

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ

ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

ROLE SESTRY VE VEDOUCÍ FUNKCI

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Autor: Bališová Ivana

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.

2010

**LÉKAŘSKÁ FAKULTA UNIVERZITY KARLOVY
V HRADCI KRÁLOVÉ**

ANOTACE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Název práce: **ROLE SESTRY VE VEDOUCÍ FUNKCI**

Datum zadání: 2009-09-02

Datum odevzdání: 2010-05-03

Datum obhájení:

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Karlova v Praze

Lékařská fakulta v Hradci Králové

Ústav sociálního lékařství, oddělení ošetrovatelství

Autor práce: Bališová Ivana

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.

Oponent práce:

Místo zpracování: Hradec Králové

Rozsah práce: 116stran + přílohy

Uloženo: Ústav sociálního lékařství

Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Hradci Králové.

Abstrakt:

Bakalářská práce s názvem Role sestry ve vedoucí funkci se skládá za tři části: teoretické, empirické a příloh. Je zaměřena na objasnění významu práce sester ve vedoucích funkcích. V teoretické části jsou specifikovány důležité faktory se vztahem k vedení, a jejich propojení v oblasti ošetrovatelského managementu. V praktické části jsou předloženy výsledky dotazníkového šetření, které zjišťuje náročnost práce sester pracujících na nižším a středním stupni managementu, identifikuje nejen problémy, ale i motivující faktory jejich práce. V přílohách je celé znění dotazníku a materiály související s touto problematikou.

Účelem práce je také upozornit na práci sester ve vedoucích funkcích, která je velice náročná, protože jsou významným mezičlánkem mezi vedením zdravotnického zařízení a sestrami na nejnižších úrovních, jejichž výsledek práce hodnotí pacient svou spokojeností.

Klíčová slova: Management, ošetrovatelství, motivace, komunikace, vedení, tým, vrchní sestra, staniční sestra, stres, konflikt, etika, nároky, role.

Annotation:

Title of the work:

THE ROLE OF NURSES IN MANAGERIAL POSITIONS

Author: Bališová Ivana

Institution: Institute of Social Medicine LF UK in Hradec Králové,
Department of Nursing

Head of the work: Doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.

Number of pages: 116

Number of attachments: 21

Year of the defense: 2010

Bachelor Thesis of title The Role of Nurses in managerial positions is composed in free parts: theoretical, empirical and attachments. It is aimed at clarifying the importance of the work of nurses in management positions. There are important factors related to the leadership and their connection of nursing management area in the theoretical part. There are results of research survey in the practical part which investigates with intensity of nurse's work who are working at lower and middle level of management, identifies not only problems but also the motivating factors of their work. The supplement is the entire text of the questionnaire and materials related to this topic.

The purpose of this work is also to highlight the work of nurses in managerial positions, which is very difficult, because they are an important interlink between the management of medical equipment and nurses at the lowest levels whose result of their work is evaluated by a satisfaction of the patient.

Keywords: management, nursing, motivation, communication, leadership, team, head nurse, charge nurse, stress, conflict, ethics, pretensions, roles.

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem tuto práci zpracovala samostatně pod vedením
Doc. PhDr. Jany Kutnohorské, CSc., a že jsem využila pramenů uvedených
v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové

.....
Ivana Bališová

PODĚKOVÁNÍ

Poděkování patří všem, kteří se podíleli na vzniku této práce. Především děkuji vedoucí mé práce, doc. PhDr. Janě Kutnohorské, CSc., za cenné rady, podněty, připomínky, trpělivost a vlídný přístup.

OBSAH:

ÚVOD	- 10 -
I. TEORETICKÁ ČÁST	
1 ROLE A NÁROKY NA SESTRU VE VEDOUCÍ FUNKCI	- 12 -
1.1 Role vedoucího pracovníka	- 12 -
1.2 Třídění „nároků“ v pracovních vztazích	- 13 -
2 VEDENÍ KOLEKTIVU	- 15 -
2.1 Vedení lidí	- 15 -
2.2 Charakterový přístup	- 16 -
2.3 Chování vedoucího	- 16 -
2.3.1 Behaviorální škola – styl vedení	- 18 -
2.3.2 Situační teorie	- 20 -
2.4 Proces řízení	- 20 -
2.5 Tým	- 21 -
2.6 Důvěra	- 22 -
3 MANAGEMENT V OŠETŘOVATELSTVÍ A JEHO CÍLE	- 23 -
3.1 Přehled managementu v ošetrovatelství	- 23 -
3.2 Úrovně a funkce managementu	- 24 -
3.2.1 Plánování	- 25 -
3.2.2 Organizování	- 26 -
3.2.3 Personální zajištění a obsazování pracovních míst	- 26 -
3.2.4 Řízení	- 27 -
3.2.5 Koordinace	- 28 -
3.2.6 Kontrola	- 28 -
4 ETIKA	- 29 -
4.1 Etické zásady	- 30 -
4.1.2 Bariéry v etickém rozhodování	- 32 -
4.2 Rozdělení vztahů v ošetrovatelství	- 33 -

5 MOTIVACE	- 36 -
5.1 Teorie motivace	- 37 -
5.1.1 Faktor hygieny (dissatisfactory)	- 38 -
5.1.2 Motivační faktory (satisfactory)	- 38 -
5.2 Klima v organizaci a motivace	- 39 -
5.2.1 Motivační problémy	- 40 -
5.2.2 Zásady motivace	- 41 -
6 KOMUNIKACE	- 43 -
6.1 Funkce komunikace	- 44 -
6.1.1 Rozdělení a typy komunikace	- 44 -
6.2 Asertivita	- 47 -
6.2.1 Typy asertivity	- 48 -
6.2.2 Asertivní chování	- 48 -
7 ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽOVÝCH SITUACÍ	- 50 -
7.1 Konflikty	- 50 -
7.1.1 Rozdělení konfliktů	- 50 -
7.1.2 Negativní stránky konfliktu	- 52 -
7.1.3 Pozitivní stránky konfliktu	- 52 -
7.1.4 Nejčastější konfliktní situace v ošetrovatelské praxi	- 52 -
7.1.5 Způsoby řešení konfliktů	- 54 -
7.1.6 Zásady při řešení konfliktů	- 55 -
7.2 Stres	- 55 -
7.2.1 Stresové faktory (stresory)	- 56 -
7.2.2 Druhy stresu	- 56 -
7.2.3 Psychosomatická onemocnění	- 57 -
7.2.4 Předcházení stresu	- 58 -
7.3 Syndrom vyhoření (burn-out)	- 58 -
7.3.1 Příznaky a vývoj syndromu vyhoření	- 59 -
7.4 Mobbing	- 60 -
7.4.1 Příčiny mobbingu	- 61 -
7.4.2 Oběti a formy mobbingu	- 61 -
7.4.3 Důsledky mobbingu	- 62 -
8 PSYCHOSOCIÁLNÍ UČENÍ VE SKUPINĚ	- 63 -
8.1 Kompetentní vedení	- 64 -

II. EMPIRICKÁ ČÁST

9 VYMEZENÍ PROBLÉMU, VÝZKUM.....	- 66 -
9.1 Cíle a hypotézy.....	- 66 -
9.2. Výběrový soubor.....	- 67 -
9.3 Metodika průzkumu.....	- 68 -
10 VÝSLEDKY PRŮZKUMU.....	- 69 -
10.1 Interpretace výsledků.....	- 96 -
10.2 Interpretace otázek.....	- 96 -
11 DISKUZE.....	- 108 -
12 ZÁVĚR.....	- 115 -
SEZNAM LITERATURY.....	- 117 -
SEZNAM TABULEK.....	- 119 -
SEZNAM GRAFŮ.....	- 120 -
SEZNAM PŘÍLOH.....	- 122 -
SEZNAM ZKRATEK.....	- 122 -
PŘÍLOHY.....	- 123 -
Příloha č. 1: Mezinárodní kodex pro zdravotní sestry.....	- 123 -
Příloha č. 2: Kodex sester předložený Českou asociací sester.....	- 125 -
Příloha č. 3: Kodex profesionálního chování zdravotnických pracovníků registrovaných v ČAS.....	- 127 -
Příloha č. 4: Etické normy v ošetrovatelském povolání.....	- 130 -
Příloha č. 5: Etický kodex Lékařské komory České republiky.....	- 134 -
Příloha č. 6: Slib ošetrovatelek Florence Nightingalové.....	- 139 -
Příloha č. 7: Pyramida potřeb a stimulů.....	-140-
Příloha č. 8: Dotazník.....	- 140 -

ÚVOD

„Vlastní zkušenost je velkým bohatstvím, protože teprve ona zhodnocuje naše vědomosti. Vědomosti můžeme druhému dát, ale zkušenost si musí každý vykoupiti vlastním potem, vlastními mozoly. Jenom zkušenostmi přicházíme k vlastnímu názoru na věci. A jedině ti, kteří se na věci dívají vlastníma očima, mají vyhlídku na úspěch“. (Tomáš Baťa)
(Škočová, D., 2002, str. 44)

Téma své bakalářské práce jsem vybírala dlouho a rozvážně. Téma: Role sestry ve vedoucí funkci jsem zvolila proto, že tato oblast je sama o sobě velice zajímavá a v současné době se stále rozvíjí stejně tak, jako celá oblast ošetrovatelství. Také mě inspirovala má současná práce. Pracuji ve zdravotnictví 26 let (od roku 1998 ve funkci staniční sestry, a nyní od roku 2007 ve funkci vrchní sestry).

Práce ve zdravotnictví vždy byla, je a jistě dál bude prací týmovou, zajišťující komplexní péči všem, kteří ji potřebují. Význam týmové práce roste souměrně s požadavky na zdravotní péči a zvláště nyní, v době, kdy k prioritám všech zařízení patří zvyšování její kvality. Zavádění nových léčebných postupů, využívání moderních vyšetřovacích metod klade zvýšené požadavky na vzdělávání u nelékařských oborů. Mění se i požadavky na pracovníky, kteří se podílejí na vedení lidí. Je nutno připomenout neustálý nárůst počtu pacientů z důvodu stárnoucí populace, nedostatek sester a také opatření, týkající se omezování finančních prostředků vynakládaných ve zdravotnictví. V rámci hospodárného, efektivního využívání lidských zdrojů lze minimalizovat problémy vznikající rozvojem poskytování kvalitní ošetrovatelské péče.

Pochopení významu spolupráce a účelné vedení patří do kompetencí sester ve vedoucí funkci. Řada problémů, vyskytujících se v tomto odvětví

si žádá, aby byly zkoumány stejně tak, jako problémy sester pracujících na směnný provoz, syndrom vyhoření, či mobbing a jiné, často diskutované problémy vyskytující se hlavně u zdravotníků a ostatních pomáhajících profesí.

Ve své bakalářské práci jsem se opírala o teoretické i praktické poznatky, které jsou velice důležité pro efektivní vedení lidí. Rozmanitost rolí, které jsou všeobecně sestřím připisovány, vychází zejména z patřičného vzdělání, přiměřené inteligence a odborné zdatnosti. Pro vedoucí sestry je nezbytná také kvalita morálně volných vlastností, společenských dovedností, umění komunikace a jistého stupně emocionální zdatnosti. Umění naslouchat, vyslechnout, schopnost soucítění, síla zodpovědnosti, povinnosti, empatie a lidský přístup v jednání, vzbuzování důvěry, jistoty jsou nástroje, které vedoucí sestry každodenně používají k řízení a vedení lidí, a jsou výsledkem neustálé práce sama na sobě.

Vysoké požadavky kladené ze strany nadřízených, ale i podřízených, nesplněná očekávání, jsou často stresujícími faktory u sester ve vedoucí funkci. Proto přesné stanovení hranic, adekvátní rozdělení kompetencí, neustálé vzdělávání, zpětná vazba a poučení z nezdarů jsou preventivními opatřeními ve smyslu efektivnosti a zlepšování způsobu vedení.

Cílem mojí bakalářské práce je identifikovat důležité faktory se vztahem k vedení, ozřejmit význam práce sester ve vedoucích funkcích. Ve své práci chci zjistit, jak hodnotí sestry ve vedoucích funkcích náročnost své práce, specifikovat problémy se kterými se potýkají, možné stresory, ale i motivující faktory jejich práce. Zajímá mě nejen zpětná vazba, která je důležitá pro jejich kvalitní práci, ale i to, zda práce ve funkci zasahuje do osobních životů těchto sester.

Cílem mého průzkumu je upozornit na práci sester ve vedoucích funkcích, která je velice psychicky náročná, protože jsou důležitým mezičlánkem mezi vedením zdravotnického zařízení a sestrami na nejnižších úrovních, jejichž výsledek práce hodnotí pacient svou spokojeností. Se svými poznatky chci seznámit vrcholový management FN Na Bulovce, kde byl výzkum prováděn.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ROLE A NÁROKY NA SESTRU VE VEDOUCÍ FUNKCI

„Moderní řízení ošetrovatelství je složitou činností, jejíž výsledná kvalita závisí od schopnosti sestry – manažerky skloubit prioritní úkoly s osobnostními kvalitami a rolemi. Vedení týmu k zabezpečení vysoké kvality poskytované péče je nevyhnutelnou prioritou manažera.“ – (Kilíková, M., Jakušová, V., 2008, s. 78)

1.1 Role vedoucího pracovníka

Rolí se rozumí soustava systematických, navzájem souvisejících a pozorovatelných jednání/chování, které patří k určitému povolání, či funkci. Role manažera je určena strategií ošetrovatelství, pracovním zařazením a také osobnostními předpoklady jedince. Navzájem se doplňují, prolínají a tvoří tak integrovaný celek.

Rozlišujeme tři hlavní role:

- interpersonální role,
- informační role,
- rozhodovací role.

Interpersonální role, manažer vystupuje jako reprezentant. Jeho úkolem je přijímání oficiálních návštěv, podepisování důležitých dokumentů, ale také přijímání nových uchazečů, jejich zaškolování, nebo propouštění pracovníků. V roli vůdce pak koordinuje činnosti podřízených

s cílem dosažení nejlepších výsledků ve skupině. V této roli se významně uplatňuje řešení krizových situací a ochrana zájmů zaměstnanců. Navazováním a udržováním kontaktů coby spojky, je jeho role propojená s velkým počtem různých vztahů. Interpersonálními rolami a jejich kombinací je tak budována síť interpersonálních kontaktů.

Informační role jsou charakteristické jako centrum, kde jsou informace přijímány, zpracovávány, hodnoceny a odevzdávány. Manažer tedy plní role monitoru, který získává informace o plánování, realizaci a výsledcích změn, ze kterých vyplývají rozhodnutí nutná k efektivnímu řešení problémů. Tyto závěry pak také šíří. Zároveň prezentuje názory podřízených na poradách, zaručuje zpětný tok informací, realizuje publikační činnost, účastní se aktivně přednášek a konferencí, vytváří prostor pro odbornou diskuzi.

Rozhodovací role spočívají v kompetencích řešit problémy, které mohou ovlivnit kvalitu ošetrovatelské péče a perspektivy zdravotnického zařízení. Podle úrovně řízení se podílí na rozhodování týkajících se rozdělování financí na odměňování, nákup a využití materiálu na výkon činnosti, rozhoduje o efektivním využívání pracovního času. Nelze zapomenout ani na úlohu manažera, jako na symbol skupiny sester, ošetrovatelek, který nelze dosáhnout silou, ale pouze pomocí schopností, vědomostí a osobních kvalit manažera.

V určitých rolích jsou na sestru kladeny různé nároky a představují to, co sestra-manažerka musí vykonat. Zlepšením postavení v multidisciplinárním týmu se také zvyšují nároky na výkon povolání sestry-manažerky a ty pak mohou být kladeny z několika stran. (Kilíková, M., Jakušová, V., 2008, s. 78-79)

1.2 Třídění „nároků“ v pracovních vztazích

Nároky nadřízeného, plnění činností, které nadřízený očekává. Vykonávání finanční analýzy, dodržování limitů, spotřeba zdravotnického

materiálu, spotřeba léků, porovnávání nákladovosti a ekonomické rentability oddělení.

Nároky stejně postavených spolupracovníků spočívají v žádostech o poskytování služeb, pomoci, nebo informací osob, které jsou ve stejném postavení, na stejném stupni řízení. Dobrá spolupráce a vzájemná tolerance jsou zárukou stabilizace. Představa společného zájmu se pak promítá do kvalitního zabezpečení základního provozu jednotlivých oddělení.

Nároky prosazované zvenku mohou být žádosti o poskytnutí informací, nebo určitý výkon od osob, které v zařízení nepracují (výběrová řízení uchazečů, praktické vyučování studentů škol, odborné stáže).

Systémové nároky jsou nároky koncepčního charakteru. Patří do nich celoživotní vzdělávání, kvalifikační požadavky, nebo i reklamace nezaplacených hospitalizací. Vyžadují vysokou míru koncepčního myšlení.

Nároky podřízených jsou náročné na čas, který je potřeba si vyčlenit a strávit s ostatními členy ošetrovatelského týmu, aby nedocházelo k nedorozumění, nepochopení. Sestra-manažerka by vždy měla pamatovat na to, že jejím posláním je budování týmu, vytváření a upevňování interpersonálních vztahů, které jsou zárukou kvalitní péče. Účinně vedenou komunikací zaručuje objektivní, otevřený komunikační kanál.

Nároky kladené na vlastní osobu jsou činnosti, které se musí vykonat vzhledem na osobní kvality, činnosti, které od sestry-manažerky očekávají jiní. Sestra-manažerka je nejnáročnější sama k sobě, teprve potom k ostatním. Ve všech oblastech osobnostních, odborných a morálních kvalit řídí vlastním příkladem. Nároky na tyto sestry se mění spolu s novými, náročnějšími úkoly. Další vznikají s vývojem jejich pracovní kariéry spolu s měnícím se prostředím, ve kterém působí. (Kilíková, M., Jakušová, V., 2008, s. 80)

2 VEDENÍ KOLEKTIVU

Vedení znamená kolektivní činnost. Jedná se v podstatě o integrované, kombinované vyjádření úsilí skupiny. Neznamená to dominantní postavení jedince a práce ostatních, ale jedná se o jejich vzájemné vztahy. Autorita a opravdová podpora vedení tam, kde je uplatňována, neleží jen na jednotlivci, který je dominantní, ale na celkové situaci a hlavně na požadavcích situace.

Vedení je velice složitý a vícerozměrný pojem, který nejde snadno definovat či změřit. Lze jej však analyzovat jako proces, který zahrnuje sociální, etické a teoretické složky. Patří sem osobní, mezilidské a meziskupinové vztahy. Sociální povaha vedení vyžaduje takové mezilidské schopnosti, které jsou nutné k tomu, aby se jedinec dokázal v různých situacích chovat efektivně. Do etické stránky vedení patří také neodmyslitelná moc vedoucí pozice, která pokud je uplatňována, by měla prospívat všeobecnému blahu. (Grohar-Murray, M.E., Croce, H.R., 2003, s. 38)

2.1 Vedení lidí

Vedení lidí patří k základním manažerským funkcím. Při jeho realizaci je řídicí pracovník nejen manažerem, ale i vůdcem. Pojem manažer a vůdce, nejsou synonymem. Manažer využívá autoritu, která vyplývá z jeho funkce (rozdělování úkolů, prostředků, odměňování, určování, kdo, kdy a jak má udělat). Vůdce se cíleným ovlivňováním lidí snaží získat jejich aktivní, dobrovolnou účast na plnění cílů organizace. Používá k tomu motivaci, tím je usměrňuje a pomáhá jim rozvíjet osobní i pracovní

potenciál. Pokud je vůdce úspěšný, dokáže to, že podřízení pracují proto, že chtějí a ne proto, že musí. Vůdce může být i v neformální pozici. To znamená, že jím může být člen kolektivu, který má u ostatních přirozený respekt. Tak je realizováno neformální vedení lidí. Pokud je vůdce zároveň manažerem, pak jde o formální vedení lidí, což je optimální situace, zvyšující pravděpodobnost, že úkoly budou splněny kvalitně s osobní zainteresovaností všech pracovníků. (Lepiešová M., 1996, s. 95)

2.2 Charakterový přístup

Vedení je svojí povahou nedefinovatelné, ale je možné jej vysvětlit na základě povahových rysů vedoucího. Charakterový přístup tvrdí, že má-li jedinec určité povahové rysy, stává se vedoucím. Protože se však povahové rysy nezbytné pro úspěšné vedení liší situací od situace, není proto pro ně kompletní seznam. Psychologické studie zjistily, že efektivnímu chování vedoucího odpovídají určité osobnostní rysy. Patří k nim inteligence, sociální citlivost, sociální zapojení a komunikační schopnosti.

„Konkrétní skupina povahových rysů identifikuje vedoucího jako jedince, který má schopnost ovlivňovat skupinu prostřednictvím přirozené inteligence a dobře vyvinutých interpersonálních dovedností.“ (Grohar-Murray, M.E., Croce, H.R., 2003, s.39)

2.3 Chování vedoucího

Chováním vedoucího se rozumí množství způsobů, jakými se vedoucí může zachovat za účelem dosažení cíle nebo splnění úkolu. Toto chování sahá od vysoce zaměřeného na vedoucího až po chování vysoce zaměřeného na skupinu. Do způsobů chování vedoucího patří přikazování, přesvědčování, testování, konzultace a zapojení. Tyto pak odpovídají různým stylům vedení.

Příkazování je způsob, kdy vedoucí identifikuje problém, zváží alternativní řešení a sám se rozhodne pro nejlepší způsob bez porady se skupinou. Skupinu potom informuje o tom, co je třeba udělat. Tento způsob je nejvhodnější v nouzové nebo kritické situaci. Na druhou stranu toto chování je nevhodné při rozhodování, které ovlivňuje profesionální odpovědnost.

Přesvědčování je dalším způsobem, jak se může vedoucí zachovat. Snahou je při tom zdůraznit logické uvažování. Jsou tak zmiňovány i pozitivní stránky rozhodnutí. Mohou být zdůrazněny výhody rozhodnutí, které se shodují s cíli organizace, nebo skutečnost, že vzal při rozhodování v úvahu zájmy skupiny. Toto chování je vhodné tehdy, když vedoucí sděluje zaměstnancům důvody pro novou politiku, zavádění nových postupů, či změn, které by mohly být bez tohoto odůvodnění interpretovány negativně.

Testování je vhodné pro vedoucího, který začíná postupně zapojovat členy skupiny. V tomto případě vedoucí identifikuje problém, navrhne předběžné řešení, ale než zcela rozhodne, požádá skupinu o pomocné rady, informace a nápady. Rozhodne se, až když vyslechne názor skupiny. Tento způsob je vhodný tehdy, když se skupina může účastnit na rozhodování nebo postupech, které bude realizovat. Není potřeba zapojovat skupinu tam, kde rozhodnutí nemůže ovlivnit.

Konzultace je způsob chování, kdy je možné zapojit skupinu do rozhodování od samého počátku. Vedoucí představí skupině problém v příslušném kontextu, požádá ji, aby navrhla řešení. Vedoucí poté zvolí rozhodnutí, které nejlépe odpovídá potřebám problému a skupiny. Tento způsob se hodí na porady interdisciplinárního týmu. Konzultace lze použít i v situaci, kdy vedoucí potřebuje vyjádření skupiny k problému, za účelem zapojení do zodpovědnosti za výsledek řešení, protože to budou oni, kteří jej budou v praxi realizovat.

Zapojení je způsob, který skupině umožňuje účastnit se řešení již od samého začátku. Vedoucí funguje spíše jako člen skupiny, než jako formální vedoucí. Předem souhlasí, že bude zrealizováno jakékoliv rozhodnutí, které si skupina zvolí. Jsou však stanoveny hranice, v rámci kterých lze rozhodnutí učinit. Toto chování lze aplikovat za zvláštních okolností, tam, kde řešení problému je vyžadováno od skupiny lidí se srovnatelnou pozicí a stejnou pravomocí. Nevhodné by bylo použít tento způsob a nechat tak rozhodovací moc ve skupině, která nemá pro řešení daného problému patřičné zkušenosti a znalosti.

Cílem vývoje vedení je tak formovat efektivní vedoucí, kteří mají schopnosti využívat správné způsoby chování podle situace. A to bez ohledu na své osobní smýšlení. Styl vedení a chování vedoucího jsou prostředky, kterými se vedení realizuje. Pokud chce jedinec uspět jako vedoucí, musí se naučit využívat tyto způsoby chování a za správných okolností by je měl umět použít. (Grohar-Murray, M.E., Croce, H.R., 2003, s. 41-42)

2.3.1 Behaviorální škola – styl vedení

Autokratický (diktátorský) znamená, že všechna rozhodnutí dělá vedoucí. Neumožňuje tedy podřízeným ovlivňovat proces rozhodování. Takoví vedoucí bývají často lhostejní vůči osobním potřebám podřízených.

Demokratický (participační) vedoucí konzultuje příslušné záležitosti s podřízenými a tím jim umožňuje do jisté míry ovlivnit proces rozhodování. Tento typ vedoucího netrestá a s podřízenými vychází spravedlivě a důstojně.

Laissez-faire (systém povolené uzdy) v praxi znamená, že vedoucí poskytuje skupině úplnou samostatnost. Protože na skupinu zřídka kdy dohlíží přímo, činí skupina vlastní rozhodnutí.

Tabulka č. 1: Vztah mezi stylem vedení a chováním vedoucího (*přejato od Schmitta, W. a Tannenbauma, R.*) (Grohar-Murray, M.E., Croce, H.R., 2003, s. 40)

ZAMĚŘENÝ NA VEDOUCÍHO	ZAMĚŘENÝ NA SKUPINU
-----------------------	---------------------

Využívání autority vedoucím

Autokrat	Demokrat	Volnost skupiny- Laissez-faire
Přikazuje Přesvědčuje	Testuje Konzultuje	Zapojuje se

Tabulka č. 2: Styl vedení a jeho vztah.

	autokratický	demokratický	laissez-faire
Vedoucí Moc Znalosti Chování Pozice	absolutní jedinečné dominuje neoblomná	omezená sdílené účastní se flexibilní	žádná stejně nebo menší zapojuje se neutrální
Podřízení Vztahy Znalosti Chování	závislé menší submisivní	očekávají zapojení jiné participační	nezávislé větší nezávislé
Situace Vhodná Nevhodná	krize; nebezpečí, nebo jsou zapotřebí vysoké schopnosti pouze od vedoucího zneužití talentu zaměstnanců	jasně stanovené všeobecné cíle, míra kontroly a časový limit nemůže ovlivňovat	neexistuje jasný účel, míra kontroly ani časový limit potřebuje odpověď

(Grohar-Murray, M.E., Croce, H.R., 2003, s.41)

2.3.2 Situační teorie

Je dalším stupněm vývoje teorie vedení. „Roku 1948 provedl Stogdill komplexní přehled literatury a vyvodil závěr, že povahové rysy vedoucích se v různých situacích liší. Žádná osobnost není prototypem vedoucího, vedení je vlastně vztah, který existuje mezi lidmi v sociální situaci.“ (Grohar-Murray, M.E., Croce, H.R., 2003, s. 43)

V této souvislosti je potřeba uvažovat o třech hlavních faktorech:

- o vedoucím,
- o vedených,
- o situaci.

K vlastnostem vedoucího patří: objektivní názor na lidi, na výkon a postavení, stupeň důvěry v podřízené, sklony vést a pocity bezpečí v nejisté situaci.

K vlastnostem podřízených patří: potřeba nezávislosti, připravenost převzít zodpovědnost, očekávání podílet se na rozhodování, tolerance vůči nejednoznačnosti, úroveň znalostí a zkušeností s řešením situací.

K vlastnostem situace patří: hodnoty, tradice, reakce organizace na změnu (např. mění se pomalu, nebo rychle), to, zda v organizaci rozhodují převážně lékaři, administrativa, nebo sestry a do jaké míry je skupina efektivní, soudržná a také schopná přebírat zodpovědnost v různých situacích. (Grohar-Murray, M.E., Croce, H.R., 2003, s. 44)

2.4 Proces řízení

„Management se definuje jako proces s mezilidskými a technickými aspekty, kterým se při hospodárném a efektivním využívání lidských, materiálních, finančních a technologických prostředků plní cíle organizace.“ (Grohar-Murray, M.E., Croce, H.R., 2003, s. 152)

Úlohou managementu je zajišťovat, a podporovat to, aby organizace vykonávala práci za využití vlastní snahy i snahy ostatních. Přejít do řídicí role neznamena jen převzetí pozice s určitou pravomocí, ale znamená to i přidělení role s koncepčními úkoly. V důsledku nové pracovní náplně je manažerovo postavení jiné, což může způsobit určitý odstup mezi ním a personálem. Proto vazba mezi manažerem a skupinou nutně žádá nové schopnosti.

Těch lze dosáhnout v procesu řízení, který se skládá: z určování cílů organizace a vypracování plánů za účelem jejich splnění, shromažďování nezbytných prostředků, dohledu a vyhodnocení postupu či výsledku stanoveného plánu. (Grohar-Murray, M.E., Croce, H.R., 2003, s. 152)

2.5 Tým

Z anglického *team*. Znamená skupina lidí, která společně plní nějaký úkol nebo chce dosáhnout určitý cíl, což je možné jen při spolupráci všech členů. ([Online].[cit.2009-12-25].Dostupné z:<http://cs.wikipedia.org/wiki/>>)

Práce ve zdravotnictví, ošetrovatelská péče je osobitá tím, že se jedná o týmovou práci z hlediska poskytování komplexnosti. Je to systém, kdy jednotlivé úkony na sebe navazují a podílejí se tak na plnění cílů v zájmu pacienta/klienta. Jde o spolupráci nejen ve smyslu sestry-lékař, ale i spolupráci jednotlivých specialistů, oddělení, klinik. Základem týmové práce jsou dobré vzájemné vztahy, které jsou postaveny na otevřenosti, čestnosti, vzájemném respektu a důvěře.

2.6 Důvěra

„Na vytváření důvěry v týmu se podílejí všichni. Úlohou vedoucího je dokázat, aby byl všem jasný cíl, kterého má tým dosáhnout, a úloha každého jednotlivce na cestě k jeho dosažení“. - (Hermochová, S., 2006, s. 28)

Důvěra je důsledkem zkušenosti, která je získávána prostřednictvím kvalitní komunikace a spolupráce. Vzájemná důvěra tak umožňuje plnou soustředěnost na cíl. Pro její udržení je důležitá včasná komunikace mezi vedoucím (manažerem), který by měl být dobrým naslouchačem, a ostatními členy. Jen tak může být včas zachycena vznikající chyba, nespokojenost a tak lze včasnou reakcí zabránit následkům, které ztráta důvěry v kolektivu přináší.

3 MANAGEMENT V OŠETŘOVATELSTVÍ

A JEHO CÍLE

Rozlišuje se od profesionálního managementu ostatních oborů filozofií služeb. Ošetřovatelství nese sociální zodpovědnost za zdraví a nemoci jednotlivců, rodin, komunit. Proto je potřeba jedinečný a při tom komplexní přístup. Záleží nejen na kvalitě služeb, ale i na schopnosti poskytovat péči v rámci daných prostředků. Tyto cíle managementu vyžadují uvážlivé, specifické profesionální strategie.

Řízení v ošetřovatelství, oboru z oblasti služeb je obzvláště náročné. Charakter práce i řízení pracovníci vyžadují od sestry manažerky, aby se podílela na tvorbě takového prostředí, v němž bude možné poskytovat kvalitní ošetřovatelskou péči. Sestra manažerka má tak vůči organizaci a personálu specifickou zodpovědnost. Ale personál má zodpovědnost vůči organizaci a manažerce.

