patří mezi ně také staniční sestry, které v systému fungují jako interní auditoři. Dalším předpokladem je podpora středního managementu a informovanost a účast ošetřovatelského personálu (25, 32).

Z praktického hlediska byly formulovány tyto druhy auditů. Retrospektivní revize, kterou je hodnocení chorobopisů propuštěných pacientů. V případě, že se oddělení připravuje na akreditaci, se provádí audit implementace akreditačních standardů. Jejich cílem je přesvědčit se, zda se v praxi tyto odsouhlasené standardy dodržují. Algoritmový audit vyhodnocuje strategii péče z perspektivy zachování dohodnutých procesů a jejich možných alternativ. A audit výsledků péče, který se

nespokojuje pouze se zjištěním, kdo-jak-komu, ale klade si otázku: Bylo to k něčemu dobré?

Hlavním účelem ošetrovatelského auditu je odůvodnění nákladů na personální a materiální zdroje. Sledování efektivity péče a podpora kritického myšlení směřující u sester k analýze vlastní práce a skutečných potřeb pacientů

Harmonogram auditů vypracovává hlavní sestra na celý rok a pro všechna oddělení. V harmonogramu je vždy uveden datum a specifický druh auditu. Je vždy k nahlédnutí vrchním a staničním sestram.

Audity představují jeden z nejeftivnějších nástrojů programu kontinuálního zvyšování kvality. Nelze je ale realizovat, pokud není kvalita jasně definována. Ať už se jedná o audity ošetrovací jednotky, ošetrovatelské dokumentace nebo audity zaměřené na dodržování ošetrovatelských nebo akreditačních standardů, jsou-li správně pochopeny a vyhodnoceny jsou pro oddělení spolehlivým průvodcem na nikdy nekončící cestě k excelenci (40, 54).

1.4 Optimální léčebné prostředí

Za nejdůležitější body optimálního léčebného prostředí považují autoři knihy „Prokázání vlivu léčebného prostředí na uzdravovací proces“ začlenění pacientů do rozhodovacího procesu společenskou podporu a eliminaci stresorů v prostředí. Optimální léčebné prostředí představuje filozofii, která se snaží u pacientů podpořit pocit pokoje, naděje a klidu. Zároveň nabízí příležitost k mobilizaci vnitřních sil spojenou s touhou po uzdravení. Pacientům dnes nestačí pouze to, že je jim nabídnuta kvalitní léčebná a ošetrovatelská péče je třeba se zamyslet nad prostředím, ve kterém je poskytována. Jak lze toto prostředí zkvalitňovat a jak zlepšit úděl pacientů. Citlivý pohled na to, jak pacient vnímá prostředí, ve kterém se péče poskytuje a upřímná touha změnit něco v jeho prospěch. To jsou cíle, které dnes motivují zdravotníky na celém světě k pochopení této tematiky. Aby se to povedlo, je třeba chápat termíny léčba a uzdravování. Z hlediska optimálních výstupů je třeba věnovat optimální úsilí rozvoji obou složek. Léčba sice začíná tělem, ale uzdravování začíná duchem. Prostor, které

samo o sobě nenabízí léčebné procedury, je místem, v němž se může mysl i tělo uzdravovat. Na rozvíjení optimálního léčebného prostředí dnes nezbyvá čas, ani finanční prostředky (40).

Do nemocnice přicházejí lidé, kteří jsou handicapováni svou nemocí, změněným zdravotním stavem. Očekávají především vlídné přijetí ze strany zdravotníků. V jejich ruce tedy je překonat bariéry směrem k nemocnému člověku a dokázat svůj zájem o jeho osobu v celostním pojetí. Respektovat ho jako jedinečnou bytost. Potom je možné rozvíjet důvěru nemocného ve zdravotnický personál (20).

Základními předpoklady optimálního léčebného prostředí je první dojem, který je velmi důležitý. Rozhodne o tom, zda se pacient zklidní nebo jeho hladina stresu zůstane vysoká nebo je ještě vyšší. Dalším předpokladem jsou vhodné aktivity a rozptýlení. Dochází tak ke snížení potřeby analgetik a dokonce ke zkrácení hospitalizační doby. Prostor, kde se pacient necítí opuštěný, napomáhá zařídit komunikativní, vlídný a laskavý personál, snadná možnost komunikace s rodinou-flexibilní návštěvní doba. Bílé chodby jsou záležitostí minulosti. Bílá barva vytváří pocit smyslové deprivace. Přednost mají pastelové barvy. Jedním z neškodlivějších faktorů ve zdravotnickém zařízení je hluk. Stejnou pozornost je třeba věnovat nepříjemným pachům, které často pacienty stresují tím, že připomínají prostředí, ze kterého mají obavy. V neposlední řadě má vliv na celkový dojem léčebného prostředí navigační struktura v celém zdravotnickém zařízení a informační centrum. Nejde pouze o prostor a jeho vybavení, ale především o klima prostředí. Toto klima vytváří léčebný tým a jeho podpůrný personál (40).

1.4.1 Týmová práce v ošetrovatelství

Kvalitní týmová práce je předpokladem vysoce odborné a účinné péče. Tento tým tvoří nejen lékaři a sestry, ale i mnoho jiných členů z řad nemocničního personálu i odjinud. Nezbytnou podmínkou úspěchu týmové práce je kolektivní dohoda o pravidlech hry. S těmito pravidly musí být seznámeni všichni členové týmu. Tím je vyjádřen souhlas k tomu, že v případě jejich porušení jsou členové týmu voláni

k zodpovědnosti. V komunikaci nesmí být nikdo z členů ponižován. Je třeba pomáhat ostatním členům k osobnímu nebo kolektivnímu vítězství. V komunikaci často brání pocity lidí. Je potřeba umožnit verbalizaci pocitů, jen tak je možné s nimi pracovat a reagovat na ně.

Zajímavým aspektem týmu je to, že jeho efektivita může být systematicky zvyšována. Opravdu efektivní jsou týmy, ve kterých spolu lidé pracují, aby vytvořili něco výjimečného, co by nevytvořili jako jednotlivci. Tento jev se nazývá synergie. Nezbytnou podmínkou úspěchu týmové práce je empatie. Je důležitá tehdy, když se názor jiného člena týmu diametrálně liší od našeho. Vcítit se do myšlení druhého ale můžeme jen tehdy, budeme-li pozorně naslouchat s cílem pochopit, proč má jiný člen týmu rozdílný postoj. Tady hraje roli flexibilita a otevřenost vůči názorům druhých. Je tedy nesmírně důležitá pro efektivně fungující tým. Obě strany musí mít shodný pocit, že jejich názory byly vyslyšeny a musí souhlasit s rezolucí. Tento způsob se velmi liší od kompromisu a většinového hlasování, s nímž se setkáváme v jakémkoliv demokratickém procesu. Z toho plynou perspektivy pro sestry manažerky neustále propagovat vizi a poslání oddělení. Být pro ostatní sestry příkladem, sblížovat lidi navzájem a odstraňovat bariéry. Upevňovat v sestřích pocit důležitosti týmové spolupráce. Neustále vzdělávat sebe i ostatní sestry. V komunikaci podporovat úsilí jedinců, neustále přistupovat k týmu jako k celku (36, 40).

1.4.2 Horizontální vztahy a stabilní tým

Sestry pracující v dobrém týmu, se mohou cítit stejně vyčerpaně po celodenní práci na oddělení, jako ty, které v něm nepracují. Rozdíl je ale v tom, že pracují-li v kvalitním týmu, navzájem se energetizují a podporují. Práce je pro ně výzvou. Síla týmu se také projevuje v doladování tvůrčích myšlenek členů týmu a jejich efektivní realizaci. Stabilní tým nevznikne sám o sobě. Je potřeba na něm pracovat a vytvářet jej, protože jen stabilní tým je schopen poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči.

Jde především o mezilidské vztahy. I v tom nejjednodušším vztahu existují dvě branky. Jednou je mé jednání s tebou a druhou tvé jednání se mnou. Ve vztazích mezi

lidmi se užívá termín chování a jednání. Chování se používá tam, kde se jedná o neživé předměty. O jednání se mluví jen u člověka. Právě účelovost a cílevědomost v jednání člověka hraje významnou roli v budování týmového ducha. To co jeden druhému sděluje svým jednáním, má různý obsah. Je dobré jej vidět a chápat i z druhé strany. To, co člověk dělá a jak s druhými jedná, si zcela přirozeně vysvětluje z vlastního hlediska. Do hry ale vstupuje i něco dalšího. Očekávání, představy a vidění světa toho druhého. To může ovlivňovat sdělení tak, že ho změní. Tak se může stát, že sdělená drobnost může být chápána jako mimořádně důležitá pro druhého (6).

Sebevědomí je vlastní každému člověku. Je něčím, co k jeho životu patří. Psychologové hovoří o sebepojetí, tedy o obrazu, který si člověk udělá sám o sobě. I na tomto obrazu, který si člověk udělá sám o sobě, se podílí druzí lidé. Tím, jak mezi sebou jednají, za koho jeden druhého považují a co dělají, když spolu přicházejí do styku. Sebepojetí je sice ovlivňováno tím, co druzí lidé dělají ve vztahu k druhým lidem, ale přesto existuje určitá míra svobody. Proto si může člověk uprostřed všech pochval (mnohdy falešných) zachovat své střízlivé sebevědomí, mezi samým haněním si může ponechat zdravé (autentické) sebepojetí.

Pro vytváření stabilního týmu je nutné evalvační jednání. Je to sdělení kladného hodnocení druhé osobě. To znamená to, co její kladné sebepojetí a sebevědomí posiluje. S jednáním, které druhého člověka evaluuje, souvisí respektování druhého, vyslechnutí a naslouchání druhým. Přátelské chování s projevy autentického a nefalšovaného zájmu. Otevřené jednání a po zásluze projevené uznání. Snaha odpovídat na otázky podle nejlepšího přesvědčení. Věnovat ostatním členům týmu čas, snaha ulehčit jim práci. Kvalitní členové týmu si udělají čas, když to druhý potřebuje, i přes to, že jsou velice zaneprázdnění. Dovedou druhým projevít uznání nejen před nimi, ale také mezi ostatními členy týmu. Dokáží povzbudit, když některý z nich „klesá na myslí“. V případě, že v diskuzi hrozí hádka, snaží se odvést hovor jinam a zamezit tak konfliktu. Snaží se pomoci druhému jako protiklad tomu, že mu jiní hází klacky pod nohy. Je-li někomu ukřivděno neprávem, druzí se jej v jeho nepřítomnosti zastanou. O lidech, kteří jednají evalvačně se říká, že se s nimi dobře pracuje. Jsou přátelští, velkorysí a ochotní ke spolupráci (18, 31).

Nezanedbatelným důvodem proč se přiklonit k evalvací, je snaha nezapřít v sobě lidství a možnosti, které nám dává. Uvědomíme si tím, že je vedle nás někdo, kdo má podobné potřeby, jako my. Pokusíme se vidět svět jeho očima, vidět to, jak druhý člověk vidí naše vlastní jednání, jak ho hodnotí a jak na něj působí. Na pracovišti existují formální a neformální vztahy. Formální vztahy jsou dány cílem a úkoly pracoviště, řádem a organizačními normami jeho provozu. Pracovní náplní a funkcemi lidí. Neformální vztahy určuje pocit blízkosti, který k sobě lidé mají. Je to zcela přirozený a běžně se vyskytující jev. Při špatném řízení pracoviště může ale přerůst únosnou míru, narušovat mezilidské vztahy a vést k nežádoucím motivům. Tam, kde jsou formální komunikační toky chudé na oficiálně sdělované informace, může vznikat neúmyslné zkreslení skutečnosti nebo úmyslné zneužití situace k intrikám. Může se objevit žárlivost, vzájemná antipatie, nedostatek vstřícnosti a ochoty ke spolupráci (20, 38).

1.4.3 Vertikální vztahy v organizaci

Sestra je na sále, u lůžka i v ordinaci nepostradatelná. Spolu s ošetřovatelstvím je dnes zapojena do širších společenských změn. Je součástí těchto změn, někdy i jejich původcem. Stává se rovnocennou členkou multidisciplinárního týmu schopnou samostatné práce v oblasti své působnosti. Vyspělé zdravotnictví je charakterizováno tímto pojetím sesterské práce (39).

Lékař má významné, etické a sociální postavení. Pro pacienty býval vždy tím, kdo přinášel a obnovoval zdravé, nemocné vracel od smrti zpátky k životu. V představách lidí býval pánem nad životem a smrtí. Očekává se od něj nezištnost a obětavost. Musí být vždy k dispozici. Role lékaře se postupem času mění. Bývá považován za odborníka v duchu přírodovědeckého obrazu světa. Lékařův sebeobraz, tedy jeho představa o sobě a jeho ztotožnění s povoláním, jsou psychologicky nesmírně zajímavé. Setkáváme se s tím, že bývá oslabena nebo se nemůže pevněji vytvořit, neboť nepřístupují k pacientovi jako k celku a také nejsou schopni se o pacienta komplexně postarat (54).

Péče o zdraví člověka vyžaduje pozornost, koordinaci a integraci, kterou může zajistit pouze týmová spolupráce zdravotnických profesionálů. Na horizontální úrovni v multidisciplinárním týmu jsou v centru zájmu potřeby pacienta. Každá kategorie profesionálů má svoji jedinečnou roli v péči o zdraví člověka, i když hranice nemusí být zcela jasná a některé činnosti se mohou překrývat. Na úrovni vertikální jsou vymezeny kompetence a tím nedochází k zasahování do pravomocí profesí (např. lékařů a sester) Tyto kompetence jsou vymezené zákonem (26).

Každému musí být známý význam pojmu kvalita a její důležitost. Není to pouze vzájemná koordinace mezi sestrou, lékařem a pacientem. Jedná se o všechny procesy, které za tím stojí. Každý člen týmu je součástí řetězce kvality, jeho práce ovlivňuje druhé a má vliv na služby jako celek. Všichni členové multidisciplinárního týmu chápou, že TQM mění starý způsob práce a také mění způsob myšlení, který říká, že za zlepšení kvality se musí platit. Všichni dohromady pak vytváří prostředí, které je zaměřeno na pacienta.(Úvod do oše II). Tým je skupinou pracovníků rozdílné specializace či víceúrovňové kvalifikace. Jeho ústředním motivem je společný cíl. Tomu jsou podřízeny veškeré dílčí motivace jednotlivců. Vzájemné sympatie a antipatie by měly jít stranou (26, 27, 38).

Po vstupu do Evropské unie je partnerství lékaře a sestry při výkonu povolání vyžadováno evropskou legislativou. Hodně se o něm mluví, ale sestry samy, někdy i vnímaví pacienti vědí, že praxe za tímto požadavkem značně zaostává.(Praktická komunikace v medicíně) Řada problémů ve vztahu sestra-lékař vyplývá ze vzájemného nepochopení rolí a odpovědností. Některé z faktorů, ovlivňující vztah sestra-lékař jsou zakořeněny ve vedoucích lékařských strukturách, kde je dominantní pozice mužů Sestru i dnes mnozí z nich vnímají jako podřízenou pracovníci. Lékaři si myslí, že by nemělo ošetrovatelství zasahovat do jejich oblasti, sestry jsou často nespokojeny s nedostatečným respektem k ošetrovatelství ze strany lékařů (2).

Vliv evalvace a devalvace, které se člověku dostává z jednání druhých lidí, se odráží v psychice člověka. Devalvace má negativní vliv na psychiku toho, komu byla určena. Může být zvláště bolestivá, pokud se dostane od člověka, kterého si vážíme, před lidmi, se kterými se známe. Míra psychické bolesti je dána silou sebevědomí toho,

komu bylo devalvační jednání určeno. To negativní, co člověka ranní, má zažito s daleko intenzivnějším emocionálním nábojem. Cesta od devalvace k evaluaci začíná u negativního pólu. Je dobré devalvační formy jednání rozpoznat a diagnostikovat. K postupům, které ponižují člověka, patří nadřazené a povýšené chování, podceňování a odbývání. Jednání s někým „ve vzteku a zlosti“, manipulace s druhými, svévolné jednání a ponechání bez povšimnutí, co dobrého druhý udělal. Zavrhování nápadu nebo myšlenky druhých s despektem. Pochybování o schopnostech a kompetencích, šikanování (20).

Druhem šikany, který se vyskytuje na pracovišti je mobbing. Jsou jím označovány nejrůznější formy znepríjemňování života na pracovišti ze strany kolegů. K charakteristickým rysům mobbingu patří skrytost, rafinovanost a zákeřnost. K rozlišení toho, zda se jedná o lobbing nebo jen aprílovou legráčku, se využívá Leymannova pravidla. Podle něj k mobbingu patří pouze chování, které se objevuje alespoň 1krát týdně po dobu minimálně 6 měsíců. Jakousi podskupinu mobbingu, který je charakteristický tím, že se šikany dopouští nadřízený pracovník, je bossing. Odborníci, kteří se touto problematikou zabývají, říkají, že k ohroženým pracovníkům patří lidé samostatní, nějakým způsobem vynikající, kteří jsou neochotni ztratit svou autonomii či nezávislost. Takový člověk je kritizován, neustále přerušován v práci, dostává nesmyslné či nesplnitelné pracovní úkoly. Oba zmíněné druhy šikany mohou mít své následky, které se projeví v širokém spektru psychosomatických symptomů a potíží. Typickým pro tyto oběti je vysoká míra pochyb a snížené sebevědomí a sebehodnocení. Pracovní prostředí postižené mobbingem nebo bossingem je v podstatě ztrátové. Zákoník práce zakazuje jakýkoliv druh diskriminace a upravuje povinnosti zaměstnavatele, ke kterým patří vytváření správného pracovního prostředí (3).

2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíle práce

Cíl 1 Zjistit determinanty úspěšnosti operativního manažera a jeho pozice vůbec

Cíl 2 Zmapovat atributy řídicí pozice manažera

Cíl 3 Zmapovat práci manažera s operativní skupinou

2.2 Hypotézy

H 1 Pozici manažera ovlivňují horizontální a vertikální vztahy v systému

H 2 Kvalitní vztahy manažera operativní linie a jím řízených pracovníků pozitivně ovlivňují ošetrovatelskou péči

H 3 Stabilní tým vzniká na základě vytvoření funkční sítě neformálních sociálních a pracovních vztahů

3 METODIKA PRÁCE A CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU

3.1 Metodika práce

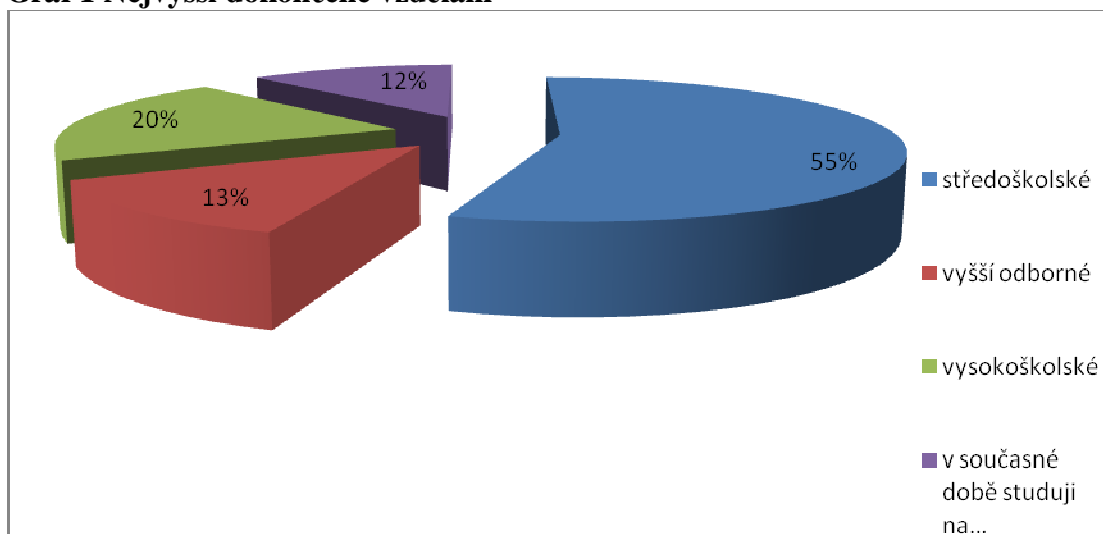
Ke zpracování problematiky byl použit kvantitativní výzkum. Jako metoda sběru dat bylo zvoleno dotazování, technikou dotazník. Dotazník (příloha č. 1) byl určen manažerům základní linie (staničním sestřím) pracujícím v nemocnicích a zařízeních sociální péče v rámci kraje. Obsahoval 48 uzavřených polytomických otázek a jednu otázku polouzavřenou, která dávala dotazovaným možnost doplnění variantou jiná odpověď. Dotazník byl anonymní. Otázky č. 5 - 12 se vztahovaly k cíli 1. Otázky 13 – 17 k cíli 2 a otázky 18 – 26 k cíli č. 3. Otázky 16, 27, 30, 34, 39, 40, a 42 byly zaměřeny na vztahy v systému, aby mohla být potvrzena či vyvrácena hypotéza č. 1. Otázky 35, 36, 37, 38, 39, 41, se vztahovaly k hypotéze č. 2. K hypotéze č. 3, se vztahovaly otázky v dotazníku č. 43 - 49.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkum byl zpracováván v rámci jihočeského kraje. Výzkumný soubor tvořily manažerky základní linie (staniční sestry) pracující v nemocnici České Budějovice (72). Další dotazníky byly zaslány poštou nebo e-mailem do nemocnic Písek (17), Tábor (18), Prachatice (9), Strakonice (17), Pelhřimov (9), Humpolec (1), Dačice (2), J. Hradec (3) dotazníky. Dále byly dotazníky rozdány v zařízeních sociální péče Kúsov (3), Pacov (1), České Budějovice (13), Libnič (5). Celkem bylo rozdáno 170 dotazníků. Zpět se vrátilo 156 dotazníků. Z těchto dotazníků byl zpracován výzkum. Po zpracování dat dotazníku byly z výsledků sestaveny grafy.

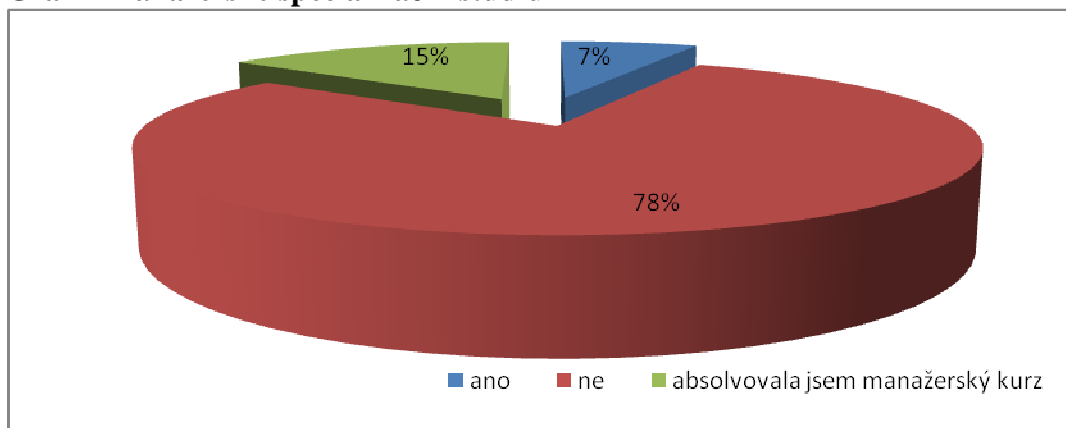
4. VÝSLEDKY

Graf 1 Nejvyšší dokončené vzdělání



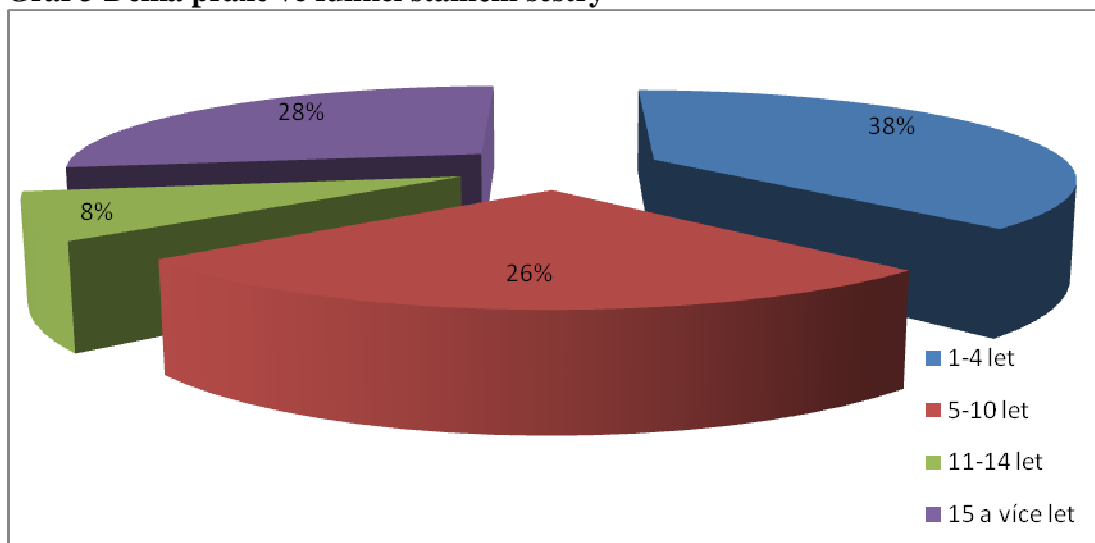
Z celkového počtu 156 (100 %) respondentek má středoškolské vzdělání 84 (55 %). Vyšší odborné vzdělání má 20 (13 %) a vysokoškolské 31 (20 %) z celkového počtu. 19 (12 %) v současné době studuje na některé z vysokých škol v České republice.

