

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

## **Bezpečnostní kultura na oddělení**

bakalářská práce

Autor práce: Petra Drkošová  
Studijní program: Ošetrovatelství  
Studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Ing. Iva Brabcová Ph.D.

Datum odevzdání práce: 14.8.2013

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) 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 fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne (datum)

.....

(jméno a příjmení)

### **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat Ing. Ivě Brabcové Ph.D. za její ochotu a trpělivost při konzultacích mé bakalářské práce. Poděkování patří také vedení nemocnice IKEM Praha za umožnění provést výzkumné šetření a respondentům za čas věnovaný vyplnění dotazníku.

## **ABSTRAKT – Bezpečnostní kultura na oddělení**

**Současný stav:** Bezpečnostní kulturou lze nazvat soubor opatření, jimiž je možné zvýšit bezpečí pacienta v léčebné a ošetrovatelské péči. Tato činnost je rozvíjena jednotlivci nebo organizacemi se záměrem ochránit pacienta před újmou na zdraví jako následku selhání systému péče (24).

**Předmět:** Hlavním záměrem šetření bylo zmapování vztahu mezi úrovní organizační kultury ve sledovaných oblastech (komunikace, styl vedení) a bezpečností poskytované péče.

**Metodika:** Zpracování empirické části bakalářské práce bylo vypracováno na základě použití kvantitativní metody výzkumu – sběru dat pomocí dotazníku. K vyhodnocení stylu vedení staniční sestry a otázek zabývajících se komunikací v týmu bylo použito modifikovaných otázek standardizovaného dotazníku dle Kollárika a spol. *Škála sociálnej atmosféry v skupine* (35). V tvrzeních zkoumajících kulturu bezpečí, byly zčásti zastoupeny otázky metodiky AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality (36), české verze překladem Filka a Kotrbová (37). Výzkumné šetření probíhalo v dubnu 2013 v nemocničním zařízení IKEM (Institut klinické a experimentální medicíny) v Praze. Získaná data byla podrobena statistické analýze pomocí programu SPSS 16.0. Pro statistické testování byl zvolen Personův chí kvadrát test a neparametrická korelace - Spearmanovo r.

**Výzkumný soubor:** Šetření se zúčastnili sestry a zdravotničtí asistenti pracující na standardních odděleních, odděleních intenzivní péče a odděleních resuscitační péče nemocnice IKEM v Praze. Z celkového počtu 160 rozdaných dotazníků bylo navráceno 118 (100 %) vyplněných dotazníků. Návratnost byla tedy 73,8 %.

**Výsledky:** Záměrem výzkumného šetření bylo vyhodnotit vztah mezi stylem vedení staniční sestry, komunikací v týmu a bezpečnou péčí o pacienty. Z výsledků šetření v oblasti komunikace vyplynulo pozitivní vyjádření sester ke včasnosti předávání nových důležitých poznatků, hůře dopadla systematicklost a pravidelnost předávání informací. K hodnocení efektivnosti komunikace v ošetrovatelském týmu se kladně vyjádřilo 45,8 % sester a možnost diskuze připouští 68,6 % sester. Dodržování pravidel slušného chování a pravidla diskretnosti se zdají být samozřejmostí. Důležité je

respektování rozdílných názorů a vzájemné naslouchání v týmu. Šikana na pracovišti není bohužel výjimečná. Je pozitivní, v souvislosti s bezpečnou péčí o pacienty, že se sestry nebojí požádat kolegy o radu.

Při prosazování stylu vedení orientovaného na lidi se staniční sestra zajímá o členy týmu nejen po stránce profesní, ale i po stránce lidské. Připouští diskuzi o zadaných úkolech, respektuje názor kolektivu a jednotlivce na nové informace. Mezi pozitivní charakterové vlastnosti rozhodně řadíme empatii, kterou dle respondentů staniční sestry disponují a zajímají se také o problémy jednotlivých sester. Je přínosné, a pro staniční sestry dobrou vizitkou, že sestry vnímají jejich hodnocení jako spravedlivé.

Mezi základní pravidla bezpečné péče řadíme hygienu rukou u zdravotnického personálu a jednoznačnou identifikaci pacienta. Hygiena rukou je nejjednodušší prevencí nemocničních nákaz, kterou mají zdravotníci dle zákona dodržovat a dle odpovědí také dodržují. Co lze zlepšit při preferování bezpečné péče je podání léku na základě ordinace po telefonu, podávání generických léčiv bez opravy v ordinacích. Do odstranění těchto nedostatků musí být zapojeni lékaři. Velmi pozitivní je přístup sester k nahlášení nežádoucí události, kdy by téměř všichni respondenti (98,3 %) neváhali pochybení nahlásit bez ohledu na přístup vedení oddělení. Dle názoru sester se vedení oddělení o pochybení zajímá, sestry jsou informovány o chybách, které se na oddělení stanou a probíhá diskuze o možnostech prevence opakujících se chyb.

**Závěry:** Z výsledků šetření vyplývá, že bezpečná péče je ošetrovatelským personálem vnímána pozitivně. Důležité je, aby byla idea přijímána a podporována vedením oddělení a zdravotnického zařízení. Sestry vnímají svoji přímou nadřízenou kladně. Snaha o předcházení komunikačních omylů v kolektivu vede přes vstřícnost a naslouchání.

**Klíčová slova:** sestra; styl vedení; komunikace; bezpečnostní kultura; bezpečná péče

## **ABSTRACT – Safety culture at the department**

***The present state:*** Safety culture is a package of measures increasing safety of a patient in a health resort and in nursing care. These activities are implemented by individuals or organisations with the aim of protecting patient from damage to health, resulting from failure of care (24).

***Subject:*** The main purpose of investigation was surveying relations of the level of organisation culture in relation to domains of interest (i.e., communication, style of leadership) and safety of nursing care.

***Methodics:*** The empirical part of the bachelor's thesis was done with the use of quantitative method of research – data collecting by questionnaire. Evaluation of the style of leadership of the head nurse and questions applied to communication in team was undertaken with the use of modified questionnaire following Kollárik et al. *Range of social atmosphere in a group* (35). In statements exploring the culture of safety were included questions adopted from AHRQ methodics - Agency for Healthcare Research and Quality (36), Czech translation by Filka and Kotrbová (37). The research was conducted in April 2013 in the IKEM hospital (Institute of clinical and experimental medicine) in Prague. The data obtained were processed by statistical analysis with the use of SPSS 16.0 programme. Person's  $\chi$  (chi) square test and non-parametric correlation – Spearman's  $\rho$  (ro) were used in statistical testing..

***The investigation set:*** Nurses and nursing assistants employed at standard departments, sections of intensive care and resuscitation care in the IKEM hospital in Prague. Out of the total of 160 distributed questionnaires, 118 completed pieces were obtained. The return rate was thus 73.8 %.

***Results:*** The aim of the research was evaluation of relations among the head nurse leadership, communication in team, and safe care of patients. The results of research concerning communication indicate positive evaluation of nurses as to timely distribution of important informations; somewhat worse were results concerning systematic and timely distribution of information. As to rating of effective communication in the team of nurses, 45.8 % of nurses responded positively and 68.6 % of nurses mentioned possibility of discussion. Compliance with rules of correct

behaviour and discreteness seem to be matter of course. Important is respect to differences in opinion and mutual perception in the team. Unfortunately, chicane at the workplace is not an exception. A positive feature is that nurses are not afraid to ask colleagues for advice if patient safety is concerned.

In implementation of leadership style in relation to patients head nurse is interested in members of team not only as to professional aspects but also as to personal aspects of nurses. She accepts discussion about about tasks, considers opinions of members of the team as well as individual nurses as to new information. Empathy is a positive character quality of a head nurse and she takes interest concerning problems of individual nurses. It is beneficial and a good characteristics of a head nurse if other nurses consider her evaluation as rightful.

Among basic rules of safe care belongs hygiene of hands with the nursing personal and safe identification of a patient. Hands hygiene is the simplest prevention of hospital infection, which hospital personal must keep according to law and which they comply with, according to responses. There is possibility of improvement in application of safe care serving medicine as ordered by phone information and serving generic medicine without correction in consulting room. Doctors should be involved in removing these shortcomings. Highly positive is the approach of nurses in reporting an adverse event; nearly all respondents (98.3 %) would not hesitate to report, disregarding the opinion of the head nurse. According to opinion of nurses, head nurse is interested in adverse events and nurses are informed about mistakes which occur at the department, and discussion on prevention of repeated mistakes takes place.

**Conclusions:** From the results of research follows that safe care is considered by personal positively. It is important that this idea is accepted and supported by head nurse and leadership of the hospital. The nurses percept the head nurse in a positive way. Effort in preventing communication mistakes in the team should include empathy and listening.

**Key words:** nurse; leadership style; communication; safety culture; safe care

## Obsah

ÚVOD.....	11
1 SOUČASNÝ STAV .....	12
1.1 Organizační kultura.....	12
1.1.1 Prvky organizační kultury.....	12
1.1.2 Specifika zdravotnické organizační kultury .....	13
1.2 Zdravotnický tým.....	13
1.2.1 Ošetrovatelský tým .....	13
1.2.2 Všeobecná sestra.....	14
1.2.3 Zdravotnický záchranář .....	15
1.2.4 Zdravotnický asistent.....	15
1.2.5 Ošetrovatel .....	16
1.2.6 Sanitář .....	16
1.3 Ošetrovatelský management .....	17
1.3.1 Osobnost sestry manažerky .....	18
1.3.2 Formální a neformální vůdce.....	19
1.3.3 Styly vedení .....	19
1.3.3.1 Základní styly vedení.....	19
1.3.3.2 Teorie manažerské mřížky.....	20
1.3.3.3 Styl vedení orientovaný na osobu.....	21
1.3.3.4 Styl vedení orientovaný na činnost.....	21
1.3.3.5 Efektivní styl vedení .....	22
1.4 Komunikace .....	22
1.4.1 Efektivní komunikace .....	24
1.4.2 Neefektivní, kontraproduktivní komunikace .....	24
1.4.3 Komunikace v ošetrovatelském týmu.....	25
1.4.4 Komunikace jako funkce manažera.....	26
1.4.5 Úskalí komunikace v ošetrovatelském týmu .....	26
1.5 Bezpečnostní kultura.....	27
1.5.1 Filozofie organizace se zavedenou bezpečnostní kulturou.....	28



1.5.2 Hlášení omylů a pochybení.....	29
1.5.3 Management rizik typických pro ošetrovací jednotky.....	30
1.5.3.1 Riziko pádů .....	31
1.5.3.2 Medikační omyly .....	31
1.5.3.4 Riziko nozokomiálních nákaz.....	34
2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY .....	36
2.1 Cíl práce.....	36
2.2 Hypotézy .....	36
3 METODIKA .....	37
3.1 Použité metody .....	37
3.2 Charakteristika výzkumného souboru .....	38
4 VÝSLEDKY .....	39
4.1 Statistické třídění I. stupně ( popisná statistika) .....	39
4.2 Statistické testování získaných dat .....	63
5 DISKUZE .....	68
6 ZÁVĚR .....	74
6.1 Doporučení pro praxi .....	74
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....	76
8 PŘÍLOHY .....	81

## **SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK**

IKEM	Institut klinické a experimentální medicíny
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
NU	Nežádoucí událost
NN	Nozokomiální nákaza
ÚZIS ČR	Ústav zdravotnické informatiky a statistiky České republiky

## ÚVOD

Pocit bezpečí patří mezi základní potřeby každého jedince. Často si to bohužel uvědomíme pozdě. Při pohledu na telefonujícího řidiče auta si nedokáží odpustit otázku, zda řešený problém nesnese odkladu. Vždyť stačí jen okamžik nepozornosti a řidič může změnit život nemalé skupiny lidí.

Bezpečí pacienta při ošetření či pobytu v nemocnici je světově diskutované téma současnosti. Během doby poskytování zdravotní péče je způsobena újma na zdraví osmi až dvanácti procentům pacientů přijatých do zdravotnického zařízení. Česká republika se svými výsledky jistě neliší od ostatních států Evropské unie či světa. Domácí i zahraniční instituce vydaly soubory opatření, díky nimž se podněcuje snaha o zlepšení kultury bezpečí. Jde o dlouhodobý proces, do kterého je nutné aktivně zapojit jak odbornou, tak i laickou veřejnost. V ideálním případě by snahy došly do bodu, v němž by byla kultura bezpečí vnímána všemi zúčastněnými jako priorita (1).

Téma bezpečí pacientů mne oslovilo na první pohled. Jako sestra pracující u lůžka na oddělení intenzivní péče se denně setkávám se situacemi, které by mohly vést k ohrožení bezpečí pacienta. Sestry denně pracují pod určitým napětím, při kterém lze chyby udělat. Důležité je uplatňovat takový systém práce a komunikace v týmu, aby k nežádoucím situacím docházelo ve zcela výjimečných případech.

Podíl na bezpečné péči má jistě i styl vedení staničních sester. Jestliže je vedení nakloněno prosazování bezpečné péče o pacienty a jejich styl vedení neodrazuje ošetřující personál nahlásit případná pochybení, dochází k pozitivním změnám v oblasti bezpečí pacientů.

Rozhodla jsem se tedy ve svém výzkumném šetření zjistit, jak sestry našeho zdravotnického zařízení hodnotí styl vedení staničních sester, komunikaci v týmu a bezpečnou péči o pacienty. Vždyť o pacienty a o jejich bezpečnou péči jde nám sestrám především.

# 1 SOUČASNÝ STAV

## 1.1 Organizační kultura

Pojem organizační kultura, nebo též podniková či firemní, lze překladem Lukášové (2) charakterizovat jako: „ Sdílené filozofie, ideologie, hodnot, názorů, očekávání, postojů či norem...., které odhalují implicitní či explicitní skupinový souhlas s tím, jak rozhodovat a řešit problémy: jako způsob, jak se věci u nás dělají (3, s.5)“.

Organizační kulturu charakterizuje řada zvyků a rituálů, které se staly postupem času normou členů organizace. Jde o způsob, jakým se v nemocnici či na oddělení pracuje. Podstatou je skupina vzorců chování, jednání, hodnot, norem pomáhající lidem k vyrovnání se s problémy a adaptací na nové situace v zaměstnání. Pokud je systém kultury funkční, je schopen docílit požadovaného jednání i u nových pracovníků. Ti jej považují za samozřejmý. Většina organizací uplatňuje vlastní „Kodex zaměstnance“, který vystihuje požadované principy organizační kultury. Tato kultura též zajišťuje kontinuitu, koordinaci a kontrolu v organizaci. Zaměstnanci respektují obecné principy chování, které nevyvolávají nežádoucí konflikty. Dochází tak k podpoře pracovní spokojenosti a emocionální pohodě. Organizační kulturu lze vyhodnotit pomocí dotazníků rozdaných pracovníkům (4, 5, 6).

### 1.1.1 Prvky organizační kultury

Za prvky organizační kultury lze považovat základní předpoklady, názory, hodnoty, normy, postoje a artefakty. Do základních předpokladů lze zahrnout prostředí, povahu a chování člověka, mezilidské vztahy. Hodnoty a normy představují zásady, pravidla a standardy jednání. Hodnoty jsou základním jádrem organizační kultury. Postoje je možné rozdělit na negativní nebo pozitivní pocity, které se týkají osob, věcí, událostí či problémů. Mezi artefakty patří řeč, obřady, rituály, logo, oblečení. Ve zdravotnických zařízeních lze do této kategorie zařadit i historické označení pracovních funkcí, např.

přednosta, hlavní sestra, primář. Specifická je i řeč zdravotníků, kterou laik v podstatě hodnotí jako „ odborný jazyk“ (2, 4, 6, 7).

### **1.1.2 Specifika zdravotnické organizační kultury**

Protože zdravotnická zařízení patří ke specifickým zařízením, tak i organizační kultura je charakteristická svými zvyky a rituály, které se liší od ostatních komerčních organizací. Veřejnost je citlivá na problémy týkající se zdravotnických zařízení a zdravotní péče. Zajímá se o jejich provoz, dostupnost i financování. Zdravotnictví představuje obor, ve kterém se jeho zástupci musí celý svůj profesionální život vzdělávat. Tato práce je vysoce odpovědná a klade mimořádné etické požadavky na každého jedince. Je také mimořádně psychicky i fyzicky náročná. Ve zdravotnické kultuře se klade důraz na laskavost, spravedlnost, nestrannost a respekt. Nesprávná rozhodnutí mohou být nevratná a mohou také ohrozit pacienta a jeho okolí na celý život (4, 5).

## **1.2 Zdravotnický tým**

Zdravotnický tým je skupina zdravotnických pracovníků s různou kvalifikací a různým odborným vzděláním. Patří sem lékaři, sestry, fyzioterapeuti, nutriční terapeuti, psychologové, rentgenoví laboranti, sanitáři a další profese. Tým je multidisciplinární. Každý člen má v rámci svých kompetencí přidělenou činnost a právní zodpovědnost. Společným cílem zdravotnického týmu je jeho profesionální chod a hlavně uzdravený a spokojený pacient (8).

### **1.2.1 Ošetřovatelský tým**

Ošetřovatelský tým je součástí týmu zdravotnického. Do ošetřovatelského týmu patří například všeobecné sestry, zdravotničtí záchranáři, zdravotničtí asistenti, ošetřovatelé a všeobecní sanitáři. Kompetence jednotlivých členů týmu jsou zakotveny v legislativě,

dle zákona č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznání způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání v platném znění (9) a dále pak v předpisu č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (10). Členové týmu také zachovávají mlčenlivost o skutečnostech jim svěřených, nebo o skutečnostech, které se dozvěděli při výkonu svého povolání dle zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (11).

Ošetrovatelský tým poskytuje ošetrovatelskou péči, která je souborem odborných činností zaměřených na udržení, podporu a navrácení zdraví. Patří sem uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb vzniklých s rozvojem nemoci a navrácení soběstačnosti pacientovi. Ošetrovatelskou péči můžeme rozdělit na základní, specializovanou a vysoce specializovanou. Liší se mírou poskytované péče na základě zajištění potřeb pacientů (8).

Základní péče je poskytována pacientům jejichž základní životní funkce jsou bez patologických změn nebo jsou stabilizovány. Jejich zdravotní stav jim však neumožňuje provádět běžné denní aktivity. Specializovanou péči poskytujeme pacientům, kterým hrozí riziko narušení základních životních funkcí. Vysoce specializovaná péče se poskytuje pacientům, u kterých dochází nebo hrozí selhání základních životních funkcí (8).

### **1.2.2 Všeobecná sestra**

Všeobecná sestra poskytuje přímou ošetrovatelskou péči. Je absolventkou kvalifikačního studia vyšší odborné školy oboru všeobecná sestra, vysoké školy v oboru všeobecná sestra nebo dříve dokončené střední zdravotnické školy s delší praxí. Zabezpečuje zdravotní péči v souladu s právními předpisy a standardy. Usiluje o dodržování hygienicko–epidemiologického režimu. Poskytuje pacientovi informace v souladu se svou odbornou způsobilostí, případně podle pokynů lékaře. Všeobecná sestra vede zdravotnickou i další dokumentaci vyplývající z právních předpisů, pracuje s informačním systémem zdravotnického zařízení. Všeobecná sestra se podílí na praktickém vyučování studentů ve studijních oborech, které vedou k získání

způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání. Také se podílí na přípravě standardů. Všeobecná sestra se vzdělává ve svém oboru (10).