Mezi povinnosti manažera patří: plnění cílů organizace, nebo oddělení ošetřovatelské péče, udržování kvality péče o pacienty v rámci finančních omezení organizace, zvyšování motivace zaměstnanců a pacientů, budování týmového ducha, zvyšování morálky a profesní rozvoj personálu. (Grohar-Murray, M.E., Croce, H.R., 2003, s.156)

3.1 Přehled managementu v ošetřovatelství

Sestry dnes působí v novém prostředí a v organizacích, vyžadující další, rozšířené role. Potřebují manažerské schopnosti, aby mohly lépe pracovat nejen s pacienty, ale i s ostatním personálem. Klinický management zahrnuje zlepšování kvality péče o pacienty, využívání

omezených prostředků a poskytování hospodárných ošetrovatelských služeb. Čas, energie i finanční prostředky věnované rozvíjení manažerských schopností jsou investice do budoucnosti zdravotnictví, které se vyplatí (úspěchy v péči o pacienty, motivovaní a kompetentní zaměstnanci). Role sestry-manažerky je a jistě bude jednou z nejobtížnějších pozic v jakémkoliv odvětví zdravotnictví. Aby se člověk mohl stát manažerem, musí se naučit nové procesy, získat nové schopnosti a přijmout i nové postoje. (Grohar-Murray, M.E., Croce, H.R., 2003, s.151)

3.2 Úrovně a funkce managementu

Od manažerů je očekáváno, že budou rozhodovat o tom, jak ostatní využijí svůj čas a také, že budou zodpovědní za dohled nad ostatními. Dále se očekává, že činnosti, ze kterých se skládá práce pro organizaci, budou vykonávat profesionální sestry a další členové zdravotnického týmu, kteří nejsou manažery. Každá organizace je hierarchická. Proto se dělí také práce managementu na úrovně podle zodpovědnosti. To znamená, že management dělají manažeři na všech úrovních, vrcholové, střední a nižší.

- **Vrcholový management** (administrativní úroveň) je složen z představenstva, ředitele, zástupců ředitele, náměstků a tím i hlavní sestry.
- **Střední management** je zastoupen vrchními sestrami, které plní roli zprostředkovatele, koordinátora a organizátora v rámci jednotlivých oddělení.
- **Nižší management** je zastoupen staničnými sestrami, které zabezpečují optimální podmínky pro poskytování ošetrovatelské péče na jednotlivých ošetrovacích jednotkách v rámci oddělení.

Úspěch managementu závisí především na talentu jednotlivce, jeho motivaci a příležitosti řídit. K základním funkcím, které manažeři plní patří:

- plánování,
- organizování,
- obsazování pracovních míst,
- řízení,
- koordinace,
- kontrola.

Dovednosti potřebné k realizaci těchto funkcí získává většinou manažer vlastní praxí.

3.2.1 Plánování

Je nejzákladnější a nejdůležitější činností managementu. Rozhoduje a plánuje se tak předem, co je třeba udělat den, měsíc, rok dopředu. Stanovuje se průběh dalších aktivit. Poskytuje celkovou strukturu potřebnou k dokončení nezbytné práce. V ideálním případě by plánování mělo zahrnovat také možné problémy.

Vyžaduje důkladnou úvahu o tom, jak a čeho se má dosáhnout v rámci stanoveného souboru prostředků. Analýza manažerské situace poskytne základ pro dobře vypracovaný plán a může odkrýt problémy, které vyžadují řešení. Čím je hlubší analýza, tím je lepší plán.

Typy plánování:

- Stálý plán
- Strategické plánování
- Dlouhodobé plánování

3.2.2 Organizování

Je funkcí, která spojuje lidi i jejich činnosti tak, aby splnili cíle organizace. Je to vlastně mechanismus, prostřednictvím kterého lze cílů dosáhnout. Můžeme jej rozdělit jako horizontální a vertikální rozlišení.

Vertikální rozlišení odpovídá zřízení hierarchie neboli počtu rovin, které jsou potřeba pro práci organizace. Management se může rozhodnout buď pro strukturu vysokou, nebo plochou.

Horizontální rozlišení plyne z potřeby rozdělení aktivit, aby bylo dosaženo co nejehospodárnějšího a nejefektivnějšího výkonu. Dochází k tomu prostřednictvím vytváření oddělení v organizaci, což umožňuje, aby byla práce vykonávána prostřednictvím dělby práce, nebo prostřednictvím poskytování různých služeb (ambulace, lůžkové oddělení, JIP, laboratoře). (Grohar-Murray, M.E., Croce, H.R., 2003, s.159)

3.2.3 Personální zajištění a obsazování pracovních míst

Obsazování pracovních míst je aktivitou managementu. Zajišťuje, že cíle organizace plní přiměřeně kvalifikovaný personál. Sestra manažerka rozhoduje o tom, kolik a jaký typ zaměstnanců je potřeba k zajištění kvalitní péče o pacienty. Je vhodné uvést i fakta, že i přes specifickou vzdělání zaměstnanců ve zdravotnictví je stále nedostatek kvalitních sester a to hlavně v některých lokalitách. Velice důležitý pro kvalitní poskytování ošetrovatelské péče je rozvoj a podpora odborného vzdělávání zaměstnanců. Do této oblasti také patří personální strategie, hodnocení zaměstnanců, odměňování, stabilizace zaměstnanců a vytváření vhodných pracovních podmínek. (Grohar-Murray, M.E., Croce, H.R., 2003, s.160)

3.2.4 Řízení

Řízení je funkce manažera, která zajišťuje, aby ostatní dobře vykonali svou práci. Řízení zahrnuje pět specifických pojmů:

- udělování pokynů,
- dohled,
- vedení,
- motivaci,
- komunikaci.

Udělování pokynů – pokyny by měly být stručné, jasné a logické. Měly by odpovídat požadavkům situace. Manažer by si měl být vědom tónu, kterým pokyn /příkaz udílí. Různé typy pokynů vyžadují i různý důraz.

Dohled se týká školení a disciplíny pracovní síly. Patří sem také kontrola, nutná k tomu, aby bylo zajištěno rychlé provedení příkazů.

Vedení je schopnost inspirovat a ovlivňovat ostatní za účelem dosažení cílů.

Motivování je soubor schopností, které manažer používá, aby zaměstnancům pomohl zjistit jejich potřeby a našel v organizaci způsoby, které by jim pomohly uspokojit je.

Komunikace zahrnuje co, jak, kdo a proč říká.

Vlastnosti, které by měl mít úspěšný vedoucí: uděluje jasné pracovní příkazy, dobře komunikuje, chválí ostatní, když si to zaslouží. Je ochotný vyčlenit si čas k naslouchání, většinou zůstává objektivní a klidný. Má sebedůvěru a sebejistotu, vyniká odbornými vědomostmi o práci, na kterou dohlíží. Chápe problémy skupiny. Je ke všem spravedlivý a tím má respekt skupiny a to i díky osobní čestnosti. Zprostředkovává její názory vyššímu managementu. Vyžaduje bez rozdílu od všech dobrou práci, je přístupný, přátelský, přesto zachovává určitý odstup. Lze s ním snadno mluvit o problémech.

3.2.5 Koordinace

Znamená spojování, soulad aktivit ostatních pracovníků tak, aby bylo zajištěno plnění cílů. Je to vlastně preventivní řídicí funkce, která se zabývá odvrácením konfliktů a nedorozumění. Manažer si je vědom toho, kdo co dělá a jaký by měl být výsledek. Je povinen přesvědčit se také, o splnění specifických a navzájem souvisejících úkolů. Pokud manažer dobře zná povinnosti personálu, je na dobré cestě splnit příslušné cíle.

3.2.6 Kontrola

Znamená regulaci aktivit v souladu s plány. Kontrola je základní funkcí všech manažerů na všech rovinách. Cílem je zajistit, aby úkol, který má být splněn, byl také řádně proveden. Základními prvky kontroly jsou **standards**, které reprezentují žádoucí výkon a **směrnice**, které se konkrétně zabývají chováním. V organizaci jsou tyto směrnice pravidly a nařízeními, která upravují nejen širší, ale i specifické aspekty práce zaměstnanců. Do kategorie širších aspektů patří například výklad legislativy neboli pracovního práva, které ovlivňuje všechny zaměstnance. Ošetřovatelství, jakožto profese, rovněž podléhá zákonu o poskytování ošetřovatelské péče a reprezentuje právní hranice profesionální praxe. (Grohar-Murray, M.E., Croce, H.R., 2003, s.157-161)

4 ETIKA

Již roku 1980 napsal Flaherty: „*Kdykoliv se setkají zdravotní sestry, vyjadřují obavy ohledně množství a složitosti etických dilemat, kterým čelí, a jejich dopadu na kvalitu a kvantitu ošetrovatelské péče*“. (Grohar-Murray, M.E., Croce, H.R., 2003, s.105)

Etika je filozofická disciplína, které zkoumá ideální lidské chování. Vedoucí sestry a manažerky čelí mnoha dilematům spojeným s rychle se měnícím systémem zdravotnictví, jako je rozdělování omezených prostředků a zachování kvalitní péče v době neustálého snižování nákladů.

Morálka je termín používaný pro obecná pravidla společenského a osobního chování a praktiky, činy, které jsou z těchto pravidel odvozeny. Je založena na přísně dodržovaných nebo základních hodnotách, které vyplývají z náboženství, kulturních přesvědčení nebo jiných forem očekávání komunity nebo sociálních konvencí.

Etická dilemata jsou takové situace, které představují konflikt mezi dvěma nebo více základními hodnotami. Jsou složitá, zdánlivě nemají řešení a všechna možná řešení mají stejně nežádoucí výsledky. Zatímco s etickými dilematy se sestry a sestry manažerky setkávají každý den, neznamena to, že všechny složité situace jsou etická dilemata. Situace může mít etické aspekty, ale stále se primárně jedná o komunikační, organizační nebo i právní problém. (Grohar-Murray, M.E., Croce, H.R., 2003, s.106)

Morální dilema je situace, kdy člověk čelí alespoň dvěma různým alternativám, přičemž ani jedna z nich se nezdá být optimálním řešením daného problému. V jistém smyslu lze dilema přirovnat ke křižovatce nebo rozcestí, jejichž směry nevedou zcela ke kýženému cíli. (Kutnohorská, s.2007, s.13)

Etické rozhodování zdravotní sestry řídí obecná pravidla společenského chování, její osobní hodnoty a také hodnoty ošetrovatelské profese, které jsou obsaženy v Kodexu sestry (příloha č. 2). Jedná se o takové hodnoty jako je respekt k autonomii pacientů, jednání v nejlepším zájmu pacienta a zachování profesionální kompetence. Tento kodex se všechny sestry zavazují dodržovat, pokud se rozhodnou pro profesi zdravotní sestry. Sestra, která získá více profesionálních schopností, lépe chápe kolektivní zodpovědnost své profese vůči společnosti a také více se pro ni angažuje.

Profesionální hodnoty řídí jednání sester a motivují je tak, aby v něm pokračovaly v rámci stanovených standardů a kodexů. Osvojují se vzděláváním nebo pozorováním modelových rolí mentorů, učitelů, či určitých lidských vzorů. Velmi důležitou součástí role vedoucí sestry je být příkladem v angažování se pro jednotlivé i společné hodnoty ošetrovatelské profese a být rádcem ostatním sestřím v jejich profesionálním růstu. (Grohar-Murray, M.E., Croce, H.R., 2003, s.106)

4.1 Etické zásady

Několik etických zásad odvozených od etických teorií lze uplatnit zejména ve zdravotnictví a ošetrovatelství. Nejčastěji používané zásady při řešení morálních dilemat jsou:

- autonomie,
- dobročinnost,
- neškodnost,
- spravedlnost,
- věrnost,
- poctivost.

Autonomie znamená právo jednotlivce rozhodovat o sobě a zajišťuje nárok na sebeurčení při rozhodování o tom, co se v rámci zdravotní péče

stane s mým tělem. Každý způsobilý dospělý jedinec má právo odmítnout léčbu, i kdyby to mělo za následek jeho smrt. Kodex sester hovoří o zásadě autonomie v prvním a třetím ustanovení.

V přímém protikladu k autonomii je paternalismus, kdy lékař, nebo poskytovatel zdravotní péče rozhoduje o léčbě na základě toho, co považuje pro pacienta za nejlepší. Kodex České lékařské komory (příloha č. 5) v paragrafu 3.3 však uvádí, že lékař se má vyvarovat paternalistických přístupů. Zásada autonomie vyžaduje, aby pacient měl včas adekvátní informace o možnostech léčby, aby se mohl rozhodnout a také udělit informovaný souhlas s konkrétní formou léčby.

Směřování k dobru požaduje, aby poskytovatelé zdravotní péče přispívali ke zdraví a pohodě pacientů či klientů, a nesnažili se pouze zabránit jejich poškození. Příkladem je plánování další péče po propuštění již v rané fázi hospitalizace tak, aby byla usnadněna rehabilitace.

Nepoškození zakazuje úmyslné poškození pacienta. Požaduje zvážit všechna rizika a výhody léčby. Fyzické omezování pacienta, bez zvážení výhod a potenciálních rizik, by mohlo způsobit vážné problémy, které by pacientovi mohly uškodit. Sestra manažerka, která nechrání důvěrné informace o personálu, může velmi poškodit pověst nejen zaměstnanců, ale i budoucnost profese.

Spravedlnost požaduje, aby jedinci dostali to, na co mají právo, legitimní nárok. Pacienti mají právo na ohleduplnou péči a sestry mají nárok na bezpečné pracovní prostředí. Vedení organizace, vedoucí může vznést legitimní nárok na to, aby zaměstnanci trávili pracovní dobu produktivní činností. Zásada spravedlnosti souvisí také se spravedlivým přidělováním finančních prostředků. Rozhodnutí v této oblasti jsou však složitější, pokud jsou prostředky omezené. Různá opatření a zdravotnické reformy kladou velký důraz na omezení nákladů. Proto všichni poskytovatelé vedou neustálý boj s tím, aby prostředky byly spravedlivě rozděleny a přitom byla zachována přijatelná kvalita péče. (Grohar-Murray, M.E., Croce, H.R., 2003, s.109)

Pravdomluvnost a její princip je dán jako závazek, říkat pravdu, nelhat, nepodvádět ostatní. Pravdomluvnost je i součástí respektu, který lidem projevujeme. Lidé mají právo znát pravdu, mají právo na to, aby se jim nelhalo, aby nebyli podváděni. Sestry mají povinnost mluvit pravdu, protože když tak neučiní, ztrácí se důvěra pacientů. Klesá i celková efektivita spolupráce sestry a pacienta a z toho vyplývající nežádoucí důsledky v budoucích vztazích s pacienty.

Princip **věrnosti a poctivosti** je definován jako povinnost být věrný svým závazkům. Závazky, které většinou spadají do rozsahu věrnosti, tvoří povinnosti zahrnuté do vztahu důvěry mezi sestrou a pacientem, jako třeba dodržovat sliby, chránit důvěrné informace. Lidé očekávají, že sliby v lidských vztazích se dodržují a nejsou bez vážného důvodu porušeny. Stejná očekávání se týkají povinnosti chránit důvěrné informace, což je jedním z hlavních požadavků profesionální etiky ve zdravotnictví. Porušení slibů je morálně přijatelné tam, kde neporušením těchto slibů by byl někdo závažně ohrožen. Aby sestra zůstala věrna svým závazkům vůči pacientovi, musí pozorně zvažovat informace, které by měly zůstat důvěrné a které ona sama za důvěrné považuje. Povinnost dostát svým slibům a závazkům platí i za specifických podmínek a to je třeba vždy předem brát v úvahu. (Staňková, M., 1994, s. 12)

4.1.2 Bariéry v etickém rozhodování

Bariéry ve zdravém etickém rozhodování může představovat několik souvisejících faktorů. Některé jsou důsledkem současných společenských podmínek, kterým vedoucí sestra nemůže uniknout.

Stále více jedinců dosahuje dospělosti s omezenými příležitostmi osvojit si pevné morální zásady, které by řídily jejich činy. Násilí a zneužití se stávají v dnešní společnosti běžnými a zdá se, že odrážejí i nižší hodnotu lidského života. Mnohé situace mají nejen etické, ale také i právní důsledky.

Současné sociální postoje kladou spíše důraz na jednotlivá práva, než na zodpovědnost, čímž se stále zvyšuje tendence obracet se na soudy, aby tato práva potvrdily. V důsledku toho jsou pak mnozí odborníci opatrní při rozhodování, bojí se soudních sporů. Pokroky v technologii zpochybňují naše názory na to, co je podstatou otázky života a smrti. Úvahy o nákladech vzbuzují obavy kdy, a do jaké míry si společnost může dovolit poskytovat dostupné technologie, což s sebou stále častěji přináší otázku, jestli si můžeme dovolit eticky správný čin, nebo ne. (Grohar-Murray, M.E., Croce, H.R., 2003, s.110)

4.2 Rozdělení vztahů v ošetrovatelství

- Vztah zaměstnavatel-zaměstnanec
- Vztahy mezi kolegy
- Vztah sestry-pacient

Vztah zaměstnavatel-zaměstnanec

Vztahy zaměstnavatel-zaměstnanec existují mezi oddělením ošetrovatelské péče, sestrami manažerkami a odborným zdravotnickým personálem. Profesionální sestry by měli znát filozofii a cíle organizace, ve které pracují. Filozofie nemocnice je reprezentována určitými názory, které řídí cíle a účel organizace. Svého cíle dosáhne organizace pouze tehdy, pokud se tímto prohlášením řídí všechna pracoviště dané nemocnice.

Znalost filozofie nemocnice lze také srovnat s osobními hodnotami a etikou. Pokud se filozofie nemocnice, hodnoty a etika sester spolu shodují, může sestra při řešení etických problémů jednat s jistotou, že její osobní hodnoty podporují hodnoty institucionální, a naopak. Sestra má pak právo a vlastně i povinnost řídit se nejen etikou, filozofií a cíli instituce, ale pak také může jednat částečně autonomně podle svého postavení a povinností.

Sestra manažerka je povinna udržovat otevřené komunikační kanály s vedením nemocnice. Účastní se, pokud je to možné, rozhodování a zůstává oddaná hodnotám organizace. Tento druh loajální oddanosti vůči instituci předpokládá slušnost, ale i spravedlnost v zaměstnaneckých vztazích. K poctivému zacházení se zaměstnanci patří respektování práva zaměstnanců na řádný proces, spravedlivé jednání, na osobní růst, naplnění, lidskou důstojnost a podporu emocionálního zdraví.

Vztahy mezi kolegy

Vztahy mezi kolegy jsou definovány jako vztahy, které existují mezi sestrami jako kolegyněmi a to na úrovních jak vrchních sester, tak i mezi řadovými sestrami. Vzájemný respekt, kolegiální, kooperativní, produktivní provázanost jsou pro kvalitní vztahy mezi kolegy, sestrami a lékaři důležité. Tyto vztahy usnadňují časté diskuze o etických otázkách, s nimiž se sestry setkávají a které vyvstávají ze stále složitějšího, přetechnizovaného zdravotnického prostředí.

Každodenní kontakt sester s vážně nemocnými, smrtí, či rozzlobenými a truchlícími rodinnými příslušníky, spolu s náročnými požadavky na pracovišti může velmi rychle vést k syndromu vyhoření. Jestliže mají sestry mezi sebou příležitost ventilovat své pocity ohledně složitých situací v péči o pacienty, či pocity frustrace z velkého pracovního vytížení, etických dilemat, pak dochází ke snižování rizikových faktorů pracovního stresu. Když však dojde k této ventilaci pocitů, je povinností vedoucí sestry pomoci personálu, aby se přestal soustřeďovat na emoce a osvojil si produktivní strategie k řešení problémů.

Běžným dilematem, se kterým se sestry setkávají, je bohužel neprofesionální, nebo neetické chování kolegů. Chování zaměstnanců řídí směrnice, ale nerespektování směrnic vyžaduje zásah vedoucí sestry. Psychologové přisuzují nepoctivost zaměstnanců vyčerpání a depresi, ale to tyto lidi neopravňuje, chovat se neeticky, či provádět nelegální praktiky. Vedoucí sestra by měla taktně na toto chování upozornit a upřímně, slušně poukázat na nepřijatelné chování. Dovedné sdělení důsledků nečestného

chování pro viníka, kolegy i instituci je známkou profesionality dobrého manažera. (Grohar-Murray, M.E., Croce, H.R., 2003,s.114)

Vztah sestra-pacient

Vztah sestra-pacient je základem profesionální kvalitní ošetrovatelské péče. Povinnosti sester vůči pacientovi vždy tvořily součást profesního Kodexu sestry (ICN2003). K povinnostem sester vůči pacientům stanoveným v kodexu patří upřednostňovat zájmy pacientů před svými vlastními, respektovat právo pacienta na osobní autonomii prostřednictvím rozhodování, respektovat důstojnost, soukromí pacientů. Udržovat profesionální schopnosti, dovednosti a vykonávat takové činnosti, které zajišťují ochranu pacienta a současně zachovávají kvalitní ošetrovatelskou péči. Kodex slouží jako veřejné prohlášení povinností sester vůči pacientům a společnosti vůbec. Znamená společenskou smlouvu mezi sestrami a jejich klienty. Sestry mají také své určité povinnosti vůči instituci, které se někdy mohou zdát v rozporu se sliby nebo loajalitou s pacienty.

Hlavními příčinami problémů bývají většinou tlaky ve smyslu snižování nákladů a oklešťující limity finančních prostředků. Povinností vedoucí sestry je pak zdokumentování, sdělení potřeb a obhájení dostatečné péče, která je potřebná pro kvalitní ošetrovatelskou činnost. (Grohar-Murray, M.E., Croce, H.R., 2003,s.116)

5 MOTIVACE

Znamená psychologický proces, který udává chování směr a cíl. Lze ji i definovat jako podněcené chování, spínač, který spouští motor.

„I přes rozdíly, které by mezi spolupracovníky mohly existovat, nám McBurney a Filoromo připomínají, že sesterský slib F. Nightingalové dnešní sestry stále motivuje a udává jim směr, nejedná se pouze o viktoriánskou ideologii. Ačkoliv byl napsán v roce 1893, stále slouží jako stanovení poslání této profese, které opravdově odráží hluboce zakořeněnou vizi a hodnoty ošetrovatelství. Moderní analýzy této klasické práce vytváří referenční rámec k měření ošetrovatelské praxe“. (Grohar-Murray, M.E., Croce, H.R., 2003,s.199)

Motivace je fenomén, který je vlastní každému jedinci. Může být ovlivněna různými okolnostmi, včetně vlivu ostatních lidí a celkovými podmínkami v prostředí. Značné generační rozdíly mezi zdravotními sestrami nám poskytují důkaz o tom, že jednotlivci vnímají stejnou situaci jinak na základě myšlení, postoje a hodnot, které si vytvořili v průběhu času.

Lidská činnost je povzbuzována, usměrňována a udržována procesy, stavy a vlastnostmi, které se nazývají motivy. Úspěch práce s lidmi předpokládá využívání poznatků o motivaci. Je to důležitý předpoklad úspěšného managementu. Za motivy považujeme hybné síly pocházející zevnitř člověka. Stimuly jsou podněty zvenku. Motivační činitelé, a jejich využití v ošetrovatelství, jsou odvozené od biologických, psychických, duchovních, estetických a sociálních potřeb sestry a pacienta. Existují různé teorie potřeb, a tím i teorie motivace k práci.

Nejznámější a nejvýstižnější je Maslowova teorie potřeb. Vyšší potřeby mají motivující význam až po uspokojení základních, nižších

potřeb. Člověk je ve významné míře motivován tím, že reaguje na svoje vnitřní potřeby. Výsledné konání závisí od kvality a intenzity stimulujících podnětů působících z vnějšího prostředí, tak i od struktury a dynamiky osobnosti. Sestra-manažerka si vždy musí uvědomit nenahraditelnou hodnotu pozitivní motivace, ale i následky práce nedostatečně motivovaného personálu. Pokud sestra nemá dostatečné motivy pro svoji práci, bere úkoly jako nevyhnutelnost, může toto jednání negativně ovlivňovat její osobnost, okolí a hlavně kvalitu ošetrovatelské péče. (Lepiešová, E., a kolektiv, 1996, s. 58)

5.1 Teorie motivace

Motivační teorie v podstatě generalizují důvod a způsob našeho chování. Poskytují manažerům vědomostní základ pro to, aby dokázali jedince přimět ochotně sledovat a plnit cíle organizace. Jedním z mnoha způsobů, jak se manažeři snaží ovlivnit motivaci je stanovení cílů - součástí procesu hodnocení zaměstnance. Podíl, nebo účast na stanovení cílů dává jedinci pocit osobního vlastnictví a spouští motivační proces, který zdokonaluje chování.

Aby byly cíle jako stimuly efektivní, musí být:

- konkrétní
- obtížné
- participační

Bylo vypracováno několik teorií zabývajících se lidskou motivací. Většina vychází z Maslowovy teorie lidské motivace, která je známá jako hierarchie lidských potřeb (příloha č. 7).

Roku 1943 popsal Maslow propozice, z nichž tuto teorii vypracoval.

Uspořádání dle Maslowovy hierarchie lidských potřeb:

1. fyziologické potřeby – potřeba vzduchu, vody, potravy
2. potřeba bezpečí – být v bezpečí před poškozením
3. potřeba sounáležitosti – potřeba přátelství, sympatie a lásky
4. potřeba sebeúcty – potřeba pocitu vlastní ceny a respektu od ostatních
5. seberealizace – potřeba dostat od života co nejvíce

Dříve, než jsou aktivovány vyšší potřeby, které se stanou motivačními faktory chování, musí být částečně uspokojeny potřeby na nižších rovinách. Maslowova teorie významně přispěla k vytvářejícímu se souboru vědomostí o motivaci. Vyplývá z ní, že splněné potřeby neslouží jako stimuly. Motivace je vlastně součástí faktorů chování, zahrnující biologické, kulturní a situační determinanty. (Grohar-Murray, M.E., Croce, H.R., 2003, s.201)

5.1.1 Faktor hygieny (dissatisfactory)

Dle Herzbergovy teorie se jedná o udržovací faktory, neuspokojovatelé. Jsou to vnější vlivy, které nesouvisí s pracovní náplní, ale s platem, jistotou zaměstnání, pracovními podmínkami (osvětlení, příjemnost okolí) politikou agentury a s mezilidskými vztahy na pracovišti. Nízká kvalita nebo negativní vnímání těchto činitelů, vyvolává u některých pracovníků velkou nespokojenost. Říká se jim hledači udržení. Jejich zlepšení vede k neutrálnímu stavu, ale ne k lepší motivaci. Tyto faktory jsou silní neuspokojovatelé, nikoliv silné motivující stimuly. (Grohar-Murray, M.E., Croce, H.R., 2003, s.202)

5.1.2 Motivační faktory (satisfactory)

Podle Herzbergovy teorie to jsou uspokojovatelé. Vycházejí z vnitřních vlivů, souvisí s pracovní náplní. Pokud pracovníci mají

příležitost realizovat je, pak slouží i jako silné stimuly. K uspokojujícím faktorům patří např. povaha práce, pocit úspěšnosti, možnost rozvoje, uznání, pracovní postup, zodpovědnost a autonomie.

V jakémkoliv časovém období je lze také označit jako hledače udržení nebo motivace. Primární hledači udržení se výrazně odlišují (tj. **hledači motivace** si přejí zlepšení faktorů vyvolávajících nespokojenost a oceňují je, **hledači udržení** mají sklon schválně se vyhýbat uspokojujícím faktorům).

Herzberg přispěl k motivační teorii zdůrazněním potenciálu obohacené práce. Příkladem je jeho teorie v ošetrovatelské praxi - vznik primárního ošetrovatelství jako systému poskytování péče o pacienty. V primárním ošetrovatelství, poskytují sestry péči celou dobu stejným pacientům a přebírají za kvalitu této péče velkou zodpovědnost. (Kilíková, M., Jakušová, V., 2008, s. 136)

5.2 Klima v organizaci a motivace

Zájem, schopnost a vůle splnit úkol jsou určitě pro úspěch nezbytné, ale nestačí k zajištění a vykonání práce, která je potřebná ke splnění cílů. Pracovníka ovlivňuje řada měnících se událostí, nad kterými má jen malou kontrolu. Kolektivní události, které působí najednou, formují skutečné, lidské prostředí, klima, v němž lidé pracují. To také ovlivňuje kvalitu výkonu, ke kterému může v dané situaci dojít. Je pravděpodobné, že vysoce kvalitní výkony se budou podávat v prostředí, kde je klima ve vztahu k organizaci, jejím cílům, jednotlivým pracovníkům a k jejich potřebám příznivé. Plánované klima v každém pracovním prostředí má za cíl zvýšit motivaci za účelem zvýšení výkonu. Je to způsob, jak lze podpořit splnění cílů organizace.

Sestry dnes představují dvě rozdílné generace, protože každou z nich připravila jiná doba. Z tohoto důsledku vyplývá, že mají ve vztahu k požadavkům v pracovním prostředí velmi často jiné hodnoty, postoje. Každá generace by měla respektovat skutečnost, že motivaci nevyhnutelně

vyvolávají různé faktory. Schopní manažeři umí odhadnout, za jakých podmínek se příslušníci různých generací budou doplňovat, tím i dobře spolupracovat, a kdy budou stát ve vážném protikladu. (Grohar-Murray, M.E., Croce, H.R., 2003, s.205)

5.2.1 Motivační problémy

Mezi jednotlivci a skupinami existují rozdíly, které jsou formovány z potenciálu každého jedince. Vyplývají jednotlivě ze schopností, zkušeností, preferencí hodnot, ideálů, kultury, času, místa a názorů. Tak široké rozdíly znemožňují celistvost, jednotnost. Také fyziologické potřeby se liší svou intenzitou jednatel od jednotlivce a čas od času i v jedné a téže osobě. Sekundární psychosociální potřeby se mění s úrovní vyspělosti. Je potřeba si uvědomit, že stejný faktor může v praxi působit na dva lidi různě. Chování jedinců také může být ovlivněno několika různými faktory.

Purkeyův intencionální model popisuje, jak zlepšit motivaci. Byl představen v roce 1978, využívá několik disciplín. Sestrám manažerkám je doporučován jako strategie ovlivňování motivace v ošetřovatelství.

1. rovina záměrně povzbuzující – skládá se ze čtyř prvků

- optimizmu,
- respektu,
- důvěry,
- záměrnosti.

V této rovině jsou chápáni lidé jako hodnotní a schopní sebeřízení. Dává se jim najevo jejich jedinečnost a kvalita. Také se jim věří, že vyberou právě to, co je nejlepší pro celkové dobro. Jsou navrhovány kroky vedoucí ke splnění prospěšného cíle.

2. rovina záměrně odrazující – sestává se z opatření, cílem je:

- odradit,
- zastrašit,
- porazit,
- zničit.

V této rovině je způsob práce formulován a realizován způsobem, který zaměstnance uráží, kritizuje a ignoruje. (Grohar-Murray, M.E., Croce, H.R., 2003, s. 208)

Manažeři se musí od udílení příkazů přesunout spíše k usnadňování práce. Jejich odměnou za průběžné zapojování personálu do záležitostí souvisejících s praxí je:

- zlepšení výkonu,
- větší zodpovědnost,
- větší nezávislost,
- zlepšení znalosti celé organizace,
- zlepšení schopnosti adaptace.

(Grohar-Murray, M.E., Croce, H.R., 2003, s. 209)

5.2.2 Zásady motivace

Manažer může účinně působit na své spolupracovníky, pokud důkladně zná jejich zájmy, potřeby, hodnotovou orientaci a stupeň jejich uspokojení.

Měly by být dodržovány některé zásady: Ponechat podřízeným relativní **samostatnost** v práci při dosahování cílů. Pamatovat na to, že chuť, aktivitu a iniciativu lidí není možno mocensky zajistit. Projevování důvěry, delegování kompetencí, zodpovědnosti patří k významným prvkům v managementu na všech úrovních.

Každý pracovník by měl být přesvědčený o tom, že chce sám od sebe podávat dobrý výkon. Podporovat **týmovou spolupráci**, usilovat o spoluzodpovědnost jednotlivců za činnost celé skupiny.

Ošetrovatelská práce předpokládá týmovou spolupráci, vzájemnou informovanost a spolehlivost. Proto je důležité vytvářet pozitivní **psychosociální klima**, ve kterém je možná výměna názorů, tolerance, vyjadřování kritiky, postojů, poznávání hodnotové orientace spolupracovníků, jejich osobní a pracovní zájmy.