Graf 2 Manažerské specializační studium



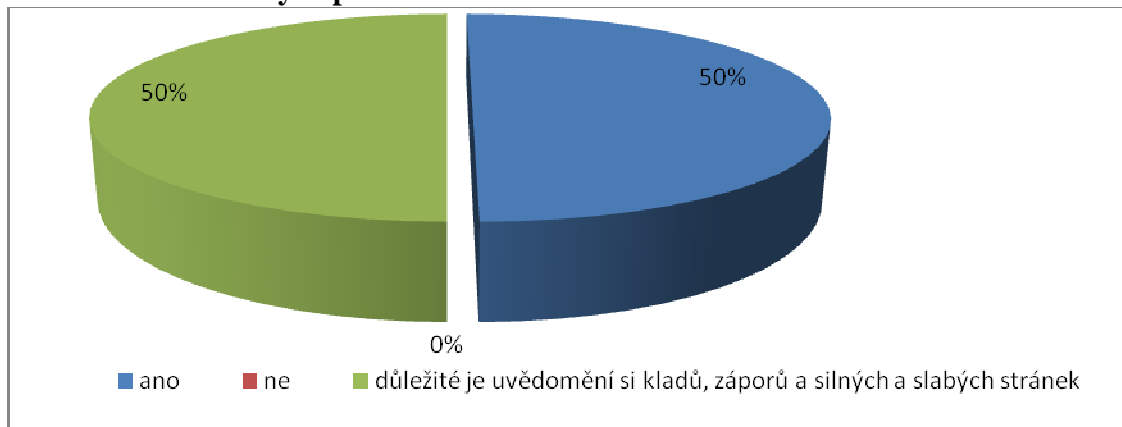
Z celkového počtu 156 (100 %) respondentek absolvovalo manažerský kurz 23 (15 %) respondentek. 11 (7 %) absolvovalo manažerské specializační studium. Většina respondentek tj. 122 (78 %) z celkového počtu neabsolvovali specializační manažerské studium, a nemají manažerský kurz.

Graf 3 Délka praxe ve funkci staniční sestry



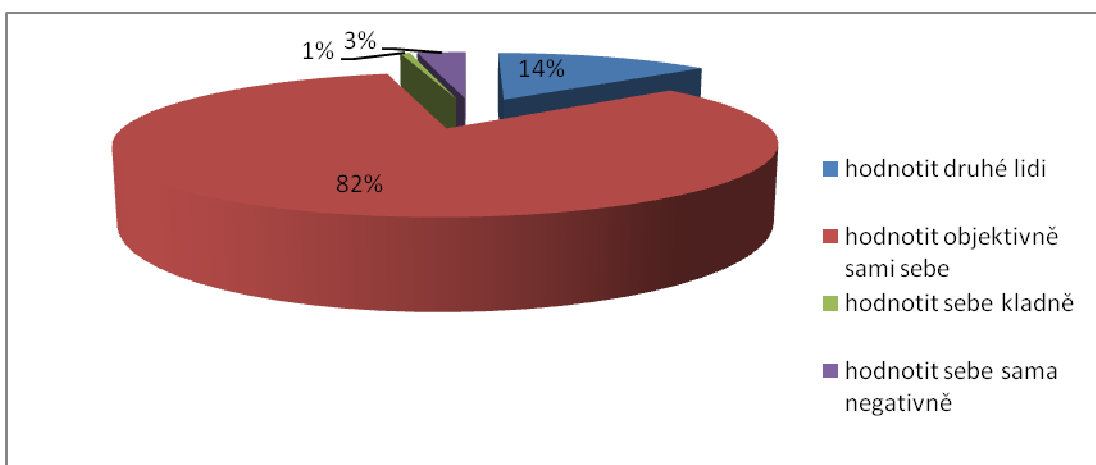
Z celkového počtu 156 (100%) respondentek mají největší zastoupení staniční sestry pracující ve funkci 1-4 roky tj. 59 (38%). Přibližně stejné zastoupení mají staniční sestry pracující ve funkci 5-10 let tj. 41 (26%) a 15 a více let tj. 43 (28%). Délka praxe 11-14 let ve funkci staniční sestry je zastoupena nejméně 13 (8%).

Graf 4 Determinanty úspěšnosti manažera základní linie



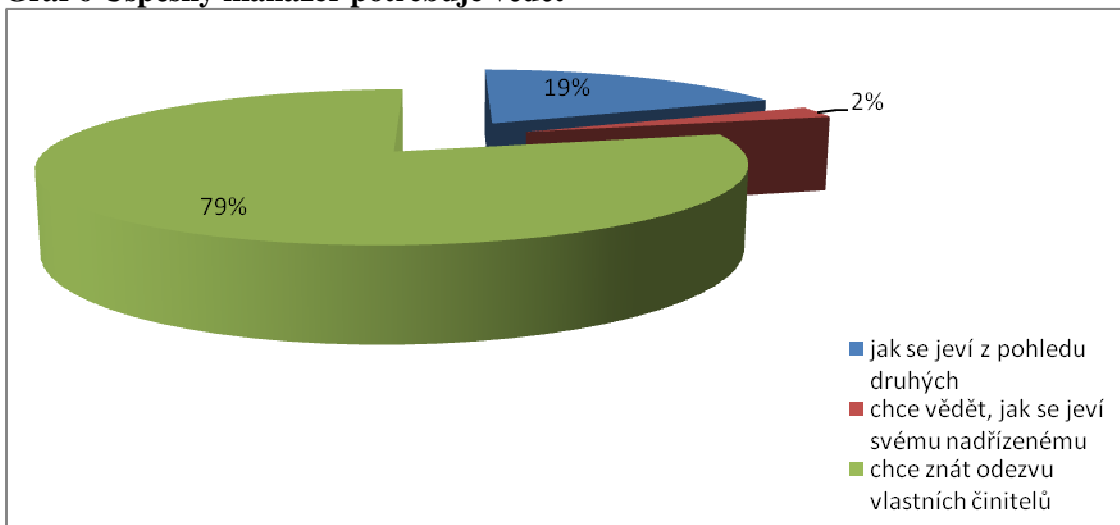
78 (50 %) respondentek z celkového počtu 156 (100 %) si myslí, že pro úspěšnost své pozice je důležité uvědomění si svých kladů, záporů a silných a slabých stránek. 78 (50 %) tj. stejný počet si myslí, že pro úspěšnost své pozice je důležité uvědomění si svých kladů a záporů. Možnost nemyslím si, že by uvědomění si svých kladů a záporů bylo důležité pro úspěšnost pozice staniční sestry 0 (0 %).

Graf 5 Nejlepší na pracovišti a jejich schopnosti



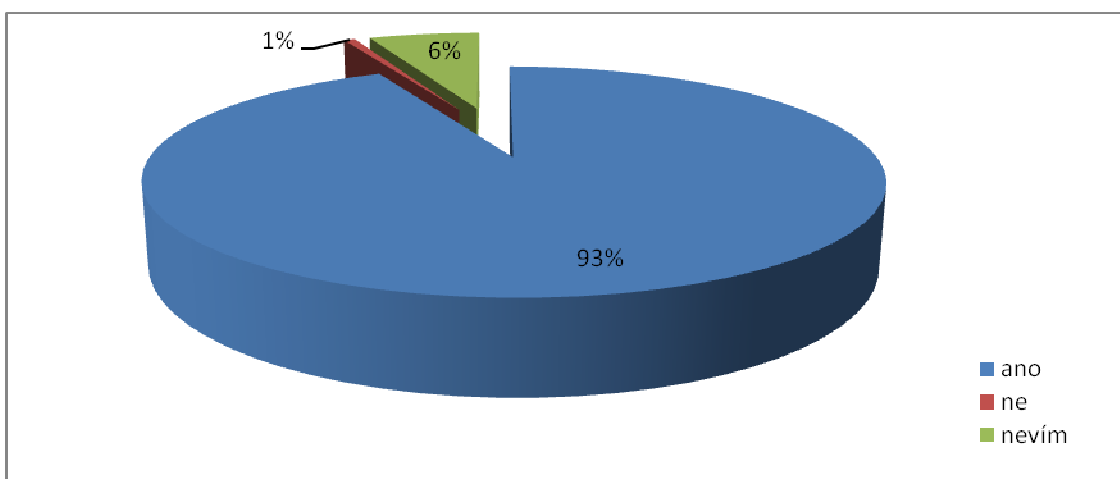
Z celkového počtu 156 (100 %) respondentek jich 128 (82%) říká, že k nejlepším na pracovišti patří lidé, kteří jsou schopni objektivně hodnotit samy sebe. 22 (14%) tvrdí, že k nejlepším na pracovišti patří lidé, kteří jsou schopni hodnotit druhé lidi. 5 (3%) z celkového počtu řadí k nelepším na pracovišti ty, kteří jsou schopni hodnotit sebe sama negativně. 1 (1%) hodnotí jako nejlepšího toho, kdo hodnotí kladně sebe.

Graf 6 Úspěšný manažer potřebuje vědět



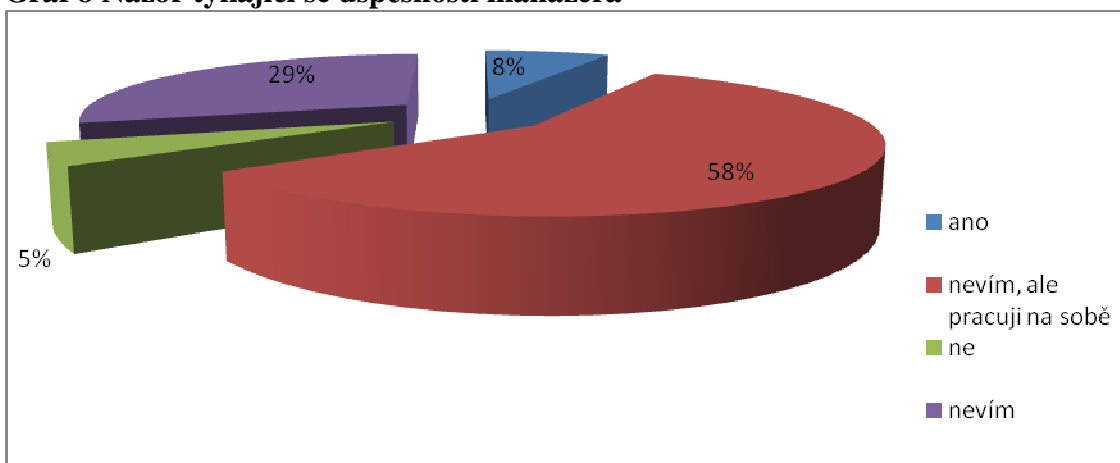
Z celkového počtu 156 (100 %) respondentek chce znát odezvu vlastních činů 123 (79 %). Jak se jeví z pohledu druhých, chce vědět 29 (19 %) z nich, pouze 4 (2 %) respondentky podle odpovědi potřebují vědět, jak se jeví svému nadřízenému.

Graf 7 Motivace, snaha o výkonnost a jejich důležitost pro manažera z hlediska postoje k práci



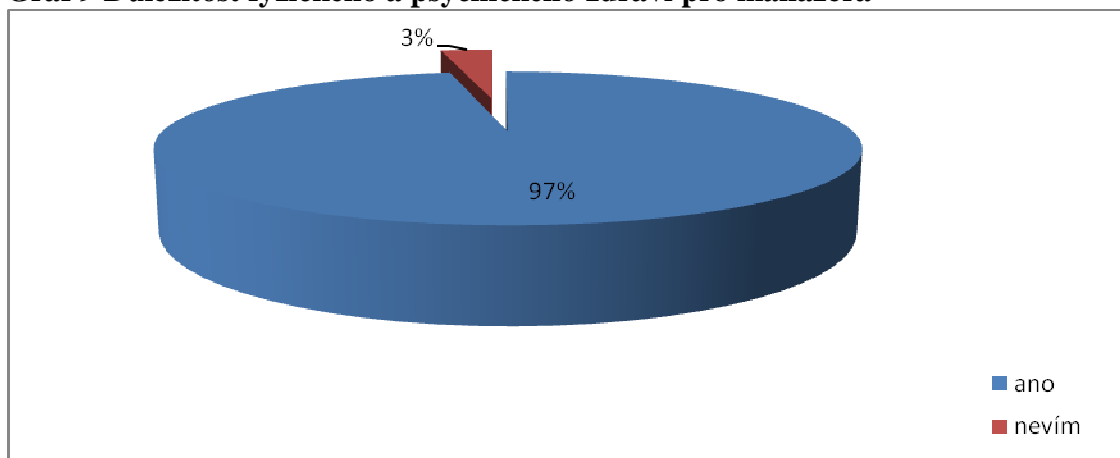
Z celkového počtu 156 (100 %) respondentek je pro 145 (93 %) z nich motivace a snaha o výkonnost důležitá z hlediska postoje k práci, závisí na tom úspěšnost manažera. O tomto názoru není přesvědčeno 10 (6 %) a 1 (1 %) z nich říká, že pro schopného manažera z hlediska postoje k práci není důležitá motivace a snaha o výkonnost.

Graf 8 Názor týkající se úspěšnosti manažera



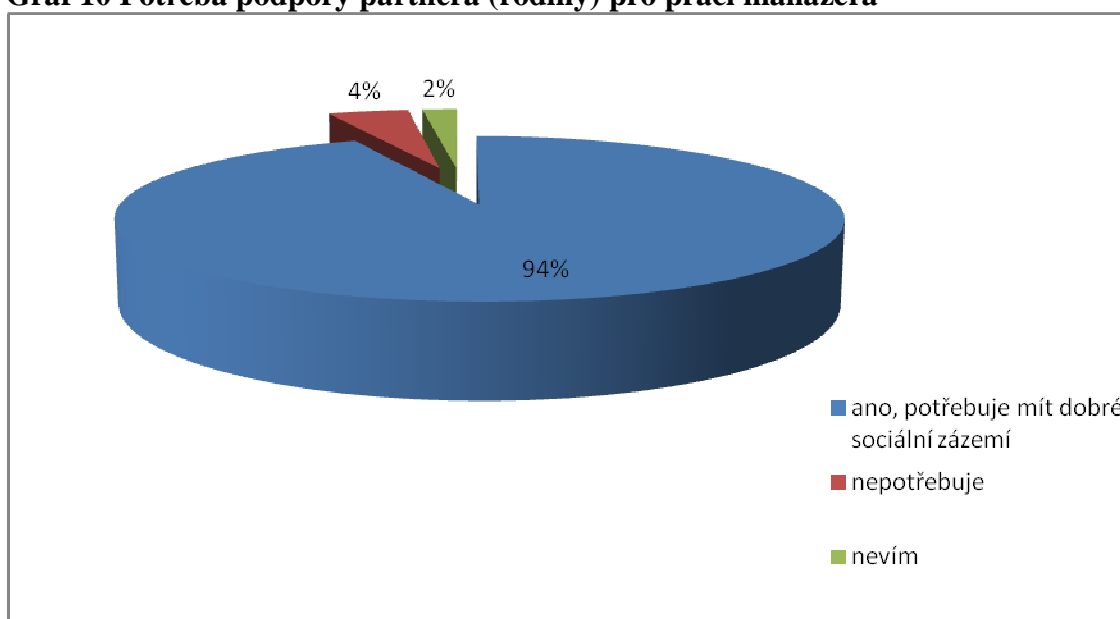
Z celkového počtu 156 (100 %) respondentek si je 12 (8 %) naprosto jisto svou úspěšností. 90 (58 %) říká, že neví, zda jsou úspěšnými manažery, ale pracují na sobě. 46 (29 %) z nich tvrdí, že si tím nejsou jisté. 8 (5 %) z celkového počtu si o sobě myslí, že nejsou dobrými manažery.

Graf 9 Důležitost fyzického a psychického zdraví pro manažera



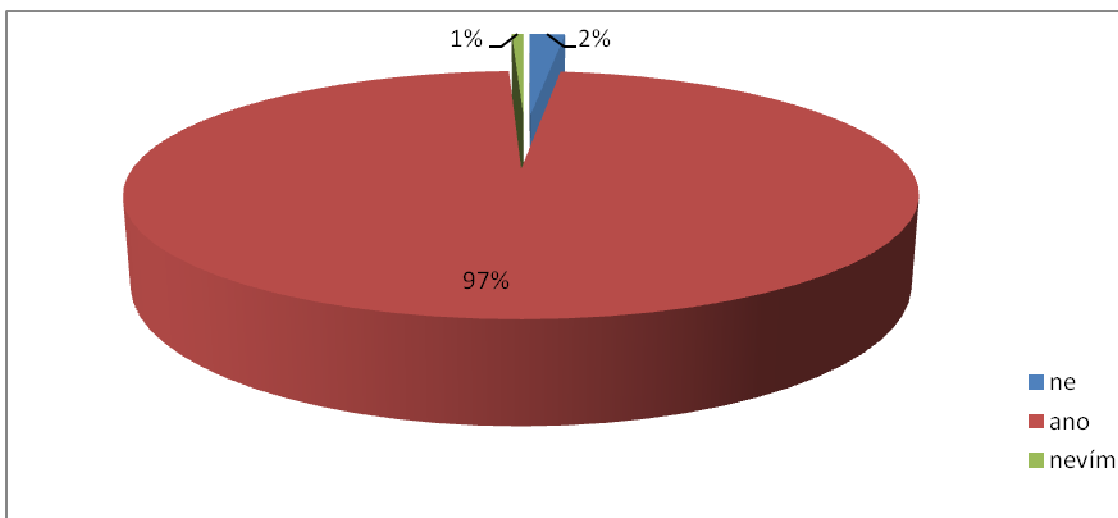
Z celkového počtu 156 (100 %) respondentek jich 151 (97 %) říká, že je důležité, aby byl manažer fyzicky a psychicky zcela zdrav. 5 (3 %) z nich si tímto tvrzením není jistá.

Graf 10 Potřeba podpory partnera (rodiny) pro práci manažera



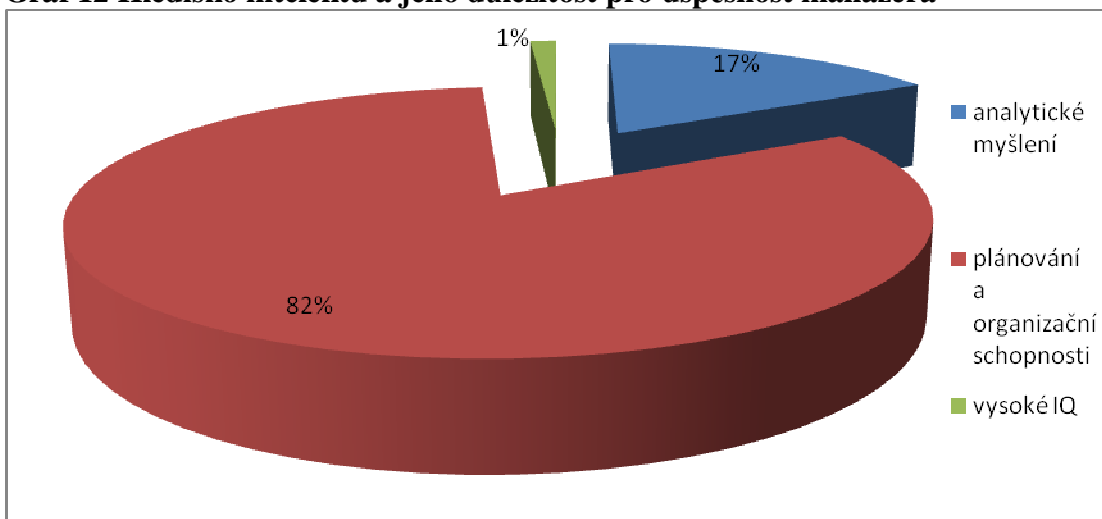
146 (94 %) z celkového počtu 156 (100 %) respondentek si myslí, že manažer potřebuje pro svou práci podporu ze strany partnera (rodiny). 7 (4 %) z celkového počtu říká, že pro svou práci manažer nepotřebuje podporu partnera (rodiny) a 3 (2 %) si tímto tvrzením není jistá.

Graf 11 Důležitost stability a schopnosti snášet zátěž pro práci manažera



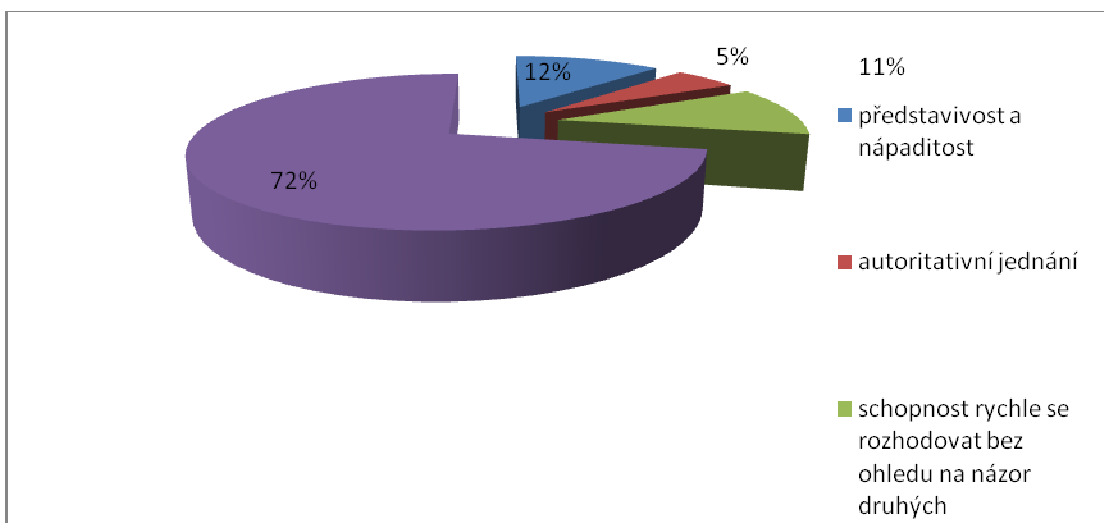
Z celkového počtu 156 (100 %) respondentek si 152 (97 %) myslí, že je pro práci manažera důležitá stabilita a schopnost snášet zátěž. 3 (2 %) si myslí, že stabilita a schopnost snášet zátěž pro práci manažera důležitá není a 1 (1 %) si tím není jistá.