Náplň práce registrované všeobecné sestry můžeme rozdělit na úkony vykonávané bez odborného dohledu, kdy sestra poskytuje komplexní základní nebo specializovanou ošetrovatelskou péči v souladu s diagnózou stanovenou lékařem. Do této skupiny lze zařadit vyhodnocování potřeb a úrovně soběstačnosti pacientů, sledování fyziologických funkcí, pozorování, hodnocení a zaznamenávání zdravotního stavu. Mezi úkony bez odborného dohledu na základě indikace lékaře patří příprava pacientů k diagnostickým a léčebným postupům, které sestra provádí sama nebo lékaři asistuje. Všeobecná sestra následně zajišťuje ošetrovatelskou péči po výkonu. Příkladem je katetrizace močového měchýře u žen, zavádění a udržování kyslíkové terapie. V posledním případě jde o výkony pod odborným dohledem lékaře, mezi které řadíme také aplikace intravenózních léků a krevních derivátů (10).

### **1.2.3 Zdravotnický záchranář**

Zdravotnický záchranář při pracovním poměru v nemocnici poskytuje přímou ošetrovatelskou péči. Je absolventem kvalifikačního studia vyšší odborné školy oboru zdravotnický záchranář nebo vysoké školy v oboru zdravotnický záchranář. Zabezpečuje zdravotní péči v souladu s právními předpisy a standardy. Usiluje o dodržování hygienicko–epidemiologického režimu. Poskytuje pacientovi informace v souladu se svou odbornou způsobilostí. Spolupracuje na praktickém vyučování studentů. Podílí se na vzdělávání ve svém oboru. Pod odborným dohledem všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí v oboru, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem se podílí na poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče (10).

### **1.2.4 Zdravotnický asistent**

Je absolventem střední zdravotnické školy, studijního oboru ukončeného maturitou. Poskytuje přímou ošetrovatelskou péči. Zabezpečuje zdravotní péči v souladu

s právními předpisy a standardy. Usiluje o dodržování hygienicko–epidemiologického režimu. Poskytuje pacientovi informace v souladu se svou odbornou způsobilostí. Pod odborným dohledem všeobecné sestry poskytuje základní ošetrovatelskou a specializovanou péči v rámci ošetrovatelského procesu, podílí se na získávání informací nutných k určení ošetrovatelských diagnóz. V míře určené všeobecnou sestrou, plní ošetrovatelský plán a provádí ošetrovatelské výkony. Podílí se na poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče pod přímým vedením všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí v oboru (10).

### **1.2.5 Ošetrovatel**

Je absolventem akreditovaného kvalifikačního kurzu v oboru ošetrovatel nebo tříletého studia na střední zdravotnické škole v oboru ošetrovatel. Poskytuje přímou ošetrovatelskou péči. Usiluje o dodržování hygienicko–epidemiologického režimu. V rámci ošetrovatelského procesu a pod odborným vedením všeobecné sestry se v rozsahu své odbornosti podílí na základní ošetrovatelské péči, provádí hygienickou péči včetně základní péče v prevenci proleženin, pomáhá pacientům při podávání stravy, případně je krmí. Doprovází pacienty na odborná vyšetření a ošetření, pečuje o úpravu prostředí pacientů. Ošetrovatel pod přímým vedením všeobecné sestry, porodní asistentky, radiologického asistenta může asistovat při určených ošetrovatelských, diagnostických nebo léčebných výkonech (10).

### **1.2.6 Sanitář**

Je absolventem akreditovaného kvalifikačního kurzu oboru sanitář. Sanitář pracuje pod odborným dohledem všeobecné sestry nebo jiného zdravotnického pracovníka, provádí pomocné a obslužné činnosti nutné pro poskytování ošetrovatelské péče. Náplní práce sanitáře je pečovat o hygienu prostředí, transportovat biologický a zdravotnický materiál, obstarávat pochůzky pro potřeby oddělení a pacientů. Sanitář také doprovází a převáží dospělé pacienty na vyšetření, ošetření a při překladu na jiné oddělení. Provádí



technické manipulace s lůžkem pacientů a jeho mechanickou očistu, dezinfekci a úpravu. V rozsahu své odborné způsobilosti vykonává činnosti při přejímání, kontrole a uložení zdravotnických prostředků a prádla, manipulaci s nimi, jejich dezinfekci a sterilizaci a zajištění jejich dostatečné zásoby. Pod odborným dohledem všeobecné sestry nebo porodní asistentky v rozsahu své odborné způsobilosti vykonává činnosti základní ošetrovatelské péče, kdy nejčastěji asistuje při provádění hygienické péče o pacienta, pomáhá při polohování pacientů a manipulaci s nimi (10).

### **1.3 Ošetrovatelský management**

Ve zdravotnickém zařízení je možné rozdělit všeobecné sestry také dle jejich manažerské pozice, kde představitelkou vrcholového managementu je náměstek/náměstkyň pro ošetrovatelskou péči, vedoucí odboru ošetrovatelské péče, nebo také hlavní sestra (8, 12).

Hlavní sestra má vysokoškolské vzdělání doplněné o manažerské studium. Metodicky vede všechny nelékařské zdravotnické pracovníky. Zodpovídá za kvalitu ošetrovatelské péče v zařízení, zavádění standardů, má podíl na tvorbě dokumentace. Reguluje počet nelékařských zdravotnických pracovníků ve zdravotnickém zařízení. Je odpovědná za úroveň vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků. Vystupuje jako reprezentant daného zdravotnického zařízení (8, 12).

Roli manažera střední linie zastává ve většině zdravotnických zařízení vrchní sestra, která může řídit i více ošetrovatelských jednotek. Ve většině zařízení má vysokoškolské, případně specializační vzdělání v oboru. Zajišťuje personální problematiku kliniky po stránce profesní struktury nelékařských zdravotnických pracovníků a dbá o jejich vzdělávání. Je odpovědná primáři oddělení za organizační zajištění po stránce ošetrovatelské péče. Kontroluje kvalitu ošetrovatelské péče, plnění ošetrovatelských plánů, vedení dokumentace, dodržování platných standardů. Zodpovídá za hospodárné využití materiálu a léků (8, 12).

Řízení ošetrovatelské péče v „první operativní linii“ zabezpečuje staniční sestra, která je odpovědná za koordinaci ošetrovatelské péče v rámci ošetrovatelské stanice.

Staniční sestra mívá v současné době také vysokoškolské, případně alespoň specializační studium v oboru. Zabezpečuje rozpis služeb nelékařského zdravotnického personálu tak, aby byla zachována maximální úroveň péče. Je odpovědná za přesné plnění ordinací, za přesné vedení dokumentace. Hájí práva pacientů i svých podřízených. Zodpovídá za bezpečné uložení léčiv, dohlíží na hospodaření s léky, spotřebním materiálem. Kontroluje kvalitu ošetrovatelské péče na oddělení. Za svou práci je přímo odpovědná vrchní sestře a vedoucímu lékaři (12).

### **1.3.1 Osobnost sestry manažerky**

Sestra manažerka je osobou odpovědnou za chod týmu, oddělení nebo celé organizace. Při své práci se musí opírat o odborné znalosti, které získává svým neustálým vzděláváním. To probíhá jak v oblasti odborné, tak i v oblasti manažerské (12).

Nedílnou součástí osobnosti manažerky je také prohlubování praktických dovedností, které získává tréninkem a praxí. Technické dovednosti a provozní zkušenosti z oboru jsou velmi oceňovány. K dalším důležitým prvkům práce manažera patří zvládnutí řídicích praktik, mezi které patří rozhodování, plánování, delegování, kontrolování. Nelze vynechat dovednosti v oblasti komunikace, a tím následné ovlivňování pracovníků a to metodami přesvědčování, uplatnění vlivu, autority, práce v týmech, aktivizace pracovníků (12).

Manažerským dovednostem je možné se naučit, je však potřebné tyto dovednosti stále rozvíjet. Do výbavy manažera patří zajisté sociální zralost, týkající se lidských a mravních kvalit. Lze ji posoudit na charakterových vlastnostech, mezi které patří důvěryhodnost, bezúhonnost, poctivost, čestnost, přesnost, důslednost apod. Pracovní aktivitu manažera provází rozhodnost, svědomitost, iniciativnost, vytrvalost, samostatnost, odpovědnost apod. Mezi výhody manažera patří také tzv. kouzlo osobnosti, charisma, kterým může ovlivnit chování podřízených, jejich ochotu přijímat jeho myšlenky, idey a stanoviska. Respektování zákonů, předpisů, etických norem patří k samozřejmým rysům vedoucího pracovníka (13).

Sestra manažerka by měla být ochotná naslouchat jak pacientům tak i personálu. Upřímný a profesionální vztah k lidem jistě patří mezi priority staničních i vrchních sester (12).

### **1.3.2 Formální a neformální vůdce**

Vedoucí skupin, oddělení je možné rozdělit do dvou kategorií dle povahy jejich zvolení. Formální vůdce bývá jmenován vedením instituce jako nadřízený určité skupiny pracovníků. Neformální vůdce je jedinec, kterého si skupina vybere a uznává sama. Toto rozdělení může pozitivně, ale i negativně ovlivnit chod oddělení. Pro formálního vůdce je výhodné, je-li současně i vůdcem neformálním. Pokud to tak není, je podstatné, zda jej neformální vůdce podporuje. V tomto případě nedochází k problémům s případným prosazováním změn v ošetrovatelské péči (14, 15).

### **1.3.3 Styly vedení**

Dle Likerta je styl vedení charakteristický způsob provádění řídicí práce manažerů ve vztahu k řízeným pracovníkům. Také je možné definovat jej jako schopnost ovlivňování členů týmu k dobrovolnému a ochotnému dosažení společného cíle (12).

Manažera provází v jeho práci řada různorodých situací, které je nutné adekvátně vyřešit. Může volit z celé řady přístupů, závisle či nezávisle na názoru podřízených. Řada provedených výzkumů, zabývajících se touto oblastí se kloní k názoru, že úspěšným manažerem je ten, kdo dokáže přizpůsobit styl vedení dané situaci i členům kolektivu (13).

#### **1.3.3.1 Základní styly vedení**

Za tradiční rozdělení stylů vedení lze považovat členění dle Likerta, který je rozdělil následovně. První, autoritativní styl, ve kterém se jedná o direktivní určování úkolů, podřízení nejsou zapojeni do rozhodování a komunikace v týmu je jednostranná. Dále

benevolentně autoritativní styl v němž je manažer autokratický, ale má snahu vytvořit partnerské prostředí. Používá tzv. styl cukru a biče. Více důvěřuje podřízeným a zapojuje je do rozhodování. Třetím typem vedení je konzultativní styl, při kterém je primární rozhodnutí v rukou manažera, tento styl podporuje oboustrannou komunikaci. Motivací pro pracovníky jsou odměny. Manažer využívá při rozhodování názory, myšlenky a nápady spolupracovníků. Posledním stylem vedení dle Likerta je participativní styl – manažer plně důvěřuje podřízeným, aktivně je zapojuje do procesu rozhodování (13, 16).

Mezi další styly vedení je možné zařadit byrokratický styl řízení, jehož základem je zaměření manažera na plnění směrnic „shora“, jeho činnost je řízena autoritou nadřízených. Demokratický styl řízení, kdy má vedení přirozenou autoritu, umožňuje vyslovit názor podřízeným a dokáže je respektovat při svém rozhodnutí. Liberální styl řízení též zvaný stylem „volné ruky“, při němž vedoucí pracovník ovlivňuje kolektiv minimálně, ponechává činnostem volný průběh. Tento styl může vyvolat anarchii, chaos (12,13, 16).

### **1.3.3.2 Teorie manažerské mřížky**

Teorie manažerské mřížky odpovídá na otázky, do jaké míry manažer preferuje zájem o produkci, či jak je zaměřen na pracovníka. Mřížka sleduje dvě proměnné. První proměnnou je orientace vedení na osobu, zájem o lidi, při kterém se vedení snaží o vytvoření dobrých vztahů na pracovišti, budování týmové spolupráce, vytvoření příznivé atmosféry a zaměření se na společný cíl práce. Druhou proměnnou je orientace vedení na výkon, starost o produkci. Činnost, kdy se zdůrazňuje efektivnost práce, postupy a standardy pro jednotlivé činnosti a jednotlivé členy týmu (12, 13, 14, 16).

Proměnné jsou zaneseny do grafu, kde vertikální osa znázorňuje péči o lidi a horizontální osa zaměření na výkon - činnost. Obě osy jsou rozdělené stupnicí od 1 do 9, vyjadřující vzestupně zájem manažera o jednotlivé proměnné. Vznikne tím tzv. „manažerská mřížka – teorie grid“. Pomocí této mřížky je možné rozeznat pět stylů manažerského vedení. Vedení 1-1 lze charakterizovat jako zájem manažera pouze o

vlastní osobu, nezájem o činnost a lidi. Vedení 1-9 se často označuje jako management venkovského klubu. Manažer se věnuje především vytvoření dobrých vztahů mezi zaměstnanci či o vytvoření příjemného prostředí na pracovišti, ale nemá zájem o dosažení plánovaných cílů. Vedení 9-1, vedoucí se orientuje na výkon – činnost, nebere ohled na zaměstnance a mezilidské vztahy. Vedení 9-9 je nejžádanější kombinací, jelikož manažer věnuje významnou pozornost jak pracovníkům, tak i plnění úkolů. Vedení 5-5, vedoucí je představitelem hledání střední cesty v zájmu o podřízené i výkon – činnost ( 12, 13, 14, 16).

### **1.3.3.3 Styl vedení orientovaný na osobu**

V rámci tohoto stylu vedení se sestra manažerka snaží vybudovat tým a podporovat týmovou spolupráci. Dobré vztahy na oddělení jsou pro ni nesmírně důležité, protože si je vědoma lepšího pracovního nasazení kolektivu při dobré atmosféře na pracovišti. Diskuzí řeší vzniklé konflikty mezi spolupracovníky, vyslechne názor obou stran případného konfliktu. Kritika jednotlivce probíhá v soukromí a je sdělována vhodným a konstruktivním způsobem. Manažerka se zajímá o každého člena týmu, nejen po pracovní stránce, ale též po té lidské. Zná všechny členy kolektivu jménem. Nezáleží jí jen na hodnocení nadřízenými, ale snaží se účinně bojovat za sestry na oddělení. Dokáže vytvořit pocit vlastní zodpovědnosti jednotlivce, podpořit jeho zapojení do kolektivu a zainteresovat jej na výsledcích oddělení (12, 15, 17).

### **1.3.3.4 Styl vedení orientovaný na činnost**

Představitelka tohoto stylu vedení věnuje většinu času plnění administrativních prací, mezi kolektiv dochází jen zřídka. Ve skupině vytváří pouze formální vztahy, nezajímají ji členové kolektivu. Důležité je pro sestru manažerku hodnocení nadřízenými. Požaduje co nejkvalitnější plnění zadaných úkolů, jež stanovují standardy ošetrovatelské péče, výkonů. Opomíjí „lidskou stránku věci“, nedokáže jednotlivce

podpořit při osobních problémech. Tento styl funguje, pokud je vedoucí vysoce inteligentní a má podporu okolí a nadřízených (12, 15).

### **1.3.3.5 Efektivní styl vedení**

Pro rozvoj organizace je velmi přínosné, pokud manažeři využívají stylu vedení efektivně. Mezi důležité faktory účinného stylu vedení lze zahrnout dvousměrnou komunikaci s následnou zpětnou vazbou a podpora autonomie členů kolektivu. Pozitivní je včlenění vedoucího do týmu a rozvoj spoluodpovědnosti všech členů kolektivu. Úkolem manažera je nalézat a definovat problémy nejen již vzniklé, ale i potenciální. Sestra manažerka plánuje a koordinuje postup členů týmu při plnění úloh. Dobrý manažer jde svým podřízeným příkladem nejen svou výkonností a kreativitou, ale dokáže se poučit i z případných neúspěchů. Dodržuje zásady etického jednání. Podporuje členy kolektivu v jejich dalším vzdělávání. Snaží se o dosažení sounáležitosti v týmu, o kolektivního ducha. Svůj tým chválí a vyzdvihuje jeho výsledky (7, 17).

## **1.4 Komunikace**

Jednoduchý avšak pravdivý výrok podle Špatenkové a Králové je: „Všechny dobré vztahy závisí na vstřícném chování a komunikačních dovednostech (18, str. 43)“.

Komunikace je chápána jako proces, při kterém dochází k předávání informací mezi dvěma či více komunikujícími subjekty. Je základem vztahů mezi lidmi, protože nelze nekomunikovat. Pokud někdo odmítá vlivem sporu s druhým člověkem mluvit, lze i toto „nekomunikování“ označit komunikací (18, 19, 20).

Lidé, kteří spolu chtějí hovořit, si sdělují nejen informace, nýbrž i své postoje, pocity, nálady a to pomocí neverbálních a paralingvistických signálů, jako je například zbarvení hlasu, hlasitost či „řeč těla“ (20).

Proces komunikace lze rozdělit na jednotlivé součásti. Člověka, který vysílá nějakou zprávu, nazýváme komunikátorem. V jeho projevu se promítají informace, které má, i když nemusí být vždy pravdivé. Do sdělení vkládá svoji osobnost, zkušenosti, emoce,

ale také naučené prázdné fráze. Člověk, jež přijímá vyslanou zprávu, je komunikant. Jeho vnímání je také ovlivněno vlastními zkušenostmi, záměry a cíli. Komunikant by měl mít připravené otázky, aby nedošlo k nedorozumění a zneužití vlivu z pozice vyššího postavení (20).

Komuniké je zpráva, vyslaná pomocí verbálních a neverbálních symbolů. Důležité je, aby nedošlo k odlišnému chápání vyslané zprávy. Zpráva je předávána pomocí komunikačního jazyka. Jazyk je součástí a produktem kultury a má různou úroveň jak formálnosti tak i kvality. Proto má podstatnou roli tzv. proces kódování a dekódování. Jde o přizpůsobení se partnerovi, se kterým jednáme. Příkladem je lékařský jazyk, který je pro laika nesrozumitelný. Lékař by se v rozhovoru s pacientem měl přizpůsobit mluvou tak, aby nemocný všemu rozuměl (19).

Cesta, kterou je zpráva posílána, se nazývá komunikační kanál. Ten se liší při komunikaci tváří v tvář, kde jde o pohledy, zvuky a pohyby těla a zprostředkované komunikaci, např. telefonováním, rádiem, kde jsou komunikační prostředky omezeny (20).

Feedback neboli zpětná vazba je reakce na přijatou zprávu. Jde o další součást komunikačního procesu, která je důležitá pro zjištění pochopení zprávy účastníky komunikace. Ne každý umí zpětnou vazbu přijímat, je však užitečná jako zdroj informací např. pro lepší pracovní vztahy a zvýšení produktivity práce. Zpětná vazba by měla mít popisný a konkrétní charakter ne kárající přístup (20).

Prostor, kde se komunikace odehrává, je nazýván komunikačním prostředím. Do komunikačního prostředí patří osvětlení, uspořádání místnosti, počet posluchačů, ale také hluk, nesoustředěnost a únava (20).