Motivačním činitelem pro každého je **úspěch a zpětná vazba** na vykonanou práci. Nejen pozitivní, ale i negativní informace o výsledcích své práce jsou důležitým motivačním činitelem. Na jedné straně uznání, povšimnutí, na straně druhé je vhodné, aby pracovník poznal i možné chyby a vyvaroval se jich, vzal si ponaučení. Nejen pro pochvalu, uznání, ale také při vytýkání chyb je třeba volit správný přístup, vhodnou chvíli a pravý čas. Sestra-manažerka by neměla nikoho přehlédnout, věnovat zvláštní pozornost **pracovní náplni** podřízených, definování jasných kompetencí a zodpovědnosti za ošetrovatelskou péči. Dodržování standardů a norem aktualizovat, doplňovat dle potřeb nebo nově vzniklých situací.

Správný výběr spolupracovníků, jejich pracovní a platové zařazení, především korektnost, objektivnost jsou příznačné pro úspěšného manažera. Spravedlnost se zde nevyplácí porušovat, utrpěla by tím prestiž a zhoršila kvalita poskytované péče.

Aktivní zapojení samotného pracovníka na profesionálním růstu znamená získávání zkušeností, zručnosti, ale i **osobní růst**, hledání sama sebe a svého postavení na pracovišti.

Nezkušeným pracovníkům je potřeba se více věnovat, ale po zapracování i jim je třeba dopřát volnost a prostor pro iniciativu. Najít si čas na diskuze, potřebné k zjištění, co jednotliví pracovníci očekávají od své práce, sloužící k pochopení a porozumění jejich potřeb. (Lepiešová, E., a kolektiv, 1996, s. 60)

6 KOMUNIKACE

Komunikace je slovo latinského původu = *communicare* = *communem reddere*. Udělat společným t.j. zprostředkovat svoje myšlenky, představy, záměry jinému člověku. Komunikace znamená přenos informací od odesílatele k příjemci a zpět. Je to prostředek, který slouží k dosažení společných cílů.

Být manažerem v ošetrovatelství znamená být především dobrým komunikátorem. Vyplývá to z vlastní podstaty ošetrovatelství, jeho orientace na člověka a komunikace, která je nositelkou sociálního dění. Ošetrovatelský proces, který se uskutečňuje v prostředí sociálních skupin v interakci sestry \Leftrightarrow klient/pacient, sestry mezi sebou, pacienti navzájem, sestry s jinými jednotlivci, skupinami je vždy spojen s komunikací.

Komunikace patří mezi nejdůležitější nástroje vedoucího pracovníka. Vyjadřuje jeho cíle, pomáhá plnit úkoly, které vyžadují koordinaci. Komunikační dovednosti patří mezi základní předpoklady úspěšného managementu v ošetrovatelství na všech úrovních.

Komunikovat znamená vysílat a také přijímat. Po celé trase od odesílatele k příjemci může vzniknout tzv. *informační šum*, který narušuje proces komunikace. Komunikační šum způsobují překážky, které ruší přenos zprávy (nesprávně volené prostředí, hluk, nepochopení, emoce apod.) Informace pak může dostat jiný význam, než byl původní. Nepřesnou informaci považujeme za **dezinformaci**. V ošetrovatelství se tato skutečnost může stát osudnou.

Podmínkou správné komunikace je přesnost a úplnost. Je třeba si uvědomit, že zodpovědnost za účinek informace u příjemce má také odesílatel. V práci sester je hodně rušivých faktorů jak vnitřních, tak i vnějších. Proto musí být vždy všechny pokyny jasné a srozumitelné.

Povinností manažera je také zajistit **zpětnou vazbu**. (Lepiešová, E., a kolektiv, 1996, s. 60-62)

6.1 Funkce komunikace

Komunikace v systému ošetrovatelství má dvě základní funkce:

- Slouží jako prostředek řízení na všech úrovních a úsecích činnosti.
- Zprostředkovává vztahy mezi komunikujícími.

Základní rámec těchto vztahů je dán i rolmi, které komunikující zastávají při realizování ošetrovatelství.

Prostřednictvím komunikace sestra manažerka zabezpečuje:

- Odevzdávání informací.
- Motivování a přesvědčování.
- Napomáhání při rozhodování.
- Dosahování porozumění (řešení konfliktů a jejich předcházení).

Veškeré poskytované informace spolupracovníkům jsou dobrým prostředkem při vytváření ovzduší vzájemné důvěry. Efektivní informovanost přispívá k zvyšování pracovní výkonnosti.

Manažer na kterékoliv úrovni a úseku ošetrovatelské činnosti, který ovládá a vědomě využívá zákonitosti sociální komunikace, dosahuje cíle s mnohem menší námahou. V této oblasti je nutné být opravdu odborníkem, profesionálem. (Lepiešová, E., a kolektiv, 1996, s. 62)

6.1.1 Rozdělení a typy komunikace

Základní rozdělení komunikace:

- verbální,
- neverbální.

Dále můžeme komunikaci dělit:

- Jednosměrná komunikace.
- Dvousměrná komunikace.
- Vícesměrná komunikace.
 - Vertikální komunikace.
 - Horizontální komunikace.
 - Formální komunikace.
 - Neformální komunikace.
 - Přímá komunikace.
 - Nepřímá komunikace.

Jednosměrná komunikace - šíří se od vysílajícího k příjemci. Vysílající však nesleduje reakci příjemce. Je rychlá.

Dvousměrná komunikace - jejím prostřednictvím se realizují cíle v ošetrovatelství. Jednotliví členové týmu společně s klientem se podílejí na rozhodnutí, přičemž navzájem spolupracují. Nastává mezi nimi zpětná vazba.

Vícesměrná komunikace - je výměna informací mezi vícero účastníky.

Vertikální komunikace - podle směru od nižší úrovně k vyšší, či z úrovně nižší k vyšší.

- **směrem dolů** je velice potřebná, ale pokud se využívá převážně jen na podávání pokynů, instrukcí může vzniknout autoritativní atmosféra, což může nepříznivě ovlivnit motivaci a seberealizaci sester.
- **směrem nahoru** (směrem k vedoucím pracovníkům) se podávají informace o spolupracovnicích, o jejich názorech, stížnosti, žádosti, a jiné typy informací od podřízených, pacientů či jejich příbuzných. Řídícím pracovníkům poskytuje zpětnou vazbu, která pomáhá lépe pochopit problémy a názory podřízených, které ovlivňují efektivnost péče o klienty. Jestliže je umožněna komunikace směrem nahoru, zmenšuje se i odpor proti informacím, které jsou směřovány dolů.

Horizontální komunikace, je taková, která se vztahuje na pracovníky stejné úrovně. Znamená komunikaci mezi porovnatelnými úseky, nebo celky uvnitř organizace. Je vhodná při řešení problémů, koordinaci úkolů a na odevzdávání různých informací.

Formální komunikace (oficiální) směřuje zpravidla směrem dolů. Představuje většinou písemné, nebo mluvené slovo. Je uskutečňována formou konferencí, schůzí, setkání mezi odděleními, setkání vedení se zaměstnanci a také při hodnocení pracovníků.

Neformální komunikace (neoficiální) je většinou horizontální. Zahrnuje neverbální projevy, jako jsou gesta, mimika, apod. Bývá založena na přátelstvích, soukromých kontaktech, což umožňuje rychlejší řešení úkolů, jako oficiální metody komunikace.

Efektivní manažeři se nevyhýbají ani neoficiálním posezením potřebných na výměnu názorů. Pokud je správně využijí, mohou z nich čerpat a získat tak spontánní náhled na změny, které plánují uskutečnit.

Přímá komunikace, která může být verbální i neverbální, je neúčinnější. Proto je třeba vždy, pokud je to možné, komunikovat přímo s jednotlivcem, kterému je informace určena.

Nepřímá komunikace se uskutečňuje bez přímého styku účastníků komunikace například tištěnou formou letáků, brožur a jiných materiálů.

Dalším neformálním komunikačním prvkem bývá i šíření pomluv a nepravd. Z praxe je známé, že tato forma komunikace je rychlejší, než oficiální a má dost silný účinek. Šíření informací ústním podáním se může uskutečnit tak, že jeden podává informace všem, nebo se tato informace předává výběrově. Ale i tuto komunikaci může vedoucí pracovník využít ke svým cílům, například k ovlivnění mínění ostatních, či vysvětlením situace.

Komunikační zručnosti, empatie a asertivita patří k základním předpokladům úspěšného managementu. V ošetrovatelské profesi dominují ženy a jejich častým neduhem bývá v komunikaci „skákání do řeči“ (intruse). Umění naslouchat a mlčet patří mezi základní komunikační techniky. Jejich osvojení vyžaduje trpělivou, soustavnou práci sama na sobě, sebedisciplínu. Důležité je potlačit projevy hněvu, vyhýbat se afektovaným projevům z pozice nadřízeného. Sledování paralingvistických a neverbálních projevů pomáhá upřesnit podávané informace od odesílatele. Samozřejmě by mělo být požádat o vysvětlení, zopakování, pokud nejsou informace jasné. Zájem o druhého podněcuje k rozhovoru, proto porozumění, jak verbální, ale i neverbální formou je vhodnou doplňkovou technikou v komunikaci. (Lepiešová, E., a kolektiv, 1996, s. 63-66)

6.2 Asertivita

Pojem asertivita má svůj původ v latině (assere = přisvojovat si něco, tvrdit, ubezpečovat). Za asertivní považujeme zdravé, přiměřené sebeprosazování, při kterých neprosazujeme svoje práva na úkor jiných, ani nenecháváme jednat jiné za nás.

Za asertivní jednání se považuje takový projev, který není pasivní, ani agresivní. Jestliže upřeme právo jiným na jejich názory – jednáme agresivně. Pokud upíráme tyto práva sobě, jednáme neasertivně, pasivně.

pasivní	asertivní	agresivní
porušuje vlastní práva	respektuje svoje práva i jiných	porušuje práva jiných

(Lepiešová, E., a kolektiv, 1996, s. 71)

6.2.1 Typy asertivity

Asertivita se dělí:

- Základní asertivita.
- Empatická asertivita.
- Eskalující asertivita.
- Konfrontační asertivita.

Základní asertivita spočívá v jednoduchém vyjádření myšlenek, názorů a citů (bez empatie).

Empatická asertivita mimo vyjádření názorů, myšlenek a citů obsahuje také vnímavost a citlivost k lidem, proniká hlouběji do vztahu k druhému člověku. Při empatické asertivitě respektujeme názory jiných, ale ponecháváme si také právo rozhodovat, jestli je přijmeme, nebo odmítneme. Snaha porozumět jiným, vcítit se do jejich myšlení, jednání ve velké míře redukuje nebezpečí agrese a pomáhá přehodnotit situaci.

Eskalující asertivita obsahuje nejprve minimum asertivity a negativních emocí, tím vlastně i negativních důsledků. Pokud druhá strana pokračuje v agresivním jednání, porušuje naše práva, asertivitu stupňujeme (nesmí dorůst do agresivity). Osobě poskytneme prostor na změnu jednání a až potom uvedeme poslední výrok eskalující asertivity.

Konfrontační asertivita se vyznačuje rozporem mezi slovy a činy druhé strany. Proto žádáme doplňující informace s cílem vyřešit problém. Neobsahuje však útok, ani agresivní konfrontaci názorů. (Lepiešová, E., a kolektiv, 1996, s. 72)

6.2.2 Asertivní chování

Asertivní chování je jednou z klíčových dovedností, základní podmínkou efektivního managementu v ošetrovatelství. Znamená to

respektování práv jiných stejně jako vlastních práv. Sestry, které se vyznačují tímto chováním a jednáním si váží nejen sebe, ale i ostatních. Jejich komunikace je otevřená, přímá, taktní, rozvážná, klidná a přirozená. Svoje pocity, přání umí vyjádřit tak, že u ostatních nevytváří dojem nátlaku.

Asertivní komunikace je pozitivní styl. Obsahuje jasný postoj k tomu, co člověk chce, aby se stalo, ale netvrdí, že to tak musí být. Slovo asertivní nepopisuje osobu, ale její jednání v určitém okamžiku, nebo za určitých okolností, kdy verbální i neverbální projev jsou v souladu. Mimoslovní projevy se vyznačují uvolněným, klidným hlasem, přímým očním kontaktem, pevným držením těla s nepřekříženými rukama. (Lepiešová, E., a kolektiv, 1996, s. 71)

Manažer v ošetrovatelství na jakékoli úrovni je postavený před potřebu osvojit si asertivní jednání, zdokonalovat se v něm. Toto jednání je významnou podmínkou efektivního managementu, aby bylo možné volně a otevřeně vyjadřovat vlastní myšlenky, pocity a přání. Asertivní jednání dává možnost manažerům otevřeně, upřímně a přiměřeně komunikovat s druhými lidmi na všech úrovních, aktivně se zapojit a usilovat o to, co on chce. Přičemž je zachována sebeúcta v souladu s úrovní svých předpokladů. Je to schopnost, kterou se dokáže naučit každý člověk. Je významným předpokladem efektivního managementu. (Lepiešová, E., a kolektiv, 1996, s. 73)

7 ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽOVÝCH SITUACÍ

7.1 Konflikty

Pojem konflikt pochází z latiny (conflictas = srážka, flictus = náraz, úder, noc = vzájemně, confingo = navzájem se zasahovat).

Konflikt je tedy forma interakce, při které účastníci vnímají druhou stranu jako překážku při dosahování cílů, uplatnění hodnot, uspokojování potřeb a svých zájmů. Řešení konfliktů patří k rozhodovací roli manažera a je jedním ze základních předpokladů jeho řídicí způsobilosti. (Lepiešová, E., a kolektiv, 1996, s. 75)

7.1.1 Rozdělení konfliktů

Podle počtu účastníků rozdělujeme:

- Intrapersonální konflikt.
- Interpersonální konflikt.
- Interskupinový konflikt.
- Intraskupinový konflikt.

Intrapersonální konflikt se odehrává uvnitř jedince. Zdrojem takového konfliktu mohou být potřeby, postoje, hodnoty jedince, které jsou neslučitelné s organizací, nebo s okolím. Může jít o konflikt rolí (manažer-rodíč, manažerka-manželka), nebo konflikt mezi odlišnými požadavky, které kladou na danou roli různé skupiny. Jednotlivec si musí vypracovat systém priorit, nebo kompromisů. Zátěž, která vyplývá z těchto konfliktů, může vést i k morálním problémům a negativně ovlivňovat výkonnou složku osobnosti manažera.

Interpersonální konflikt je vlastně nedorozumění či roztržka, boj mezi dvěma, nebo několika původci. Zdrojem těchto konfliktů bývají rozdíly mezi představami, názory, postoji, či zájmy. Mohou probíhat v rovině **vertikální** (nadřízený – podřízený), nebo **horizontální** (mezi spolupracovníky).

Interskupinový konflikt se vyskytuje nejčastěji ve větších organizacích, kde se mohou lišit zájmy jednotlivých skupin pracovníků (lékaři – sestry, technici – zdravotníci). Lidé mají obvykle přirozenou tendenci k tomu, že příslušníky vlastní skupiny pokládají za „správné“.

Intraskupinový konflikt vzniká uvnitř skupiny (sestra-sestra).

Dělení dle **délky trvání** konfliktu:

Rozlišujeme konflikty **akutní** a **chronické**.

Pokud konflikty přerostou do chronického stádia, jsou nejčastěji výsledkem neschopnosti řídicího pracovníka konflikt řešit, nebo spočívají v organizačních nedostacích.

Dělení podle **průběhu (stádia)**:

Rozlišujeme konflikt **latentní** a **otevřený**.

Latentní (skrytý) se projevuje spíše sekundárními znaky (např. neochota spolupracovat). Tento stav udržuje zvýšenou hladinu napětí dlouhou dobu. Účastníci si konflikt ani neuvědomují. Příčinou může být soupeření, snaha o autonomii, nebo rozdíly v cílech jednotlivých skupin.

Dělení podle **způsobu řešení**:

Rozlišujeme konflikty **konstruktivní** a **destruktivní**.

Konstruktivní konflikt může vést ke zlepšení výkonu, podporuje cíle organizace (zavedení změn). Destruktivní snižuje výkonnost (působením stresu), čímž vzniká častá fluktuace, zvýšená nemocnost apod. Mnohé konflikty, se kterými se setkáváme v každodenním životě, jsou zbytečné. Velmi často vznikají jen kvůli rozdílům, které si každý jedinec představuje jinak, jen pod určitým pojmem. Mnohým chybí umění naslouchat,

poslouchat, i když dobře slyší. Při řešení konfliktů je potřeba, aby se nejprve každý seznámil s představami všech zainteresovaných. (Lepiešová, E., a kolektiv, 1996, s. 75)

7.1.2 Negativní stránky konfliktu

Výsledek vždy závisí na zvládnutí konfliktní situace obou zúčastněných. Při nevhodném postupu se projeví negativní stránky konfliktu. Účastníci komunikují většinou destruktivně, pod vlivem emocí, jako nepřátelé a protivníkovi se snaží ublížit. Každá strana vidí jako jediné možné východisko vítězství za každou cenu. Jednání mívá agresivní charakter, který brání řešení konfliktu. Ztráta sebekontroly je provázená projevy neúcty, ponižováním, urážkami a útoky. Často se vynoří předchozí konflikty. Situace po konfliktu je charakterizovaná přetrváváním vnitřního napětí a neklidu, konflikt může být opět obnoven.

7.1.3 Pozitivní stránky konfliktu

Pokud je konflikt konstruktivní, může mít i pozitivní stránky. Podněcuje otevřené jednání a tím i vyjasnění situace. Uvolňuje napětí, které bylo před řešením. Umožňuje citlivější vnímání problému. Stimuluje hledání nových faktorů a řešení. Zvyšuje informovanost pracovníků, pokud se o problému otevřeně hovoří. Působí i jako motivační činitel, který podporuje spolupráci a soudržnost skupiny, pokud jde o konflikt mezi skupinami. Mnohdy urychlí řešení, pokud jde o latentní konflikt.

7.1.4 Nejčastější konfliktní situace v ošetrovatelské praxi

Nedostatky v organizaci práce, tam kde nejsou pevně stanovená pravidla, kde chybí normy (standardy), kde jsou omezené materiální, či personální zdroje, nebo pokud se nedodrží harmonogram práce apod.

Povrchní vztah k práci pokud je plnění úkolů nedbalé, zapomínání či zanedbávání povinností.

Malá objektivnost při hodnocení vlastní práce. Nejčastěji jde o nekritické myšlení při posuzování vlastní práce a výsledků.

Nízký stupeň disciplíny bývá častou příčinou konfliktů, které vznikají, pokud některá sestra svým nedisciplinovaným přístupem odvádí nekvalitní výkon a přiděluje ostatním práci (vyhýbání se určitým druhům práce, neposkytováním adekvátní ošetrovatelské péče apod.)

Charakterové vlastnosti a osobní předpoklady mohou být zdrojem specifických problémů vznikajících i z vlastní podstaty ženských kolektivů. Mezi ně patří i zvýšená emotivita, chování dle subjektivních pocitů, přijímání kritiky někdy až velmi osobně, zaobírání se s problémem zbytečně dlouhou dobu. Na druhé straně však je nutné připomenout určité přednosti, které jsou výsadou právě ženské populace v oblasti lidského zvládnutí ošetrovatelské péče.

Nadměrná psychická a fyzická zátěž. Zde jde o skupinu konfliktů, které mají zdroj v pracovním klimatu a ve vlastním charakteru práce. Psychické napětí je často průvodním znakem každé činnosti spojené s neustálým stykem s lidmi. Sestra se často dostává do problémových situací, které musí neprodleně řešit a také si za svá rozhodnutí nese zodpovědnost. Nedílnou součástí psychické zátěže jsou také etická dilemata, se kterými se velice často setkávají všichni pracovníci ve zdravotnictví.

Nepříznivé klima a mezilidské vztahy. Pokud není dostatečně vyvinuta vnitřní komunikace, rozvinutý týmový duch, dá se s velkou pravděpodobností předpokládat snížení kvality práce ve skupině. Proto by měl každý vedoucí pracovník vždy vědět, co se ve skupině odehrává a také chápat příčiny probíhajících jevů. Z důvodů konfliktů vznikají mezi spolupracovníky stresové situace, spory, citové otřesy, zprerhání přátelských svazků, podezřívavost, nedůvěra apod. Sotva je pak možné omluvit chybu, které se dopustí vedoucí pracovník tím, že přehlídá konflikty, protože čím déle konflikty trvají, tím se více stupňují. Jejich zdrojem může být i nevhodný styl řízení. (Lepiešová, E., a kolektiv, 1996, s. 76)

Pro manažera je mimořádně náročná spolupráce s osobami, které konflikty přímo vyvolávají. Mohou to být lidé netolerantní, domýšliví, sobečtí, intrikáni. Dokážou využívat důvěry ostatních, zajímají se o maličkosti ze soukromého života druhých, které pak vědomě využívají. Nebezpečí spočívá v tom, že jednají skrytě, fakta zaměňují s polopravdami a za oběti si vybírají ty, kteří jim jakkoliv mohou stát v cestě. Jejich cílem je snížit autoritu a dobré jméno některých členů a získat tím lepší postavení. Pokud jde o postoj k práci, bývají velmi usilovní, protože jim záleží na dobrém mínění okolí. Upřednostňují aktivity, které lze dobře prezentovat. Pracují vlastně pro efekt.

Nedostatečná informovanost a nevhodná komunikace. Zabezpečit plynulý tok důležitých informací horizontálním i vertikálním směrem je jednou ze základních podmínek úspěšného managementu. (Lepiešová, E., a kolektiv, 1996, s. 77)

7.1.5 Způsoby řešení konfliktů

Řešení konfliktní situace probíhá:

- Sebeprosazením - zohledněním vlastního zájmu.
- Kooperací – přihlédnutím na zájmy druhých.

V rámci těchto dimenzí může probíhat řešení konfliktu jako:

Integrace - obě strany diskutují nad podstatnými otázkami a snaží se najít společné řešení.

Kompromis - (střední stupeň sebeprosazení), není vítěz, ani poražený, styl „dej a ber“.

Přizpůsobení - (nízký stupeň sebeprosazení, vysoký stupeň kooperace) tam, kde jeden z účastníků ustupuje od svých zájmů ve prospěch oponenta, aby zachoval dobrý vztah.

Soupeření - opak přizpůsobení, vztah výhra-prohra.

Vyhýbání - (nízký stupeň sebeprosazení, nízký stupeň kooperace). Jedná se buď o pasivní ústup od problému, nebo aktivní potlačení problému. Někdy bývá používáno jako dočasné odložení řešení konfliktní situace. Uvedené způsoby řešení mají jak své silné, tak i slabé stránky. Proto je dobré zvážit přednosti, či nedostatky ještě dříve, než se rozhodneme konflikt řešit. Nejlepší prevence konfliktních situací, je jejich předcházení. Toho lze dosáhnout dobrou spoluprací při plnění cílů v ošetrovatelské práci.

7.1.6 Zásady při řešení konfliktů

Zdůraznit a ocenit přítomnost shodných názorů, postojů a zájmů.

Předložit a snažit se vysvětlit svá stanoviska objektivním způsobem.

Vyhnout se zpětnému hodnocení minulých stanovisek druhé strany.

Konflikty řešit bez předsudků, zaujatosti, usilovat o hledání a nalezení kompromisu. Vždy se vyhýbat útočení, ironii, nebo provokaci druhé strany.

Protivníková snaha projevit ochotu, hledat a přijmout společné řešení konfliktu, by měla být oceněna. Konflikty by se měly řešit v ústraní, bez zbytečného obecenstva. (Lepiešová, E., a kolektiv, 1996, s. 79)

7.2 Stres

(angl. stress = zátěž) je podle klasika H.Selyeho „sumou všech adaptačních reakcí biologického systému, které byly spuštěny nespécifickou noxou.“ (Vágnerová, M., 1999, s. 33)

Stres můžeme také definovat jako souhrn fyzických a duševních reakcí na poměr mezi skutečnými nebo představovanými osobními zkušenostmi, očekáváními. Podle této definice je stres odpověď, která v sobě zahrnuje jak fyzické, tak i psychické složky. Stres je stav organismu, který je obecnou odezvou na jakoukoliv výrazně působící zátěž – fyzickou nebo psychickou, při němž se uplatňují obranné mechanismy, umožňující

přežití organismu vystaveného nebezpečí. ([Online]. [cit. 2009-12-25].
Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Stres>)

7.2.1 Stresové faktory (stresory)

1. Fyzikální faktory prostředí: pracovní a materiální vybavení pracoviště, hygienické podmínky, nevyhovující světlo, nadměrný hluk, nízká nebo vysoká teplota.

2. Psychické faktory: vycházejí z názorů a postojů k sobě a k druhým, zodpovědnost, práce, frustrace, nesplněná očekávání.

3. Sociální faktory: osobní vztahy (konflikt, hádky na pracovišti, zklamání) životní styl (přejídání, nezdravé složení stravy, kouření, nadměrná konzumace alkoholu, nedostatek spánku).

4. Traumatické faktory: události (úmrtí, narození dítěte, sňatek, rozvod, stěhování, chronické onemocnění, ztráta zaměstnání či životní role). ([Online]. [cit. 2009-12-25]. Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Stres>)

7.2.2 Druhy stresu

Eustres – zátěž, která v přiměřené míře stimuluje jedince k vyšším anebo lepším výkonům. Určitá míra stresu může být i užitečná pro zdravou a efektivní existenci. Patří také k motivačním prvkům lidského konání. Každý jedinec má určitý limit toho, co snese. Ve vrcholném bodě stresu podáváme sice největší výkon, ale tento bod je subjektivní, mění se podle zdraví a dispozice každého jedince. Pokud je překročen, mění se na škodlivý distres.

Distres – nadměrná zátěž, která může jedince poškodit. Způsobuje přetížení, které vede k psychickým a fyzickým změnám, vyčerpání a při dlouhodobém vystavení organismu tomuto stresu může dojít k rozhodnutím, jejichž důsledkem je úzkostné (únik) či depresivní (ústup) chování. (Lepiešová, E., a kolektiv, 1996, s. 81)

7.2.3 Psychosomatická onemocnění

Psychosomatická onemocnění jsou taková, na jejichž vzniku se významně podílí psychická nepohoda, což vystihuje, že stav duše (psyché) a těla (soma) se vzájemně ovlivňují. Stresová reakce vede k aktivaci mechanismů, které umožňují krátkodobě podávat vysoké výkony v případě nebezpečí, což je zprostředkováno využitím rezerv organismu. Spuštění této účelné reakce umožňuje přežití jedince v přírodě. Stejná reakce je spuštěna i v případě, kdy moderní člověk je vystaven psychickým tlakům, které nejsou hrozbou pro fyzickou existenci. Původně užitečné, obranné mechanismy začnou tělu škodit. Chronické psychické problémy tímto mechanismem vyvolávají zdravotní problémy. Ty zpočátku přispívají ke snížené kvalitě života, a teprve později se podílejí na rozvoji onemocnění, která pak představují nebezpečí a ohrožení života.

Mezi nejčastější choroby vznikající na podkladě dlouhodobého stresu patří: dyslipidémie, diabetes mellitus II. typu, hypertenze, ischemická choroba srdeční a s ní spojený infarkt myokardu, žaludeční eroze, vředová choroba žaludku, vznik astmatu a jiné. ([Online]. [cit. 2009-12-25]. Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Stres>)

Již z vlastní podstaty ošetrovatelství se manažer pracující ve zdravotnictví denně ocitá v různých zátěžových situacích. Velká zodpovědnost, neustálé řešení nepředvídatelných problémů spolu s neustálým soustředěním na práci, která klade velké nároky na člověka, a jeho vlastní vysoké pracovní nasazení, s důrazem na určitou kvalitu, přesnost a preciznost. Nároky, které jsou kladené na vedoucího pracovníka

ve všech stupních managementu a zvládnání psychické zátěže, přinášející s sebou práce v ošetrovatelství patří k největším stresorům vůbec.

7.2.4 Předcházení stresu

Práce s lidmi není jednoduchá. Je potřeba si uvědomit, že stres nevyvolává to, co je, co se děje, ale způsob naší reakce na danou situaci, nebo na jiné lidi všeobecně. Vzniká z naší snahy se nějak bránit, čelit agresi, kritice, urážkám. Zdrojem stresu může být i přetíženost, což je stav, kdy jedinec překročil své možnosti se přizpůsobit.

Nejčastější faktory přispívající k přetížení jsou: nedostatek času, nedostatek podpory, velká zodpovědnost (reálná i subjektivně vnímaná), nadměrné očekávání od sebe i od druhých. Přetíženost při výkonu funkce bývá nejčastěji způsobená pocitem nadměrné zodpovědnosti a časovou tísní. Stres z přetížení může vzniknout také u podřízených, pokud nemají jasně stanovené úkoly, vymezené kompetence a normy, za které nesou bezprostřední zodpovědnost.

Pokud na oddělení vážne komunikace, zpětná vazba nebo probíhají transformační změny, pracovníci nevědí, co je čeká, znamená to pro každého z nich nejistotu. Každá nejistota je pak zdrojem stresu. Osvojením správných manažerských technik lze minimalizovat možnost přetížení a vzniku nežádoucího stresu. Patří sem především správná organizace práce, času, stanovení priorit a delegování kompetencí. To jsou důležité faktory, kdy při jejich správném využití se dá zbavit pocitu vlastní nepostradatelnosti a tím i zmírnění stresu. (Lepiešová, E., a kolektiv, 1996, s. 82)

7.3 Syndrom vyhoření (burn-out)

Vzniká jako důsledek dlouhodobého stresu a týká se většinou lidí pracujících v pomáhajících profesích. Může být i důsledkem zanedbávání péče o sebe samého. Jeho důsledkem je narušení psychické a fyzické

vyrovnanosti, pohody ve vztazích pracovních i rodinných a snížením pracovní výkonnosti. Syndrom vyhoření se odlišuje od stresu tím, že pro svůj vznik vyžaduje neustálou přítomnost faktorů stresu. Jeho součástí je pochybování o smyslu vykonávané práce. Dlouhodobý burn-out může vést k depresím. (Večeřová – Procházková, A., 2/2005, s. 25-28)

7.3.1 Příznaky a vývoj syndromu vyhoření

Mezi příznaky patří ztráta nadšení, snížení pracovního nasazení, tím pokles výkonnosti, nechuť až lhostejnost k práci. Může se projevovat i negativním postojem k sobě, k práci i k životu. Postižení často mívají problémy i s udržením pozornosti, těžko se soustředí. Pocity nespokojenosti, bezmoci či sklíčenosti a nedostatek uznání se mohou projevit agresivním chováním. Mezi tělesné projevy patří poruchy spánku, nechuť k jídlu či vegetativní obtíže a somatické nemoci. Časté jsou i projevy vyčerpání, zvýšeného krevního tlaku, únava. Příznaky obvykle postihují i sociální vztahy. Přibývá konfliktů v soukromém životě, omezování kontaktů s kolegy, nebo pacienty/klienty, stažení se z mezilidských vztahů.

Burn-out nevzniká ze dne na den. Znamená to závěrečné stádium pozvolného, delší dobu trvajícího procesu, důsledek dlouhodobého stresu spolu s nevhodně či chybně zvolenými obrannými mechanismy (postupy při zvládnutí stresu), a to vše na pozadí osobnostních předpokladů.

Fáze syndromu:

- **Nadšení** - pracovník srší elánem, má velká (a nerealistická) očekávání.
- **Stagnace** - počáteční nadšení dohasíná, pocit že nestíhá, ne vše se dá splnit.
- **Frustrace** - objevují se emocionální a fyzické potíže.
- **Apatie** – je přirozenou reakcí na výše popsanou frustraci.

- **Intervence** - je nalezení efektivního způsobu chování, způsob, jak nově definovat svůj vztah k práci, klientům/pacientům, přátelům.