Graf 12 Hledisko intelektu a jeho důležitost pro úspěšnost manažera



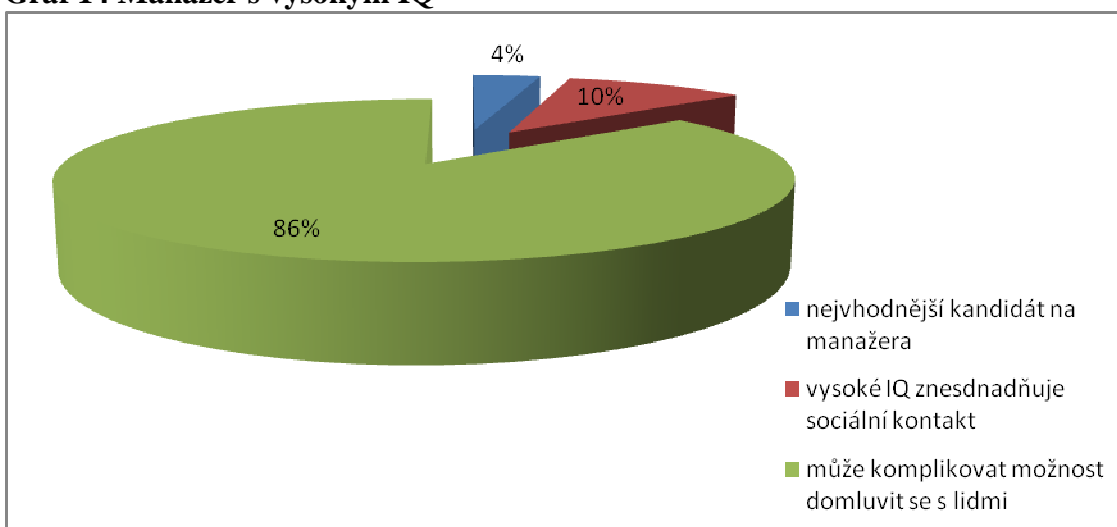
Z celkového počtu 156 (100 %) respondentek pouze 1 (0 %) tvrdí, že je pro úspěšnost manažera důležité především vysoké IQ. 26 (17 %) říká, že je pro úspěšnost manažera důležité analytické myšlení a 129 (82 %) z celkového počtu říká, že manažer, aby byl úspěšný, potřebuje především umět plánovat a mít organizační schopnosti.

Graf 13 Vlastnosti nutné pro úspěšnost manažera



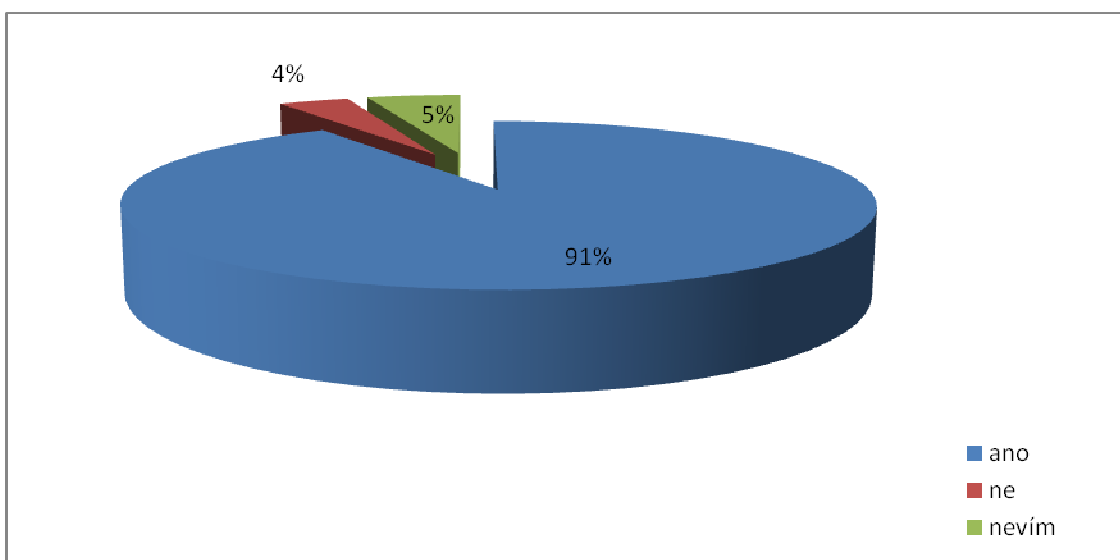
Z celkového počtu 156 (100 %) respondentek vybralo 112 (72 %) jako vlastnosti nutné pro úspěšnost manažera iniciativu a rozhodnost 19 (12 %) vybralo představivost a nápaditost, 17 (11 %) schopnost rychle se rozhodovat bez ohledu na názor druhých a 8 (5 %) vybralo možnost autoritativního jednání.

Graf 14 Manažer s vysokým IQ



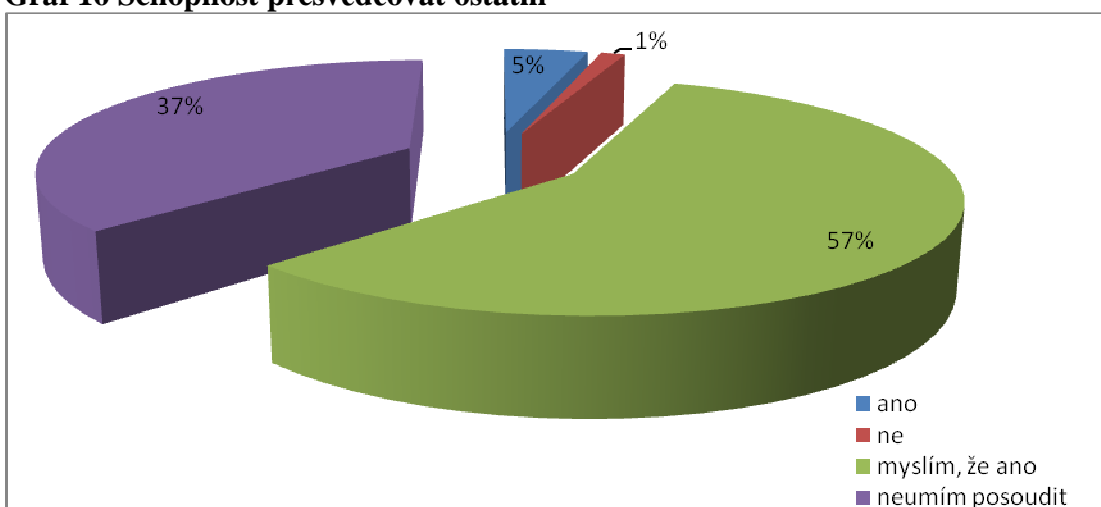
Z celkového počtu 156 (100 %) respondentek si 6 (4 %) myslí, že člověk s vysokým IQ je nejvhodnějším kandidátem na manažera. 16 (10 %) si myslí, že vysoké IQ znesnadňuje sociální kontakt a 134 (86 %) říká, že může komplikovat možnost domluvit se s lidmi.

Graf 15 Důležitost být společenský a přátelský pro jednání s lidmi



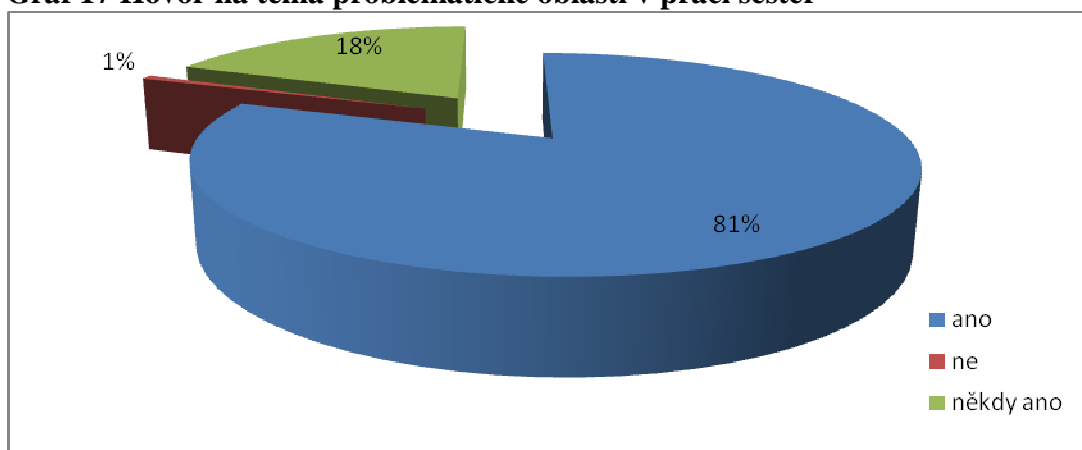
Z celkového počtu 156 (100 %) respondentek si 142 (91 %) myslí, že je pro jednání s lidmi důležité být společenský a přátelský. 6 (4 %) neví a 8 (5 %) si myslí, že pro práci s lidmi není důležité být společenský a přátelský.

Graf 16 Schopnost přesvědčovat ostatní



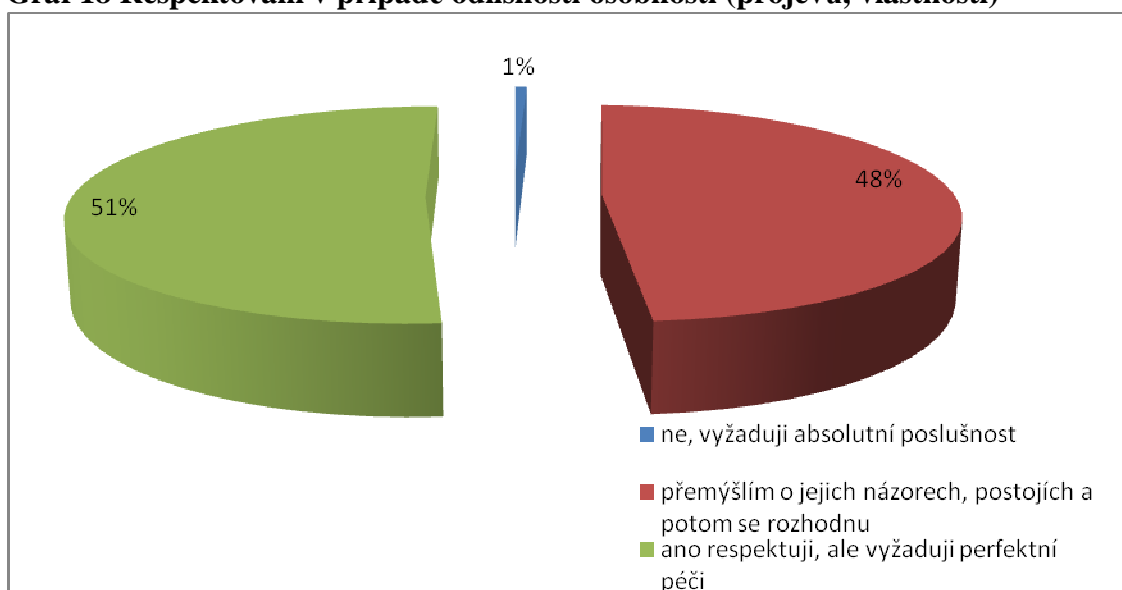
Z celkového počtu 156 (100 %) respondentek jich 7(5 %) tvrdí ano, umím přesvědčovat ostatní, 2 (1 %) z nich říká, tuto schopnost nemá. Schopnost přesvědčovat ostatní neumí posoudit 58 (37 %). Více než jedna polovina z celkového počtu si myslí, že umí přesvědčovat druhé 89 (57 %).

Graf 17 Hovor na téma problematické oblasti v práci sester



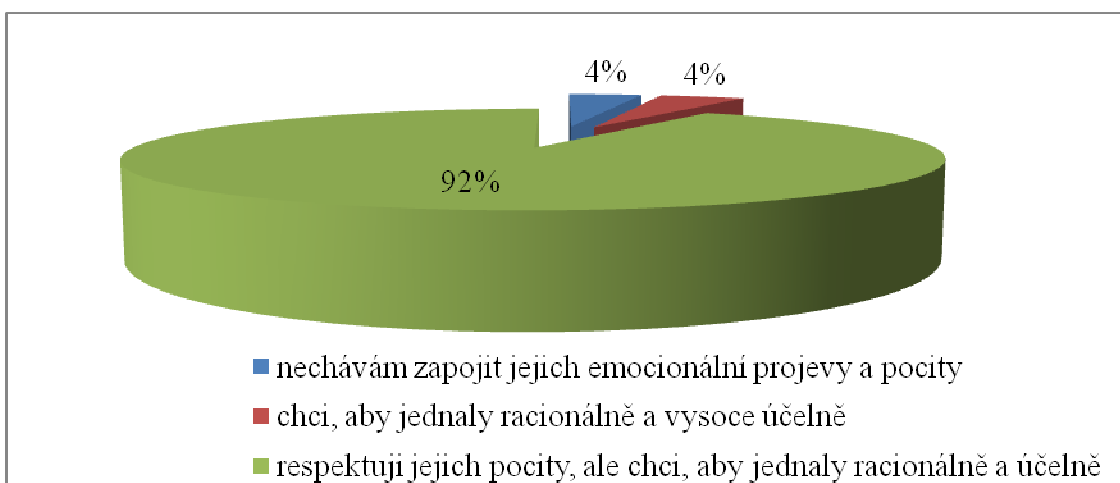
126 (81 %) respondentek z celkového počtu 156 (100 %) mluví se sestrami o problematických oblastech v jejich činnostech. 29 (18 %) z celkového počtu někdy mluví se sestrami o problematických oblastech v jejich činnostech. Pouze 1 (1 %) respondentka řekla, že o problematických činnostech se svými sestrami nemluví.

Graf 18 Respektování v případě odlišnosti osobnosti (projevů, vlastností)



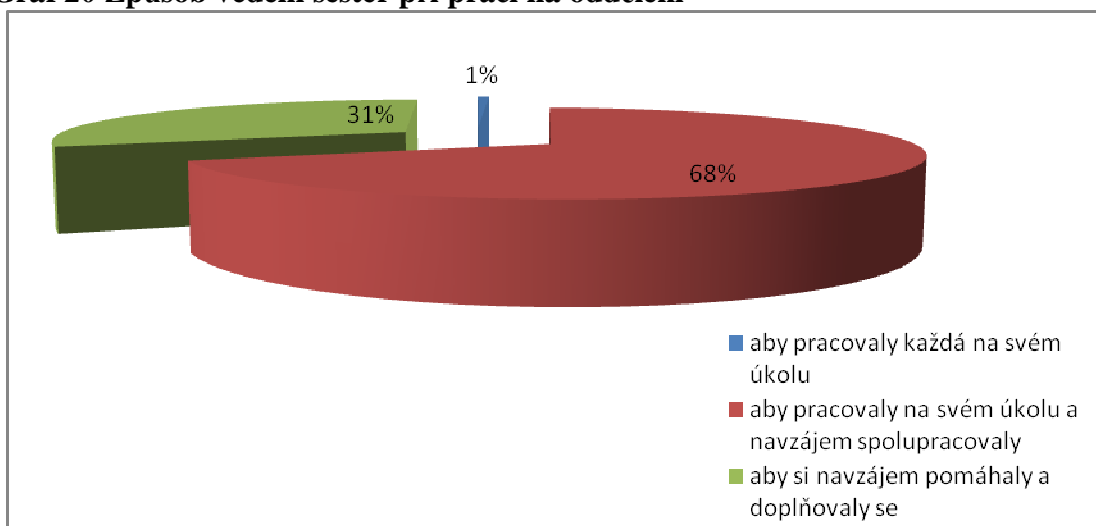
Z celkového počtu 156 (100 %) respektuje své sestry, ale zároveň vyžaduje perfektní péči 80 (51 %) respondentek. 75 (48 %) z nich přemýšlí o názorech sester a teprve potom se rozhodne. Pouze 1 (1 %) sestry nerespektuje a vyžaduje absolutní poslušnost.

Graf 19 Sestry ve službě



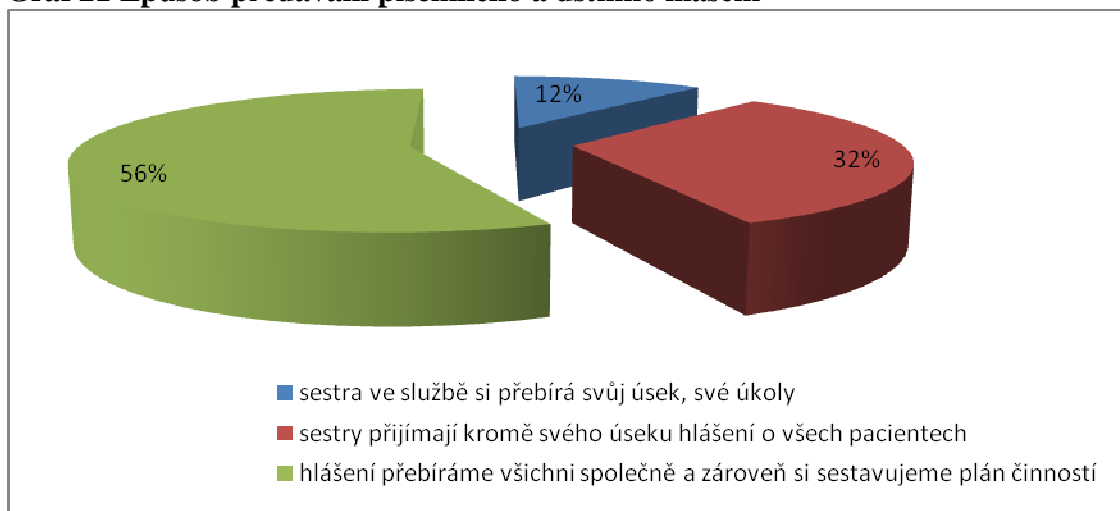
Z celkového počtu 156 (100 %) respondentek nechává sestry zapojit při práci jejich emocionální projevy a pocity 6 (4 %) respondentek. 7 (4 %) chce, aby jednaly racionálně a vysoce účelně a 143 (92 %) respektuje jejich pocity, ale chce, aby jednaly racionálně a účelně.

Graf 20 Způsob vedení sester při práci na oddělení



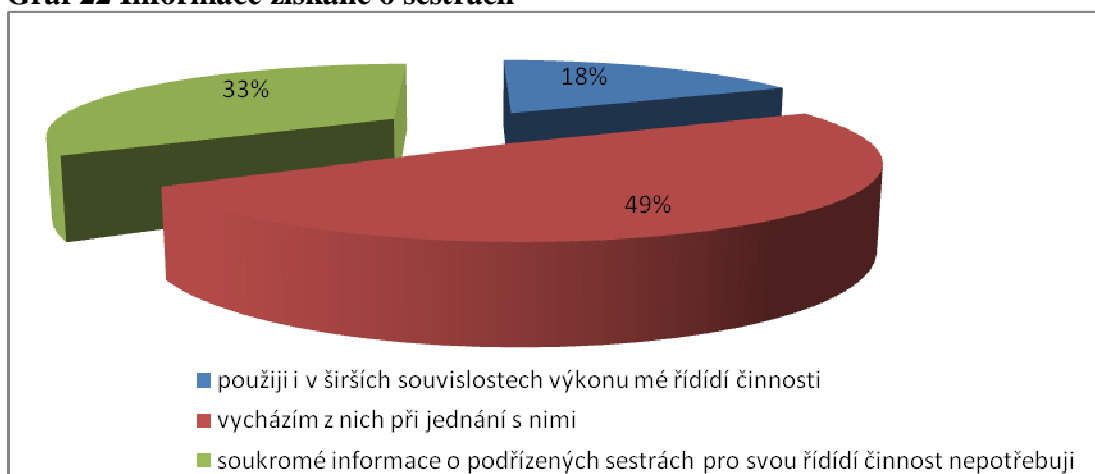
Z celkového počtu 156 (100 %) respondentek jich vede sestry tak, aby pracovaly na svém úkolu a navzájem spolupracovaly 107 (68 %). 48 (31 %) vede sestry tak, aby si navzájem pomáhaly a doplňovaly se, pouze 1 (1 %) jich sestry vede tak, aby pracovaly každá na svém úkolu.

Graf 21 Způsob předávání písemného a ústního hlášení



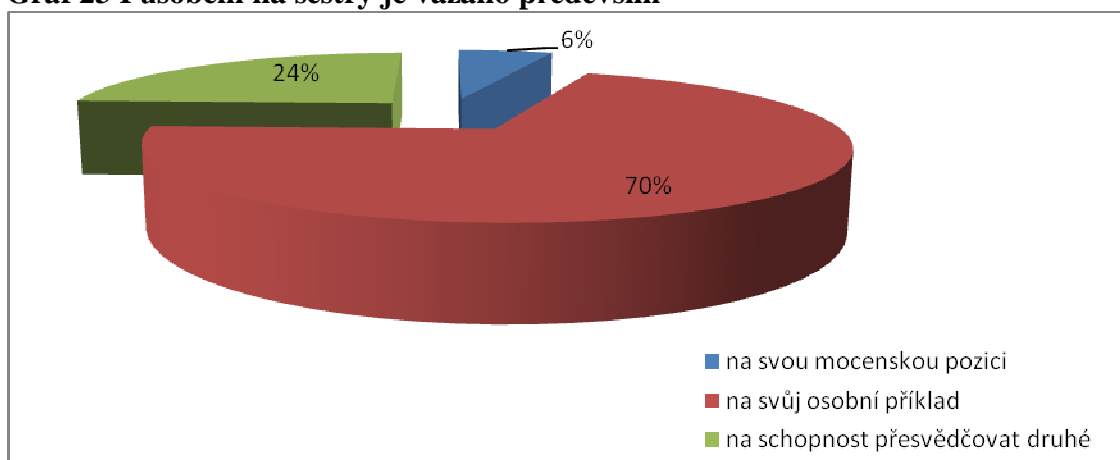
18 (12 %) z celkového počtu 156 (100 %) respondentek říká, že si sestra ve službě přebírá svůj úsek, své úkoly. 50 (32 %) respondentek říká, že její sestry přejímají kromě svého úseku hlášení o všech pacientech. 88 (56 %) z celkového počtu říká, že si písemné a ústní hlášení přebírají všichni společně a zároveň si sestavují plán činností.

Graf 22 Informace získané o sestřích



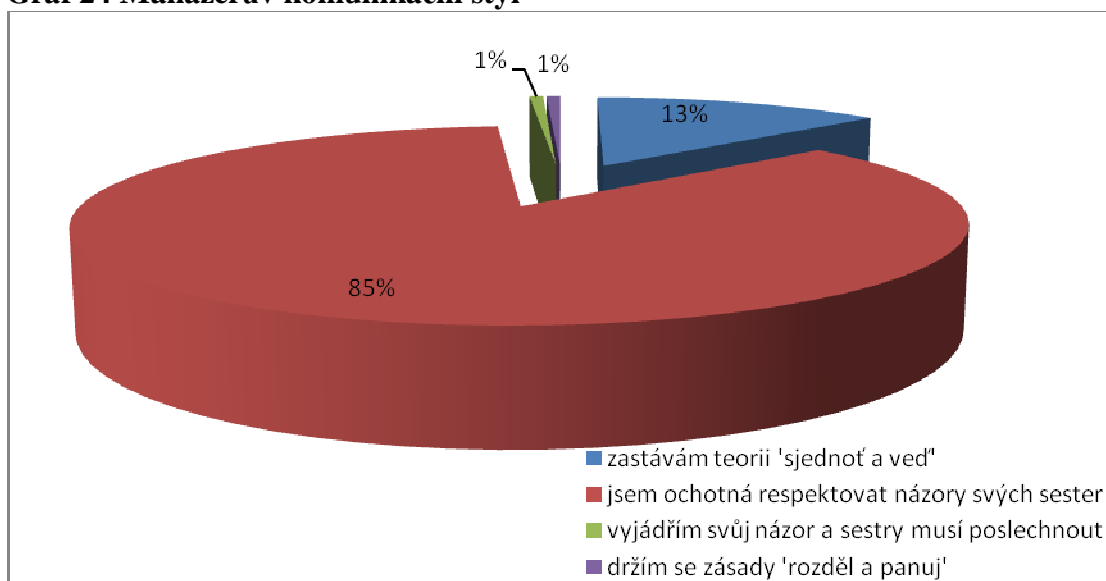
Informace získané o sestřích použije v širších souvislostech výkonu své řídicí činnosti 28 (18%) respondentek z celkového počtu 156 (100 %). Z informací získaných o sestřích vychází při jednání s nimi 76 (49%) z celkového počtu. 52 (33%) respondentek soukromé informace o podřízených sestřích pro svou řídicí činnost vůbec nepotřebuje.