Celkový rámeček, ve kterém komunikace probíhá, se nazývá komunikační kontext. Lze jej rozdělit na vnitřní složku, to je to, co se odehrává u posluchače, jak na něj komuniké působí, a vnější složku, věci, které na posluchače působily již dříve a působí i nyní, např. prostor, kde se komunikace odehrává. Uvědomění si kontextu je důležité pro porozumění toho, co nám chce druhý člověk říci, jaké má priority a cíle (20).

### **1.4.1 Efektivní komunikace**

Podle Kohoutka je efektivní komunikace: „úspěšná aplikace psychologicky a sociálně kompetentních verbálních a nonverbálních schopností a dovedností v oblasti interpersonálních a profesních kontaktů a vztahů (21, str.545)“.

Komunikace ve zdravotnictví předpokládá použití přiměřeného nonverbálního podtextu, jakým jsou celkový dojem, výraz obličeje, oční kontakt, úsměv, gestikulace, vzdálenost. Po verbální stránce je důležitá smysluplnost rozhovoru. Sestra by měla mít přehled a znalosti jak po odborné ošetrovatelské stránce, tak i o chodu oddělení. Důležité je vyvarovat se méně známým termínům při komunikaci s pacienty, přizpůsobit se tempu a intelektu druhé strany. Při komunikaci s kolegy užívat správnou terminologii, vyjadřovat se objektivně, jasně, stručně a výstižně. Prosazování subjektivních názorů není vhodné. Hlasitost komunikace by měla být přizpůsobena sluchovému vnímání druhé strany. Je třeba respektovat právo na soukromí a intimitu. Také pocity frustrace a úzkosti do efektivní komunikace nepatří. Důležité je vyvarovat se rozporu mezi slovy a činy, pomocí asertivních technik se vyhýbat neproduktivním konfliktům. Respektovat rozdílné soukromé názory, tolerovat upřímnost a otevřenost jednotlivce. Kritiku používáme pouze v soukromí nikdy ne na veřejnosti. Udržovat pozitivní a optimistický přístup ke komunikantům. Jednou z technik efektivní komunikace je aktivní naslouchání. Naslouchající při ní aktivně poslouchá druhé osoby, snaží se porozumět sdělení a dává zpětnou vazbu, pomocí které se snaží nalézt odpovědi na otázky, jež jsou mu pokládány. Je důležité vědět, že neradí, alespoň ne prvoplánově (22).

### **1.4.2 Neefektivní, kontraproduktivní komunikace**

Kontraproduktivní komunikace je typem komunikace, která nevede k porozumění, naopak může dospět k manipulaci (22).

Příčinou tohoto typu komunikace mohou být i tzv. bariéry, jež dělíme na interní a externí. Mezi interní bariéry patří schopnosti a dovednosti jedince, obavy z neúspěchu, negativní emoce, jako je strach, zlost nebo nepřipravenost k rozhovoru. Externími



bariérami nazýváme vlivy zevního prostředí, vyrušení další osobou, hluk, šum, vizuální rozptylování, neschopnost naslouchat či komunikační zahlcení (22).

Mezi další komunikační bariéry patří překroucení informace, ke které dojde většinou neúmyslně, prostou nepozorností nebo například špatnou výslovností. Pokud potřebujeme okamžitou zpětnou vazbu, nepoužíváme písemnou formu komunikace, té je vhodné použít v případě potřeby dokladu o předání informací (22).

Nevhodné je také ventilování soukromých problémů nezúčastněných osob.

Mezi komunikujícími osobami je vždy vyjádřen určitý vztah, a to buď pozitivní nebo negativní. Pozitivní vztah se nazývá evalvace a je projevem patřičné lidské úcty k jedinci, taktním a zdvořilým jednáním. Jde například o pozorné naslouchání, neskákání si do řeči, vyjádření podpory, uznání, zastání se druhého, neprávem obviněného jedince. Vytknutí chyb probíhá způsobem, který nezraňuje tzv. konstruktivní kritika (22).

Opakem evalvace je devalvace v komunikaci, ke které dochází snížením hodnoty druhého člověka v očích jiných. Projevem devalvace jsou křivá nařčení, povýšené či namyšlené chování, urážení osob, zneužití důvěry, šikana, nedodržování pravidel fair-play. Devalvace vede ke snížení sebevědomí a sebehodnocení druhé osoby (22).

Mezi kontraproduktivní komunikaci je považována i manipulace v komunikaci. Jde o používání neznámých pojmů při komunikaci s druhou osobou. Příkladem ve zdravotnictví může být spojení „vyexované léky“, kterému pacient nerozumí a ptá se, proč nedostal svoje léky. Dalším druhem manipulace je manipulace emocionálního typu: „Musíš to pro mě udělat, jestli mě máš rád“ (22).

### **1.4.3 Komunikace v ošetrovatelském týmu**

Základem kvalitní péče o pacienty je účinná komunikace v ošetrovatelském týmu. Všichni členové týmu mají mít dostatek informací, aby zabezpečili kvalitní péči bez výskytu omylů a pochybení. Důležitý je proud informací o tom, co se od pracovníků očekává a kam mají směřovat. Následuje zpětná vazba od zaměstnanců k vedení a naopak (23).

Péče o pacienta je týmová záležitost. K nastolení dobrých vztahů mezi kolegy je nezbytné dodržovat základní pravidla slušného chování. Pozdravit nebo se alespoň usmát na každého, koho v práci potkáte, zpříjemní atmosféru na oddělení. V rámci komunikačních vztahů je žádoucí kolegy podporovat, povzbuzovat a přát jim úspěch (18).

Společné akce jistě vytvoří příjemnou atmosféru a zlepší komunikaci na oddělení. Zásadní je však dodržování pravidel diskrétnosti. Pomluvy a rozšiřování drbů rozhodně nepodpoří dobré vztahy v kolektivu (18).

#### **1.4.4 Komunikace jako funkce manažera**

Komunikace je každodenní důležitá aktivita sestry manažerky, která se s její pomocí snaží spojit kolektiv k dosažení vytyčeného cíle. Plní informační, motivační, kontrolní i emotivní funkci. Manažerka by měla využívat zpětnou vazbu ke zjištění pochopení informací kolektivem. Před prezentací kolektivu či jednotlivci si musí manažerka ujasnit, které informace bude předávat, zda jsou potřebné pro pracovní činnost a zda jim nebude zaměstnanci připisován jiný význam, než má na mysli vedení. Během projevu je důležité udržet věrohodnost, být vnímavý a empatický (12).

Při přijímání informací od zaměstnance je vyžadováno od sestry manažerky soustředěné naslouchání, nepřerušování, trpělivost a projevení zájmu o věc. Sestra manažerka, která prosazuje svoje subjektivní názory, obviňuje a rozdává jen příkazy, používá agresivní styl komunikace. Sestra manažerka, která se do komunikace nezapojuje, úmyslně se zdržuje a neodolá manipulativním trikům, používá tzv. pasivní komunikaci (12).

#### **1.4.5 Úskalí komunikace v ošetřovatelském týmu**

Mezi nejčastější problémy v komunikaci patří neúplné nebo zastaralé informace. Na sestry se často nahrne příliš mnoho informací najednou, a tím se stávají nepřehlednými. Problémem může být i nefunkční způsob předávání informací,

příkladem jsou maily, které nikdo nečte. Chybějící zpětná vazba neověří, zda pracovník úkolu porozuměl a jak jej vykonal. Extrémní soupeřivost mezi spolupracovníky může vyústit k cílenému zkreslení poskytovaných informací. Mezi některými zdravotníky převládá pohodlnost v získávání a doplňování informací. Ve zdravotnictví se preferuje osobní předávání informací, které bývá doplněno písemnými podklady (23).

Často využívaná je i telefonická komunikace, při které je důležité používat strategie, které sníží riziko možného pochybení. Při telefonickém rozhovoru je důležité mít veškeré získané informace při ruce, ověřit si, zda volaná osoba ví, o kom a čem je řeč. Volané osobě vyjadřujeme respekt, necháme si zopakovat důležité informace, které zapíšeme a správnost potvrdíme podpisem a svým razítkem (20).

V písemné komunikaci je nezbytné dodržovat čitelnost zápisů, používat pouze takové zkratky, které jsou obecně používány v daném zdravotnickém zařízení (11).

Zákon č. 372/2011 Sb., § 54 (2) o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování říká: „Zápis ve zdravotnické dokumentaci musí být veden průkazně, pravdivě a čitelně. Veškerá dokumentace pacienta musí být opatřena dostatečnou identifikací, jako je jméno, příjmení a rodné číslo. Při opravě v dokumentaci musí zůstat původní zápis čitelný, nový zápis je opatřen datem, časem a podpisem (11, str. 4762)“.

## **1.5 Bezpečnostní kultura**

Bezpečnostní kulturou lze nazvat soubor opatření, jimiž je možné zvýšit bezpečí pacienta v léčebné a ošetrovatelské péči. Tato činnost je rozvíjena jednotlivci nebo organizacemi se záměrem ochránit pacienta před újmou na zdraví jako následku selhání systému péče (24).

V současné době se bezpečí pacientů stává prioritou, a proto se hledají stále nové cesty, které by vedly ke zlepšení systému bezpečné péče. Nejde o hledání viníků omylů a chyb. Jde o cenné nahlášení a zpracování i potenciálních omylů a chyb, kterým bylo na poslední chvíli zabráněno, aby bylo možno těmto situacím předcházet. Díky tomu lze vytvořit takový systém, v němž udělat chybu je obtížné nebo dokonce nemožné. Bezpečnostní kultura je ovlivňována také organizační kulturou daného zdravotnického

zařízení. Při tomto procesu je nevyhnutelná zainteresovanost lékařů, sester a ostatních členů multidisciplinárního týmu. Do tohoto procesu patří i zapojení pacienta (24).

Příkladem vyspělé bezpečnostní kultury je jistě letecký průmysl. Díky změnám v organizační kultuře tohoto průmyslu, zainteresováním zaměstnanců od pilotů k pracovníkům údržby, došlo k významnému poklesu nehod. Spolupráce v hlášení mimořádných událostí, je nadřizovanými podporována, poté analyzována a následně efektivně řešena (24).

Ve zdravotnictví je obtížné budovat kulturu bezpečí, protože stále přetrvává kultura plná obviňování. Proto nedochází k přiznávání pochybení a omylů. Pokud zdravotníci i vedení nemocnic princip pochybení nepochopí, neuvědomí si závažnost a prioritu problému, námaha a snaha jednotlivců o nápravu bude marná. Důležité je změnit chování a myšlení lidí, ve kterém bude bezpečná péče považována za samozřejmost. Nahlášené omyly a pochybení jsou brány především jako podněty ke zlepšení systému práce (6, 24).

### ***1.5.1 Filozofie organizace se zavedenou bezpečnostní kulturou***

Management organizace se zavedenou kulturou bezpečí je přesvědčen, že se zaměstnanci úmyslně nedopouštějí chyb a omylů. Ke vzniku chyb dochází povětšinou špatně navrženým systémem a neefektivním procesem. Pracovníci jsou motivováni k odkrývání a hlášení chyb, ne k jejich utajení. Terminologie problému kultury bezpečí nemá u zaměstnanců vyvolávat obavy a smíšené pocity (6).

Dle Škrly: „Je třeba důsledně podporovat otevřené a důvěrné prostředí, kde diskuze o hlášení a prevenci chyb je normou a kde zaměstnanci nemají strach z možných postihů za své nahlášené omyly ( 24, str. 80).“

Je však důležité zdůraznit, že nezodpovědnost a nekompetentnost zaměstnanců, jakož i nedbalost při ošetrovatelské péči a neochota spolupracovat není tolerována. Nepřípustná je práce pod vlivem alkoholu nebo drog (24).

Pro bezpečí pacienta lze udělat mnoho. Základními kroky může být zavedení hlášení pochybení bez následného trestu, kontrola systému práce na oddělení. Je prospěšné

podpořit týmovou spoluprací a efektivní komunikací. Naučit se technikám zvládnání stresu a únavy. V zemích, kde vytvořili a podpořili bezpečnostní kulturu ve zdravotnických zařízeních, došlo k výraznému zlepšení kvality péče (26).

### **1.5.2 Hlášení omylů a pochybení**

Sestry představují nejpočetnější skupinu zaměstnanců ve zdravotnictví, proto se veřejnost zaměřuje nejen na pochybení v léčebné péči, ale také na pochybení, která spadají do péče ošetrovatelské (25).

Podle věstníku ministerstva zdravotnictví České republiky částky 8 ročníku 2012 je nežádoucí událost charakterizovaná takto: „Nežádoucí událostí jsou události nebo okolnosti, které mohly vyústit nebo vyústily v tělesné poškození pacienta, kterému bylo možné se vyhnout (26, str. 20)“. Mezi nežádoucí události, dále jen NU, řadíme i ošetrovatelské či lékařské intervence, které neproběhly podle plánu, platných směrnic nebo standardů péče. NU lze klasifikovat do několika skupin od incidentu, který mohl vést k pochybení, přes událost s dočasným poškozením pacienta až po fatální událost, při které došlo úmrtí pacienta. Události jsou hlášeny do Národního systému hlášení nežádoucích událostí, který spravuje Ústav zdravotnické informatiky a statistiky České republiky dále jen ÚZIS ČR (26).

Zaměstnanec, který byl svědkem NU, je povinen nahlásit událost staniční nebo vrchní sestře, která seznámí s NU další osoby, kterými jsou ošetřující lékař, primář oddělení, pacient, člen rodiny, manažer NU, právní oddělení nemocnice nebo instituce dle zákonů a potřeby, např. policie (26).

Zdokumentování incidentu přispívá k zajištění nápravy, a tím i zkvalitnění léčebné a ošetrovatelské péče, k vytvoření bezpečného prostředí. Formulář NU obsahuje základní osobní data a identifikaci poškozeného, charakter události, rozsah a charakter škod nebo poranění. Následuje popis události, jména svědků a jejich osobní data. Informace, zda byl a kdy byl informován lékař, záznam o poskytnutí první pomoci. Dále pak návrh nápravných opatření, závěry šetření a připomínky. Tento dokument je uschován u

vrchní sestry a manažera NU. Je-li poškozeným pacient, je v jeho chorobopisu zdokumentováno, k čemu došlo a jaká jsou nápravná opatření (26).

### **1.5.3 Management rizik typických pro ošetrovací jednotky**

Na ošetrovací jednotce tráví pacient většinu času své hospitalizace. Je proto důležité, aby byl na odděleních vytvořen takový systém, ve kterém má ošetřující personál přehled o každém pacientovi a zná možná rizika, jež by se u něj mohla během léčby vyskytnout, např. riziko pádů, alergické reakce, náhlé změny mentálního stavu a jiné. Tato rizika by měla být přehledně a jasně vyznačena v pacientově dokumentaci tak, aby nebylo možné je přehlédnout. Pro zvýraznění je možné rizikům přidělit barevné kódy, které by mělo mít zdravotnické zařízení standardizované. Tyto kódy, např. barevné samolepky, jsou použity na všech záznamech pacienta jak v sesterně, tak i na pokoji u lůžka pacienta (25).

Krátkodobá paměť je u lidí omezena, proto lze bojovat proti opomenutí standardizací dokumentace a procedur v rámci zdravotnického zařízení. Značení stejnou barvou, např. odběrový kód vyšetření se shoduje s barvou použité zkumavky. Automatické připomínkování, např. odběrový server připomene doplnění lokalizace odběru. Výkony a procesy je dobré zjednodušit omezením počtu pracovníků zapojených do procesu, kdy k chybě dochází selháním komunikace nebo nejasnou odpovědností. Také používání kalkulaček či tabulek vede ke snížení chyb ve výpočtech prováděných zdravotníky. Procesy by měly být navrženy tak, aby případné pochybení nemohlo být přehlédnuto. Pokud dojde ke krizové situaci, je důležitá správná a efektivní reakce, kterou lze zajistit kvalitním tréninkem a doplňováním znalostí zaměstnanců zdravotnických zařízení. Manažeři by si měli být vědomi rizika pochybení z únavy, ke které dochází při přetěžování či nedostatku zaměstnanců. Důležitý je rychlý přístup k potřebným informacím, příkladem jsou tabulky, manuály, knihy, standardy ošetrovatelské péče či zdroje na intranetu nebo internetu (25).

### *1.5.3.1 Riziko pádů*

Pády jsou ve zdravotnických zařízeních považovány za nežádoucí událost, která může mít až fatální následky. Sestry mohou nesprávně vyhodnotit riziko pádu u pacienta, nebo nemohou zajistit dostatečnou supervizi. U každého pacienta může dojít k polohové hypotenzii, a proto je nutná dostatečná edukace. Předpoklad pádu lze očekávat u pacientů starších 65 let. Také je nutné položit pacientovi otázku, zda již v minulosti upadl, má potíže s chůzí, či obtížně vstává z lůžka nebo židle. Dalším faktorem, který zvyšuje riziko pádu, mohou být závratě, porucha zraku, sluchu nebo řeči. Sestra si všímá, zda pacient používá kompenzační pomůcky při chůzi, jako berle, hole, vozík. Pacientem udávaná slabost nebo častá únava by měla v sestře aktivovat zvýšenou pozornost týkající se možnosti pádu pacienta. Mezi další skupinu ohroženou pádem patří pacienti dezorientovaní, zmatení, s poruchou kognitivní funkce. K ovlivnění pacienta z hlediska možného pádu mohou přispět i medikace, a to například diuretika, laxativa, sedativa, analgetika a jiné (25).

Zdravotnická zařízení mají většinou vypracovaný protokol ke zjištění míry rizika pádu u pacienta (příloha 1). Test by měl být jednoduchý, lehce proveditelný s výstupem pro sestry, které v případě reálného předpokladu pádu pacienta, zajistí potřebná preventivní opatření ke snížení, lépe však vyloučení pádu. Sestry vysvětlí pacientovi použití signalizačního zařízení, sníží lůžko a zajistí jej brzdou. Důležitá je vhodná obuv, pomoc při hygieně. Noční stolek má být umístěn v dosahu pacienta a překážky v okolí lůžka odstraněny. Zajistíme vhodné noční osvětlení (25).

### *1.5.3.2 Medikační omyly*

Omyly při podávání léků patří k nejlépe prostudované oblasti vztahující se k bezpečné péči o pacienty. Vzhledem k vysoké rizikovosti této oblasti péče, je jí v literatuře i v praxi věnována velká pozornost (24, 27).

Při podávání léku může dojít k pochybení ve více okamžicích. Již při předepisování léku mohou nastat různá pochybení, kterými jsou výběr nesprávného léku či volba

nesprávné dávky, množství, nesprávná aplikační cesta. Problematický je i nečitelně napsaný recept nebo žádanka. Léky by měla pacientovi předepisovat oprávněná osoba, ne tedy například stážisté, kteří nemají pracovní právní vztah k danému zařízení. Důležitá je také identifikace pacientů identifikačními pásky, aby v případě omezení komunikace nedošlo u zmatených pacientů k podání léku nesprávné osobě. Za rizikové lze považovat přepisování medikací sestrou do různých tabulek, které se na některých odděleních používá. Verbální či telefonická ordinace léku by měla být na odděleních výjimkou, kterou lze tolerovat pouze při neodkladné zaneprázdněnosti lékaře například resuscitací či prováděním operačního výkonu. Základem je písemná forma při ordinaci podávání léků. Mezi chyby, které se týkají podání léku, lze zařadit opomenutí podání léku, pacient nedostal plánovanou dávku léku vůbec, či nedodržení doby podání léku, kdy došlo k prodlení při podávání. Také nesprávná dávka léku či použití nesprávné lékové formy patří k medikačním omylům. Důležitá je i kontrola případných lékových alergií, které by měly být zvýrazněny v kartě pacienta (27, 28, 29).