Jednotlivé fáze přecházejí do dalších hladce, nepostřehnutelně tak, že dotyčný si toho, co se dělo, všimne a uvědomí teprve až ve chvíli, kdy už je po všem. Vyhoření má škodlivé následky nejen pro své oběti, ale ve svém důsledku působí na zhoršení kvality poskytované péče. Přináší negativní postoj k sobě samému, k pacientům/klientům, ale i k spolupracovníkům, přátelům a třeba i příslušníkům rodiny. (Večeřová – Procházková, A., 2/2005, s. 25-28)

7.4 Mobbing

Světová zdravotnická organizace definuje násilí na pracovišti jako: *„Záměrné použití fyzické síly nebo moci, skryté nebo otevřené, proti jiné osobě nebo skupině v rámci pracovních vztahů, které buď vede, nebo má vysoký stupeň pravděpodobnosti, že povede ke zranění, smrti, psychické újmě, nebo deprivaci.“* (Křemenová, K., 2009, s. 8)

O mobbing se jedná, pokud je na postiženého útočeno alespoň jednou týdně a nejméně po dobu půl roku a útoky provádí jedna či více osob. Mohou jej provádět jak osoby stejně postavené - kolegyně, tak osoby nadřízené i podřízené. Nejčastější příčinou mobbingu nadřízených bývá nevyřešený konflikt, dalšími příčinami pak hněv na organizaci, tlak shora, touha po moci, osobní důvody, strach.

„Pokud ve své práci vycházím ze základního principu ošetřovatelství, jímž je tzv. holistické pojetí člověka, kdy se řídíme poznatkem biologické, psychologické a sociální jedinečnosti lidského jedince, pak existence šikany mezi zdravotníky působí paradoxně a nesmyslně. Je vůbec možné přistupovat k jednomu člověku empaticky, s úctou, respektem, soucitem a porozuměním a současně jinému člověku ubližovat?“ (Křemenová, K., 2009, str. 6)

7.4.1 Příčiny mobbingu

Spouštěcím mechanismem bývá vždy konflikt. Dalším rozhodujícím faktorem je klima na pracovišti. Mezi ostatní faktory patří i stres z přetížení, špatná organizace práce, časová tíseň, přehnané požadavky, nedostatek pracovníků nebo chyby v předávání informací.

Špatný styl řízení může být zapříčiněn nejen autoritativní vedoucí, ale i slabou vedoucí, která na svůj úkol nestačí. Známý je i konkurenční tlak a strach z nezaměstnanosti, touha po pracovním postupu či strach z propouštění.

Snad nejčastější příčina je agresor na pracovišti. Je to člověk, jehož motivací je potřeba získat nebo udržet moc, nebo také potřeba zamaskovat vlastní neschopnost či strach. Agresoři jsou popisováni jako lidé morálně slepí, sobečtí a sebestřední. Netrápí se tím, že někomu ubližují, většinou nemají mravní zásady. (Křemenová, K., 2009, s. 8)

7.4.2 Oběti a formy mobbingu

Mobbing může postihnout každého, ať v podřízeném či nadřízeném postavení. Více jsou ale ohroženi ti jednotlivci, kteří se nějakým způsobem liší. Stejně tak, jak se může stát obětí mobbingu kdokoli, může se také kdokoli stát mobbérem. Hlavní roli zde má úroveň morálky, kterou člověk vyznává. (Křemenová, K., 2009, s. 6)

Formy mobbingu

- Šíření pomluv.
- Izolování kolegy.
- Sabotování práce.
- Znevažování výkonů a schopností.
- Poškozování soukromí.
- Poškození zdraví.
- Ničivé válčení bez naděje na smír.
- Sexuální obtěžování.

7.4.3 Důsledky mobbingu

Pro oběť mobbingu jsou důsledky velmi závažné, Oběť trpí jak fyzicky, tak psychicky. Mobbing negativně ovlivňuje také celý kolektiv. K šikaně by pravděpodobně nemohlo docházet, kdyby nebyla akceptována a trpěna ostatními členy kolektivu. Někteří členové se často připojí k agresorovi, ostatní se raději drží stranou. Často nastává situace, že ostatní podlehnou agresorově autoritě, přijmou jeho normy a sami mobbingu napomáhají. Oběť je pak osamocena, bez jakékoli šance na podporu a nezbyvá než odejít. Mobbovaný jedinec si sebou odnáší trauma, které může ovlivnit nejen jeho působení na pracovišti, ale i další jeho život.

Pro organizaci znamená mobbing snižování pracovního výkonu nejen oběti, ale i všech zúčastněných, je nastolena atmosféra teroru a nezdravého soutěžení.

Pokud se mobbing objeví, je nutné co nejdříve zakročit, nejpozději ve fázi konfliktů, jinak se strhne celý řetězec, což může mít katastrofální následky. Účinná je tedy prevence a včasné řešení konfliktů. (Křemenová, K., 2009, s. 12)

8 PSYCHOSOCIÁLNÍ UČENÍ VE SKUPINĚ

Všude tam, kde dochází ke kontaktu mezi lidmi, probíhá také psychosociální učení. Jde tedy o získávání sociálních dovedností, které potom uplatňujeme sami ve svém životě. Skupiny, kterých jsme členy, jsou různorodé a my v nich zaujímáme různé role. Nejsilněji na nás působí rodina a škola, setkávání se s autoritou. Tímto dochází k vytváření podmínek pro rozvoj hierarchických vztahů.

Proces psychosociálního učení je nekonečný, nejen proto, že procesem stárnutí se každý člověk dostává do nových společenských skupin, ale i v souvislosti s celospolečenskými změnami, kterými svět prochází. Je to vlastně i práce sám na sobě ve smyslu zlepšení nejen schopnosti vnímat své pocity, myšlenky, přání, obavy i potřeby a uvědomovat si je, ale také přiměřeným způsobem je projevat. Zároveň se zajímat o pocity druhých.

Další důležitým předpokladem je pocit zodpovědnosti sám za sebe, své chování a důsledky z něj vyplývající. Jde o vnitřní postoj, vyjadřující jistou osobní zralost, kdy jedinec přejímá ve všech směrech za své jednání zodpovědnost. K tomu patří i vědomí, že každý máme možnost volby ve svých reakcích na okolí, což znamená, že se můžeme sami rozhodnout. Nelze tedy za své chování činit odpovědného někoho jiného.

Tím, že se naučíme citlivěji vnímat výraz i výroky svých spolupracovníků, získáváme zpětnou vazbu o tom, jak oni vnímají naše chování a můžeme se dále rozhodovat ve svých aktivitách. V takovéto atmosféře lze dosáhnout i toho, že každý lépe akceptuje sám sebe a snáze také toleruje ostatní. (Hermochová, S., 2006, s. 19)

8.1 Kompetentní vedení

„Důsledné vedení, osobnost toho, kdo tým vede, a styl, jakým svou roli realizuje, jsou významnými faktory ovlivňujícími jak atmosféru týmu, tak i jeho výkon.“ (Hermonchová, S., 2006, s. 29)

Shrnutím názorů vycházejících z mnoha výzkumů v oblasti týmové spolupráce se pomocí analýz došlo k závěru, že je nutno se zabývat otázkami týkajícími se plnění očekávání nejen týmu od vedení, ale i vedení od jednotlivých členů a také očekávání jednotlivých členů mezi sebou. Je potřeba také zdůraznit, že nesplnění očekávání, je jeden z faktorů významně se podílejících na ztrátě důvěry. Na druhé straně snaha o splnění někdy až nemožného, lidskými silami velice těžko uskutečnitelného očekávání vede k přetěžování, psychickému tlaku a stresu.

Proto je důležité vymezení kompetencí, rolí, cílů mezi jednotlivými členy a také kontrola dodržování těchto pravidel. Zpětná vazba, vzájemná podpora a snaha o maximální výkon by měla být součástí společné práce týmu. Uplatnění nejlepších schopností, zodpovědnost každého, ale i svoboda se rozhodnout vytváří předpoklad vnitřního rozvoje. Tím vzniká osobní zájem na výsledcích práce a jistota, že snaha bude oceněna. Bez zájmu o kvalitní výsledky lze jen velice těžko očekávat maximální pracovní nasazení a zainteresovanost každého jednotlivce. (Hermonchová, S., 2006, s. 31)

„Analýzou tzv. „kritických situací“ se ukázalo, že úspěšní vedoucí dodávají členům svých týmů odvalu a sebevědomí, aby přebírali část zodpovědnosti k provádění změn a neplnili pouze zadané úkoly.“ (Hermonchová, S., 2006, s. 31)

Vedoucí se tak stává modelem pro to, aby se členové podporovali navzájem a nebáli se přijmout možná rizika nových způsobů řešení úkolů. Lépe jsou pak chápány nejen cíle, ale lze také snadněji zavádět změny nutné

k lepšímu plnění úkolů. Vzájemná podpora je výsledkem chování vedoucího týmu, který věří jednotlivým členům a dává jim určitý prostor pro vlastní iniciativu, realizaci. Tím jim poskytuje možnosti rozvoje vlastních znalostí a dovedností. Samozřejmostí je také ocenění jejich výkonů a poskytování zpětné vazby.

II. EMPIRICKÁ ČÁST

9 VYMEZENÍ PROBLÉMU, VÝZKUM

Rozmanitost rolí, které jsou všeobecně připisovány sestřám pracujícím v pomáhajících profesích, tvoří nedílnou součást rolí sester ve vedoucích funkcích. Spolu s rozvojem oblasti zdravotnictví jsou kladeny vysoké nároky na kvalitu, efektivnost a hospodárnost poskytované ošetrovatelské péče. Toho lze dosáhnout účelným využíváním lidských zdrojů, týmové práce, správné motivace, mezioborové spolupráce a jiných důležitých faktorů patřících do kompetencí sester ve vedoucích funkcích, které popisují v teoretické části práce.

Pro tyto sestry je také nezbytná kvalita morálně volných vlastností, společenských dovedností, účelná komunikace, umění naslouchat, síla zodpovědnosti, schopnost rozhodnout a vzbuzování důvěry, jistoty. Vysoké nároky kladené ze strany podřízených i nadřízených, mnohdy nesplněná očekávání mohou být zdrojem někdy i zbytečně stresujících situací.

9.1 Cíle a hypotézy

Cílem práce je zjistit, jak hodnotí sestry ve vedoucích funkcích náročnost své profese, specifikovat problémy se kterými se potýkají, možné stresory, ale i motivující faktory jejich práce, spokojenost v kolektivu, uznání jejich snahy. Zajímá mě nejen zpětná vazba, která je důležitá ke kvalitnímu vedení, ale i to, zda práce ve funkci zasahuje do osobních životů těchto sester.

Dalším cílem je zjistit, zda si respondenti uvědomují, že kvalitou své práce udávají krok svým podřízeným a tím ovlivňují dosahování cílů svého pracoviště.

Součástí tohoto průzkumu je také upozornit na specifika práce sester ve vedoucích funkcích, protože si myslím, že jejich práce je psychicky velice náročná, neboť jsou důležitým mezičlánkem mezi vedením zdravotnického zařízení a sestrami na těch úrovních, jejichž výsledek práce hodnotí pacient svou spokojeností.

K těmto cílům jsem si stanovila celkem 4 hypotézy:

H1 - Předpokládám, že práce sester ve vedoucí funkci je více psychicky, než fyzicky náročná.

H2 - Práce sester ve funkci zasahuje v 60% negativně do jejich osobních životů.

H3 - Sestry ve vedoucích funkcích jsou spokojeny v kolektivu, kde je jejich kvalifikace účelně využita a kompetence, které mají, jsou přiměřené jejich funkci.

H4 - Sestry pracující ve funkci vědí, že jejich způsob jednání ovlivňuje podřízené, dávají jim možnost zpětné vazby a také se těmto sestram dostává v 50% pozitivního hodnocení.

9.2. Výběrový soubor

Cílovou skupinou výzkumu je zdravotnický personál pracující v nižším, nebo středním managementu ve FN Na Bulovce. Na základě souhlasu hlavní sestry nemocnice bylo vybráno 14 oddělení nemocnice, kde byly rozdány dotazníky. Většině respondentů bylo vyplnění a sběr dotazníku vysvětleno při rozdání. Spolu s dotazníkem respondenti dostali obálku s číslem schránky nemocniční pošty, přes kterou byly vyplněné dotazníky doručeny. Zároveň také byly zaškoleny vrchní sestry. Sběr se konal průběžně v měsíci prosinci 2009 - lednu 2010.

Bylo rozdáno 70 dotazníků, návratnost byla 64 dotazníků, zpracovat jich bylo možné 58, z důvodu neúplného vyplnění jednotlivých otázek.

9.3 Metodika průzkumu

Pro práci jsem potřebovala získat názory svých kolegyň, a proto jsem použila nejčastěji používanou výzkumně průzkumovou metodu - dotazník. Podle mého názoru je pro zpracování tohoto tématu nejvhodnější. Jeho výhodou je rychlé shromáždění dat od velkého počtu respondentů, finanční nenáročnost a snadná měřitelnost údajů získaných za poměrně krátký časový úsek.

Nevýhodou jsou možné nejasnosti ve formulaci otázek, omezené množství otázek a tím i omezený prostor pro vyjádření respondenta. Použitý dotazník, který jsem vypracovala je anonymní a obsahoval otázky otevřené, polozavřené i uzavřené. Byly použity otázky zjišťující nejen fakta, ale i mínění, postoje a motivy respondentů. Dotazník tvořilo 22 otázek a je uveden v příloze č.8.

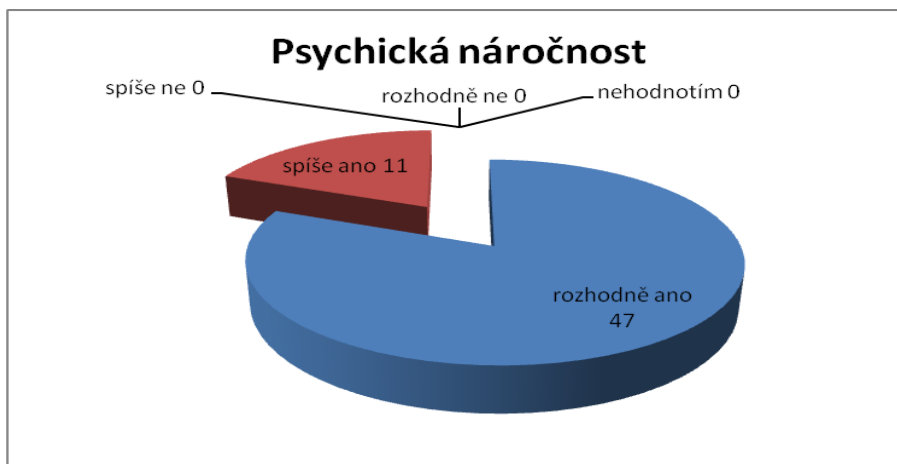
Výsledky z dotazníku jsem zpracovala pomocí programu Microsoft EXCEL 2007.

10 VÝSLEDKY PRŮZKUMU

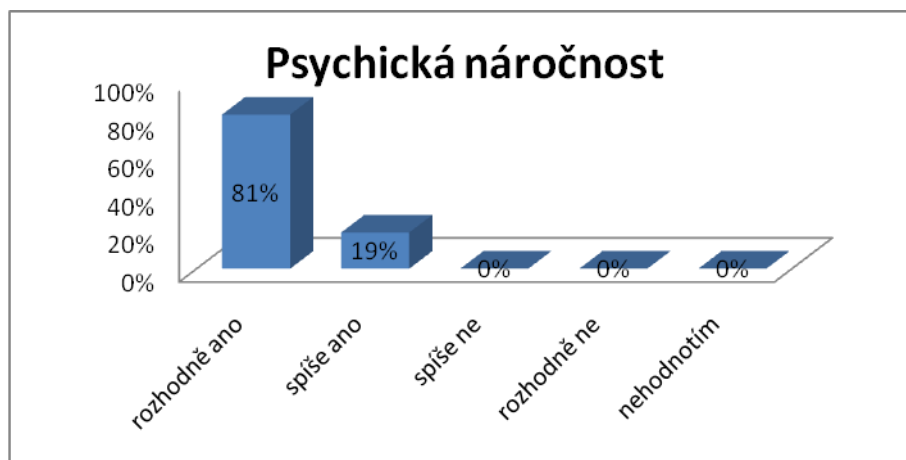
1. Považujete Vaše povolání za psychicky náročnou práci?

Tabulka 1- Psychická náročnost práce

Psychická náročnost práce	Počet v.s.	Počet st.s.	Celkový počet	Celkový počet v % z počtu dotazovaných
rozhodně ano	10	37	47	81%
spíše ano	3	8	11	19%
spíše ne	0	0	0	0%
rozhodně ne	0	0	0	0%
nehodnotím	0	0	0	0%



Graf 1a - Psychická náročnost práce – celkový počet

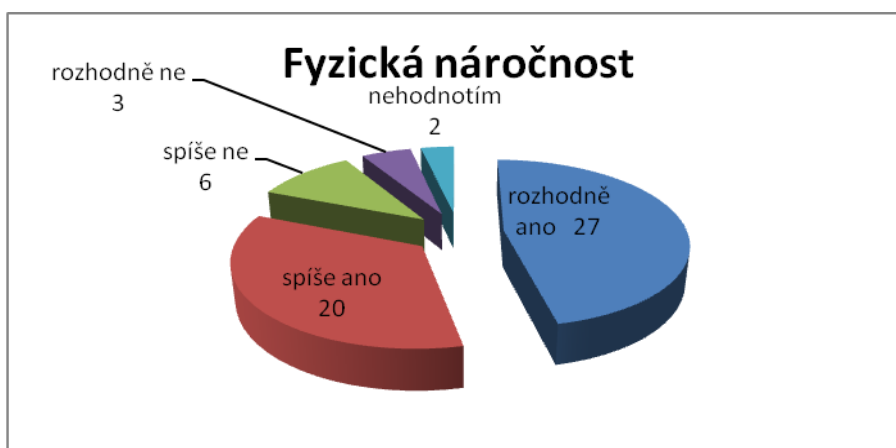


Graf 1b - Psychická náročnost práce – vyjádření v %

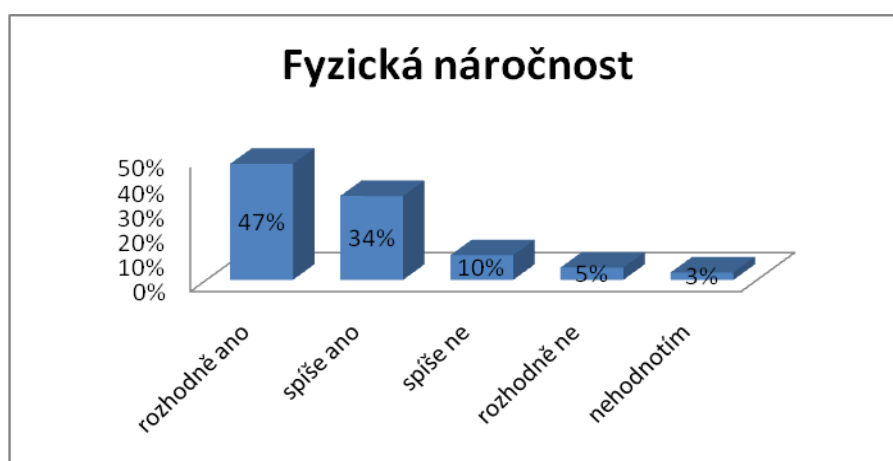
2. Je podle Vašeho názoru Vaše práce fyzicky náročná?

Tabulka 2 - Fyzická náročnost práce

Fyzická náročnost práce	Počet v.s.	Počet st.s.	Celkový počet	Celkový počet v % z počtu dotazovaných
rozhodně ano	3	24	27	47%
spíše ano	6	14	20	34%
spíše ne	2	4	6	10%
rozhodně ne	0	3	3	5%
nehodnotím	2	0	2	3%



Graf 2a - Fyzická náročnost práce – celkový počet

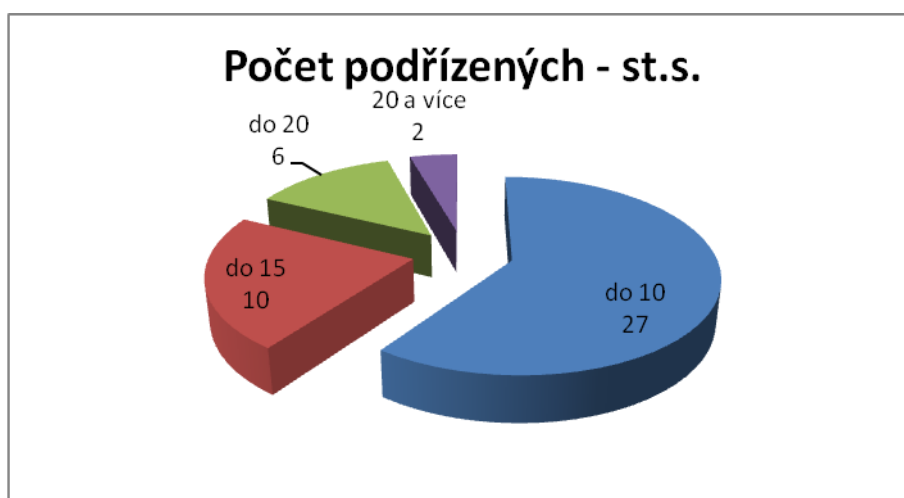


Graf 2b - Fyzická náročnost práce – vyjádření v %

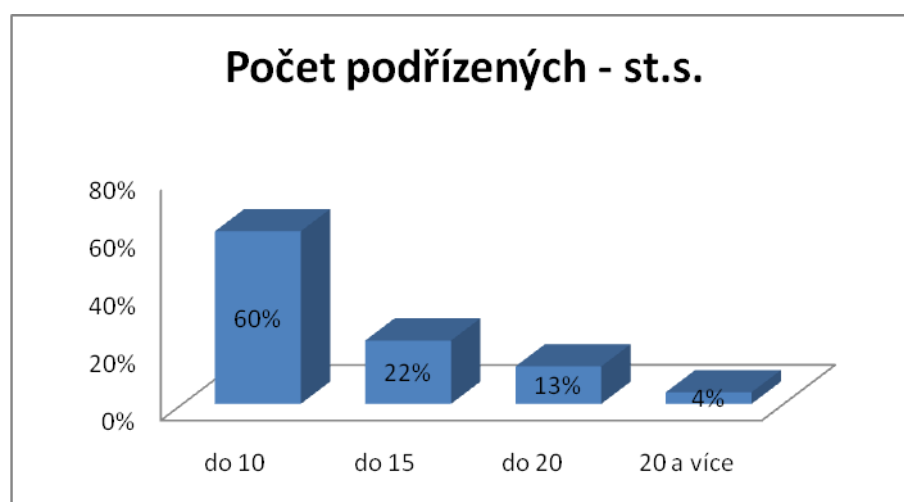
3. Napište celkový počet Vašich podřízených.

Tabulka 3a – Celkový počet podřízených – staniční sestry

Počet podřízených – st.s.	Celkový počet	Počet v %
Do 10	27	60%
Do 15	10	22%
Do 20	6	13%
20 a více	2	4%



Graf 3a – Počet podřízených – staniční sestry – celkový počet

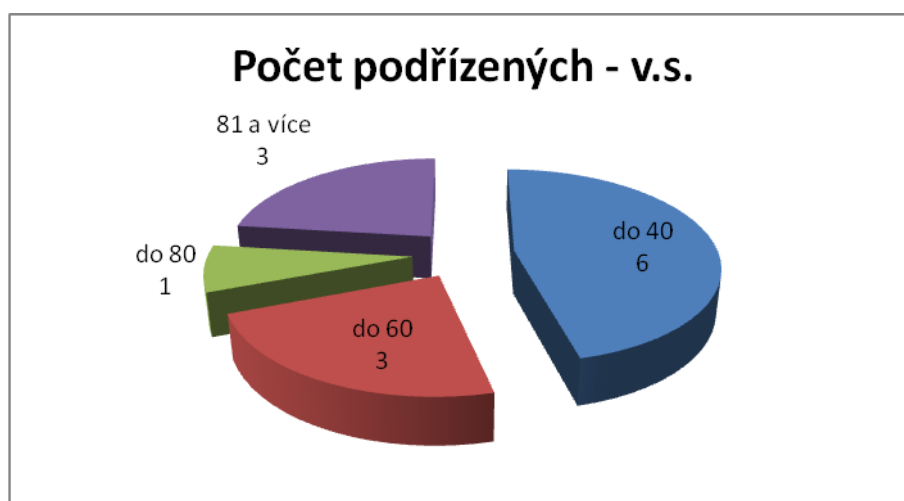


Graf 3b – Počet podřízených – staniční sestry – vyjádřeno v %

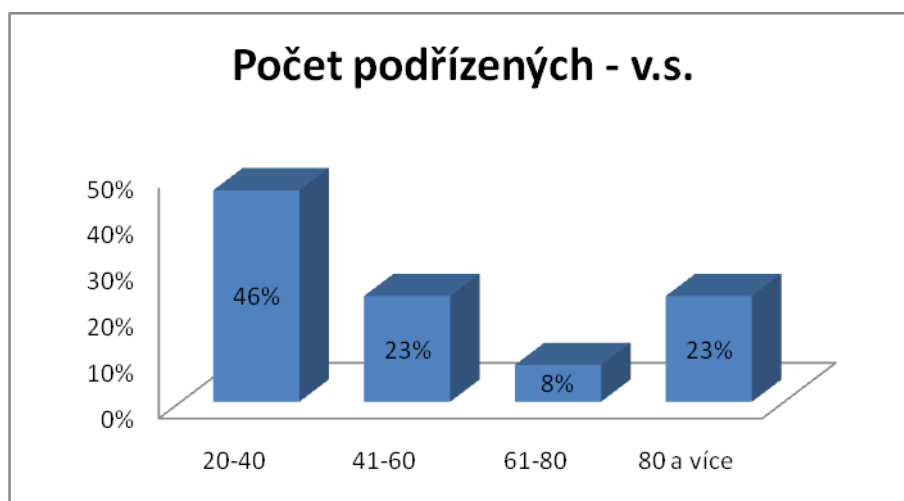
3. Napište celkový počet Vašich podřízených

Tabulka 3b – Celkový počet podřízených – vrchní sestry

Počet podřízených – v.s.	Celkový počet	Počet v %
20-40	6	46%
41-60	3	23%
61-80	1	8%
80 a více	3	23%



Graf 3c – Počet podřízených – vrchní sestry – celkový počet



Graf 3d – Počet podřízených – vrchní sestry – vyjádřeno v %

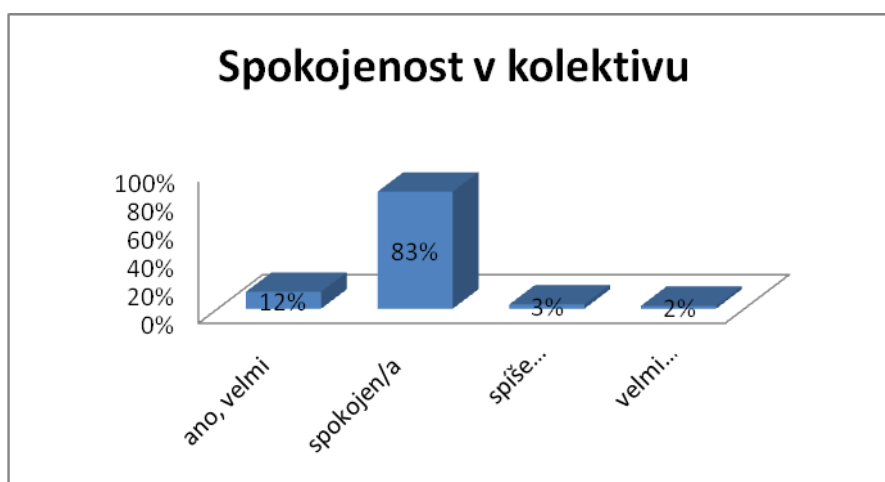
4. Jak se cítíte v současném pracovním kolektivu?

Tabulka 4 - Spokojenost v současném pracovním kolektivu

Spokojenost v současném kolektivu	Počet v.s.	Počet st.s.	Celkový počet	Celkový počet v % z počtu dotazovaných
ano, velmi	1	6	7	12%
spokojen/a	12	36	48	83%
spíše nespokojen/a	0	2	2	3%
velmi nespokojen/a	0	1	1	2%



Graf 4a - Spokojenost v současném pracovním kolektivu – celkový počet



Graf 4b - Spokojenost v současném pracovním kolektivu – vyjádřeno v %

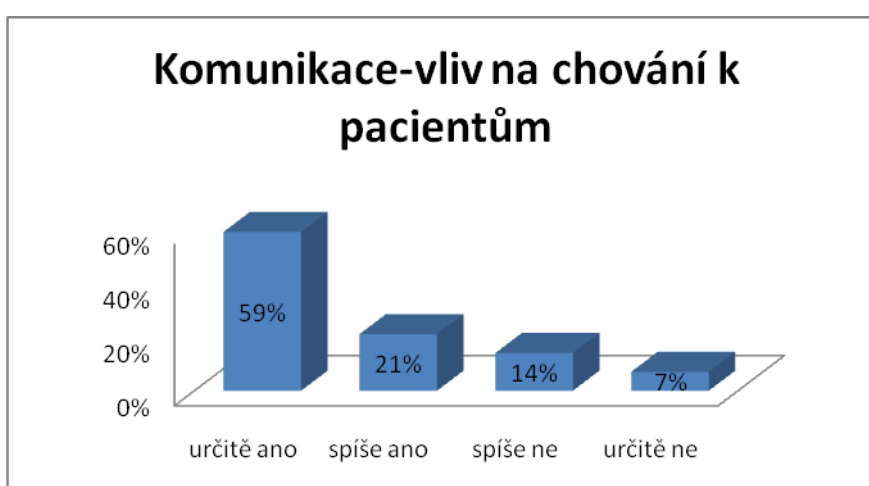
5. Myslíte si, že Váš způsob komunikace s podřízenými, ovlivňuje jejich chování k pacientům?

Tabulka 5 - Vliv komunikace s podřízenými na jejich chování k pacientům

Komunikace, vliv na chování k pacientům	Počet v.s.	Počet st.s.	Celkový počet	Celkový počet v % z počtu dotazovaných
určitě ano	10	24	34	59%
spíše ano	2	10	12	21%
spíše ne	1	7	8	14%
určitě ne	0	4	4	7%



Graf 5a - Vliv komunikace s podřízenými na jejich chování k pacientům – celkový počet



Graf 5b - Vliv komunikace s podřízenými na jejich chování k pacientům – vyjádřeno v %

6. Dosažené vzdělání v oblasti managementu.

Tabulka 6 - Dosažené vzdělání v oblasti managementu

Dosažené vzdělání	Počet v.s.	Počet st.s.	Celkový počet	Celkový počet v % z počtu dotazovaných
VŠ	4	1	5	8%
PSS	9	34	43	73%
Kurz	1	3	4	7%
neuedlo	0	7	7	12%



Graf 6a - Dosažené vzdělání v oblasti managementu – celkový počet



Graf 6b - Dosažené vzdělání v oblasti managementu – vyjádřeno v %

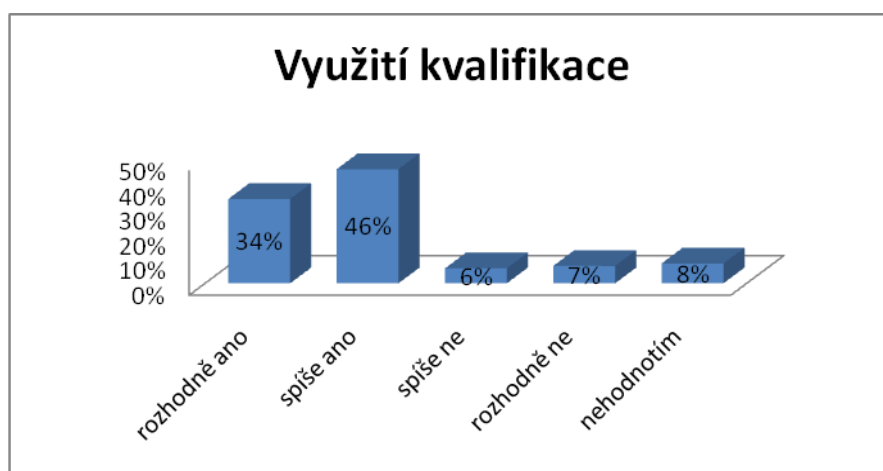
7. Je Vaše kvalifikace účelně využita?