Graf 23 Působení na sestry je vázáno především



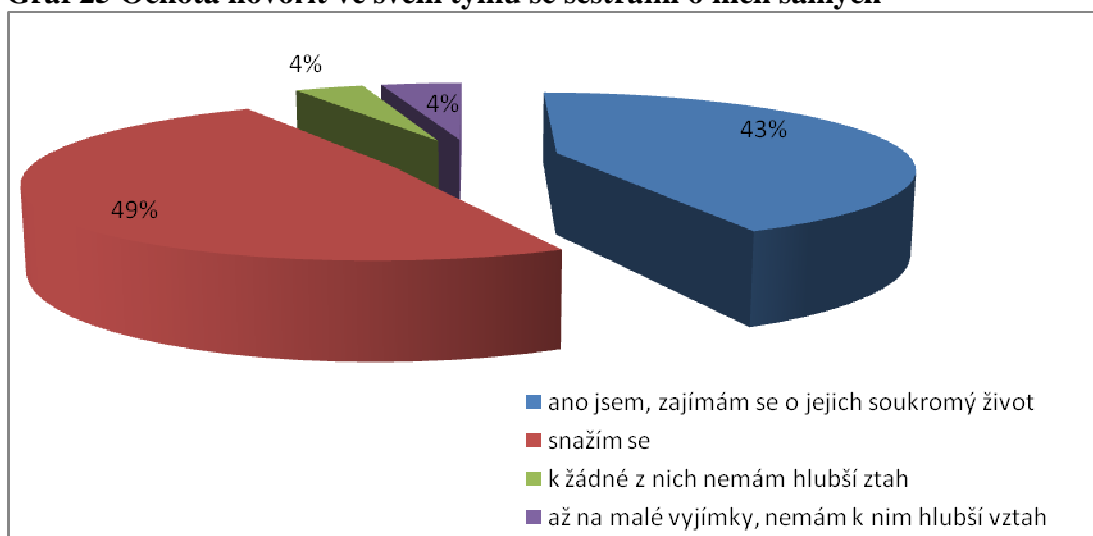
Z celkového počtu 156 (100 %) respondentek váže své působení na sestry především na svůj osobní příklad 109 (70 %) z nich. Na schopnost přesvědčovat druhé váže své působení 38 (24 %) respondentek. Pouze 9 (6 %) z celkového počtu váže své působení na svou mocenskou pozici.

Graf 24 Manažerův komunikační styl



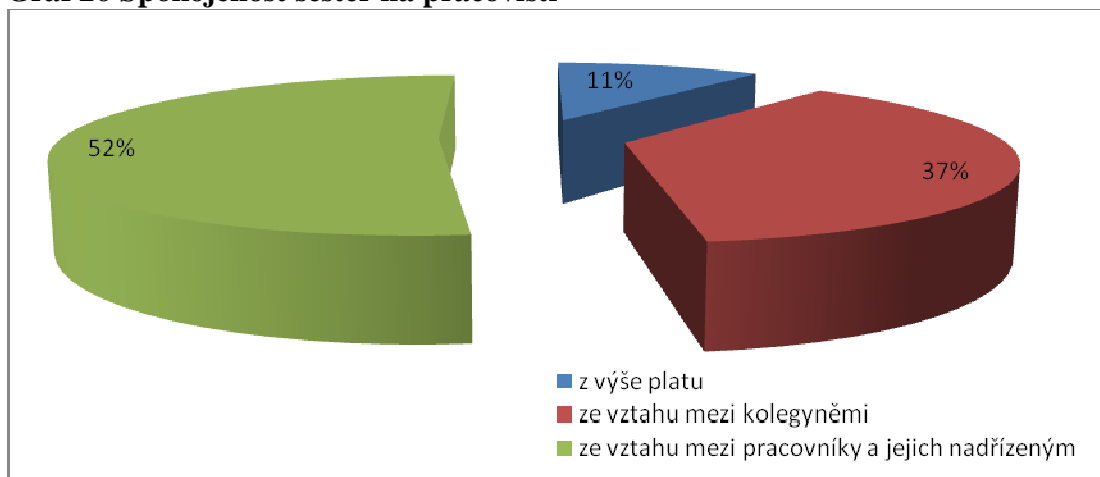
133 (85 %) respondentek z celkového počtu 156 (100 %) je ochotná respektovat názory svých sester. Teorii „sjednot' a ved'' zastává 21 (13 %) respondentek. Vyjádřím svůj názor a sestry musí poslechnout tvrdí pouze 1 (1 %) z celkového počtu. Zásady „rozděl a panuj,“ se drží 1 (1 %) respondentka.

Graf 25 Ochota hovořit ve svém týmu se sestrami o nich samých



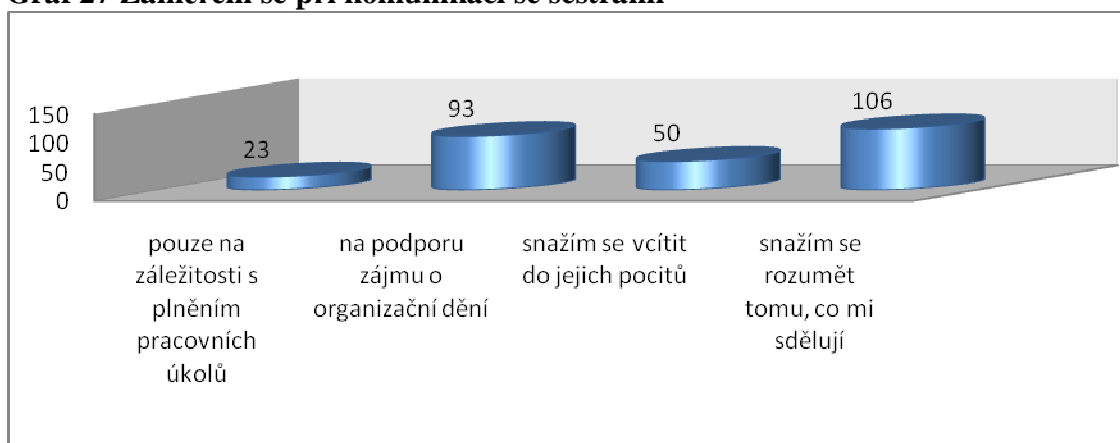
Z celkového počtu 156 (100 %) respondentek se 67 (43 %) zajímá o soukromý život sester a je ochotna hovořit v týmu o sestřích samých. 76 (49 %) se snaží hovořit se sestrami o nich samých a má zájem o jejich soukromý život. 7 (4 %) z nich až na malé výjimky nemá k sestřím hlubší vztah a 6 (4 %) nemá k žádné ze sester hlubší vztah.

Graf 26 Spokojenost sester na pracovišti



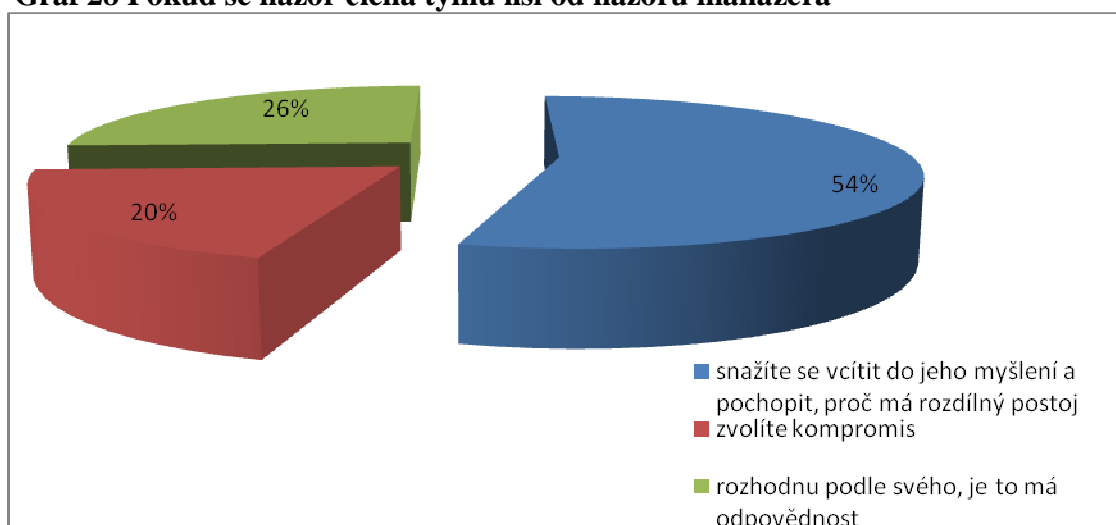
Z celkového počtu 156 (100 %) respondentek si 17 (11 %) myslí, že spokojenost sester na pracovišti vyplývá z výše platu. 58 (37 %) vidí spokojenost sester ve vztazích mezi kolegyněmi. 81 (52 %) si myslí, že spokojenost sester na pracovišti plyne ze vztahu mezi pracovníky a jejich nadřízenými.

Graf 27 Zaměření se při komunikaci se sestrami



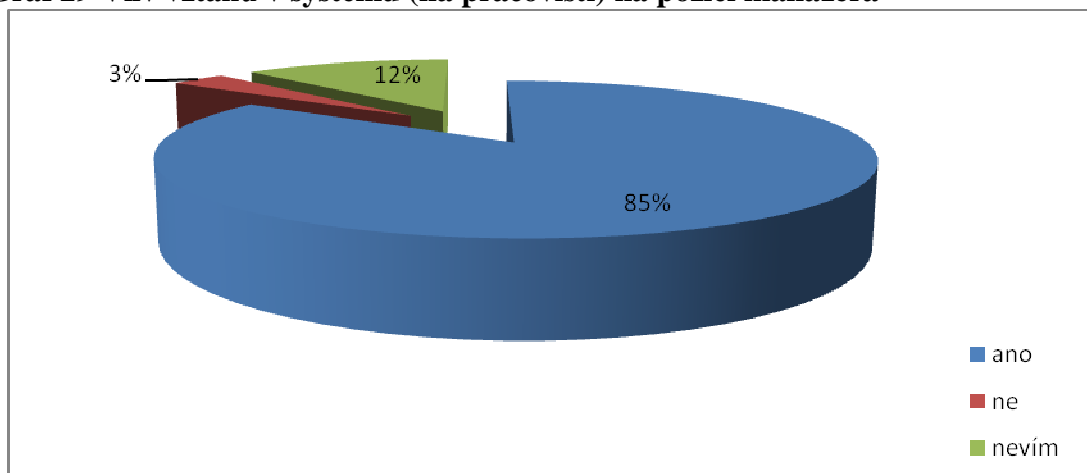
Nejčastěji respondenky volily odpověď, snažím se rozumět tomu, co mi sestry sdělují. - 106 odpovědí. Jako druhou v pořadí, volily odpověď, že při komunikaci se sestrami se zaměřuji na podporu zájmu o organizační dění - 93 odpovědí. 50x zvolily odpověď, snažím se vcítit do jejich pocitů. 23x zvolily odpověď, že se při komunikaci se sestrami zaměřuji pouze na záležitosti s plněním pracovních úkolů.

Graf 28 Pokud se názor člena týmu liší od názoru manažera



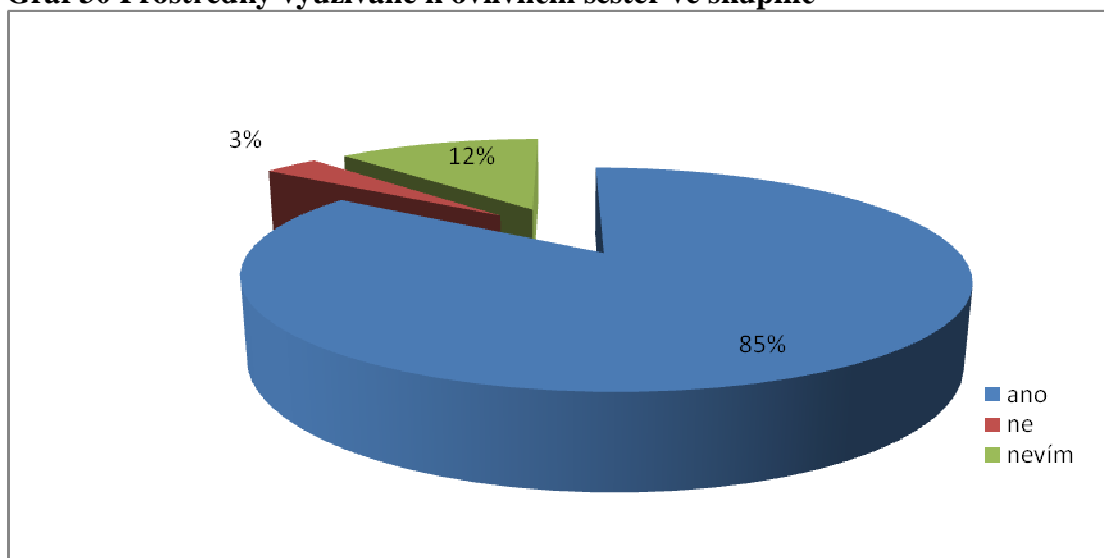
Z celkového počtu 156 (100 %) respondentek se 85 (54 %) snaží vcítit do myšlení sester a pochopit, proč mají rozdílný názor. 31 (20 %) v případě rozdílnosti názorů zvolí kompromis. V případě, že má člen týmu rozdílný názor se 40 (26 %) respondentek rozhodne podle svého, protože je to jejich odpovědnost.

Graf 29 Vliv vztahů v systému (na pracovišti) na pozici manažera



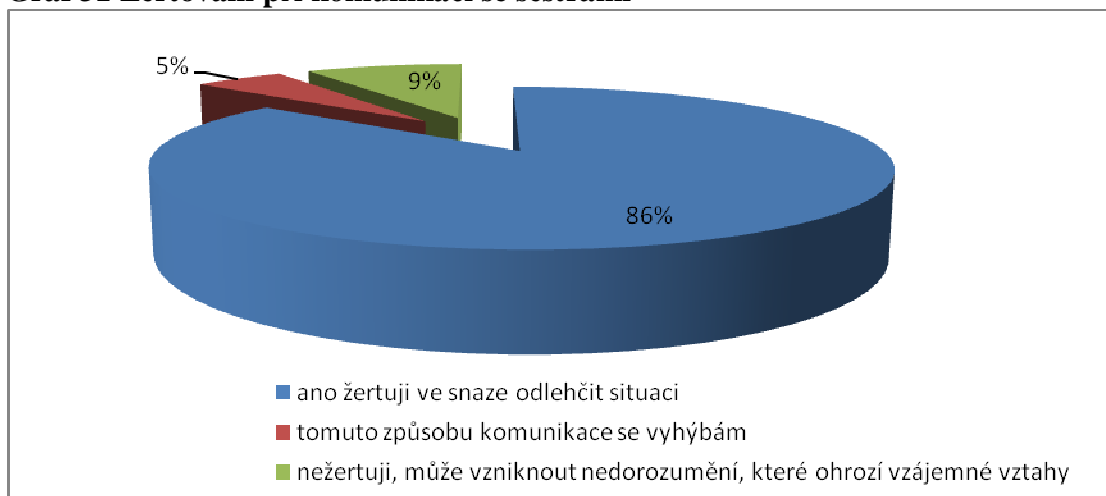
Z celkového počtu 156 (100 %) respondentek si 132 (85 %)myslí, že pozici manažera mohou ovlivňovat vztahy v systému. 5 (3 %) respondentek si myslí, že vztahy v systému jejich pozici neovlivní a 19 (12 %) si nejsou jisté, že by vztahy v systému mohli nějak ovlivňovat jejich pozici.

Graf 30 Prostředky využívané k ovlivnění sester ve skupině



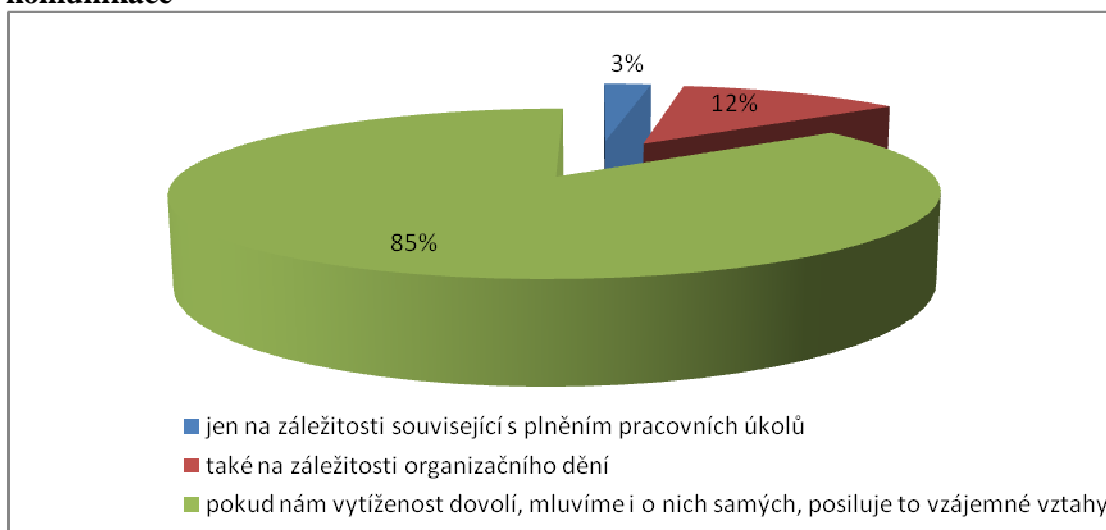
Z celkového počtu 156 (100 %) respondentek jich využívá komunikaci (diskuzi) k ovlivnění sester ve skupině 150 (96 %). 5 (3 %) respondentek využívá k ovlivnění sester ve skupině příkazy, 1 (1 %) využívá prosby.

Graf 31 Žertování při komunikaci se sestrami



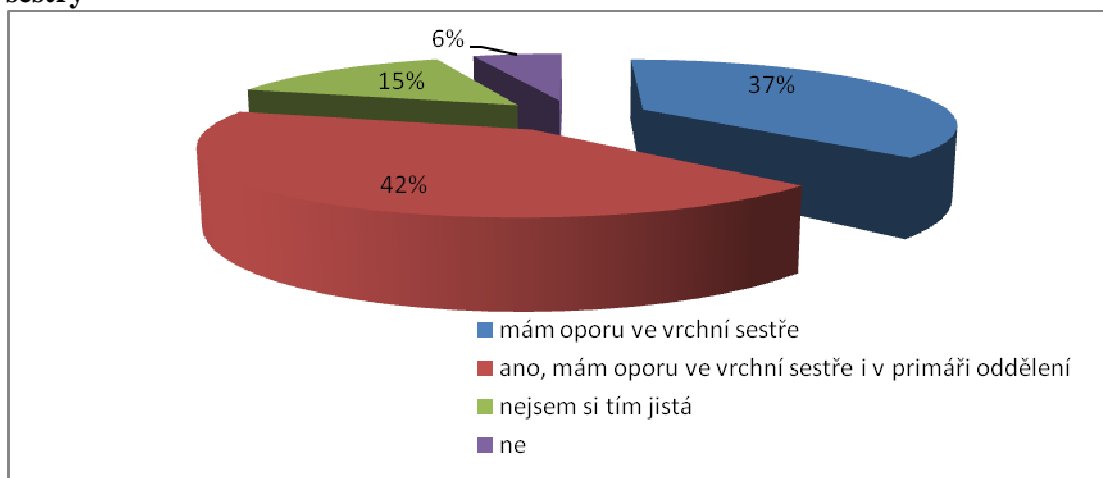
Z celkového počtu 156 (100 %) respondentek v komunikaci se sestrami někdy žertuje 134 (86 %) ve snaze odlehčit situaci. Tomuto způsobu komunikace se vyhýbá 8 (5 %) respondentek a 14 (9 %) z nich nežertuje vůbec, protože může vzniknout nedorozumění, které ohrozí vzájemné vztahy.

Graf 32 Zaměření komunikace



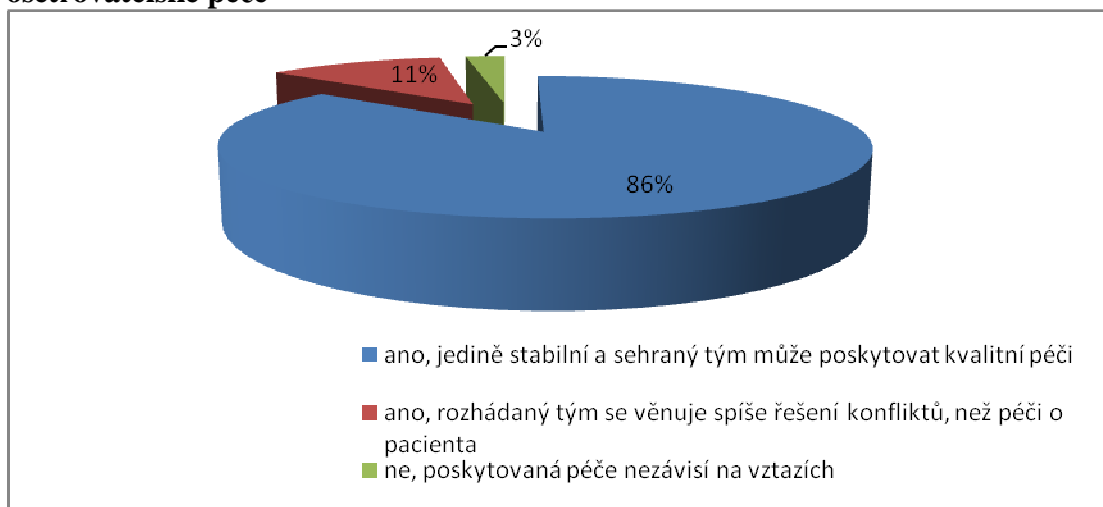
V komunikaci se sestrami se zaměřují jen na záležitosti s plněním pracovních úkolů 4 (3 %) respondentky. 19 (12 %) z celkového počtu 156 (100 %) se v komunikaci zaměřuje také na záležitosti organizačního dění. 133 (85 %) respondentek říká, že pokud jim vytíženost dovolí, mluví o sestřích samých, protože to posiluje vzájemné vztahy.

