

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Intenzivní péče



Bc. Jana Vyskotová

Rozhodování sester v intenzivní péči

Decision Making of Nurses in Intensive Care

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Eva Marková

Praha 2011

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 25. 04. 2011

JANA VYSKOTOVÁ

Podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Evě Markové za odborné vedení a cenné podněty při zpracování mé diplomové práce.

Identifikační záznam:

VYSKOTOVÁ, Jana. *Rozhodování sester v intenzivní péči. [Decision Making of Nurses in Intensive Care]*. Praha, 2011. 82 s., 1 příl. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Marková, Eva.

ABSTRAKT

Cílem této diplomové práce bylo zjistit, které faktory převážně ovlivňují rozhodování sester v intenzivní péči a na základě čeho se tyto sestry rozhodují. Práce je členěna na teoretickou a empirickou část. V teoretické části jsou vymezeny pojmy rozhodování, rozhodovací situace, chyby v rozhodování, je rozebrána problematika rozhodování v ošetrovatelství a kompetence sester, souvisejících s rozhodováním. V empirické části jsou zpracovány výsledky dotazníkového šetření, týkajícího se rozhodování sester v intenzivní péči. Šetření se zúčastnilo 97 probandů z řad sester intenzivní péče. Z analýzy dat vyplývá, že většina sester v intenzivní péči (74 %) není přesvědčena, že je škola teoreticky i prakticky připravila na rozhodování. Většina sester v intenzivní péči (97 %) je naopak přesvědčena, že jim praxe usnadňuje rozhodování. Většina sester v intenzivní péči (96 %) se může samostatně rozhodovat nejvíce v oblasti základní ošetrovatelské péče. Většina sester v intenzivní péči (72 %) prožívá během rozhodování stres. Sestry nejvíce stresuje nedostatek času (80 %), málo informací o vzniklém problému (60 %) a nedostatečné pokyny od lékaře (53 %). Zhruba třetina sester (33 %) však při rozhodování prožívá uspokojení. 93 % sester v intenzivní péči hodnotí svá rozhodnutí ve stresové situaci převážně jako správná.

Klíčová slova:

Sestry v intenzivní péči, rozhodování, faktory ovlivňující rozhodování, kompetence.

ABSTRACT

The aim of this thesis was to find which factors prevail to influence the decisions that nurses make in intensive care and on what basis they decide. The work is divided into theoretical and empirical part. In the theoretical part the terms such as decision, decision-making situations, mistakes in decision-making have been determined, and the issues concerning the decisions in nursing and in the competences of nurses connected with decisions have been analysed. In the empirical part the results of questionnaire regarding the decisions of nurses in intensive care have been processed and analysed. 97 subjects among the nurses in intensive care have taken part in the testing.

From the analysis of the data received from the questionnaire there comes out that the majority of nurses in intensive care (74 %) are not convinced that the school has prepared them for making decisions from both the theoretical and practical point of view. On contrary, the majority of nurses in intensive care are convinced that their education (79 %) and practice (97 %) may enable decisions. The majority of nurses in intensive care (96 %) are able to make independent decisions mostly in the area of basic nursing care. The majority of nurses in intensive care (72 %) experience stress during their decision-making. The nurses are mostly stressed of lack of time (80, 4 %), little information about an existing problem (60 %) and of scanty instructions from the part of a physician (53 %). Roughly estimated a third of nurses (33 %), however, feel satisfaction when making decisions. The nurses in intensive care evaluate their decisions made in stress situations mostly as right ones.

Keywords:

nurses in intensive care, decision-making, factors influencing decision-making, competences.

OBSAH

ÚVOD.....	8
1 ROZHODOVÁNÍ	11
1.1 Základní pojmy	11
1.2 Rozhodovací situace.....	14
1.3 Chyby v rozhodování	16
2 ROZHODOVÁNÍ V OŠETŘOVATELSTVÍ.....	19
2.1 Faktory ovlivňující rozhodování sester	20
2.1.1 Individuální faktory	21
2.1.2 Faktory zevního prostředí	25
2.2 Rozhodování sester založené na důkazech	26
2.3 Překážky v rozhodování sester	29
2.4 Chyby v rozhodování sester	30
3 KOMPETENCE SESTER	34
3.1 Vymezení kompetencí.....	35
3.1.1 Kompetence lékařů	35
3.1.2 Kompetence sester	36
3.2 Ošetrovatelské standardy	37
4 ROZHODOVÁNÍ SESTER V INTENZIVNÍ PÉČI	39
4.1 Formulace problému	39
4.2 Cíle práce a hypotézy	39
4.3 Metodologie výzkumu	40
5 VÝSLEDKY	45
5.1 Vyhodnocení kvantitativního šetření	59
6 DISKUSE	72
ZÁVĚR	77
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	79
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ.....	84
SEZNAM OBRÁZKŮ	85
SEZNAM PŘÍLOH.....	87

ÚVOD

Rozhodování je základní součástí ošetrovatelské péče. Jedná se o faktický proces, který sestra v naléhavé situaci, zejména v časové tísní, musí podstoupit a měla by na něj být připravena. Vzhledem k charakteru povolání sestry se většina jejích rozhodnutí týká postupů v ošetrovatelské péči. Záleží velmi na tom, jak velkou autonomii v této oblasti získá. Je přitom limitována zevními faktory, např. organizačními předpisy, standardy, zvyklostmi na oddělení nebo v dané organizaci, i vnitřními faktory, např. typem osobnosti, schopností rozhodovat se, motivací (důvody, proč podstupovat svým rozhodnutím jistou míru rizika). „*Ošetrovatelská péče je prováděna jak podle ordinace ošetřujícího lékaře, tak i dle rozhodnutí sestry poskytující ošetrovatelskou péči*“ (Vondráček, Wirthová, 2008, s. 14). Bártlová (2005) vyslovuje názor, že „*sestra slouží jako prostředník mezi lékařem a pacientem. Udržuje přirozený postoj k pacientovi a k lékaři a snaží se udržovat stejnoměrně vzájemný vztah. Pomáhá vytvářet v pacientovi důvěru k lékaři, což je částí její zodpovědnosti. Pro nejlepší terapeutické výsledky je podstatné, aby vztah lékař – sestra – pacient byl harmonicky integrovaný. Sestra dělá tento celek operativním, plní funkci prostředníka mezi lékařem a pacientem, je interpretem lékaře a jeho činnosti ve vztahu k nemocnému, zaměřuje své úsilí na získávání pacienta ke spolupráci s ošetřujícím lékařem. Lékař jako vedoucí činitel je odpovědný za hlavní rozhodnutí týkající se pacientova léčení, ale jestliže pacient nedůvěřuje lékaři nebo ho nepochopí, jeho léčení může být méně efektivní. Zůstává na sestře vytvořit vztah odpovědnosti a udržet harmonický vzájemný vztah mezi těmito dvěma*“ (Bártlová, 2005, s. 144).

Pokud se sestra ztotožňuje s rozhodnutím lékaře o způsobu léčby konkrétního pacienta, je pro ni snadnější vykonávat požadované úkony a o tohoto pacienta dobře pečovat. V případě, že jsou pro ni rozhodnutí lékaře nepochopitelná z hlediska mravního nebo odborného (zejména v případě zkušené sestry a nezkušeného, začínajícího lékaře), mohou u ní vznikat obavy, stres, pocit nespokojenosti a frustrací.

V intenzivní péči sestry a lékaři při péči o kriticky nemocné a umírající pacienty úzce spolupracují. Autorky O'Connor a Aranda (2005) v rámci svého výzkumu zkoumaly názory sester. Podle těchto autorek si některé sestry myslí, že lékaři na těchto odděleních mají vůči sestrám větší respekt, protože z toho vychází podstata týmové práce. Lékaři mají také tendenci zdůrazňovat důležitost spolupráce se sestrami v prostředí intenzivní péče. Přesto sestry často pochybují o tom, do jaké míry mohou ovlivnit průběh léčby

u jednotlivých pacientů. Organizace léčebné péče jak v oblasti kritické péče, tak v celé nemocnici vede k tomu, že lékaři různé otázky konzultují spíše se svými kolegy, než s ostatními členy multidisciplinárního týmu. Podle sester tento způsob práce přispívá k tomu, že nelze dobře předvídat, jak se bude odvíjet péče o pacienta, a na mnohé aspekty péče o pacienty nemají vliv.

Pokud učiní zdravotní sestry rozhodnutí, musí počítat s rizikem vzniku chyb a čelit jejich následkům. Cílem sester by mělo být jednak získat kompetence k odpovědnému rozhodování, jednak eliminovat chybná rozhodnutí. K tomu je nutno analyzovat rozhodovací procesy, podmínky, za kterých tato rozhodnutí vznikají, a objektivizovat faktory, které tato rozhodnutí mohou ovlivnit. Tomuto problému se v různé míře věnují odborníci z různých zemí. Např. Hagbaghery et al. (2004) uvádějí, že pohled sester a jejich zkušenosti s faktory, které ovlivňují jejich klinická rozhodnutí, jsou zřídka studovány.

Vzhledem k různorodosti organizace poskytování zdravotní péče v různých zemích a k odlišnostem v autonomii rozhodování sester v různých zemích mě zajímalo, jaké faktory ovlivňující rozhodování sester v intenzivní péči převažují v České republice. Vlastním pozorováním a vlastní zkušeností s prací sestry v intenzivní péči jsem se přesvědčila o faktu, že jsou sestry v intenzivní péči nuceny se neustále samostatně rozhodovat v různých aspektech péče o pacienta s vědomím velké zodpovědnosti za tato svá rozhodnutí. Při různých rozhovorech s kolegyněmi jsem zjistila, že si některé sestry myslí, že se musí rozhodovat nad rámec svých povinností, naopak jiným sestrám samostatnost v rozhodování velmi vyhovuje a chtěly by kompetence v rozhodování rozšířit. Zajímalo mě, zda vzdělání, praxe či jiné faktory souvisejí s těmito postoji. Získáním faktických poznatků lze argumentovat jak při jednání profesní organizace sester o kompetencích sester intenzivní péče, tak eventuálně zapracovat některé důležité aspekty do standardů ošetrovatelské péče.

Tato diplomová práce je členěna na teoretickou a empirickou část. Obsah teoretické části tvoří tři kapitoly. V první kapitole vymezují pojmy rozhodování, rozhodovací situace, chyby v rozhodování. Druhá kapitola uvádí do problematiky rozhodování v ošetrovatelství. Zabývám se zde vnitřními a vnějšími faktory, které mohou ovlivnit rozhodování sester, překážkami a chybami v rozhodování sester. Ve třetí kapitole se věnuji kompetencím sester, souvisejícími s rozhodováním. Empirickou část tvoří rovněž tři kapitoly. Ve čtvrté kapitole uvádím cíle práce, metodologii výzkumu a charakteristiku zkoumaného souboru. V páté kapitole uvádím výsledky a v šesté kapitole diskusi k naměřeným datům. Cílem této

diplovové práce je zjistit, které faktory ovlivňují rozhodování sester v intenzivní péči, zjistit, jak sestry v intenzivní péči prožívají proces rozhodování, zjistit, koho sestry v intenzivní péči preferují, chtějí-li se při rozhodování poradit.

1 ROZHODOVÁNÍ

V každém zaměstnání existuje řada situací, ve kterých se musí vedoucí pracovník nebo zaměstnanec rozhodovat o vhodném dalším postupu. Cílem je provést správnou věc, vykonat požadovanou činnost, vytvořit funkční produkt, zisk atd. A naopak, je nutno se vyvarovat zbytečných chyb, které by mohly ohrozit nebo poškodit jednak pracovníka či organizaci, jednak klienta, zákazníka či pacienta. Poznatky z oblasti rozhodování platí obecně a jsou aplikovatelné ve všech oborech lidského konání včetně zdravotnictví.

1.1 Základní pojmy

Různí autoři se snažili definovat pojem rozhodování. Rozhodováním se zabývá teorie řízení, sociologie a psychologie. Ze všech definic víceméně vyplývá, že se jedná o pojem charakterizující výběr mezi několika možnostmi. Člověk se rozhoduje na podkladě jemu známých informací, kterým přiřkládá význam podle své hodnotové orientace. Podle Slovníku spisovné češtiny (1998, s. 359) znamená pojem „*rozhodnout se*: 1. dojít k závěru, odhodlat se; 2. vyvolit jednu z několika možností, rozmyslit se.“

„**Rozhodování** je proces vyhodnocování informací, které jsou k dispozici, a zvažování důsledků rozhodnutí“ (Gladkij a kol., 2003, s. 204). Podle Reasona (1990) je rozhodování kognitivní proces, směřující k výběru mezi alternativami. „Rozhodování je řešení problémů s alespoň dvěma variantami. V každém rozhodovacím procesu musí být přítomny tyto prvky:

- objekt rozhodování (situace, problém, zákazník apod.);
- subjekt rozhodování (osoba, která o problému rozhoduje);
- cíle, kterých má být rozhodováním dosaženo;
- varianty rozhodování;
- kritéria výběru variant rozhodování;
- možné důsledky variant rozhodování“ (Kropáč, 2011).

Například na jednotce intenzivní péče je objektem rozhodování pacient, který se právě nachází v život ohrožující situaci. Subjektem rozhodování je lékař nebo kompetentní sestra. Cílem je záchrana života nebo zlepšení zdravotního stavu pacienta. Lékař či sestra se rozhodují mezi několika variantami řešení, jak v nejisté situaci postupovat. Musí rychle

zvážit kritéria výběru správné varianty a rozhodnout se pro neoptimálnější možnost řešení dané situace. Přitom musí zvážit možné důsledky (např. pooperační komplikace, ztráta končetiny, smrt pacienta s následnou možnou žalobou příbuzných apod.).

Rozhodování je proces, který začíná identifikací problému a končí hodnocením volby a průběhu akce. Hovoří se o **rozhodovacím procesu**. Ten, kdo rozhoduje, se nazývá **rozhodovatel** (subjekt rozhodování). Termínem *rozhodovací proces* rozumíme jednotlivé kroky, které musí být provedeny a ukončeny při řešení rozhodovacích problémů, tj. problémů, ve kterých je možné a nutné zvolit jednu nebo několik z dostatečného množství možností rozhodnutí. Přitom není zjevně zřejmé, která z těchto možností je nejlepší, protože není přesně známo, jaké důsledky pro rozhodovatele její volba bude mít. Je to tedy proces volby nebo výběru rozhodnutí. Rozhodovací proces má dvě stránky – věcnou a procedurální.

- **Věcná stránka** rozhodovacího procesu je dána oblastí řešeného problému, otázkou „Co řešíme?“.
- **Procedurální stránka** rozhodovacího procesu obsahuje metody jeho řešení, nabízí odpověď na otázku „Jak řešíme, jak postupujeme?“.

Výsledkem rozhodovacího procesu může být podle řešení normativní nebo deskriptivní.

- **Normativní řešení** – nejlepší řešení, které se stává normou řešení jednotlivých situací.
- **Deskriptivní řešení** – je výsledkem podrobného popisu problémové situace, analýzy jednotlivých možností řešení a volbu alternativy podporuje nepřímou (Brožová, 2011).

Pro správnou analýzu problémové situace a volbu kvantitativních metod a exaktních postupů řešení problémů je důležité správně popsat prvky rozhodovacího procesu. Podle Brožové (2011) to jsou:

- **subjekt rozhodování** – rozhodovatel,
- **objekt rozhodování** – řešený problém,
- **varianty rozhodnutí** – jednotlivé možnosti řešení,
- **cíl rozhodování** – cíl, kterého má být volbou řešení dosaženo,
- **kritéria rozhodování** – hodnotí jednotlivé alternativy a umožňují vybrat nejvhodnější z nich,
- **stavy okolností** – zobrazují budoucí vývoj problémové situace,

- **jistota, riziko, nejistota** – charakterizují míru našich znalostí o vývoji rozhodovací situace.

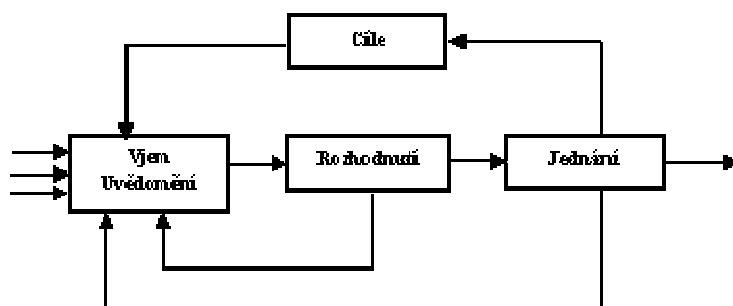
Rozhodovací procesy probíhají v jednotlivých krocích, které na sebe logicky navazují (Jones, Beck, 1995; Krairiksh, Anthony, 2001).

- Krok 1: **identifikace problému** – objevení a formulace problému, poznání stavu. V intenzivní péči zahrnuje briskní zhodnocení situace (na základě zjevných příznaků).
- Krok 2: **hledání alternativ** – znamená rozbor problému, tzn. zpracování a vyhodnocení informací o problému, návrh alespoň dvou variant řešení. V intenzivní péči je tento krok založen na rychlém vyhodnocení intervencí ve srovnání s podobnými situacemi, které sestra zná.
- Krok 3: **výběr alternativy** – volba varianty řešení. V intenzivní péči probíhá téměř současně s **realizací daného rozhodnutí** (krok 4).
- Krok 5: **hodnocení zvoleného řešení** – zda bylo řešení úspěšné nebo neúspěšné, jaké důsledky nastaly, jak dále naložit s danou zkušeností..

Různí autoři (Krairiksh, Anthony, 2001; Banning, 2008; Kropáč, 2011) se shodují, že se na rozhodování podílejí následující faktory:

- vzdělání,
- předchozí zkušenosti (délka praxe),
- styl řízení na daném pracovišti,
- další faktory (subjektivní, objektivní).

Každý rozhodovací proces produkuje konečnou volbu zvanou **rozhodnutí**. Rozhodnutí je výsledkem rozhodovacího procesu. Podle Kropáče (2011) se rozhodnutím rozumí výběr jedné varianty (podle zvoleného kritéria nejlepší) z několika variant. Rozhodnutím může být buď akce/chování nebo názor/postoj. Rozhodnutí se realizuje jednáním. Lidské jednání je podle Havlíkové (2009) založeno na vynuceném pořadí jednotlivých procesů (viz obr. 1). Jde o reakci na událost, na vjem nebo pozorovaný signál, kdy následuje rozhodnutí a poté jednání. Je možný i zkrácený proces lidské reakce a to bez rozhodovací fáze.



Obr. 1 Model zpracování informace (převzato z Havlíková, 2009)

Lidské jednání je charakterizováno jak kreativními procesy, tak procesy rutinními. Kreativní procesy obsahují stejné kroky jako procesy rutinní, ale kladou větší nároky na hluboké znalosti, schopnost propojovat informace, intuici, odvahu hledat nová řešení. Vždy záleží na tom, s jakými informacemi se pracuje. Hovoří se o tzv. rozhodovacích situacích.

1.2 Rozhodovací situace

Rozhodování probíhá podle toho, s jakými informacemi při něm můžeme pracovat. Pravidla lze aplikovat na kterýkoliv obor, tedy i na ošetřovatelství.

- **Rozhodování za jistoty** – rozhodování s úplnými informacemi (Erbes, 2005). Sestra zná všechny alternativy řešení, jejich možné následky a ví přesně, s jakou pravděpodobností nastanou. Příklad: pacient má po kardiochirurgické operaci bolesti. Sestra hodnotí bolestivost podle vizuální analogové škály. Zjistí, že bolest je nad hodnotu 3. Rozhodne se podat analgetika (která byla ordinována lékařem v případě bolesti a VAS nad 3). Tímto rozhodnutím pacientovi neuškodí a je si vědoma účinku analgetik.
- **Rozhodování za rizika** – sestra má neúplné informace, nemůže spolehlivě určit možné důsledky jednotlivých variant. Existuje však možnost zkoumat a zjistit, s jakou pravděpodobností nastane určitá reakce na určitý podnět a tak s jistou pravděpodobností předvídat a zohledňovat další vývoj rozhodovacího procesu. V konkrétní situaci je možno postupovat s minimálním rizikem, tj. s největší mírou jistoty dospět k výsledku, nebo se pokusit dosáhnout maximálního možného výsledku, ovšem za maximálního rizika (Erbes, 2005). Příklad: při poklesu arteriální saturace během vyšetřování

acidobazické rovnováhy se sestra rozhodne vyměnit kyslíkové brýle za kyslíkovou masku. Neví, zda se pacientovi saturace zlepší, ovšem tímto rozhodnutím neohrozí pacienta a pacientův stav se může zlepšit. Pokud se saturace nezlepší, oznámí to lékaři.

- **Rozhodování za nejistoty** – důsledky variant jsou nejisté, stejně jako pravděpodobnost, se kterou mohou nastat (Erbes, 2005). Sestra nemá potřebné informace, aby mohla posoudit pravděpodobnost vzniku určitých důsledků určitých variant řešení. V takovém případě je nutno usilovat o snížení míry nejistoty, a to s využitím jiných dostupných informací, jako je např. zkušenost nebo poznatky z řešení analogických situací. Nedostatek informací lze nahradit též ověřováním si názorů jiných rozhodovatelů (sester, lékařů) nebo i pacientů. Těmito postupy je někdy možno převést rozhodování za nejistoty na rozhodování za rizika. Příklad: v případě asystolie sestra, která pracuje teprve krátce bez dohledu a tuto situaci zatím nezažila, okamžitě reaguje na tento stav zahájením prekordiálního úderu a zahájí nepřímou srdeční masáž. Současně volá na kolegyně, aby neprodleně informovaly lékaře. Sestry zahájí týmovou spolupráci a rozdělí si úkony. Např. jedna přiveze defibrilátor, další aplikuje léky atd. Přivolaný lékař převezme následně rozhodování. Míra nejistoty, za které sestra rozhodovala, se mění v závislosti na rychlé a správné reakci sestry v prvním momentu ohrožení života pacienta a správné spolupráci týmu, na rozhodování za rizika.

Důsledky rozhodnutí mohou být pozitivní nebo negativní. Pozitivní důsledky znamenají očekávaný pozitivní výsledek (např. zlepšení stavu, uzdravení, zlepšení subjektivních potíží) dané činnosti. S ním bývají spojené další pozitivní věci – vlastní spokojenost, pozitivní zkušenost, pochvala nadřízeného, kolegů či jiných osob (např. pacientů, jejich rodiny, našich příbuzných apod.). Tím se může zvýšit naše motivace, zájem o svou profesi, spokojenost v této profesi atd. Naopak negativním důsledkem bývá chyba s možnými fatálními důsledky. Např. sestra zamění fyziologický roztok s roztokem kálie, což způsobí fibrilaci komor. Pacient je takto přímo ohrožen na životě.

Z chyb se však lze poučit, protože stále platí: chybami se člověk učí. Aby se tak mohlo stát, je nutno chyby podrobně analyzovat.

1.3 Chyby v rozhodování

K definování chyby se podle Skřehota (2008) nejčastěji používá uznávaná definice, kterou navrhl Reason (1990): „*Lidská chyba je obecně použitelný výraz, který zahrnuje všechny události, kde plánovaný sled mentálních nebo fyzických činností nedosahuje zamýšleného výsledku a jestliže tato selhání nemohou být připsána na vrub intervenci nějakého náhodného působení*“. Jinak definuje chyby Page: „*Chyby jsou selhání plánovaných akcí, které nejsou provedeny podle záměru, nebo vznikají použitím špatných plánů k dosažení záměru*“ (Page, 2004, s. 25). Z toho podle Skřehota (2008) vyplývá, že chyba je založena na nedosažení výsledku či cíle a chybování tedy představuje sekvenci přímo souvisejících chyb nebo proces, kdy nepravidelně v čase vznikají chyby bez vzájemné souvislosti. Chybovat může jedinec nebo i celý kolektiv. Každá chyba vzniká na základě působení určitých negativních vlivů – příčin. Pro posouzení chybování lidského činitele je proto nutno provést detailní identifikaci chyb a příčin selhání. Chybování je proces, ve kterém se vyskytuje sled spolu souvisejících chyb nebo občasných chyb navzájem nezávislých.

Podle Skřehota (2008) patří k nejvýznamnějším druhům lidských chyb:

- chyby, kterým lze předejít lepším školením nebo pokyny, tj. osoba, která se chyby dopustila, nevěděla, co má dělat;
- chyby, kterým šlo předejít lepší motivací, tj. osoba, která se chyby dopustila, věděla, co má dělat, ale neudělala to, protože se rozhodla to neudělat;
- chyby způsobené nedostatkem fyzických nebo duševních schopností;
- chyby způsobené sníženou pozorností, nebo její krátkodobou ztrátou.

Například nezkušená sestra na oddělení kardiochirurgické JIP nenahlásí zvýšené krvácení pacienta do drénů ošetřujícímu lékaři, protože nevěděla, že tuto událost musí neprodleně nahlásit. Této chybě se dalo předejít proškolením nebo pokyny školitelky. Příkladem ztráty motivace je plánovaný nucený odchod sestry z oddělení, takže se rozhodne do svého odchodu nepomáhat týmu. Může tak způsobit chybu. Zvýšení motivace v takové situaci patří k diplomatickému umění nadřízené sestry. Chyby způsobené nedostatkem fyzických či psychických schopností mohou vznikat například při nahromadění úkolů při příjmu pacienta ohroženého na životě, u kterého taková sestra není schopna sama zajistit své úkoly v rámci týmové práce. Řešením může být přeložení této sestry na méně náročné oddělení.