Tabulka 7 – Využití kvalifikace

Využití kvalifikace	Počet v.s.	Počet st.s.	Celkový počet	Celkový počet v % z počtu dotazovaných
rozhodně ano	4	16	20	34%
spíše ano	8	19	27	46%
spíše ne	0	3	3	6%
rozhodně ne	1	2	4	7%
nehodnotím	0	5	5	8%



Graf 7a – Využití kvalifikace – celkový počet.



Graf 7b – Využití kvalifikace – vyjádřeno v %

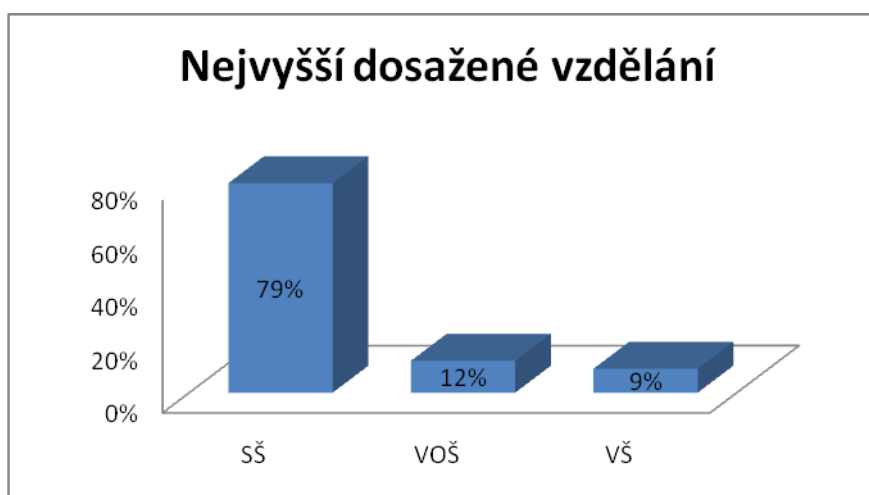
8. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka 8 – Dosažené vzdělání

Dosažené vzdělání	Počet v.s.	Počet st.s.	Celkový počet	Celkový počet v % z počtu dotazovaných
SŠ	7	39	46	79%
VOŠ	2	5	7	12%
VŠ	4	1	5	9%



Graf 8a – Dosažené vzdělání – celkový počet

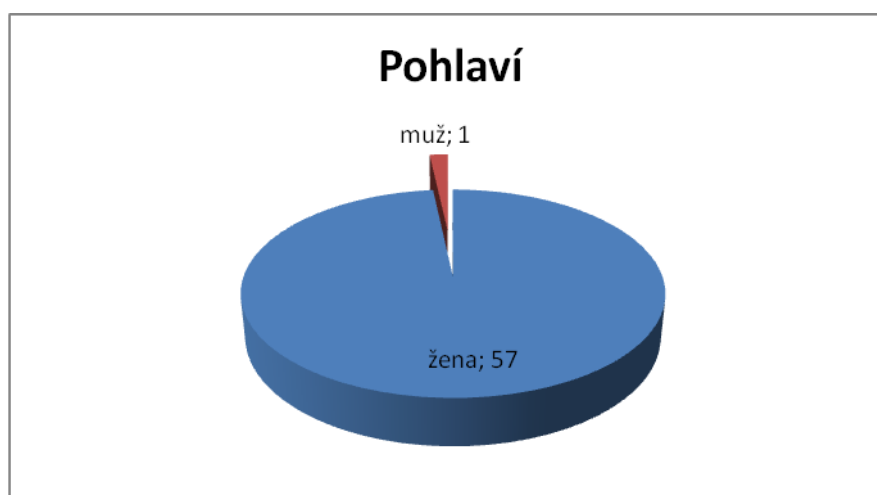


Graf 8b – Dosažené vzdělání – vyjádřeno v %

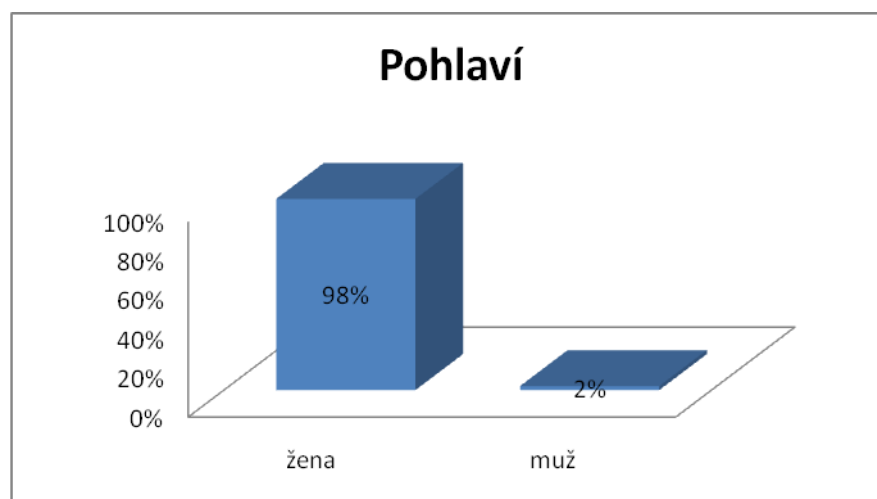
9. Pohlaví respondentů.

Tabulka 9 – Pohlaví respondentů

Pohlaví	Počet v.s.	Počet st.s.	Celkový počet	Celkový počet v % z počtu dotazovaných
žena	12	44	57	98%
muž	1	0	1	2%



Graf 9a – Pohlaví respondentů – celkový počet



Graf 9b – Pohlaví respondentů – vyjádřeno v %

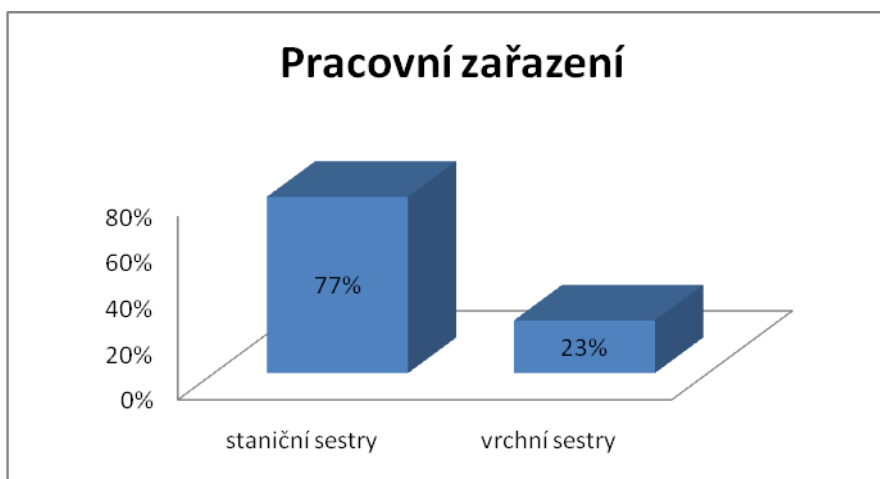
10. Pracovní zařazení a počet let ve funkci.

Tabulka 10a - Pracovní zařazení

Pracovní zařazení	Celkový počet	Celkový počet v % z počtu dotazovaných
staniční sestry	45	77%
vrchní sestry	13	23%



Graf 10a – Pracovní zařazení – celkový počet



Graf 10b – Pracovní zařazení – vyjádřeno v %

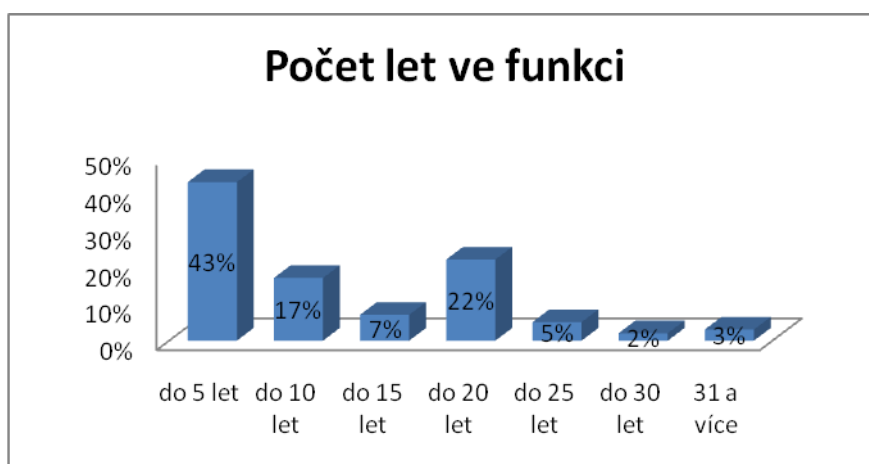
10b. Počet let ve funkci.

Tabulka 10b - Počet let ve funkci

Počet let ve funkci	Počet v.s.	Počet st.s.	Celkový počet	Celkový počet v % z počtu dotazovaných
Do 5let	6	19	25	43%
Do 10 let	0	10	10	17%
Do 15 let	1	3	4	7%
Do 20 let	2	11	13	22%
Do 25 let	3	0	3	5%
Do 30 let	0	1	1	2%
31 a více	1	1	2	3%



Graf 10c - Počet let ve funkci – celkový počet

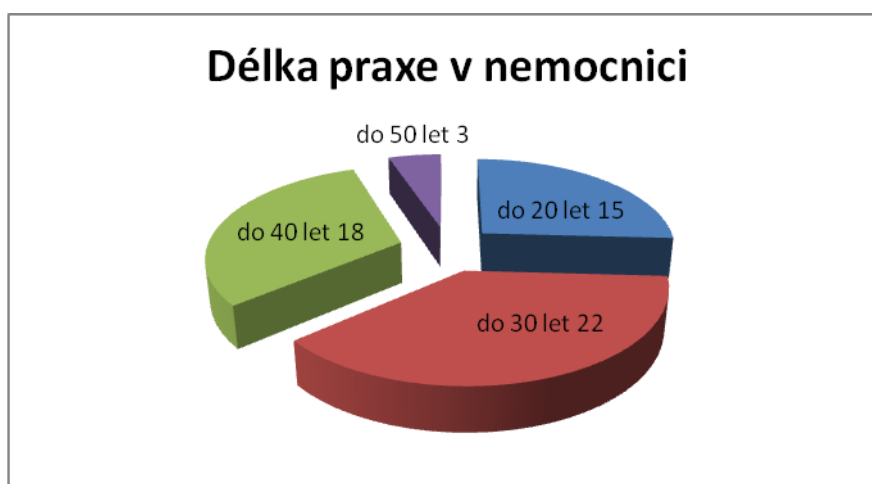


Graf 10d - Počet let ve funkci – vyjádřeno v %

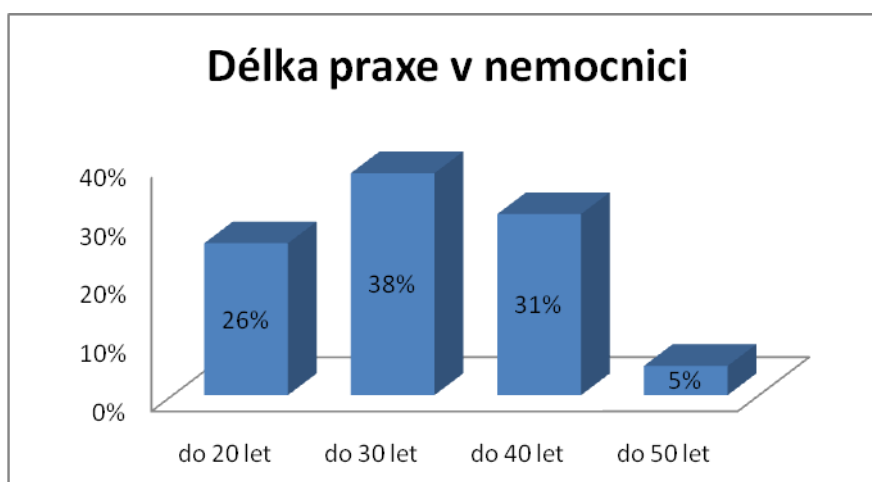
11. Délka praxe v nemocnici (počet roků).

Tabulka 11 – Délka praxe v nemocnici

Délka praxe v nemocnici	Počet v.s.	Počet st.s.	Celkový počet	Celkový počet v % z počtu dotazovaných
Do 20 let	1	14	15	26%
Do 30 let	4	18	22	38%
Do 40 let	6	12	18	31%
Do 50 let	2	1	3	5%



Graf 11a - Délka praxe v nemocnici – celkový počet

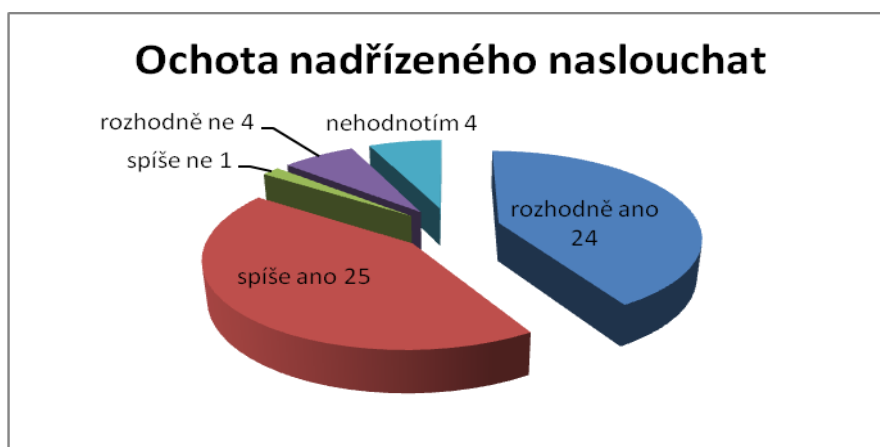


Graf 11b - Délka praxe v nemocnici – vyjádřeno v %

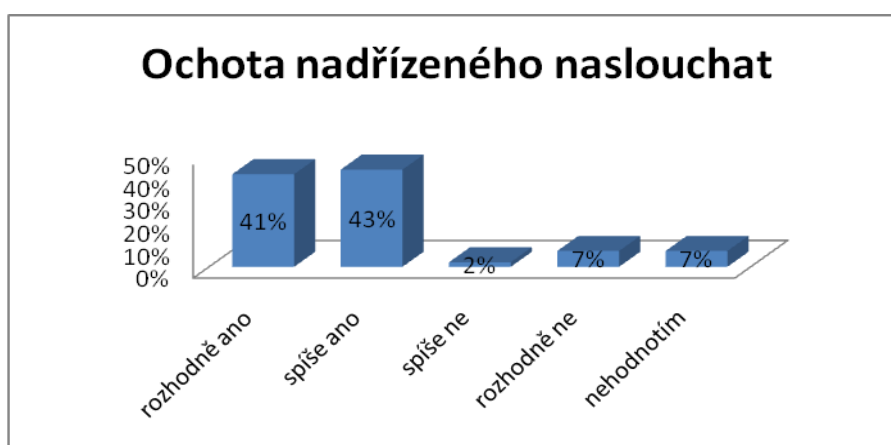
12. Je Váš nadřízený ochoten naslouchat Vaším mimopracovním problémům?

Tabulka 12 – Ochota nadřízeného naslouchat

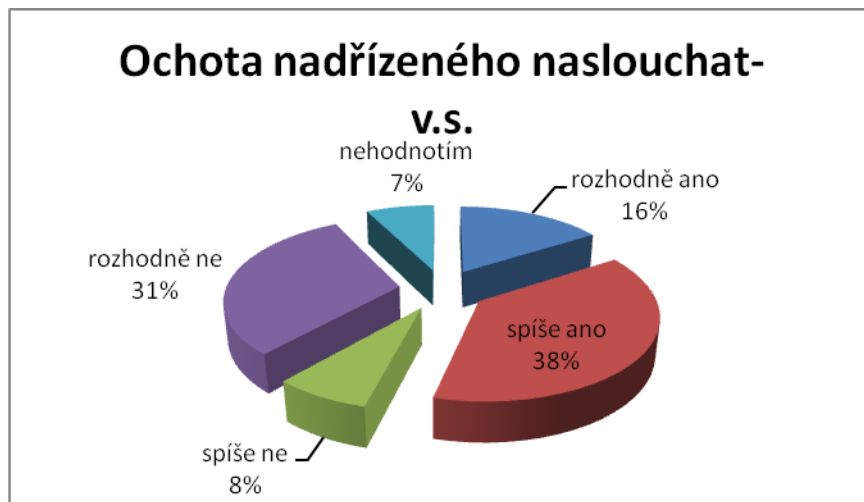
Ochota nadřízeného naslouchat	Počet v.s./počet v procentech	Počet st.s./počet v procentech	Celkový počet	Celkový počet v % z počtu dotazovaných
rozhodně ano	2 = 16%	22 = 49%	24	41%
spíše ano	5 = 38%	20 = 44%	25	43%
spíše ne	1 = 8%	0	1	2%
rozhodně ne	4 = 31%	0	4	7%
nehodnotím	1 = 7%	3 = 7%	4	7%



Graf 12a – Ochota nadřízeného naslouchat – celkový počet



Graf 12b – Ochota nadřízeného naslouchat – vyjádřeno v %



Graf 12c - Ochota nadřízeného naslouchat – **vrchní sestry** – vyjádřeno v %

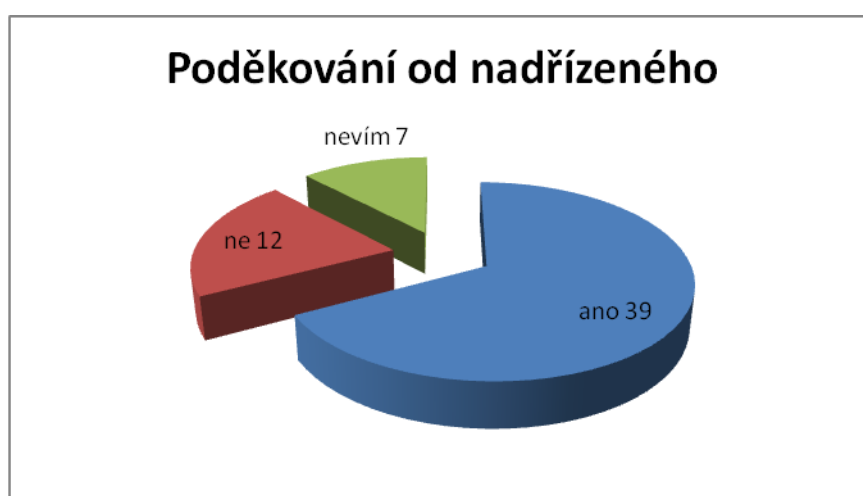


Graf 12d - Ochota nadřízeného naslouchat – **staniční sestry** – vyjádřeno v %

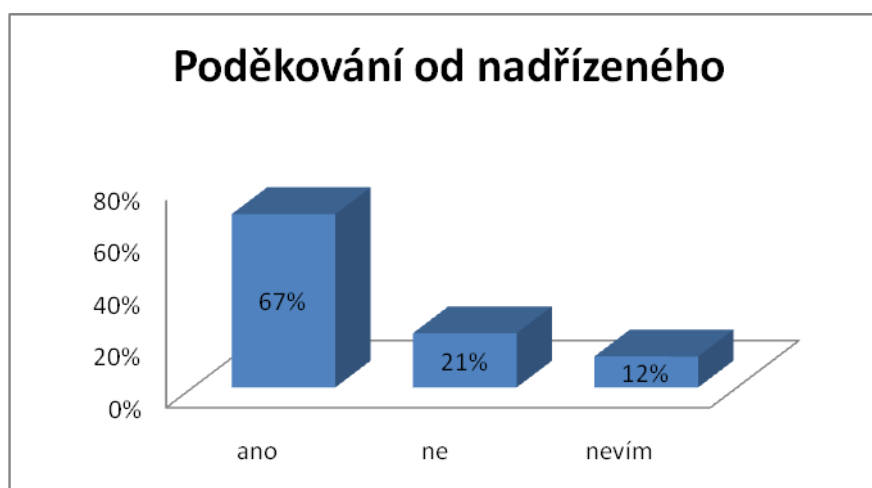
13. Poděkoval Vám Váš nadřízený za Vaše dílčí pracovní úspěchy v posledních 3 měsících?

Tabulka 13 – Poděkování od nadřízeného

Poděkování od nadřízeného	Počet v.s.	Počet st.s.	Celkový počet	Celkový počet v % z počtu dotazovaných
ano	9	30	39	67%
ne	4	8	12	21%
nevím	0	7	7	12%



Graf 13a - Poděkování od nadřízeného – celkový počet

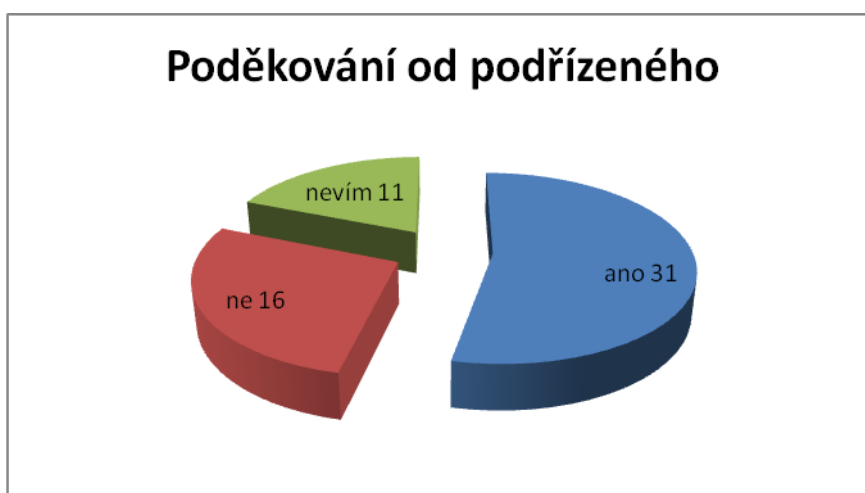


Graf 13b - Poděkování od nadřízeného – vyjádřeno v %

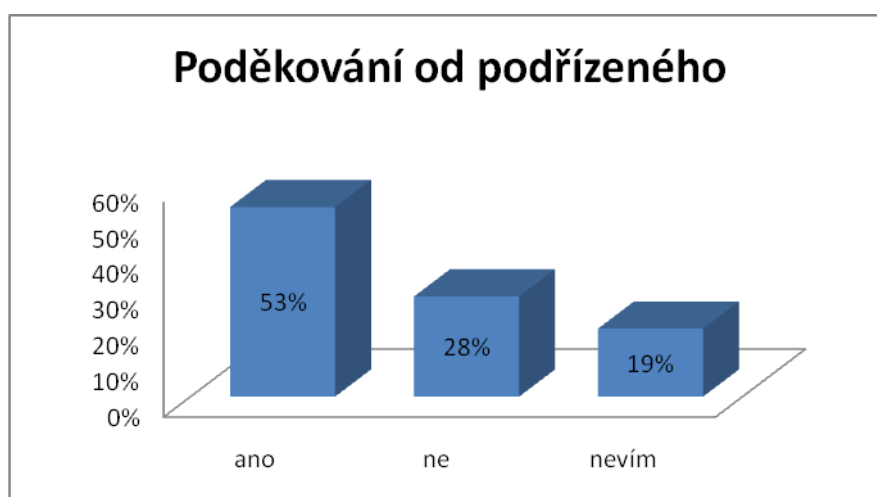
14. Poděkoval Vám Váš podřízený za Vaše dílčí pracovní úspěchy v posledních 3 měsících?

Tabulka 14 – Poděkování od podřízeného

Poděkování od podřízeného	Počet v.s.	Počet st.s.	Celkový počet	Celkový počet v % z počtu dotazovaných
ano	9	22	31	53%
ne	3	13	16	28%
nevím	1	10	11	19%



Graf 14a - Poděkování od podřízeného – celkový počet



Graf 14b - Poděkování od podřízeného – vyjádřeno v %

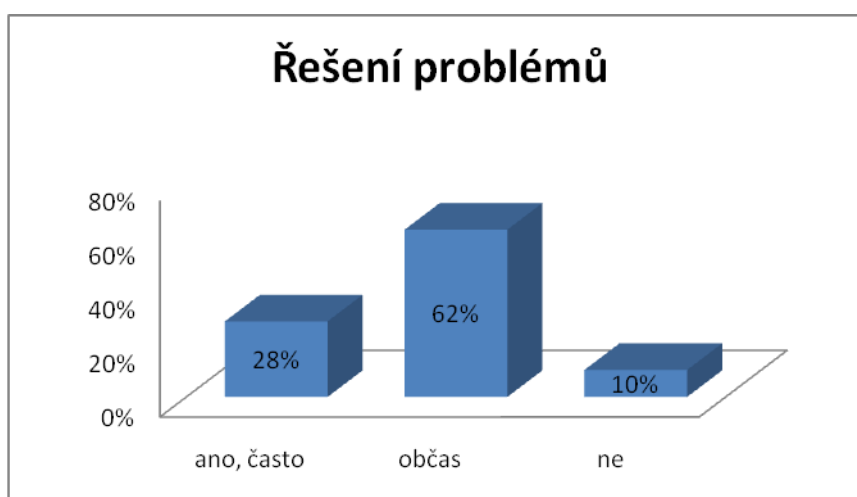
15. Řešíte problémy svých podřízených i v době pracovního volna?

Tabulka 15 – Řešení problémů svých podřízených v době pracovního volna

Řešení problémů podřízených v době volna	Počet v.s.	Počet st.s.	Celkový počet	Celkový počet v % z počtu dotazovaných
ano, často	4	12	16	28%
občas	7	29	36	62%
ne	2	4	6	10%



Graf 15a - Řešení problémů svých podřízených v době pracovního volna – celkový počet

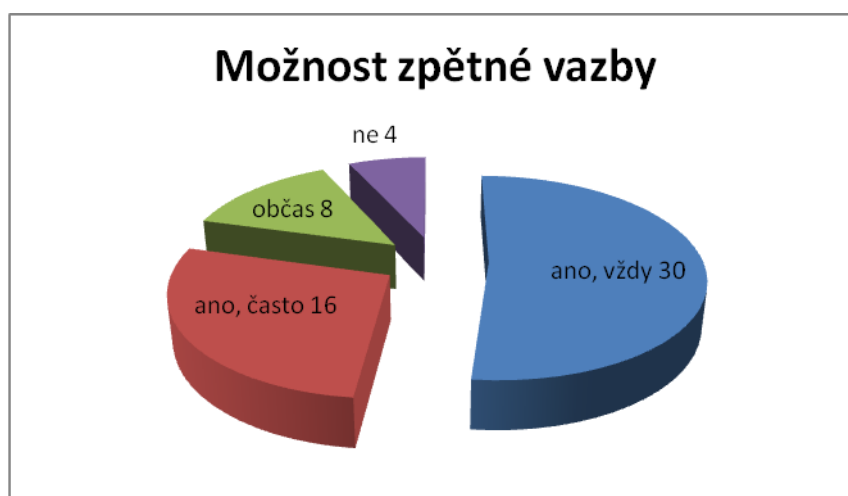


Graf 15b - Řešení problémů svých podřízených v době pracovního volna – vyjádřeno v %

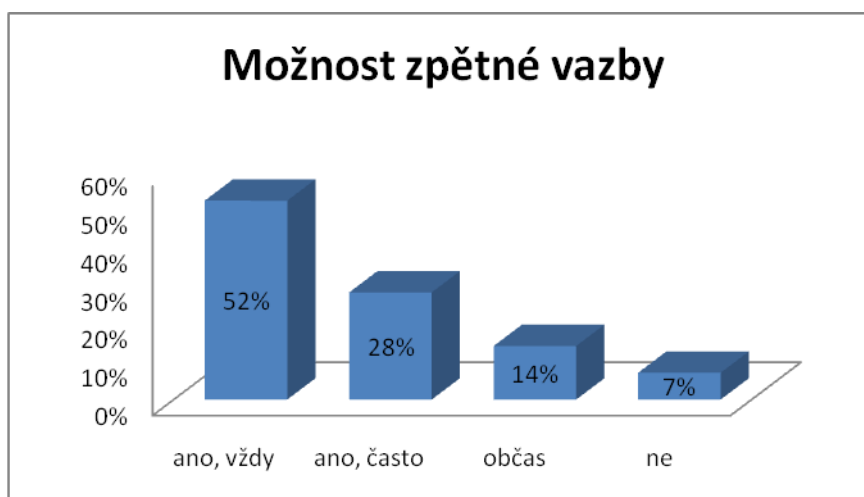
16a. Dáváte svým spolupracovníkům možnost zpětné vazby?

Tabulka 16 – Možnost zpětné vazby

Zpětná vazba	Počet v.s.	Počet st.s.	Celkový počet	Celkový počet v % z počtu dotazovaných
ano, vždy	10	17	30	52%
ano, často	3	10	16	28%
občas	0	6	8	14%
ne	0	2	4	7%

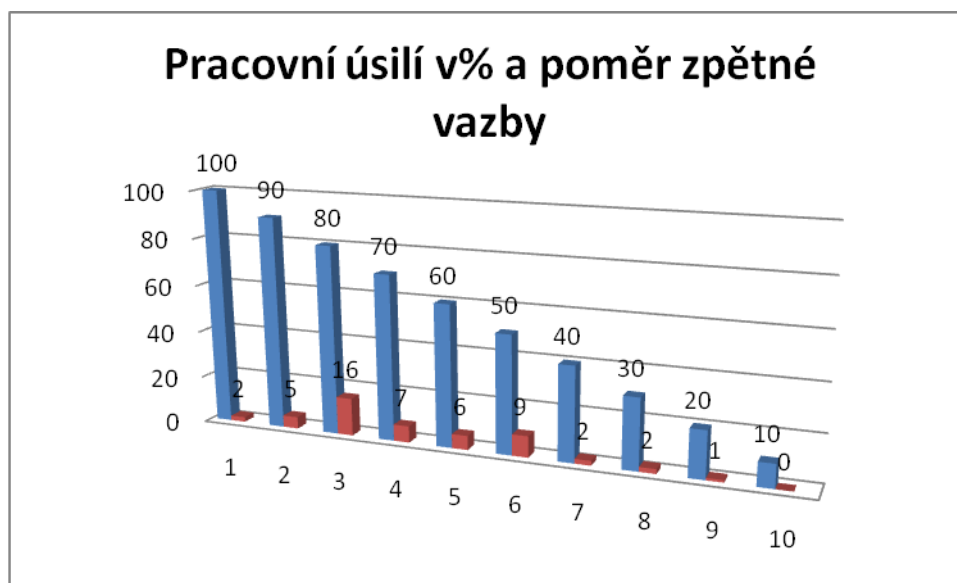


Graf 16a - Možnost zpětné vazby – celkový počet



Graf 16b - Možnost zpětné vazby – vyjádřeno v %

16b - Uved'te v procentech (100% je maximum).