V neposlední řadě je nutné zmínit chybnou přípravu léku, či nesprávný postup nebo techniku podání léku. Často chybí ordinace rychlosti podání infúzního roztoku a také skutečná doba podávání infúzního roztoku, která se může lišit od předepsané, například z důvodu odeslání pacienta na vyšetření. Sestry by neměly bez změny v ordinacích podávat lék, který je generickým ekvivalentem léku předepsaného, vždy by mělo nejprve dojít k opravě ordinace lékařem. Mezi další chyby při podávání léčiv je možné zařadit opomenutí monitoringu dávkovacího režimu, stavu pacienta po podání léku, opomenutí kontroly laboratorních výsledků jako odpověď na podání léku a zvolenou léčbu. Nedodržování dávkovacího režimu pacientem lze také zařadit mezi pochybení v oblasti podávání léčiv (27, 28, 29).

Dle Jany Mikulkové, ředitelky Národního centra ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů je Česká republika zcela srovnatelná se světem. Sestry uvedly, že téměř tři čtvrtiny z nich podaly léky na základě ordinace lékaře po telefonu, takřka polovina přiznala nedodržení času podání léku. 43,7% sester přiznalo podání léku bez přímé ordinace lékaře, jednalo se většinou o léky proti bolestem a na spaní, 21,6% sester uvedlo podání nesprávného léku či záměnu cesty podání. Podání nesprávné



dávky léku uvedla skoro pětina sester, většinou kvůli nesprávnému přepočtu jednotek při jeho podávání, 13% jich přiznalo úplné opomenutí podání léku (30).

Joint Commission International vydala mezinárodní standardy pro nemocnice, jejichž celá kapitola se zabývá skladováním, předepisováním a podáváním léčiv. Jsou návodem k vytvoření vlastních standardů nemocnic, s cílem předejít pochybení v oblasti podávání medikací (31).

#### *1.5.3.3 Riziko záměny pacienta, výkonu, strany či orgánu*

Je neuvěřitelné, že v dnešní době může patřit k největším rizikům chybná identifikace pacienta, která může mít až fatální následky. Zdravotnická zařízení proto mají vypracován vnitřní předpis upravující identifikaci pacienta (1).

K jednoznačné identifikaci pacienta se v současné době používají především identifikační náramky. Náramek obsahuje tzv. identifikátory, což jsou údaje o pacientovi, například jeho jméno a datum narození, číslo pacienta, oddělení. Při přijetí pacienta do zdravotnického zařízení přijímající sestra zadá potřebná data do počítačového programu, vytiskne náramek a umístí jej na pravé zápěstí pacienta. Pokud nelze náramek umístit na pravé zápěstí, umístí se na levé zápěstí, případně na pravý nebo levý kotník. Sestra, která zajistí identifikaci pacienta, o tom učiní záznam do dokumentace. Při poškození náramku jej osoba, která první poškození zjistila, vymění za nový a učiní o tom záznam do dokumentace pacienta. Tyto identifikační náramky napomáhají k zamezení omylů se záměnou pacienta, protože je sestra i lékař využívají k ověření identity pacienta před jakýmkoliv výkonem (32).

Předcházení záměny strany či orgánu při operaci pomáhá jednoznačné označení místa plánovaného výkonu, kterého se účastní i pacient. Toto označení by mělo být viditelné i po případném zarouškování operačního pole (32).

#### *1.5.3.4 Riziko nozokomiálních nákaz*

Zvýšený výskyt nozokomiálních nákaz (dále jen NN) ve zdravotnickém zařízení je ukazatelem nekvalitní péče zdravotnických pracovníků. Nozokomiální nákazy jsou infekce, ke kterým došlo během hospitalizace pacienta ve zdravotnickém zařízení. Vznik těchto infekcí ohrožuje život pacienta, přispívá k prodlužování délky hospitalizace, a tím i k ekonomickým ztrátám zdravotnického zařízení (25).

Členové zdravotnického týmu jsou vystaveni riziku při manipulaci s biologickým materiálem, protože tento materiál je důležitou součástí diagnostiky pacientova onemocnění. Materiál je považován za potenciálně infekční, a proto musí být zdravotničtí pracovníci seznámeni se způsobem manipulace s biologickým materiálem. Zdravotnická zařízení mají vypracovaný hygienicko–epidemiologický řád, který obsahuje pravidla zacházení s infekčním materiálem. Kontrolu dodržování opatření zajišťují vedoucí pracovníci jednotlivých oddělení. Veškerý odpad obsahující biologický materiál je považován za nebezpečný a je s ním nakládáno podle vnitřních směrnic zdravotnického zařízení (25, 33).

V případě zranění při manipulaci s biologickým materiálem, nahlásí poškozený tuto událost vrchní sestře oddělení. Zranění je nutné odborně ošetřit, následně provést zápis o pracovním úrazu a nahlásit mimořádnou událost (25).

Vyhláška č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče uvádí: „v dezinfekčním režimu zdravotnických pracovišť je nutné respektovat zásadu střídání dezinfekčních přípravků k zabránění možného vzniku odolnosti mikrobů vůči přípravku dlouhodobě používanému (33, str. 3965)“.

Dle tohoto nařízení vznikají ve zdravotnických zařízeních směrnice, na jejichž základě dochází ke střídání dezinfekčních roztoků v předem stanoveném režimu. Opatření se týká jak dezinfekce podlah a pracovních ploch, ale také hygieny rukou. Důležitá je však kontrola, zda se nařízení v praxi dodržují, a tím je zabráněno vzniku NN (33).

Zásadním opatřením v prevenci NN je hygiena rukou, kterou upravuje vyhláška č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče, kde se říká: „K vyšetřování a léčení mohou zdravotničtí pracovníci přistupovat až po umytí rukou, dezinfekci rukou musí provést vždy po zdravotnických výkonech (33, str. 3962)“.

Je důležité, aby se hygiena rukou stala pro zdravotníky samozřejmostí. K provádění lepší hygieny rukou by měly přispět i závazné nařízení zdravotnických zařízení, kterým je zakázáno nošení šperků, hodinek a umělých nehtů na rukou. Utírání rukou je povoleno pouze jednorázovým materiálem, který by měl být uložen v krytých zásobnících (33).

Likvidace jehel a jiných ostrých předmětů je též uvedena ve vyhlášce č. 306/2012 Sb., v platném znění. Dle této legislativy se použité jehly ručně neoddělují a nevracejí do ochranného krytu. Použité jehly se ukládají do pevnostěnných, spalitelných obalů. Pokud provádí sestra odběr krve nebo injekční aplikaci léku u lůžka pacienta, vezme si kontejner na použité jehly s sebou a jehlu do něj po použití okamžitě vloží. Důležité je eliminovat potenciální riziko poranění osob například při pádu sestry, pokud by použitou jehlu odložila do emitní misky a přenášela ji na sesternu (33).

## **2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY**

### **2.1 Cíl práce**

Cíl 1: Vyhodnotit organizační kulturu zdravotnického zařízení v oblasti komunikace a stylu vedení

Cíl 2: Nalezení vztahu mezi úrovní organizační kultury ve sledovaných oblastech a bezpečností poskytované péče

### **2.2 Hypotézy**

H1: Na oddělení je aplikován efektivní systém komunikace mezi členy ošetrovatelského týmu

H2: Sestry manažerky volí styl vedení, který je založen na orientaci na lidi

H3: Ochota sester hlásit pochybení je závislá na stylu vedení sester manažerek

H4: Ochota sester požádat o radu je závislá na úrovni komunikace mezi členy ošetrovatelského týmu

## 3 METODIKA

### 3.1 Použité metody

Zpracování empirické části bakalářské práce bylo vypracováno na základě použití kvantitativní metody výzkumu – sběru dat pomocí dotazníku. Dotazník pro sestry byl zformulován po prostudování dané problematiky v odborné literatuře. Anonymitou dotazníku byla respondentům poskytnuta možnost otevřeného vyjádření. Dotazník (příloha 2) zahrnoval celkem 49 otázek. V úvodu dotazníku byly kladeny otázky týkající se věku, pohlaví, celkové délky praxe, vzdělání, pracovního zařazení, délky praxe na oddělení a velikosti kolektivu. Hodnocení bylo prováděno zaškrtnutím jedné odpovědi z daných možností. Následujících 41 otázka - tvrzení, lze rozdělit na tři dotazované oblasti a to na styl vedení staniční sestry 8-17, komunikaci v týmu 18-31 a na bezpečnostní kulturu na oddělení 32-48. V závěrečné otevřené otázce byli respondenti vyzváni k prezentaci vlastního názoru týkajícího se problematiky bezpečnosti pacientů.

K vyhodnocení stylu vedení staniční sestry a otázek zabývajících se komunikací v týmu bylo použito modifikovaných otázek standardizovaného dotazníku dle Kollárika a spol. *Škála sociálnej atmosféry v skupine* (35).

V tvrzeních zkoumajících kulturu bezpečí, byly zčásti zastoupeny otázky metodiky AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality (36), české verze překladem Filka a Kotrbová (37).

Respondenti u každého tvrzení odpovídali pomocí pěti stupňové škály. Na výběr měli následující možnosti: rozhodně ano, spíše ano, těžko rozhodnout, spíše ne a rozhodně ne. Vždy bylo možné zvolit pouze jeden stupeň. Srozumitelnost otázek byla ověřena pilotáží na menším vzorku respondentů, po které došlo k úpravě dotazníku.

Získaná data byla podrobena statistické analýze pomocí programu SPSS -Statistical Package for Social Science, a to prostřednictvím chí kvadrát testu a neparametrickou korelací (Spearmanovo  $\rho$ ). U všech testů byla hranice pro zamítnutí nulové hypotézy stanovena jako hladina významnosti 5 % ( $\alpha = 0,05$ ).

### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumné šetření probíhalo v dubnu 2013 v nemocničním zařízení IKEM (Institut klinické a experimentální medicíny) v Praze. Realizace sběru dat byla schválena hlavní sestrou Mgr. Martinou Šochmanovou (příloha 3). Šetření se zúčastnili sestry a zdravotničtí asistenti pracující na standardních odděleních, odděleních intenzivní péče a odděleních resuscitační péče dané nemocnice. Z celkového počtu 160 rozdaných dotazníků bylo navraceno 118 (100 %) vyplněných dotazníků. Návratnost byla tedy 73,8 %.

## 4 VÝSLEDKY

### 4.1 Statistické třídění I. stupně ( popisná statistika)

**Tabulka 1 Pohlaví respondentů** (tabulka 1 k otázce 1)

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
žena	107	90,7	90,7	90,7
muž	11	9,3	9,3	100,0
<b>Celkem</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 118 respondentů (100 %) bylo 107 žen (90,7 %) a 11 mužů (9,3 %).

**Tabulka 2 Věk respondentů** (tabulka 2 k otázce 2)

Věk respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
21-30 let	65	55,1	55,1	55,1
31-40 let	36	30,5	30,5	85,6
41-50 let	15	12,7	12,7	98,3
51 a více let	2	1,7	1,7	100,0
<b>Celkem</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 118 respondentů (100 %) bylo 65 respondentů ve věku 21-30 let (55,1 %), 36 ve věku 31-40 let (30,5 %), 15 ve věku 41-50 let (12,7 %), 2 respondenti ve věku 51 a více let (1,7 %).

**Tabulka 3 Celková délka praxe respondentů** (tabulka 3 k otázce 3)

Délka praxe	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Méně než 5 let	33	28,0	28,0	28,0
6 – 10 let	38	32,2	32,2	60,2
11 – 20 let	29	24,6	24,6	84,8
21 a více let	18	15,2	15,2	100,0
<b>Celkem</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 118 respondentů (100 %) bylo 33 respondentů s celkovou délkou praxe do 5 let (28 %), 38 respondentů s celkovou délkou praxe 6-10 let (32,2 %), 29 respondentů s celkovou délkou praxe 11-20 let (24,6 %), 18 respondentů s celkovou délkou praxe 21 a více let (15,2 %).

**Tabulka 4 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů** (tabulka 4 k otázce 4)

Vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Středoškolské ( SZŠ)	25	21,2	21,2	21,2
Středoškolské + PPS	24	20,3	20,3	41,5
Vyšší odborné ( DiS.)	28	23,7	23,7	65,3
Vysokoškolské ( Bc., Mgr.)	29	24,6	24,6	89,8
Vysokoškolské + specializace	12	10,2	10,2	100,0
<b>Celkem</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 118 respondentů (100 %) bylo 25 respondentů se středoškolským vzděláním (21,2 %), 24 se středoškolským vzděláním + specializací (20,3 %), 28 s vyšším odborným vzděláním (23,7 %). Vysokoškolské vzdělání mělo 29 respondentů (24,6 %) a vysokoškolské vzdělání + specializaci 12 respondentů (10,2 %).



**Tabulka 5 Pracovní zařazení** (tabulka 5 k otázce 5)

Pracovní zařazení	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Zdravotnický asistent	3	2,5	2,5	2,5
Všeobecná sestra pod odborným dohledem	2	1,7	1,7	4,2
Všeobecná sestra bez odborného dohledu	76	64,4	64,4	68,6
Sestra specialista	37	31,4	31,4	100,0
<b>Celkem</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 118 respondentů (100 %) byli 3 zdravotničtí asistenti (2,5 %), 2 sestry pracující pod odborným dohledem (1,7 %), 76 sester pracujících bez odborného dohledu (64,4 %), 37 sester specialistek (31,4 %).

**Tabulka 6 Délka praxe na daném oddělení** ( tabulka 6 k otázce 6)

Délka praxe na odd.	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
méně než 2 roky	27	22,9	22,9	22,9
od 2 – do 5 let	46	39,0	39,0	61,9
od 5 – do 10 let	22	18,6	18,6	80,5
od 10 – do 15 let	14	11,9	11,9	92,4
od 15 a více let	9	7,6	7,6	100,0
<b>Celkem</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 118 respondentů (100 %) bylo 27 respondentů s praxí na daném oddělení méně než 2 roky (22,9 %), 46 s praxí od 2-5 let (39 %), 22 s praxí od 5 do 10 let (18,6 %), 14 s praxí od 10 do 15 let (11,9 %), 9 s praxí od 15 a více let (7,6 %).

**Tabulka 7 Velikost ošetrovatelského kolektivu ( tabulka 7 k otázce 7)**

<b>Velikost kolektivu</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní součty relativní</b>
1 – 15 členů	13	11,0	11,0	11,0
16 – 25 členů	28	23,7	23,7	34,7
26 – 35 členů	5	4,3	4,3	39,0
35 a více členů	72	61,0	61,0	100,0
<b>Celkem</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 118 respondentů (100 %) udalo 13 respondentů velikost ošetrovatelského kolektivu 1-15 členů (11 %), 28 respondentů udalo velikost kolektivu 16-25 členů (23,7 %), 5 udalo velikost kolektivu 26-35 členů (4,3 %), 72 respondentů udalo velikost kolektivu 35 a více členů (61 %).

**Tabulka 8 Snaha staniční sestry vytvořit vhodné pracovní podmínky (tabulka k tvrzení 8)**

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní součty relativní</b>
Těžko rozhodnout	5	4,2	4,2	4,2
Spíše ano	39	33,1	33,1	37,3
Rozhodně ano	74	62,7	62,7	100,0
<b>Celkem</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 118 respondentů (100 %) 74 sester (62,7 %) rozhodně souhlasí s tvrzením, že se staniční sestra snaží vytvořit vhodné pracovní podmínky, 39 sester (33,1 %) s tímto tvrzením spíše souhlasí. Pro 5 sester (4,2 %) je těžké se rozhodnout.

**Tabulka 9** Nepoužívání striktních příkazů staniční sestrou (tabulka k tvrzení 9)

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní součty relativní</b>
Rozhodně ne	3	2,5	2,5	2,5
Spíše ne	14	11,9	11,9	14,4
Těžko rozhodnout	13	11,0	11,0	25,4
Spíše ano	42	35,6	35,6	61,0
Rozhodně ano	46	39,0	39,0	100,0
<b>Celkem</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 118 respondentů (100 %) 46 sester (39 %) rozhodně souhlasí s tvrzením, že staniční sestra nepoužívá striktní příkazy a připouští diskuzi, 42 sester (35,6 %) s tímto tvrzením spíše souhlasí. 13 sester (11 %) se těžko rozhoduje, spíše nesouhlasí 14 sester (11,9 %) a rozhodně nesouhlasí s tvrzením 3 sestry (2,5 %).

**Tabulka 10** Zájem staniční sestry o problémy členů kolektivu (tabulka k tvrzení 10)

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní součty relativní</b>
Rozhodně ne	2	1,7	1,7	1,7
Spíše ne	14	11,9	11,9	13,6
Těžko rozhodnout	19	16,1	16,1	29,7
Spíše ano	49	41,5	41,5	71,2
Rozhodně ano	34	28,8	28,8	100,0
<b>Celkem</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 118 respondentů (100 %) 34 sester (28,8 %) rozhodně souhlasí s tvrzením, že se staniční sestra zajímá o osobní problémy členů kolektivu, 49 sester (41,5 %) spíše souhlasí s tímto tvrzením. Pro 19 sester (16,1 %) je těžké se rozhodnout, 14 sester (11,9 %) spíše nesouhlasí a rozhodně nesouhlasí s tvrzením 2 sestry (1,7 %).

**Tabulka 11 Spravedlivé hodnocení podřízených staniční sestrou (tabulka k tvrzení 11)**

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní součty relativní</b>
Rozhodně ne	1	0,8	0,8	0,8
Spíše ne	5	4,2	4,2	5,1
Těžko rozhodnout	24	20,3	20,3	25,4
Spíše ano	52	44,2	44,2	69,5
Rozhodně ano	36	30,5	30,5	100,0
<b>Celkem</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 118 respondentů (100 %) 36 sester (30,5 %) rozhodně souhlasí s tvrzením, že je staniční sestra při hodnocení podřízených vždy spravedlivá, 52 sester (44,2 %) spíše souhlasí s tímto tvrzením. Pro 24 sester (20,4 %) je těžké se rozhodnout, spíše nesouhlasí 5 sester (4,2 %) a rozhodně nesouhlasí 1 sestra (0,8 %).

**Tabulka 12 Schopnost staniční sestry zastat se podřízených (tabulka k tvrzení 12)**

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní součty relativní</b>
Spíše ne	5	4,2	4,2	4,2
Těžko rozhodnout	7	6,0	6,0	10,2
Spíše ano	43	36,4	36,4	46,6
Rozhodně ano	63	53,4	53,4	100,0
<b>Celkem</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 118 respondentů (100 %) 63 sester (53,5 %) rozhodně souhlasí s tvrzením, že se staniční sestra dovede kolektivu zastat, 43 sester (36,4 %) s tímto tvrzením spíše souhlasí. Pro 7 sester (6,0 %) je těžké se rozhodnout a spíše nesouhlasí 5 sester (4,2 %).