Graf 33 Podpora středního managementu při práci staniční sestry



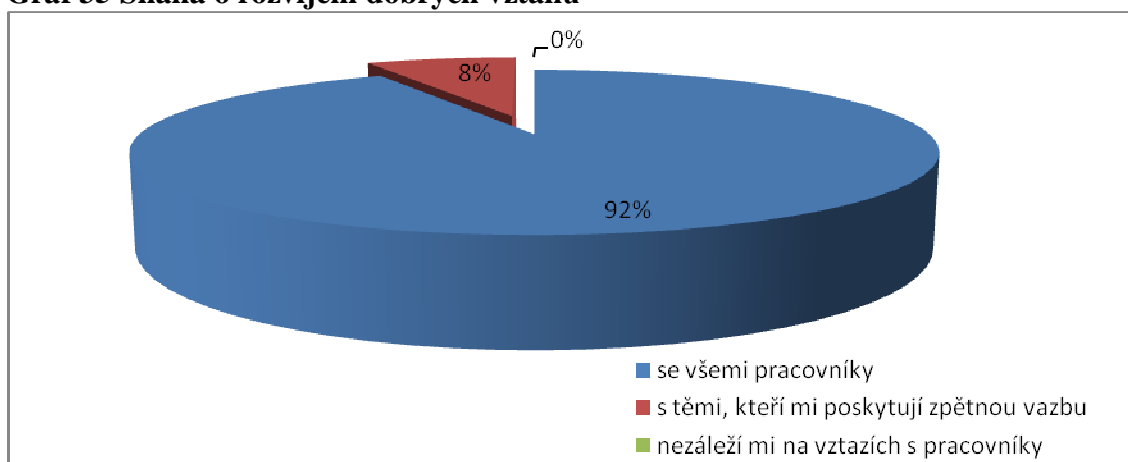
Z celkového počtu 156 (100 %) respondentek má 66 (42 %) při práci oporu ve vrchní sestře i primáři oddělení. 58 (37 %) má při své práci oporu ve vrchní sestře. 23 (15 %) si oporou ze strany středního managementu není jistá a 9 (6 %) respondentek přímo řeklo, že při své práci oporu ze strany středního managementu nemá.

Graf 34 Vliv kvalitních vztahů manažera a jím řízených pracovníků na kvalitu ošetrovatelské péče



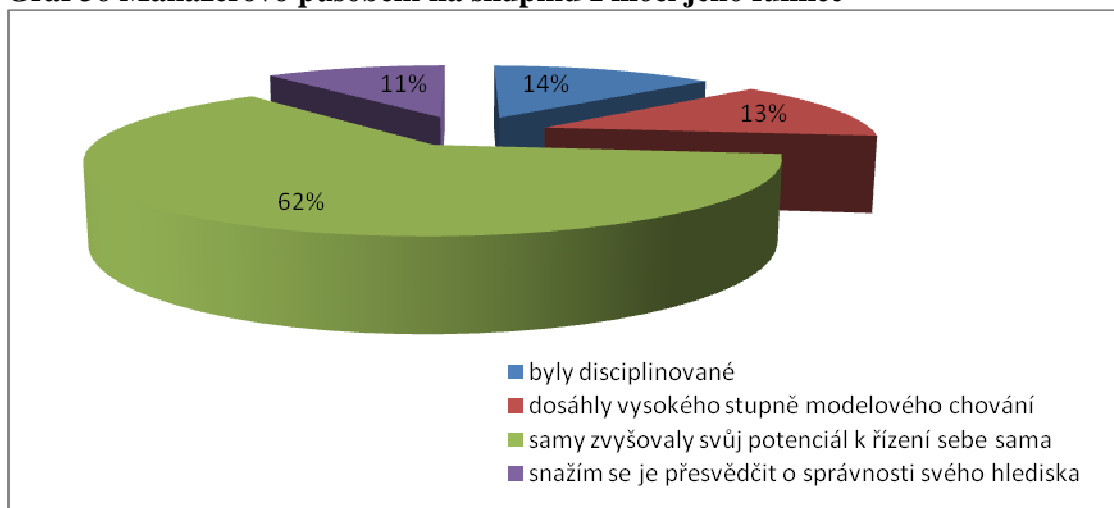
Z celkového počtu 156 (100 %) říká 134 (86 %) respondentek, že jedině stabilní a sehraný tým může poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči. 18 (11 %) z nich tvrdí, že rozhádaný tým se věnuje spíše řešení konfliktů, než péči o pacienty. 4 (3%) respondentky řekly, že poskytovaná péče nezávisí na vztazích manažera a jím řízených pracovníků.

Graf 35 Snaha o rozvíjení dobrých vztahů



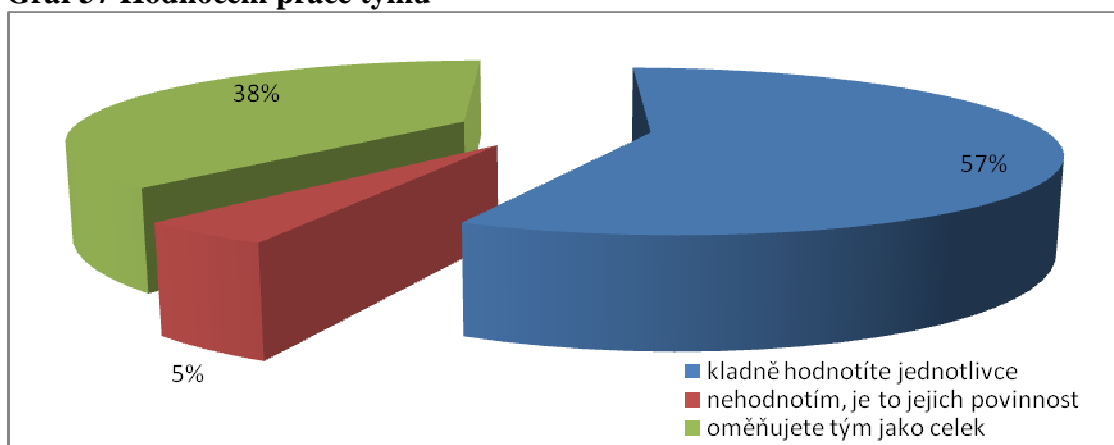
Z celkového počtu 156 (100 %) respondentek se jich snaží udržovat dobré vztahy se všemi pracovníky 144 (92 %). 12 (8 %) respondentek se snaží rozvíjet dobré pracovní vztahy s těmi, kteří jim poskytují zpětnou vazbu. Ani jedna respondentka neřekla, že jí nezáleží na vztazích s pracovníky 0 (0 %).

Graf 36 Manažerovo působení na skupinu z moci jeho funkce



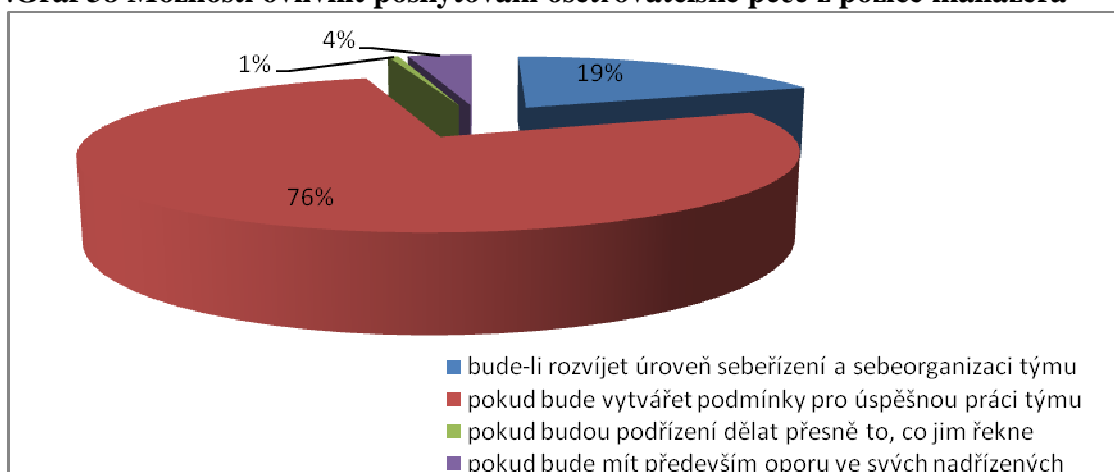
Z moci své funkce působí na skupinu sester tak, aby byly disciplinované 20 (14 %) respondentek z celkového počtu 156 (100 %). 19 (13 %) respondentek působí z moci své funkce tak, aby sestry dosáhly vysokého stupně modelového chování. 17 (11 %) se snaží sestry přesvědčit o správnosti svého hlediska. Z moci své funkce působí na sestry tak, aby samy zvyšovaly svůj potenciál 97 (62 %) respondentek.

Graf 37 Hodnocení práce týmu



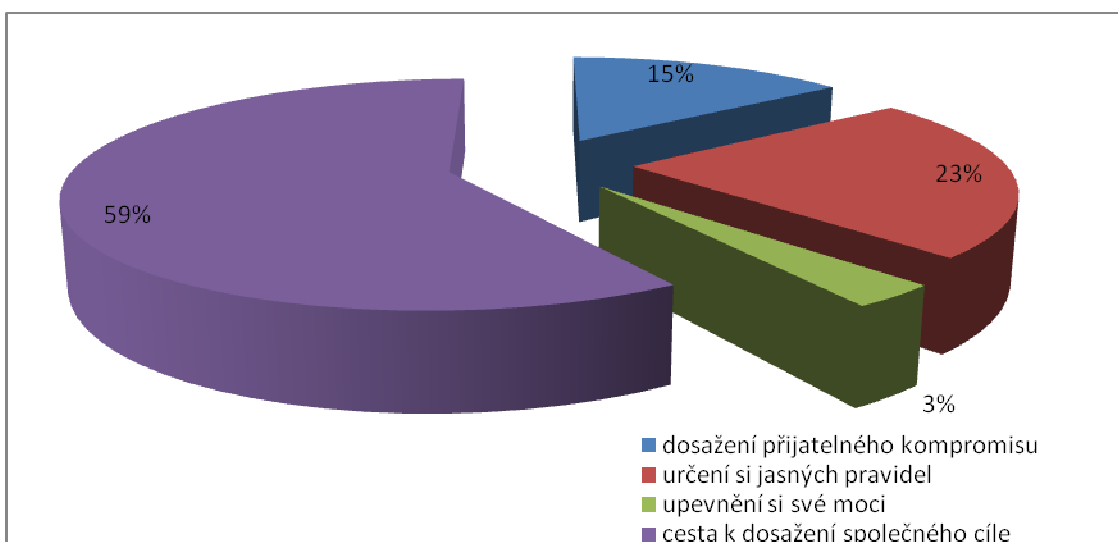
Pracuje-li tým podle představ manažera, hodnotí kladně jednotlivce 89 (57 %) respondentů z celkového počtu 156 (100 %). Tým jako celek v takovém případě odměňuje 60 (38 %) z nich. Pracuje-li tým podle představ manažera 7 (5 %) manažerů tým nehodnotí, protože to je jeho povinnost.

Graf 38 Možnosti ovlivnit poskytování ošetrovatelské péče z pozice manažera



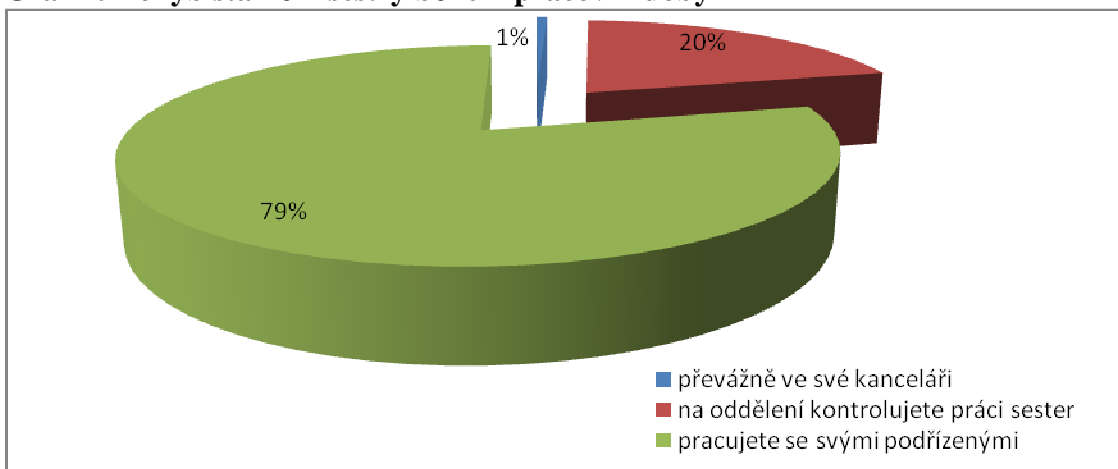
Z celkového počtu 156 (100 %) respondentek si jich 118 (76 %) myslí, že manažer může ovlivnit poskytování ošetrovatelské péče především, když bude vytvářet podmínky pro úspěšnou práci týmu. 30 (19 %) když bude rozvíjet úroveň sebeřízení a sebeorganizaci týmu. 6 (4 %) si myslí, že ovlivní poskytování ošetrovatelské péče, když bude mít především oporu ve svých nadřízených. Pouze 1 (1 %) z celkového počtu říká, že poskytování ošetrovatelské péče může ovlivnit, když budou podřízení dělat přesně to, co jim on řekne.

Graf 39 Cíl asertivní komunikace



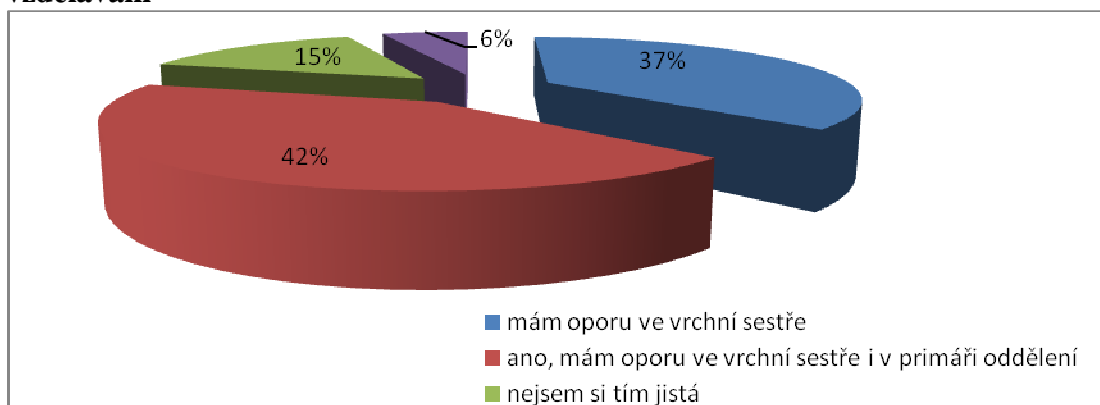
Cíl asertivní komunikace znamená cestu k dosažení společného cíle pro 92 (59 %) respondentek z celkového počtu 156 (100 %). Pro 36 (23 %) respondentek to znamená určení si jasných pravidel. 23 (15 %) chápe cíl asertivní komunikace jako dosažení přijatelného kompromisu. 5 (3 %) z celkového počtu chápe asertivní komunikaci jako možnost upevnit si svou moc.

Graf 40 Pohyb staniční sestry během pracovní doby



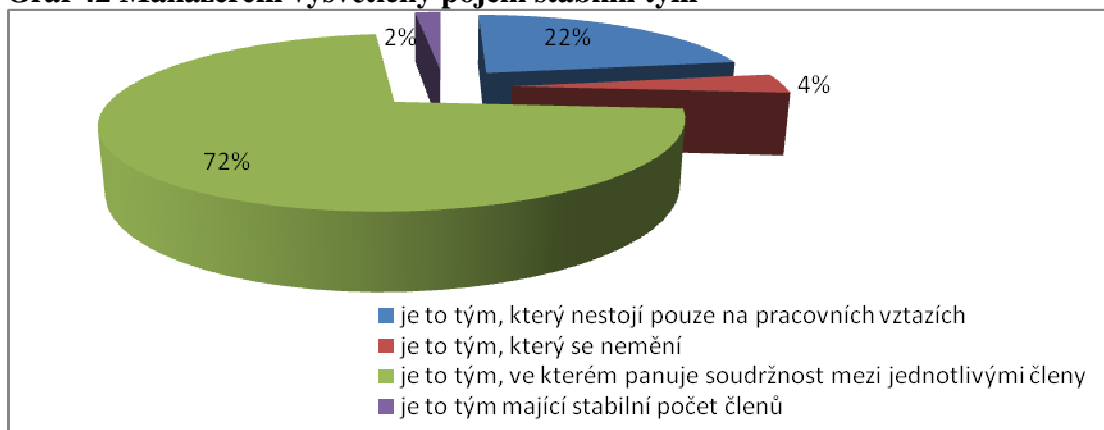
Z celkového počtu 156 (100 %) respondentek se pouze 1 (1 %) zdržuje v pracovní době ve své kanceláři. 32 (20 %) na oddělení kontroluje práci sester. 123 (79 %) z celkového počtu pracuje na oddělení se svými sestrami.

Graf 41 Podpora středního managementu při potřebě sebezdokonalování a vzdělávání



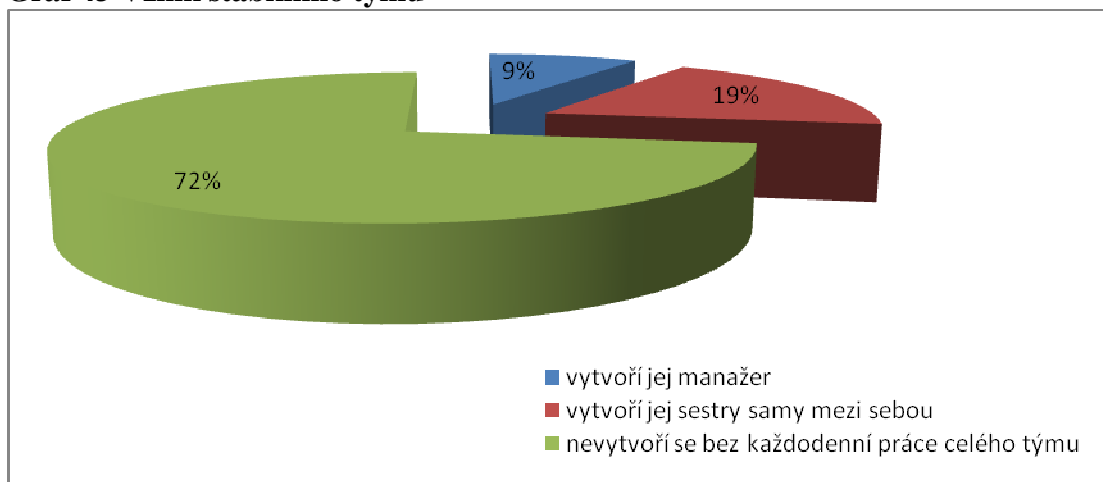
38 (37 %) z celkového počtu 156 (100 %) respondentek má při potřebě sebezdokonalování a vzdělávání podporu pouze ve vrchní sestře. 88 (42 %) z celkového počtu v tomto ohledu podporuje vrchní sestra i primář oddělení. 23 (15 %) respondentek si není jistá podporou při potřebě sebezdokonalování a vzdělávání ze strany středního managementu. 7 (6 %) přímo řeklo, že je střední management v tomto ohledu nepodporuje.

Graf 42 Manažerem vysvětlený pojem stabilní tým



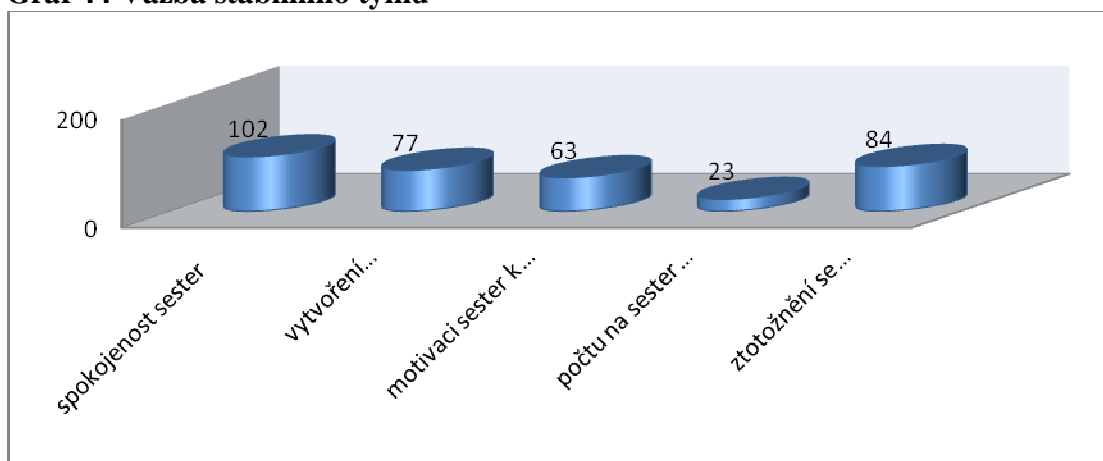
Pojem stabilní vysvětluje jako tým, který nestojí pouze na pracovních vztazích 35 (22 %) respondentek z celkového počtu 156 (100 %). Je to tým, který se nemění, říká 6 (4 %), 112 (72 %) respondentek říká, že stabilní tým je takový, ve kterém panuje soudržnost mezi jednotlivými členy. 3 (2 %) z dotázaných tvrdí, že je to tým mající stabilní počet členů.

Graf 43 Vznik stabilního týmu



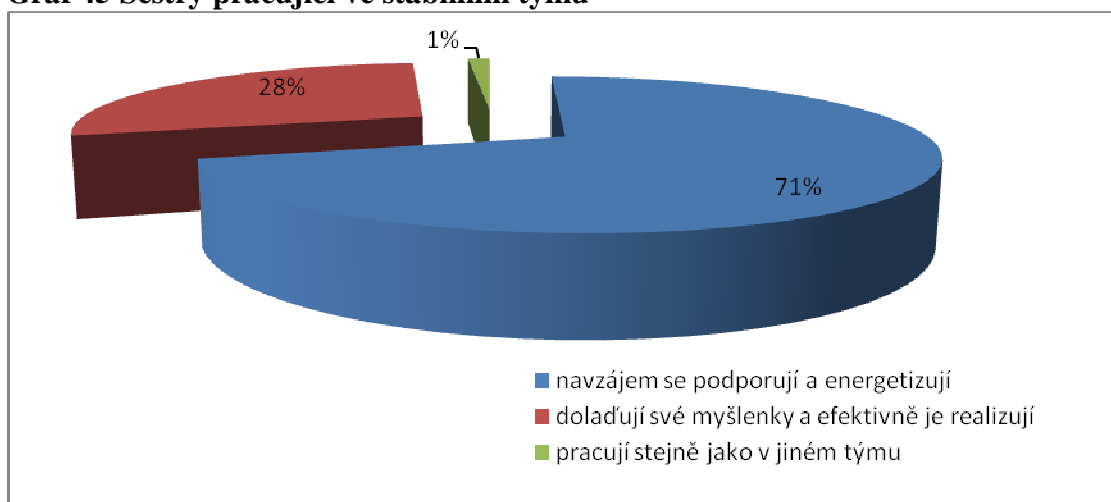
113 (72 %) z celkového počtu 156 (100 %) respondentek říká, že se stabilní tým nevytvoří bez každodenní práce celého týmu. Že si stabilní tým vytvoří sestry samy mezi sebou, říká 29 (19 %) respondentek. 14 (9 %) z celkového počtu dotázaných říká, že vznikne tak, že jej vytvoří manažer.

Graf 44 Vazba stabilního týmu



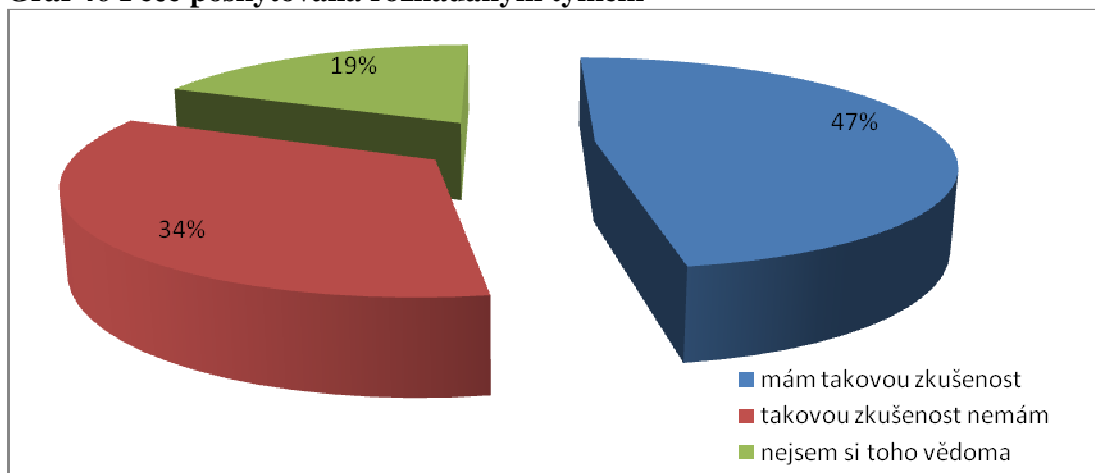
Také v tomto grafu měly respondentky možnost více odpovědí. Z celkového množství 156 jich 102x zvolily odpověď, že se stabilní tým váže na spokojenost sester. 104x zvolily odpověď, že stabilní tým se váže na ztotožnění se stanovenými pravidly hry a jednání a chování podle nich. 77x odpověď, že je stabilní tým vázán na vytvoření neformálních vztahů v týmu. 63x volily odpověď, stabilní tým je vázán na motivaci sester k práci a 23x, že je stabilní tým vázán na počet sester na ošetrovací jednotce.