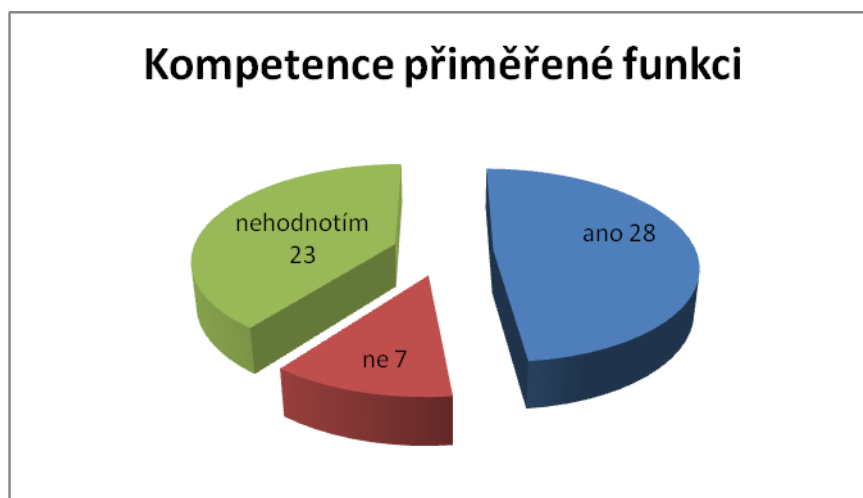


Graf 16c - Pracovní úsilí v procentech / poměr zpětné vazby

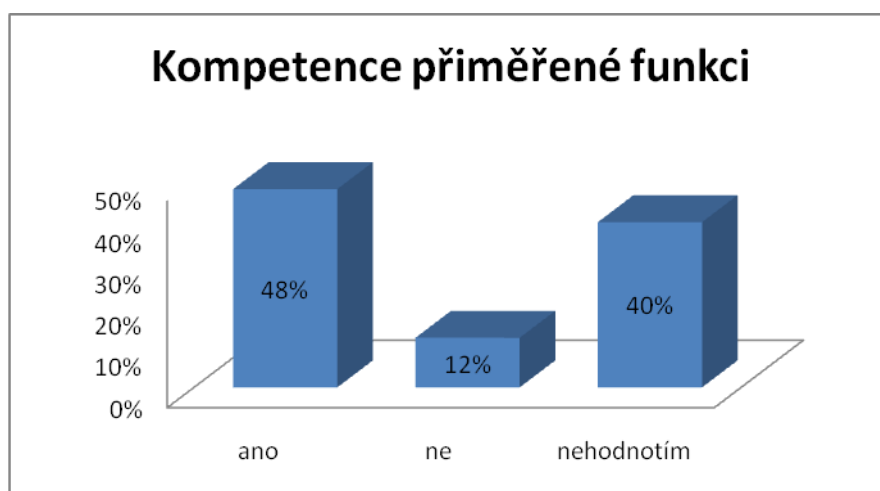
17. Jsou Vaše kompetence přiměřené Vaší funkci?

Tabulka 17 - Kompetence přiměřené funkci

Kompetence přiměřené funkci	Počet v.s.	Počet st.s.	Celkový počet	Celkový počet v % z počtu dotazovaných
ano	5	23	28	48%
ne	4	3	7	12%
nehodnotím	4	19	23	40%



Graf 17a - Kompetence přiměřené funkci – celkový počet

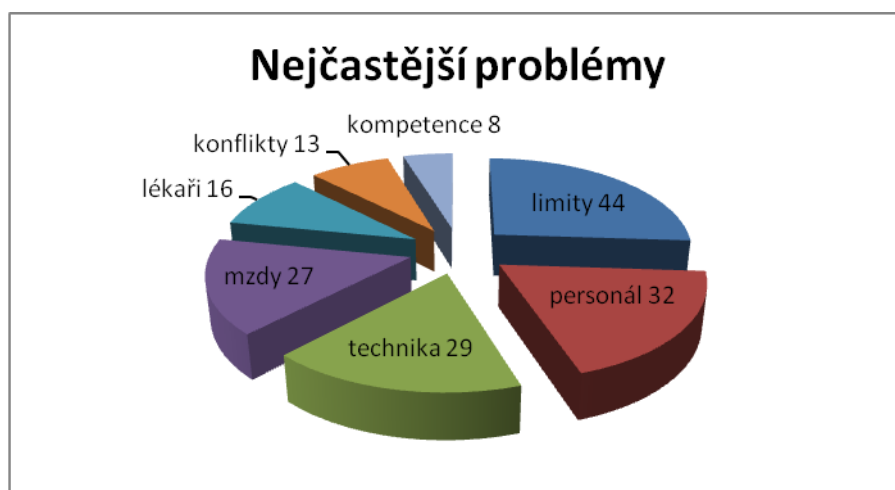


Graf 17b - Kompetence přiměřené funkci – vyjádřeno v %

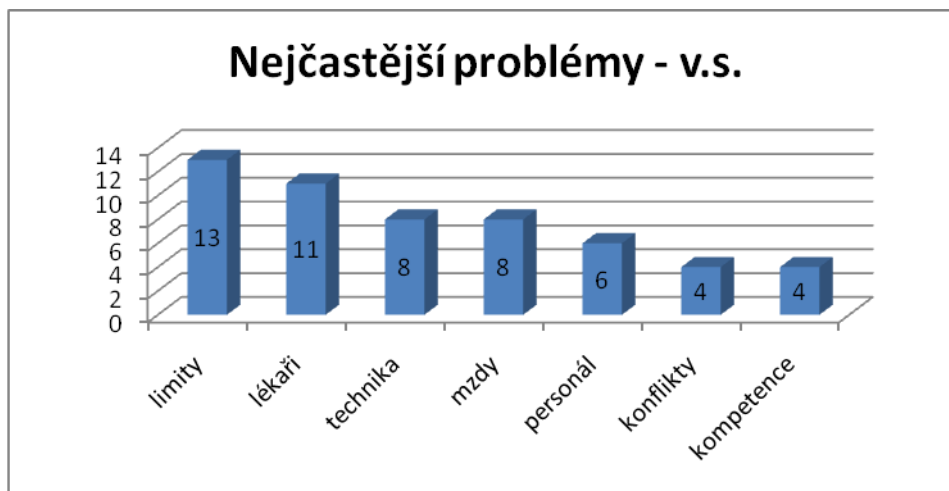
18. Nejčastější problém, se kterým se setkáváte je:

Tabulka 18 - Nejčastější problémy na pracovišti

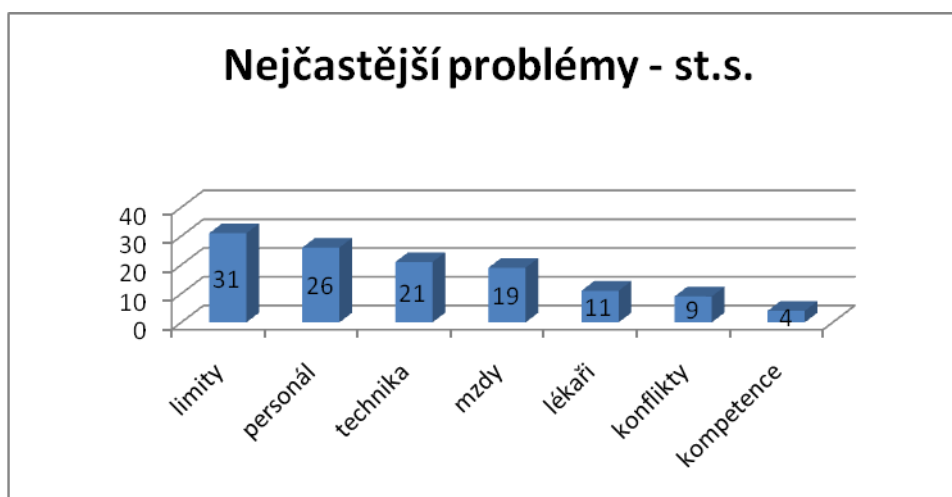
nejčastější problémy na pracovišti	Počet v.s.	Počet st.s.	Celkem uvedlo sester
neadekvátní rozdělení kompetencí	4	4	8
nedostatek personálu	6	26	32
finanční limity	13	31	44
konflikty mezi personálem	4	9	13
technické problémy	8	21	29
mzdové ohodnocení	8	19	27
spolupráce s lékaři	5	11	16



Graf 18a – Nejčastější problémy na pracovišti



Graf 18b – Nejčastější problémy na pracovišti – z pohledu **vrchních sester**



Graf 18c – Nejčastější problémy na pracovišti – z pohledu **staničních sester**

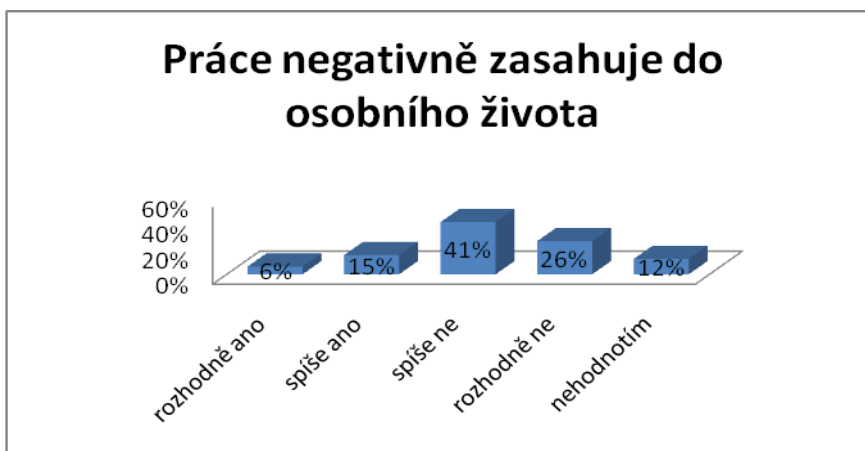
19. Máte pocit, že Vaše práce negativně zasahuje do Vašeho osobního života?

Tabulka 19 – Práce negativně zasahuje do osobního života

Zasahuje negativně práce do osobního života	Počet v.s.	Počet st.s.	Celkový počet	Celkový počet v % z počtu dotazovaných
rozhodně ano	1	2	3	6%
spíše ano	2	7	9	15%
spíše ne	6	18	24	41%
rozhodně ne	3	12	15	26%
nehodnotím	1	6	7	12%



Graf 19a - Práce negativně zasahuje do osobního života – celkový počet

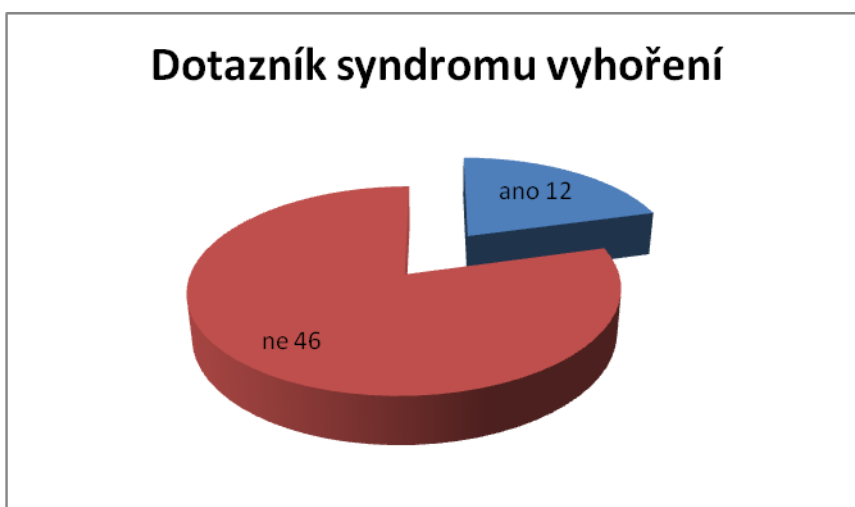


Graf 19b - Práce negativně zasahuje do osobního života – vyjádřeno v %

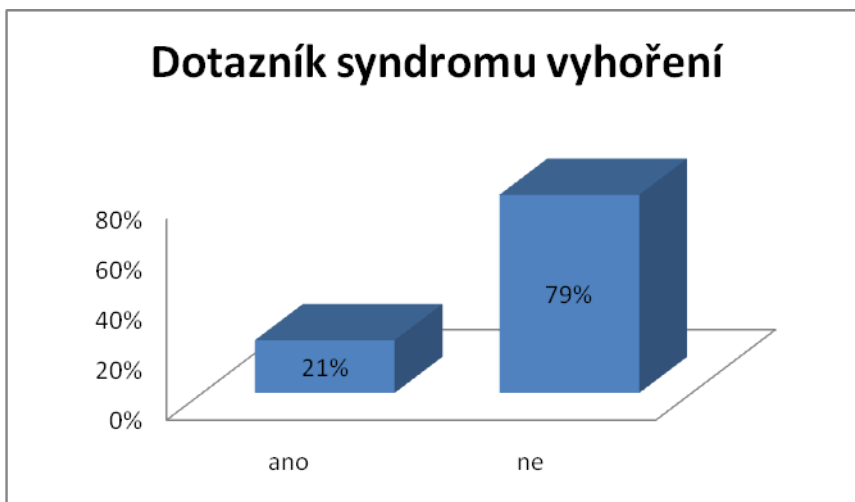
20. Napadlo Vás vyplnit si dotazník možného syndromu vyhoření?

Tabulka 20 – Vyplněný dotazník syndromu vyhoření

Dotazník syndrom vyhoření	Počet v.s.	Počet st.s.	Celkový počet	Celkový počet v % z počtu dotazovaných
ano	5	7	12	21%
ne	8	38	46	79%



Graf 20a – Vyplněný dotazník syndromu vyhoření – celkový počet



Graf 20b – Vyplněný dotazník syndromu vyhoření – vyjádřeno v %

21. Co Vás nejvíce motivuje na Vaší práci?

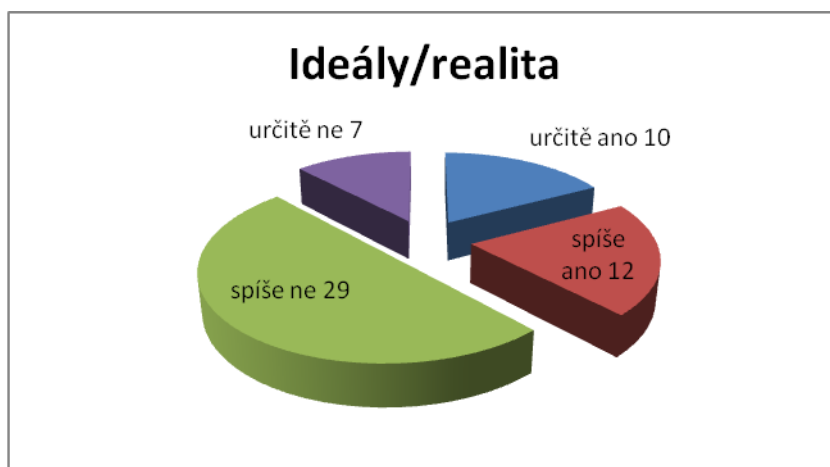


Graf 21 - Nejčastější motivační faktory

22. Uveďte, zda se liší Vaše ideály před nástupem do funkce se skutečnou realitou?

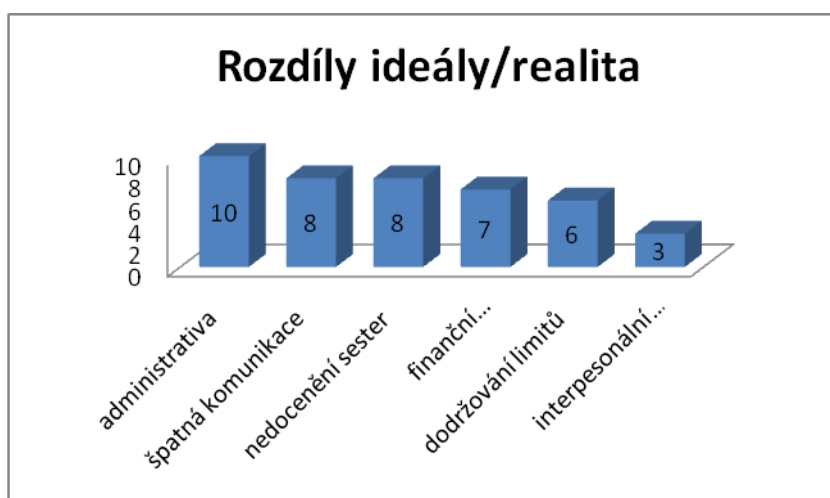
Tabulka 22 – Rozdíly mezi ideály před nástupem do funkce a realitou

Ideály/realita	Počet v.s.	Počet st.s.	Celkový počet	Celkový počet v % z počtu dotazovaných
určitě ano	2	8	10	17%
spíše ano	2	10	12	21%
spíše ne	7	22	29	50%
určitě ne	2	5	7	12%



Graf 22a – Rozdíly mezi ideály před nástupem do funkce a realitou – celkový počet

Pokud ano, v které oblasti vidíte největší rozdíl.



Graf 22b – Rozdíly, ve kterých se liší realita od ideálů

10.1 Interpretace výsledků

Při provádění průzkumu jsem použila empirické dotazníkové metody, neboť umožňují získání velkého počtu dat během krátkého časového období. Dotazník obsahoval 22 otevřených i uzavřených otázek, na které respondenti odpovídali.

Souboru respondentů pracujících ve FN Na Bulovce v oblasti nižšího, nebo středního managementu bylo rozdáno 70 dotazníků, který byl anonymní. Z rozdaných dotazníků se vrátilo celkem 62. Z důvodu neúplného vyplnění bylo možné zpracovat pouze 58 dotazníků.

10.2 Interpretace otázek

Otázka číslo 1: **Považujete Vaše povolání za psychicky náročnou práci?**

Tímto dotazem jsem chtěla zjistit podle názorů jednotlivých respondentů, jak hodnotí psychickou náročnost svého povolání. Jako možnost bylo dáno pět typů odpovědí - rozhodně ano, spíše ano, spíše ne, rozhodně ne, nehodnotím. Z možných odpovědí byly využity pouze dvě kladné.

Z celkového počtu 58 dotazovaných zvolilo rozhodně ano 47, což je 81%. Odpověď spíše ano zvolilo 11, což je 19% respondentů.

Odpovědi spíše ne, rozhodně ne, nehodnotím, nevolil žádný z respondentů.

Otázka číslo 2: **Je podle Vašeho názoru Vaše práce fyzicky náročná?**

Tímto dotazem jsem chtěla zjistit podle názorů jednotlivých respondentů, jak hodnotí fyzickou náročnost svého povolání. Jako možnost bylo dáno pět typů odpovědí – rozhodně ano, spíše ano, spíše ne, rozhodně ne, nehodnotím.

Z celkového počtu 58 dotazovaných zvolilo rozhodně ano 27, což je 47% a odpověď spíše ano 20, což je 34% respondentů. Odpověď spíše ne označilo 6 respondentů (10%) a rozhodně ne 3 respondenti, což je 5% z celkového počtu dotazovaných. Odpověď nehodnotím, byla zvolena pouze dvěma respondenty a z celkového počtu jsou to 3%.

Otázka číslo 3: **Napište celkový počet Vašich podřízených.**

Otázkou, která zjišťuje počet podřízených, jsem rozdělila na dvě části. Zvláště jsem počítala počet podřízených u respondentů z řad staničních sester a do druhé skupiny jsem zařadila respondenty z řad vrchních sester.

V první skupině (staniční sestry) uvedlo počet do 10 podřízených 27 respondentů, což je 60%. Do 15 podřízených 10 respondentů (22%) a do 20 podřízených 6 dotazovaných (13%). Nejméně byla zastoupena skupina s 20 a více podřízenými – 2 respondenti (4%). Celkem respondenti uvedli 489 podřízených. Průměr je tedy 11 podřízených. Nejpočetnější skupina měla 22 podřízených a nejmenší skupina 5 podřízených.

Ve druhé skupině (vrchní sestry) uvedlo počet 20-40 podřízených 6 respondentů (46%). 41-60 podřízených vedou 3 respondenti (23%). 61-80 podřízených udal 1 z dotazovaných (8%). 81 a více podřízených uvedli celkem 3 respondenti (23%). Celkem respondenti druhé skupiny uvedli 692 podřízených. Průměr je tedy 53 podřízených. Nejpočetnější skupina je 135 podřízených a nejmenší skupinu tvoří 20 podřízených.

Otázka číslo 4: **Jak se cítíte v současném pracovním kolektivu?**

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, jaká je úroveň spokojenosti a celkový pocit respondentů z pracovního kolektivu. Možnosti odpovědi jsem rozdělila do čtyř kategorií. Velmi spokojen/a, spokojen/a, spíše nespokojen/a a velmi nespokojen/a.

Z celkového počtu 58 respondentů je velice spokojeno v pracovním kolektivu 7 (12%) respondentů. Spokojenost vyjádřilo 48 (83%) respondentů. Odpověď spíše nespokojeno zvolilo pouze 2 (3%) respondentů a odpověď velmi nespokojen zvolil pouze 1 respondent, což jsou 2%.

Celkově dominantně převažovaly odpovědi s kladným charakterem 95%. Záporné typy odpovědí byly zastoupeny pouze 5%.

Otázka číslo 5: **Myslíte si, že Váš způsob komunikace s podřízenými, ovlivňuje jejich chování k pacientům?**

Touto otázkou jsem zjišťovala, na kolik jsou si sestry ve vedoucí funkci vědomy, že jejich komunikace s podřízenými ovlivňuje chování těchto sester k pacientům. Možnosti odpovědi jsem rozdělila do čtyř kategorií. Určitě ano, spíše ano, spíše ne, a určitě ne.

Z celkového počtu 58 dotazovaných je největší počet 34 (59%), který zvolil kladnou odpověď určitě ano. Odpověď spíše ano, volilo celkem 12 dotazovaných, což je 21% z celkového počtu. Záporně odpovědělo spíše ne 8 dotazovaných, což je 14% celkového počtu respondentů. Odpověď určitě ne zvolili 4, což je 7% z celkového počtu dotazovaných.

Otázka číslo 6: **Dosažené vzdělání v oblasti managementu.**

Tímto dotazem jsem chtěla zjistit nejvyšší dosažené vzdělání v oblasti managementu u respondentů, které jsem rozdělila do čtyř kategorií dle nejvyššího dosaženého vzdělání – vysokoškolské vzdělání, pomaturitní specializační vzdělání, kurz a kategorie bez uvedení vzdělání.

Z celkového počtu 58 dotazovaných je nejvíce respondentů 43 (73%) v kategorii pomaturitního specializačního vzdělání. Respondentů s vysokoškolským vzděláním v oblasti managementu je 5 (8%), počet těch, kteří absolvovali kurz 4 (7%). Poslední kategorie 7 (12%) z celkového počtu respondentů, byli ti, kteří neuvedli vzdělání v oblasti managementu.

Otázka číslo 7: **Je Vaše kvalifikace účelně využita?**

V této otázce jsem chtěla zjistit, co si respondenti myslí o využití jejich kvalifikace. Zvolila jsem pět možných odpovědí. Rozhodně ano, spíše ano, spíše ne, rozhodně ne a nehodnotím.

Rozhodně ano volilo 20 respondentů, což je 34% z celkového počtu. Spíše ano uvedlo ve svých odpovědích nejvíce – 27 (46%) dotazovaných. Negativní odpověď rozhodně ne odpověděli 4 (7%), spíše ne 3 (6%) respondenti. Nehodnotilo 5 dotazovaných, což je 8% z celkového počtu respondentů.

Otázka číslo 8: **Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

Tímto dotazem jsem chtěla zjistit nejvyšší dosažené vzdělání u respondentů. Respondenty jsem rozdělila do tří kategorií dle dosaženého vzdělání – úplné středoškolské vzdělání, vyšší odborné vzdělání a vysokoškolské vzdělání.

Z celkového počtu 58 respondentů jich bylo nejvíce 46 (79%) v kategorii úplného středoškolského vzdělání. Vyšší odborné vzdělání uvedlo 7 respondentů, 12%. Dále následovala kategorie 5 respondentů s vysokoškolským vzděláním, což je 9%.

Údaji jsem zjistila nutnost dalšího vzdělávání sester pracujících v různých stupních managementu.

Otázka číslo 9: **Pohlaví respondentů.**

Na otázky v dotazníku odpovědělo 57 žen (12 vrchních sester a 44 staničních sester). Jeden muž, který dotazník vyplnil, patří do kategorie středního managementu, vrchní laborant.

Otázka číslo 10a: **Pracovní zařazení.**

Touto otázkou jsem zjišťovala, jaké je složení respondentů vzhledem k pracovnímu zařazení. Z celkového počtu 58 respondentů jich 45 (77%) označilo odpověď staniční sestra a 13 (23%) označilo odpověď vrchní sestra.

Otázka číslo 10b: **Počet let ve funkci.**

Otázkou, která se týkala počtu let ve funkci, jsem chtěla zjistit, jak dlouho již respondenti pracují v nižším, nebo středním managementu. Pomocí uvedeného počtu let jsem vypočítala, že 25 respondentů vykonává funkci v době kratší, než 5 let. Do 10 let patří 10 respondentů a do 15 let 4 respondenti. 13 dotazovaných uvedlo dobu do 20 let a do 25 let pracují ve funkci 3 respondenti. Do 30 let dle dotazníkového šetření pracuje ve funkci pouze 1 respondent, ale nad 30 let zastávají funkci 3 z celkového počtu respondentů.

Z uvedených dat lze i spočítat, že průměrná doba staničních sester ve funkci je 10 let a vrchních sester 14 let. Celkový průměr u všech 58 respondentů je 11 let ve funkci.

Nejdéle ve funkci je vrchní sestra s délkou praxe v nemocnici 50 let, kdy doba jejího funkčního zařazení je 40 let.

Otázka číslo 11: **Délka praxe v nemocnici (počet roků).**

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, jak dlouho pracují respondenti v nemocnici. Zajímalo mě, jak dlouhá je jejich praxe v oblasti, kde působí v nižším, nebo středním managementu.

Z dotazníkového šetření jsem zjistila, že průměr délky praxe u staničních sester je 25 let a u vrchních sester je průměrná délka praxe 31,5 roku. Celkový průměr všech respondentů je 26,5 roku praxe v nemocnici.

Nejvíce respondentů uvedlo, že délka jejich praxe je do 30 let (22), následovala skupina do 40 let (18). Do 20 let pracuje v nemocnici 15 respondentů. Nejmenší zastoupení měla skupina do 50 let – 3 respondenti.

Otázka číslo 12: **Je Váš nadřízený ochoten naslouchat Vaším mimopracovním problémům?**

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, s jakou ochotou se dotazovaní setkávají při řešení svých mimopracovních problémů s přímým nadřízeným. Respondenti si mohli vybrat z pěti možných odpovědí – rozhodně ano, spíše ano, spíše ne, rozhodně ne a nehodnotím.

Celkový počet respondentů uvádí, že mimopracovním problémům je rozhodně ochotno naslouchat 24 jejich nadřízených, což je 41%. Spíše ochotno je naslouchat 25 nadřízených, což je 43%.

Negativní odpovědi uvádí spíše ne 1 respondent, což je 2% z celkového počtu. Nadřízený rozhodně není ochoten naslouchat u 4 respondentů, což je 7% z celkového počtu. Negativní odpovědi uvádí pouze vrchní sestry. Staniční sestry odpověď spíše ne a rozhodně ne vůbec neuvádějí. Odpověď nehodnotím, zvolili 4 respondenti (7%).

Z tabulky tedy vyplývá, že mimopracovním problémům je více ochoten naslouchat nadřízený staničních sester – vrchní sestra.

Otázka číslo 13: Poděkoval Vám Váš nadřízený za Vaše dílčí pracovní úspěchy v posledních 3 měsících?

Touto otázkou jsem zjišťovala, kolik respondentů bylo pochváleno od nadřízeného za poslední 3 měsíce. Možnosti odpovědí jsem rozdělila do tří skupin - ano, ne, nevím.

Z celkového počtu 58 dotazovaných 39 (67%) volilo odpověď ano a 12 (21%) respondentů odpověď ne. Odpověď nevím volilo 7 z celkového počtu dotazovaných, což je 12%.

Z dotazníkového šetření vyplývá, že většina – 67% respondentů byla za poslední tři měsíce pochválena od svého nadřízeného.

Otázka číslo 14: Poděkoval Vám Váš podřízený za Vaše dílčí pracovní úspěchy v posledních 3 měsících?

Touto otázkou jsem zjišťovala, kolik respondentů bylo pochváleno od podřízeného za poslední 3 měsíce. Možnosti odpovědí jsem rozdělila do tří skupin. Respondenti si mohli zvolit odpověď ano, ne, nevím.

Z celkového počtu 58 dotazovaných 31 volilo odpověď ano - 53% a 16 respondentů odpověď ne – 28%. Odpověď nevím volilo 11 z celkového počtu dotazovaných, což je 19%.

Z dotazníkového šetření vyplývá, že většina – 53% respondentů byla za poslední tři měsíce pochválena od svého podřízeného.

Otázka číslo 15: Řešíte problémy svých podřízených i v době pracovního volna?

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, kolik respondentů řeší v době svého pracovního volna problémy svých podřízených. Odpovědi jsem rozdělila do tří kategorií. Ano často, občas a ne.

Zjistila jsem, že celkem 90% respondentů řeší tyto problémy podřízených a to jak uváděli v 28% často - uvedlo 16 dotazovaných a v 62% občas – uvedlo 36 dotazovaných. Vůbec neřeší problémy podřízených v době svého pracovního volna 6 respondentů, což je 10% všech dotázaných.

Otázka číslo 16a: Dáváte svým spolupracovníkům možnost zpětné vazby?

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, kolik respondentů si myslí, že dává svým podřízeným možnost zpětné vazby, která je velice důležitá. Odpovědi jsem rozdělila do čtyř kategorií ano vždy, ano často, občas a ne.

Údaji vyplývajícími z této otázky jsem zjistila, že z celkového počtu 58 respondentů jich svým spolupracovníkům dává vždy možnost zpětné vazby 27, což je 56%, často možnost zpětné vazby dává 13 respondentů (27%). Občas uvedlo 6 dotazovaných (13%). Odpověď ne volili 2 respondenti (7%).

Z údajů v tabulce vyplývá, že všechny vrchní sestry ze vzorku respondentů dávají možnost zpětné vazby vždy, nebo často. Záporná odpověď byla uvedena pouze ve vzorku staničních sester.

Otázka číslo 16b: **Pokud ano, je adekvátní Vašemu pracovnímu úsilí?**

Uved'te v procentech (100% je maximum)

Údaj uvedlo pouze 46 respondentů. Celkový průměr byl 68% pracovního úsilí k poměru zpětné vazby. Nejčastěji byl uváděn údaj 80% a to u 15 respondentů. 50% uvedlo 7 respondentů.

Nižší procento zpětné vazby vzhledem k vynaloženému pracovnímu úsilí bylo uvedeno u vrchních sester.

Otázka číslo 17: **Jsou Vaše kompetence přiměřené Vaší funkci?**

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, zda dle názoru jednotlivých respondentů jsou kompetence, které mají, přiměřené jejich funkci. Jako možnosti byly nabídnuty odpovědi ano, ne nebo nevím.

Z celkového počtu 58 respondentů kladnou odpověď označilo 28(48%) respondentů a zápornou odpověď 7 (2%) respondentů. Poslední možnou odpověď nevím označilo 23 respondentů, což je 40% z celkového počtu dotazovaných.

Otázka číslo 18: **Nejčastější problém, se kterým se setkáváte, je:**

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, s jakými problémy se respondenti nejvíce potýkají, každý si mohl zvolit odpověď z několika uvedených možností.

Nejčastěji uvedený problém se týkal finančních limitů. V dotazníku jej uvedlo 44 respondentů, z toho 31 staničních sester a všechny vrchní

sestry. Druhý nejčastější problém byl uváděn nedostatek personálu, který označilo celkem 32 respondentů, z toho 26 staničních a 6 vrchních sester.

Technické problémy uvádělo 29 respondentů a v kategorii problémů týkajících se mzdového ohodnocení označilo odpověď 27 respondentů. Nejméně byl udáván problém týkající se neadekvátního rozdělení kompetencí. Uvedlo celkem pouze 8 respondentů.

Z porovnání grafů 18b a 18c je zřejmé odlišné pořadí problémů jak je vnímáno skupinou staničních sester oproti skupině vrchních sester.

Otázka číslo 19: Máte pocit, že Vaše práce negativně zasahuje do Vašeho osobního života?

Dotazem jsem chtěla zjistit, zda respondenti mají pocit, že jim jejich práce negativně zasahuje do osobního života. Na výběr měli pět možností. Rozhodně ano, spíše ano, spíše ne, rozhodně ne. Byla také dána možnost, nehodnotím.

Odpověď rozhodně ano uvedli 3 respondenti (6%). Spíše ano označilo celkem 9 (15 %). Negativní odpověď spíše ne jsem dostala od 24 (41%) a rozhodně ne od 15 respondentů, což je 24% z celkového počtu dotazovaných. Tuto otázku nehodnotilo celkem 7 dotazovaných, což je 12% z celkového počtu dotazovaných.