**Tabulka 13 Vyslechnutí názoru podřízených (tabulka k tvrzení 13)**

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní součty relativní</b>
Spíše ne	2	1,7	1,7	1,7
Těžko rozhodnout	8	6,8	6,8	8,5
Spíše ano	56	47,4	47,4	55,9
Rozhodně ano	52	44,1	44,1	100,0
<b>Celkem</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 118 respondentů (100 %) 52 sester (44,1 %) rozhodně souhlasí s tvrzením, že staniční sestra vyslechne názor kolektivu, 56 sester (47,4 %) s tímto tvrzením spíše souhlasí. Pro 8 sester (6,8 %) je těžké se rozhodnout a spíše nesouhlasí 2 sestry (1,7 %).

**Tabulka 14 Hodnocení staniční sestry (tabulka k tvrzení 14)**

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní součty relativní</b>
Rozhodně ne	2	1,7	1,7	1,7
Spíše ne	10	8,5	8,5	10,2
Těžko rozhodnout	40	33,9	33,9	44,1
Spíše ano	45	38,1	38,1	82,2
Rozhodně ano	21	17,8	17,8	100,0
<b>Celkem</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 118 respondentů (100 %) 21 sester (17,8 %) rozhodně souhlasí s tvrzením, že staniční sestře nezáleží jen na hodnocení nadřízenými, 45 sester (38,1 %) spíše souhlasí. Pro 40 sester (33,9 %) je těžké se rozhodnout, 10 sester (8,5 %) spíše nesouhlasí a 2 sestry (1,7 %) s tímto tvrzením rozhodně nesouhlasí.

**Tabulka 15 Snaha staniční sestry řešit konflikty ve skupině (tabulka k tvrzení 15)**

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní součty relativní</b>
Rozhodně ne	1	0,8	0,8	0,8
Spíše ne	9	7,6	7,6	8,5
Těžko rozhodnout	10	8,5	8,5	16,9
Spíše ano	54	45,8	45,8	62,7
Rozhodně ano	44	37,3	37,3	100,0
<b>Celkem</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 118 respondentů (100 %) 44 sester (37,3 %) rozhodně souhlasí s tvrzením, že se staniční sestra snaží řešit konflikty vzniklé ve skupině, 54 sester (45,8 %) spíše souhlasí. Pro 10 sester (8,5 %) je těžké se rozhodnout, spíše nesouhlasí 9 sester (7,6 %) a rozhodně nesouhlasí 1 sestra (0,8 %).

**Tabulka 16 Nesouhlas se změnou staniční sestry (tabulka k tvrzení 16)**

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní součty relativní</b>
Rozhodně ne	4	3,4	3,4	3,4
Spíše ne	9	7,6	7,6	11,0
Těžko rozhodnout	44	37,3	37,3	48,3
Spíše ano	38	32,2	32,2	80,5
Rozhodně ano	23	19,5	19,5	100,0
<b>Celkem</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 118 respondentů (100 %) 23 sester (19,5 %) rozhodně souhlasí s tvrzením, že by změna staniční sestry vyvolala nevůli u většiny členů týmu, 38 sester (32,2 %) s tvrzením spíše souhlasí. Pro 44 sester (37,3 %) je těžké se rozhodnout, spíše nesouhlasí 9 sester (7,6 %) a 4 sestry (3,4 %) rozhodně nesouhlasí.

**Tabulka 17 Spokojenost s prací staniční sestry (tabulka k tvrzení 17)**

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní součty relativní</b>
Rozhodně ne	13	11,0	11,0	11,0
Spíše ne	27	22,9	22,9	33,9
Těžko rozhodnout	12	10,2	10,2	44,1
Spíše ano	38	32,2	32,2	76,3
Rozhodně ano	28	23,7	23,7	100,0
<b>Celkem</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 118 respondentů (100 %) 28 sester (23,7 %) rozhodně souhlasí s tvrzením, že nemá výhrady k práci staniční sestry, 38 sester (32,2 %) spíše souhlasí. Pro 12 sester (10,2 %) je těžké se rozhodnout, 27 sester (22,9 %) spíše nesouhlasí a 13 sester (11 %) rozhodně nesouhlasí.

**Tabulka 18 Otevřenost při vyjádření vlastního názoru (tabulka k tvrzení 18)**

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní součty relativní</b>
Rozhodně ne	9	7,6	7,6	7,6
Spíše ne	25	21,2	21,2	28,8
Těžko rozhodnout	28	23,7	23,7	52,5
Spíše ano	44	37,3	37,3	89,8
Rozhodně ano	12	10,2	10,2	100,0
<b>Celkem</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 118 respondentů (100 %) 12 sester (10,2 %) rozhodně souhlasí s tvrzením, že se názory na práci a spolupracovníky vyjadřují otevřeně, 44 sester (37,3 %) spíše souhlasí. Těžké rozhodnout je to pro 28 sester (23,7 %), 25 sester (21,2 %) spíše nesouhlasí a 9 sester (7,6 %) rozhodně nesouhlasí.

**Tabulka 19 Včasnost získání informací (tabulka k tvrzení 19)**

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní součty relativní</b>
Rozhodně ne	2	1,7	1,7	1,7
Spíše ne	17	14,4	14,4	16,1
Těžko rozhodnout	8	6,8	6,8	22,9
Spíše ano	64	54,2	54,2	77,1
Rozhodně ano	27	22,9	22,9	100,0
<b>Celkem</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 118 respondentů (100 %) 27 sester (22,9 %) rozhodně souhlasí s tvrzením, že se poznatky důležité k plnění pracovních úkolů dozvídají včas, 64 sester (54,2 %) spíše souhlasí. Pro 8 sester (6,8 %) je těžké se rozhodnout, 17 sester (14,4 %) spíše nesouhlasí, 2 sestry (1,7 %) rozhodně nesouhlasí.

**Tabulka 20 Efektivní komunikace v týmu (tabulka k tvrzení 20)**

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní součty relativní</b>
Rozhodně ne	5	4,2	4,2	4,2
Spíše ne	35	29,7	29,7	33,9
Těžko rozhodnout	24	20,3	20,3	54,2
Spíše ano	45	38,2	38,2	92,4
Rozhodně ano	9	7,6	7,6	100,0
<b>Celkem</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 118 respondentů (100 %) 9 sester (7,6 %) rozhodně souhlasí s tvrzením, že efektivní komunikace funguje mezi všemi členy ošetrovatelského týmu, 45 sester (38,2 %) spíše souhlasí. Pro 24 sester (20,3 %) je těžké se rozhodnout, 35 sester (29,7 %) spíše nesouhlasí a 5 sester (4,2 %) rozhodně nesouhlasí.



**Tabulka 21 Pravidelnost v informování** (*tabulka k tvrzení 21*)

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní součty relativní</b>
Rozhodně ne	3	2,5	2,5	2,5
Spíše ne	21	17,8	17,8	20,3
Těžko rozhodnout	24	20,4	20,4	40,7
Spíše ano	49	41,5	41,5	82,2
Rozhodně ano	21	17,8	17,8	100,0
<b>Celkem</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 118 respondentů (100 %) 21 sester (17,8 %) rozhodně souhlasí s tvrzením, že informovanost členů týmu má systém a pravidelnost, 49 sester (41,5 %) spíše souhlasí. Pro 24 sester (20,4 %) je těžké se rozhodnout, 21 sester (17,8 %) spíše nesouhlasí a 3 sestry (2,5 %) rozhodně nesouhlasí.

**Tabulka 22 Možnost diskuze v týmu** (*tabulka k tvrzení 22*)

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní součty relativní</b>
Spíše ne	13	11,0	11,0	11,0
Těžko rozhodnout	24	20,4	20,4	31,4
Spíše ano	64	54,2	54,2	85,6
Rozhodně ano	17	14,4	14,4	100,0
<b>Celkem</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 118 respondentů (100 %) 17 sester (14,4 %) rozhodně souhlasí s tvrzením, že je možné o uložených úlohách v týmu diskutovat, 64 sester (54,2 %) spíše souhlasí. Pro 24 sester (20,4 %) je těžké se rozhodnout, spíše nesouhlasí 13 sester (11 %).

**Tabulka 23 Žádost o radu (tabulka k tvrzení 23)**

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní součty relativní</b>
Rozhodně ne	4	3,4	3,4	3,4
Spíše ne	4	3,4	3,4	6,8
Těžko rozhodnout	1	0,8	0,8	7,6
Spíše ano	20	17,0	17,0	24,6
Rozhodně ano	89	75,4	75,4	100,0
<b>Celkem</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 118 respondentů (100 %) 89 sester (75,4 %) rozhodně souhlasí s tvrzením, že pokud si není jistá s plněním ordinace, nebojí se požádat kolegy o radu, 20 sester (17,0 %) spíše souhlasí, 1 sestra (0,8 %) se těžko rozhoduje. 4 sestry (3,4 %) spíše nesouhlasí a 4 sestry (3,4 %) rozhodně nesouhlasí.

**Tabulka 24 Pravidelnost provozních schůzek (tabulka k tvrzení 24)**

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní součty relativní</b>
Rozhodně ne	9	7,6	7,6	7,6
Spíše ne	6	5,1	5,1	12,7
Těžko rozhodnout	4	3,4	3,4	16,1
Spíše ano	29	24,6	24,6	40,7
Rozhodně ano	70	59,3	59,3	100,0
<b>Celkem</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 118 respondentů (100 %) 70 sester (59,3 %) rozhodně souhlasí s tvrzením, že na oddělení mají pravidelné provozní schůzky k předávání nových informací, 29 sester (24,6 %) spíše souhlasí, 4 sestry (3,4 %) se těžko rozhodují, 6 sester (5,1 %) spíše nesouhlasí, 9 sester (7,6 %) rozhodně nesouhlasí.

**Tabulka 25 Dodržování pravidel slušného chování v kolektivu (tabulka k tvrzení 25)**

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní součty relativní</b>
Rozhodně ne	3	2,5	2,5	2,5
Spíše ne	8	6,8	6,8	9,3
Těžko rozhodnout	11	9,3	9,3	18,6
Spíše ano	60	50,9	50,9	69,5
Rozhodně ano	36	30,5	30,5	100,0
<b>Celkem</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 118 respondentů (100 %) 36 sester (30,5 %) rozhodně souhlasí s tvrzením, dodržování pravidel slušného chování je v týmu samozřejmostí, 60 sester (50,9 %) spíše souhlasí, 11 sester (9,3 %) se těžko rozhoduje, 8 sester (6,8 %) spíše nesouhlasí, 3 sestry (2,5 %) rozhodně nesouhlasí.

**Tabulka 26 Dodržování diskrétnosti v kolektivu (tabulka k tvrzení 26)**

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní součty relativní</b>
Spíše ne	2	1,7	1,7	1,7
Těžko rozhodnout	10	8,5	8,5	10,2
Spíše ano	64	54,2	54,2	64,4
Rozhodně ano	42	35,6	35,6	100,0
<b>Celkem</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 118 respondentů (100 %) 42 sester (35,6 %) rozhodně souhlasí s tvrzením, že při komunikaci s kolegy dodržují pravidla diskrétnosti, 64 sester (54,2 %) spíše souhlasí, 10 sester (8,5 %) se těžko rozhoduje, 2 sestry (1,7 %) spíše nesouhlasí.

**Tabulka 27 Respektování rozdílných názorů** (tabulka k tvrzení 27)

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní součty relativní</b>
Rozhodně ne	2	1,7	1,7	1,7
Spíše ne	10	8,5	8,5	10,2
Těžko rozhodnout	21	17,8	17,8	28,0
Spíše ano	62	52,5	52,5	80,5
Rozhodně ano	23	19,5	19,5	100,0
<b>Celkem</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 118 respondentů (100 %) 23 sester (19,5 %) rozhodně souhlasí s tvrzením, že v kolektivu respektují rozdílné názory, 62 sester (52,5 %) spíše souhlasí, 21 sester (17,8 %) se těžko rozhoduje, 10 sester (8,5 %) spíše nesouhlasí, 2 sestry (1,7 %) rozhodně nesouhlasí.

**Tabulka 28 Kritika jednotlivce v soukromí** (tabulka k tvrzení 28)

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní součty relativní</b>
Rozhodně ne	5	4,2	4,2	4,2
Spíše ne	22	18,7	18,7	22,9
Těžko rozhodnout	34	28,8	28,8	51,7
Spíše ano	43	36,4	36,4	88,1
Rozhodně ano	14	11,9	11,9	100,0
<b>Celkem</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 118 respondentů (100 %) 14 sester (11,9 %) rozhodně souhlasí s tvrzením, že kritika jednotlivce probíhá v soukromí, 43 sester (36,4 %) spíše souhlasí, 34 sester (28,8 %) se těžko rozhoduje, 22 sester (18,7 %) spíše nesouhlasí, 5 sester (4,2 %) rozhodně nesouhlasí.

**Tabulka 29** Vzájemné naslouchání v týmu (tabulka k tvrzení 29)

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní součty relativní</b>
Rozhodně ne	1	0,8	0,8	0,8
Spíše ne	15	12,8	12,8	13,6
Těžko rozhodnout	30	25,4	25,4	39,0
Spíše ano	63	53,4	53,4	92,4
Rozhodně ano	9	7,6	7,6	100,0
<b>Celkem</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 118 respondentů (100 %) 9 sester (7,6 %) rozhodně souhlasí s tvrzením, že si v týmu dokáží vzájemně naslouchat, 63 sester (53,4 %) spíše souhlasí, 30 sester (25,4 %) se těžko rozhoduje, 15 sester (12,8 %) spíše nesouhlasí, 1 sestra (0,8 %) rozhodně nesouhlasí.

**Tabulka 30** Nasetkání se s šikanou na pracovišti (tabulka k tvrzení 30)

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní součty relativní</b>
Rozhodně ne	24	20,3	20,3	20,3
Spíše ne	32	27,1	27,1	47,5
Těžko rozhodnout	23	19,5	19,5	66,9
Spíše ano	14	11,9	11,9	78,8
Rozhodně ano	25	21,2	21,2	100,0
<b>Celkem</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 118 respondentů (100 %) 25 sester (21,2 %) rozhodně souhlasí s tvrzením, že se ve svém kolektivu s šikanou nasetkala, 14 sester (11,9 %) spíše souhlasí, pro 23 sester (19,5 %) je těžké rozhodnout, 32 sester (27,1 %) spíše nesouhlasí a 24 sester (20,3 %) rozhodně nesouhlasí.

**Tabulka 31 Stručnost a přehlednost předávání informací (tabulka k tvrzení 31)**

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní součty relativní</b>
Rozhodně ne	1	0,8	0,8	0,8
Spíše ne	8	6,8	6,8	7,6
Těžko rozhodnout	28	23,8	23,8	31,4
Spíše ano	59	50,0	50,0	81,4
Rozhodně ano	22	18,6	18,6	100,0
<b>Celkem</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 118 respondentů (100 %) 22 sester (18,6 %) rozhodně souhlasí s tvrzením, že předávání informací mezi členy týmu je jasné a stručné, 59 sester (50 %) spíše souhlasí, 28 sester (23,8 %) se těžko rozhoduje, 8 sester (6,8 %) spíše nesouhlasí, 1 sestra (0,8 %) rozhodně nesouhlasí.

**Tabulka 32 Kontrola identity pacienta před podáním léků (tabulka k tvrzení 32)**

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní součty relativní</b>
Rozhodně ne	1	0,8	0,8	0,8
Spíše ne	1	0,8	0,8	1,7
Spíše ano	18	15,3	15,3	16,9
Rozhodně ano	98	83,1	83,1	100,0
<b>Celkem</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 118 respondentů (100 %) 98 sester (83,1 %) rozhodně souhlasí s tvrzením, že před podáním léků zkontroluje identitu pacienta, 18 sester (15,3 %) spíše souhlasí, 1 sestra (0,8 %) spíše nesouhlasí, 1 sestra (0,8 %) rozhodně nesouhlasí.

**Tabulka 33** Nepocit'ování stresu během směny (tabulka k tvrzení 33)

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní součty relativní</b>
Rozhodně ne	9	7,6	7,6	7,6
Spíše ne	28	23,7	23,7	31,4
Těžko rozhodnout	23	19,5	19,5	50,8
Spíše ano	39	33,1	33,1	83,9
Rozhodně ano	19	16,1	16,1	100,0
<b>Celkem</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 118 respondentů (100 %) 19 sester (16,1 %) rozhodně souhlasí s tvrzením, že se necítí během směny v permanentním stresu a napětí, 39 sester (33,1 %) spíše souhlasí, 23 sester (19,5 %) se těžko rozhoduje, 28 sester (23,7 %) spíše nesouhlasí, 9 sester (7,6 %) rozhodně nesouhlasí.

**Tabulka 34** Přiznání pochybení (tabulka k tvrzení 34)

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní součty relativní</b>
Těžko rozhodnout	2	1,7	1,7	1,7
Spíše ano	31	26,3	26,3	28,0
Rozhodně ano	85	72,0	72,0	100,0
<b>Celkem</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 118 respondentů (100 %) 85 sester (72 %) rozhodně souhlasí s tvrzením, že při nežádoucí události, která by se jí stala otevřeně přízná chybu, 31 sester (26,3 %) spíše souhlasí, pro 2 sestry (1,7 %) je těžké se rozhodnout.

**Tabulka 35 Zájem vedení o pochybení (tabulka k tvrzení 35)**

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní součty relativní</b>
Spíše ne	1	0,8	0,8	0,8
Těžko rozhodnout	18	15,3	15,3	16,1
Spíše ano	43	36,4	36,4	52,5
Rozhodně ano	56	47,5	47,5	100,0
<b>Celkem</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 118 respondentů (100 %) 56 sester (47,5 %) rozhodně souhlasí s tvrzením, že na jejich oddělení vedení pochybení zajímají, 43 sester (36,4 %) spíše souhlasí, 18 sester (15,3 %) se těžko rozhoduje, 1 sestra (0,8 %) spíše nesouhlasí.

**Tabulka 36 Pády pacientů jako nejčastější příčina pochybení (tabulka k tvrzení 36)**

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní součty relativní</b>
Rozhodně ne	19	16,1	16,1	16,1
Spíše ne	25	21,2	21,2	37,3
Těžko rozhodnout	15	12,7	12,7	50,0
Spíše ano	41	34,7	34,7	84,7
Rozhodně ano	18	15,3	15,3	100,0
<b>Celkem</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 118 respondentů (100 %) 18 sester (15,3 %) rozhodně souhlasí s tvrzením, že většina nežádoucích událostí se na jejich oddělení týká pádu pacienta, 41 sester (34,7 %) spíše souhlasí, 15 sester (12,7 %) se těžko rozhoduje, 25 sester (21,2 %) spíše nesouhlasí, 19 sester (16,1 %) rozhodně nesouhlasí.



**Tabulka 37** Obava z postupu vedení po pochybení (tabulka k tvrzení 37)

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní součty relativní</b>
Rozhodně ne	3	2,5	2,5	2,5
Spíše ne	21	17,8	17,8	20,3
Těžko rozhodnout	36	30,5	30,5	50,8
Spíše ano	33	28,0	28,0	78,8
Rozhodně ano	25	21,2	21,2	100,0
<b>Celkem</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 118 respondentů (100 %) 25 sester (21,2 %) rozhodně souhlasí s tvrzením, že nemají obavu z postupu vedení po nahlášení pochybení, 33 sester (28 %) spíše souhlasí, pro 36 sester (30,5 %) je těžké se rozhodnout, 21 sester (17,8 %) spíše nesouhlasí, 3 sestry (2,5 %) rozhodně nesouhlasí.