Chyby způsobené sníženou pozorností nebo její krátkodobou ztrátou se mohou pravděpodobněji vyskytovat, pokud sestra slouží několikátou službu po sobě bez přiměřeného odpočinku. Řešením je zvýšit počet sester na oddělení. Podle Havlíkové (2009) pravděpodobnost lidských chyb úzce souvisí s pravděpodobnostními událostmi a výskytem závad u hardwarových nebo softwarových komponent a s okolními podmínkami. „*Pravděpodobnosti lidských chyb jsou udávány jako spojitě rozdělené náhodné veličiny, které jsou pak plně popsány typem svého rozdělení. Spolehlivost lidského jednání závisí na řadě faktorů, jejichž působení často nebývá explicitně dáno*“ (Havlíková, 2009). Podle Skřehota (2008) přistupují moderní teorie bezpečnosti práce k analýze chyb jakožto důsledku tzv. řetězce příčin, tj. vzájemně podmíněných faktorů a okolností prolínajících se v okamžiku vzniku události. Jsou to následující determinanty:

- osobnostní rysy (např. emocionální nevyrovnanost, nerozhodnost, malá sebedůvěra, sklon k rizikovému jednání, ztráta motivace, depresivní ladění atd.);
- vztah k vykonávané činnosti a k pracovním podmínkám (např. trvalá pracovní nespokojenost, frustrace, nechuť k vykonávané práci, flukuační tendence, sociální klima na pracovišti ve vztahu k bezpečnostní podnikové politice, včetně managementu, např. jeho malý zájem o účinnou prevenci, zdůrazňování ekonomických hledisek na úkor bezpečnosti práce apod.);
- vliv mimopracovních (životních) podmínek (sociální napětí v pracovním kolektivu, např. časté konflikty a rozpory, malá sociální přizpůsobivost apod.).

Pro určení pravděpodobnosti chybného provedení úlohy je nutno přesně definovat případy a stavy lidského selhání. Například při nasazení vozu první pomoci je cílem záchrana života pacienta. Lze definovat dva případy selhání: nehoda vozidla první pomoci během jízdy, pozdní příjezd vozidla do cíle určení (Havlíková, 2009). Selhání lidského činitele se často omezuje do roviny konstatování, že tato selhání jsou způsobena výhradně nedostatky v jednání, případně ve schopnostech konkrétního člověka. Při klasifikaci chyb člověka se užívá obecných kategorií jako je *nedbalost*, *nepozornost*, *přehlédnutí*, *porušení předpisů či pravidel*, *nesprávné provedení požadovaných úkonů* atd. Důsledkem takového pojetí, které je nazýváno **symptomatické** (protože je zaměřeno na příznaky selhání, nikoliv na jeho příčiny), je nedostatečná pozornost věnovaná sběru informací o všech okolnostech události, čili podmínek, které v daném kontextu přispívaly nebo mohly přispívat k jejímu vzniku. Z tohoto důvodu se ukázalo, že je potřeba zcela od základů změnit systém vyšetřování příčin mimořádných událostí se zřetelem na vyzdvižení

důležitosti popisu způsobu, jakým došlo k selhání lidského činitele, a identifikace příčin tohoto selhání (Skřehot, 2009). Lidé mívají podle Skřehota (2008) obvykle problémy v situacích, kdy jsou konfrontováni se složitými (běžně se nevyskytujícími) situacemi, které náhle musejí řešit. V takových případech vznikají různá selhání. Jedná se především o následující selhání:

- selhání při hodnocení postavení a důležitosti specifických cílů;
- selhání při přehodnocování důležitosti a priorit po zkušenostech z jiné nestandardní/mimořádné události;
- selhání při předvídání vedlejších účinků a důsledků v dlouhodobém horizontu;
- selhání při shromažďování potřebných informací, v potřebné kvalitě a množství;
- selhání při neuvědomění si, že akce mohou mít zpožděné následky (tzn., že důsledek provedené operace se neobjeví ihned),
- selhání při konstrukci vhodného systémového komplexu vycházejícího z jednotlivých modelových situací,
- selhání při sledování vývoje a pokroku a následném přehodnocení akcí.

V prostředí akutní péče snadno dochází ke vzniku chyby v důsledku stresových situací. Pacienti se zde nacházejí v bezprostředním ohrožení života a i slibně se vyvíjející stav pacienta se může z minuty na minutu změnit v život ohrožující stav. Personál pracující na tomto oddělení je vystaven neustálému tlaku a je nucen se rozhodovat mnohdy ve velmi krátkém časovém úseku. Nemusí mít čas si vše důkladně promyslet a zvážit všechny varianty řešení. Musí jednat rychle a pokud možno správně. Jedná se o velkou zodpovědnost, kterou každý jedinec nemusí unést. Proto je nutno základní situace trénovat a velmi důležitá je i vzájemná podpora v týmu. Tím je možno některé typy chyb, zejména chyby z neznalosti, předem redukovat.

2 ROZHODOVÁNÍ V OŠETŘOVATELSTVÍ

V prostředí zdravotnictví rozumíme *rozhodováním* proces, ve kterém rozhodující se subjekt (sestra) provádí v konkrétní situaci výběr z nejméně dvou možných variant. „*Klinické rozhodování je jedinečný proces, který zahrnuje souhru mezi znalostmi preexistujících patologických podmínek, explicitní pacientovy informace, ošetrovatelskou péči a zkušenostní učení*“ (Banning, 2008, s. 187). Všechny všeobecné sestry musí ve své praxi dělat klinická rozhodnutí. Podle O'Reilly (2006) tvoří **klinická rozhodnutí** základní složku profesionálního ošetrovatelství. Postavení sestry se dnes mění. Sestra se stává odborným pracovníkem zodpovědným za svoje rozhodnutí a jednání. Proto musí brát v úvahu následky svých rozhodnutí a svého jednání. Při rozhodování se musí sestra řídit svými základními povinnostmi. Haškovcová (1997) shrnuje základní povinnosti sestry:

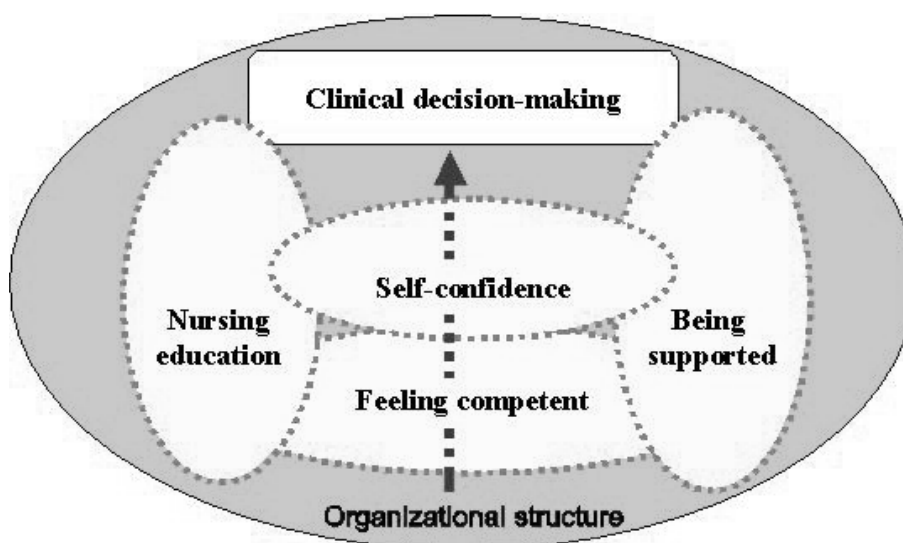
- poskytovat pomoc člověku, který potřebuje její péči;
- jednat s maximální úctou k lidské důstojnosti a plně respektovat pacientovo právo na sebeurčení;
- nenechat se negativně ovlivnit věkem, pohlavím a osobností pacienta a zachovávat úctu k jeho individuálnímu hodnotovému systému a životnímu stylu;
- jednat tak, aby ochránila pacienta a veřejnost v případech, kdy jsou zdravotní péče a bezpečí narušeny neoprávněnými nebo protiprávními zákroky jakékoliv osoby;
- hájit pacientovo právo na soukromí tím, že moudře a uvážlivě chrání veškeré informace důvěrné povahy (Haškovcová, 1997, s. 78).

Zejména povinnost sestry poskytovat pomoc člověku, který potřebuje její péči, je spojena s nutností rozhodovat se, jakým způsobem bude tuto péči provádět, zvláště jedná-li se o péči o rizikového nebo akutně ohroženého člověka. Přitom musí brát v úvahu osobnost pacienta, jeho individuální hodnotový a životní styl i další okolnosti, které mohou dané rozhodnutí ovlivnit. Rozhodovat se může sestra sama v rámci svých kompetencí nebo se rozhoduje v rámci pracovního týmu (sestra – nadřízená sestra, sestra – lékař). Oblast rozhodování sester se týká ošetrovatelského procesu nebo pracovního prostředí. Sestry často řeší otázku, do jaké míry se mohou podílet na rozhodování o léčebné péči nebo zda mohou zpochybňovat rozhodnutí lékařů. Podle již zmiňovaných autorek O'Connorové a Arandaové (2005, s. 271) „tato úzkost pochází z jejich ambivalentního vztahu s lékaři. Lékaři a sestry sdílejí velkou část klinické péče, např. sestry jsou zodpovědné za hodnocení výsledků krevních testů a za titraci analgosedace u pacientů. Lékaři se mj. rozhodují na

základě informací, které získají od sester. Sestry mají důležitou úlohu při vizitách, které jsou v intenzivní péči velmi významné. Nemají však dostatek sebevědomí ptát se lékařů. Zkušené sestry uvádějí, že mají více možností při rozhodování, ale i ony vědí, že rozsah jejich vlivu na rozhodování záleží na jejich osobnosti a na tom, do jaké míry jsou jednotliví lékaři ochotni připustit, aby byly sestry v této oblasti aktivnější. Sestry vědí, že mnohá lékařská rozhodnutí se odehrávají za zavřenými dveřmi, s vyloučením dalších zdravotníků. Sestry se také cítí být svázány tím, že se nemohou zúčastnit rozhodování, které se odehrává někde jinde.“ S tímto názorem však lze za určitých podmínek polemizovat. Záleží na kvalitě sestry samotné, na podpoře kolektivu a nadřízených i na okolnostech, za jakých se lze spolupodílet na rozhodování.

2.1 Faktory ovlivňující rozhodování sester

Na rozhodování má vliv velké množství rozličných faktorů. Může se jednat o faktory známé i neznámé, dosud nezmiňované v souvislosti s rozhodováním. Patří sem jednak **individuální proměnné**, např. zkušenost, znalosti, schopnost kreativního myšlení, vzdělání a sebehodnocení, jednak **faktory zevního prostředí** a situační stresory (O'Reilly, 2006). Mezi individuálními (vnitřními) a vnějšími faktory vzniká průběžná interakce, která může ovlivnit výsledek. Hagbaghery et al. (2004) uvádí pět důležitých faktorů ovlivňujících klinické rozhodování sester, ke kterým řadí organizační strukturu, vzdělání sester, podporu, pocit kompetence a sebedůvěru (viz obr. 2).



Obr. 2 Interaktivní vztahy mezi proměnnými ovlivňujícími klinické rozhodování (převzato z Hagbaghery et al., 2004)

2.1.1 Individuální faktory

Individuální proměnné zahrnují jak pozitivní, tak negativní faktory, které mohou ovlivňovat rozhodovací procesy. Některé faktory lze ovlivnit (např. vzdělání, zkušenost, motivace apod.), jiné nelze (např. věk, pohlaví, typ osobnosti apod.). K hlavním individuálním faktorům patří **osobnost** sestry. K výkonu zdravotnické profese jsou nezbytné určité **osobnostní předpoklady**, ke kterým podle Zacharové (2007) patří:

- tvůrčí přístup, kterým zdravotník řeší svěřené úkoly, je schopen vnímat a realizovat nové podněty;
- dostatečná kritičnost a sebekritičnost;
- empatie;
- porozumění problémům nemocných;
- vystupování – klidné, nepovýšené, s pohotovými reakcemi, rozvážené, přiměřeně sebevědomé;
- smysl pro humor;
- hodnotová orientace – smysl pro povinnost a odpovědnost, dobrý vztah k lidem pomáhá naplnit poslání zdravotníka;
- humánní vztah k nemocnému – jde o projev vyrovnanosti a zralosti osobnosti; vyrovnaná osobnost s klidným, přiměřeně sebevědomým vystupováním, rozvážená, trpělivá, která se umí ovládat (Zacharová a kol., 2007).

Takovéto osobnostní předpoklady tvoří podklad pro **sebedůvěru**, která patří podle Hagbaghery et al. (2004) k preferovaným faktorům při rozhodování. Pokud sestra vykazuje znaky **sociálně zralé osobnosti** (jako např. aktivita, emocionální stabilita, dominance, racionálnost, extrovertnost apod.), může se podle Zacharové et al. (2007) rozhodovat jinak (racionálněji, bez emocí) než sociálně **nezralá osobnost**, kterou charakterizuje spíše pasivita, emocionální labilita, submisivita, smyslovost a introvertnost. Sestry vyskytující se v kolektivu, nejsou stejné. Zastávají různá postavení a mají různé postoje k práci i ke kolektivu. Pokud sestra zastává vyšší postavení (staniční sestra, vrchní sestra), je velmi důležitá její **schopnost vést kolektiv** (leadership competency). Jedná se o schopnost ovlivňovat ostatní zaměstnance, aby byly naplněny cíle organizace (Hoffman et al., 2004).

Podle postavení a postojů v práci rozlišuje Zacharová (2007) několik typů sester:

- **rutinní** – přesná, konkrétní, věcná, někdy se odpoutává od lidského přístupu;

- **herecky afektovaná** – snaží se udělat dojem, získat si přízeň, uznání;
- **nervózní** – neklidná, podrážděná, nejistá;
- **mužský typ** – energická, rozhodná, dobrá organizátorka, racionálně myslící;
- **mateřský typ** – milá, přátelská, chápající (Zacharová et al., 2007).

Podle typu osobnosti se může každá sestra rozhodovat ve stejné situaci různě. Sestry procházejí v povolání řadou svízelných situací, ve kterých může být ovlivněna jejich nálada a chování. Zdravotníci s neadaptivními povahovými rysy (náladovost, popudlivost, přecitlivělost, hysterie apod.) se mohou stát pro své spolupracovníky zdrojem potíží. Proto je velmi důležitým faktorem **sociální (emoční) inteligence**. Jedná se mimo jiné o

- schopnost racionálního zvládnutí vlastních emocí (strach, hněv, úzkost, agrese apod.),
- vnímavost k emočním projevům jiných osob (empatie),
- umění jednat s lidmi – např. předcházet konfliktům, volit vhodné způsoby komunikace a argumenty, naslouchat lidem atd. (Zacharová a kol., 2007).

Důležitým faktorem je **sebehodnocení**. To může být pozitivní nebo negativní v závislosti na jiných vnitřních i zevních faktorech. Negativní sebehodnocení může být důvodem, proč se sestry nerady rozhodují samy a obracejí se na jiné kolegy nebo nadřízené. Sestry např. mohou mít pocit neschopnosti, bezmoci, nezkušenosti, bezradnosti, nekompetentnosti apod.

- **Pocit neschopnosti a bezmoci** – *„sestry mohou pociťovat bezmoc a vlastní neschopnost v situacích, kdy se cítí zodpovědné za zmírnění pacientovy nemoci, ale nemají na blízku lékaře, který by předepsal dostatečnou dávku léku. Sestry mohou mít problémy, dojde-li k náhlému zvratu k horšímu u pacientů, kde se předpokládalo uzdravení. Je pro ně těžké, když nemohou plně kontrolovat situaci a organizovat péči v době, kdy dochází k ukončení podpory životních funkcí“* (O'Connor, Aranda, 2005, s. 271).
- **Pocit nezkušenosti** – *„mladí zdravotničtí pracovníci mohou pociťovat propast mezi nedostatečnými zkušenostmi, znalostmi a dovednostmi a představami, jak rychle budou schopni dostát všem nárokům, jež na ně klade pracovní kolektiv, ale i oni sami. Mají strach, zda obstojí – často bývá skrývaný za maskou cynismu a*

suverenity. Neschopnost začátečníka regenerovat síly a nedostatek spánku situaci jen zhoršují. Jde o vážný problém, který může dotyčného poznamenat na celý život a narušit i patřičný chod JIP“ (Novák, 2008, s. 26-27).

Negativní sebehodnocení spojené s typem osobností sestry a nadměrnou pracovní zátěží může vyústit v prožitek **stresu**. Jedná se o odezvu organismu na působení stresorů, tj. nepříznivých vlivů, negativně působících na člověka. *„Pojem stres znamená negativní emocionální zážitek, který je doprovázen určitým souborem biochemických, fyziologických, kognitivních a behaviorálních změn, jež jsou zaměřeny na změnu situace, která člověka ohrožuje, nebo na přizpůsobení se tomu, co nelze změnit“ (Křivohlavý, 2002, s. 170).*

Pracovní stres je typ psychosociálního stresu, který je spojen se zaměstnáním. Vzniká jako důsledek krátkodobého či dlouhodobého působení podmínek či nároků pracovní činnosti. K nejčastějším pracovním stresorům patří

- vysoké nároky na kognitivní procesy (pozornost, paměť, rozhodování atd.);
- nadměrná proměnlivost nebo naopak jednotvárnost úkonů operací;
- časový tlak;
- rizikové činnosti;
- intenzivní sociální aktivity (jednání s lidmi, řešení konfliktních situací, styk s asociálními jedinci apod.);
- zvýšená odpovědnost morální a hmotná.

Jiným typem stresu, který mohou sestry prožívat, je tzv. **„morální distres“**. Je definován jako *„fyzické nebo emocionální prožívání, které osoba zakouší, jestliže jí omezení (interní nebo externí) zabraňuje provádět akci, o které věří, že je správná“ (Pendry, 2007, s. 217).* Tento faktor je v současnosti podrobován řadě výzkumů. Např. autoři Kite-Powell a Hickey (2007) ve své studii uvádějí, že sestry pociťovaly morální distres, když čelily nutnosti přejít u umírajících pacientů z intenzivní léčby k paliativní péči. McBride Robichaux a Clark (2006) popisují, že sestry v takovém případě pociťují hněv, vinu a zoufalství, když se cítí morálně zodpovědné, ale neschopné změnit, co se stalo.

Každý organismus je různě odolný vůči stresům v závislosti na způsobu prožívání dané situace a na momentálním psychickém a fyzickém stavu. Intenzita reakce člověka na stres je závislá na typu osobnosti, tj. na jeho

- zátěžové odolnosti,
- na akutním a celkovém zdravotním stavu,
- na postojích k práci,
- motivaci,
- hodnotové soustavě a řadě dalších faktorů určujících strukturu činnosti (Zacharová a kol., 2007).

Podle Křivohlavého (2010) je nutno stresové situace zvládnout, protože setrvání v dané situaci může mít negativní důsledky pro organismus (např. vliv stresu na činnost imunitního systému, centrálního nervového systému, autonomního nervového systému atd.), tak pro rodinný život.

Dalšími vnitřními faktory jsou **vzdělání a zkušenost**. Většina studií naznačuje, že vzdělání a zkušenost jsou velmi důležité a mají pozitivní vliv na klinické rozhodování. Větší množství znalostí a zkušeností přináší zisk systematických dat a větší diagnostickou přesnost. Vzdělání podle O'Reilly (2006) hraje podstatnou roli v získání schopnosti kritického myšlení. Každá sestra v daném kolektivu působí různě dlouhou dobu a získává různé množství zkušeností, využitelných v rozhodovacích procesech. Jones a Beck (1995) rozdělili z tohoto hlediska sestry na začátečnice, pokročilé začátečnice, plně kompetentní sestry, zkušené sestry a expertky. Začátečnice a pokročilé začátečnice při rozhodování podle těchto autorů využívají spíše racionální, analytický postup („krok za krokem“). Zkušené sestry a expertky chápou pacientovu situaci jako celek a využívají i intuitivní přístup. Banning (2008) ve své studii konstatuje, že klinické rozhodování se zlepšuje, když sestry získávají zkušenost v ošetřování pacientů v průběhu specializace. Jiní autoři upozorňují, že větší roli při rozhodování hraje **profesní orientace**, oblast **praxe**, **profesní hodnota**, oblast klinické **specializace**, **věk** (Hoffman et al., 2004), **spokojenost** s povoláním, svěřená **zodpovědnost**, míra **autonomie** (Mangold et al., 2006). Autonomie sester v klinické praxi je spojena s větším uspokojením sester, které se mohou podílet na rozhodování. (Weston, 2010).

2.1.2 Faktory zevního prostředí

K vnějším faktorům, které ovlivňují ošetrovatelskou praxi, patří faktory pracovní, organizační, společenské, ekonomické, demografické apod.

Fyzické prostředí může buď pomáhat, nebo může představovat vážnou překážku komunikace mezi zdravotníky. Typ a velikost nemocnice může mít vliv na možnost sester účastnit se rozhodování. Rovněž ošetrovatelský systém v dané nemocnici může ovlivnit možnost sester rozhodovat se (Hoffman et al., 2004). **Pracovní prostředí** je důležitý faktor při získávání nových zaměstnanců, jejich udržení a zvyšování jejich výkonu a pohody, redukci chyb zaměstnanců, snížení nepřiměřené pracovní zátěže a únavy, práceneschopnosti, či chorob z povolání (Hrehová, Frenová, 2011).

Sociální faktory, které mohou přispívat k nadměrné zátěži, jsou velmi důležité. Na pracovišti se mluví o **sociálním klimatu** (Pauknerová et al., 2006). Jedná se o kvalitu **interpersonálních vztahů** na pracovišti s ohledem na chování členů skupiny, kteří mají určitý společný úkol, jehož splnění předpokládá jejich spolupráci. Formálně je dáno soustavou určených postupů jednání, tj. provozními předpisy, postupy a pravidly a rozdělením funkcí (nadřízení, podřízení, jejich pravomoci a odpovědnost). Neformálně je tvoří „nepísané normy“ postojů a chování, které kolektiv postupně přijal za své a jejich nedodržování či odmítání je pro kolektiv nežádoucí. Tyto faktory souvisí s kvalitou týmové spolupráce. Je-li dobrá, splňuje požadavek „být podporován“ (viz obr. 2).

Organizační a pracovní faktory – vedení organizace může učinit rozhodnutí nebo provede úkony, které ovlivní protokol, proceduru, alokaci zdrojů nebo organizační klima zdravotnického zařízení. Sestry pracující ve větších zdravotnických centrech nemusí být tak často zahrnovány do rozhodovacích procesů organizace než sestry pracující v menších pracovištích (Mangold et al., 2006). Díky autonomii sester lze ovlivnit sociální, politické a ekonomické faktory, které mají dopad na ošetrovatelskou praxi (Weston, 2010). Autonomie sester napomáhá vytvářet zdravé pracovní prostředí.

Situační proměnné ovlivňují to, jak osoba jedná v souvislosti s faktory spojenými se zaměstnáním, které souvisí s platem, jistotou zaměstnání, pracovními podmínkami (příjemnost prostředí, osvětlení atd.), politikou zaměstnavatele a s mezilidskými vztahy s kolegy a vedoucími (Grohar-Murray, DiCroce, 2003). Wan (1998) zařazuje komplikované interpersonální vztahy s nadřízenými či spolupracovníky, pracovní podmínky, plat, bezpečnost práce a jakost dohledu mezi tzv. hygienické či neuspokojující faktory, které mají co činit s potřebou zaměstnance vyhnout se nepříjemnostem. Naopak

motivující či uspokojení přinášející faktory, zahrnující např. provedení, uznání, zaměstnání samotné, odpovědnost, postup a růst, pozvedají sebevědomí a sebepoznání.

Důležitou roli může mít rovněž vliv **mimopracovních (životních) podmínek**, jako je např. vážná nemoc v rodině, narušené manželské či partnerské vztahy, finanční starosti, malá sociální opora životního partnera – tj. jeho nezájem či podceňování, problémy s výchovou dětí, konflikty mezi rodinnými příslušníky apod. Naopak partner/ka nás může podporovat v naší práci, což může přispět k naší sebedůvěře a ochotě se rozhodovat.

Pacienti jsou nejvýznamnějším faktorem vůbec, protože většina rozhodnutí sester se týká právě procesu ošetrovatelské péče o jednotlivé pacienty. Z výzkumu autorského kolektivu Heyland et al. (2003) vyplynulo, že 81,2 % respondentů z řad pacientů JIP by preferovalo nějakou formu tzv. sdíleného rozhodování (spoluúčasti na rozhodování). K faktorům, které nejvíce přispěly k spokojenosti pacientů s rozhodováním, patřila: celková spokojenost s úrovní zdravotní péče, úplnost podaných informací a pocit podpory skrze rozhodování.

2.2 Rozhodování sester založené na důkazech

Ke zmírnění rizika špatného rozhodnutí a chybování je nutné využívat vědecké poznatky a zdroje. „*Rozhodování podložené důkazy je zdůrazněno, jestliže učí plánovat a kontrolovat aktivity*“ (Thomas, 2008, s. 122). Efektivní ošetrovatelství je realizováno kontakty a vztahy mezi jednotlivou sestrou a jednotlivým pacientem a může být dosaženo využíváním několika zdrojů (výzkum, klinická zkušenost, pacientova zkušenost a informace z lokálního kontextu). Spojují se zde dva základní přístupy: externí, vědecký, a interní, intuitivní (Rycroft-Malone et al., 2004). Teorie moderního ošetrovatelství se datuje od 60. let 20. století. Od té doby jsou sestry povzbuzovány k tomu, aby zaměřily svoji energii na praxi založenou na důkazech, (dále EBP) a důkazy založené na praxi jsou využívány k efektivnímu poskytování péče (Portillo, Holzemer, 2010).

Ošetrovatelství založené na důkazu (Evidence Based Nursing – dále EBN) je vědomé, zřetelné a soudné používání nejlepších současných důkazů při rozhodování o péči o jednotlivé pacienty (Greenhalgh, 2003). Rozvoj ošetrovatelství, podloženém důkazy, následoval po rozvoji medicíny podložené důkazy. Sladřovaly se cíle pro svědomité, explicitní a soudné využití důkazů při rozhodování o péči u jednotlivých pacientů (Purdy, Melwak, 2009).