Graf 45 Sestry pracující ve stabilním týmu



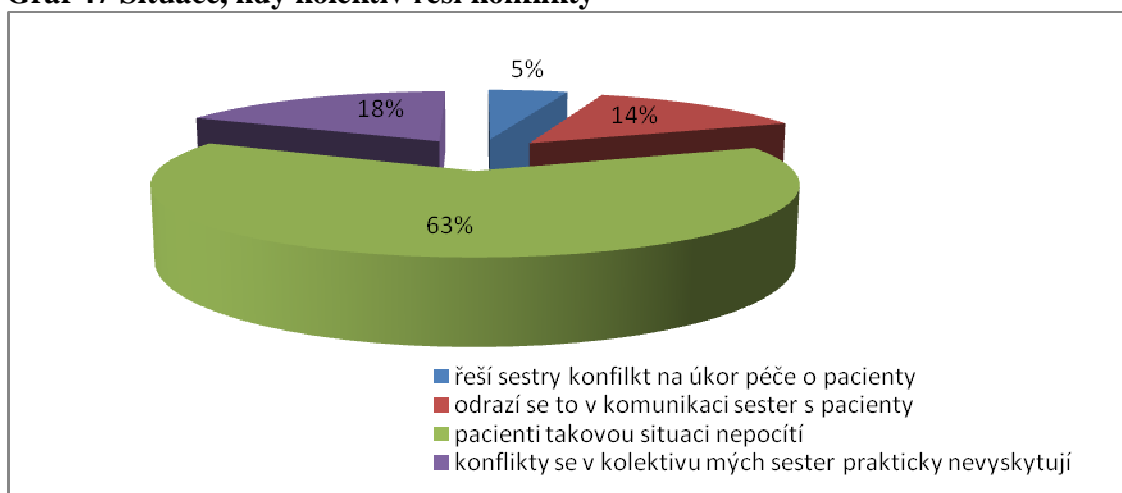
110 (71 %) z celkového počtu 156 (100 %) respondentek říká, že sestry pracující ve stabilním týmu se navzájem podporují a energetizují. 44 (28 %) z celkového počtu říká, že sestry pracující ve stabilním týmu dolaďují své myšlenky a efektivně je realizují. Pouze 2 (1 %) respondentky říkají, že sestry pracující ve stabilním týmu pracují stejně, jako v kterémkoliv jiném.

Graf 46 Péče poskytovaná rozhádaným týmem



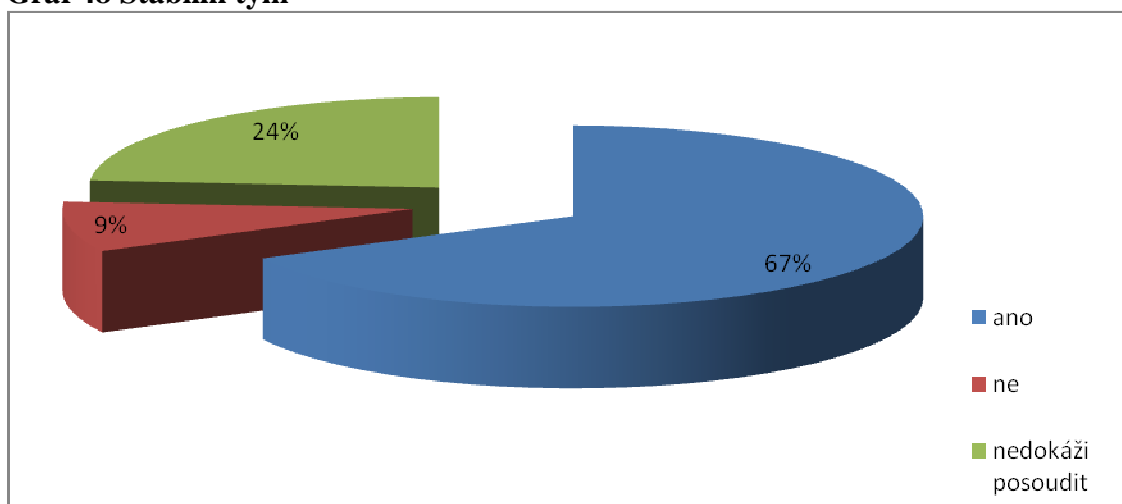
74 (47 %) respondentek z celkového počtu 156 (100 %) má zkušenost, že rozhádaný tým poskytoval méně kvalitní ošetrovatelskou péči. 53 (34 %) respondentek říká, že takovou zkušenost nemá. 29 (19 %) z celkového počtu si není vědoma toho, že by rozhádaný tým poskytoval méně kvalitní ošetrovatelskou péči.

Graf 47 Situace, kdy kolektiv řeší konflikty



Z celkového počtu 156 (100 %) respondentek jich 98 (63 %) říká, že pokud kolektiv řeší konflikty, pacienti tuto situaci nepocítí. 22 (14 %) říká, že se konflikty v kolektivu odrazí v komunikaci s pacienty. 8 (5 %) respondentek říká, že jejich kolektiv řeší konflikt na úkor péče o pacienta. 28 (18 %) respondentek říká, že konflikty se v kolektivu jejich sester téměř nevyskytují.

Graf 48 Stabilní tým



Ano, pracuji ve stabilním týmu, odpovědělo 105 (67 %) respondentek z celkového počtu 156 (100%). 14 (9 %) řeklo, že nepracuje ve stabilním týmu a 37 (24 %) toto nedokáže posoudit.

5. DISKUSE

Tato práce věnuje svou pozornost manažerům základní linie a jejich pozici v multidisciplinárním týmu. To znamená staničním sestřím. Věnuje se také možnostem, které mají či nemají při ovlivňování ošetrovatelské péče. Zaměřila se na zjištění determinantů jejich úspěšnosti, na přisuzované podstatné znaky jejich řídicí pozice a v neposlední řadě také na práci manažera s operativní skupinou. Manažeři jsou více než kdy dříve partneři a méně než kdykoli jindy nadřízení svých podřízených spolupracovníků. Moderní vedení je vzájemný proces mezi vedoucím a vedeným na základě vzájemné důvěry. Uvádí to Daigeler (2008). Jsou jedním z nich, jdoucí v jejich čele. Jaké názory na zkoumanou problematiku mají respondenti, kteří byli osloveni v dotaznících a nakolik se s teorií ztotožňují a uplatňují ji v praxi, je předmětem zjištění této práce.

Mezi oslovenými nebyl jediný muž. Zkoumaný vzorek tvořilo 156 manažerek základní linie, které pracují v nemocnicích a zařízeních sociální péče v rámci jihočeského kraje. Největší zastoupení mají středoškolsky vzdělané sestry manažerky 84 (55 %). Z celkového počtu je 31 (20 %) vysokoškolsky vzdělaných, je 9 studentkami navazujícího magisterského studia. Nejvíce manažerek pracuje ve funkci staniční sestry od 1-4 let 59 (38 %). Přibližně stejně obsazená je kategorie 5–10 - 41(26 %) a 15 a více let - 43 (28 %). Nejmenší zastoupení v délce praxe ve funkci má kategorie 11-14 let - 13 (8 %).

Nejvíce zastoupené středoškolské vzdělání, se vyskytuje ve všech kategoriích. Například přibližně stejně zastoupená středoškolsky vzdělanými sestrami je kategorie 5–10 a 15 a více let 20 z celkového počtu. 84 (55 %) středoškolsky vzdělaných má své zastoupení v kategorii praxe 1–4 roky. Nejméně zastoupena středoškolsky vzdělanými sestrami je 11–14 let praxe. Pracuje jich zde 11 z celkového počtu 84. Ze zjištěných výsledků plyne, že ve zkoumaném vzorku 156 respondentek, jsou zastoupeny manažerky s různým vzděláním a různou délkou praxe ve funkci staniční sestry. Respondentky byly dotázány na pocit úspěšnosti ve funkci manažerky. 12 (8 %) z celkového počtu si myslí, že jsou úspěšnými manažerkami. 90 (58 %) z celkového počtu neví, ale pracují na sobě a 46 (29 %) si svou úspěšností nejsou jisti. 8 (5%) z nich, si o sobě nemyslí, že by byly úspěšné ve své pozici. Tato odpověď samozřejmě

neznamená, že úspěšné nejsou. Jednoznačně tady lze říci, pouze to, že jsou respondentky schopné hodnotit objektivně samy sebe. Značí to předpoklad patřit k nejlepším na pracovišti, ale neznamená to, že 95% dotázaných, které takto odpověděly, úspěšnými manažerkami skutečně jsou. 11 (7 %) z celkového počtu 156 dotázaných má manažerské specializační studium a 23 (15 %) absolvovalo manažerský kurz. I když je tato skutečnost samozřejmě přínosem pro práci manažerky, ne každá z dotázaných měla možnost manažerské specializační studium nebo kurz absolvovat i když by možná chtěla. Svědčí o tom odpověď respondentek, které nemají ani kurz ani specializační manažerské studium. Je jich 122. (78 %) z celkového počtu dotázaných. Dalo by se polemizovat o tom, z jakého důvodu kurz, ani manažerské specializační studium jmenované neabsolvovaly. Zda to bylo proto, že jim tato možnost nebyla nabídnuta, nevěděly o ní nebo nepokládaly za důležité dále se vzdělávat v souvislosti se svou pozicí manažerky základní linie.

Prvním cílem této práce bylo zjistit předpoklady (determinanty) úspěšnosti operativního manažera a jeho pozice vůbec. K tomu, aby mohly být tyto předpoklady zjištěny, byly respondentům předloženy otázky v dotazníku č. 5 – 12. Bedrnová (2007) říká, že účinnost a úspěšnost působení manažerů v organizaci je závislá na řadě faktorů. Významnou skupinu z nich tvoří jejich individuální předpoklady pro práci a to jak odborné, tak osobnostní. Uvědomění si svých kladů a záporů, silných i slabých stránek a odpovídající jednání je klíčovou koncepcí pro úspěšnou manažerku. 78 (50 %) respondentek říká, že pro úspěšnost své pozice vidí důležitým uvědomění si svých kladů a záporů a silných a slabých stránek. Respondentky byly dotázány na názor o předpokladu úspěšnosti pozice manažerky. 78 (50 %) dotázaných zmínilo uvědomění si svých kladů a záporů. Ani jedna manažerka si zřejmě nemyslí, že by uvědomění si svých kladů a záporů nebylo vhodné pro to, aby byly ve své pozici úspěšnější, proto také tuto možnost nezvolila ani jedna z dotázaných. Goleman (2000) říká, že lidé, kteří se sami dokážou objektivně hodnotit, patří na pracovišti k nejlepším. V dotazníku byl zkoumán názor dotázaných na význam osobnostních předpokladů být nejlepším na pracovišti. Podle odpovědí dotázaných lze říci, že jsou to ti, kteří jsou schopni objektivně hodnotit sami sebe. Odpovědělo tak 128

(82 %) respondentek. Zajímavý byl názor, že k nejlepším na pracovišti patří ti, kteří jsou schopny hodnotit samy sebe negativně. Odpovědělo tak 5 (3 %) z dotázaných. Ty, které možná hodnotí samy sebe negativně, si za svým názorem zřejmě stojí, protože v následujících otázkách odpověděly, že nejsou dobrými manažery. Jedna z těch, které zastávaly stejný názor, ale dále odpovídala, že sice neví, zda je dobrým manažerem, ale stále na sobě pracuje. Tady lze stejně jako Bedrnová (2007) vycházet z předpokladu, že všechny kvality emoční inteligence potřebné k úspěšnému výkonu jsou naučitelné. Nemůže však nastat zlepšení, pokud člověk neudělá první krok směrem k sebeuvědomění. Jedna respondentka se v této odpovědi vyjádřila tak, že připsala: „Nikdo se nezhodnotí objektivně“. K nejlepším na pracovišti podle ní patří ti, co přemýšlejí. Nikomu nelze upřít jeho názor.

Úspěšní lidé sami instinktivně pátrají po odezvě vlastních činů a sami také hledají zpětnou vazbu. Chtějí vědět, jak se jeví z pohledu druhých. Je to pro ně důležitá informace. To jsou slova Bedrnové (2007). V dotazníku byly tyto předpoklady úspěšnosti manažera nabídnuty našim dotazovaným. 123 (79 %) z nich potřebuje jako úspěšná manažerka znát odezvu svých činů. 29 (19 %) potřebuje vědět, jak se jeví z pohledu druhých. 4 (2 %) ale řekly, že potřebují vědět, jak se jeví svému nadřízenému. To je jistě také důležité, píše o tom také Zielke (2006), ale pro manažera stojícího v čele své operativní skupiny, kterou vede, ne zcela směrodatné. Ke zjištění předpokladů úspěšnosti z pohledu respondentek směřovaly i následující otázky. Zda je z hlediska postoje k práci pro schopného manažera důležitá motivace a snaha o výkonnost. Opět je zde zmíněna Bedrnová (2007), která říká, že podstata výjimečnosti spočívá už v samém směřování k ideálnímu stavu. To bývá vlastní flexibilním, učícím se jedincům schopným přiměřené sebereflexe a nezbytných změn v zájmu dosažení lepší kvality než té aktuální. Právě zmíněné směřování je závaznou cestou pro všechny, kteří kromě vlastního rozvoje mají za úkol ovlivňovat i další jedince při jejich činnosti a v ostatních projevech, i pokud jde o další rozvoj jejich osobnosti. K tomu potřebují být dostatečně motivováni. 145 (93 %) dotázaných manažerek tvrdí, že motivace a snaha o výkonnost je pro ně důležitá. Pouze pro jedinou manažerku motivace a snaha o výkonnost důležitá není, zbylých 10 (6 %) neví, jestli z hlediska postoje k práci motivaci bezpodmínečně

potřebují. Podle Bedrnové (2007) do skupiny podmínek, procesů a pravidel, za nichž řízení v organizaci probíhá, patří celospolečenské a sociální podmínky. 146 (94 %) dotazovaných manažerek potřebuje ke své práci podporu partnera (rodiny). 3 (2 %) z nich neví, zda podporu partnera (rodiny) ke své práci potřebují. Možná, že v souvislosti s dodržením mlčenlivosti doma o své práci spojené s ošetrovatelskou péčí příliš nehovoří. Z tohoto pohledu by snad podporu partnera nemusely pokládat za moc důležitou. Zajímavé byly odpovědi 7 (4 %) dotázaných, které přímo řekly, že podporu ze strany partnera pro svou práci nepotřebují. Všechny, které takto odpověděly, pracují ve funkci 15 let a více. Mohou mít pro tento postoj samozřejmě více důvodů. Jedním z nich by mohlo být, že se s partnerem v názorech na řízení týmu a práci s tím spojenou rozcházejí. Mohou si být svou pozicí a stylem vedení týmu po letech praxe natolik jisté, že pro ně podpora ze strany partnera v tomto ohledu není důležitá? Mohly takto odpovědět také proto, že je jejich partneři skutečně nepodporují a tak řekly, že jejich podporu pro svou práci prostě nepotřebují? 94% dotázaných manažerek se naprosto shodlo v tom, že podmínkou pro jejich práci je být psychicky a fyzicky zcela zdrav. Nutná je pro 97 % z nich stabilita schopnost snášet zátěž. Daigeler (2008) také zmiňuje stabilitu a schopnost snášet zátěž jako jeden z předpokladů pro úspěšnost v pozici manažera.

Oslovené manažerky základní linie si podle zvolených odpovědí uvědomují objektivní i subjektivní podmínky úspěšnosti své pozice, na všechny kladou důraz. Vybraly si je mezi jinými nabídnutými V otázce č. 9, zda se vidí jako úspěšné manažerky operativní linie, jich víc, než polovina (58 %) řekla, že neví. Neví, ale pracují na sobě ve smyslu odstraňování vlastních nedostatků prostřednictvím sebevýchovy a sebevzdělávání. Ztotožňují se tak s názorem Bedrnové (2007). Některé k odpovědi neví, ale pracují na sobě připsaly - stále. Kvantitativní metoda dotazování je ovlivněna řadou podmínek. Především předmětem dotazování a vztahem dotazovaných k němu. Vzhledem k tomu, že připisovaly své poznatky i v odpovědích na další otázky, je možné si myslet, že téma dotazníku je pro respondentky nejen aktuální, ale také zajímavé a vyplňovaly jej se zájmem, ne pouze pro to, aby splnily povinnost či nařízení. Na kvalitní manažery poukazuje to, že pouze 12 z celkového

počtu 156 si o sobě myslí, že jsou úspěšnými manažerkami. Bedrnová (2007) mimo jiné totiž píše, že jedinci s vysokým sebehodnocením nemusí mít vždy odpovídající osobní kvalitu. V našem vzorku zkoumaných respondentek je jich podle odpovědí pouze 8% ze všech.

Druhým cílem bylo zmapovat atributy řídicí pozice manažera. Vztahují se k němu otázky 13 – 17. Dle Bedrnové (2007) jsou určité situace, kdy se mohou v řídicích funkcích uplatňovat i lidé vynikající např. jen svým intelektem. Intelekt však představuje pouze nástroj a způsob jeho použití závisí na dimenzích profilujících osobní kvalitu manažera. Že by byl člověk s vysokým IQ nejvhodnějším kandidátem na manažera řeklo pouze 6 (4 %) z celkového počtu 156 dotázaných. 150 (96 %) manažerek si je jistých, že vysoké IQ znesnadňuje sociální kontakt a uvědomuje si, že může komplikovat možnost domluvit se s lidmi. Také podle odpovědí v další části dotazníku se ztotožňují s tím, co píše Appeltová (2008) - do popředí pro výběr vstupují schopnost komunikace, motivace, týmová práce. Tedy pojmy z oblasti emoční inteligence. Z hlediska intelektu volí jako důležité pro manažera plánování, organizační schopnosti a analytické myšlení 155 (99 %) dotázaných proti jedné jediné, která preferuje vysoké IQ. Respondentky měly dále vybrat schopnosti nutné pro úspěšného manažera. 112 (72 %) z celkového počtu vybralo iniciativu a rozhodnost. Upřednostnily ji před schopností rychle se rozhodovat bez ohledu na druhé a před autoritativním jednáním, které pokládá za atribut pouze 8 (5 %) z nich. Zielke (2006) hodnotí ve své knize aspekty toho, zda se někdo hodí na manažerskou funkci z hlediska postoje k práci. Iniciativa a rozhodnost mezi ně prý patří. Stejně jako respondentky hodnotí Zielke (2006) plánování a organizační schopnosti jako nutné pro manažerskou práci z hlediska intelektu. Zajímavý byl názor manažerky pracující ve funkci staniční sestry 15 a více let, která neví, zda je úspěšnou manažerkou. Zastává autoritativní jednání a nejvhodnějším kandidátem na manažera je podle ní člověk s vysokým IQ. V této části dotazníku budí dojem manažera autokrata, rozchází se s literaturou, ale: Je ochotná respektovat názory svých sester, hovoří se sestrami o nich samých. Pracuje ve stabilním týmu, o kterém ví, jak vzniká. Svůj kolektiv vede tak, že pokud sestry řeší konflikt mezi sebou, pacienti takovou situaci nepocítí. Je tedy jedna z těch, které směřují k potvrzení

hypotézy o kvalitních vztazích manažera s operativní skupinou odrážejících se v ošetrovatelské péči. Zdá se, že tato staniční sestra má vybudovanou koncepci vedení týmu, za kterou si stojí.

Třetím cílem bylo zmapovat práci manažera s operativní skupinou. Zielke (2006) zdůrazňuje při jednání s lidmi společenskost a přátelskost, spolu s vyjadřovacími schopnostmi. Na otázku myslíte si, že je pro jednání s lidmi důležité být společenský a přátelský odpovídá 142 (91 %) dotázaných, že ano oproti 6 (4 %), které si to nemyslí. Zielke (2006) ve své knize dále píše, že pro jednání s lidmi je důležité manažerovo zvládnání, sebeprosazování a přesvědčování ostatních. Stejná otázka byla položena zkoumanému vzorku manažerek. Více než polovina z celkového počtu si myslí, že umí přesvědčovat druhé 89 (57 %). Dalo by se k nim přičíst i dalších 58 (37 %), které svou schopnost přesvědčovat druhé neumí posoudit, ale to nevyvrací možnost, že toho schopné jsou. Samozřejmě k nim patří 7 (5 %), z celkového počtu, které jsou přesvědčené o této své schopnosti. Celkem tedy umí přesvědčovat druhé 99 % dotázaných. Je to pro jednání s lidmi pozitivní aspekt. Podle Bedrnové (2007) patří mezi základní dimenze implikující určitý styl následující charakteristiky. Stabilita skupiny, určená stálostí nebo fluktuací spolupracovníků. Flexibilita skupiny, jako ovlivnitelnost společně sdílených postojů a hodnot. Zeptaly jsme se respondentek, zda respektují své sestry v případě odlišnosti jejich osobnosti (projevů, vlastností) 80 (51 %) respektuje sestry v odlišnostech jejich osobnosti, ale vyžaduje perfektní péči. 75 (48 %) respondentek přemýšlí o jejich názorech a postojích, teprve pak se rozhodnou. Prvek autokratického řízení vnesla pouze jedna staniční sestra, která prý sestry nerespektuje a vyžaduje absolutní poslušnost. 143 (92 %) staničních respektuje pocity sester, ale také chce, aby jednaly racionálně a účelně. 7 (4 %) z celkového počtu od sester chce pouze, aby jednaly racionálně a účelně. Gladkij (2003) píše, že manažer nemůže od sester požadovat, aby jednaly jen vysoce účelně a racionálně. Mohlo by to snížit jejich vyrovnanost a stabilitu. Bedrnová (2007 v souvislosti se stylem řízení mluví o polarizaci skupiny, která je vyjádřena homogenitou skupinové orientace na společný cíl. Více jak polovina staničních sester vede sestry na oddělení tak, aby pracovaly na svém úkolu a navzájem spolupracovaly (68 %) Aby si navzájem pomáhaly a doplňovaly se. Toto

zjištění ukazuje na soudržnost skupiny, vyjadřující míru identifikace členů se skupinou. Zároveň je zde patrná otevřenost skupiny, která vyjadřuje míru ochoty přijímat nové členy. O nutnosti spolupráce a soudržnosti skupin píše také Plamínek (2000).