Otázka číslo 20: Napadlo Vás vyplnit si dotazník možného syndromu vyhoření?

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, zda respondenty napadlo vyplnit si dotazník syndromu vyhoření a pokud ano, jaký byl jejich výsledek.

Vyhodnocením jsem zjistila, že žádný z 12 respondentů, kteří si dotazník syndromu vyhoření vyplnili, nevedl, že by výsledek potvrdil možný syndrom vyhoření.

Otázka číslo 21: Co Vás nejvíce motivuje na Vaší práci?

Na tuto otevřenou otázku mohli respondenti odpovědět, co je pro ně nejvíce motivující v jejich práci. Nejčastěji v dotazníku respondenti uváděli - spokojený pacient 14 dotazovaných. Druhou, velice častou odpovědí byli spokojení podřízení a personál 10 respondentů. Mezi dalšími byla i práce s lidmi (6), pomoc při uzdravení (5), využití vzdělání (4) a kvalita kolektivu (4). Důležitá jsou i vděk a uznání (3).

Další názory respondentů na toto téma:

Také se v dotazníku objevily odpovědi zahrnující různorodost, čínorodost, organizace, spolupráce, komunikace s lidmi, znalost v oboru, ale i finanční potřeba. Dále pak respondenti uváděli jako hlavní motivátor pocit naplnění, pocit potřebnosti, touhu pomáhat.

Negativní reakce, žádný vděk, žádné uznání se objevila jen jednou.

Otázka číslo 22a: Uveďte, zda se liší Vaše ideály před nástupem do funkce se skutečnou realitou?

Tímto dotazem jsem chtěla zjistit, jestli se liší představy respondentů před nástupem do funkce o práci v této funkci, ve srovnání s realitou. Každý si mohl zvolit odpověď ze čtyř uvedených možností. Určitě ano, spíše ano, spíše ne, a určitě ne.

Určitě ano odpovědělo 10 respondentů, což je 17%. Spíše ano uvedlo do odpovědi 12 (21%) dotazovaných. Nejvíce odpovědí bylo spíše ne 29 (50%) respondentů, a určitě ne uvedlo 7, což je 12% z celkového

počtu dotazovaných. Celkem 36 respondentů (62%) odpovědělo, že se jejich ideály spíše, nebo určitě neliší od skutečné reality, se kterou vstupovali do funkce.

Otázka číslo 22b: Pokud ano, v které oblasti vidíte největší rozdíl.

Touto otevřenou otázkou jsem chtěla zjistit rozdíly týkající se ideálů před nástupem do funkce a každodenní realitou.

Nejčastěji respondenti uváděli rozdíly týkající se celkového nárůstu administrativy. Uvedlo 10 respondentů. Další závažný problém, který byl označen, se týká oblasti špatné komunikace mezi personálem, nemožnost se domluvit, najít společné řešení (8). Nedocení respondentů bylo označeno v 8 dotaznících. Další rozdíl vidí respondenti v nízkém finančním ohodnocení jejich práce, což uvedlo 7 dotazovaných.

Dodržování limitů v rámci hospodaření uvádí 6 respondentů v souvislosti s jejich touhou pomáhat jako etická dilemata, která jsou pro ně jedním ze zdrojů stresových situací. Interpersonální problematika, nedocení práce sester spolu s finančním ohodnocením jejich práce a také i celkové postavení ve společnosti je vnímáno respondenty jako často diskutované negativní faktory.

11 DISKUZE

Hypotéza č. 1

H1 - Předpokládám, že práce sester ve vedoucí funkci je více psychicky, než fyzicky náročná.

Hodnověrnost hypotézy bylo možné potvrdit rozbořem odpovědí respondentů z otázek č. 1,2.

Otázka číslo 1: **Považujete Vaše povolání za psychicky náročnou práci?**

Tímto dotazem jsem chtěla zjistit podle názorů jednotlivých respondentů, jak hodnotí psychickou náročnost svého povolání. Jako možnost bylo dáno pět typů odpovědí - rozhodně ano, spíše ano, spíše ne, rozhodně ne, nehodnotím. Z možných odpovědí byly využity pouze dvě kladné. Z celkového počtu 58 dotazovaných zvolilo rozhodně ano 47, což je 81%. Odpověď spíše ano zvolilo 11, což je 19% respondentů. Odpovědi spíše ne, rozhodně ne, nehodnotím, nevolil žádný z respondentů.

Hypotéza byla potvrzena

Otázka číslo 2: **Je podle Vašeho názoru Vaše práce fyzicky náročná?**

Tímto dotazem jsem chtěla zjistit, jak respondenti hodnotí fyzickou náročnost svého povolání. Jako možnost bylo dáno pět typů odpovědí – rozhodně ano, spíše ano, spíše ne, rozhodně ne, nehodnotím. Z celkového počtu 58 dotazovaných zvolilo rozhodně ano 27, což je 47% a odpověď spíše ano 20, což je 34% respondentů. Odpověď spíše ne označilo 6 respondentů (10%) a rozhodně ne 3 respondenti, což je 5% z celkového počtu dotazovaných. Odpověď nehodnotím, byla zvolena pouze dvěma respondenty a z celkového počtu jsou to 3%.

Hypotéza byla potvrzena.

Hodnověrnost hypotézy č. 1 byla potvrzena.

Hypotéza č. 2

H2 - Práce sester ve funkci zasahuje v 60% negativně do jejich osobních životů.

Hodnověrnost hypotézy bylo možné potvrdit rozbořem odpovědí respondentů z otázek č. 15,19.

Otázka číslo 15: Řešíte problémy svých podřízených i v době pracovního volna?

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, kolik respondentů řeší v době svého pracovního volna problémy svých podřízených. Zjistila jsem, že celkem 90% respondentů řeší tyto problémy podřízených a to jak uváděli v 28% často - uvedlo 16 dotazovaných a v 62% občas – uvedlo 36 dotazovaných. Vůbec neřeší problémy podřízených v době svého pracovního volna 6 respondentů, což je 10% všech dotázaných.

Hypotéza byla potvrzena

Otázka číslo 19: Máte pocit, že Vaše práce negativně zasahuje do Vašeho osobního života?

Dotazem jsem chtěla zjistit, zda respondenti mají pocit, že jim jejich práce negativně zasahuje do soukromého života. Odpověď rozhodně ano uvedli 3 respondenti (6%). Spíše ano označilo celkem 9 (15 %). Negativní odpověď spíše ne jsem dostala od 24 (41%) a rozhodně ne od 15 respondentů, což je 24% z celkového počtu dotazovaných, což je celkem 39 (65%) z celkového počtu. Tuto otázku nehodnotilo celkem 7 dotazovaných, což je 12% z celkového počtu.

Je možné, že řešení pracovních problémů v mimopracovní době není vnímáno u většiny respondentů negativně. Možná by bylo vhodné zjistit při některém z dalších šetření, jak vnímají řešení těchto problémů rodinní příslušníci, a ti, se kterými respondenti tráví svůj volný čas.

Hypotéza nebyla potvrzena

Hodnověrnost hypotézy č. 2 byla potvrzena částečně.

Hypotéza č. 3

H3 - Sestry ve vedoucích funkcích jsou spokojeny v kolektivu, kde je jejich kvalifikace účelně využita a kompetence, které mají, jsou přiměřené jejich funkci.

Hodnověrnost hypotézy bylo možné potvrdit rozbořem odpovědí respondentů z otázek č. 4,7,17.

Otázka číslo 4: Jak se cítíte v současném pracovním kolektivu?

Touto otázkou jsem chtěla zjistit jaká je úroveň spokojenosti a celkový pocit respondentů z pracovního kolektivu. Z celkového počtu 58 respondentů je velice spokojeno v pracovním kolektivu 7 (12%) respondentů. Spokojenost vyjádřilo 48 (83%) respondentů. Odpověď spíše nespokojeno si zvolilo pouze 2 (3%) respondentů a odpověď velmi nespokojeno zvolil pouze 1 respondent, což jsou 2%.

Celkově převažovaly odpovědi s kladným charakterem 95%. Záporné typy odpovědí byly zastoupeny pouze 5%.

Hypotéza byla potvrzena

Otázka číslo 7: **Je Vaše kvalifikace účelně využita?**

V této otázce jsem chtěla zjistit, co si respondenti myslí o využití jejich kvalifikace. Rozhodně ano volilo 20 respondentů, což je 34% z celkového počtu. Spíše ano uvedlo ve svých odpovědích nejvíce – 27 (46%) dotazovaných. Kladně odpovědělo celkem 47 (80%) respondentů. Negativní odpověď rozhodně ne odpověděli 4 (7%), spíše ne 3 (6%) respondentů. Nehodnotilo 5 dotazovaných, což je 8% z celkového počtu respondentů.

Hypotéza byla potvrzena.

Otázka číslo 17: **Jsou Vaše kompetence přiměřené Vaší funkci?**

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, zda dle názoru jednotlivých respondentů jsou kompetence, které mají, přiměřené jejich funkci. Přiměřenost kompetencí ohodnotilo kladně z celkového počtu 28 (48%) respondentů a zápornou odpověď 7 (2%) respondentů.

Protože odpověď nevím označilo 23 respondentů, což je 40% z celkového počtu dotazovaných, domnívám se, že závěr nelze vyvodit. Bylo by vhodné zjistit důvody těchto častých odpovědí, které mohou být zapříčiněny nedostatečnými vědomostmi o svých kompetencích, nebo jejich vědomém nedodržování, které vychází z neadekvátních nastavení hranic a zvyklostí jednotlivých oddělení.

Hypotéza byla potvrzena částečně

Hodnověrnost hypotézy č. 3 byla potvrzena částečně.

Hypotéza č. 4

H4 - Sestry pracující ve funkci vědí, že jejich způsob jednání ovlivňuje podřízené, dávají jim možnost zpětné vazby a také se těmto sestřím dostává v 50 % pozitivního hodnocení.

Hodnověrnost hypotézy bylo možné potvrdit rozborem odpovědí respondentů z otázek č. 5,13,14,16a,16b.

Otázka číslo 5: Myslíte si, že Váš způsob komunikace s podřízenými, ovlivňuje jejich chování k pacientům?

Touto otázkou jsem zjišťovala, na kolik jsou si sestry ve vedoucí funkci vědomy, že jejich komunikace s podřízenými ovlivňuje chování těchto sester k pacientům. Z celkového počtu 58 dotazovaných byl největší počet 34 (59%), který zvolil kladnou odpověď určitě ano. Odpověď spíše ano volilo celkem 12 dotazovaných, což je 21% z celkového počtu. Celkem kladně odpovědělo 46 (80%) respondentů. Záporně odpovědělo spíše ne 8 dotazovaných, což je 14% celkového počtu respondentů. Odpověď určitě ne zvolili 4, což je 7% z celkového počtu dotazovaných.

Hypotéza byla potvrzena

Otázka číslo 16a: Dáváte svým spolupracovníkům možnost zpětné vazby?

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, kolik respondentů si myslí, že dává svým podřízeným možnost zpětné vazby, která je velice důležitá. Údaji vyplývajícími z této otázky jsem zjistila, že z celkového počtu 58 respondentů jich svým spolupracovníkům dává vždy možnost zpětné vazby 27, což je 56%, často možnost zpětné vazby dává 13 respondentů

(27%). Vyloženě kladnou odpověď označilo celkem 40 (83%) dotazovaných. Občas uvedlo 6 dotazovaných (13%). Odpověď ne volili 2 respondenti (7%).

Z údajů v tabulce vyplývá, že všechny vrchní sestry ze vzorku respondentů dávají možnost zpětné vazby vždy, nebo často. Záporná odpověď byla uvedena pouze ve vzorku staničních sester.

Otázka číslo 16b: **Pokud ano, je adekvátní Vašemu pracovnímu úsilí?**

Uved'te v procentech (100% je maximum)

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, nakolik se vrací sestřím ve vedoucí funkci pomocí zpětné vazby jejich pracovní úsilí.

Údaj uvedlo pouze 46 respondentů. Celkový průměr byl 68% pracovního úsilí k poměru zpětné vazby. Nejčastěji byl uváděn údaj 80% a to u 15 respondentů. 50% uvedlo 7 respondentů. Nižší procento zpětné vazby vzhledem k vynaloženému pracovnímu úsilí bylo uvedeno u vrchních sester.

Hypotéza byla potvrzena.

Otázka číslo 13: **Poděkoval Vám Váš nadřízený za Vaše dílčí pracovní úspěchy v posledních 3 měsících?**

Touto otázkou jsem zjišťovala, kolik respondentů bylo pochváleno od nadřízeného za poslední 3 měsíce. Z celkového počtu 58 dotazovaných 39 (67%) volilo odpověď ano a 12 (21%) respondentů odpověď ne. Odpověď nevím volilo 7 z celkového počtu dotazovaných, což je 12%.

Z dotazníkového šetření vyplývá, že většina – 67% respondentů byla za poslední tři měsíce pochválena od svého nadřízeného.

Hypotéza byla potvrzena

Otázka číslo 14: Poděkoval Vám Váš podřízený za Vaše dílčí pracovní úspěchy v posledních 3 měsících?

Touto otázkou jsem zjišťovala, kolik respondentů bylo pochváleno od podřízeného za poslední 3 měsíce. Možnosti odpovědí jsem rozdělila do tří skupin. Z celkového počtu 58 dotazovaných 31 volilo odpověď ano - 53% a 16 respondentů odpověď ne – 28%. Odpověď nevím volilo 11 z celkového počtu dotazovaných, což je 19%.

Z dotazníkového šetření vyplývá, že většina – 53% respondentů byla za poslední tři měsíce pochválena od svého podřízeného.

Ve srovnání s otázkou č. 13 vyplývá, že respondenty za poslední tři měsíce více pochválil jejich nadřízený (67%), než podřízený (53%), což může být ovlivněno také subjektivním vnímáním a důsledkem jistého stupně očekávání pochvaly spíše od nadřízeného.

Hypotéza byla potvrzena

Hodnověrnost hypotézy č. 4 byla potvrzena.

Cíle práce byly splněny.

12 ZÁVĚR

Ve své teoretické části jsem si vytkla za cíl specifikovat a najít v dostupné odborné literatuře důležité faktory, které se vztahují k práci sester ve vedoucích funkcích. Vycházela jsem nejen z literárních pramenů týkajících se managementu, ošetrovatelství, psychologie, ale i z vlastních zkušeností.

Cílem v mé empirické části závěrečné práce bylo na základě šetření zjistit, jak vnímají sestry pracující v nižším a středním managementu náročnost své práce. Snahou bylo nejen zmapovat situaci ve FN Na Bulovce, kde byl průzkum prováděn, ale zjistit i názory a postoje u těchto pracovníků k dané problematice. Cíle, které jsem si stanovila, byly splněny.

Pomocí anonymních dotazníků jsem získala řadu zajímavých a překvapivých poznatků, které jsou zpracovány v empirické části. Některá zjištění jsem předpokládala, na základě vlastních zkušeností, ale některé výsledky mě donutily k zamyšlení nad tímto tématem.

Již při rozdávání dotazníků jsem si povšimla zájmu o jejich vyplnění, zvláště od vrchních sester. Velice je také zajímalo vyhodnocení a interpretace výsledků šetření. Po zpracování výsledků jsem došla k názoru, že jejich aktivitu umocnila pozitivní reakce z důvodu, že se někdo zajímá o jejich problémy. Z dotazníkového šetření při srovnání výsledků staničních sester a vrchních sester u otázky č. 12 (Je Váš nadřízený ochoten naslouchat Vaším mimopracovním problémům?), uvedly negativní odpověď pouze vrchní sestry. U staničních sester byly označeny pouze pozitivní odpovědi, což znamená, že vrchní sestry vždy vyslechnou své podřízené, ale samy vyslechnuty svým nadřízeným nejsou, což může být negativně vnímáno jako nezájem o jejich osobu.

Neméně zajímavá byla i oblast řešení pracovních problémů v době osobního volna. Většina sester zde uvádí, že pracovní problémy řeší i doma (90%), ale neuvádí, že by jim práce negativně zasahovala do osobního života (67%). Zde se nabízí možnost, že tyto sestry berou svou profesi, jako součást osobního života a pak je jen otázkou, jak vnímají tuto skutečnost rodinní příslušníci a ti, se kterými sestry tráví svůj volný čas.

Dalším zajímavým zjištěním byla oblast vzdělávání. Zjistila jsem, že v nemocnici, kde probíhalo šetření je velice nízké procento vysokoškolsky vzdělaných sester ve vedoucích funkcích i v oblasti managementu. Myslím, že v dnešní době, kdy jsou kladeny vysoké požadavky na kvalitu ošetrovatelské péče spolu se stálým snižováním nákladů vynaložených do zdravotnictví, je vzdělávání nelékařských oborů velice důležitým faktorem. Domnívám se tedy, že i sestry ve vedoucích funkcích by měly mít adekvátní vzdělání hlavně v oblasti managementu, alespoň formou certifikovaných kurzů.

K zamyšlení mě přivedlo i vyhodnocení otázky č. 17 (Jsou Vaše kompetence přiměřené Vaší funkci?). Vysoký počet respondentů 23 (40%) odpovědělo na otázku nevím. Toto zjištění může být předmětem dalšího zkoumání, neboť zde není zřejmé, zda respondenti neodpověděli z důvodu, že nemají přesně určeny své kompetence, či nechtěli uvést, že kompetence nejsou rozděleny dle patřičného vzdělání a funkčního zařazení jednotlivých sester.

Již při zpracovávání dotazníků jsem konzultovala své výsledky s asistentkou náměstkou ošetrovatelské péče ve FN Na Bulovce, kde byl průzkum prováděn a informovala jsem ji o předběžných výsledcích svého šetření.

SEZNAM LITERATURY

BEDRNOVÁ, E., NOVÝ, I., *Moc, vliv, autorita*. I. vydání, Praha: Management Press, 2001, 126 s., ISBN 80-7261-053-8

COVEY, Stephen R., *Principle-centered leadership*. New York: Simon & Schuster, 1992, 334s., ISBN 0-671-79280-6

FRY, Sary, T. *Ethics in Nursing Practise*. Genf: Edited by International Council of Nurces. 1994. ISBN neuvedeno

GLADKIJ, I., a kolektiv, *Management ve zdravotnictví*. I. vydání, Brno: Computer Press, 2003, 379s., ISBN 80-7226-996-8

GROHAR-MURRAY, M.E., CROCE, H.R. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. I. vydání, Praha: Grada, 2003, ISBN 80-247- 0267-3

HERMOCHOVÁ, S. *Teambuilding*. Praha: Grada, 2006, ISBN 80-247-1155-9

CHARVÁT, J., *Život, adaptace a stres.*, III. vydání, Praha: Avicenum, 1973, 735 21-08/29 Ed: 73 303 08-006-73

CHLEBOWCZYKOVÁ, J., *Šikana na pracovišti*. Sestra, 2006, č. 1, s. 17-18. ISSN 1210-0404

JOBÁNKOVÁ, M., *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Brno: NZO NCO, 2000, 203s., ISBN 80-7013-288-4

KILÍKOVÁ, M., *Základy manažmentu v ošetrovatelstve I*. Bratislava: Sapientia, 2006, 68s., ISBN 80-89271-01-4

KILÍKOVÁ, M., JAKUŠOVÁ, V. *Teória a prax manažmentu v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2008, ISBN 987-80-8063-290-8

KOPŘIVA, K., *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 2006, 147s., ISBN 80-7367-181-6

KŘEMENOVÁ, K., *Mobbing – skrytá šikana na pracovišti*. Závěrečná práce – management ve zdravotnictví. Brno: 2009, NZO NCO, zapůjčeno autorkou

KŘIVOHLAVÝ, J., *Konflikty mezi lidmi*. Praha: Portál, 2008, 192s., ISBN 978-80-7367-407-6

KUBÁTOVÁ, H., *Rukověť autora diplomky*. I. vydání, Univerzita Palackého Olomouc 2009, 121s., ISBN 978-80-244-2314-2

KUTNOHORSKÁ, J., *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2009, 175s., ISBN 978-80-247-2713-4

KUTNOHORSKÁ, J., *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2007, 164 s., ISBN 978-80-247-2069-2

LÄNGLE, A., *Smysluplně žít*. Přel. K. Balcar, Brno: Cesta, 2002, 79s., ISBN 80-7295-037-1

LEPIEŠOVÁ, M., *Manažment v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 1996. ISBN 80-217-0352-0

PECH, J., *Řeč těla a umění komunikace*. Praha: NS Svoboda, 2009, ISBN 978-80-205-0606-2

PLEVOVÁ, I., SLOWIK, R., *Vybrané kapitoly z historie ošetrovatelství*. Ostrava: ZSF OU, 2008. ISBN 978-80-7368-506-5

STAŇKOVÁ, M., *Etika v ošetrovatelské praxi*. Vybrané kapitoly z publikace Sary T. Fry: *Ethics in nursing Practice*, edited by International Council of Nurses. Ženeva: 1994, ČAS,

ŠKOCHOVÁ, D., *Sestra v roli niterného lídra*. Florence, roč.2, č.10, (2002), str.44-45 ISSN 1801-464X

VÁGNEROVÁ, M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 1999, ISBN 80-7178-678-0

VEČEŘOVÁ – PROCHÁZKOVÁ, A., *Syndrom vyhoření jako důsledek zanedbávání péče o sebe u lékařů a zdravotníků*, *Urgentní medicína*, 2/2005, str. 25-28. ISSN 1212-1924

ZIGLAR, Z., SAVAGE, J., *Být nejlepší*. VI. vydání. Praha: Medium, 1995, 279 s. ISBN 80-902055-8-5

www.stránky

[Online]. [cit. 2009-12-25]. Dostupné z: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Stres>>

[Online]. [cit. 2010-04-16]. Dostupné z <<http://referaty-seminarky.cz/abraham-maslow/>>

[Online]. [cit. 2010-04-16]. Dostupné z <[http:// bosston.cz/clanek/motivace](http://bosston.cz/clanek/motivace)>

SEZNAM TABULEK

Teoretická část

Tabulka 1: Vztah mezi stylem vedení a chováním vedoucího	19
Tabulka 2: Styl vedení a jeho vztah	19

Empirická část

Tabulka 1- Psychická náročnost práce	69
Tabulka 2 - Fyzická náročnost práce	70
Tabulka 3a - Celkový počet podřízených – staniční sestry	71
Tabulka 3b - Celkový počet podřízených – vrchní sestry	72
Tabulka 4 - Spokojenost v současném pracovním kolektivu	73
Tabulka 5 - Vliv komunikace s podřízenými na jejich chování k pacientům	74
Tabulka 6 - Dosažené vzdělání v oblasti managementu	75
Tabulka 7 - Využití kvalifikace	76
Tabulka 8 - Dosažené vzdělání	77
Tabulka 9 - Pohlaví respondentů	78
Tabulka 10a - Pracovní zařazení	79
Tabulka 10b - Počet let ve funkci	80
Tabulka 11 - Délka praxe v nemocnici	81
Tabulka 12 - Ochota nadřízeného naslouchat	82
Tabulka 13 - Poděkování od nadřízeného	84
Tabulka 14 - Poděkování od podřízeného	85
Tabulka 15 - Řešení problémů svých podřízených v době volna	86
Tabulka 16 - Možnost zpětné vazby	87
Tabulka 17 - Kompetence přiměřené funkci	89
Tabulka 18 - Nejčastější problémy na pracovišti	90
Tabulka 19 - Práce negativně zasahuje do osobního života	92
Tabulka 20 - Vyplněný dotazník syndromu vyhoření	93
Tabulka 22 - Rozdíly mezi ideály před nástupem do funkce a realitou	95

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1a - Psychická náročnost práce – celkový počet.....	69
Graf 1b - Psychická náročnost práce – v %.....	69
Graf 2a - Fyzická náročnost práce – celkový počet.....	70
Graf 2b - Fyzická náročnost práce – v %.....	70
Graf 3a - Počet podřízených – staniční sestry – celkový počet.....	71
Graf 3b - Počet podřízených – staniční sestry – v %.....	71
Graf 3c - Počet podřízených – vrchní sestry – celkový počet.....	72
Graf 3d - Počet podřízených – vrchní sestry – v %.....	72
Graf 4a - Spokojenost v současném pracovním kolektivu – celkový počet.....	73
Graf 4b - Spokojenost v současném pracovním kolektivu – v %.....	73
Graf 5a - Vliv komunikace s podřízenými na jejich chování k pacientům – celkový počet.....	74
Graf 5b - Vliv komunikace s podřízenými na jejich chování k pacientům v %.....	74
Graf 6a - Dosažené vzdělání v oblasti managementu – celkový počet.....	75
Graf 6b - Dosažené vzdělání v oblasti managementu – v %.....	75
Graf 7a - Využití kvalifikace – celkový počet.....	76
Graf 7b - Využití kvalifikace – v %.....	76
Graf 8a - Dosažené vzdělání – celkový počet.....	77
Graf 8b - Dosažené vzdělání – v %.....	77
Graf 9a - Pohlaví respondentů – celkový počet.....	78
Graf 9b - Pohlaví respondentů – v %.....	78
Graf 10a - Pracovní zařazení – celkový počet.....	79
Graf 10b - Pracovní zařazení – v %.....	79
Graf 10c - Počet let ve funkci – celkový počet.....	80
Graf 10c - Počet let ve funkci – v %.....	80
Graf 11a - Délka praxe v nemocnici – celkový počet.....	81
Graf 11b - Délka praxe v nemocnici – v %	81
Graf 12a - Ochota nadřízeného naslouchat – celkový počet.....	82

Graf 12b - Ochota nadřízeného naslouchat – v %.....	82
Graf 12c - Ochota nadřízeného naslouchat – vrchní sestry – v %.....	83
Graf 12d - Ochota nadřízeného naslouchat – staniční sestry – v%.....	83
Graf 13a - Poděkování od nadřízeného – celkový počet.....	84
Graf 13b - Poděkování od nadřízeného – v %.....	84
Graf 14a - Poděkování od podřízeného – celkový počet.....	85
Graf 14b - Poděkování od podřízeného – v %.....	85
Graf 15a - Řešení problémů svých podřízených v době pracovního volna – celkový počet	86
Graf 15b - Řešení problémů svých podřízených v době pracovního volna – v %.....	86
Graf 16a - Možnost zpětné vazby – celkový počet.....	87
Graf 16b - Možnost zpětné vazby – v %.....	87
Graf 16c - Pracovní úsilí v procentech / poměr zpětné vazby.....	88
Graf 17a - Kompetence přiměřené funkci – celkový počet.....	89
Graf 17b - Kompetence přiměřené funkci – v %.....	89
Graf 18a - Nejčastější problémy na pracovišti.....	90
Graf 18b - Nejčastější problémy na pracovišti – z pohledu vrchních sester.....	91
Graf 18c - Nejčastější problémy na pracovišti – z pohledu staničních sester.....	91
Graf 19a - Práce negativně zasahuje do osobního života – celkový počet...92	92
Graf 19b - Práce negativně zasahuje do osobního života – v %.....92	92
Graf 20a - Vyplněný dotazník syndromu vyhoření – celkový počet.....93	93
Graf 20b - Vyplněný dotazník syndromu vyhoření – v %.....93	93
Graf 21 - Nejčastější motivační faktory.....94	94
Graf 22a - Rozdíly mezi ideály před nástupem do funkce a realitou – celkový počet.....95	95
Graf 22b - Rozdíly, ve kterých se liší realita od ideálů.....95	95

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Mezinárodní kodex pro zdravotní sestry.

Příloha č. 2: Kodex sester předložený českou asociací sester.

Příloha č. 3: Kodex profesionálního chování zdravotnických pracovníků
registrovaných v ČAS.

Příloha č. 4: Etické normy v ošetrovatelském povolání.

Příloha č. 5: Etický kodex lékařské komory české republiky.

Příloha č. 6: Slib ošetrovatelek Florence Nightingalové.

Příloha č. 7: Pyramida potřeb a stimulů.

Příloha č. 8: Dotazník.

SEZNAM ZKRATEK

VŠ - vysoká škola

VOŠ - vyšší odborná škola

SŠ - střední škola

PSS - pomaturitní specializační studium

ST.S. - staniční sestra

V.S. – vrchní sestra

JIP – jednotka intenzivní péče

PŘÍLOHY

Příloha č. 1:

Mezinárodní kodex pro zdravotní sestry

(2003)¹

Etická pravidla zdravotní péče

Sestra je povinna převzít profesionální odpovědnost za péči o zdraví, prevenci nemocí a za zlepšování zdravotního stavu nemocných právě tak, jako za tišení bolesti.

Potřeba zdravotní péče je všeobecná. Se zdravotní a ošetrovatelskou péčí jsou nerozlučně spjaty:

- respekt k lidskému životu
- důstojnost
- lidská práva

Zdravotní péči je třeba poskytovat bez ohledu na národnost, rasu, víru, barvu kůže, věk pohlaví, politické přesvědčení a sociální postavení.

Zdravotní sestra poskytuje péči jednotlivci, rodině a společnosti a spolupracuje při tom s reprezentanty jiných oborů.

Zdravotní sestra a spoluobčan

Zdravotní sestra má v první řadě zodpovědnost za občany, kteří potřebují zdravotní péči. Při poskytování péče respektuje zdravotní sestra víru jednotlivce, jeho životní hodnoty a obyčeje a snaží se vytvořit podmínky respektující individualitu.

¹ V roce 1899 byla založena společnost ICN (International Council of Nurses), jejímž sídlem pro Evropu je nyní Ženeva (Švýcarsko). Mezinárodní etický kodex pro sestry byl poprvé přijat Mezinárodní radou sester (ICN) v roce 1953. Od té doby byl několikrát revidován a znovu schvalován. Významná revize byla uskutečněna v roce 1973 (International Council of Nurses: ICN Code for Nurses: Ethical Concepts Applied to Nursing. Geneva, Imprimeries Populaires 1973) a zatím poslední byla provedena v roce 2000.

Zdravotní sestra chrání informace o osobních poměrech pacienta, považuje je za důvěrné a svědomitě hodnotí, v jakém rozsahu a komu může tyto důvěrné informace předat.

Zdravotní sestra a péče v praxi

Zdravotní sestra je osobně zodpovědná za kvalitu poskytované péče a za obnovování svých odborných znalostí cestou neustálého vzdělávání.

Zdravotní sestra se snaží udržovat pečovatelský standard na co nejvyšší úrovni a to v každé situaci.

Zdravotní sestra hodnotí jak svou kvalifikaci, tak i kvalifikaci jiných osob, když přejímá zodpovědnost za jistý úkol a když jej předává jiným osobám. Zdravotní sestra ve funkci jedná tak, aby její chování přispělo k dobré pověsti povolání.

Zdravotní sestra a společnost

Zdravotní sestra, podobně jako ostatní občané, podporuje požadavky obyvatelstva na zdravotní a sociální zabezpečení a je v této věci iniciativní.

Zdravotní sestra a spoluzaměstnanci

Zdravotní sestra je zodpovědná za realizaci spolupráce s ostatními zdravotníky všech profesních kategorií.

Zdravotní sestra podle nutnosti zasahuje tak, aby chránila jednotlivce, jestliže péče o něj je ohrožena nevhodným chováním jiného zdravotníka či občana.

Zdravotní sestra a povolání

Zdravotní sestra je odpovědná za realizaci vysokého standardu zdravotní a ošetrovatelské péče a za své odborné vzdělávání.

Zdravotní sestra soustavně pracuje na definování a kultivaci vnitřního obsahu zdravotní a ošetrovatelské péče.

Zdravotní sestra se zasazuje v rámci odborové organizace o stanovení přiměřeného platu a jeho vyplácení. Dbá také o vytváření důstojných pracovních podmínek umožňujících realizaci zdravotní a ošetrovatelské péče.