„Vědecké zkoumání se využívá ve všech formách řešení problémů, zvláště pak pro podporu a ověření či zamítnutí předem přijatých konceptů a názorů o situacích. Na nejnižší úrovni pomáhá vědecké zkoumání popsat jev a skutečnosti, které jej obklopují. Na další úrovni, při rozpoznávání kauzálních vztahů, pomáhá vědecké zkoumání jev vysvětlit.“ (Wan, 1998, s. 4). **Vědecký důkaz** je možno považovat za **znalost**, odvozenou z různých zdrojů, která podléhá testování a je potvrzena její platnost. Základními zdroji jsou výzkum, klinická zkušenost, pacienti a klienti, lokální kontext a prostředí. K těmto základním zdrojům znalosti se přidávají další zdroje, jejichž využití může pomoci zlepšit ošetrovatelskou péči:

- audit a výkonové ukazatele;
- pacientův osobní příběh a vyprávění;
- znalosti o kultuře organizace a jedinců v rámci sociální a pracovní sítě;
- zpětná vazba;
- místní a národní politika (Rycroft-Malone et al., 2004).

Znalosti jsou základem pro zdůvodnění a rozhodování. Lze je dělit na propoziční (kodifikované) a nepropoziční (personální). Ačkoliv mají propoziční znalosti vyšší status, ve skutečnosti existuje mezi oběma skupinami dynamický vztah. **Propoziční znalost** je formální, explicitní, odvozená z výzkumu, obecná. **Nepropoziční znalost** je neformální, implicitní, odvozená primárně z praxe. Oba typy formují profesionální znalost („nevyslovená znalost profesionálů“), která ovlivňuje myšlení a pracovní výkon (Rycroft-Malone et al., 2004). Klinické využití EBN nepředstavuje jen prostou aplikaci výsledků výzkumu do ošetrovatelské praxe. EBN zviditelňuje výsledky výzkumu a integruje nejlepší možný důkaz pro individualizovanou ošetrovatelskou péči o pacienta. Nejlepší důkaz reflektuje případové studie, názory odborníků a základní principy vědy. Důkazy lze hledat v knihách z oblasti Evidence Based Medicine (dále EBM), v odborných časopisech (např. Evidence Based Nursing, Worldviews on Evidence-Based Nursing) a EBM databázích Medline, Cochrane, Cinahl, Embase, Web of Knowledge apod. Sestra musí využívat svých vlastních klinických zkušeností a na jejich základě aplikovat nalezené důkazy ve specifických klinických situacích.

Podle Filipa a Sechsera (2006) existují tři základní elementy medicíny založené na důkazech: výzkumná činnost, klinická zkušenost a hodnoty nemocných. **Výzkumná činnost** je chápána jako klinicky relevantní výzkum, nejčastěji klinický výzkum orientovaný na nemocného, založený na přesných a precizních diagnostických testech, na

účinnosti a bezpečnosti terapeutických, preventivních nebo rehabilitačních režimů. Nový „lepší“ důkaz získaný klinickým výzkumem má vést k nahrazení předtím akceptovaných diagnostických testů a léčebných postupů reflektovaných v doporučených klinických postupech přesnějšími, účinnějšími a bezpečnějšími postupy. **Klinická zkušenost** je chápána jako schopnost používat naše klinické dovednosti a dosavadní zkušenosti k efektivní diagnostice a promyšlenému a ohleduplnému chápání obtížné situace každého jednotlivého pacienta, jeho individuálních rizik a přínosů potenciálních intervencí, jeho osobních očekávání a preferencí. **Hodnoty nemocných** jsou chápány jako pacientovy preference, tj. zájmy a očekávání každého nemocného, které přináší do klinického vyšetření a které je nezbytné integrovat do klinických rozhodování, pokud mají sloužit nemocnému. Pokud jsou výše uvedené tři základní elementy medicíny založené na důkazech náležitě integrovány, pak klinici a pacienti tvoří jakousi diagnostickou a terapeutickou alianci, která vede k optimalizaci klinických výsledků péče o zdraví a kvality jejich života (Filip, Sechser, 2006). Ve skutečnosti ne každý důkaz může být přijat pro praxi s tím, že bude odpovídat potřebám široké populace. Navíc, ne všechny sestry budou chtít využívat dostupné informace stejným způsobem u pacientů se stejnou nemocí a ne všichni pacienti budou chtít využívat stejné informace pro stejný typ nemocí. Preference pacienta mohou záviset na obavách, na ochotě přijmout léčbu bez ohledu na její statistickou významnost, anebo půjde o jinou problematiku týkající se toho, jak zacházet s kulturními vlivy v souvislosti s důkazem. To vše může způsobit těžkosti při aplikaci důkazu v praxi kvůli možnosti střetu zájmu

- mezi sestrami a pacienty se zřetelem na každou z jejich preferencí a hodnot, kvůli jakým se důkazu využívá;
- mezi dvěma odlišnými školami myšlení, kdy každá z nich tvrdí, že ta druhá je nesprávná, na základě malého, avšak významného faktoru, který problematizuje důvěryhodnost důkazu (Smith, James, et al., 2004).

Povaha sesterské práce nemůže být reflektována použitím pouhého vědeckého paradigmatu. To, že značná část práce sester není vědecky posuzována, by nemělo znamenat, že by se na ni neměla brát zřetel. Je zde zapotřebí odlišné konceptualizace důkazů. Carper (in Smith et al., 2004) ukázal, že ošetrovatelství zahrnuje mnoho odlišných vědomostních struktur. Ty zahrnují etické znalosti, osobní poznatky, estetické znalosti a empirické znalosti. Sestry se zabývají důkazy pro praxi, odvozenými z každého z těchto základních modelů vědění. Ve snaze aplikovat koncept důkazů, tak jak je vypracován

v biomedicínském rámci na práci sester, by to mělo za následek vyloučení základních oblastí ošetrovatelské praxe. Víra ve vědecký/empirický výzkum vedla k produkci randomizovaných kontrolovaných pokusů, které byly pokládány za „zlatý standard“, pomocí kterého se měl posuzovat každý jiný druh výzkumu. Tento názor nevyhnutelně devalvoval dovednosti, které sestry mají, jako např. intuice a zkušenost.

Existující literatura podle Purdy a Melwak (2009) upozorňuje na zpoždění převodu výsledků výzkumu do praxe. Řada překážek ovlivňuje přenos EBN do praxe. Rychlý nárůst technologií a znalostí v nebyvalé míře a nedostatek času a peněz na jejich zavádění do praxe tvoří velkou překážku pro zavádění poznatků EBN. Zpoždění v inovování aplikací vystavuje pacienty neoptimální péči. Sestry konfrontují pozoruhodný výzkum a mezeru v praxi s narůstajícími požadavky pacientů a regulátorů na vysokou kvalitu péče. Seznamování se s poznatky EBN znamená věnovat mnoho času studiu odborných článků (různě relevantních) a kriticky je posuzovat.

2.3 Překážky v rozhodování sester

Značný počet vnitřních a zevních faktorů může ovlivnit rozhodování sester. Tyto faktory mohou rozhodování usnadnit nebo naopak mohou klást překážky v rozhodování. Hlavním problémem je **nedostatek informací** o problému, který má sestra řešit. **Nedostatečné vzdělání** může být bariérou v rozhodování nebo k riziku špatného rozhodnutí. Mnohé studie potvrdily, že **problémy v pracovním týmu** jsou zdrojem stresu (Van Staa et al., 2000). Podle O'Connor a Aranda (2005) je **nedostatek podpory** ze strany jednotlivých členů příčinou deprese u mnoha sester. Konflikty s kolegy přispívají k emocionálnímu vyčerpání a depersonalizaci (O'Reilly, 2006). **Rozhodnutí organizace** mohou mít za následek nedostatečnou výuku, orientaci, dohled či pracovní přetížení zaměstnanců, a tak negativně ovlivnit péči o pacienty (Škrla, 2005). Rušivé elementy **fyzického prostředí** ztěžují komunikační proces (Grohar-Murray, DiCroce, 2003). Ačkoliv se uznává pozitivní vliv **intuice** na rozhodovací procesy, mnohé sestry nejsou ochotné se na svoji intuici spoléhat, nejsou ochotny ji využívat (O'Reilly, 2006). **Nežádoucí sociální atmosféra**, kterou mohou vyvolávat sociálně nepřizpůsobiví jedinci (např. agresivní osoby, lidé psychopatičtí, neurotici, ustrašení a nesamostatní), může být v souvislosti se vznikem mimořádných událostí, kdy je nutné jejich rychlé a racionální zvládnutí situace závislé na spolupráci všech členů, příčinou selhání a nezvládnutí situace.

Narušené sociální klima se může projevit v celkové pracovní nespokojenosti a ve výskytu zdravotních potíží, jako jsou psychosomatická onemocnění apod.

2.4 Chyby v rozhodování sester

Iatrogenní poškození jsou poškození způsobená léčebným zásahem. Mohou být posuzována jako nešťastné náhody. „*Velká část nešťastných náhod je výsledkem chyb*“ (Page, 2004, s. 25). Chybám sester a lékařů je věnována značná pozornost. Většinu chyb pacient nemusí zaznamenat (např. později podaná ordinace). O významnějších chybách a omylech se má pacient podle současných zahraničních doporučení otevřeně informovat (Drábková, 2008). Sestry na odděleních akutní medicíny musí často činit okamžitá rozhodnutí, která vyplývají z akutního stavu pacienta. Často se musí rozhodovat samy, je-li lékař nepřítomen v situaci, kdy je ohrožen pacient. Za svá rozhodnutí jsou plně trestně zodpovědné. Lékaři na těchto odděleních sestrám dávají určitý prostor a částečně nechávají některá rozhodování na nich. Např. sestry sledují bolest a je na jejich posouzení, zda podají analgetika a mohou se rozhodovat i v dalších případech. Na jednotkách intenzivní péče na sestru padá velký díl zodpovědnosti, zkušená sestra může zamezit mnohým pochybením lékařů a zabránit tak ublížení na zdraví pacienta. K chybám na oddělení akutní medicíny může docházet často, důležité však je, chybám předcházet. Pokud už k chybě došlo, je důležité o tom informovat lékaře, popřípadě směnovou sestru a neprodleně problém řešit. K eliminaci předpokládaných chyb je nutno provést různé analýzy a navrhnout možná řešení. Vznikají různé pracovní manuály, průvodce, standardy, školení, kurzy apod. Tato školení a další opatření mohou podpořit správnost rozhodnutí a mohou napomoci eliminovat závažné pracovní chyby a selhání lidského faktoru. Za pomoci týmu odborníků lze odhalovat nejvýznamnější negativní faktory, které svým působením mohou u daného člověka vyvolat selhání, tj. vykonání chybné operace. Na základě pečlivé analýzy lze definovat opatření, která sníží riziko selhání lidského činitele na přijatelnou mez a zvýší tak bezpečnost vykonávaných činností. „*Poskytování zdravotní péče je složitý a citlivý proces, při kterém může pochybení mít závažné následky. Proto je také třeba, aby zásady pro jeho poskytování byly pevně stanoveny a dodržování bylo kontrolováno. Ministerstvo zdravotnictví proto stanovuje podmínky způsobilosti k výkonu povolání zdravotnického pracovníka, rozsah jeho působnosti i podmínky, za kterých lze konkrétní výkon provádět*“ (Vondráček, 2005, s. 70). Podle Škrly (2005) může sestra

následkem svého chybného rozhodnutí při poskytování ošetrovatelské péče pacientovi způsobit škodu na zdraví, škodu na zdraví s následkem smrti, škodu na majetku nebo škodu zásahem do práva na ochranu osobnosti. K napadnutelným příhodám v kompetenci sestry náleží vznik dekubitů, pád z lůžka, z vozíku, parézy periferních nervů, zavěšení překontrolované transfuzní jednotky krve na stojan jiného pacienta, nevhodné odhalení pacienta v přítomnosti cizích osob apod. Pokud došlo k chybě nebo omylu v podávání ordinací, v ošetrovatelské péči, je nutno podat zprávu sestře vedoucí směnu a lékaři. Ten rozhodne, zda a koho bude dále informovat, učiní zápis a preventivní opatření proti nežádoucím účinkům. Jedním z nejdůležitějších záznamů při poskytování zdravotní péče je záznam o nežádoucí příhodě, neboť i při správném postupu může být sestra obviněna z pochybení nebo zavinění skutečné nebo domnělé škody. Záznam o nežádoucí příhodě je pak často jediným dokladem o kvalitě poskytované péče a kvalitní záznam může být rozhodný pro vyvinění sestry. Záznam má být věcný a má obsahovat pravdivé údaje (Vondráček, Wirthová, 2008). „*Trendem posledních let je nárůst stížností a jejich specifikace, kdy jsou stížnosti již specifikované na péči poskytovanou lékařem a péči poskytovanou sestrou v rámci ošetrovatelské péče. Oprávněná stížnost, upozorňující na konkrétní nedostatek v práci sestry, by měla především vést k odstranění závady a pak teprve k hledání viníka a uložení sankce. Ta by měla být krajním výsledkem řešení stížnosti a neměla by být výsledkem požadavku stěžovatele, nýbrž pouze důsledkem velikosti následku pochybení*“ (Vondráček, Dvořáková, 2008, s. 168). Konflikty a kolize, chyby a omyly se většinou dlouho probírají. Mají být vždy plně vyřešeny, aby nezanechávaly pocit nespravedlnosti a frustrace (Drábková, 2008). Chyby se vytýkají ihned na místě, věcně, konkrétně. Oznamení vlastní chyby nebo upozornění spolupracovníka, že se dopustil chyby, zaslouží pochvalu (Novák, 2008).

Podle autorů Škrly, Škrlové (2008) jsou hlavními příčinami pochybení:

- nedostatečná orientace nových sester;
- nedostatečná nebo nevhodná komunikace;
- nedostatečná informovanost sester;
- nedostatečný dohled
- nezajištění bezpečí pacienta;
- nepozornost v důsledku narušení soustředěnosti.

Studie pochybení v ošetrovatelské péči naznačují, že nejznámějším pochybením jsou medikační omyly, které tvoří více než 19% všech pochybení sester. Dalšími závažnými typy pochybení v ošetrovatelství jsou (Berens, 2000):

- neposkytnutí důležité péče včas,
- Provádění procedur bez dostatečné znalosti/dovednosti.

Odborný tým Practice Breakdown Research Advisory Panel identifikoval v roce 2001 osm hlavních rizikových oblastí, kde v ošetrovatelství nejčastěji k pochybení dochází:

- nedostatek vnímavosti/pozornosti k měnícímu se stavu pacienta z důvodu např. pracovního přetížení, nedostatku sester, nedostatků ve vzdělání nebo nevhodné, neprofesionální či neefektivní komunikace.
- nedostatek morální odpovědnosti, jako lhostejnost k vlastním chybám i k chybám ostatních členů léčebného týmu.
- nesprávné rozhodování, např. chybná ošetrovatelská anamnéza či intervence, neochota požádat o radu, nedostatečná klinická kompetence, neochota zapojit pacienta do procesu péče apod.
- medikační chyby (Škrla, Škrlová, 2008, s. 46-47)

K chybování ve zdravotnictví se vztahuje trestní zodpovědnost zdravotníků. Podle ustanovení § 420 Občanského zákoníku odpovídá každý za škodu, kterou způsobil porušením právní odpovědnosti. Odpovědnost zdravotníků za škodu pacienta se vztahuje na dobu, kdy byl pacient hospitalizován. Jedná se o odpovědnost za konání než za výsledek, např. lékař nezodpovídá za to, že zákrok nebyl úspěšný, pokud jej provedl lege artis. Trestní zodpovědnost se netýká pouze lékařů, ale všech zdravotníků. Trestní zodpovědnost zdravotníků se může podle Škrla a Škrlové (2008) týkat těchto oblastí:

- ublížení na zdraví z nedbalosti;
- neposkytnutí pomoci;
- omezování osobní svobody;
- účast na sebevraždě;
- nedovolené přerušování těhotenství;
- neoprávněné nakládání s osobními údaji;
- šíření nakažlivé choroby;
- přijímání úplatků;
- nepřekážení trestného činu (Škrla, Škrlová, 2008, s. 37).

Z hlediska chyb učiněných při rozhodování sester v intenzivní péči tkví hlavní riziko v jednání, jehož důsledky by mohly být posouzeny jako ublížení na zdraví z nedbalosti. Této skutečnosti jsou si sestry vědomy a může být jednou z příčin, proč se samy nerady rozhodují a obracejí se na nadřízené, aby rozhodli za ně.

3 KOMPETENCE SESTER

Podle Vyhlášky č. 55/2011 Sb. se **ošetřovatelskou péčí** rozumí „*soubor odborných činností zaměřených na prevenci, udržení, podporu a navrácení zdraví jednotlivců, rodin a osob, majících společné sociální prostředí nebo trpících obdobnými zdravotními obtížemi. Součástí ošetřovatelství je péče o nevyléčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné smrti.* Sestry v intenzivní péči provádějí vysoce specializovanou ošetřovatelskou péči, kterou dle stejné vyhlášky poskytují pacientům, u kterých dochází k selhání základních životních funkcí nebo bezprostředně toto selhání hrozí nebo kteří mají patologické změny psychického stavu, jež vyžadují stálý dozor nebo použití omezujících prostředků z důvodu ohrožení života nebo zdraví pacienta nebo jeho okolí. Sestry jsou pověřeny k výkonu činnosti na základě pokynu, ordinace, objednávky nebo lékařského předpisu. Všichni pracovníci zdravotnického zařízení, kteří poskytují zdravotní péči, musí mít aktuální spektrum svých kompetencí. Kompetence určuje a přiděluje vedoucí zaměstnanec, průběžně je prověřuje a přehodnocuje.

Kompetence se podle Suchánkové (2010) dělí na:

- **odborné** – podle novely zákona 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání se získávají absolvováním akreditovaného zdravotnického studijního programu (Zákon č. 96/2004 Sb.);
- **obecně zaměstnanecké** (zdravotní stav, závislosti, dochvilnost, disciplína, jazykové dovednosti, další dovednosti, týmová práce atd.);
- **zdravotnický zaměstnanecké** (komunikační dovednosti, mezilidské vztahy či umění jednat s lidmi, schopnost vést kolektiv, praktické dovednosti a znalost praxe, schopnost prezentace a sebe prezentace, samostatnost, loajalita k zaměstnavateli, schopnost řešit stresové situace, empatie atd.).

Kompetence sester intenzivní péče prošly vývojem. Přibližně do 70. let 20. století měly všeobecné sestry obecnou erudici. Tomu tehdy podle Drábkové (2008) odpovídala i náplň činnosti sester nově vznikajících lůžkových intenzivní medicíny. Kompetence i hierarchie měly poměrně ostré hranice. Vše se začalo měnit se zavedením vysokoškolského studia ošetřovatelství a různých specializací pro sestry včetně intenzivní péče. Tím se vytvořily podmínky pro rozšíření kompetencí sester.

Vstup České republiky do Evropské unie v roce 2004 se stal klíčovým impulsem k velmi dlouho diskutovaným změnám, které se týkaly nelékařských zdravotnických pracovníků. Dnem 1. 4. 2004 vstoupil v platnost Zákon č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti související s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů. Tento zákon a s ním související předpisy vytvářejí poprvé v historii českého ošetrovatelství komplexní právní rámec pro poskytování ošetrovatelské péče, která je aktivní a obor jako takový staví na místo, které odpovídá vývoji a postavení oboru ošetrovatelství ve vyspělých zemích (Lálová, 2007). Rozhodování sester probíhá v rámci jejich kompetencí. Podle Hagbaghery et al. (2004) byl pocit kompetence označen většinou účastníků jejich výzkumu za nejdůležitější faktor ovlivňující klinické rozhodování. Kompetence podle těchto autorek znamená mít dobrou úroveň znalostí, dovedností a zkušeností stejně jako schopnost vhodně je použít. Kompetentní a výkonná sestra je podle nich taková, která má bohaté znalosti a dovednosti a je expertem ve svém povolání.

3.1 Vymezení kompetencí

Profesní kompetence jsou úzce svázány s konkrétní odborností a jejich zvládnutí umožňuje výkon určitých profesí či povolání. *„Kombinace rozdílného, oboustranně svébytného vzdělání, různých náplní činnosti lékařů a sester a náročnosti intenzivní medicíny vyústily do požadavku znovu vymezit kompetence mezi lékaři a sestrami na lůžkách ARO, JIP. Kompetence vyžadují jednotnost, ale také meze, vedou k odpovědnosti za činnosti, za rozhodnutí, za sdělování informací. Zjednodušují komunikaci, upravují systém, jednotnou disciplínu a pracovní vztahy“* (Drábková, 2008, s. 165).

3.1.1 Kompetence lékařů

„Kompetence lékařů odpovídají jejich odbornému vzdělání, délce praxe a jsou uvedeny v provozním řádu pracoviště a u každého lékaře v jeho náplni práce jako součásti pracovní smlouvy. Lékaři v rámci své odborné způsobilosti a kompetence svobodně volí a provádí ty preventivní, diagnostické a léčebné úkony, které odpovídají současnému stavu lékařské vědy a které pro nemocného považuje za nejvýhodnější. Lékaři jsou povinni

respektovat vůli nemocného nebo jeho zákonného zástupce (v co největší možné míře). Lékaři indikují podle své odbornosti výkony intervenční povahy a plně za ně zodpovídají. Vysvětlují pacientům průběh terapie a získávají od nich informovaný souhlas“ (Drábková, 2008, s. 165).

3.1.2 Kompetence sester

„Kompetence sester navazují na kompetence lékařů a mají svůj vlastní ráz ošetrovatelské péče. Jsou rovněž vyjádřeny v organizačním řádu a provozním řádu pracoviště a odpovídají vzdělání, kvalifikaci a zkušenostem v rozsahu pracovní smlouvy“ (Drábková, 2008, s. 166). Zdravotnický pracovník poskytuje v rámci svých **odborných kompetencí** zdravotní péči v souladu se standardy, vede zdravotnickou dokumentaci, poskytuje informace pacientovi, podílí se na léčebné péči lékaře (připravuje pacienty k diagnostickým a léčebným postupům, na základě indikace lékaře je provádí nebo při nich asistuje, zajišťuje ošetrovatelskou péči při těchto výkonech a po nich). Při intervenčních výkonech je v kompetenci sester asistence lékaři, konziliářům, např. při endoskopiích, založení epicystostomie, při cévkování mužů, při tracheální intubaci. Za svou činnost při výkonech sestry zodpovídají, i když je konečná kontrola a provedení předepsáno lékaři. Právě v této oblasti se nachází největší prostor pro rozhodování sester o poskytování adekvátní a správné ošetrovatelské péče. Sestry na odděleních intenzivní péče jsou u lůžka pacienta téměř celých dvanáct hodin a většinou mají o pacientově aktuálním stavu lepší přehled než lékaři. Často díky monitorování a své přítomnosti odhalí jako první vzniklý problém, o kterém pak neprodleně informují lékaře. Stává se, že zkušená sestra řeší vzniklé problémy i bez lékaře, kterého později o svém postupu informuje, přestože k tomu není takzvaně kompetentní. Sestra může upozornit lékaře na chybu a tím předejít negativním důsledkům na zdraví pacienta. I služebně mladá sestra může odhalit chybu služebně staršího kolegy, lékaře.

V současnosti se rovněž zvyšuje podíl sester na spolurozhodování o ekonomických provozních aspektech, spoluúčastní se na tvorbě ekonomické nemocniční strategie. **Ekonomické kompetence sester** jsou vyžadovány zejména u sester ve vedoucích funkcích v rámci exekutivních kompetencí (Thomas et al., 2008). Důležitou kompetencí pro sestry ve vedoucích funkcích je i **kompetence vést kolektiv** (leadership competency). Jedná se o schopnost ovlivňovat ostatní zaměstnance, aby byly naplněny cíle organizace (Hoffman et

al., 2004). Sestry dnes mohou pracovat až na pozici náměstkyně pro ošetrovatelskou péči nebo dokonce v pozici ředitele zdravotnického zařízení.

Kompetence sestry lze individuálně zvýšit se záznamem do náplně činnosti, popř. je lékař zvýší konkrétně. Z výzkumu Bártlové a Hajduchové (2010) vyplývá, že podle vyjádření všeobecných sester lékaři v České republice z větší části úkony, které patří do jejich kompetence, sestry nepověřují nebo tak činí ojediněle. Toto stanovisko zastává více než polovina sester (56,8 %). Jen asi 1/4 lékařů sestry úkony spadajícími do kompetence lékařů pověřují, z nich většina tak činí občas, pravidelně pak 5 %. Z následné analýzy odpovědí sester vyplynulo, že nejčastěji jsou sestry mimo svou kompetenci pověřovány úkony administrativní povahy (43,5 %). Větší část sester je schopna v případě, že úkon není v jejich kompetencích, jeho vykonání lékaři odmítnout. Téměř polovina sester České republiky (48,6 %) se domnívá, že hranice mezi kompetencemi lékařů a sester jsou jasně a zřetelně vymezeny. Z šetření Lálové (2007) s rozšířením kompetencí podle provedeného šetření mezi 28 lékaři, kteří odpověděli na čtyři otázky, vyplývá, že 46,4 % lékařů souhlasí s rozšířením kompetencí sester na JIP, odpověď ne zvolilo celkem 42,9 % dotazovaných a pro odpověď nevím se rozhodlo celkem 10,7 % respondentů. Z výzkumů nevyplývá, jestli si lékaři uvědomují, že s předáváním kompetencí sestrám jim rovněž předávají kompetenci samostatně rozhodovat o léčebné péči. Tato pravomoc souvisí nejen s oprávněním sester takto činit, ale zejména s jejich způsobilostí tak činit.

3.2 Ošetrovatelské standardy

Podkladem pro poskytování ošetrovatelské péče, který může napomoci sestrám podloženě se rozhodovat podle dohodnutých postupů, jsou ošetrovatelské standardy. Ošetrovatelským standardem se rozumí dohodnutá profesní norma kvality. Standard určuje, co je nutnou, nezbytnou, základní normou potřebnou pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Je tedy vodítkem, podle kterého můžeme hodnotit, zda ošetrovatelské činnosti odpovídají požadované úrovni. Standardy vymezují jednoznačně minimální úroveň péče, která má být poskytnuta.