Podle odpovědí na otázky směřující k cíli zmapovat práci manažera s operativní skupinou, staniční sestry preferují převážně demokratický styl vedení. Tomuto stylu se vymyká jen malé procento dotazovaných, které nemluví se sestrami o problémových oblastech jejich činností – (1 %). Nerespektují sestry a vyžadují absolutní poslušnost – (1 %), vedou sestry tak, aby pracovaly každá na svém úkolu bez vzájemné spolupráce – (1 %). Drží se zásady, rozděl a panuj (1 %). Je jich 1 % ze sta. Podle zjištěných výsledků, většina staničních sester používá komunikační styl sjednot' a veď a je ochotná respektovat názory svých sester. Podle zpracovaných grafů vztahujících se k cíli 3 vidíme návaznost k hypotéze č1., která říká, že horizontální a vertikální vztahy mohou ovlivňovat pozici manažera. Kvalitní vztahy manažera s pracovní skupinou mohou mít zpětně vliv na vztahy pracovní skupiny k manažerovi a pozitivně ovlivňovat jeho pozici. Je tady patrná souvislost i s hypotézou č 2, o vztazích manažera s jím řízenými pracovníky, mající vliv na kvalitní péči, protože jen sehraný tým s kvalitními horizontálními vztahy může společně jít za jedním cílem. Spokojenost pacienta tímto cílem samozřejmě je. Z dosud napsaného je patrná jistá provázanost otázek. To, že kvalitní vztahy manažera s pracovní skupinou mohou mít zpětně vliv na vztahy pracovní skupiny k manažerovi a pozitivně ovlivňovat jeho pozici, se zároveň vztahuje k hypotéze č. 1, která hovoří o ovlivnění pozice manažera vertikálními vztahy v systému.

I následující otázky v dotaznících směřovaly ke zjištění, jak staniční sestry pracují s pracovní skupinou, kterou podle Bedrnové (2007) charakterizuje jedno pracoviště, spjaté společnou činností, vnitřní strukturou sociálních rolí a jednotným vedením. Jednou ze zkoumaných oblastí činností bylo předávání hlášení. Více jak polovina pracovních skupin si přebírají písemné a ústní hlášení všichni společně a zároveň si sestavují plán činností 88 (56 %). 50 (32 %) staničních sester z celkového počtu 156 říká, že si její sestry přejímají kromě svého úseku hlášení o všech pacientech. 81% pracovních skupin má relativně trvalé sociální vztahy. Staniční sestry v nich mluví

se svými sestrami o problémových oblastech v jejich činnostech. Své působení na sestry váže 109 (70 %) staničních na svůj osobní příklad a 38 (24 %) na schopnost přesvědčovat druhé. Informace získané o sestrách používají v širších souvislostech výkonu své řídicí činnosti nebo z nich vychází při jednání s nimi (67 %).

O fungujících sociálních vztazích ve skupině svědčí, že jsou staniční sestry ochotné hovořit se sestrami o nich samých - 67 (43 %). 76 (49 %) se o to snaží. V dotazníku byly osloveny i ty, které nemají k žádné ze sester hlubší vztah 6 (4 %) nebo jsou ochotny ve svém týmu mluvit se sestrami o nich samých pouze ve výjimečných případech, protože k nim nemají hlubší vztah 7 (4 %). Bylo by zajímavé zjistit, jaké vztahy v takovém týmu panují. Může existovat několik možností. Manažer vede svůj tým rukou autokrata, který neoplývá schopnostmi danými emoční inteligencí. Nebo se jedná o manažera „Eléva“ bez sebemenších zkušeností s vedením týmu. Manažeři pracující ve funkci méně než čtyři roky prý skutečnými manažery nejsou, ale jsou považováni za manažery čekatele, z kterých může někdy třeba být dobrý manažer. Třetí možností je manažer, charakteristický svou osobností, kterou nezmění ani léta praxe. Otázkou potom je, jaký typ pracovní skupiny stojí za zmíněným manažerem nebo dokonce proti němu a jakou poskytuje ošetrovatelskou péči. Je zajímavé, že jedna z manažerek, nemající až na malé výjimky, vztah ke svým sestram, si na druhou stranu uvědomuje, že spokojenost sester vyplývá především ze vztahu mezi pracovníky a jejich nadřízeným. V komunikaci se zaměřuje jen na záležitosti s plněním pracovních úkolů a na záležitosti organizačního dění. V pracovní době se zdržuje na oddělení a kontroluje práci sester. Sama nedokáže posoudit, jestli pracuje ve stabilním týmu. Zde si můžeme položit otázku, jaká osobnost se za tímto manažerem vlastně skrývá.

V otázce na co se staniční sestry zaměřují při komunikaci se sestrami, bylo možné volit více možností. Nejvíce byla volena možnost, snažím se rozumět tomu, co mi sdělují (106x). Dále se staniční zaměřují při komunikaci na podporu zájmu o organizační dění (93x), 50x byla zvolena odpověď, snažím se vcítit do pocitů sester. Možnost zaměření se v komunikaci pouze na záležitosti organizačního dění, zvolily 23x.

Hypotéza č. 1 Pozici manažera ovlivňují horizontální a vertikální vztahy v systému. Jak už bylo řečeno, 91 % respondentek si myslí, že je pro jednání s lidmi důležité být společenský a přátelský. 6% z celkového počtu si to nemyslí. Podle názoru sester manažerek spokojenost pracovníků na pracovišti vyplývá především ze vztahu mezi pracovníky a jejich nadřízeným. Odpovědělo tak 81 (52 %) dotázaných. Spolu s 58 (37 %) dotázaných, které říkají, že spokojenost na pracovišti plyne ze vztahů mezi kolegy. Celkem 132 (85 %) sester manažerek klade důraz na vztahy v systému, protože mohou ovlivnit jeho pozici. Pouze 5 (3 %) z celkového počtu jsou si svou pozicí natolik jisté, že si to nemyslí. Co se vertikálních vztahů týká, cítí při své práci podporu ze strany středního managementu celkem 124 79 % dotázaných. 58 (37 %) z tohoto počtu cítí podporu pouze od vrchní sestry. 23 (15 %) sester manažerek si oporou ze strany středního managementu není jistá a 9 (6 %) ji necítí vůbec

Opora středního managementu je pro manažerky základní linie důležitá, protože podmiňuje jistotu jejich pozice. Ale jistota podpory ze strany vrchní sestry je pro staniční sestru něco víc. Znamená pro ni větší možnost seberealizace, možnost uvědomění si, co v životě znamená jako člověk. Pokud staniční sestra necítí podporu ze strany své nadřízené, neznamená to negativní ovlivnění v její práci. I za těchto podmínek ji může dělat ráda. Rozhodla-li se pomáhat nemocným lidem dávno před tím. K tomuto směřování jsou pro ni daleko důležitější vztahy mezi ní a jí řízenými pracovníky.

Více, jak polovina sester manažerek jsou ochotné na sobě pracovat ve smyslu zdokonalování sebe sama. Zda je střední management v této potřebě podporuje, je patrné z následujících odpovědí. Celkem 126 (79 %) sester manažerek cítí podporu ze strany středního managementu při uspokojování své potřeby sebezdokonalování a vzdělávání. 38 (37 %) z uvedeného počtu tuto podporu cítí, ale pouze ze strany vrchní sestry. Podporou v tomto ohledu ze strany středního managementu nemá 7 (6 %) a není si jí jistých 23 (15 %) sester manažerek. Ty, které nemají podporu při svém vzdělávání (které je jistě také v zájmu organizace) mohou snad mít problémy s uvolňováním z práce za účelem studia a tato skutečnost je může zároveň činit nejistými ve své pozici. Vertikální vztahy mohou tedy ovlivňovat pozici manažera v pozitivním, ale i

v negativním, slova smyslu. Také vztahy mezi manažerem a jím řízenými pracovníky (vertikální vztahy) mohou jeho pozici v obou směrech ovlivňovat. Pokud manažer neoplývá manažerskými dovednostmi, může pod sebou mít tým, který není stabilní. Takový tým potom nemusí odvádět dobrou práci a poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči. Toho si nemůže nevšimnout střední management a chce v takovém případě problém řešit. V tomto okamžiku se právě pozice manažera stává nejistou. Pozici manažera ovlivňují horizontální i vertikální vztahy v systému. Na základě výše zmíněných výsledků lze říct, že *Hypotéza č. 1 byla potvrzena.*

Hypotéza č. 2 Kvalitní vztahy manažera operativní linie a jím řízených pracovníků pozitivně ovlivňují ošetrovatelskou péči. Asertivita se dotýká vertikálních i horizontálních vztahů. Na úrovni vertikální jsou vymezeny kompetence a tím nedochází k zasahování do pravomocí profesí. Mastiliáková (2005). Staniční sestry chápou, že cílem asertivní komunikace není upevnění si své moci, ale dosažení přijatelného kompromisu. To říká 23 (15 %) z celkového počtu sester manažerek. Je to pro ně také cesta k dosažení společného cíle 92 (59 %) odpovědí. Správná je také odpověď, že cílem asertivní komunikace je určení si jasných pravidel. Jasná pravidla vidí někteří lékaři ve vztahu sestra-lékař. Jde o přežitky, zakořeněné ve vedoucích lékařských strukturách, kde je dominantní pozice mužů. Sestru i dnes vnímají jako podřízenou (Bártlová 2009) a chtějí, aby se jako podřízená chovala. Někdy může jednání lékaře se sestrou, ve snaze si tato pravidla udržet postrádat prvky asertivní komunikace. Že by cílem asertivní komunikace bylo upevnění si své moci, si myslí jen zanedbatelné procento pěti sester. Podobně píše o vztazích mezi lékařem a sestrou také Kilíková (2006).

Dvořáková (2001) vychází z toho, že informovanost a komunikace s pracovníky, je formou utváření pozitivních vztahů pracovníka k manažerovi a ke společným cílům. Formuje pracovní spokojenost a ochotu ke kreativnímu přístupu k plnění pracovních úkolů. K této teorii se vztahuje hypotéza č. 2., která říká, že kvalitní vztahy manažera operativní linie a jím řízených pracovníků pozitivně ovlivňují poskytování ošetrovatelské péče. Otázky v dotazníku byly kladeny tak, aby bylo možno zhodnocením odpovědí potvrdit nebo vyvrátit tuto hypotézu. O kvalitních vztazích

manažerů s jimi řízenými pracovníky svědčí to, že se v komunikaci nezaměřují pouze na záležitosti s plněním pracovních úkolů. V 85 % pokud jim vytiženost dovolí, mluví i o nich samých. Chápu, že to posiluje vzájemné vztahy. Obecně lze říci, že den, kdy se podřízení přestanou obracet na svého manažera se svými problémy je dnem, kdy je přestal vést. Samozřejmě nezanedbávají ani záležitosti organizačního dění. Odpovědělo tak 19 (12 %) dotázaných manažerek. Mezi dotazovanými se našly i ty, které se v komunikaci zaměřují jen na záležitosti související s pracovními úkoly. Je jich ale zanedbatelný počet – 4 (3 %) z celkového počtu. K ovlivnění sester ve skupině využívají především komunikaci (diskusi) 150 (95 %) z dotázaných. Pouze 5 (4 %) jich využívá příkazy a 1 (1 %) prosby. O důležitosti kvalitních vztahů mezi manažerem a jím řízenými pracovníky píše ve své knize také Plamínek (200). Většina manažerek zastává participativní styl vedení, který se vyznačuje důvěrou k podřízeným a jejich aktivní účastí v řízení a rozhodování. Při práci se může vyskytnout názor rozlišný od názoru manažera. V takovém případě se 85 (54 %) z celkového počtu snaží vcítit do myšlení člena týmu a pochopit, proč má rozdílný postoj. 40 (26 %) se rozhoduje podle svého, protože to je jeho odpovědnost. Volba kompromisů není příliš vhodná pro časté použití, ale nepopírá fakt, že jej manažer někdy použít může. V této otázce tuto možnost zvolily ve 31 (20 %) případech. Pokud se manažerky drží jedné ze zásad úspěšného vedoucího pracovníka podle generála Powela: „Stálý optimismus násobí sílu“, uvedly na otázku, zda při komunikaci někdy žertují tuto odpověď. 134 (86 %) někdy žertuje ve snaze odlehčit situaci. Nutno podotknout, že na některých odděleních, kde jsou sestry vystaveny neustále působení stresu, je to jediný způsob, jak situaci zvládnout. Daigeler (2008) ale píše, že by se manažeři měli tomuto způsobu komunikace ve vztahu k řízeným pracovníkům vyhýbat. Může vzniknout nedorozumění, které pak ohrozí vzájemné vztahy. Některé respondentky možná takovou zkušenost mají. 8 (5 %) se takovému způsobu komunikace vyhýbá a 14 (9 %) z celkového počtu ví, že může vzniknout nedorozumění a tento způsob komunikace raději nevolí. Manažerky se snaží rozvíjet dobré pracovní vztahy se všemi pracovníky. Odpovědělo tak v dotazníku 144 respondentek. Je to 92 % z celkového počtu dotázaných. 134 (86 %) z dotázaných dále řeklo, že jedině sehraný tým může poskytovat kvalitní péči. 18 (11 %) k tomu dokládá,

že rozhádaný tým se věnuje spíše řešení konfliktů, než péči o pacienta. Pouze 4 (3 %) respondentky si myslí, že poskytovaná péče nezávisí na vztazích mezi pracovníky. *Hypotéza č. 2 byla potvrzena.* Kvalitní vztahy manažera operativní linie s jím řízenými pracovníky mohou pozitivně ovlivňovat ošetrovatelskou péči, za určitých podmínek. Pokud bude vytvářet podmínky pro úspěšnou práci týmu. Řeklo to 118 (76 %) manažerek. 30 (19 %) z celkového počtu říká, že manažer může pozitivně ovlivnit ošetrovatelskou péči, bude-li rozvíjet úroveň sebeřízení a sebeorganizaci týmu.

Hypotéza č. 3 Stabilní tým vzniká na základě vytvoření funkční sítě neformálních sociálních a pracovních vztahů. V dotazníku měly sestry manažerky možnost vysvětlit pojem stabilní tým. 112 (72 %) z celkového počtu 156 manažerek si myslí, že je to tým, ve kterém panuje soudržnost mezi jednotlivými členy. Že je to tým, který nestojí pouze na pracovních vztazích, říká 35 (22 %) z celkového počtu dotázaných. Některé manažerky si neuvědomily rozdíl mezi stabilním týmem a stabilitou týmu, o které píše Dvořáková (2001) a vybraly odpověď, že je to tým mající stabilní počet členů. Byly to jen 3 (2 %) z celkového počtu odpovědí. V dotazníku byly manažerky dotázány, jak podle nich stabilní tým vznikne. Jen 14 (9 %) si myslí, že jej vytvoří manažer. 113 (72 %) zvolilo správnou odpověď, že se stabilní tým nevytvoří bez každodenní práce celého týmu. Pojem stabilní tým sestrám manažerkám jistě není cizí, protože vědí, že se váže na ztotožnění se stanovenými pravidly hry – 84 odpovědí, dále se váže na vytvoření neformálních vztahů. Tuto možnost zvolily 76x. Stabilní tým je vázán na spokojenost sester. Tuto možnost zvolily 102x. Že se stabilní tým váže na motivaci k práci, odpověděly 63x. Sestry pracující ve stabilním týmu se podle manažerek navzájem podporují a energetizují. Je to názor 110 (71 %) dotázaných. Že sestry pracující ve stabilním týmu doladují své myšlenky a efektivně je realizují, říká 44 (28 %) z celkového počtu dotázaných. V 1 % počtu 2 manažerek se vyskytla odpověď, že ve stabilním týmu sestry pracují jako v kterémkoliv jiném. 97 62 % staničních sester působí z moci své funkce na skupinu tak aby sestry samy zvyšovaly svůj potenciál k řízení sebe sama. Dalších 17 (11 %) se je snaží přesvědčit o správnosti svého hlediska. Stojí tady proti názoru těch, které chtějí, aby sestry dosáhly vysokého stupně modelového chování 17 (11 %) a byly disciplinované 20 (14 %) odpovědí. Takový

postoj manažera svědčí o formálních (neosobních) vztazích, které se ale nevztahují k budování stabilního týmu.

Hypotéza č. 3 byla potvrzena. Stabilní tým vzniká na základě vytvoření funkční sítě neformálních sociálních a pracovních vztahů. Sestry manažerky takové týmy znají, mají dostatek informací o jejich vzniku a fungování, protože v takových týmech pracují. V poslední otázce dotazníku jich 105 (67 %) přímo řeklo, že pracují ve stabilním týmu. 37 (24 %) z nich to nedokáže posoudit, ale to snad nevylučuje možnost, že ve stabilním týmu pracují.

V závěru dotazníku byly manažerky dotázány na jejich zkušenosti s tím, že by rozhádaný tým poskytoval méně kvalitní ošetrovatelskou péči. Takovou zkušenost má 74 (47 %) sester manažerek. 53 (34 %) jich takovou zkušenost nemá nebo si toho nejsou vědomy 29 (19 %) z nich. Konflikty se mohou v mezilidských vztazích vyskytovat. Jsou destruktivní, narušují spolupráci a koordinaci mezi lidmi. Ve vertikální rovině, stejně jako v horizontální. Při zvládání konfliktů v horizontální rovině zastává staniční sestra nezastupitelnou roli při jejich řešení. Pokud ale umí konflikty zvládat, mohou mít i pozitivní účinky. Píše o tom Škrla (2003). Při zdárném řešení podporují sebedůvěru. Při řešení konfliktů ve vertikální rovině tomu tak ale není. Při jejich řešení, o podpoře sebedůvěry na straně staniční sestry nemůže být ani řeč.

Jak řeší konflikty sester manažerky zkoumaného vzorku? Některým se daří, jiným méně. Pokud řeší kolektiv sester konflikt mezi sebou, pacienti tuto situaci nepocítí, říká 98 (63 %) dotázaných staničních sester. V kolektivu 28 (18 %) staničních se konflikty téměř nevyskytují. Někdy se konflikt sester odrazí v komunikaci s pacientem, to je 22 (14 %) vyslovených názorů. V 8 (5 %) kolektivech řeší sestry konflikt na úkor péče o pacienty. Zda jde o týmy manažerek, které podle odpovědí nepracují ve stabilním týmu, nebylo předmětem zkoumání. Rozhodně jich ale bylo zanedbatelné procento (9 %), které nevyvrací předpoklad o tom, na jakém základě stabilní tým vzniká.

Na závěr diskuse jsou pro zajímavost zmíněny čtyři konkrétní dotazníky a jejich odpovědi. Podle nich lze usuzovat, jaké osobnosti se pod oslovenými respondentkami skrývají a jaký styl řízení zastávají. Uvedené příklady odpovědí v dotaznících nabízí

možnost utvoření si vlastního názoru o úspěšnosti zmíněných manažerek. Zároveň se nabízí možnost zamyšlení nad tím, jaký styl vedení by asi upřednostnili jednotlivci nebo celé týmy, kdyby měli možnost výběru manažera prvního mezi rovnými.

Jednou z nich je středoškolsky vzdělaná respondentka, pracující víc než 15 let ve funkci staniční sestry. Myslí si o sobě, že je úspěšná manažerka a umí přesvědčovat ostatní. Nerespektuje své sestry v případě odlišnosti jejich názorů, vyžaduje absolutní poslušnost. Chce od nich, aby jednaly racionálně a vysoce účelně. Sama o sobě říká, že se drží zásady „rozděl a panuj“. Té se při své práci také drží. Na názory podřízených se neptá, rozhoduje se sama, protože je to její odpovědnost. V komunikaci se sestrami nežertuje, může prý vzniknout nedorozumění. Dobré vztahy se snaží rozvíjet s těmi, které jí poskytují zpětnou vazbu. Na sestry působí tak, aby byly disciplinované. V pracovní době kontroluje práci sester. Pokud se vyskytnou v kolektivu konflikty, v péči o pacienty se to neprojeví, pacienti tuto situaci nepocítí. Pracuje ve stabilním týmu.

Vysokoškolsky vzdělaná respondentka, pracující víc než 15 let ve funkci staniční sestry. Neví, zda je úspěšnou manažerkou, ale stále na sobě pracuje. Myslí si, že umí přesvědčovat ostatní. Sestry ve službě nechává zapojit jejich emocionální projevy a pocity. Je ochotná respektovat názory svých sester, snaží se vcítit do jejich myšlení a pochopit, proč mají rozdílný postoj. Při komunikaci žertuje, ve snaze odlehčit situaci. Se všemi pracovníky se snaží rozvíjet dobré pracovní vztahy. Na skupinu svých sester působí tak, aby samy zvyšovaly svůj potenciál k řízení sebe sama. Pracuje se svými podřízenými. Konflikty se v jejím kolektivu téměř nevyskytují. Pokud ano, pacienti takovou situaci samozřejmě nepocítí. Na otázku: „Pracujete ve stabilním týmu“? Odpověděla, že ano.

Středoškolsky vzdělaná respondentka, pracující ve funkci od 1-4 let. Zda je dobrým manažerem neví, ale pracuje na sobě. Neumí posoudit, zda umí přesvědčovat druhé. Ve službě respektuje pocity sester, ale chce, aby jednaly racionálně a účelně. Názory svých sester respektuje. Pokud se názor člena týmu liší od jejího, snaží se vcítit do jeho myšlení a pochopit proč má rozdílný názor. Při komunikaci se sestrami žertuje, snaží se tím odlehčit situaci. Dobré vztahy se snaží rozvíjet se všemi pracovníky. Z moci své funkce působí na sestry tak, aby samy zvyšovaly svůj potenciál k řízení sebe

sama. Cílem asertivní komunikace je podle ní cesta k dosažení společného cíle. Pracuje se svými podřízenými. Není si vědoma toho, že by rozhádaný tým poskytoval méně kvalitní péči, ale pokud kolektiv konflikty řeší, je to na úkor péče o pacienty. Nedokáže posoudit, zda pracuje ve stabilním týmu.

Vysokoškolsky vzdělaná respondentka, pracující ve funkci staniční sestry od 1-4 let. Neví, jestli je dobrý manažer a neumí posoudit, zda umí přesvědčovat druhé. Sestry ve službě respektuje, ale vyžaduje perfektní péči a chce, aby jednaly racionálně a účelně. Pokud se názor člena týmu rozchází s jejím, zvolí kompromis. Ve snaze odlehčit situaci, žertuje někdy při komunikaci se sestrami. Se všemi pracovníky se snaží rozvíjet dobré vztahy. Sestry se snaží přesvědčit o správnosti svého hlediska. Cílem asertivní komunikace je podle ní dosažení přijatelného kompromisu. Pracuje se svými podřízenými. Nemá zkušenost s tím, že by rozhádaný tým poskytoval méně kvalitní péči nebo si toho není vědoma. Pracuje ve stabilním týmu.

6. ZÁVĚR

Tato práce věnovala svou pozornost manažerům základní linie a jejich pozici v multidisciplinárním týmu. Zkoumaný vzorek tvořilo 156 manažerek, které pracují v nemocnicích a zařízeních sociální péče v rámci jihočeského kraje. Věnovala se také možnostem, které manažerky mají či nemají při ovlivňování ošetrovatelské péče. Cílem bylo zjistit determinanty jejich úspěšnosti. Druhým cílem bylo zjistit prisuzované podstatné znaky jejich řídicí pozice třetím cílem zmapovat práci manažera s operativní skupinou. Cílem zkoumání byly názory oslovených respondentek na danou problematiku a také to, nakolik se ztotožňují s teorií a uplatňují ji v praxi. Cíle práce byly splněny.

Hypotéza č. 1 Pozici manažera ovlivňují horizontální a vertikální vztahy v systému. Oslovené manažerky základní linie si myslí, že jejich pozici mohou ovlivňovat vztahy v systému. Téměř polovina z celkového počtu dotázaných mají oporu ve vrchní sestře i primáři oddělení. 37% ze všech mají při své činnosti oporu ve vrchní sestře. Z odpovědí vyplývá, že ty, které cítí oporu při své práci, mají ji také při potřebě vzdělávání a sebezdokonalování. Vědí ale, že cílem asertivní komunikace je cesta k dosažení společného cíle a ujasnění si jasných pravidel. Podle odpovědí vztahujících se k hypotéze 2 o kvalitních vztazích manažera základní linie a jím řízených pracovníků, staví jistotu své pozice na vztahy horizontální. Vědí o možnostech ovlivňovat ze své pozice poskytování ošetrovatelské péče. Především tím že se budou snažit vytvářet podmínky pro úspěšnou práci týmu. Rozhodně se nespolehají jen na oporu ze strany svých nadřízených. V pozitivních výsledcích jejich týmu shledávají jistotou své pozic. *Hypotéza č. 1 byla potvrzena* na základě zjištěných výsledků. Pozici manažera ovlivňují vztahy v systému.