Příloha č. 2:

Kodex sester předložený Českou asociací sester

(1991)²

Sestra a pacient

- Sestra má základní povinnost poskytnout pomoc člověku, který potřebuje její péči.
- Sestra při poskytování péče jedná s maximální úctou k lidské důstojnosti a plně respektuje pacientovo právo na sebeurčení.
- Sestra není v ošetrovatelské praxi negativně ovlivněna věkem, pohlavím a osobností pacienta a stále si zachovává úctu k jeho individuálnímu hodnotovému systému a životnímu stylu.
- Sestra jedná tak, aby chránila pacienta a veřejnost v případech, že zdravotní péče a bezpečí jsou narušeny neoprávněnými, neetickými nebo protiprávními zákroky jakékoliv osoby.
- Sestra hájí pacientovo právo na soukromí tím, že moudře a uvážlivě chrání veškeré informace důvěrné povahy.

Sestra a praxe

- Sestra přijímá osobní odpovědnost za svá rozhodnutí při ošetrování a za následné chování.
- Sestra uplatňuje získané znalosti a řídí se individuální způsobilostí a schopností při vyhledávání konzultace, při přijímání a předávání sesterské činnosti jiným.

² Kodex zdravotních sester nebyl zatím oficiálně přijat tak jako kodex ČLK. ČAS nebyla dosud ustanovena zákonem jako ČLK.

V roce 1991 vznikly v českých zemích dva návrhy národní verze etického kodexu zdravotních sester. Jeden pochází z pera iniciativní skupiny České asociace sester a je signován Růžnou Wagnerovou a spolupracovnicemi. Druhý návrh byl zpracován účastnicemi vzorového kurzu k problematice vzdělávání a ošetrovatelství, který se konal pod patronací organizace Hope v Modré u Bratislavy. Český časopis Sestra zveřejnil tuto navrhovanou normu. Oba návrhy respektují požadavky ICN, jakož i naše současné podmínky.

- Sestra usiluje o nejvyšší možný standard ošetrovatelské péče v mezích možností dané situace.

Sestra a spolupracovníci

- Sestra spolupracuje a kooperuje s jinými profesionály zdravotní péče, uznává a respektuje jejich přínos a vyvíjí úsilí o patřičnou úroveň morálních vztahů zdravotnického týmu.
- Sestra provádí zodpovědně indikovanou odbornou péči, ale odepře účast na jednání, které odporuje etice či jejímu svědomí.

Sestra a profese

- Sestra na sebe klade při výkonu povolání vždy nejvyšší požadavky.
- Sestra má pro výkon profese morální předpoklady a příslušné odborné znalosti a využívá každé vhodné příležitosti k udržení a ke zvýšení profesionálních znalostí způsobilosti.
- Sestra svým příkladným chováním hraje velkou roli při zavádění žádoucích mravních zásad a kritérií do ošetrovatelské praxe.
- Sestra se podílí prostřednictvím profesní organizace na vytvoření, uskutečňování a zlepšování vhodných sociálních, ekonomických a pracovních podmínek v ošetrovatelství.
- Sestra se aktivně podílí na úsilí zdravotnictví chránit a uskutečňovat vysokou kvalitu sesterské péče.

Sestra a společnost

- Sestra se spoluobčany a ostatními zdravotníky zodpovědně podílí na iniciativním uspokojování bio-psycho-sociálně ekologických potřeb veřejnosti.
- Sestra se podílí na objektivní informovanosti veřejnosti v oblasti zdraví a všech aspektů, které mohou zdraví ovlivnit.
- Sestra svým životním stylem ovlivňuje tradice a zvyky společnosti, v níž žije a pracuje, a nejedná proti nim.

Příloha č. 3:

Kodex profesionálního chování zdravotnických pracovníků registrovaných v ČAS

(2002)³

Každý zdravotnický pracovník registrovaný v České asociaci sester vždy jedná tak, aby:

- hájil a podporoval zájmy jednotlivých pacientů a klientů
- jeho chování vzbuzovalo důvěru veřejnosti
- prezentoval a dále zlepšoval postavení a dobrou pověst své profese

Jako registrovaný pracovník jste osobně odpovědný za svou práci a v duchu své profesní odpovědnosti musíte:

- 1 Jednat vždy takovým způsobem, abyste podporoval a hájil zájmy pacientů a klientů a uspokojoval jejich potřeby.
- 2 Dbát na to, aby vaše jednání nebo opomenutí ve sféře vaší odpovědnosti nepoškodilo zájmy pacientů a klientů, nezhoršilo jejich stav nebo neohrozilo jejich bezpečnost.
- 3 Chovat se k pacientům, klientům a jejich rodinám otevřeně a spolupracovat s nimi, podporovat jejich autonomii a respektovat jejich zapojení do plánování a poskytování péče.
- 4 Respektovat jedinečnost a důstojnost každého pacienta a klienta, povahu jeho zdravotních problémů a reagovat na jeho potřeby péče bez ohledu na jeho etnický původ, náboženské přesvědčení, osobní vlastnosti nebo další podobný faktor.

³ Česká asociace sester (ČAS) je odbornou profesní organizací, která vyžaduje od registrovaných členů i nečlenů, aby pracovali a chovali se podle norem uvedených v tomto kodexu. Kodex profesionálního chování vydaný ČAS je závazný pro všechny zdravotnické pracovníky členy i nečleny ČAS registrované touto organizací. Kodex byl projednán a přijat prezidiem a předsedy jednotlivých sekcí a regionů ČAS dne 11.10.2002 a je platný od 1.11.2002.

- 5 Spolupracovat se zdravotnickými pracovníky i ostatními osobami, kteří se podílejí na poskytování péče a respektovat jejich konkrétní přínos v týmové práci.
- 6 Umět rozpoznat hranice svých znalostí a kompetencí a odmítnout všechny úkoly, které nejste schopni vykonávat bezpečně a kvalifikovaně.
- 7 Udržovat a zvyšovat své odborné znalosti a kompetence.
- 8 Odpovědné osobě nebo příslušnému úřadu neprodleně oznámit veškeré problémy týkající se vašeho svědomí, které by mohly ovlivňovat výkon vaší profese.
- 9 Vyhnout se zneužívání vašeho výsadního postavení ve vztahu k pacientům a klientům, k jejich majetku, bydlišti nebo pracovišti.
- 10 Chránit všechny důvěrné informace týkající se pacientů a klientů, které získáte v průběhu výkonu svého povolání a sdělovat je pouze:
 - na základě souhlasu pacienta/klienta
 - na základě zproštění mlčenlivosti nadřízeným orgánem v tzv. důležitém státním zájmu
 - oznamovací povinnost ukládá povinnost zdravotníka oznámit trestný čin, týrání svěřené osoby nebo vraždu.
- 11 Oznámit odpovědné osobě nebo příslušnému úřadu veškeré okolnosti vyplývající z fyzického, psychického a sociálního prostředí, které by mohly ohrozit úroveň péče o pacienty a klienty.
- 12 Oznámit odpovědné osobě nebo příslušnému úřadu veškeré okolnosti, za nichž není možno poskytnout pacientům a klientům bezpečnou a odpovídající péči.
- 13 V rámci vlastních znalostí, zkušeností a povinností pomáhat kolegům v profesi při rozvoji jejich odborných kompetencí a dalším spolupracovníkům z týmu poskytujícího péči i dobrovolníkům umožnit pracovat bezpečně tak, aby jejich činnost byla v souladu s jejich rolí.
- 14 V rámci vlastních znalostí, zkušeností a povinností pomáhat kolegům v profesi při rozvoji jejich odborných kompetencí a dalším spolupracovníkům z týmu poskytujícího péči i dobrovolníkům umožnit pracovat bezpečně tak, aby jejich činnost byla v souladu s jejich rolí.

15 Odmítat veškeré dary, privilegia a pohostinnost ze strany pacientů a klientů, o něž v současné době pečujete, které je možno považovat za pokus ovlivnit vás a získat vaši přednostní pozornost.

Příloha č. 4

Etické normy v ošetrovatelském povolání ⁴

Norma 1

Sestra si váží jednotlivce jako jedinečné lidské bytosti s jeho hodnotou a důstojností

bez ohledu na pohlaví, etnickou skupinu, rasu, kulturu, náboženství nebo ekonomické postavení.

- 1 Zabezpečuje soukromí pro klienta při vyšetření, léčení, ošetřování a zaznamenávání osobních údajů.
- 2 Používá specifickou metodu identifikace jménem a příslušnými údaji o osobě klienta, lůžkách a seznamu osob na ošetrovací jednotce.
- 3 Používá spolehlivé metody při volání pomoci v případě potřeby.
- 4 Vytváří prostor pro pacientovu schopnost vyjádřit vlastní myšlenky a pocity týkající se dřívějšího a současného zdraví.
- 5 Akceptuje klienta v jeho současné situaci bez hodnocení.
- 6 Podporuje sebeúctu klienta tím, že mu umožňuje podílet se na plánování péče, která je mu poskytována.

Norma 2

Sestra pomáhá jednotlivcům, rodinám i jiným skupinám a také společenstvím dosahovat a udržovat optimální zdraví.

- 1 Používá poznatky přírodních, fyzikálních a behaviorálních věd k interakci s klientem (jedincem, skupinou, veřejností) jako jedinečnou lidskou bytostí (jedinečnými lidskými bytostmi) s jeho osobní hodnotou a důstojností.
- 2 Zjišťuje ošetrovatelskou anamnézu a dělá příslušná fyzikální vyšetření za použití příslušných vhodných nástrojů, skríninku a hodnocení.
- 3 Pořizuje záznam, který obsahuje všechny příslušné údaje o klientovi. Tento záznam musí být průběžný a použitelný i do budoucna.

⁴Sestra 1992, 2 (3), 17-18

- 4 Zjišťuje okamžitě, dočasně i dlouhodobě zdravotní potřeby klientů.
- 5 Zjišťuje reakce a odpovědi klienta na současné i potenciální zdravotní problémy.
- 6 Zjišťuje jeho kulturní orientaci z přesvědčení, které ovlivňují zdraví a zdravotní praktiky.
- 7 Formuluje ošetrovatelskou diagnózu a stanoví plán ošetřování po konzultaci s klientem a podle potřeby také konzultaci s ostatními odborníky.

Norma 3

Sestra podporuje prostředí bez nebezpečí, aby bylo možné dosáhnout vysoké úrovně celkové spokojenosti, zdraví, resp. uzdravení z nemoci.

- 1 Sbírá a využívá již získané údaje o nebezpečích hrozících ze strany životního prostředí v nemocnicích, domácnostech i obcích.
- 2 Zjišťuje aktuální a potenciální nebezpečí ohrožující udržení zdraví.
- 3 Monitoruje rizikové životní prostředí.
- 4 Učí personál praxe, které minimalizují nebo vyloučují rizika ze strany životního prostředí, ohrožujícího zdraví.
- 5 Zasahuje, aby minimalizovala nebo vyloučila rizika pro klienta ze strany životního prostředí.
- 6 Poučuje klienty o změnách způsobu života, které minimalizují nebo vyloučují rizika ze strany životního prostředí.

Norma 4

Sestra využívá vědecké poznatky jako základ pro rozhodování v ošetrovatelské praxi.

- 1 Kriticky zkoumá a zpochybňuje akceptované modely praxe.
- 2 Aplikuje nové poznatky tak, aby modifikovala a zlepšila akceptované způsoby praxe.
- 3 Systematicky sbírá údaje, které se týkají problémů ošetrovatelství.
- 4 Zjišťuje problémy klinického ošetrovatelství a využívá výzkumný proces, aby je pomáhala řešit.

- 5 Používá a přistupuje k výzkumu tak, aby mohla přispívat k tvorbě nových poznatků v ošetrovatelské praxi.

Norma 5

Sestra vykonává vhodné zákroky a léčebné úkony, aby ulehčila přežití období nemoci, zotavení z onemocnění, nebo přispěla k důstojnému umírání.

- 1 Využívá získané údaje o fyziologických a psychologických reakcích klientů na onemocnění k rozhodování při ošetrování.
- 2 Formuluje plán řízení ošetrovatelské činnosti, který podporuje terapeutický režim a předchází komplikacím.
- 3 Vykonává terapeutické zákroky, aby ulehčila přežití a zotavení z choroby.
- 4 Inicjuje neodkladné zákroky, aby ulehčila přežití a zotavení z choroby.
- 5 Uspokojuje všechny biopsychosociální potřeby klienta, jak to vyžaduje jeho zdravotní stav.
- 6 Vytváří fyzikální a psychologické prostředí, které přispívá uzdravení, získání zdraví nebo důstojnému umírání.
- 7 Opakovaně hodnotí a stanovuje priority, vrací se ke stanovení nových cílů a reviduje plán ošetrovatelské péče.

Norma 6

Sestra hodnotí účinnost poskytované péče na základě subjektivního a objektivního stavu pacienta a výsledků ošetrovatelského procesu.

- 1 Využívá neuspokojené potřeby klienta k tomu, aby vytyčila cíle ošetrovatelské péče a plánovala ošetrovatelský proces.
- 2 Předvídá výsledky ošetrování na základě reakcí klienta.
- 3 Zaznamenává ošetrovatelské zákroky a reakce klienta systematickým a vyhodnotitelným způsobem.
- 4 Stanovuje, zda existují měřitelné důkazy pro pokrok směrem k dosažení cíle.
- 5 Reviduje a modifikuje plán ošetrovatelského procesu podle diskrepance mezi předpovědí a výsledkem.

Norma 7

Sestra pomáhá klientům dosahovat a udržovat si rovnováhu mezi potřebami osobního růstu a optimálními funkcemi.

- 1 Hodnotí připravenost klienta naučit se zručnosti v sebeobsluze.
- 2 Učí klienta základní zručnosti potřebnou pro to, aby se mohl sám o sebe postarat.
- 3 Učí klienta odhalovat změny ve zdravotním stavu.
- 4 Předem usměrňuje klienta v otázkách změny zdravotního stavu.

Norma 8

Sestra odhaluje změny zdravotního stavu a odchylky od optimálního vývoje.

- 1 Sbírá základní údaje o zdravotním stavu a vývoji.
- 2 Zjišťuje jemné a významné tělesné i psychické reakce na změny zdravotního stavu.
- 3 Mění podle potřeby plán péče o klienta ve spolupráci s klientem a ostatními zdravotnickými odborníky.
- 4 Zasahuje za účelem léčby tělesných a psychických reakcí do změn zdravotního stavu.
- 5 Monitoruje zdravotní stav po změnách.
- 6 Koordinuje poskytování ošetrovatelské péče v případě, že se na ní podílejí i jiní zdravotničtí odborníci.

Norma 9

Sestra je povinna soustavně se vzdělávat, zvyšovat svoji profesionální úroveň a přispívat k profesionálnímu růstu jiných.

- 1 Rozšiřuje si svůj osobní všestranný rozhled tím, že vyhledává poznatky a kontakty s jinými profesionálními a kulturními skupinami.
- 2 Zvyšuje svůj profesionální rozvoj využíváním všech možností kontinuálního vzdělávání
- 3 Zúčastňuje se akce své profesionální organizace.
- 4 Všechny nové poznatky aplikuje a využívá ve své ošetrovatelské praxi.

Příloha č. 5:

Etický kodex Lékařské komory České republiky

(1996)⁵

I. Obecné zásady

§ 1

1. Stavovskou povinností lékaře je péče o zdraví každého člověka bez rozdílu, v souladu se zásadami lidskosti, v duchu úcty ke každému lidskému životu se všemi ohledy na důstojnost lidského jedince.
2. Úkolem lékaře je chránit zdraví a život, mírnit utrpení a to bez ohledu na národnost, rasu, barvu pleti, náboženské vyznání, politickou příslušnost, sociální postavení, sexuální orientaci, věk, rozumovou úroveň a pověst pacienta či osobní pocity lékaře.
3. Lékař má znát zákony a závazné předpisy platné pro výkon povolání a tyto dodržovat. S vědomím osobního rizika se nemusí cítit být jimi vázán, pokud svým obsahem nebo ve svých důsledcích narušují lékařskou etiku, ohrožují základní lidská práva.
4. Lékař je povinen být za všech okolností ve svých profesionálních rozhodnutích nezávislý a odpovědný.
5. Lékař uznává právo každého člověka na svobodnou volbu lékaře.

II. Lékař a výkon povolání

§ 2

1. lékař v rámci své odborné způsobilosti a kompetence svobodně volí a provádí ty preventivní, diagnostické a léčebné úkony, které odpovídají současnému stavu lékařské vědy a jsou prakticky dostupné, a které považuje pro nemocného za nejvýhodnější. Přitom je povinen respektovat v co největší možné míře vůli nemocného nebo jeho zákonného zástupce.

⁵ V roce 1991 byl přijat zákon č.220/1991 Sb. o České lékařské komoře a dalších (České stomatologické komoře, České lékárnické komoře), které přijaly své profesní kodexy. Etický kodex ČLK byl schválen na 5.sjezdu ČLK dne 10.12.1995 a nabyl účinnosti dne 1.1.1996.

2. Každý lékař je povinen v případech ohrožení života a bezprostředního vážného ohrožení zdraví neodkladně poskytnout lékařskou pomoc.
3. Lékař musí plnit své povinnosti v situacích veřejného ohrožení a při katastrofách přírodní nebo jiné povahy.
4. Lékař má právo odmítnout péči o nemocného z odborných důvodů nebo je-li pracovně přetížen, nebo je-li přesvědčen, že se nevytvořil potřebný vztah důvěry mezi ním a pacientem. Je povinen doporučit, v případě souhlasu nemocného zajistit, vhodný postup v pokračování léčby.
5. Lékař nemůže být donucen k takovému lékařskému výkonu nebo spoluúčasti na něm, který odporuje jeho svědomí.
6. Lékař nesmí předepisovat léky, na něž vzniká závislost, nebo které vykazují účinky dopingového typu k jiným než léčebným účelům.
7. Lékař u nevléčitelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení. Vůči neodvratitelné a bezprostředně očekávané smrti však nemá být cílem lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu. Eutanazie a asistované suicidium nejsou přípustné.
8. U transplantací se lékař řídí příslušnými předpisy. Odběru tkání a orgánů nesmí být zneužito ke komerčním účelům.
9. Lékař je v zájmu pacienta povinen důsledně zachovávat lékařské tajemství s výjimkou případů, kdy je této povinnosti souhlasem pacienta zbaven nebo když je to stanoveno zákonem.
10. Lékař, který vykonává své povolání, je povinen odborně se vzdělávat.
11. Lékař je povinen při výkonu povolání vést a uchovávat řádnou dokumentaci písemnou nebo jinou formou. Ve všech případech je nutná přiměřená ochrana znemožňující změnu, zničení nebo zneužití.
12. Lékař nesmí své povolání vykonávat formou potulné praxe.
13. Lékař nesmí sám nebo po dohodě s jinými ordinovat neúčelné diagnostické, léčebné a jiné úkony ze zjištěných motivů. V rámci své pravomoci nesmí poskytovat odborně neodpovídající vyjádření, z nichž by plynuly občanům neoprávněné výhody.
14. Pokud lékař doporučuje ve své léčebné praxi léky, léčebné prostředky a zdravotní pomůcky, nesmí se řídit komerčními hledisky, ale výhradně svým svědomím a prospěchem pacienta.

15. Lékař se podle svého uvážení účastní na prezentaci a diskuzi medicínských témat na veřejnosti, v tisku, televizi, rozhlasu, musí se však vzdát individuálně cílených lékařských rad a doporučení pro svůj soukromý prospěch.
16. Lékař se musí zdržet všech nedůstojných aktivit, které přímo nebo nepřímo znamenají propagaci nebo reklamu jeho osoby a lékařské praxe a ve svých důsledcích jsou agitační činností cílenou na rozšíření klientely. Nesmí rovněž tyto aktivity iniciovat prostřednictvím druhých osob.
17. Nový způsob léčení je možné použít u nemocného až po dostatečných biologických zkouškách, za podmínek dodržení Helsinské konvence a Norimberského kodexu pod přísným dohledem a pouze tehdy, pokud pacienta nepoškozuje.
18. Lékař si má být vědom své občanské úlohy i vlivu na okolí.

III. Lékař a nemocný

§ 3

1. Lékař plní vůči nemocnému odpovědně a svědomitě své profesionální povinnosti. Vždy včas a důsledně zajistí náležitá léčebná opatření, která zdravotní stav nemocného vyžaduje.
2. Lékař se k nemocnému chová korektně, s pochopením trpělivosti a nesníží se k hrubému nebo nemravnému jednání. Bere ohled na práva nemocného.
3. Lékař se má vyvarovat paternalistických pozic v postojích vůči nemocnému a respektovat ho jako rovnocenného partnera se všemi občanskými právy i povinnostmi včetně zodpovědnosti za vlastní zdraví.
4. Lékař je povinen pro nemocného srozumitelným způsobem, odpovědně informovat jeho nebo zákonného zástupce o charakteru onemocnění, zamýšlených diagnostických a léčebných postupech včetně rizik, o uvažované prognóze a o dalších důležitých okolnostech, které během léčení mohou nastat.
5. Zadržování informací o nepříznivé diagnóze nebo prognóze je možné individuálně v zájmu nemocného dle úvahy a svědomí lékaře. V těchto případech by měl lékař, pokud nemocný neurčí jinak, informovat rodinné příslušníky pacienta, nebo osoby jemu blízké.

6. Lékař nesmí zneužívat ve vztahu k nemocnému jeho důvěru a závislost jakýmkoliv způsobem.

IV. Vztahy mezi lékaři

§ 4

1. Základem vztahů mezi lékaři je vzájemně čestné, slušné a společensky korektní chování spolu s kritickou náročností, respektováním kompetence, přiznáním práva na odlišný názor.
2. Lékař v zájmu své stavovské cti i s ohledem na pověst lékařské profese nesmí podceňovat a znevažovat profesionální dovednosti, znalosti a poskytované služby jiných lékařů, natož používat ponižujících výrazů o jejich osobách, komentovat nevhodným způsobem činnost ostatních lékařů v přítomnosti nemocných a nelékařů.
3. Lékař kolegiálně spolupracuje s těmi lékaři, kteří současně nebo následně vyšetřují či léčí stejného pacienta. Předává-li z důvodných příčin nemocného jinému lékaři, musí mu odevzdat zjištěné nálezy a informovat ho o dosavadním průběhu léčby.
4. Lékař je povinen požádat dalšího nebo dalšího lékaře o konzilium vždy, když si to vyžádají okolnosti a nemocný souhlasí. Je právem lékaře navrhnout osobu konzultanta. Závěry konziliárního vyšetření mají být dokumentovány zásadně písemnou formou a je povinností o nich informovat nemocného se zvláštním důrazem tehdy, pokud se názory lékařů liší, a je právem lékaře vzdát se dalšího léčení, pokud se nemocný přikloní k jinému názoru konzultanta.
5. Lékař musí svou praxi vykonávat zásadně osobně. Zastupován může být dočasně, a to lékařem vedeným v seznamu Lékařské komory a splňujícím potřebné odborné předpoklady.

V. Lékař a nelékař

§ 5

1. Lékař spolupracuje se zdravotnickými pracovníky vyškolenými v různých specializovaných činnostech. Pověří-li je diagnostickými nebo léčebnými úkoly a dalšími procedurami, musí se přesvědčit, zda jsou odborné, zkušenostmi a zodpovědností způsobilí tyto úkony vykonávat.
2. Lékaři není dovoleno vyšetřovat nebo léčit s osobou, která není lékařem a nepatří k zdravotnímu personálu. Tyto osoby nesmějí být přítomny ani

jako diváci při lékařských výkonech. Výjimkou z uvedených zásad jsou osoby, které se u lékaře vzdělávají, nebo pracují v lékařských oborech a další osoby, s jejichž přítomností pacient souhlasí, pokud není lékařsky zdůvodněna.

Příloha č. 6:

Slib ošetřovatelek Florence Nightingalové

„Slibuji slavnostně Bohu na svou čest za přítomnosti celého tohoto shromáždění, že povedu mravný život a že věrně budu vykonávat své povolání. Zdržím se všeho zhoubného a špatného a nikdy vědomě nepodám škodlivý lék. Půčiním se, seč moje síly stačí, povznést úroveň svého povolání a zachovám tajemství o všem, co mi důvěrně bude svěřeno o osobních a rodinných záležitostech nemocných, o nichž se dozvím při své činnosti. Vynasnažím se podle svých sil podporovat loajálně lékaře při jejich práci a obětavě pečovat o blaho těch, kdož budou svěřeni do mojí péče.“⁶

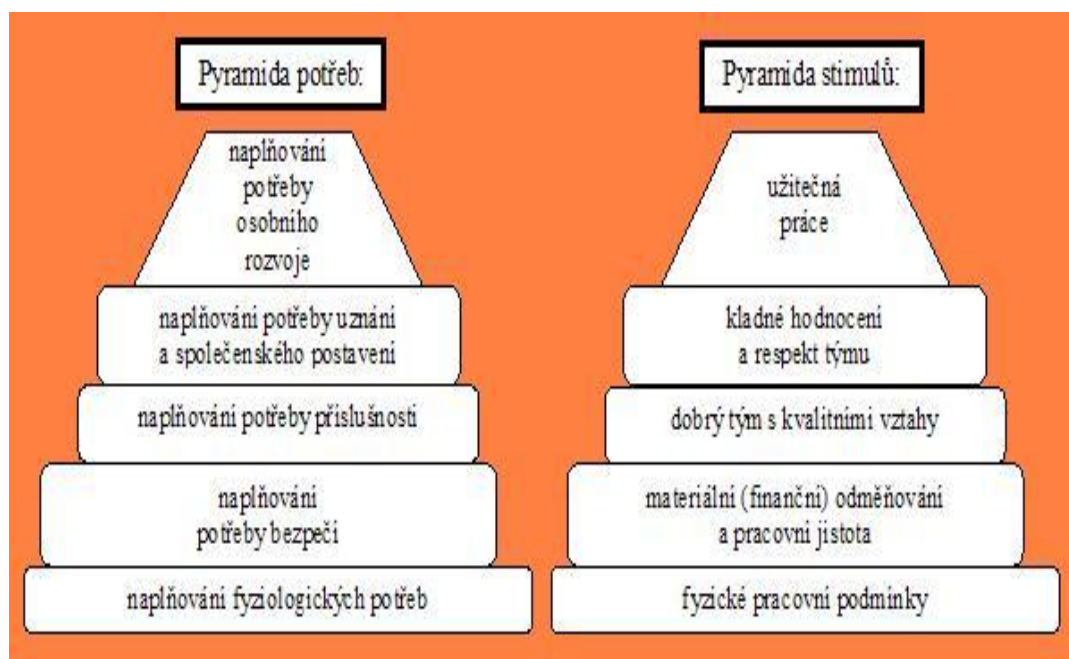
Plevová, Slowik, 2008, s.56

Příloha č. 7:

Pyramida potřeb a stimulů

Maslowova pyramida lidských potřeb patří nepochybně k nejcitovanějším pojmům z oblasti motivace. Mnozí autoři na tento pojem navazují a rozvíjejí ho. Jiří Plamínek ve své knize „Synergický management“ (Argo 2000) uvádí dvojí provedení této pyramidy.

Tabulka pyramidy potřeb a pyramidy stimulů.



Pomocí vhodných stimulů se uspokojují potřeby ve stejném patře pyramidy. Jiří Plamínek k tomu dodává: „Člověk může být efektivně motivován k chování, souvisejícímu s vyšším patrem pyramidy, jedině tehdy, když jsou uspokojeny jeho potřeby v patrech nižších.“

Zkušenosti z praxe napovídají, že kdo chce odhadnout, jaké potřeby jsou u toho kterého člověka aktuální a na jaké stimuly ten člověk bude kladně reagovat, musí s ním komunikovat s určitou empatií, všimnout si jeho chování a tím zjistit, v kterém patře pyramidy potřeb je ten člověk. Pak teprve může nabízet určité stimuly a očekávat kladnou odezvu. Citujme ještě – s ohledem na možnost použití pyramidy stimulů - Jiřího Plamínka: „Je možné si povšimnout, že silné stimuly se nalézají v různých patrech pyramidy. Není tedy pravda, že peníze jsou jediným funkčním pracovním stimulem. Spíše zůstávají stimulem nejjednodušeji použitelným. Motivace začíná u úvahy, na které patro Maslowovy pyramidy je třeba v konkrétním případě konkrétního člověka zaměřit pozornost. Nemá smysl se příliš orientovat na vysoká patra, pokud v jejich podloží existují trhliny.“

[Online]. [cit. 2010-04-16]. Dostupné z < [http:// bosston.cz/clanek/motivace](http://bosston.cz/clanek/motivace)>

Příloha č. 8:

Dotazník

Vážená paní / Vážený pane,

Dovoluji si obrátit se na Vás s prosbou o vyplnění následujícího dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce v oboru ošetrovatelství.

Dotazník je anonymní a slouží pro zjištění spokojenosti zaměstnanců středního managementu ve Vaší nemocnici.

Pokud souhlasíte s vyplněním dotazníku, dopište správné odpovědi a čtvereček označte křížkem.

1. Považujete Vaše povolání za psychicky náročnou práci?

rozhodně ano spíše ano spíše ne rozhodně ne nehodnotím

2. Je podle Vašeho názoru Vaše práce fyzicky náročná?

rozhodně ano spíše ano spíše ne rozhodně ne nehodnotím

3. Napište celkový počet Vašich podřízených.....

4. Jak se cítíte v současném pracovním kolektivu?

velmi spokojen/a spokojen/a spíše nespokojen/a velmi nespokojen/a

5. Myslíte si, že Váš způsob komunikace s podřízenými ovlivňuje jejich chování k pacientům?

určitě ano spíše ano spíše ne určitě ne

6. Jaké je Vaše vzdělání v oblasti managementu?

VŠ PSS kurz

Pokud ano, vypište jaké.....

7. Je Vaše kvalifikace účelně využita

rozhodně ano spíše ano spíše ne rozhodně ne nehodnotím

8. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

středoškolské s maturitou vyšší odborné vysokoškolské

9. Pohlaví

žena muž

10. Pracovní zařazení.....a počet roků ve funkci

11. Délka praxe v nemocnici (počet roků).....

12. Je Váš nadřízený ochoten naslouchat Vaším mimopracovním problémům?

rozhodně ano spíše ano spíše ne rozhodně ne nehodnotím

13. Poděkoval Vám Váš nadřízený za Vaše dílčí pracovní úspěchy v posledních 3 měsících?

ano ne nevím

14. Poděkoval Vám Váš podřízený za Vaše dílčí pracovní úspěchy v posledních 3 měsících?

ano ne nevím

15. Řešíte problémy svých podřízených i v době pracovního volna?

ano, často občas ne

16. Dáváte svým spolupracovníkům možnost zpětné vazby?

ano, vždy ano, často občas ne

Pokud ano, je adekvátní Vašemu pracovnímu úsilí?%
Uved'te v procentech (100% je maximum)

17. Jsou Vaše kompetence přiměřené Vaší funkci?

ano ne nehodnotím

Pokud ne, uveďte příklad neadekvátních úkolů, s kterými se setkáváte, a nespádají do Vaší kompetence

.....

18. Nejčastější problém, se kterým se setkáváte je:

- neadekvátní rozdělení kompetencí
- nedostatek personálu
- finanční limity
- konflikty mezi personálem
- technické problémy na pracovišti
- mzdové ohodnocení
- spolupráce s lékaři
- a jiné, uveďte

jaké.....

19. Máte pocit, že Vaše práce negativně zasahuje do Vašeho osobního života?

rozhodně ano spíše ano spíše ne rozhodně ne nehodnotím

20. Napadlo Vás vyplnit si dotazník možného syndromu vyhoření?

Př. (<http://www.syndrom-vyhoreni.psychoweb.cz/test2/vys2>)

- ano ne

Pokud ano, jaký byl Váš výsledek?.....

21. Co Vás nejvíce motivuje na Vaší práci?

.....

22. Uved'te, zda se liší Vaše ideály před nástupem do funkce se skutečnou realitou?

- určitě ano spíše ano spíše ne určitě ne

Pokud ano, v které oblasti vidíte největší rozdíl.....

**Děkuji Vám za vyplnění dotazníku a za čas, který jste mu věnoval/a.
Přeji Vám hodně úspěchů v práci.**

Ivana Bališová
LF Hradec Králové