Jarošová (2000) rozlišuje tyto **druhy standardů**:

1. Standardy **výkonu ošetrovatelské péče** určují kategorie ošetrovatelského personálu a podmínky opravňující k výkonu povolání. Vymezují kompetence a rámcové

pracovní náplně jednotlivých kategorií pracovníků. Jsou vytvářeny legislativními normami. Patří sem i etický kodex sester, který vyjadřuje, jakými morálními a etickými normami se sestry při výkonu povolání řídí.

2. Standardy **ošetřovatelské péče** jsou zaměřeny na specifické ošetřovatelské činnosti v konkrétních podmínkách daného pracoviště. Vycházejí z určité koncepce ošetřovatelství a určují kvalitu ošetřovatelské péče. Měly by být vytvořeny pro všechny ošetřovatelské výkony.
3. Standardy **ošetřovatelské dokumentace** určují základní typy ošetřovatelské dokumentace, kterou vydává zdravotnické zařízení.
4. Standardy **vybavení pracoviště** z hlediska ošetřovatelské péče slouží jako norma pro vybavení určitého pracoviště z hlediska dosažení optimální kvality ošetřovatelské péče. Tyto standardy vypracovává zdravotnické zařízení na základě rámcových standardů ministerstva zdravotnictví.
5. Standardy **personálního obsazení** různých typů pracovišť určují počet a složení ošetřovatelského personálu tak, aby bylo možno zajistit kvalitní ošetřovatelskou péči.
6. Standardy **pracovních postupů** při různých ošetřovatelských výkonech vypracovávají jednotlivá zdravotnická pracoviště.
7. Standardy pro **vzdělávání zdravotnických pracovníků** jsou vypracovány na národní úrovni a vycházejí z potřeb státu (legislativní normy). V oblasti vzdělávání sester existují standardy mezinárodní (Jarošová, 2000, s. 75).

V oblasti intenzivní péče byl zřízen **Registr intenzivní péče (RIP)**. Jeho účelem je sledovat léčebné postupy na jednotkách intenzivní péče. Registr pomáhá optimalizovat postupy a metody sběru dat v tomto oboru zdravotní péče, optimalizuje metody měření a vyhodnocování kvality intenzivní péče a jejich sladění s evropskými standardy. Zřízením tohoto registru Česká republika reagovala na iniciativu Evropské společnosti intenzivní medicíny v rámci Evropské unie. Projekt souvisí s cílem České republiky přiblížit péči na JIP evropským standardům.

4 ROZHODOVÁNÍ SESTER V INTENZIVNÍ PÉČI

4.1 Formulace problému

Empirickou část diplomové práce tvoří tři kapitoly, věnující se mapování základních faktorů, ovlivňujících rozhodování sester v intenzivní péči. Výzkum byl realizován formou dotazníkového šetření. Cílem bylo zjistit, které základní faktory ovlivňují rozhodování sester, jak sestry prožívají svá rozhodování, z jakých zdrojů pro rozhodování čerpají a na koho se obracejí v případě, kdy si neví rady.

4.2 Cíle práce a hypotézy

Výzkumné otázky:

- Jaké faktory ovlivňují rozhodování sester v intenzivní péči?
- Na základě čeho se sestry rozhodují?

Hlavní cíl:

- zjistit, které faktory převážně ovlivňují rozhodování sester v intenzivní péči.

Dílčí cíle:

- zjistit, zda se sestry domnívají, že výše jejich vzdělání ovlivnila jejich rozhodování;
- zjistit, zda se sestry domnívají, že je škola připravila na rozhodování;
- zjistit, na základě čeho se sestry pracující na oddělení intenzivní péče rozhodují;
- zjistit, jak sestry pracující na oddělení intenzivní péče prožívají proces rozhodování;
- zjistit, koho ze zdravotnického týmu tyto sestry preferují, mají-li se při rozhodování poradit;
- zjistit, zda sestry získávají potřebné informace k rozhodování;
- zjistit, co sestřám usnadňuje rozhodování.

Hypotézy:

H1: Sestry v intenzivní péči se domnívají, že je škola teoreticky i prakticky připravila na rozhodování.

- H2: Sestry v intenzivní péči se domnívají, že jim výše jejich vzdělání usnadňuje rozhodování.
- H3: Sestry v intenzivní péči se domnívají, že jim délka praxe usnadňuje rozhodování.
- H4: Sestry se domnívají, že jim poznatky Evidence Based Nursing usnadňují rozhodování.
- H5: Sestry se mohou nejvíce samostatně rozhodovat v oblasti základní ošetrovatelské péče.
- H6: Sestry se při rozhodování nejvíce obracejí na lékaře.
- H7: Sestry se mají možnost rozhodovat podle standardů kliniky.
- H8: Sestry prožívají během rozhodování stres.
- H9: Sestry v intenzivní péči hodnotí svá rozhodnutí ve stresové situaci převážně jako správná.

4.3 Metodologie výzkumu

Jako metoda projektu byla vybrána statistická kvantitativní analýza dat získaných formou dotazníkového šetření. Podle Dismana (2005) je dotazník vysoce efektivní technika, která může postihnout veliký počet jedinců při relativně malých nákladech. Respondent odpovídá písemně na otázky tištěného formuláře. Mezi výhody dotazníkového šetření patří snadná administrace, anonymita, formální shodnost podnětové situace. Nevýhodou bývá nižší návratnost, vysoké nároky na ochotu dotazovaného, snadnost otázky přeskočit nebo vynechat atd.

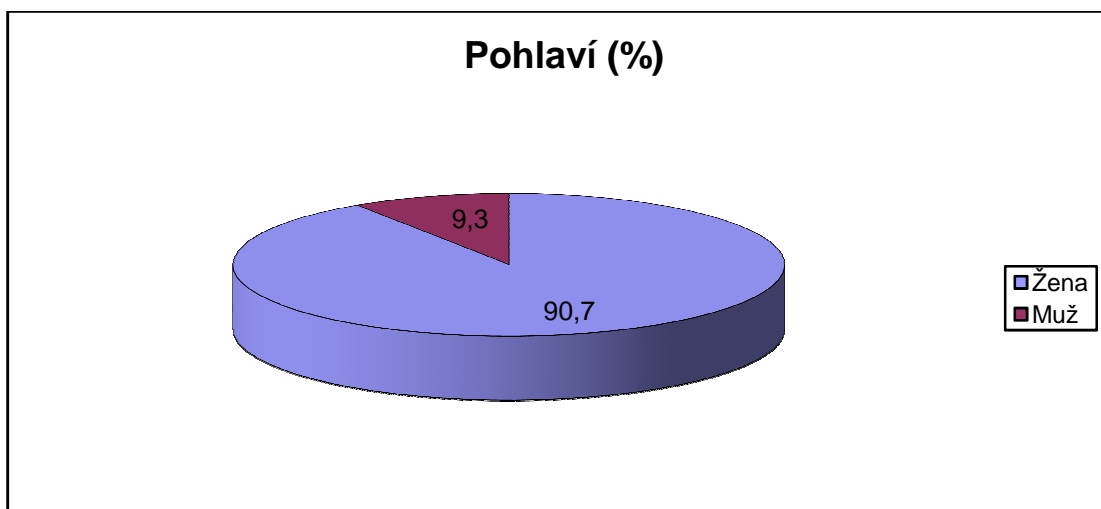
Organizace výzkumu

1. Výběr oddělení, na kterých průzkum probíhal
 - bylo provedeno pilotní šetření na téma Rozhodování;
 - byla vybrána 1 fakultní nemocnice z Prahy a 1 fakultní nemocnice z Ostravy;
 - byl vyžádán souhlas s provedením výzkumu náměstkyň pro ošetrovatelskou péči.
2. Provedení šetření formou dotazníků
3. Statistické zpracování dat.
4. Analýza výsledků.
5. Zpracování speciální části diplomové práce.

Charakteristika zkoumaného souboru

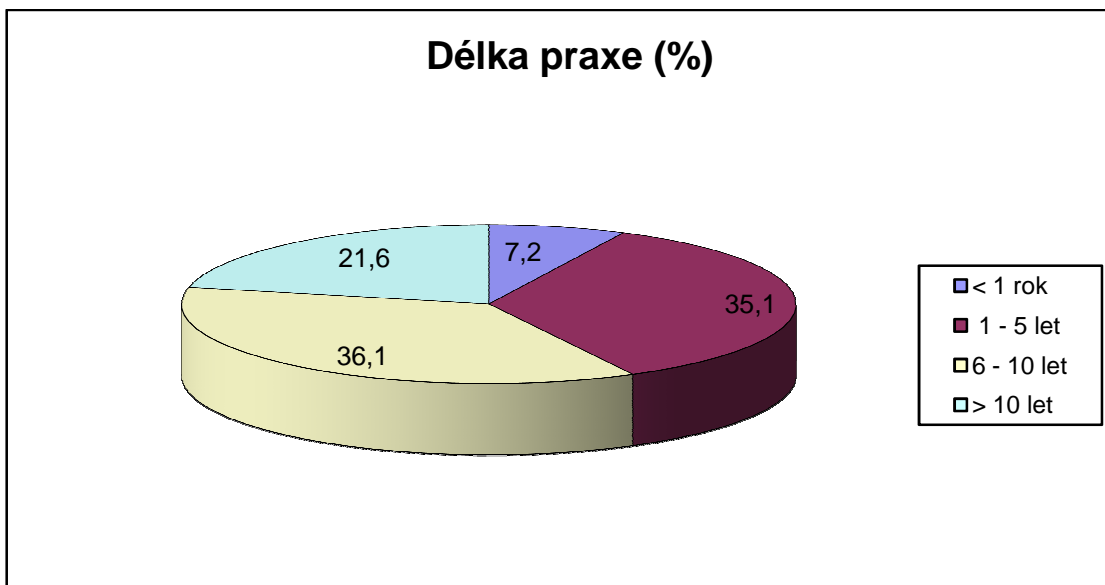
Základní soubor tvořily všechny sestry pracující na jednotce intenzivní péče kardiochirurgie FN Motol, sestry pracující na anesteziologicko-resuscitačních odděleních FN Motol a sestry pracující na stejných odděleních v ostravských nemocnicích bez ohledu na dosažené vzdělání a délku praxe.

Výběrový soubor tvořilo celkem 97 probandů, z toho 30 sester Kardio JIP FN Motol, 20 sester ARO 1 FN Motol, 17 sester ARO 2 FN Motol a 30 sester studujících distanční formou studia obor záchranář na Ostravské univerzitě v Ostravě, současně pracujících na jednotkách intenzivní péče v ostravských nemocnicích. 90,7 % souboru tvořily ženy, 9,3 % tvořili muži (viz obr. 3).



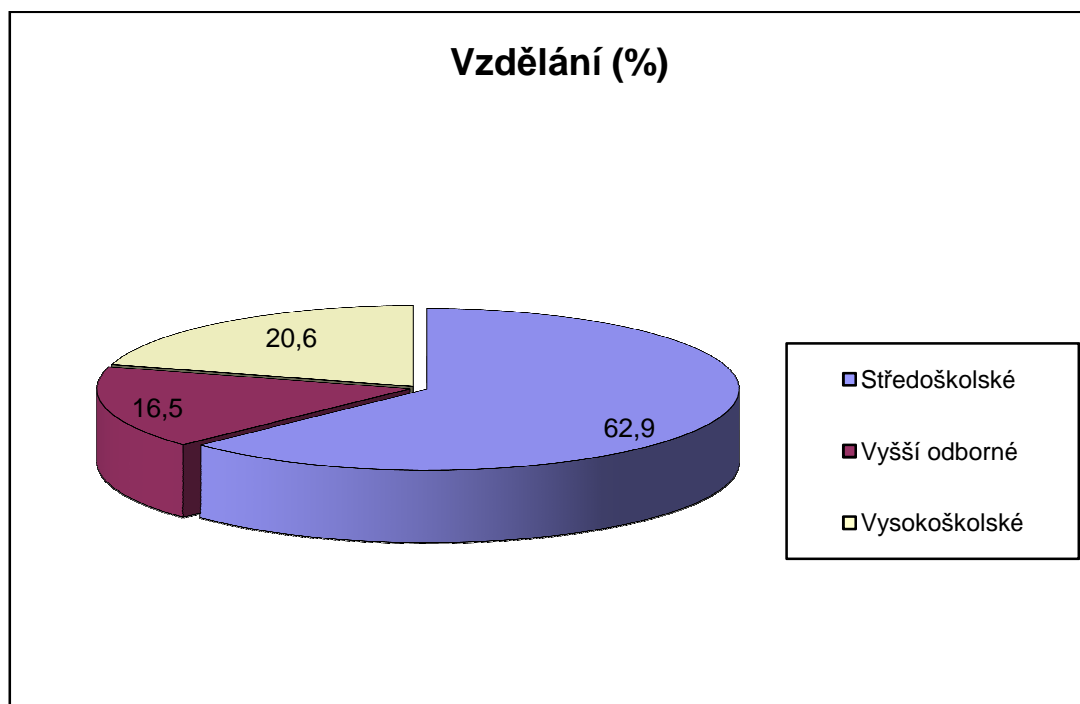
Obr. 3 Složení testovaného souboru z hlediska pohlaví

Z hlediska délky praxe na oddělení intenzivní péče z dotazníku vyplývá, že nejvíce respondentů pracuje na oddělení intenzivní péče 6 – 10 let (36,1 %). O 1 % méně je respondentů, kteří mají praxi na tomto oddělení 1 – 5 let. Zkušených sester pracujících na oddělení intenzivní péče déle než 10 let byla zhruba pětina (21,6 %). Nejméně respondentů pracuje na oddělení kratší dobu než 1 rok (viz obr. 4).



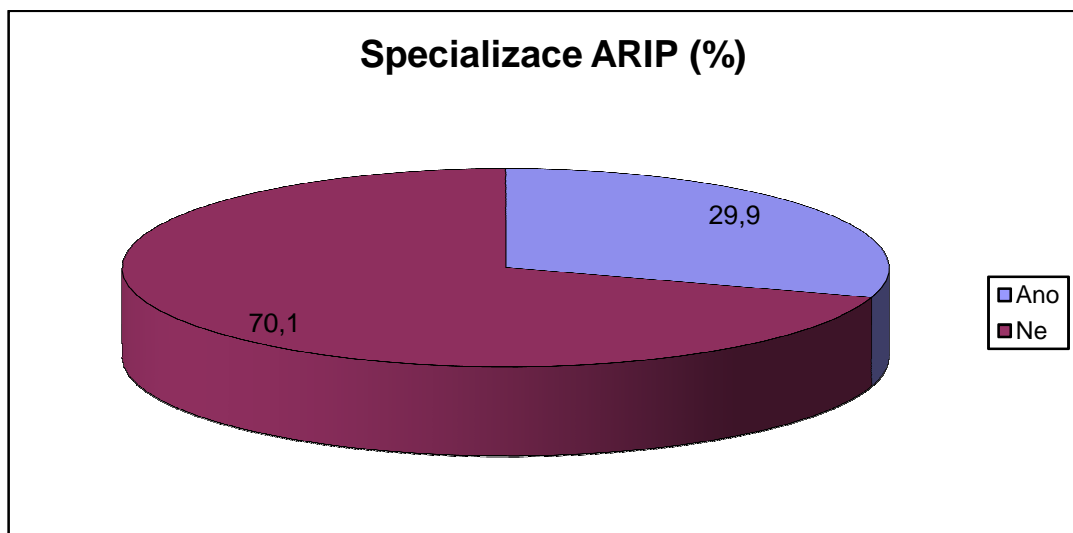
Obr. 4 Složení výzkumného souboru z hlediska délky praxe

Z hlediska nejvyššího dosaženého vzdělání účastníků je soubor rozvrstven následovně: nadpoloviční většina probandů (62,9 %) ukončila střední zdravotnickou školu. Vyšší odbornou školu absolvovalo 16,5% probandů a vysokoškolské vzdělání získala pětina (20,6 %) probandů (viz obr. 5).



Obr. 5 Složení výzkumného souboru z hlediska vzdělání

Z celkového počtu probandů získala specializaci Anesteziologicko-resuscitační intenzivní péče (dále ARIP) pouze necelá třetina respondentů – 29,9 %, zbytek (70,1 %) tuto specializaci nemá (viz obr. 6).



Obr. 6 Složení výzkumného souboru z hlediska specializace ARIP

Metoda sběru dat

Pro sběr dat byl použit standardizovaný dotazník, který obsahoval celkem 18 otázek (viz příloha 1). Z toho bylo 15 otázek uzavřených a 3 otázky polootevřené. Dotazník byl sestaven na základě konzultací s odborníky, kteří se věnují této problematice, na základě studia odborné literatury a na základě vlastní zkušenosti z praxe na JIP ve FN Motol Praha. Jako podklad pro něj sloužila předchozí pilotní studie, ve které jsme formou nestandardizovaného rozhovoru s 10 sestrami intenzivní péče ověřovali, zda jsou zjišťované informace dosažitelné (Disman, 2005). V předvýzkumu, jehož výsledky byly prezentovány na konferenci *Cesta k modernímu ošetřovatelství* v Praze 2010, jsme v souboru 20 sester ověřovali srozumitelnost a jednoznačnost otázek (Disman, 2005).

Cílem dotazníku bylo zjistit, které faktory ovlivňují rozhodování sester v intenzivní péči, a další aspekty související s danou problematikou. Úvodní tři otázky byly identifikační, zaměřené na zjištění délky praxe na jednotce intenzivní péče, úrovně dosaženého vzdělání a specializace ARIP probandů. Další otázky se zaměřovaly na rozhodovací situace, na koho se sestry v případě potřeby obracejí, jaké používají zdroje k získání informací, zda sestrám pomáhají poznatky Evidence Based Nursing, co prožívají

sestry během rozhodování, jaká je míra stresu během rozhodování, co sestřám rozhodování usnadňuje a zda se během rozhodování řídí standardy kliniky. V dotazníku bylo uvedeno více možností odpovědí a respondenti mohli v některých případech označit i více odpovědí (výčtové otázky). Distribuce dotazníku probíhala prostřednictvím osobního kontaktu. Sběr dat probíhal od prosince 2010 do března 2011.

Zpracování dat

Získaná data byla zpracována v programu Microsoft Excel 2003 a přehledně znázorněna pomocí grafů. Zjištěné informace byly použity při ověřování platnosti hypotéz. Výsledná zjištění jsou shrnuta a interpretována v následujících kapitolách.

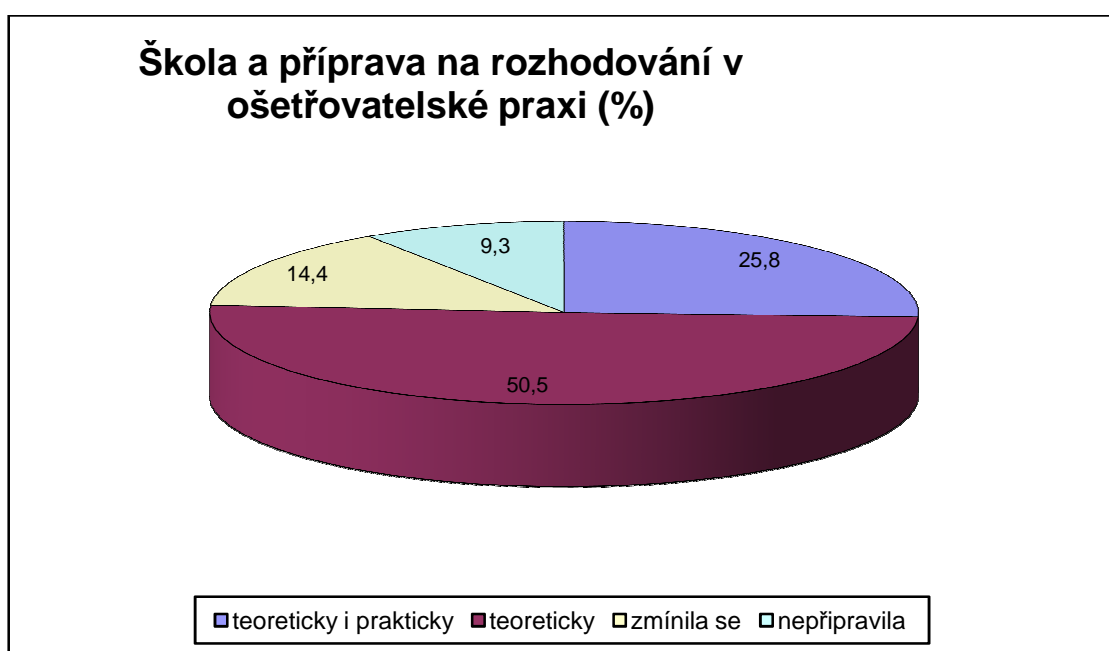
5 VÝSLEDKY

Výsledky u jednotlivých otázek byly přepočteny na procenta. Odpovědi jsou zpracovány do jednotlivých koláčových nebo sloupcových grafů. Koláčové grafy byly použity tam, kde součty jednotlivých odpovědí dohromady tvořily 100 %. U otázek, ve kterých mohli probandi volit více odpovědí, je každá jednotlivá odpověď vztažena k 100 % a použili jsme pro přehlednost sloupcové grafy.

Otázky 1 – 3 byly identifikační, jejich cílem bylo charakterizovat zkoumaný soubor (viz str. 40 – 42).

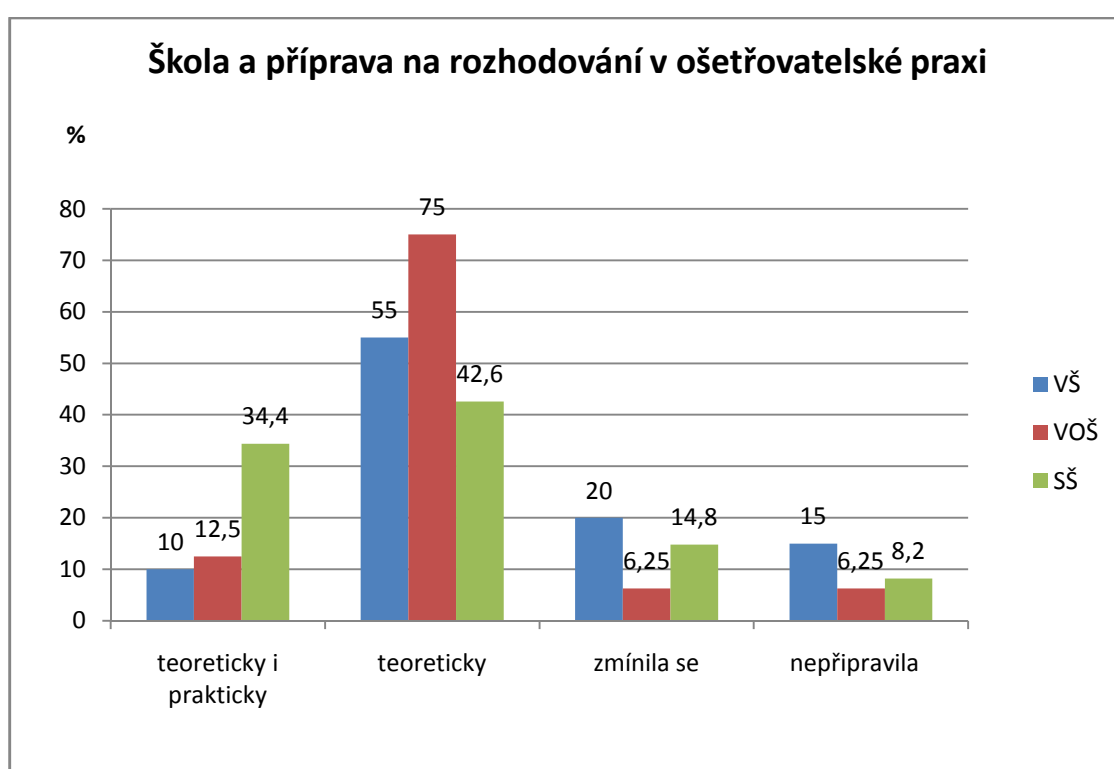
Vyhodnocení otázky 4: *Myslíte si, že Vás škola připravila na rozhodování v ošetrovatelské praxi?*

Probandi se měli zvolit odpověď, která jim byla nejbližší. V této otázce se nadpoloviční většina respondentů (50,5 %) přiklonila k odpovědi, že je škola na tyto situace připravila pouze teoreticky. Čtvrtina se domnívá, že je škola teoreticky i prakticky připravila. 14,4 % probandů zvolila odpověď, že se škola o těchto situacích zmínila, ale oni se necítí dostatečně připraveni na tyto situace. V nejmenším počtu (9,3 %) zvolili respondenti odpověď, že je škola na tyto situace vůbec nepřipravila (viz obr. 7).