**Tabulka 38** Vzájemná pomoc na oddělení (tabulka k tvrzení 38)

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní součty relativní</b>
Rozhodně ne	3	2,5	2,5	2,5
Spíše ne	7	5,9	5,9	8,5
Těžko rozhodnout	10	8,5	8,5	16,9
Spíše ano	65	55,1	55,1	72,0
Rozhodně ano	33	28,0	28,0	100,0
<b>Celkem</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 118 respondentů (100 %) 33 sester (28 %) rozhodně souhlasí s tvrzením, že pokud je jedna část oddělení velmi zaneprázdněná, jiné jí pomáhají, 65 sester (55,1 %) spíše souhlasí, pro 10 sester (8,5 %) je těžké rozhodnout, 7 sester (5,9 %) spíše nesouhlasí, 3 sestry (2,5 %) rozhodně nesouhlasí.

**Tabulka 39 Ordinace psané elektronicky (tabulka k tvrzení 39)**

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní součty relativní</b>
Rozhodně ne	31	26,3	26,3	26,3
Spíše ne	6	5,1	5,1	31,4
Těžko rozhodnout	5	4,2	4,2	35,6
Spíše ano	41	34,7	34,7	70,3
Rozhodně ano	35	29,7	29,7	100,0
<b>Celkem</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 118 respondentů (100 %) 35 sester (29,7 %) rozhodně souhlasí s tvrzením, že ordinace lékaře jsou na oddělení psány na počítači, 41 sester (34,7 %) spíše souhlasí, pro 5 sester (4,2 %) je těžké se rozhodnout, 6 sester (5,1 %) spíše nesouhlasí, 31 sester (26,3 %) rozhodně nesouhlasí.

**Tabulka 40 Nepodávání léků na základě ordinace po telefonu (tabulka k tvrzení 40)**

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní součty relativní</b>
Rozhodně ne	24	20,3	20,3	20,3
Spíše ne	48	40,7	40,7	61,0
Těžko rozhodnout	10	8,5	8,5	69,5
Spíše ano	20	16,9	16,9	86,4
Rozhodně ano	16	13,6	13,6	100,0
<b>Celkem</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 118 respondentů (100 %) 16 sester (13,6 %) rozhodně souhlasí s tvrzením, že na oddělení není zvykem podávat léky na základě ordinace po telefonu, 20 sester (16,9 %) spíše souhlasí, pro 10 sester (8,5 %) je těžké se rozhodnout, 48 sester (40,7 %) spíše nesouhlasí, 24 sester (20,3 %) rozhodně nesouhlasí.

**Tabulka 41 Netrestání zaměstnanců za chyby (tabulka k tvrzení 41)**

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní součty relativní</b>
Rozhodně ne	15	12,7	12,7	12,7
Spíše ne	42	35,6	35,6	48,3
Těžko rozhodnout	32	27,1	27,1	75,4
Spíše ano	20	17,0	17,0	92,4
Rozhodně ano	9	7,6	7,6	100,0
<b>Celkem</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 118 respondentů (100 %) 9 sester (7,6 %) rozhodně souhlasí s tvrzením, že nemá pocit, že jsou jejich chyby/omyly použity proti nim, 20 sester (17,0 %) spíše souhlasí, 32 sester (27,1 %) se těžko rozhoduje, 42 sester (35,6 %) spíše nesouhlasí, 15 sester (12,7 %) rozhodně nesouhlasí.

**Tabulka 42 Identifikační náramky u všech pacientů (tabulka k tvrzení 42)**

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní součty relativní</b>
Rozhodně ne	2	1,7	1,7	1,7
Spíše ne	8	6,8	6,8	8,5
Těžko rozhodnout	2	1,7	1,7	10,2
Spíše ano	41	34,7	34,7	44,9
Rozhodně ano	65	55,1	55,1	100,0
<b>Celkem</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 118 respondentů (100 %) 65 sester (55,1 %) rozhodně souhlasí s tvrzením, že identifikační náramek má každý pacient, 41 sester (34,7 %) spíše souhlasí, 2 sestry (1,7 %) se těžko rozhodují, 8 sester (6,8 %) spíše nesouhlasí, 2 sestry (1,7 %) rozhodně nesouhlasí.

**Tabulka 43** Nepodání generického léčiva bez opravy ordinace lékařem (tabulka k tvrzení 43)

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní součty relativní</b>
Rozhodně ne	38	32,2	32,2	32,2
Spíše ne	40	33,9	33,9	66,1
Těžko rozhodnout	12	10,2	10,2	76,3
Spíše ano	18	15,2	15,2	91,5
Rozhodně ano	10	8,5	8,5	100,0
<b>Celkem</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 118 respondentů (100 %) 10 sester (8,5 %) rozhodně souhlasí s tvrzením, že bez opravy v ordinacích není podán lék, který je generickým ekvivalentem léku ordinovaného lékařem, 18 sester (15,2 %) spíše souhlasí, 12 sester (10,2 %) se těžko rozhoduje, 40 sester (33,9 %) spíše nesouhlasí, 38 sester (32,2 %) rozhodně nesouhlasí.

**Tabulka 44** Informovanost o pochybení (tabulka k tvrzení 44)

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní součty relativní</b>
Rozhodně ne	2	1,7	1,7	1,7
Spíše ne	15	12,7	12,7	14,4
Těžko rozhodnout	13	11,0	11,0	25,4
Spíše ano	66	56,0	56,0	81,4
Rozhodně ano	22	18,6	18,6	100,0
<b>Celkem</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 118 respondentů (100 %) 22 sester (18,6 %) rozhodně souhlasí s tvrzením, že jsou informovány o chybách/omylech, které se stanou na jejich oddělení,

66 sester (55,9 %) spíše souhlasí, 13 sester (11 %) se těžko rozhoduje, 15 sester (12,7 %) spíše nesouhlasí, 2 sestry (1,7 %) rozhodně nesouhlasí.

**Tabulka 45 Diskuze o možnostech prevence pochybení (tabulka k tvrzení 45)**

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní součty relativní</b>
Rozhodně ne	3	2,5	2,5	2,5
Spíše ne	12	10,2	10,2	12,7
Těžko rozhodnout	14	11,9	11,9	24,6
Spíše ano	59	50,0	50,0	74,6
Rozhodně ano	30	25,4	25,4	100,0
<b>Celkem</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 118 respondentů (100 %) 30 sester (25,4 %) rozhodně souhlasí s tvrzením, že na oddělení diskutují o možnostech prevence opakujících se chyb, 59 sester (50 %) spíše souhlasí, 14 sester (11,9 %) se těžko rozhoduje, 12 sester (10,2 %) spíše nesouhlasí, 3 sestry (2,5 %) rozhodně nesouhlasí.

**Tabulka 46 Bezpečnost pacienta jako priorita (tabulka k tvrzení 46)**

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní součty relativní</b>
Rozhodně ne	10	8,5	8,5	8,5
Spíše ne	14	11,8	11,8	20,3
Těžko rozhodnout	16	13,6	13,6	33,9
Spíše ano	47	39,8	39,8	73,7
Rozhodně ano	31	26,3	26,3	100,0
<b>Celkem</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 118 respondentů (100 %) 31 sester (26,3 %) rozhodně souhlasí s tvrzením, že bezpečnost pacienta není nikdy zanedbána na úkor snahy udělat více

práce, 47 sester (39,8 %) spíše souhlasí, 16 sester (13,6 %) se těžko rozhoduje, 14 sester (11,8 %) spíše nesouhlasí, 10 sester (8,5 %) rozhodně nesouhlasí.

**Tabulka 47 Dodržování hygieny rukou (tabulka k tvrzení 47)**

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní součty relativní</b>
Spíše ne	1	0,8	0,8	0,8
Spíše ano	21	17,8	17,8	18,6
Rozhodně ano	96	81,4	81,4	100,0
<b>Celkem</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 118 respondentů (100 %) 96 sester (81,4 %) rozhodně souhlasí s tvrzením, že hygiena rukou je pro ně samozřejmostí, 21 sester (17,8 %) spíše souhlasí, 1 sestra (0,8 %) spíše nesouhlasí.

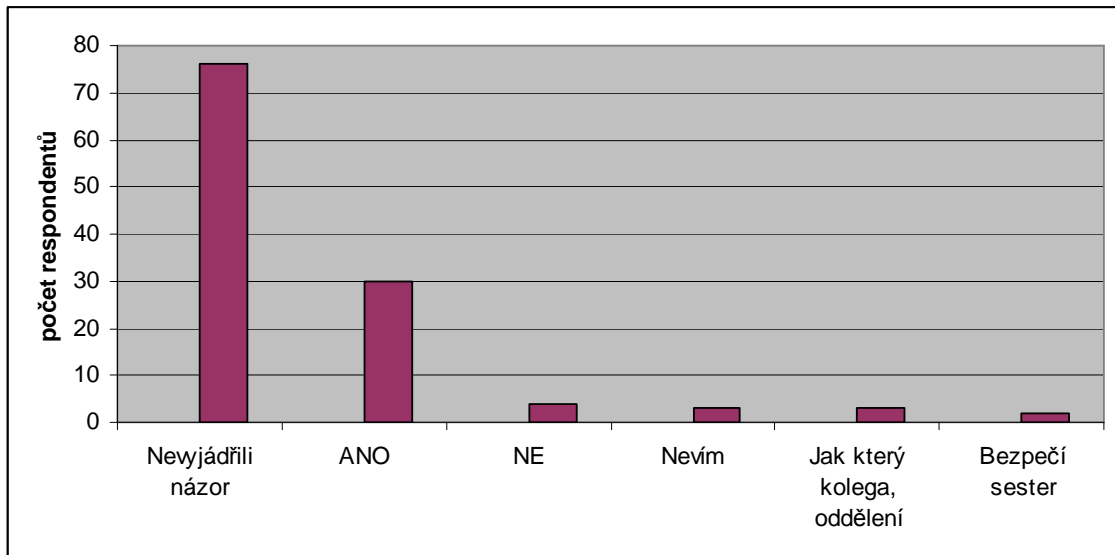
**Tabulka 48 Pozitivní změny jako důsledek pochybení (tabulka k tvrzení 48)**

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní součty relativní</b>
Rozhodně ne	2	1,7	1,7	1,7
Spíše ne	6	5,1	5,1	6,8
Těžko rozhodnout	23	19,5	19,5	26,3
Spíše ano	55	46,6	46,6	72,9
Rozhodně ano	32	27,1	27,1	100,0
<b>Celkem</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 118 respondentů (100 %) 32 sester (27,1 %) rozhodně souhlasí s tvrzením, že chyby/omyly personálu vedou i k pozitivním změnám, 55 sester (46,6 %) spíše souhlasí, 23 sester (19,5 %) se těžko rozhoduje, 6 sester (5,1 %) spíše nesouhlasí, 2 sestry (1,7 %) rozhodně nesouhlasí.

### Graf 1 Pozornost věnovaná problematice bezpečnosti pacientů

Graf k otázce : Myslíte si, že je problematice bezpečí pacientů věnována dostatečná pozornost?



Z celkového počtu 118 respondentů (100%) 76 sester (64,5 %) k této otázce názor nevyjádřilo. 30 sester (25,4%) si myslí, že problematice bezpečí pacientů je věnována dostatečná pozornost, 4 sestry (3,4%) jsou názoru, že tomu tak není. Odpověď nevím uvedly 3 sestry (2,5%). Jak který kolega či oddělení odpověděly 3 sestry (2,5%), 2 sestry (1,7%) zmínily otázku bezpečí sester.

#### 4.2 Statistické testování získaných dat

Hypotéza 1: „Na oddělení je aplikován efektivní systém komunikace mezi členy ošetrovatelského týmu.“

Hodnocení efektivnosti komunikace bylo provedeno na základě odpovědí na otázky 20, 22, 24 a 31. Odpovědi byly bodovány jedním až pěti body, respondenti tedy mohli získat 4 až 20 bodů. Za hranici efektivní komunikace bylo zvoleno 12 a více bodů.

Pro zhodnocení hypotézy byla stanovena hraniční hodnota zastoupení odpovědí „ano, komunikace je efektivní“ 75 %. Daná otázka byla započítána ve prospěch naší

hypotézy, pokud byl výskyt „správné“ odpovědi „ano“ 75 % nebo více. Četnosti odpovědí byly testovány pomocí chí kvadrát testu. Testovaná nulová hypotéza, neboli očekávané četnosti u všech odpovědí tedy byly stanoveny v poměru 75 % „ano“ (z celkového počtu 118 odpovědí to je 89 odpovědí) a 25 % „ne“ (z celkového počtu 118 odpovědí to je 30 odpovědí). Pokud byla dosažená hladina významnosti větší než 0,05 (5 %), znamená to, že počet správných odpovědí na danou otázku odpovídal poměru 75 % : 25 %, a tudíž potvrzuje naši stanovenou hypotézu. Pokud byla dosažená hladina významnosti menší než 0,05 (5 %), zjištěný poměr odpovědí se lišil od předpokládaného poměru 75 % : 25 %. Jestliže převládalo zastoupení odpovědi „ano“ (tj. více než 75 %), byla daná otázka rovněž započítána ve prospěch studované hypotézy. V opačném případě (větší než 25% zastoupení odpovědi „ne“) byla otázka v rozporu se stanovenou hypotézou.

**Tabulka 49 Efektivní komunikace v týmu**

Efektivní systém?	Pozorované		Očekávané	
	četnosti	procenta	četnosti	procenta
<b>ne</b>	17	14,4%	30	25%
<b>ano</b>	101	85,6%	89	75%
<b>Celkem</b>	118	100%	118	100%

*Dosažená hladina významnosti zjištěná pomocí chí kvadrát testu je 0,8 %. Znamená to, že H0 neplatí. Zastoupení odpovědi ano není předpokládaných 75 %, je to více. Přijímáme tedy hypotézu H1: „Na oddělení je aplikován efektivní systém komunikace mezi členy ošetrovatelského týmu.“*

Hypotéza H2: „Sestry manažerky volí styl vedení, který je založen na orientaci na lidi“. Hodnocení stylu vedení bylo provedeno na základě odpovědí na otázky 8, 9, 10, 11, 12 a 13. Odpovědi byly bodovány jedním až pěti body, respondenti tedy mohli získat 6 až 30 bodů. Za hranici stylu orientovaného na lidi bylo zvoleno 18 a více bodů.



**Tabulka 50 Orientace na lidi**

Orientace na lidi?	Pozorované		Očekávané	
	četnosti	procenta	četnosti	procenta
<b>ne</b>	6	5,1%	30	25%
<b>ano</b>	112	94,9%	89	75%
<b>Celkem</b>	118	100%	118	100%

Hypotéza byla vyjádřena očekávaným poměrem odpovědí ano:ne 75% : 25%. *Dosažená hladina významnosti zjištěná pomocí chí kvadrát testu byla menší než 0,1%, znamená to, že poměr odpovědí není 75 % : 25%, odpověď ano je zastoupena ještě více. H2 („Sestry manažerky volí styl vedení, který je založen na orientaci na lidi“) se tím potvrzuje.*

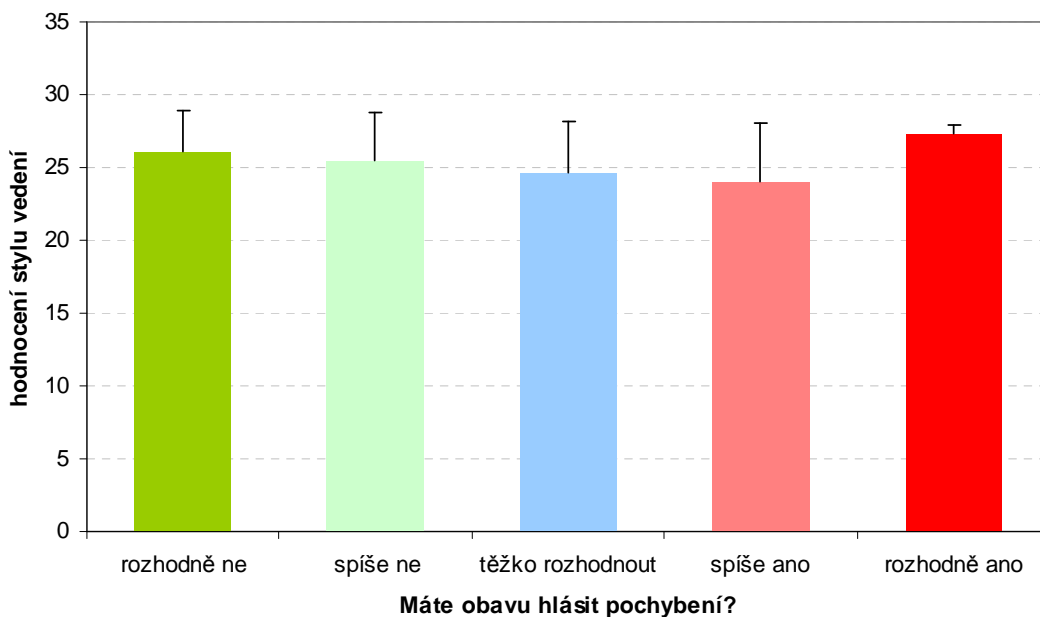
Hypotéza H3: „Ochota sester hlásit pochybení je závislá na stylu vedení sester manažerek.“

Hodnocení třetí hypotézy bylo provedeno na základě odpovědí na otázku 37 oproti stylu vedení kvantifikovanému otázkami 8, 9, 10, 11, 12 a 13.

**Tabulka 51 Obava hlásit pochybení vs. styl vedení**

		Styl vedení	
		průměr	sm. odchylka
<b>Máte obavu hlásit pochybení?</b>	<b>rozhodně ne</b>	26,1	2,8
	<b>spíše ne</b>	25,5	3,3
	<b>těžko rozhodnout</b>	24,6	3,6
	<b>spíše ano</b>	24,0	4,0
	<b>rozhodně ano</b>	27,3	0,6

**Graf 2 Obava hlásit pochybení versus styl vedení staniční sestry**



Je zřejmé, že s tím, jak klesá hodnocení stylu vedení sester manažerek, respondenti mají větší obavy hlásit nadřízeným svá pochybení. Při testování tohoto vztahu neparametrickou korelací (Spearmanovo  $r$ ) byla však dosažená hladina významnosti  $p = 12,6 \%$ . To znamená, že rozdíl není statisticky významný, hypotéza 3 („Ochota sester hlásit pochybení je závislá na stylu vedení sester manažerek.“) se tudíž nepotvrdila.