Hypotéza č. 2 Kvalitní vztahy manažera operativní linie a jím řízených pracovníků pozitivně ovlivňuje ošetrovatelskou péči. Spokojenost sester na pracovišti vyplývá ze vztahu mezi pracovníky a jejich nadřízenými. Při komunikaci se manažerky snaží rozumět tomu, co jim sestry sdělují a pokud se v názorech liší, snaží se vcítit do jejich myšlení a pochopit, proč mají rozdílný postoj. Pokud jim vytíženost v práci dovolí, většina z nich mluví i o nich samých, protože to podle nich posiluje vzájemné

vztahy. I jinak se snaží rozvíjet dobré vztahy se všemi pracovníky nebo alespoň s těmi, které jim poskytují zpětnou vazbu. Tato jejich snaha jít v čele stabilního týmu nepřímo ovlivňuje poskytování ošetrovatelské péče v pozitivním slova smyslu. *Hypotéza č. 2 byla potvrzena.* Kvalitní vztahy manažera operativní linie a jím řízených pracovníků pozitivně ovlivňují ošetrovatelskou péči.

Hypotéza č. 3 Stabilní tým vzniká na základě vytvoření funkční sítě neformálních sociálních a pracovních vztahů. Oslovené manažerky se podle zjištěných výsledků snaží se svým týmem vytvářet neformální pracovní a sociální vztahy. Stabilní tým se podle nich nevytvoří bez každodenní práce celého týmu. Jeho existence je potom závislá na ztotožnění se stanovenými pravidly hry a jednání a chování podle nich. *Hypotéza č. 3 byla potvrzena.*

Závěrem lze říci, že manažer základní linie jako člen multidisciplinárního týmu, má možnost ovlivnit ošetrovatelskou péči v pozitivním slova smyslu. Záleží to však na jeho osobnosti, na jeho motivaci k vynakládanému úsilí pečovat o potřeby nemocných lidí a na ochotě a vůli pečovat o tým, který pod jeho vedením poskytuje ošetrovatelskou péči. Diplomová práce by mohla být využita ke zprostředkování zjištěných informací na odborných seminářích manažerkám základní linie, které stojí v čele svých týmů. Může napomoci k lepšímu porozumění ve vztahu k řízeným pracovníkům. Protože pokud budeme rozumět problematice vedení a řízení lidí, budeme mít v tomto směru dostatek informací a budeme schopni ji pochopit, daleko lépe dokážeme vést. V tomto ohledu by se výsledky práce mohly stát podkladem pro poskytování informací o možnosti absolvování manažerského kurzu nebo manažerského specializačního studia manažerkám základní linie obecně.

7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. APPELTOVÁ, M. Management se zaměřením na pacienta. *Diagnóza*. Praha:2008, roč. 4, číslo 9, s. 4. ISSN 1801-1349.
2. BÁRTLOVÁ, S., CHLOUBOVÁ, I. Postavení sestry v multidisciplinárním týmu. *Kontakt*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích: 2009, roč. 11, č. 1, s. 252. ISSN 1212-4117.
3. BEDNÁŘOVÁ, J. Šikana na pracovišti. *Sestra*. Praha: 2009, roč. 19, č. 5. s. 19. ISSN 1210-0404.
4. BEDRNOVÁ, E., & NOVÝ, I., A KOLEKTIV. *Psychologie a sociologie řízení*. 3. vyd. Praha: Management Press, 798 s. ISBN 978-80-7261-169-0.
5. BĚLOHLÁVEK, F. *Desatero manažera*. 1 vyd. Praha: Computer Press, 2003. 90 s. ISBN 80-7226-873-2.
6. BĚLOHLÁVEK, F. *Jak vést svůj tým*. 1 vyd. Praha: Grada, 2008. 142 s. ISBN 978-80-247-1975-75.
7. BISCHOV, A. *Aktivní sebeřízení*. 1. vydání Praha: Grada, 2003. 120 s. ISBN 80-247-0647-4.
8. BITZANOVÁ, P. Zdravotník jako člen multidisciplinárního týmu. *Diagnóza*. Praha: 2007, roč. 3, č. 9, s. 348. ISSN 1801-1349.
9. DAIGELER, T. *Vedení lidí v kostce*. 1 vyd. Praha: Grada, 2008. 112 s. ISBN 978-80-247-2158-3.
10. FARKAŠOVÁ, D. *Ošetrovatelstvo-teoria*. 1 vydání Martin: Osveta, 2001. 134 s. ISBN 80-8063-086-0.
11. GLADKIJ, I. A KOLEKTIV. *Management ve zdravotnictví*. 1 vyd. Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.
12. GOLEMAN, D. *Práce s emoční inteligencí*. 1. vyd. Praha: Columbus, 2000. 366 s. ISBN 80-7249-017-6.
13. GROHAR, M. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. 1 vyd. Praha: Grada, 320 s. ISBN 80-247-0267-3.
14. HÁJEK, K. *Práce s emocemi pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006, 113 s. ISBN 80-7367-1077.

15. JOBÁNKOVÁ, M. *Kapitoly z psychologie*. 3. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 225 s. ISBN 80-7013-390-2.
16. KILÍKOVÁ, M., NEMČOKOVÁ, A. Management kvality ošetrovateľskej starostlivosti (1. časť). *Ošetrovateľstvo a kvalita*. Bratislava: 2006. ročník 5, č. 4-5, s. 24-25. ISSN 1335-9444.
17. KILÍKOVÁ, M., NEMČOKOVÁ, A. Manažment kvality ošetrovateľskej starostlivosti (2. časť). *Ošetrovateľstvo a kvalita*. Bratislava: 2006. ročník 5, č. 6-7, s. 22-23. ISSN 1335-9444.
18. KOLAJOVÁ, L. *Týmová spolupráce: jak efektivně vést tým pro dosažení nejlepších výsledků*. 1 vyd. Praha: Grada, 2006. 112 s. ISBN 80-247-1764-6.
19. KOLEKTIV AUTORŮ. Přel. S. Šenclová. *Průvodce ošetrovateľskou dokumentací od A do Z*. 1 vyd. Praha: Grada, 2002. 392 s. ISBN 80-247-0278-9
20. KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1 vyd. Praha: Grada, 2004. 78 s. ISBN 80-247-0784-5.
21. LINDA, D. *Theilans critical care nursing: diagnosis and management*. Mosby inc. 2006. 1247 s. ISBN 0323032486.
22. LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně*. 1 vyd. Praha: Grada, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
23. MARKOVÁ, E., EISLEROVÁ, I. Řídící proces na úrovni staničních sester. *Sestra*. Praha: 2001, roč. 1, č. 7/8, s. 28-29. ISSN 1210-0404X.
24. MARKOVÁ, E. Vzdělávání staničních sester. *Sestra*. Praha: 2005, roč. 15, č. 1. s. 27. ISSN 1210-0404.
25. MARX, D., VLČEK, F. *Národní akreditační standardy pro nemocnice*. 2. vyd. Praha: Tigris, 2008. 103 s. ISBN 978-80-903750-6-2.
26. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovateľství I*. 1 vyd. Praha: Karolinum, 2005. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
27. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovateľství II*. 1 vyd. Praha: Karolinum, 2004. 160 s. ISBN 80-246-0428-0.
28. MASTILIAKOVÁ, D. Kvalita ošetrovateľské péče (1 část). *Ošetrovateľství*.

- Ostrava: 2001, roč. 3, č. 3/4, s. 69-73. ISSN 1212-723X.
29. MASTILIAKOVÁ, D. Kvalita ošetrovatelské péče (2 část). *Ošetrovatelství*. Ostrava: 2002, roč. 4, č. 1/2, s. 9-17. ISSN 1212-723X.
30. MERHOUTOVÁ, I. Celoživotní vzdělávání není pouze o kreditních bodech. *Sestra*. Praha: 2008, roč. 18, č. 10, s. 10. ISSN 1210-0404.
31. MIKULÁŠTIK, M. *Manažerská psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1349-6.
32. MULLEROVÁ, N. Sestra v roli auditorky. *Florence*. Praha: 2006, roč. 2, č. 7-8. s. 27. ISSN 1801-464X.
33. PANTELEITOVÁ, J. Dovolte, abychom se představili: Mentor a tutor. *Florence*. Praha: 2006. Ročník 2, č. 2, s. 56. ISSN 1801-464X.
34. PLAMÍNEK, J. *Synergický management*. 1. vyd. Praha: Argo, 2000. 328 s. ISBN 80-7203-258-5.
35. POSKOČILOVÁ, K. E-learningové vzdělávání sester. *Florence*. Praha: 2007, roč. 3, č. 2, s. 86. ISSN 1801-464X.
36. RICHARDS, A., SCHARON, E. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. Přel. S. Šenclová. 1 vydání. Praha: Grada, 2004. 376 s. ISBN 80-247-0932-5.
37. STAROŠTÍKOVÁ, A. Politická asertivita v ošetrovatelství. *Sestra*. Praha: 2008, roč. 18, č. 10, s. 17. ISSN 1210-04.04.
38. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 13*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských oborů, 2003. 67 s. ISBN 80-7013-388-0.
39. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 11*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských oborů, 2002. 78 s. ISBN 80-7013-368-6.
40. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1 vyd. Praha: Advent Orion, 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.
41. ŠKOCHOVÁ, D. Dobrý lídr umí komunikovat o své vizi. *Florence*. Praha: 2006, roč. 2, č. 2, s. 57-61. ISSN 1801-464X.
42. ŠKOCHOVÁ, D. Jak se stát dobrým lídrem. *Florence*. Praha: 2007, roč. 3, č. 6, s. 281. ISSN 1801-464X.
43. ŠKOCHOVÁ, D. Sestra v roli niterného lídra. *Florence*. Praha: 2006, roč. 2, č.

- 10, s. 44. ISSN 1801-464X.
44. ŠKUBOVÁ, J. Dělat dobře nestačí. *Florence*. Praha: 2006, roč. 2, č. 10, s. 51. ISSN 1801-464X.
45. ŠKUBOVÁ, J. Být sestrou znamená učit se. *Florence*. Praha: 2006, roč. 2, č. 5, s. 42. ISSN 1801-464X.
46. ŠKUBOVÁ, J. Komunikace pevné ruky a důvěry. *Florence*. Praha: 2006, roč. 2, č. 4, s. 58. ISSN 1801-464X.
47. ŠKUBOVÁ, J. Kolektiv tuží staniční a vrchní sestry. *Florence*. Praha: 2008, roč. 4, č. 2. s. 80. ISSN 1801-464X.
48. TEGZE, O. *Neverbální komunikace*. 1 vyd. Praha: Computer Press, 2003. 482 s. ISBN 80-7226-429-X.
49. TUČEK, J. CHODURA V. *Psychiatrie*. 3. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2005. 90s. ISBN 80-7040-786-7.
50. VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. 1.vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2004. ISBN 80-246-0015-3.
51. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. 143 s. ISBN 80-247-1262-8.
52. VONDRÁČEK, L. *Právní předpisy nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 100 s. ISBN 80-247-1198-2.
53. WORKMAN, B. *Klíčové dovednosti sester*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 260 s. ISBN 80-247-1714-X.
54. VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3. vyd. Praha: Portál, 2003. 400s. ISBN 80-7178-740-X.
55. ZIELKE, CH. *Nejčastější chyby manažerů a jak se jim vyhnout*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 128 s. ISBN 80-247-1815-4.

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Manažer

Tým

Možnosti

Vztahy

Ošetrovatelská péče

9. PŘÍLOHY

Příloha 1 Dotazník pro manažerky základní linie

Příloha 2 Pracovní náplň staniční sestry

Příloha 3 Pracovní náplň vrchní sestry

Příloha č. 1

Dotazník pro manažerky základní linie

Jmenuji se Ivana Vachtová, jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studia ZSF JU studijní obor Ošetrovatelství. Chtěla bych Vás touto cestou poprosit o spolupráci na mé diplomové práci, na téma **Manažer základní linie jako člen multidisciplinárního týmu a jeho možnosti v ovlivnění ošetrovatelské péče.**

Vyplněním tohoto dotazníku mi pomůžete k dalšímu zpracování mé práce. Po přečtení prosím označte správnou odpověď křížkem. Za vyplněný dotazník Vám děkuji.

1. Jste:

- muž
- žena

2. Jaké je Vaše nejvyšší dokončené vzdělání?

- středoškolské
- vyšší odborné
- vysokoškolské
- v současné době studuji na.....

3. Absolvovala jste manažerské specializační studium?

- ano
- ne
- absolvovala jsem manažerský kurz

4. Jaká je délka Vaší praxe ve funkci staniční sestry?

- 1 -4 let
- 5 – 10 let
- 11 – 14 let
- 15 a více let

5. Myslíte si, že je pro úspěšnost Vaší pozice důležité uvědomění si svých kladů a záporů?

- ano
- ne
- důležité je uvědomění si kladů, záporů a silných a slabých stránek

6. K nejlepším na pracovišti podle Vás patří ti, kteří jsou schopni:

- hodnotit druhé lidi
- hodnotit objektivně sami sebe

- hodnotit sebe kladně
- hodnotit sebe sama negativně

7. Úspěšný manažer potřebuje vědět:

- jak se jeví z pohledu druhých
- chce vědět, jak se jeví svému nadřízenému
- chce znát odezvu vlastních činů

8. Z hlediska postoje k práci je pro schopného manažera důležitá motivace a snaha o výkonnost:

- ano
- ne
- nevím

9. Myslíte si o sobě, že jste úspěšný manažer?

- ano
- nevím, ale pracuji na sobě
- ne
- nevím

10. Je podle Vás důležité, aby byl manažer fyzicky a psychicky zcela zdravý?

- ano
- nevím

11. Potřebuje manažer ke své práci podporu partnera (rodiny)?

- ano, potřebuje mít dobré sociální zámezí
- nepotřebuje
- nevím

12. Je pro práci manažera důležitá stabilita a schopnost snášet zátěž?

- ne
- ano
- nevím

13. Z hlediska intelektu jsou pro úspěšného manažera důležité především:

- analytické myšlení
- plánování a organizační schopnosti
- vysoké IQ

14. Vyberte vlastnosti, které jsou nutné pro úspěšnost manažera

- představitost a nápaditost
- autoritativní jednání
- schopnost rychle se rozhodovat bez ohledu na názor druhých

- iniciativa a rozhodnost

15. Člověk s vysokým IQ je podle Vás

- nejvhodnějším kandidátem na manažera
- vysoké IQ znesnadňuje sociální kontakt
- může komplikovat možnost domluvit se s lidmi

16. Myslíte si, že je pro jednání s lidmi důležité být společenský a přátelský?

- ano
- ne
- nevím

17. Umíte přesvědčovat ostatní?

- ano
- ne
- myslím, že ano
- neumím posoudit

18. Mluvíte se svými sestrami o problematických oblastech v jejich činnostech?

- ano
- ne
- někdy ano

19. Respektujete své sestry v případě odlišnosti jejich osobnosti (projevů, vlastností)?

- ne, vyžadují absolutní poslušnost
- přemýšlím o jejich názorech, postojích a potom se rozhodnu
- ano respektuji, ale vyžadují perfektní péči

20 Sestry ve službě:

- nechávám zapojit jejich emocionální projevy a pocity
- chci, aby jednaly racionálně a vysoce účelně
- respektuji jejich pocity, ale chci, aby jednaly racionálně a účelně

21. Sestry na Vašem oddělení vedete tak, aby:

- pracovaly každá na svém úkolu
- pracovaly na svém úkolu a navzájem spolupracovaly
- aby si navzájem pomáhaly a doplňovaly se

22. Písemné a ústní hlášení si na Vašem oddělení předáváte:

- sestra ve službě si přebírá svůj úsek, své úkoly
- sestry přijímají kromě svého úseku hlášení o všech pacientech

- hlášení přebíráme všichni společně a zároveň si sestavujeme plán činností

23. Informace získané o sestřích:

- používám i v širších souvislostech výkonu mé řídicí činnosti
- vycházím z nich při jednání s nimi
- soukromé informace o podřízených sestřích pro svou řídicí činnost nepotřebuji

24. Své působení na sestry vážete především:

- na svou mocenskou pozici
- na svůj osobní příklad
- na schopnost přesvědčovat druhé

25. Jaký používáte komunikační styl?

- zastávám teorii „sjednot' a ved'”
- jsem ochotná respektovat názory svých sester
- vyjádřím svůj názor a sestry musí poslechnout
- držím se zásady „rozděl a panuj”

26. Jste ochotna ve svém týmu hovořit se sestrami o nich samých?

- ano jsem, zajímám se o jejich soukromý život
- snažím se
- k žádné z nich nemám hlubší vztah
- až na malé výjimky, nemám k nim hlubší vztah

27. Spokojenost sester na pracovišti podle vás vyplývá především:

- z výše platu
- ze vztahu mezi kolegyněmi
- ze vztahu mezi pracovníky a jejich nadřízeným

28. Při komunikaci se sestrami se zaměřujete: (možnost více odpovědí)

- pouze na záležitosti s plněním pracovních úkolů
- na podporu zájmu o organizační dění
- snažím se vcítit do jejich pocitů
- snažím se rozumět tomu, co mi sdělují

29. Pokud se názor člena týmu liší od Vašeho:

- snažíte se vcítit do jeho myšlení a pochopit, proč má rozdílný postoj
- zvolíte kompromis
- rozhodnu podle svého, je to má odpovědnost

30. Myslíte si, že vaši pozici manažera mohou ovlivňovat vztahy v systému?(na pracovišti)

- ano
- ne
- nevím

31. Jaké prostředky využíváte k ovlivnění sester ve skupině především?

- příkazy
- prosby
- komunikaci (diskusi)

32. Žertujete někdy při komunikaci se sestrami?

- ano žertuji ve snaze odlehčit situaci
- tomuto způsobu komunikace se vyhýbám
- nežertuji, může vzniknout nedorozumění, které ohrozí vzájemné vztahy

33. V komunikaci se sestrami se zaměřujete:

- jen na záležitosti související s plněním pracovních úkolů
- také na záležitosti organizačního dění
- pokud nám vytíženost dovolí, mluvíme i o nich samých, posiluje to vzájemné vztahy

34. Cítíte při Vaší práci podporu ze strany středního managementu?

- mám oporu ve vrchní sestře
- ano, mám oporu ve vrchní sestře i v primári oddělení
- nejsem si tím jistá
- ne

35. Mají podle vás kvalitní vztahy manažera a jím řízených pracovníků vliv na kvalitu ošetrovatelské péče?

- ano, jedině stabilní a sehraný tým může poskytovat kvalitní péči
- ano, rozhádaný tým se věnuje spíše řešení konfliktů, než péči o pacienta
- ne, poskytovaná péče nezávisí na vztazích

36. Dobré pracovní vztahy se snažíte rozvíjet:

- se všemi pracovníky
- s těmi, kteří mi poskytují zpětnou vazbu
- nezáleží mi na vztazích s pracovníky

37. Z moci své funkce působíte na skupinu sester tak, aby:

- byly disciplinované
- dosáhly vysokého stupně modelového chování
- samy zvyšovaly svůj potenciál k řízení sebe sama
- snažím se je přesvědčit o správnosti svého hlediska

38. Pracuje-li tým podle vašich představ:

- kladně hodnotíte jednotlivce
- nehodnotím, je to jejich povinnost
- odměňujete tým jako celek

39. Jak může manažer ze své pozice ovlivnit poskytování ošetrovatelské péče především?

- bude-li rozvíjet úroveň sebeřízení a sebeorganizaci týmu
- pokud bude vytvářet podmínky pro úspěšnou práci týmu
- pokud budou podřízení dělat přesně to, co jim řekne
- pokud bude mít především oporu ve svých nadřízených

40. Cílem asertivní komunikace je podle Vás:

- dosažení přijatelného kompromisu
- určení si jasných pravidel
- upevnění si své moci
- cesta k dosažení společného cíle

41. V pracovní době se zdržujete:

- převážně ve své kanceláři
- na oddělení kontrolujete práci sester
- pracujete se svými podřízenými

42. Podporuje Vás střední management ve Vaší potřebě sebezdokonalování a vzdělávání?

- v tomto ohledu mě podporuje pouze vrchní sestra
- v tomto ohledu mě podporuje vrchní sestra i primář oddělení
- nejsem si tím jistá
- nepodporuje

43. Jak si vysvětlujete pojem stabilní tým?

- je to tým, který nestojí pouze na pracovních vztazích
- je to tým, který se nemění
- je to tým, ve kterém panuje soudržnost mezi jednotlivými členy
- je to tým mající stabilní počet členů

44. Jak podle vás vznikne stabilní tým?

- vytvoří jej manažer
- vytvoří jej sestry samy mezi sebou
- nevytvoří se bez každodenní práce celého týmu

45. Stabilní tým je podle Vás vázán na:

- spokojenost sester
- vytvoření neformálních vztahů v týmu
- motivaci sester k práci
- počtu sester na ošetrovací jednotce
- ztotožnění se stanovenými pravidly hry a jednání a chování podle nich

46. Sestry pracující ve stabilním týmu podle vás:

- navzájem se podporují a energetizují
- doladují své myšlenky a efektivně je realizují
- pracují stejně jako v jiném týmu

47. Máte jako manažer zkušenost s tím, že by rozhádaný tým poskytoval méně kvalitní ošetrovatelskou péči?

- mám takovou zkušenost
- takovou zkušenost nemám
- nejsem si toho vědoma

48. Pokud kolektiv Vašich sester řeší konflikty mezi sebou:

- řeší sestry konflikt na úkor péče o pacienty
- odrazí se to v komunikaci sester s pacienty
- pacienti takovou situaci nepocítí
- konflikty se v kolektivu mých sester prakticky nevyskytují

49. Pracujete jako manažer ve stabilním týmu?

- ano
- ne
- nedokážu posoudit

Příloha č. 2
Pracovní náplň staniční sestry

Pracovní náplň

Jméno, příjmení, titul:

Osobní číslo:

Název funkce: staniční sestra

Registrovaná(ý):

Číslo osvědčení:

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

Organizační vztahy:

- zaměstnanec je podřízen: primáři oddělení, vrchní sestře,

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

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

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

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

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

I.

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

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

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

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

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

Při výkonu povolání všeobecné sestry pod odborným dohledem lékaře:

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

DOPLŇUJÍCÍ ÚKOLY

Sestra pro intenzivní péči

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

Bez odborného dohledu a bez indikace lékaře:

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

Bez odborného dohledu na základě indikace lékaře:

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

Pod odborným dohledem lékaře:

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

Pod přímým vedením lékaře:

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

II.

Činnosti zdravotnického pracovníka se získanou specializovanou způsobilostí

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

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

Bez odborného dohledu a bez indikace lékaře:

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

Na základě indikace lékaře:

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

III.

Řídící a organizační činnosti

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

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

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

(Zdroj: Nemocnice České Budějovice a.s.)

Příloha č. 3
Pracovní náplň vrchní sestry

Pracovní náplň

Jméno, příjmení, titul:

Osobní číslo:

Oddělení: Oddělení úrazové a plastické chirurgie

Název funkce: vrchní sestra

Registrovaná(y):

Číslo osvědčení:

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

Organizační vztahy:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Při výkonu povolání všeobecné sestry pod odborným dohledem lékaře:

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

II.

Činnosti zdravotnického pracovníka se získanou specializovanou způsobilostí

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

Bez odborného dohledu a bez indikace lékaře:

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

Na základě indikace lékaře:

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

III.

Řídící a organizační činnosti

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

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

DOPLŇUJÍCÍ ÚKOLY

Sestra pro intenzivní péči

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

Bez odborného dohledu a bez indikace lékaře:

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

Bez odborného dohledu na základě indikace lékaře:

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

Pod odborným dohledem lékaře:

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

Pod přímým vedením lékaře:

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

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

(Zdroj: Nemocnice České Budějovice a.s.)