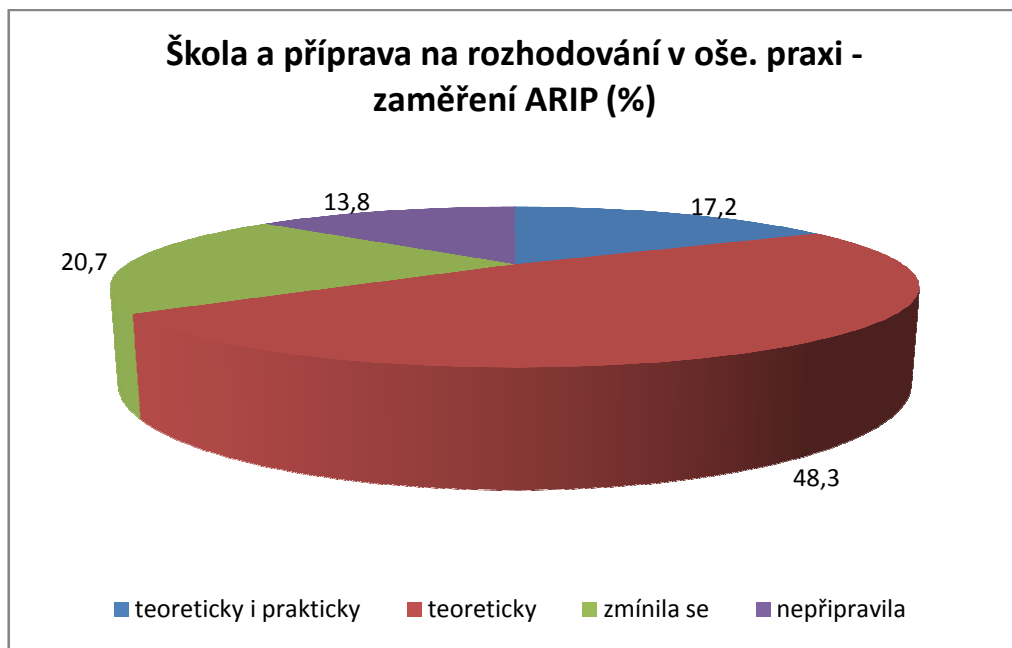
Obr. 7 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku 4

Z těch probandů, kteří se přiklonili k odpovědi, že je škola připravila na rozhodování teoreticky i prakticky, byla největší skupina absolventů s ukončenou střední zdravotnickou školou (34,4 %) a nejméně absolventů vysoké školy (10 %). Odpověď, že je škola připravila na rozhodování teoreticky, zvolilo v porovnání s ostatními skupinami nejvíce absolventů vyšších odborných škol (75 %). Odpověď, že se škola pouze zmínila, zvolilo v porovnání s ostatními skupinami nejvíce vysokoškoláků (20 %). Odpověď, že je škola na rozhodování nepřipravila, zvolilo v porovnání s ostatními skupinami nejvíce absolventů vysokých škol (15 %) – viz obr. 8.



Obr. 8 Rozdělení odpovědí na otázku 4 z hlediska ukončeného vzdělání

Z hlediska probandů se specializací ARIP se 48,3 % přiklonilo k odpovědi, že je škola připravila teoreticky. 20,7 % míní, že se škola o rozhodování zmínila. Pouze necelá pětina probandů se přiklonila k odpovědi, že je škola připravila teoreticky i prakticky. Zbytek (13,8) se domnívá, že je škola nepřipravila vůbec (viz obr. 9).



Obr. 9 Rozdělení odpovědí na otázku 4 z hlediska specializace ARIP

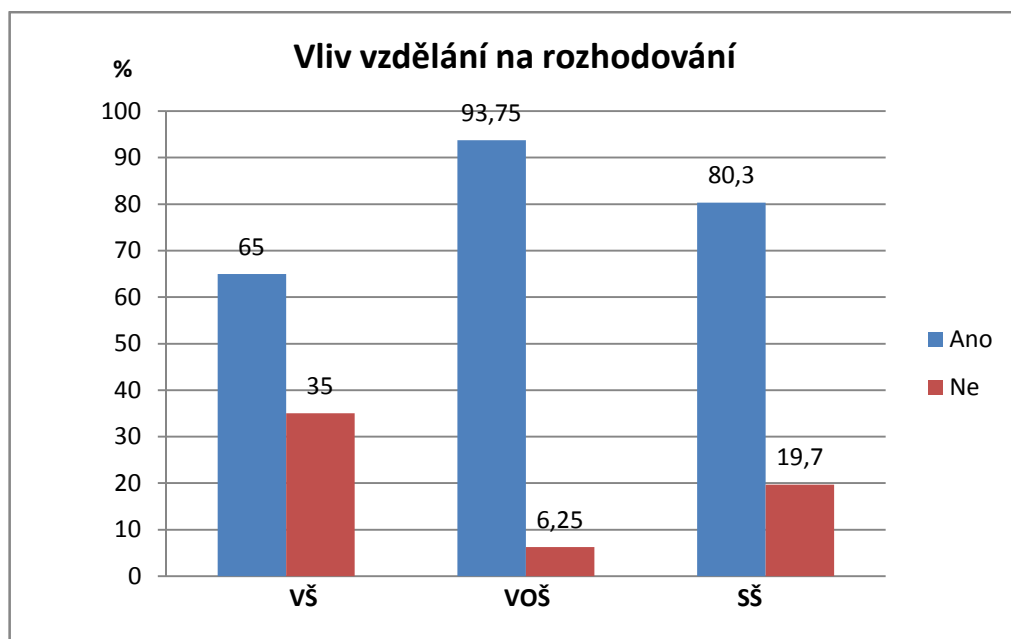
Vyhodnocení otázky 5: *Myslíte si, že Vaše vzdělání má vliv na rozhodování?*

Na tuto otázku zvolily téměř 4/5 respondentů (79,4 %) kladnou odpověď (viz obr. 10). Zhruba pětina respondentů (19,6 %) si myslí, že jejich vzdělání nemá vliv na rozhodování.

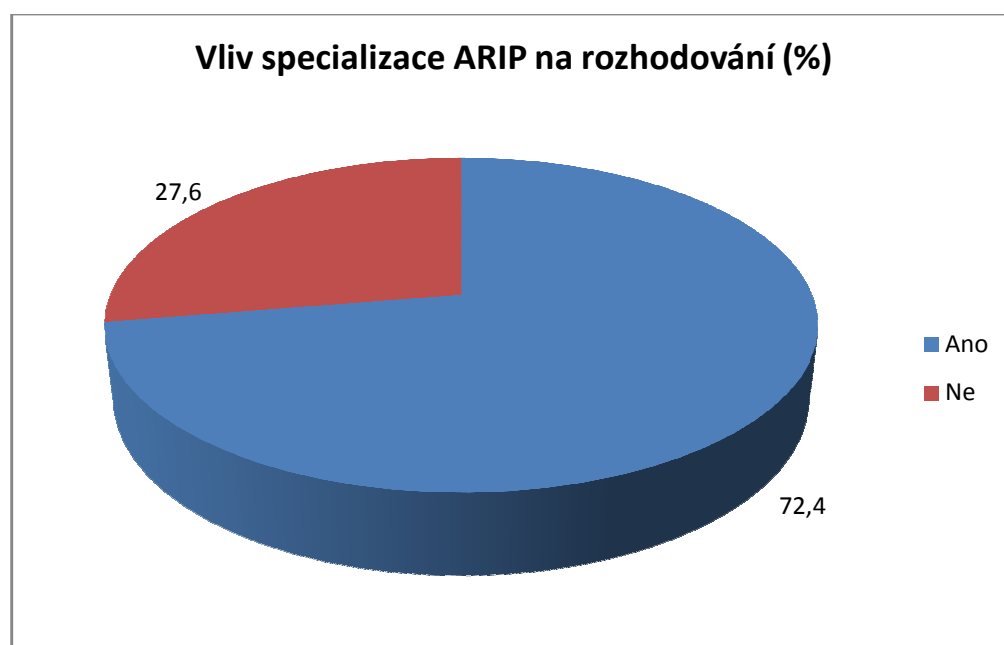


Obr. 10 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku 5

Z těch probandů, kteří se přiklonili ke kladné odpovědi, zda má jejich vzdělání vliv na rozhodování, byla největší skupina absolventů s ukončenou vyšší odbornou školou (93,75 %) a nejméně absolventů vysoké školy (65 %) – viz obr. 11. Z hlediska probandů se specializací ARIP se jich ke kladné odpovědi přiklonilo 79,4 % (viz obr. 12).



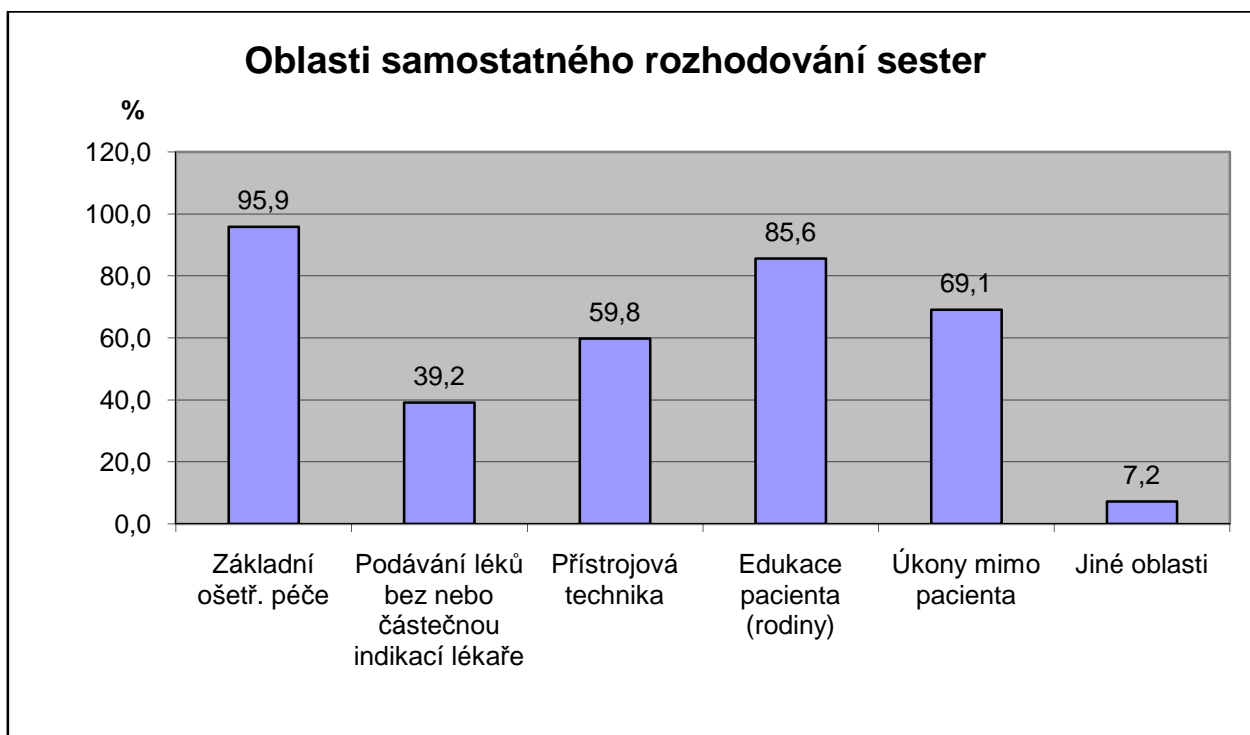
Obr. 11 Rozdělení odpovědí na otázku 5 z hlediska ukončeného vzdělání



Obr. 12 Rozdělení odpovědí na otázku 5 z hlediska specializace ARIP

Vyhodnocení otázky 6: V kterých oblastech se můžete samostatně rozhodovat?

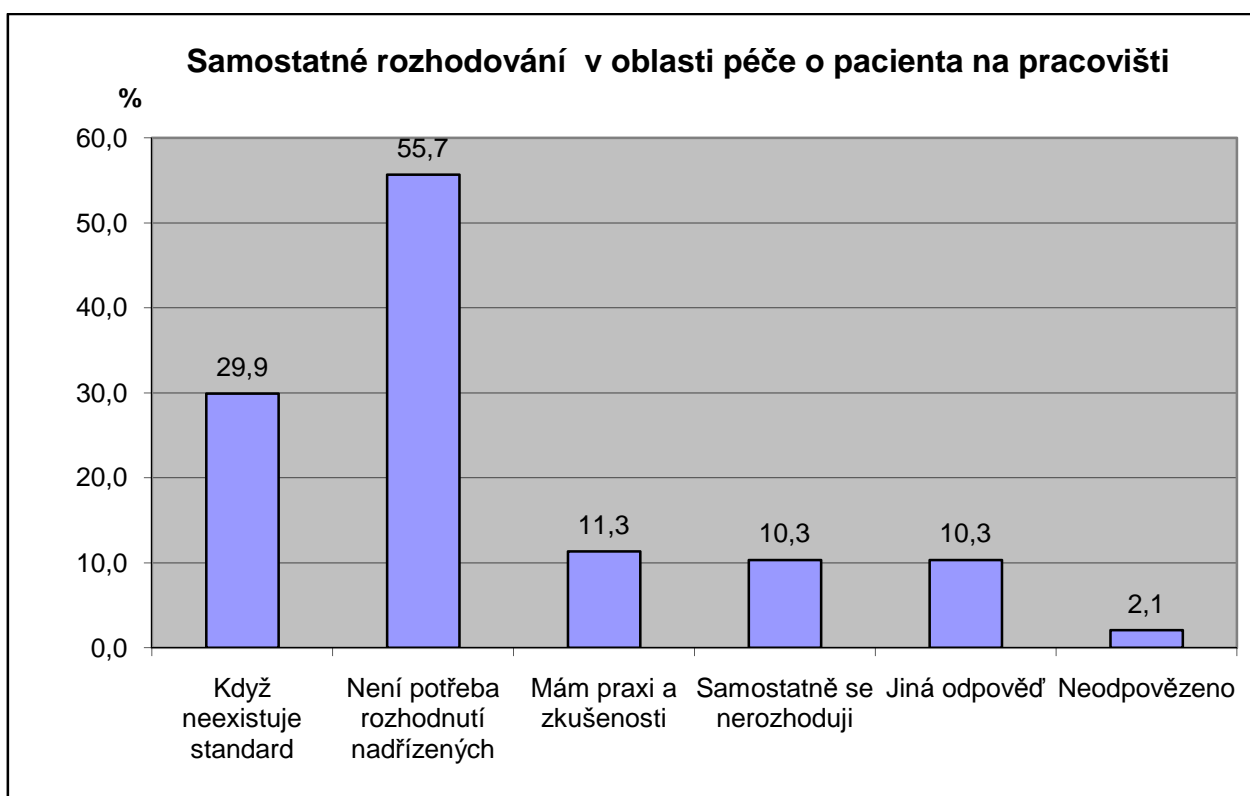
Nejvíce probandů (téměř 96 %) zvolilo odpověď, že se mohou samostatně rozhodovat v oblasti základní ošetrovatelské péče. Druhou nejčastější uváděnou oblastí byla edukace pacienta a/nebo jeho rodiny (v 85,6 %). Nadpoloviční většinu tvořily také odpovědi „úkony mimo pacienta“ (69,1 %) a „přístrojová technika“ (59,8%). Naopak v oblasti podávání léků bez indikace nebo s částečnou indikací lékaře může rozhodovat pouze necelých 40 % probandů. Nejméně probandů zvolilo variantu „jiné oblasti“ (viz obr. 13), kde probandi např. uvedli „operační středisko“, „možnost samostatného rozhodování v rámci přijímání tísňových výzev a telefonické asistované neodkladné resuscitaci“, „pozorování, stimulace pacienta, vysvětlování při vyšetření, bazální stimulace“, „převazy a ošetření ran“, „v oblastech předem dohodnutých na oddělení a s lékaři, např. úprava dávky léků, úprava ventilačních parametrů pacienta na UPV, aplikace analgetických léků a jiných lékových skupin aj. dle domluvy“ apod. Jeden názor zazněl ve smyslu, že se tato sestra podřizuje rozhodnutí lékaře: „V oblasti péče o pacienta rozhoduje lékař, já jako sestra plním jeho rozhodnutí.“



Obr. 13 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku 6

Vyhodnocení otázky 7: Za jakých okolností se můžete na Vašem pracovišti samostatně rozhodovat v oblasti péče o pacienta?

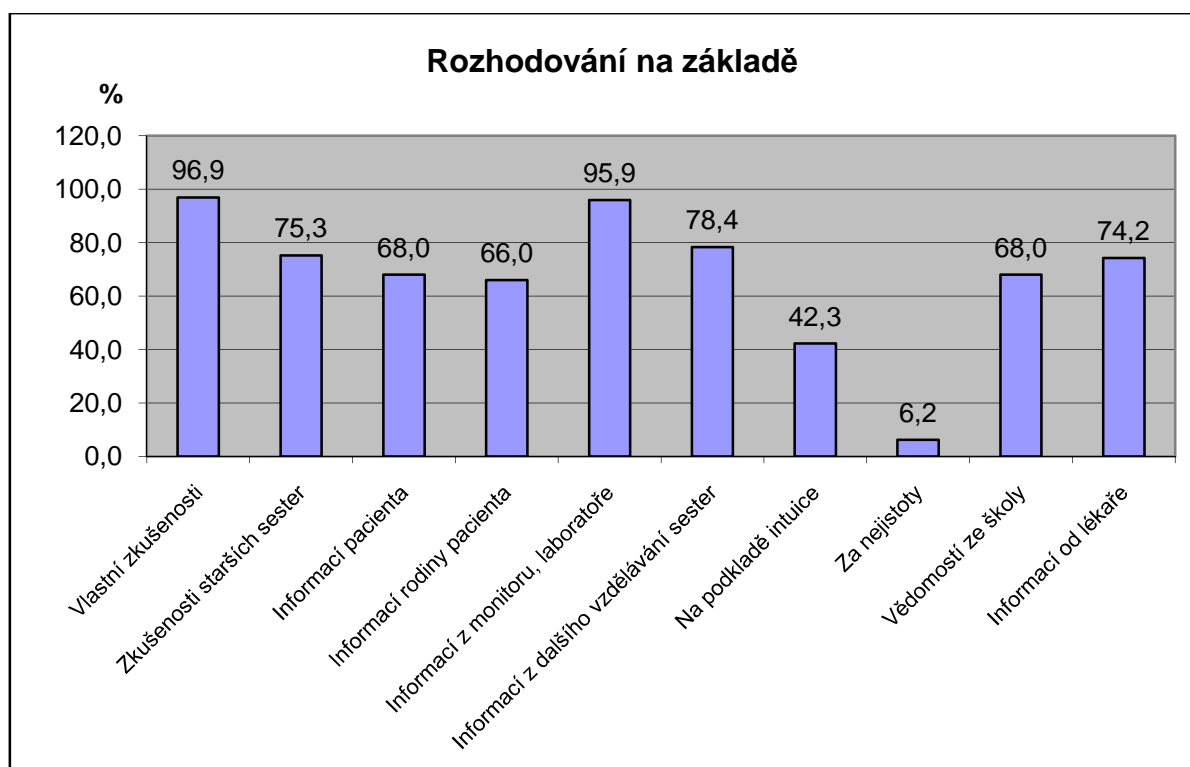
Na tuto otázku zvolilo nejvíce probandů (55,7%) odpověď, že se samostatně rozhodují v případě, kdy cítí, že není třeba rozhodnutí nadřízených. Zhruba třetina odpovědí (29,9 %) se přiklonila k variantě, že se samostatně rozhodují v případech, kdy na danou situaci neexistuje standard. Další tři možnosti odpovědí zvolilo zhruba stejný počet probandů (viz obr. 14): 11,3 % se samostatně rozhoduje vždy, protože má dlouholetou praxi a dostatek zkušeností v oblasti ošetrovatelské péče. 10,3 % se samostatně nerado rozhoduje, je to velká zodpovědnost. Stejný počet probandů zvolil jinou odpověď. Ta většinou zněla ve smyslu: „Vždy se rozhoduji sama, na mně záleží pomoc volajícímu.“ „Záleží na tom, o jak urgentní zákrok jde – podání kyslíku, zvýšená poloha, resuscitace...“ 2,1 % probandů na tuto otázku neodpovědělo.



Obr. 14 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku 7

Vyhodnocení otázky 8: *Rozhodujete se na základě a) vlastních zkušeností, b) zkušeností služebně starších sester, c) informací od pacienta, d) informací od rodiny pacienta, e) informací z monitoru, laboratoře, stavu pacienta, f) informací získaných z dalšího vzdělávání sester, g) na podkladě intuice, h) za nejistoty, i) vědomostí, znalostí získaných ve škole, j) informací od lékaře.*

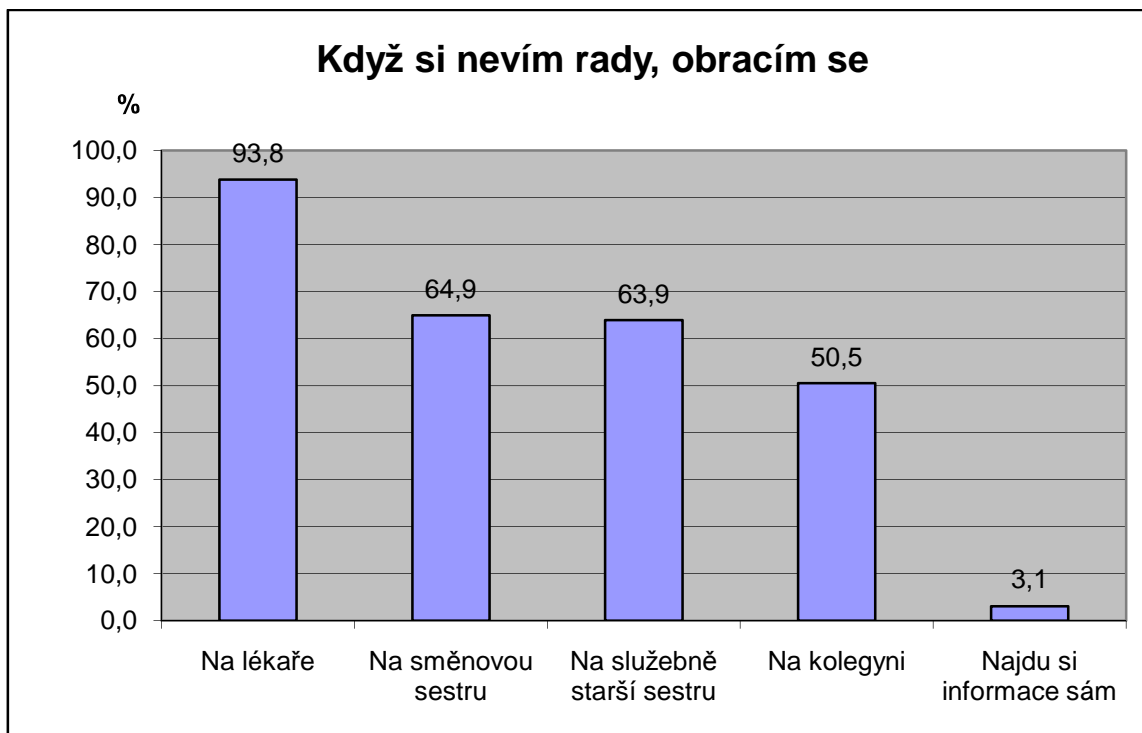
Na tuto otázku zvolili všichni probandi několik odpovědí. Nejčastěji se vyskytovala odpověď, že se rozhodují na základě vlastních zkušeností (96,9 %) a informací z monitoru, laboratoře, stavu pacienta (95,9 %). Nejméně probandů (6,2 %) se rozhoduje za nejistoty. Intuici věří 42,3 % probandů (viz obr. 15).



Obr. 15 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku 8

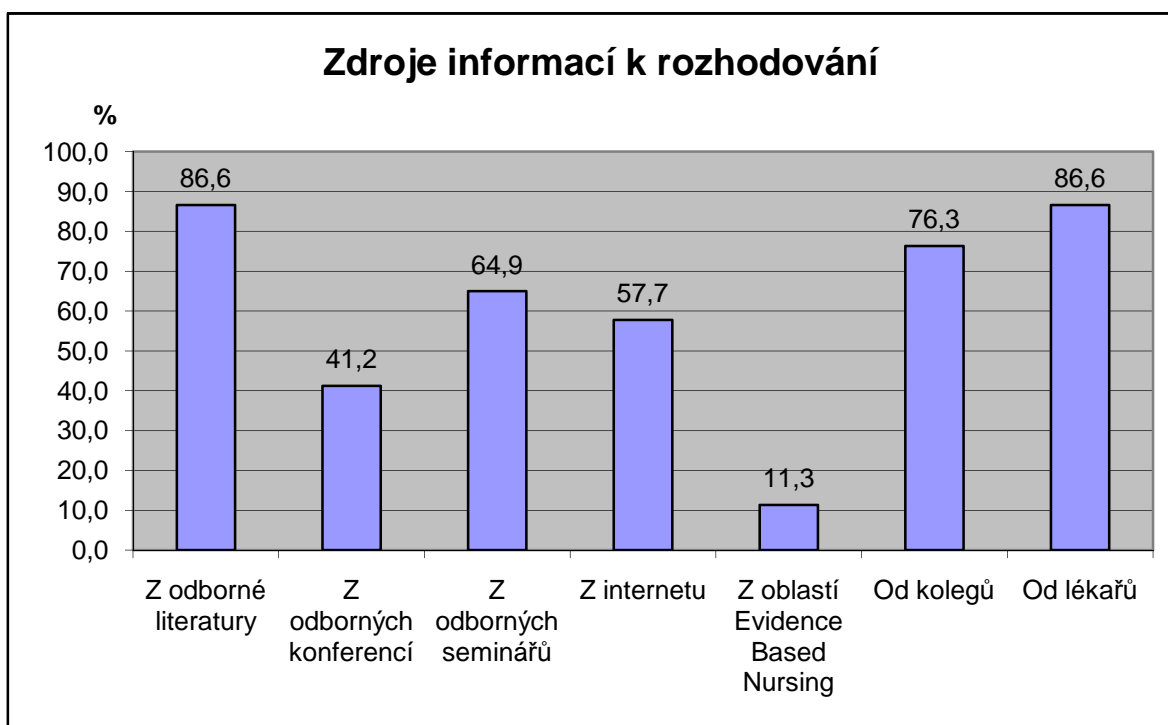
Vyhodnocení otázky 9: *Na koho se obracíte v případě, že si nevíte ve svém rozhodování rady?*

Nejvíce probandů (93,8 %) se obrací na lékaře. Na směnovou nebo služebně starší sestru se obrací téměř stejný počet probandů – přes 60 %. Pouze 3,1 % probandů uvedlo, že si najdou potřebné informace sami (viz tab. 16).