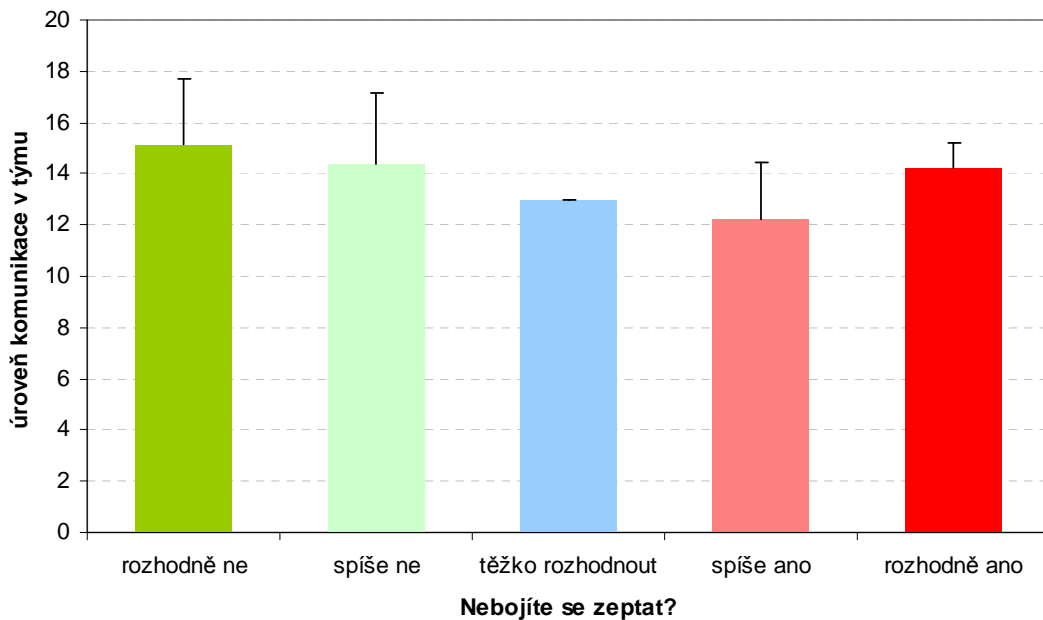
Hypotéza 4: „Ochota sester požádat o radu je závislá na úrovni komunikace mezi členy ošetrovatelského týmu.“

Hodnocení hypotézy 4 bylo provedeno na základě odpovědí na otázku 23 oproti úrovni komunikace v týmu kvantifikované otázkami 20, 22, 24 a 31.

**Tabulka 52 Obava zeptat se kolegy vs. úroveň komunikace**

		Úroveň komunikace	
		průměr	sm. odchylka
Nebojíte se zeptat?	rozhodně ne	15,2	2,5
	spíše ne	14,4	2,7
	těžko rozhodnout	13,0	0,0
	spíše ano	12,3	2,2
	rozhodně ano	14,3	1,0

**Graf 3 Úroveň komunikace v týmu versus obava zeptat se kolegy**



Hypotéza byla testována neparametrickou korelací (Spearmanovo  $\rho$ ). Dosažená hladina významnosti byla 3,4 %, což znamená, že mezi porovnávanými proměnnými existuje lineární vztah. Jestliže je úroveň komunikace v týmu problematická, je i obava sester požádat kolegu o radu vyšší. Pokud je úroveň komunikace v týmu bez problémů, ani požádat kolegu o radu není problém. Hypotéza 4 („Ochota sester požádat o radu je závislá na úrovni komunikace mezi členy ošetrovatelského týmu.“) se tedy potvrdila.

## 5 DISKUZE

Záměrem výzkumného šetření bylo vyhodnotit vztah mezi stylem vedení staniční sestry, komunikací v týmu a bezpečnou péčí o pacienty. Výzkumné šetření probíhalo v dubnu 2013 v nemocničním zařízení Institutu klinické a experimentální medicíny v Praze. Data byla shromážděna od 118 respondentů z řad sester a zdravotnických asistentů. Zvolena byla metodika kvantitativní metody výzkumu, formou dotazníku s návratností 73,8 %.

V úvodní části dotazníku respondenti odpovídali na identifikační údaje, jakými byly pohlaví, věk, celková délka praxe, dosažené vzdělání, pracovní zařazení, délka praxe na současném oddělení a velikost kolektivu, které blíže charakterizovaly respondenty. Velikost ošetrovatelského kolektivu 35 a více členů uvedlo 61 % respondentů (tabulka 7), proto jsem se zájmem očekávala výsledky hypotézy týkající se komunikace v týmu. Ve větších kolektivech je jistě komunikace složitější. Mohou se vytvářet rivalské skupiny ignorující návrhy ke spolupráci a škodící tím celé organizaci (20). Aby nedocházelo ke vzniku rivalských skupin, je přínosné, pokud lze názor na práci a spolupracovníky vyjádřit otevřeně. S možností otevřeného vyjádření názoru rozhodně souhlasí 10,2 % a spíše souhlasí 37,3 % dotazovaných (tabulka 18).

Každým dnem se v medicíně objevují nové poznatky, které jsou důležité pro správnou volbu léčby a ošetřování nemocných. Proto nás také zajímalo, zda se nové poznatky k ošetrovatelskému personálu dostávají včas, systematicky a pravidelně. Z celkového počtu 118 dotazovaných se 77,1 % respondentů vyjádřilo pozitivně k včasnosti předávání nových a důležitých poznatků (tabulka 19). I když pravidelné provozní schůzky s předáváním nových informací udává 83,9 % respondentů (tabulka 24), systematickosti a pravidelnosti předávání informací vyjádřilo pouze 59,3 % sester a zdravotnických asistentů (tabulka 21). Toto zjištění by mělo přimět staniční sestry k zamyšlení nad strategií pořádání provozních schůzek a motivací ošetrovatelského personálu na schůzky přijít.

Samozřejmostí by mělo být jak v kolektivu, tak v celé společnosti dodržování pravidel slušného chování. S tímto faktem se ztotožňuje asi každý z nás. O dodržování

pravidel slušného chování je ve svém týmu přesvědčeno, respektive spíše přesvědčeno 81,3 % dotázaných (tabulka 25). Pravidla diskrétnosti dodržuje 89,8 % respondentů (tabulka 26). Každý člověk je osobností, proto je důležité respektování rozdílných názorů a vzájemné naslouchání v týmu. Pravidla slušného chování a pravidla diskrétnosti utváří dobrou týmovou soudržnost. Souhra v týmu působí i na pacienty, vnímají tým důvěryhodněji.

Nezbytnou součástí práce s lidmi je i kritika, která by však měla být přiměřená, konkrétní, pravdivá a používaná mezi čtyřma očima (20). Ve výzkumném šetření bylo zjišťováno, zda kritika jednotlivce skutečně probíhá v soukromí – mezi čtyřma očima. Pouze 48,3 % sester a zdravotnických asistentů potvrdilo, že jsou kritizovány mezi čtyřma očima, tedy správně (tabulka 28). Bylo by dobré se zamyslet, jak lépe postupovat při kritizování svého okolí.

O šikanování slýcháváme ve sdělovacích prostředcích především v souvislosti s dětskými kolektivy, proto je poměrně zarážející, že se se šikanou na pracovišti setkala 47,5 % respondentů a dalších 19,5 % respondentů se v otázce šikany těžko rozhoduje (tabulka 30). Pokud dospělý vnímá chování spolupracovníka jako šikanování a má pocit, že není v jeho silách situaci vyřešit, bylo by na místě požádat nadřízené o vyřešení situace. V zaměstnání trávíme příliš mnoho času na to, abychom se cítili ohroženi a v permanentním stresu, k čemuž šikanování rozhodně může přispět. Z výzkumného šetření vyplývá, že 31,4 % sester a zdravotnických asistentů bývá během směny ve stresu (tabulka 33). Podobný výsledek uvádí Tomanová, v jejímž šetření uvedlo stres jako možný faktor pochybení 28 % sester (40).

Ke zlepšení bezpečné péče o pacienty zařadila mezi bezpečnostní cíle pro rok 2013 Joint Commission International i zlepšení efektivního systému komunikace v ošetrovatelském týmu (41). Na základě této skutečnosti nás zajímalo, zda si respondenti myslí, že efektivní komunikace funguje mezi všemi členy ošetrovatelského týmu. Zhruba 45,8 % dotazovaných odpovědělo, že komunikace členů ošetrovatelského týmu je efektivní a 33,9 % s tím nesouhlasí (tabulka 20). K efektivní komunikaci však patří i možnost diskuze v týmu, pravidelné předávání nových informací, jasnost a stručnost těchto informací. Na tyto ukazatele efektivnosti komunikace byly zaměřeny

otázky 20, 22, 24 a 31, které měly pomoci statistického testování zhodnotit hypotézu 1. Dosažená hladina významnosti zjištěná pomocí chí kvadrát testu byla 0,8 %, z čehož **vyplývá, že hypotéza 1 „Na oddělení je aplikován efektivní systém komunikace mezi členy ošetrovatelského týmu“ byla potvrzena.**

V souvislosti s efektivní komunikací v týmu, byla vznesena hypotéza 4 „Ochota sester požádat o radu je závislá na úrovni komunikace mezi členy ošetrovatelského týmu“. Respondenti byli dotázáni, zda pokud si nejsou jisti při plnění ordinace, nebojí se požádat kolegy o radu. Je pozitivní, že se 92,4 % sester a zdravotnických asistentů nebojí požádat kolegy o radu (tabulka 23). Hodnocení hypotézy 4 bylo provedeno na základě odpovědi na toto tvrzení oproti úrovni komunikace v týmu hypotéza 1 (tabulka 52 a graf 3). Sestry se nebojí zeptat, avšak dosažená hladina významnosti  $p=3,4$  % znamená, že mezi porovnávanými proměnnými existuje lineární vztah. Jestliže je úroveň komunikace v týmu problematická, je i obava sester požádat kolegu o radu vyšší. Pokud je úroveň komunikace v týmu bez problémů, ani požádat kolegu o radu není problém. **Hypotéza 4 „Ochota sester požádat o radu je závislá na úrovni komunikace mezi členy ošetrovatelského týmu“ se tedy potvrdila.**

Cílem práce bylo také vyhodnotit organizační kulturu ve stylu vedení, proto jsme si stanovili hypotézu 2 „Sestry manažerky volí styl vedení, který je založen na orientaci na lidi“. Zajímá nás názor na manažerky první linie – staniční sestry. Při prosazování stylu vedení orientovaného na lidi se staniční sestra zajímá o členy týmu nejen po stránce profesní, ale i po stránce lidské. Připouští diskuzi o zadaných úkolech, respektuje názor kolektivu a jednotlivce na nové informace (12).

Ve výzkumném šetření byl ošetrovatelský personál dotazován, zda se staniční sestra snaží vytvořit vhodné pracovní podmínky pro plnění pracovních úkolů. S tímto tvrzením rozhodně nebo spíše souhlasí 95,8 % respondentů, což je velmi příjemné zjištění (tabulka 8). K podobnému výsledku dospěla ve svém výzkumném šetření Brilová (38), která uvádí 90,3 % sester vyjadřujících názor na vytvoření vhodných pracovních podmínek staniční sestrou. Ke zmíněné diskuzi a nepoužívání striktních příkazů, jako prioritu staniční sestry zaměřené stylem vedení na „orientaci na lidi“, se vyjádřili respondenti velmi kladně. V 74,6 % dotazování souhlasili respektive spíše

souhlasili s tvrzením, že staniční sestra nepoužívá striktní příkazy, připouští diskuzi a vyslechne názor kolektivu 91,5 % (tabulka 9, 13). Mezi pozitivní charakterové vlastnosti rozhodně řadíme empatii, kterou dle respondentů staniční sestry disponují a zajímají se o problémy jednotlivých zdravotnických pracovníků.

Hodnocení podřízených patří k pravidelným činnostem manažera. Pro pracovníka je toto hodnocení motivací do další práce, k lepším výkonům a posílení týmové spolupráce (39). Je tedy přínosné, a pro staniční sestry dobrou vizitkou, že respondenti v 74,7 % vnímají hodnocení jako spravedlivé (tabulka 11).

Jak v malých tak i ve velkých kolektivech mohou vznikat konflikty. Důležité je, aby došlo k jejich řešení, a tím vznikl klid na smysluplnou práci. Konflikty většinou řeší jedinci mezi sebou, pokud však řešení nenaleznou, je dobré přizvat někoho třetího nezávislého (20). K závažným konfliktům na oddělení bývá přizvána staniční sestra, aby v rámci kompetencí spor vyřešila. Tento fakt nám potvrdilo 83,1 % sester a zdravotnických asistentů, když uvedlo, že se staniční sestra snaží řešit vzniklé konflikty (tabulka 15).

Hodnocení stylu vedení bylo provedeno na základě odpovědí na otázky 8, 9, 10, 11, 12, 13. Odpovědi byly testovány pomocí chí kvadrát testu. Z dosažené hladiny významnosti  $p = 0,1 \%$  **vyplývá, že hypotéza 2 „Sestry manažerky volí styl vedení, který je založen na orientaci na lidi“ byla potvrzena.** Při náročné sesterské práci je pozitivní vědět, že se nás staniční sestra dokáže zastat, je spravedlivá a vyslechne náš názor, nebo pomůže řešit náš problém.

Bezpečná péče o pacienty se stala světovou prioritou. Je na nás, aby se stala i předností každého zaměstnance a celé organizace. Často si problematiku bezpečí v nemocnici uvědomíme tehdy, pokud se my sami či naši blízcí ocitneme v roli pacienta. Přestože můžeme pracovat v jiném oboru, než ve kterém se staneme pacientem, všímáme si práce sester a ostatního personálu, zejména po stránce bezpečné péče.

Mezi základní pravidla bezpečné péče řadíme hygienu rukou u zdravotnického personálu a jednoznačnou identifikaci pacienta. Hygiena rukou je nejjednodušší prevencí nemocničních nákaz, kterou mají zdravotníci dle zákona dodržovat. Že se

jedná o samozřejmost, uvedlo 99,2 % dotazovaných (tabulka 47). K identifikaci pacienta se v praxi využívají identifikační náramky, na kterých jsou uvedeny alespoň dva identifikátory – údaje o pacientovi, například jméno pacienta a datum narození (32). Ve výzkumném šetření bylo zjišťováno, zda mají všichni hospitalizovaní pacienti identifikační náramek. Rozhodně či spíše ano odpovědělo 89,8 % respondentů (tabulka 42).

S identitou pacienta souvisela i otázka, zda si ji před podáním léků sestra zkontroluje. Pouze 1,6 % dotazovaných odpovědělo, že si identitu pacienta před podáním léku nezkontrolují (tabulka 32). Podání léku na základě ordinace po telefonu by se mělo vyskytovat pouze ve výjimečných případech, kdy je lékař zaneprázdněn například resuscitací či operuje na operačních sálech. Proto je překvapivé zjištění, že 61 % dotazovaných rozhodně či spíše nesouhlasí s tvrzením, že na oddělení není zvykem podávat léky na základě ordinace po telefonu (tabulka 40). Těžko posoudit, zda toto pochybení lze přikládat na vrub zaneprázdněnosti či neochotě lékařů dostavit se na oddělení. Dalším problémem, který lze vytknout lékařům, je nesprávné zapsání aktuálně dostupného léčiva, a tím podání generického léčiva bez opravy v ordinacích. 66,1 % respondentů uvádí, že nesouhlasí s tvrzením, že bez opravy v ordinacích není podán lék, který je generickým ekvivalentem léku ordinovaného lékařem (tabulka 43). Problému by bylo možné předejít propojením ústavní lékárny a informačního systému, který by při předepisování medikací automaticky nabízel lékařům aktuálně dostupná léčiva. To je však prozatím hudba budoucnosti. Na některých odděleních se alespoň medikace pomocí informačního systému zapisují a tisknou. Počítačem vytištěné ordinace a medikace ušetří sestřím a zdravotnickým asistentům čas s dešifrováním často nečitelných zápisů a přispívají k bezpečnější péči o pacienty.

Velmi pozitivní je přístup respondentů k nahlášení nežádoucí události. Pouze 1,6 % dotazovaných sester a zdravotnických asistentů se nedokáže rozhodnout, zda by při nežádoucí události, která by se jim stala, otevřeně přiznali chybu (tabulka 34). Ostatní respondenti by toto pochybení neváhali nahlásit. Pokud nežádoucí událost nastane, je důležité reagovat co nejdříve, a to by bez přiznání chyby nebylo možné. K podobným



pozitivním výsledkům dospělo i šetření kolegyně Tomanové (40), a tak se můžeme domnívat, že se kultura bezpečí pacientů ubírá správným směrem.

Bezpečná péče bude ošetrovatelským personálem vnímána jako priorita, pokud tuto myšlenku přijme a podpoří i vedení oddělení a management zdravotnického zařízení. Dle názoru respondentů se vedení oddělení o pochybení zajímá což uvedlo 83,9 % dotazovaných (tabulka 35). 74,6 % dotazovaných odpovědělo, že jsou informováni o chybách, které se na oddělení stanou (tabulka 44) a 75,4 % uvedlo, že na oddělení probíhá diskuze o možnostech prevence opakujících se chyb. Téměř 73 % dotazovaných si myslí, že omyly personálu vedou i k pozitivním změnám (tabulka 48).

V souvislosti se stylem vedení staniční sestry a bezpečnou péčí o pacienty byla vznesena hypotéza 3 „Ochota sester hlásit pochybení je závislá na stylu vedení sester manažerek.“ (tabulka 50 a grafu 2). Obavu z postupu vedení rozhodně či spíše nemá 49,2 % dotazovaných, 30,5 % se těžko rozhoduje a 20,3 % se postupu vedení obává. Je zřejmé, že s tím, jak klesá hodnocení stylu vedení sester manažerek, respondenti mají větší obavy hlásit nadřízeným svá pochybení. Při testování tohoto vztahu však dosažená hladina významnosti ( $p = 12,6 \%$ ) nepotvrdila statisticky významný rozdíl. **Hypotéza 3 „Ochota sester hlásit pochybení je závislá na stylu vedení sester manažerek“ se nepotvrdila.**

## 6 ZÁVĚR

Cílem práce bylo vyhodnocení oblasti komunikace a stylu vedení ve zdravotnickém zařízení v souvislosti s bezpečností poskytované péče. Bezpečná péče je celosvětovou prioritou, na kterou je kladen stále větší důraz.

Pro účely naší práce byly stanoveny čtyři hypotézy. V hypotéze 1 bylo posuzováno, zda je na oddělení aplikován efektivní systém komunikace mezi členy ošetrovatelského týmu. Po zpracování odpovědí z dotazníkového šetření vyplynulo, že na odděleních je aplikován efektivní systém komunikace. Zarážející je vyšší procento sester a zdravotnických asistentů, které se na oddělení setkalo se šikanováním. Pokud nelze vyřešit situaci osobně, mělo by být zastrašování řešeno vedením oddělení. Hypotéza 2 Sestry manažerky volí styl vedení, který je založen na orientaci na lidi, byla na základě odpovědí respondentů potvrzena. Staniční sestry jsou svými podřízenými kladně hodnoceny a brány jako opora při každodenní náročné práci. Hypotéza 3 Ochota sester hlásit pochybení je závislá na stylu vedení sester manažerek, se nepotvrdila. Vyhodnocením výsledků jsme dospěli k závěru, že klesá-li hodnocení stylu vedení sester manažerek, respondenti mají větší obavy hlásit nadřízeným svá pochybení, avšak hladina významnosti nepotvrdila statisticky významný rozdíl. Hypotéza 4 Ochota sester požádat o radu je závislá na úrovni komunikace mezi členy ošetrovatelského týmu, se potvrdila. Pokud je mezi členy týmu komunikace bezproblémová, respondenti se nebojí požádat kolegu o radu. Je-li však v týmové komunikaci problém, je i obava požádat kolegu o radu větší.