Obr. 16 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku 9

Vyhodnocení otázky 10: *Z jakého zdroje nejčastěji získáváte informace, které potřebujete ke svému rozhodování?*

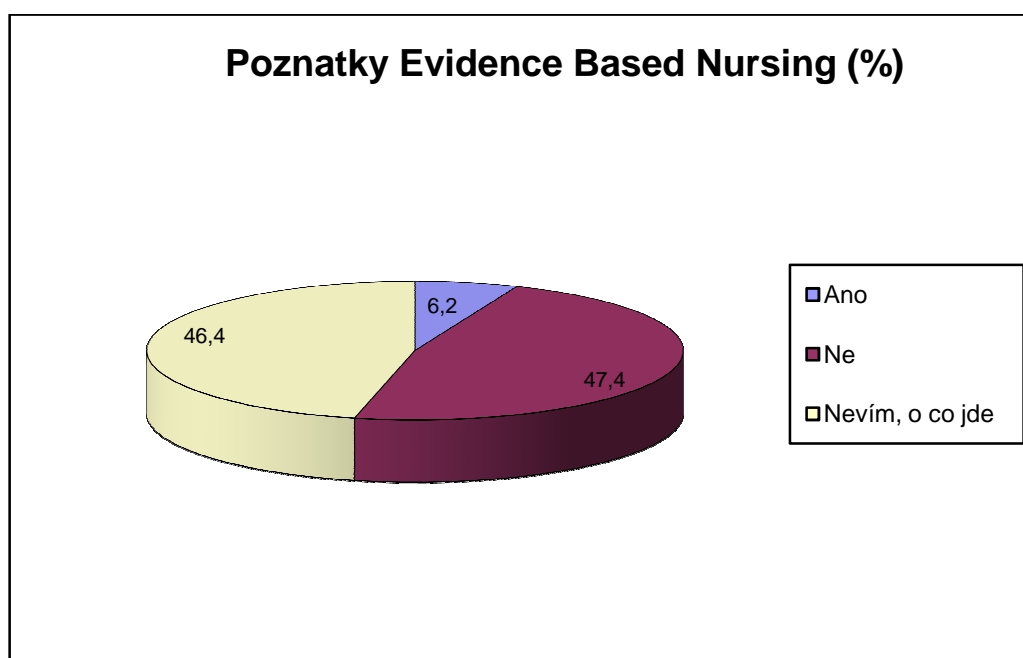


Obr. 17 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku 10

Shodné procento probandů (86,6 %) označilo jako svůj zdroj informací odbornou literaturu a informace od lékařů. Od kolegů získává informace 76,3 %, z odborných seminářů 64,9 % a z internetu 57,7 %. Méně než 50 % získává informace z odborných konferencí (41,2 %) a nejméně probandů uvedlo oblast Evidence Based Nursing (11,3 %) – viz obr. 17.

Vyhodnocení otázky 11: *Pomáhají Vám při rozhodování poznatky Evidence Based Nursing?*

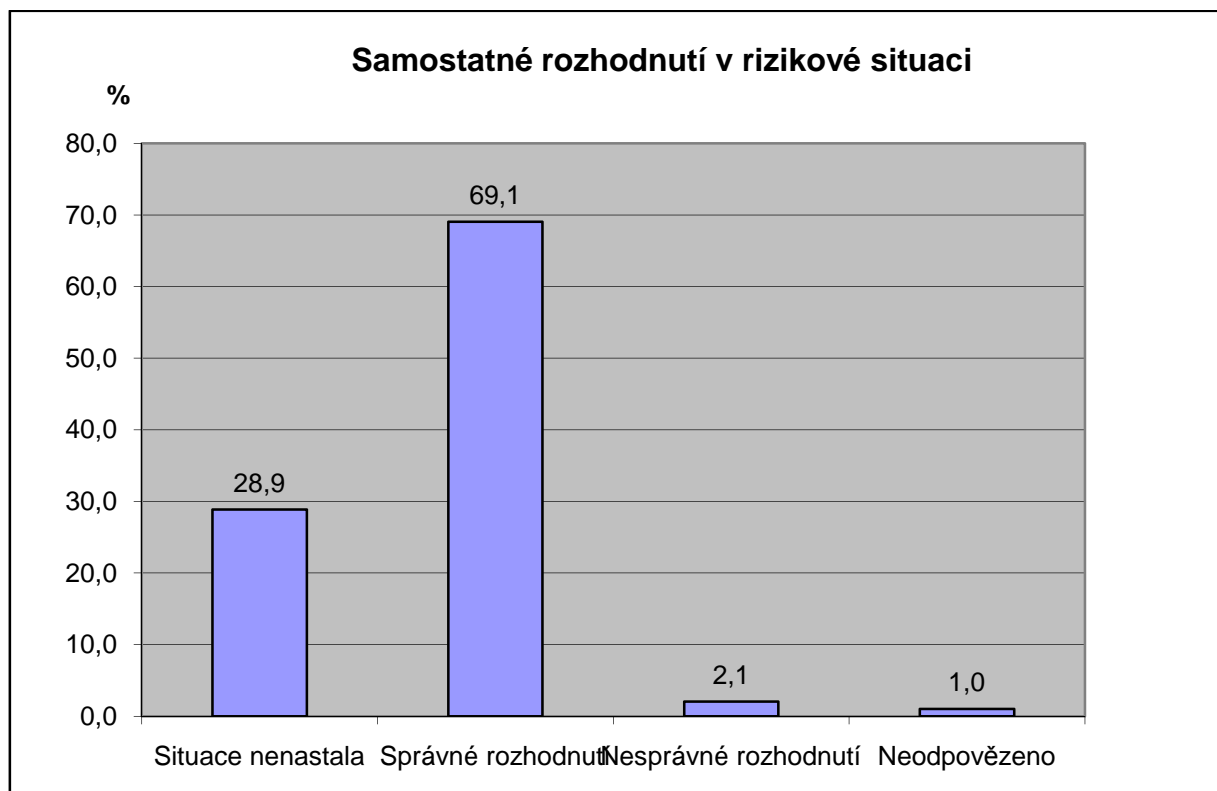
Na tuto otázku odpovědělo kladně pouze 6,2 % probandů. Zbytek souboru lze rozdělit na téměř shodné části – 47,4 % tvrdí, že tyto poznatky nevyužívá, a 46,4 % uvádí, že neví, o co jde (viz obr. 18).



Obr. 18 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku 11

Vyhodnocení otázky 12: *Nastala u Vás situace, kdy jste se v rizikové situaci musel/a samostatně rozhodnout mezi více možnostmi řešení?*

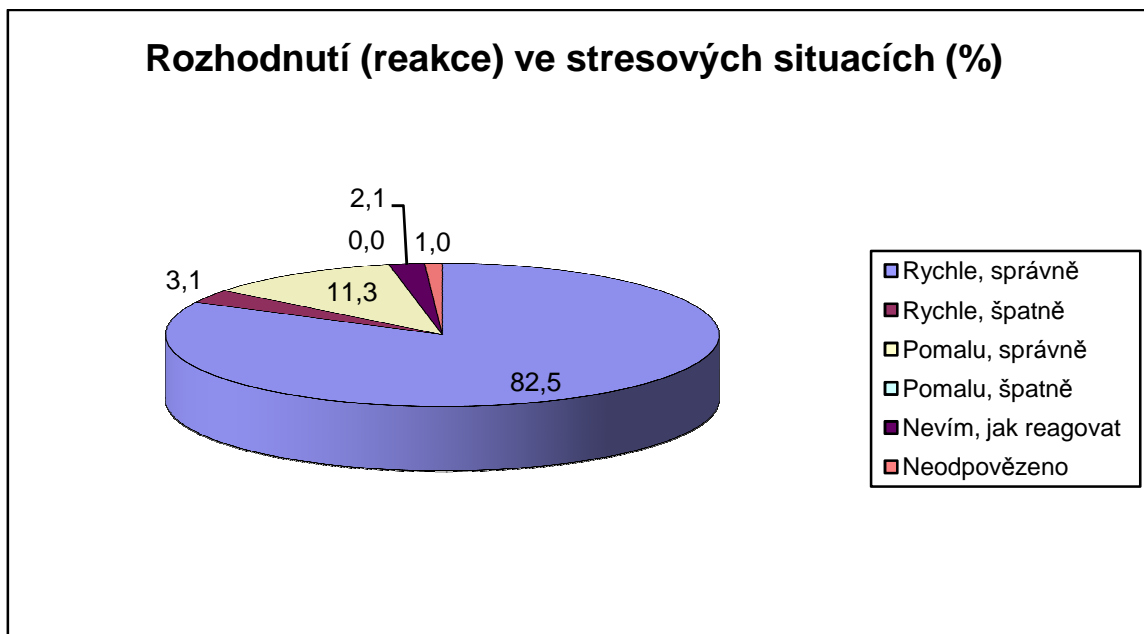
Na tuto otázku odpovědělo 69,1 % probandů, že se s takovou situací setkali a že se rozhodli správně. 28,9 % se dosud s takovou situací nesetkalo a nesprávně se v této situaci rozhodlo 2,1 % probandů. 1 % na tuto otázku neodpovědělo (viz obr. 19).



Obr. 19 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku 12

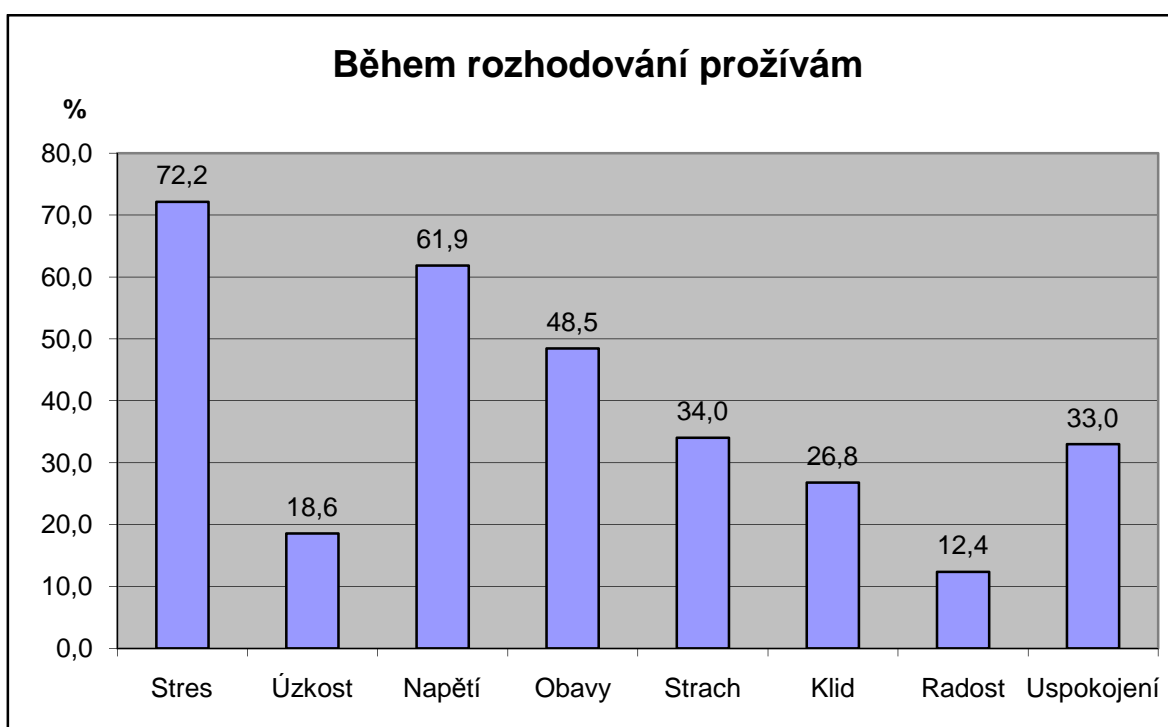
Vyhodnocení otázky 13: *Ve stresových situacích se dokážete rozhodnout/reagujete a) rychle, většinou správně, b) rychle, většinou špatně, c) pomalu, většinou správně, d) pomalu, většinou špatně, e) pomalu, nevíte, jak máte reagovat.*

Na tuto otázku uvedlo 82,5 % probandů, že se rozhoduje rychle a většinou správně. 11,3 % probandů se rozhoduje pomalu a většinou správně. 3,1 % probandů se rozhoduje rychle a většinou špatně a 2,1 % odpovědělo, že neví, jak má reagovat. 1 % neodpovědělo (viz obr. 20).



Obr. 20 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku 13

Vyhodnocení otázky 14: *Co prožíváte během rozhodování?*



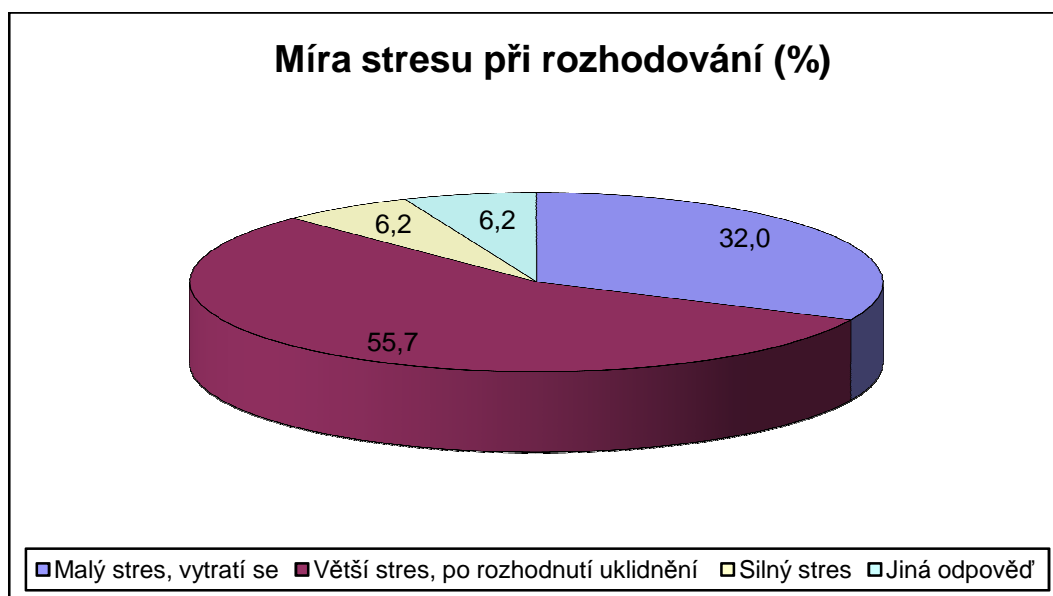
Obr. 21 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku 14

Na tuto otázku zvolili všichni probandi několik odpovědí. Nejčastěji se vyskytovala odpověď, že probandi během rozhodování prožívají stres (v 72,2 %). 61,9 % prožívá

napětí, 48,5 % prožívá obavy, 34 % strach a 18,6 % úzkost. Naopak 33 % probandů uvedlo, že prožívá uspokojení, 26,8 % klid a 12,4 % radost (viz obr. 21).

Vyhodnocení otázky 15: *Jak hodnotíte míru stresu při svém rozhodování?*

Na tuto otázku nadpoloviční většina (55,7 %) probandů uvedla, že pocítují vyšší hladinu stresu, ale po rozhodnutí se uklidní. Malou míru stresu, který se ihned po rozhodnutí vytratí, pocítuje 32 % probandů. Shodně, v 6,2 % odpovědí, se objevilo jednak tvrzení, že proband prožívá silný stres a dlouho mu trvá, než se uklidní, a jednak jiná odpověď, např.: „*Já se nestresuji vůbec.*“ „*Bývám klidná, stres se dostaví až po vyřešení situace.*“ „*Při kompetencích, které mám, a v situacích, ve kterých se rozhoduji, nepocítuji stres.*“ „*No stres.*“ „*Napětí se vytratí po ukončení dané stresové situace.*“ (viz obr. 22).

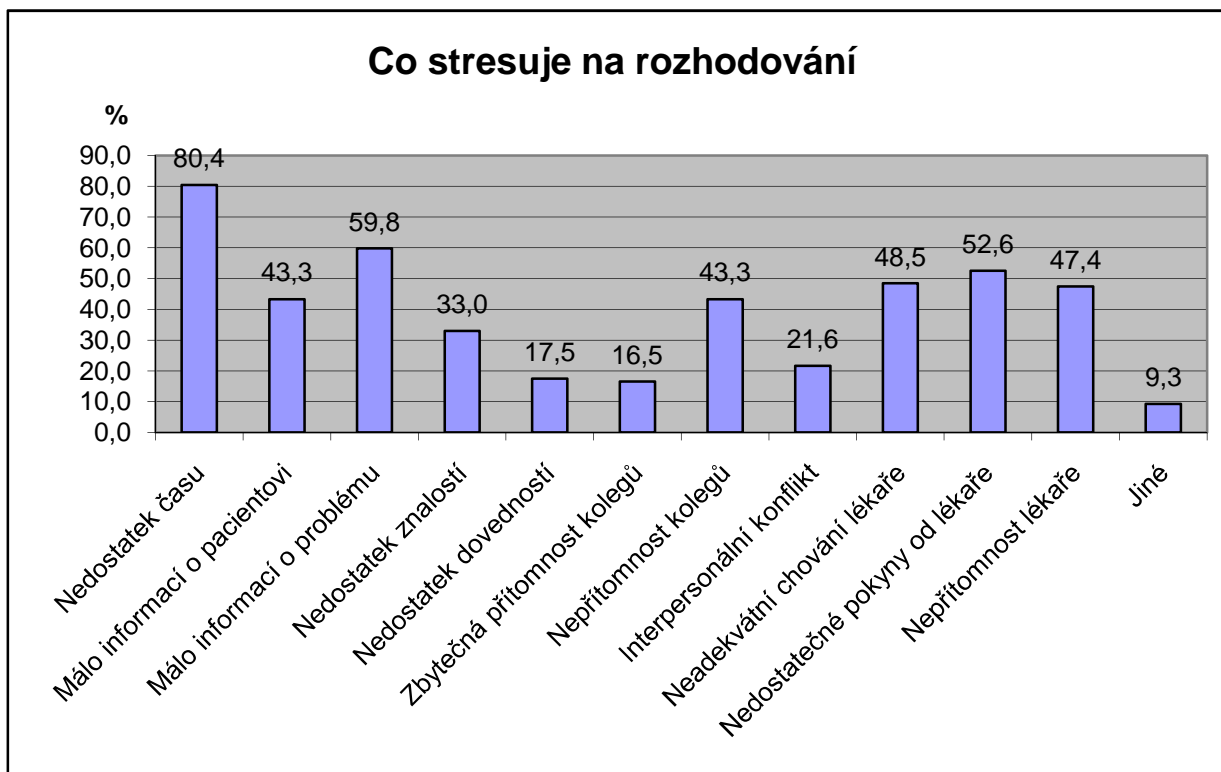


Obr. 22 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku 15

Vyhodnocení otázky 16: *Co Vás na rozhodování nejvíc stresuje?*

Na tuto otázku zvolilo nejvíce probandů odpověď, že je nejvíce stresuje nedostatek času (80,4 % odpovědí). Druhou nejvíce frekventovanou odpovědí (59,8 %) bylo málo informací o vzniklém problému. 52,6 % probandů stresují nedostatečné pokyny od lékaře, 48,5 % stresuje neadekvátní chování lékaře a 47,4 % stresuje nepřítomnost lékaře. Probandy rovněž stresuje málo informací o pacientovi a nepřítomnost kolegů (43,3 % odpovědí), nedostatek znalostí (33 % odpovědí), interpersonální konflikt (21,6 %),

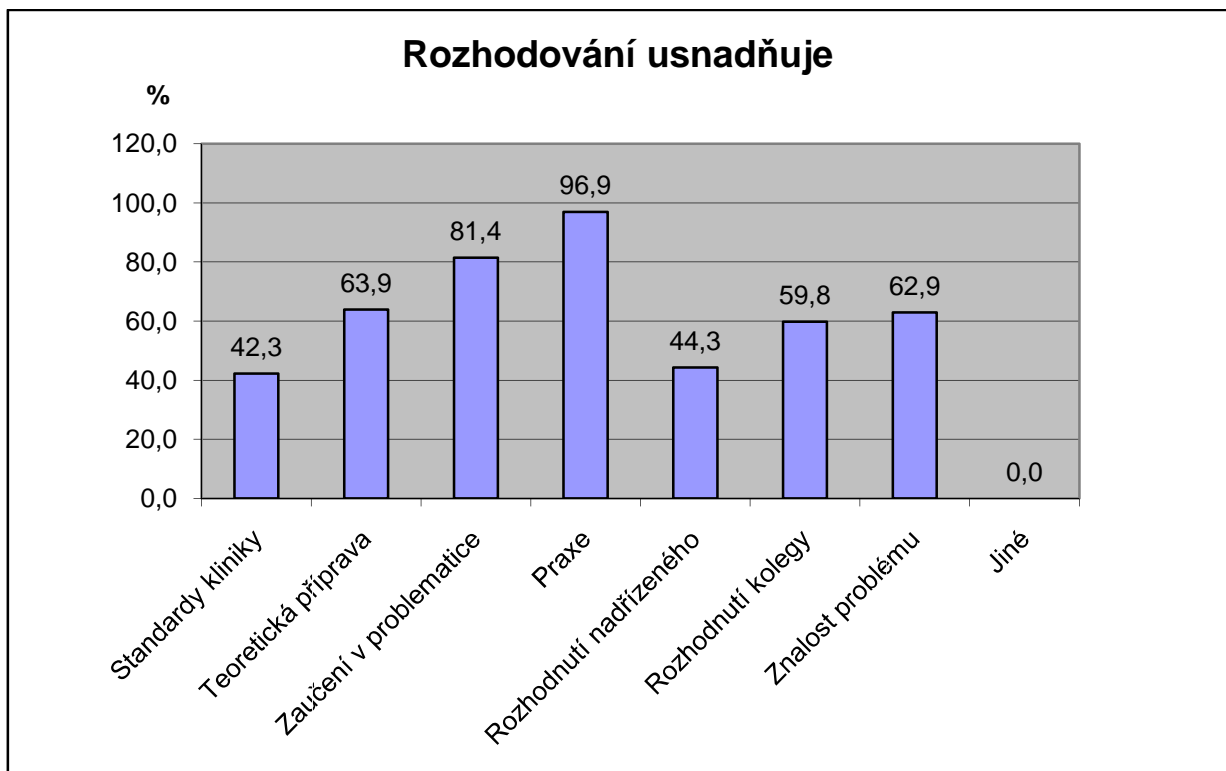
nedostatek dovedností (17,5 %) a zbytečná přítomnost kolegů (16,5 % odpovědí). Jinou možnost označilo 9,3 % probandů. Uvedli např. „konflikt“, „nic“ (viz obr. 23).



Obr. 23 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku 16

Vyhodnocení otázky 17: Co Vám usnadňuje rozhodování?

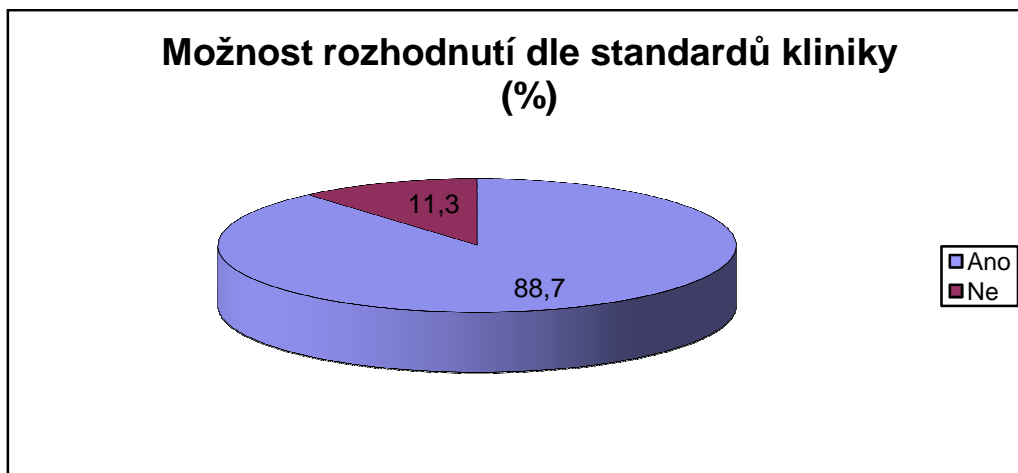
Z odpovědí vyplývá, že nejvíce rozhodování usnadňuje praxe (96,9 % odpovědí). Zaučení v problematice označilo 81,4 % odpovědí, teoretickou přípravu 63,9 % odpovědí, znalost problému 62,9 % odpovědí a rozhodnutí kolegy 59,8 % odpovědí. Méně než polovina odpovědí se týkala rozhodnutí nadřízeného (44,3 % odpovědí) a standardy kliniky (42,3 % odpovědí). Jinou odpověď ne zvolil nikdo (viz obr. 24).



Obr. 24 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku 17

Vyhodnocení otázky 18: Máte možnost se rozhodnout dle standardů kliniky?

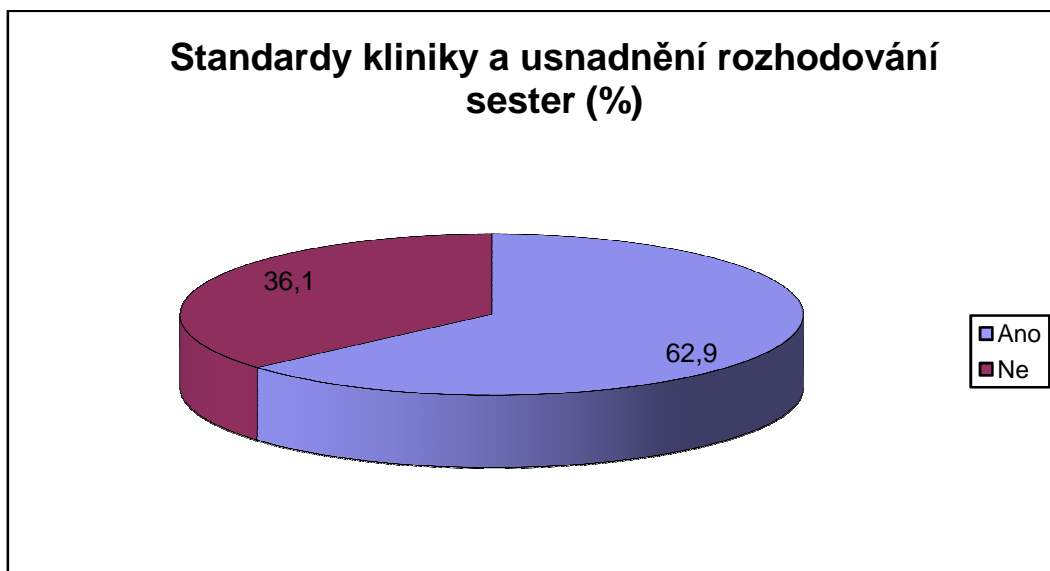
Na tuto otázku odpovědělo 88,7 % probandů kladně, 11,3 % probandů odpovědělo záporně (viz obr. 25).



Obr. 25 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku 18

Vyhodnocení otázky 19: *Usnadňují standardy Vaší kliniky rozhodování sester?*

Na tuto otázku odpovědělo 62,9 % probandů kladně, 36,1 % probandů odpovědělo záporně (viz obr. 26).



Obr. 26 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku 19

5.1 Vyhodnocení kvantitativního šetření

Hypotéza H1: *Sestry v intenzivní péči se domnívají, že je škola teoreticky i prakticky připravila na rozhodování.*

Ověřovali jsme hypotézu H1. K této hypotéze se vztahovala otázka 4. Analýza této otázky ukázala, že pouze čtvrtina probandů z řad sester v intenzivní péči se domnívá, že je škola připravila teoreticky i prakticky na situace, ve kterých se mají sami rozhodovat. Zhruba polovina z nich (50,5 %) si myslí, že je škola připravila pouze teoreticky. Zhruba čtvrtina sester si myslí, že je škola dostatečně nepřipravila (buď se škola o těchto situacích zmínila, ale probandi se necítí dostatečně připraveni na rozhodovací situace, nebo mají pocit, že je na tyto situace škola nepřipravila vůbec). Z těch probandů, kteří se přiklonili k odpovědi, že je škola připravila na rozhodování teoreticky i prakticky, byla největší skupina absolventů s ukončenou střední zdravotnickou školou (34,4 %) a nejméně absolventů vysoké školy (10 %). Odpověď, že je škola připravila na rozhodování teoreticky, zvolilo v porovnání s ostatními skupinami nejvíce absolventů vyšších

odborných škol (75 %). Odpověď, že se škola pouze zmínila, zvolilo v porovnání s ostatními skupinami nejvíce vysokoškoláků (20 %). Odpověď, že je škola na rozhodování nepřipravila, zvolilo v porovnání s ostatními skupinami nejvíce absolventů vysokých škol (15 %) – viz vyhodnocení otázky 4.

Na základě výše uvedené analýzy můžeme konstatovat, že hypotéza H1 byla zamítnuta.

Hypotéza H2: *Sestry v intenzivní péči se domnívají, že jim vzdělání usnadňuje rozhodování.*

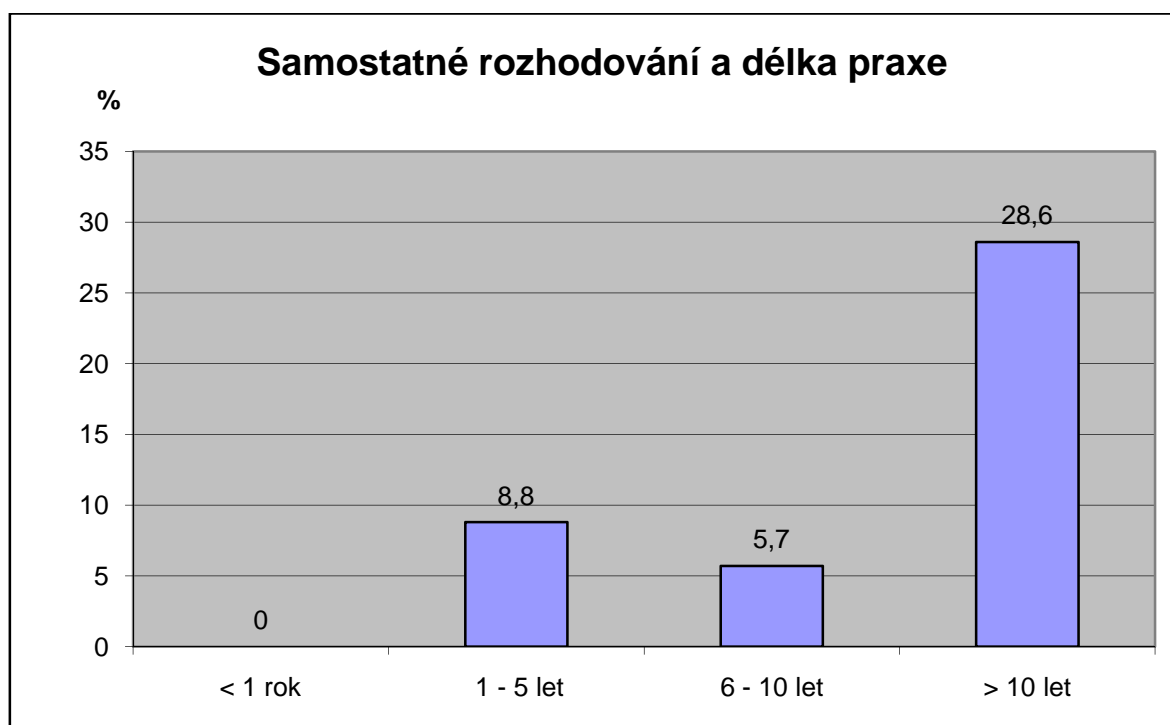
Ověřovali jsme hypotézu H2. K této hypotéze se vztahovaly otázky 5., 8. a 17. Z analýzy páté otázky vyplývá, že většina sester v intenzivní péči (79,4 %), které vyplnily tento dotazník, si myslí, že vzdělání má vliv na rozhodování v ošetrovatelské praxi. Naopak necelá pětina respondentů (19,6 %) si myslí, že jejich vzdělání nemá vliv na rozhodování. Z těch probandů, kteří se přiklonili ke kladné odpovědi, zda má jejich vzdělání vliv na rozhodování, byla největší skupina absolventů s ukončenou vyšší odbornou školou (93,75 %) a nejméně absolventů vysoké školy (65 %) – viz obr. 11. Z hlediska probandů se specializací ARIP se jich ke kladné odpovědi přiklonilo 79,4 % – viz obr. 12. Z analýzy osmé otázky vyplývá, že 68 % sester se rozhoduje na základě vědomostí a znalostí získaných ve škole. 78,4 % sester v intenzivní péči se rozhoduje na základě informací získaných z dalšího vzdělávání sester. Podobné procento (63,9 %) sester uvádí v otázce 17, že jim rozhodování usnadňuje teoretická příprava. Výsledek svědčí o tom, že se sestry skutečně domnívají, že jim vzdělání usnadňuje rozhodování.

Na základě výše uvedené analýzy můžeme konstatovat, že hypotéza H2 byla verifikována.

Hypotéza H3: *Sestry v intenzivní péči se domnívají, že jim praxe usnadňuje rozhodování.*

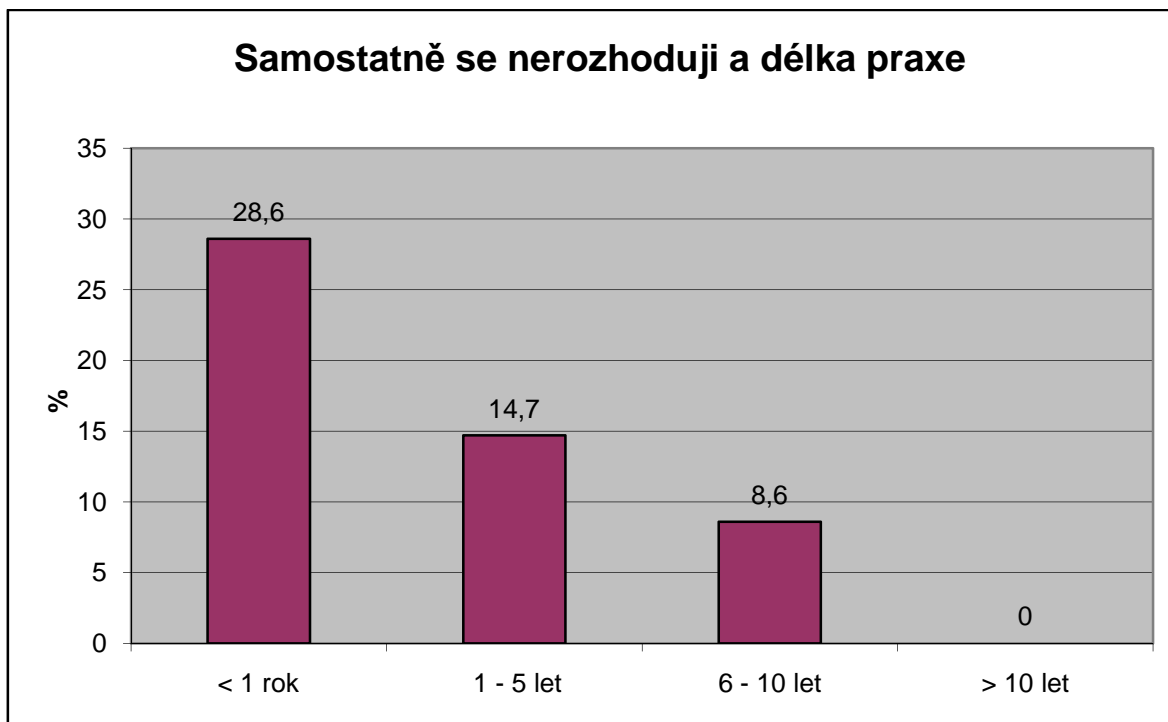
Ověřovali jsme hypotézu H3. K této hypotéze se vztahovaly otázky 7., 8. a 17. Zkušených sester pracujících na oddělení intenzivní péče déle než 10 let byla zhruba pětina (21,6 %). Nejvíce sester v intenzivní péči pracuje na oddělení intenzivní péče 6 – 10 let (36,1 %). 35,1 % má praxi na tomto oddělení 1 – 5 let. Nejméně respondentů pracuje na oddělení kratší dobu než 1 rok (7,2 %). To znamená, že zkušenějších sester (6 let a více) pracuje na těchto odděleních kolem 58 %, zbytek zkušenosti teprve sbírá. Při analýze

otázky 7 bylo zjištěno, že 11,3 % sester v intenzivní péči se samostatně rozhoduje vždy, protože má dlouholetou praxi a dostatek zkušeností v oblasti ošetrovatelské péče. Naopak 10,3 % odpovědělo, že se samostatně nerado rozhoduje, protože je to pro ně velká zodpovědnost. Tuto odpověď zvolily převážně začínající sestry. Analyzovali jsme blíže četnost výskytu odpovědí c) otázky číslo 7 („*Samostatně se rozhoduji vždy, protože mám dlouholetou praxi a dostatek zkušeností v oblasti ošetrovatelské péče*“) s délkou praxe na oddělení intenzivní péče. Zjistili jsme, že nejvíce samostatných rozhodnutí učiní sestry s praxí delší než 10 let (28,6 % kladných odpovědí). V kategoriích 1 – 5 let a 6 – 10 let praxe na oddělení intenzivní péče bylo těchto kladných odpovědí daleko méně. U sester začátečnic nebyla zjištěna žádná kladná odpověď (viz obr. 27).



Obr. 27 Četnost samostatného rozhodování sester ve vztahu k praxi

Dále jsme analyzovali četnost výskytu odpovědí d) otázky číslo 7 („*Samostatně se nerad/a rozhoduji, je to velká zodpovědnost*“) s délkou praxe na oddělení intenzivní péče. S touto odpovědí se ztotožnilo 28,6 % začínajících sester. S přibývajícím praxí počet těchto sester ubývá a u sester s praxí nad 10 let se s touto odpovědí neztotožnila žádná (viz obr. 28).



Obr. 28 Četnost odpovědi „Samostatně se nerozhodují“ ve vztahu k praxi

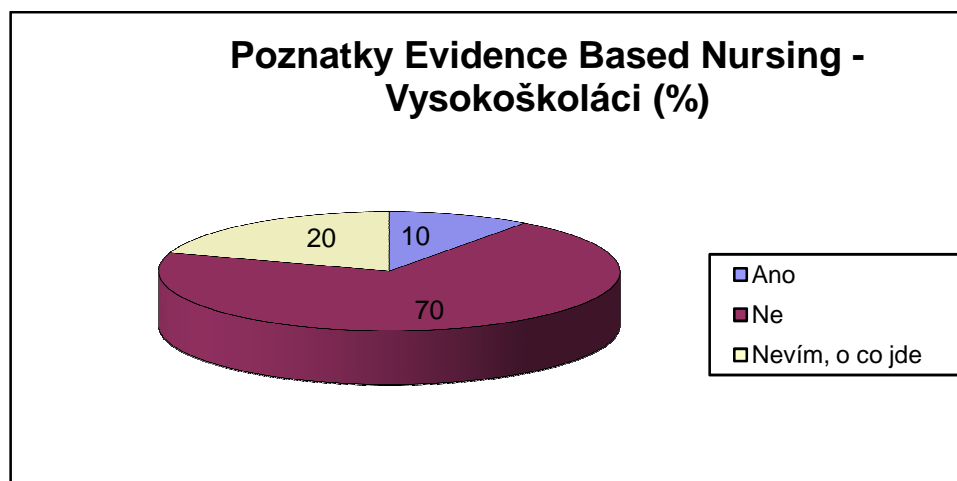
Při analýze otázky 8 bylo zjištěno, že se sestry rozhodují na základě vlastních zkušeností (v 96,9 %) a na základě své intuice (42,3 %). Znamená to, že se spoléhají na své zkušenosti při rozhodování. Intuice jako tzv. „šestý smysl“ mj. vzniká na podkladě zkušeností. Z analýzy 17. otázky vyplývá, že 96,9 % probandů usnadňuje praxe rozhodování. Znamená to, že sestry jsou si vědomy, jak je praxe pro ně při rozhodování důležitá.

Na základě výše uvedené analýzy můžeme konstatovat, že hypotéza H3 byla verifikována.

Hypotéza H4: *Sestry se domnívají, že jim poznatky Evidence Based Nursing usnadňují rozhodování.*

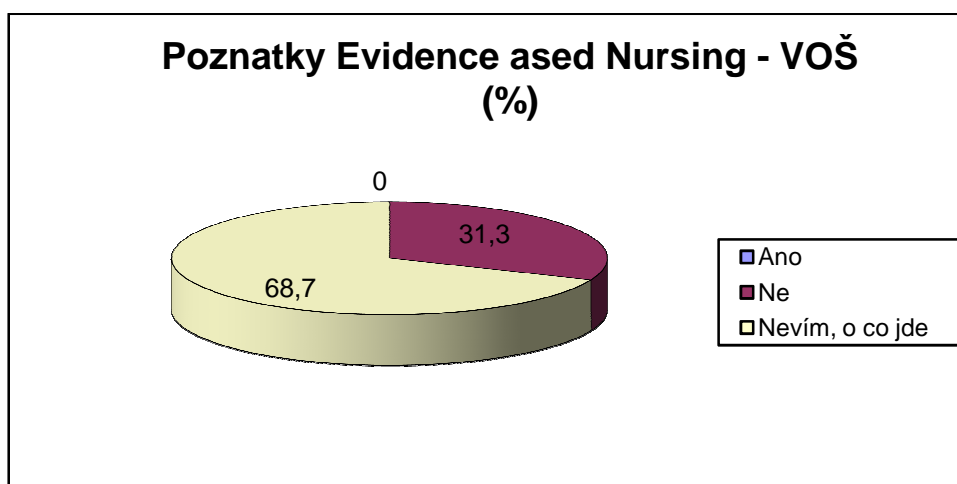
Ověřovali jsme hypotézu H4. K této hypotéze se vztahovaly otázky 10. a 11. Z analýzy 10. otázky vyplývá, že pouze 11,3 % probandů uvedlo oblast Evidence Based Nursing (dále EBN) jako zdroj, ze kterého získávají informace potřebné k rozhodování. Při analýze otázky 11. bylo zjištěno, že poznatky Evidence Based Nursing pomáhají při rozhodování pouze 6,2 % sestrám. 47,4 % probandů tyto poznatky nevyužívá a 46,4 % neví, o co jde. Tato čísla nekorelují s výsledky získanými v otázce 10. Zhruba pět procent

probandů se pravděpodobně zmýlilo při zatrhávání kladných odpovědí v otázce 10. Analyzovali jsme proto podrobněji získaná data v rámci jednotlivých skupin vzdělání. Z výsledků vyplývá, že ve skupině absolventů vysoké školy využívá poznatky EBN 10 % probandů, 70 % tyto poznatky nevyužívá a 20 % neví, o co jde (viz obr. 29).



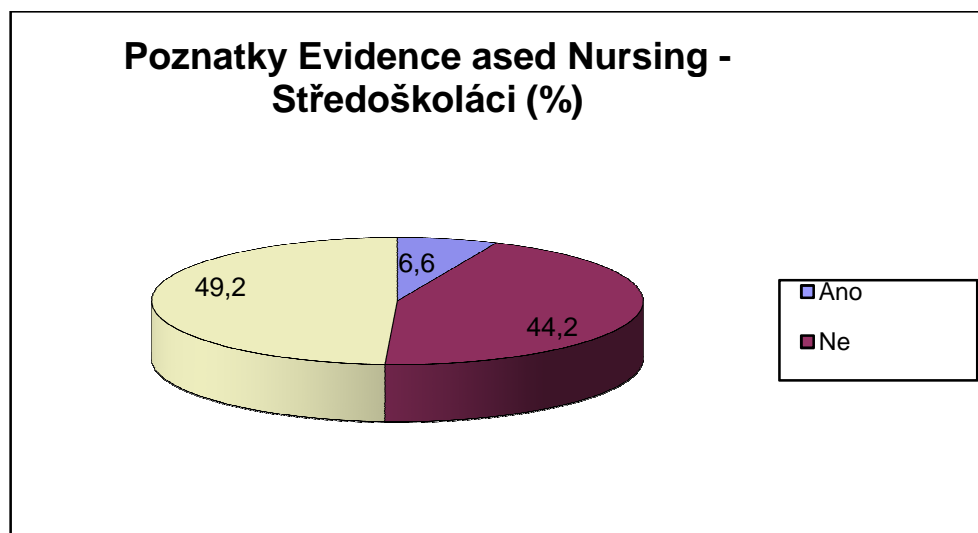
Obr. 29 Využití poznatků EBN u skupiny absolventů vysoké školy

Ve skupině absolventů vyšší odborné školy nikdo nezvolil kladnou odpověď. 31,3 % probandů odpovědělo, že tyto poznatky nevyužívá, 68,7 % probandů neví, o co se jedná (viz obr. 30).



Obr. 30 Využití poznatků EBN u skupiny absolventů vyšší odborné školy

Ve skupině absolventů střední zdravotnické školy, oboru všeobecná sestra, využívá tyto poznatky 6,6 % probandů, 44,2 % probandů tyto poznatky nevyužívá a 49,2 % neví, o co se jedná (viz obr. 31).

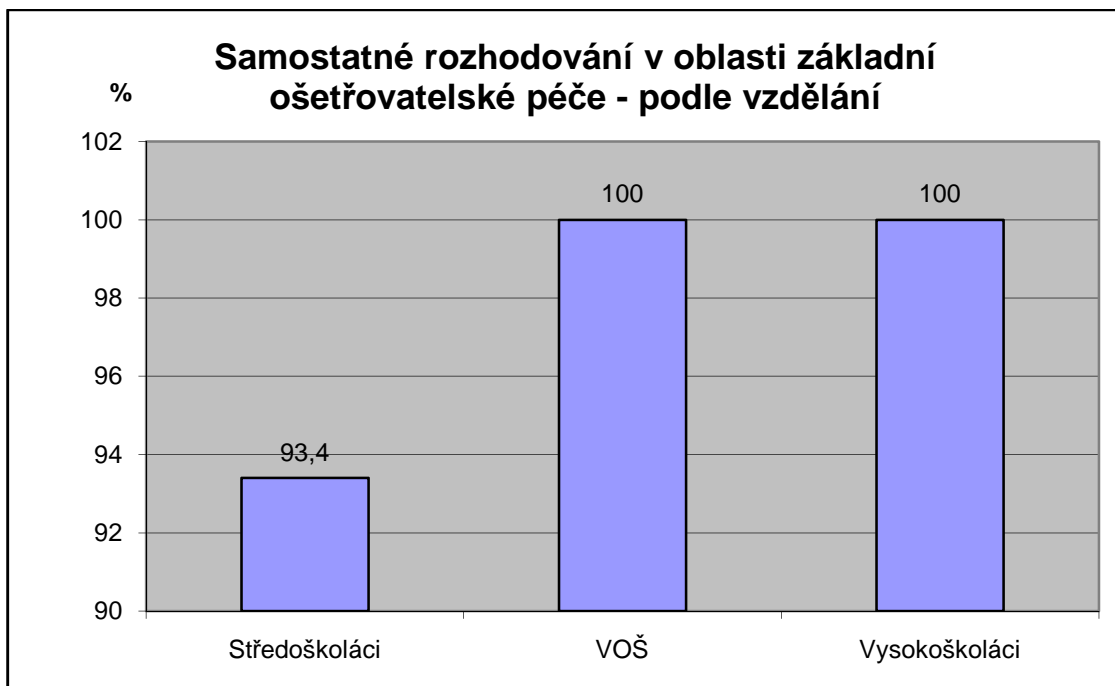


Obr. 31 Využití poznatků EBN u skupiny absolventů střední zdravotnické školy

Na základě výše uvedené analýzy můžeme konstatovat, že hypotéza H4 byla zamítnuta.

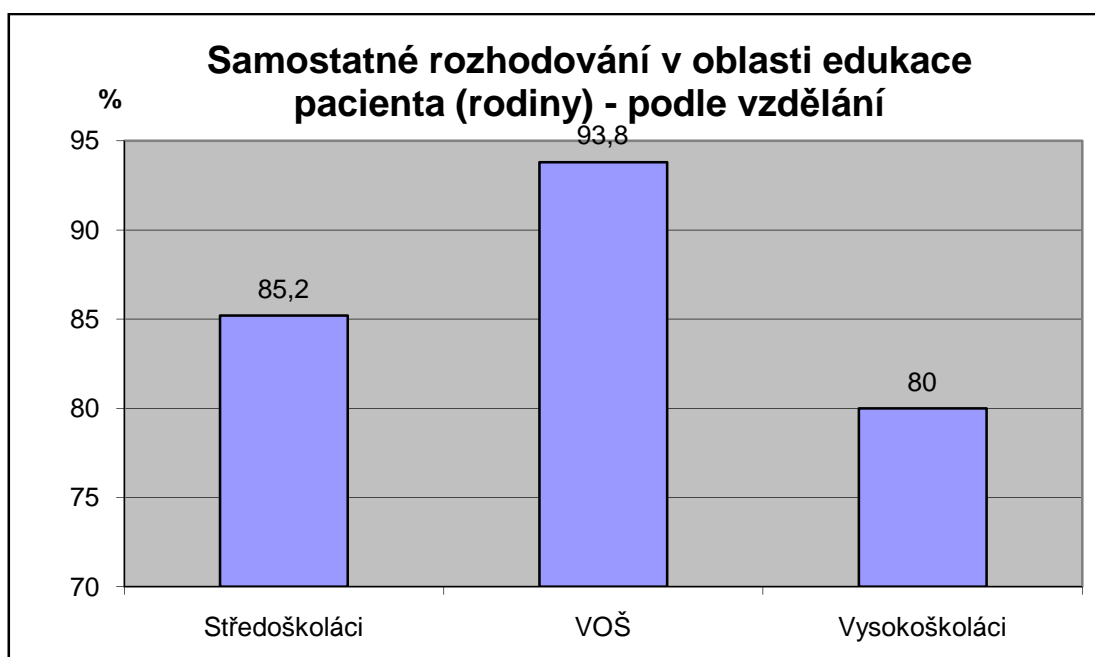
Hypotéza H5: *Sestry se mohou nejvíce samostatně rozhodovat v oblasti základní ošetrovatelské péče.*

Ověřovali jsme hypotézu H5. K této hypotéze se vztahovala otázka 6. Na základě analýzy této otázky bylo zjištěno, že téměř 96 % sester v intenzivní péči zvolilo odpověď, že se mohou samostatně rozhodovat v oblasti základní ošetrovatelské péče. U ostatních oblastí bylo toto procento nižší. Analyzovali jsme odpovědi i podle dosaženého vzdělání. 100 % kladných odpovědí na možnost samostatného rozhodování v oblasti ošetrovatelské péče jsme získali v kategorii sester s vysokoškolským a vyšším odborným vzděláním. V kategorii sester se střední zdravotnickou školou se v této oblasti rozhoduje 93,4 % probandů (viz obr. 32).