### 6.1 Doporučení pro praxi

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že se staniční sestry zajímají o své podřízené jak po stránce profesní, tak i lidské. Lze jim pouze doporučit, ať ve svém přístupu vytrvají, nadále jej prohlubují, aby v jimi řízeném kolektivu nedocházelo k šikaně a zastrašování. V otázkách komunikace je pozitivním zjištěním dodržování pravidel slušného chování, přestože je v současné době často preferován jednatel před kolektivem. Snaha o předcházení komunikačních omylů vede přes vstřícnost a naslouchání. Zkusme tedy na

těchto faktech společně pracovat a předávat je dále. A bezpečí pacientů? Když sami pro sebe přijmeme kulturu bezpečí jako prioritu ve svém životě, pak nebude problém používat pravidla i při výkonu povolání zdravotní sestry, nebo zdravotnického asistenta. Stěžejní výsledky byly nabídnuty k publikaci recenzovanému vědeckému časopisu Ošetřovatelství a porodní asistence.

## 7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. Akční plán kvality a bezpečnosti zdravotní péče na období 2010-2012 [on line ] 2010, [ cit. 2013-03-01]. Dostupné z <[http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-se-zameruje-na-bezpecnost-pacientu-predstavuje-akcni-plan-kvality-a-bezpecnosti-zdravotni-pece-na-obdobi\\_3444\\_1513\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-se-zameruje-na-bezpecnost-pacientu-predstavuje-akcni-plan-kvality-a-bezpecnosti-zdravotni-pece-na-obdobi_3444_1513_1.html)>
2. LUKÁŠOVÁ, Růžena. *Organizační kultura: od sdílených hodnot a cílů k vyšší výkonnosti podniku*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 174 s. ISBN 80-247-0648-2.
3. KILMANN, Ralph H, Mary J SAXTON a Roy SERPA. *Gaining control of the corporate culture*. 1st ed. San Francisco: Jossey-Bass, 1985, xxxi, 451 p. Jossey-Bass management series. ISBN 08-758-9666-9.
4. IVANOVÁ, Kateřina. *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006, 240 s. ISBN 80-701-3442-9.
5. GLADKIJ, Ivan. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003, 380 s. ISBN 80-722-6996-8.
6. ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vyd. Praha: Advent-Orion, 2003, 477 s. ISBN 80-717-2841-1.
7. SVOBODNÍK, Pavel. *Management pro zdravotníky v kostce*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009, 125 s. ISBN 978-807-0134-986.
8. VYTEJČKOVÁ, Renata. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 228 s., 24 s. barev. obr. příl. ISBN 978-802-4734-194.
9. ČESKO. Zákon č.96/ 2004 ze dne 4. února 2004 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických

- povoláních) In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2004, částka 30, s. 1452 – 1480. ISBN 859-14-4903-001-4
- Dostupný také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>
10. ČESKO. Vyhláška č. 55 ze dne 14. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 20, s. 488 – 544. ISSN 1211 – 1244 Dostupný také z <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>
  11. ČESKO. Zákon č. 372/ 2011 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 131, s. 4730 – 4801. ISSN 1211- 1244 Dostupný také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>
  12. KILÍKOVÁ, Mária a Viera JAKUŠOVÁ. *Teória a prax manažmentu v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2008, 148 s. ISBN 978-808-0632-908.
  13. VEBER, Jaromír. *Management: základy, prosperita, globalizace*. Vyd. 1. Praha: Management Press, 2000, 700 s. ISBN 80-726-1029-5.
  14. KOHOUTEK, Rudolf. *Psychologie práce a řízení*. 1. vyd. Brno: CERM, 2000, 223 s. ISBN 80-214-1552-5.
  15. *LEMON 3: učební texty pro sestry a porodní asistentky*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997, 155 s., ISBN 80-701-3244-2.
  16. GROHAR-MURRAY, Marry Ellen a Helen R DICROCE. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. Překlad Jana Heřmanová, Věra Topilová. Praha: Grada, 2003, 317 s. ISBN 80-247-0267-3.
  17. MOLEK, Jan. *Personalistika a řízení*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2008, 126 s. ISBN 978-807-3940-638.
  18. ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009, 135 s. ISBN 978-807-2625-994.
  19. HEKELOVÁ, Zuzana. *Manažerské znalosti a dovednosti pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 124 s. ISBN 978-802-4740-324.

20. MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2010, 325 s. ISBN 978-80-247-2339-6.
21. *ABZ slovník cizích slov*. [online].[cit.2012-11-11] Dostupné na: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/efektivni-komunikace>
22. POKORNÁ, Andrea. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 2. přepr. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2007, 100 s. ISBN 978-807-0134-665.
23. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. 1. vyd. Praha: Grada, c2011, 184 s. ISBN 978-802-4731-742.
24. ŠKRLA, Petr. *Především neublížit: cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2005, 162 s. ISBN 80-701-3419-4.
25. ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-802-4726-168.
26. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Metodika sledování nežádoucích událostí .In: *Věstník Ministerstva zdravotnictví*. 2012. částka 8. s. 20 – 38. Dostupný také z : [http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c8/2012\\_6865\\_2510\\_11.html](http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c8/2012_6865_2510_11.html)
27. DRAHOŠ, Jan. Jak definovat chyby při podávání léků. *Florence*. 2007, roč.3- II, č.6, s. 251- 252. ISSN 1801-464X.
28. DRAHOŠ, Jan. Jak definovat chyby při podávání léků. *Florence*. 2007, roč.3 -II, č.7-8, s. 291. ISSN 1801 – 464X.
29. MARX, David. Zajištění bezpečí pacientů při podávání léků. *Florence*. 2007, roč. 3 – II, č. 9, s. 355 – 356. ISSN 1801 – 464X.
30. JEŽEK, Martin. NCO NZO: Dotazníkový průzkum bezpečnosti ošetrovatelské péče. *Zdravotnické noviny*. Praha: 2010, roč. 59, č. 10, s. 26-27. ISSN: 0044-1996;
31. INTERNATIONAL, Joint Commission. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice: překlad 3. vyd.* 1. české vyd. Praha: Grada, 2008, 309 s. ISBN 978-802-4724-362.

32. MARX, David. Záměna pacienta, výkonu, strany či orgánu – možnosti prevence. *Florence*. 2007, roč. 3 – II, č. 10, s. 395. ISSN 1801 – 464X.
33. ČESKO. Předpis č. 306/2012 Sb. Vyhláška o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2012, částka 109, s. 3954 – 3980. ISSN 1211 – 1244 Dostupné také z [http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vyhlaska-c306/2012-sb-o-podminkach-predchazeni-vzniku-a-sireni-infekcnich-on\\_6838\\_2439\\_11.html](http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vyhlaska-c306/2012-sb-o-podminkach-predchazeni-vzniku-a-sireni-infekcnich-on_6838_2439_11.html)
34. BUŽGOVÁ, Radka a Ilona PLEVOVÁ. *Ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 285 s. ISBN 978-802-4735-573.
35. KOLLÁRIK, Teodor et al. *Škála sociálnej atmosféry v skupine: príručka*. [2. upr. vyd.]. Bratislava: Psychodiagnostika, 1993. 116 s.
36. Agency for Healthcare Research and Quality – The Hospital Survey on Patient Safety Culture [on line] 2004, [ cit. 2013-06-06]. Dostupné z <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/resources/hospscanform.pdf>
37. FILKA, Josef a Kvetoslava KOTRBOVÁ. Průzkum kultury bezpečí pacientů v nemocnicích jihočeského kraje. In: *V. Jihočeská konference nelékařských zdravotnických pracovníků : sborník přednášek* . České Budějovice : Nemocnice České Budějovice , 2012. ISBN: 978-80-905041-2-7.
38. BRILOVÁ, Marie. *Styl vedení sester manažerek z pohledu směnných sester*. České Budějovice, 2011. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.
39. BĚLOHLÁVEK, František. *Desatero manažera*. 1.vyd. Praha: Computer Press, 2003, 90 s. ISBN 80-722-6873-2.
40. TOMANOVÁ, Dana. *Chyby a omyly při poskytování ošetrovatelské péče*. České Budějovice, 2007. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta.

41. Joint Commission International. National Patient Safety Goals Effective [online] 2013, [ cit. 2013-06-06]. Dostupné z [http://www.jointcommission.org/assets/1/18/NPSG\\_Chapter\\_Jan2013\\_HAP.pdf](http://www.jointcommission.org/assets/1/18/NPSG_Chapter_Jan2013_HAP.pdf)



## **8 PŘÍLOHY**

**Příloha 1** Tabulka – Rizikové faktory pro vznik pádu – formulář IKEM

**Příloha 2** Dotazník pro sestry

**Příloha 3** Žádost o povolení provádění výzkumného šetření v nemocnici IKEM

**Příloha č. 1** Tabulka – Rizikové faktory pro vznik pádu – formulář IKEM

RIZIKOVÉ FAKTORY PRO VZNIK PÁDU <small>(hodnotí se při příjmu pacienta a při změně stavu pacienta nebo po výhonu nebo při návratu na standardní oddělení)</small>		PROPUSTĚNÍ <small>Pacient obdržel:</small>	
ANAMNEZA	Příjem	Změna stavu	<input type="checkbox"/> lékařskou propouštěcí zprávou <input type="checkbox"/> lékařskou předlohou zprávu <input type="checkbox"/> ošetrovatelskou předlohou zprávu <input type="checkbox"/> potvrzení PN <input type="checkbox"/> poukaz o domácí péči <input type="checkbox"/> lékařské recepty (viz. Propouštěcí zpráva) <input type="checkbox"/> příkaz o trvání PN <input type="checkbox"/> poukaz na ortopedické pomůcky <input type="checkbox"/> ortopedické pomůcky <input type="checkbox"/> stomická pomůcky <input type="checkbox"/> pomůcky k aplikaci inzulínu <input type="checkbox"/> dokumentaci z jiného pracoviště, RTC, GJ, PIR
DDD (dezorientace, demence, deprese)	3	3	
Věk 65 a více	2	2	
Pád v anamnéze	1	1	
Probyt povrch 24 hodin po přijetí nebo překládku na lůžkové oddělení	1	1	
Zrakový/sluchový problém	1	1	
Užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní léky, hypnotika, trankvilizéry, antidepresiva, analgetika, laxantia)	1	1	
<b>VYŠETŘENÍ</b>			
<b>Soběstačnost</b>			
Úplná	Příjem	Změna stavu	Zašlešá dopravce: <input type="checkbox"/> s doprovodem <input type="checkbox"/> bez doprovodu
Částečná	0	0	
Nesoběstačnost	2	2	
	3	3	
<b>Schopnost spolupráce</b>			
Spolupracující	Příjem	Změna stavu	Přidán do péče: <input type="checkbox"/> pečovatelka služby Charby <input type="checkbox"/> jiného zdravotnického zařízení
Částečně spolupracující	0	0	<input type="checkbox"/> praktického lékaře ADJF
Nespolupracující	1	1	<input type="checkbox"/> domova důchodců
	2	2	<input type="checkbox"/> jiné
	Příjem	Změna stavu	
Přívětivý dotazem na pacienta <small>(oblasti se od pacientů dříve nepřivítali nebo později)</small>	3	3	Výše uvedené skutečnosti jsem vzal/a na vědomí. Svým podpisem stvrzuji, že informace sdělené sestrou při propuštění jsou srozumitelné. Podpis pacienta (zákonného zástupce):
Přivítá někdy zvlášť?	1	1	
Máte v noci nucení na močení?	1	1	
Budíte se v noci a nemůžete usnout?	1	1	
<b>Celkem:</b>			Podpis sestry: Datum:
0 – 4 bez rizika 5 – 13 střední riziko 14 – 19 vysoké riziko			
Při středním a vysokém riziku vyplňte F63 IKEM a proveďte zápis do Hodnocení ošetrovatelské péče.			
			Jiná sdělení:

Zdroj: Interní materiál IKEM

## Příloha č. 2 Dotazník pro sestry

Vážené kolegyně, Vážení kolegové,

o bezpečnou péči o pacienty jde nám sestrám při každodenní práci především. Dovoluji si Vás požádat o vyplnění dotazníku zabývajícího se vztahem mezi stylem vedení staniční sestry, komunikací v týmu a bezpečnou péčí o pacienty. Výsledky budou podkladem pro vypracování mé bakalářské práce s názvem

### **Bezpečnostní kultura na oddělení.**

Vaše odpovědi budou zpracovány zcela anonymně. Předem velice děkuji za ochotu a Váš čas věnovaný dotazníku.

Petra Drkošová  
studentka 3.ročníku  
Zdravotně sociální fakulty  
Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích

Identifikační údaje respondenta:	
<b>1. Pohlaví</b>	<b>4. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání</b>
a) žena                      b) muž	a) středoškolské ( SZŠ )
<b>2. Váš věk</b>	b) středoškolské + PSS
a) do 20 let                      d) 41 – 50 let	c) vyšší odborné (DiS.)
b) 21 – 30 let                      e) 51 a více let	d) vysokoškolské (Bc., Mgr.)
c) 31 – 40 let	e) vysokoškolské + specializace
<b>3. Celková délka Vaší praxe je:</b>	f) jiné .....
a) méně než 5 let	<b>5. Pracujete jako:</b>
b) 6 - 10 let	a) zdravotnický asistent
c) 11 - 20let	b) všeobecná sestra pod odborným dohledem
d) 21 a více let	c) všeobecná sestra bez odborného dohledu
<b>6. Jak dlouho pracujete na Vašem oddělení ?</b>	d) sestra specialista
a) méně než 2 roky      b) od 2 – do 5 let      c) od 5 – do 10 let	
d) od 10 – do 15 let      e) od 15 a více let	
<b>7. Váš ošetrovatelský kolektiv má :</b>	
a) 1 – 15 členů      b) 16 - 25 členů      c) 26 – 35 členů      d) 35 a více členů .....	

V níže uvedené tabulce je řada tvrzení. Pozorně si jednotlivá tvrzení přečtete a podle vlastního uvážení zvolte jednu odpověď.						
		Rozhodně ano	Spíše ano	Těžko rozhodnout	Spíše ne	Rozhodně ne
8.	Staniční sestra se snaží vytvořit vhodné podmínky pro plnění pracovních úkolů.					
9.	Staniční sestra <b>nepoužívá</b> při práci striktní příkazy a připouští diskuzi.					
10.	Staniční sestra se zajímá o osobní problémy členů kolektivu.					
11.	Při hodnocení podřízených je staniční sestra vždy spravedlivá .					
12.	Pokud je třeba, dovede se nás naše staniční sestra zastat.					
13.	Staniční sestra na mnohé věci vyslechne názor kolektivu.					
14.	Naší staniční sestře <b>nezáleží</b> jen na hodnocení nadřízenými.					
15.	Staniční sestra se snaží řešit vzniklé konflikty ve skupině.					
16.	Změna staniční sestry by vyvolala <b>nevůli</b> u většiny členů týmu.					
17.	K práci staniční sestry <b>nemáme</b> výhrady.					
18.	Názory na práci a spolupracovníky se u nás vyjadřují otevřeně.					
19.	Nové poznatky důležité k plnění pracovních úkolů se dozvídáme včas.					
20.	Efektivní komunikace funguje mezi všemi členy ošetrovatelského týmu.					
21.	Informovanost členů oš. týmu má systém a pravidelnost.					
22.	O uložených úlohách je možné v našem týmu diskutovat.					
23.	Pokud si <b>nejsem</b> jistá při plnění ordinace, nebojím se požádat kolegy o radu.					
24.	Na oddělení máme pravidelné provozní schůzky k předávání nových informací.					
25.	Dodržování pravidel slušného chování je v našem týmu samozřejmostí.					

		Rozhodně ano	Spíše ano	Těžko rozhodnout	Spíše ne	Rozhodně ne
26.	Při komunikaci s kolegy dodržuji pravidla diskrétnosti.					
27.	V kolektivu respektujeme rozdílné názory.					
28.	Kritika jednotlivce probíhá v soukromí (mezi čtyřma očima).					
29.	V týmu si dokážeme vzájemně naslouchat.					
30.	S šikanováním jsem se v našem kolektivu <b>nesetkal/a</b> .					
31.	Předávání informací mezi členy týmu je jasné a stručné.					
32.	Před podáním léků zkontroluji identitu pacienta.					
33.	<b>Necítím</b> se během směny v permanentním stresu, napětí.					
34.	Při nežádoucí události, která by se mi stala otevřeně přiznám chybu.					
35.	Na našem oddělení vedení pochybení zajímají.					
36.	Většina nežádoucích událostí se na našem oddělení týká pádu pacienta.					
37.	<b>Nemám</b> obavu z postupu vedení po nahlášení pochybení.					
38.	Když je jedna část oddělení velmi zaneprázdněná, jiné jí pomáhají.					
39.	Ordinace lékaře jsou na našem oddělení psány na počítači.					
40.	Na našem oddělení <b>není</b> zvykem podávat léky na základě ordinace po telefonu.					
41.	Nemáte pocit , že jsou Vaše chyby/omyly použity proti Vám.					
42.	Identifikační náramek má každý pacient.					
43.	Bez opravy v ordinacích <b>není</b> podán lék, který je generickým ekvivalentem léku ordinovaného lékařem.					
44.	Jsme informováni o chybách/ omylech, které se stanou na tomto oddělení.					
45.	Na oddělení diskutujeme o možnostech prevence opakujících se chyb.					
		Rozhodně ano	Spíše ano	Těžko rozhodnout	Spíše ne	Rozhodně ne

46.	Bezpečnost pacienta není nikdy zanedbána na úkor snahy udělat více práce.				
47.	Hygiena rukou je pro mne samozřejmostí.				
48.	Chyby / omyly personálu vedou i k pozitivním změnám.				

**Myslíte si, že je problematice bezpečí pacientů věnována dostatečná pozornost?**

**Děkuji za Váš názor.**

.....

.....

.....

.....

### Příloha č. 3 Žádost o povolení provádění výzkumného šetření v nemocnici IKEM

Vážená paní  
**Mgr. Martina Šochmanová**  
Vedoucí odboru oš. péče – hlavní sestra  
Institut klinické a experimentální medicíny  
Videňská 1958/9  
140 21 Praha 4

v Praze dne 14. 11. 2011


#### Věc: Žádost o povolení ošetřovatelského výzkumu

Vážená hlavní sestro,

dovoluji mi, abych Vás touto cestou požádala o povolení k provedení ošetřovatelského výzkumu. Výzkumné šetření bude sloužit jako podklad mé bakalářské práce na téma: Bezpečnostní kultura na oddělení.

Cílem práce je vyhodnotit organizační kulturu v oblasti komunikace a stylu vedení, nalézt vztah mezi úrovní organizační kultury a bezpečností poskytované péče. Pro sběr dat bude využita technika dotazníkového šetření mezi sestrami nemocnice IKEM.

Předem děkuji za vyřízení a sdělení rozhodnutí

**Petra Drkošová**   
studentka Ošetřovatelství-Všeobecná sestra  
Zdravotně sociální fakulta  
Jihočeská Universita v Českých Budějovicích

#### Vyjádření:

**Souhlasím**

**Nesouhlasím**

Odůvodnění:

*Téma práce je velmi zajímavé!*

Datum:

*15.11.2011*

Podpis a razítko

  
Mgr. Martina ŠOCHMANOVÁ

**INSTITUT  
KLINICKÉ A EXPERIMENTÁLNÍ MEDICÍNY**  
národní ústav pro oš. péči  
hlavní sestra  
140 21 Praha 4-Kř. Videňská 1958/9