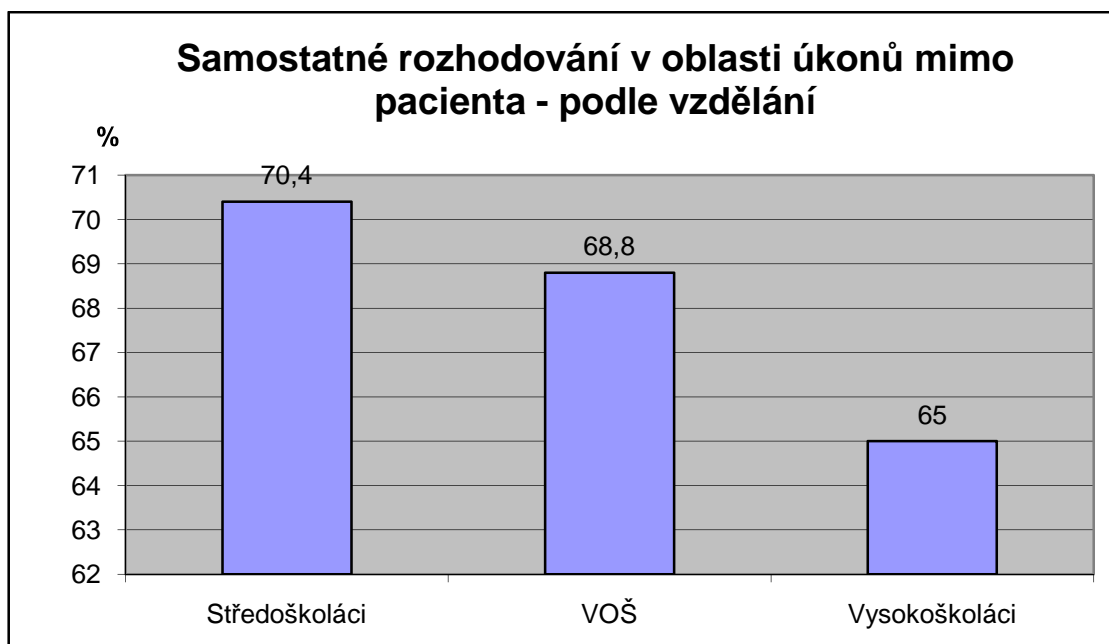
Obr. 32 Porovnání rozhodování v oblasti ošetrovatelské péče ve vztahu ke vzdělání

Rovněž nás zajímaly ostatní nabízené oblasti rozhodování ve vztahu ke vzdělání. Jako druhá nejčastější oblast rozhodování sester byla uvedena edukace pacienta/rodiny. Tuto oblast nejčastěji zvolily sestry s vyšším odborným vzděláním (93,8 %), zatímco vysokoškolsky vzdělané sestry se rozhodují samy o edukaci v 80 % případů (viz obr. 33).



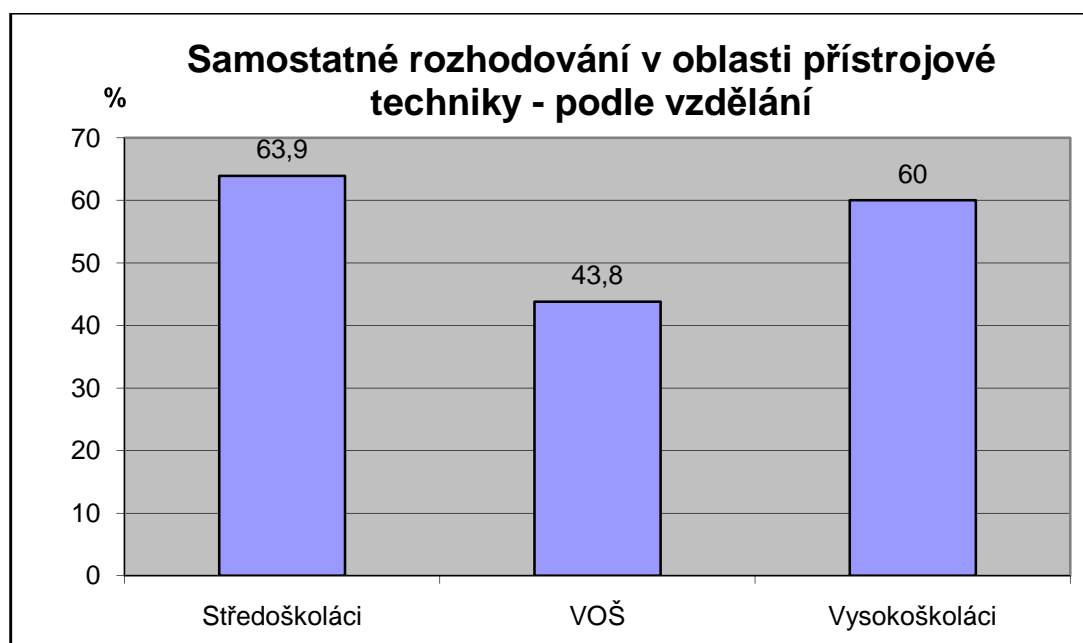
Obr. 33 Porovnání rozhodování v oblasti edukace pacienta/rodiny ve vztahu ke vzdělání

V pořadí třetí nejčastější oblastí rozhodování sester byly úkony mimo pacienta. Tuto oblast nejčastěji zvolily sestry středním zdravotnickým vzděláním (70,4 %), zatímco vysokoškolsky vzdělané sestry se v této oblasti rozhodují samy pouze v 65 % případů (viz obr. 34).



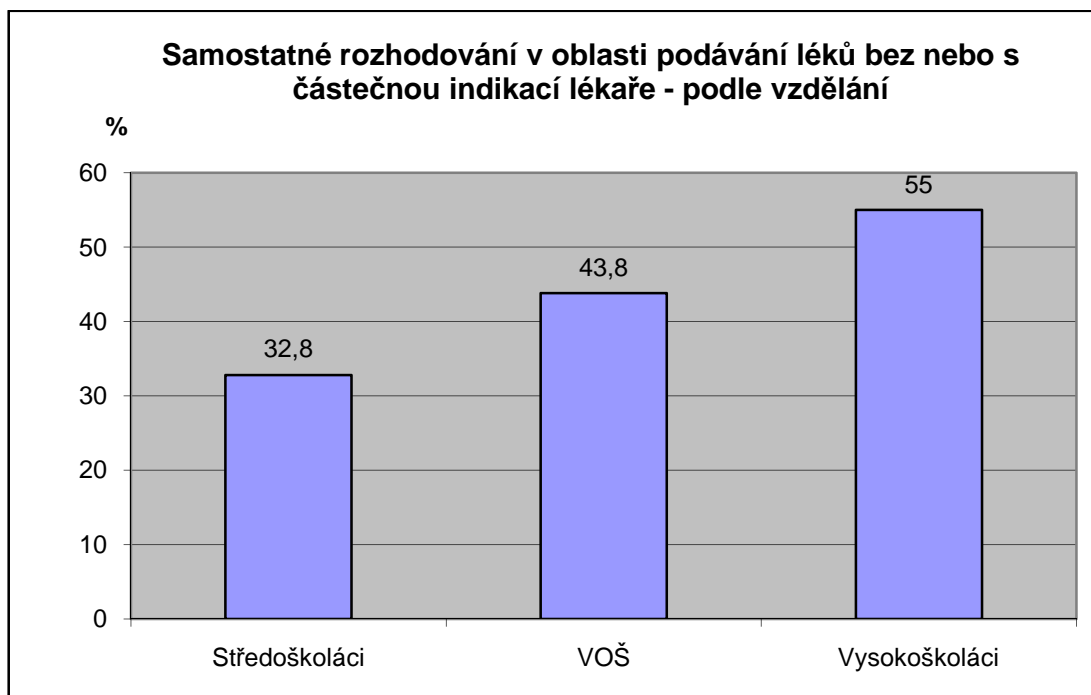
Obr. 34 Porovnání rozhodování v oblasti úkonů mimo pacienta ve vztahu ke vzdělání

V pořadí čtvrtou nejčastější oblastí rozhodování sester byla přístrojová technika.



Obr. 35 Porovnání rozhodování v oblasti přístrojové techniky ve vztahu ke vzdělání

Tuto oblast nejčastěji zvolily sestry středním zdravotnickým vzděláním (63,9 %), vysokoškolsky vzdělané sestry se v této oblasti rozhodují samy v 60 % případů. Nejméně tuto možnost volily sestry s vyšším odborným vzděláním (43,8 %) – viz obr. 35.



Obr. 36 Porovnání rozhodování v oblasti podávání léků ve vztahu ke vzdělání

V oblasti podávání léků bez indikace nebo s částečnou indikací se mohou nejvíce rozhodovat vysokoškolsky vzdělané sestry (55 % odpovědí), nejméně sestry se středním zdravotnickým vzděláním (32,8 % odpovědí). Sestry s vyšším odborným vzděláním se nacházejí uprostřed mezi oběma dalšími soubory (43,8 % odpovědí) – viz obr. 36.

Na základě výše uvedené analýzy můžeme konstatovat, že hypotéza H5 byla verifikována.

Hypotéza H6: *Sestry se při rozhodování nejvíce obracejí na lékaře.*

Ověřovali jsme hypotézu H6. K této hypotéze se vztahovaly otázky 9., 10. a 8. Z analýzy 9. otázky vyplývá, že nejvíce probandů (93,8 %) se obrací na lékaře. Z analýzy 10. otázky vyplývá, že 86,6 % probandů získává potřebné informace od lékařů. Z analýzy 8. otázky vyplývá, že 74,2 probandů se rozhoduje na základě informací od lékaře. Z uvedených údajů vyplývá, že informace od lékařů jsou pro sestry důvěryhodné a že se na lékaře při rozhodování obracejí v nejvyšší míře.

Na základě výše uvedené analýzy můžeme konstatovat, že hypotéza H6 byla verifikována.

Hypotéza H7: *Sestry se mají možnost rozhodovat podle standardů kliniky.*

Ověřovali jsme hypotézu H7. K této hypotéze se vztahovaly otázky 17, 18 a 19. Z analýzy 17. otázky vyplývá, že standardy kliniky usnadňují 42,3 % sester rozhodování. Z analýzy 18. otázky vyplývá, že 88,7 % probandů má možnost se rozhodovat podle standardů kliniky. Z analýzy 19. otázky vyplývá, že 62,9 % probandům usnadňují standardy kliniky rozhodování. Z výsledků vyplývá, že ačkoliv 88,7 % probandů má možnost se rozhodovat podle standardů kliniky, tuto možnost uvádí při rozhodování menší procento (62,9 %). Mezi otázkami 17. a 19. vznikají rozdíly. V otázce 17 si mohly sestry vybrat mezi více možnostmi. V otázce 19. byly dotázány pouze na tuto možnost, a proto se k ní přiklonilo větší procento probandů. Z analýzy vyplývá, že sestry o této možnosti vědí a mohou ji využít.

Na základě výše uvedené analýzy můžeme konstatovat, že hypotéza H7 byla verifikována.

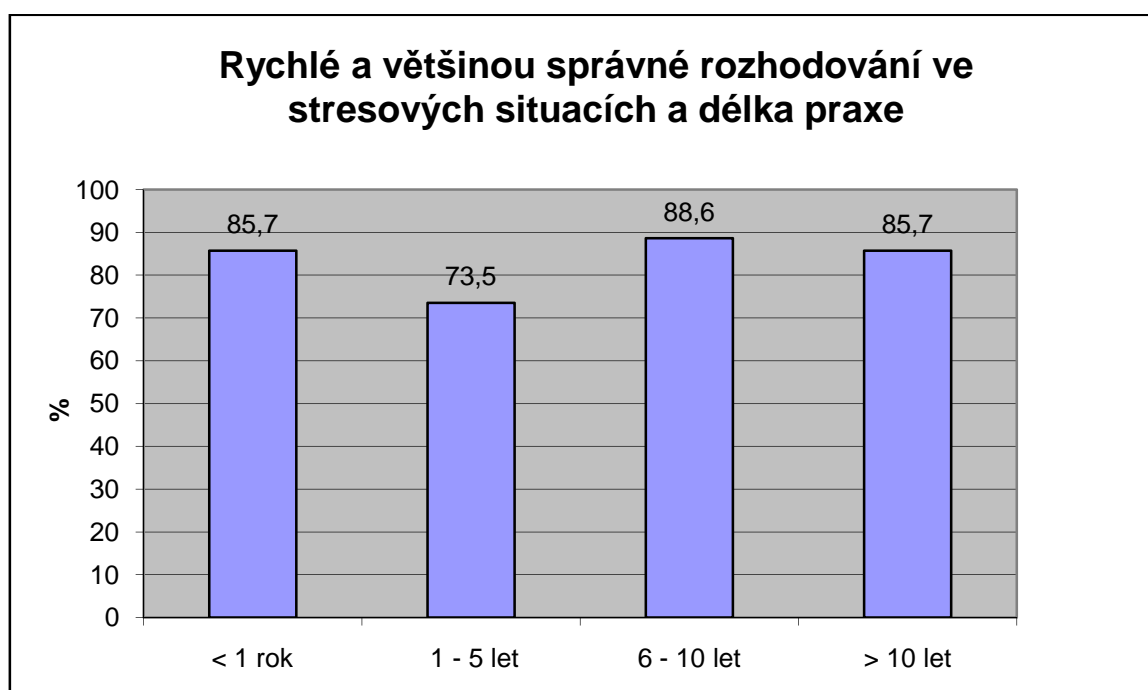
Hypotéza H8: *Sestry prožívají během rozhodování stres.*

Ověřovali jsme hypotézu H8. K této hypotéze se vztahovaly otázky 14. 15. a 16. Z analýzy 14. otázky vyplývá, že 72,2 % sester prožívá během rozhodování stres. 61,9 % prožívá napětí, 48,5 % prožívá obavy, 34 % strach a 18,6 % úzkost. Naopak 33 % probandů uvedlo, že prožívá uspokojení, 26,8 % klid a 12,4 % radost. Z analýzy 15. otázky vyplývá, že 55,7 % sester pocítuje vyšší hladinu stresu, ale po rozhodnutí se uklidní. Malou míru stresu, který se ihned po rozhodnutí vytratí, pocítuje 32 % probandů. V 6,2 % případech proband prožívá silný stres a dlouho mu trvá, než se uklidní. Z analýzy 16. otázky vyplývá, že sestry nejvíce stresuje nedostatek času (80,4 % odpovědí). Druhou nejvíce frekventovanou odpovědí (59,8 %) bylo málo informací o vzniklém problému. 52,6 % probandů stresují nedostatečné pokyny od lékaře, 48,5 % stresuje neadekvátní chování lékaře a 47,4 % stresuje nepřítomnost lékaře. Probandy rovněž stresuje málo informací o pacientovi a nepřítomnost kolegů (43,3 % odpovědí), nedostatek znalostí (33 % odpovědí), interpersonální konflikt (21,6 %), nedostatek dovedností (17,5 %) a zbytečná přítomnost kolegů (16,5 % odpovědí). Jinou možnost označilo 9,3 % probandů.

Na základě výše uvedené analýzy můžeme konstatovat, že hypotéza H8 byla verifikována.

Hypotéza H9: *Sestry v intenzivní péči hodnotí svá rozhodnutí ve stresové situaci převážně jako správná.*

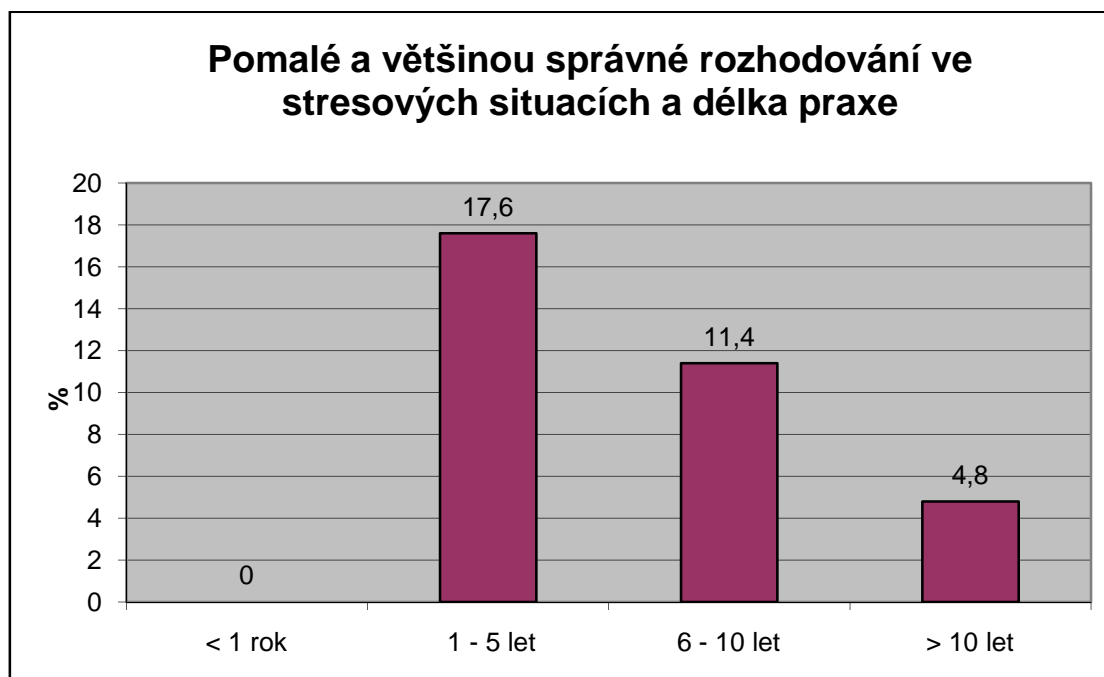
Ověřovali jsme hypotézu H9. K této hypotéze se vztahovaly otázky 12. a 13. Z analýzy 12. otázky vyplývá, že 28,9 % probandů se dosud nesetkalo s rizikovou situací, ve které by se muselo samostatně rozhodnout mezi více možnostmi. 69,1 % probandů uvedlo, že se s takovou situací setkali a že se rozhodli správně, když se museli samostatně rozhodnout mezi více možnostmi řešení. Dalších 2,1 % probandů se s takovou situací setkalo a rozhodlo se v této situaci nesprávně. Z analýzy 13. otázky vyplývá, že 82,5 % probandů ve stresových situacích rozhoduje rychle a většinou správně. 11,3 % probandů se rozhoduje pomalu a většinou správně. Rychle a většinou špatně se rozhoduje 3,1 % probandů a 2,1 % odpovědělo, že neví, jak má reagovat. Analyzovali jsme rovněž, jak se rozhodují jednotlivé kategorie sester z hlediska délky praxe a jak hodnotí svá rozhodnutí (viz obr. 37 a 38).



Obr. 37 Četnost výskytu odpovědi „Rozhoduji se rychle a správně“ ve vztahu k délce praxe

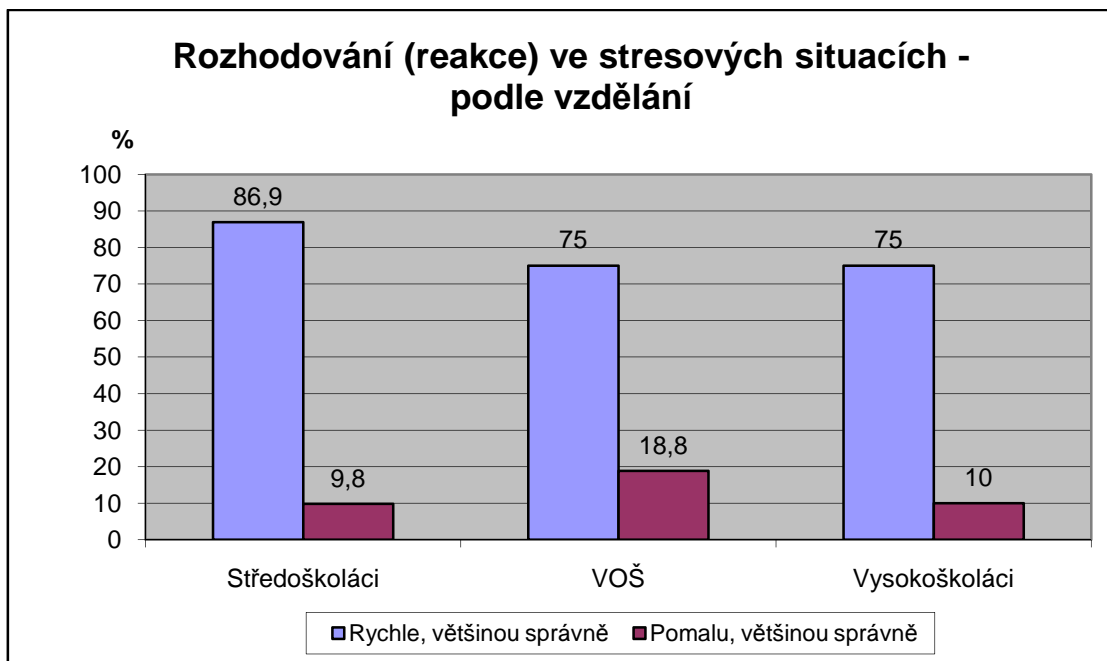
S odpovědí „*Ve stresových situacích reaguji rychle, většinou správně*“ se ztotožnila většina sester ve všech kategoriích délky praxe (viz obr. 37). S odpovědí „*Ve*

stresových situacích reagují pomalu, většinou správně“ se ztotožnila menšina sester, nejvíce z kategorie 1 – 5 let praxe (viz obr. 38).



Obr. 38 Četnost výskytu odpovědi „Rozhoduji se pomalu a správně“ ve vztahu k délce praxe

Analyzovali jsme také, jak se rozhodují jednotlivé kategorie sester z hlediska úrovně vzdělání a jak hodnotí svá rozhodnutí. S odpovědí „*Ve stresových situacích reagují rychle, většinou správně*“ se ztotožnilo největší množství středoškoláků (86,9 %). Ve skupině sester s vyšším odborným vzděláním a vysokoškolským vzděláním se takto rozhodují shodně tři čtvrtiny probandů. S odpovědí „*Ve stresových situacích reagují pomalu, většinou správně*“ se ztotožnila menšina sester, nejvíce z kategorie VOŠ (18,8 % odpovědí). Celkem lze konstatovat, že sestry s absolvovanou střední zdravotnickou školou hodnotí svá rozhodnutí (ať už rychlá, nebo pomalá) za správná v největším počtu 96,7 % odpovědí. Sestry s vyšším odborným vzděláním hodnotí jako správná v 93,8 % případech. Sestry s vysokoškolským vzděláním se takto hodnotí v 85 % (viz obr. 39).



Obr. 39 Četnost výskytu odpovědi „Rozhoduji se pomalu a správně“ ve vztahu k úrovni vzdělání

Na základě výše uvedené analýzy můžeme konstatovat, že hypotéza H9 byla verifikována.

6 DISKUSE

Cílem sester při rozhodování by mělo být eliminovat chybná rozhodnutí. K tomu je nutno zjistit faktory ovlivňující rozhodovací proces sester intenzivní péče. Tyto faktory mohou být zjevné, všem známé, nebo skryté, neodhalené. Různí autoři (Krairiksh, Anthony, 2001; Hagbaghery et al., 2004; Banning, 2008; Kropáč, 2011) se shodují, že vzdělání a předchozí zkušenosti (délka praxe) se podílí na rozhodování. Většina sester intenzivní péče, zúčastněných na tomto šetření, měla středoškolské vzdělání (SZŠ nebo VOŠ). Asi jedna pětina zkoumaného souboru měla vzdělání vysokoškolské. Toto rozdělení souboru odpovídá složení sesterských týmů na jednotkách intenzivní péče. Pouze čtvrtina probandů z řad sester v intenzivní péči se domnívá, že je škola připravila teoreticky i prakticky na situace, ve kterých se mají sami rozhodovat. Z této skupiny byla největší skupina absolventů s ukončenou střední zdravotnickou školou (34,4 %) a nejméně absolventů vysoké školy (10 %). Je možné, že absolventi vysoké školy si se získaným množstvím spolu souvisejících informací více uvědomují možné důsledky svých rozhodnutí, tříbí si kritické myšlení, zvyšují své nároky vůči vzdělávací instituci a že postrádají větší oporu pro svá potenciální rozhodnutí. Zhruba polovina sester intenzivní péče (50,5 %) si myslí, že je škola připravila pouze teoreticky. Tuto odpověď zvolilo v porovnání s ostatními skupinami nejvíce absolventů vyšších odborných škol (75 %). Je to zajímavý výsledek s ohledem na to, že vyšší odborné školy jsou prezentovány jako školy preferující praktickou výuku svých absolventů. Poslední čtvrtina sester si myslí, že je škola dostatečně nepřipravila (buď se škola o těchto situacích zmínila, ale probandi se necítí dostatečně připraveni na rozhodovací situace, nebo mají pocit, že je na tyto situace škola nepřipravila vůbec. Vysvětlením by mohlo být, že tyto sestry jsou připravovány na pozici středního personálu s omezenými kompetencemi rozhodování. Je nutno dále tyto otázky rozpracovat v kvalitativním výzkumu, aby mohla vzniknout doporučení pro praxi. Z šetření dále vyplývá, že většina sester v intenzivní péči (79,4 %), které vyplnily tento dotazník, si myslí, že vzdělání má vliv na rozhodování v ošetrovatelské praxi. 68 % sester uvedlo, že se rozhoduje na základě vědomostí a znalostí získaných ve škole. 78,4 % sester v intenzivní péči se rozhoduje na základě informací získaných z dalšího vzdělávání sester. Podobné procento (63,9 %) sester uvádí, že jim rozhodování usnadňuje teoretická příprava. Výsledek svědčí o tom, že si sestry uvědomují, že jim vzdělání usnadňuje rozhodování.

Carper (in Smith et al., 2004) ukázal, že ošetrovatelství zahrnuje mnoho odlišných vědomostních struktur. Ty zahrnují etické znalosti, osobní poznatky, estetické znalosti a empirické znalosti. Praktické dovednosti, podpořené teorií, získávají studenti středních i vysokých škol ve cvičeních a na povinných praxích na odděleních. Zde se studenti setkávají se skutečnými situacemi, ve kterých je nutno se rozhodovat. Je zřejmé, že ochotu rozhodovat se získávají sestry až s prodlužující se délkou praxe. Z výsledků šetření vyplývá, že nejvíce samostatných rozhodnutí učiní sestry s praxí delší než 10 let. Naopak začínající sestry taková rozhodnutí nečiní. 28,6 % začínajících sester se samostatně nerado rozhoduje. Tento výsledek jsme očekávali, protože v průběhu prvního roku po nástupu na oddělení intenzivní péče se sestry musí zapracovat a určitou dobu pracují pod dohledem zkušenější kolegyně. 59,8 % sester proto uvedlo, že jim rozhodování usnadňuje rozhodnutí zkušenější kolegyně. 81,4 % navíc uvedlo, že jim pomáhá zaučení v problematice (viz tab. 20). Při další analýze bylo zjištěno, že se sestry v intenzivní péči v 96,9 % rozhodují na základě vlastních zkušeností a na základě své intuice (42,3 %). Znamená to, že se spoléhají na své zkušenosti při rozhodování. Intuice jako tzv. „šestý smysl“ mj. vzniká na podkladě zkušeností. 96,9 % sester uvedlo, že jim praxe usnadňuje rozhodování. Znamená to, že sestry si uvědomují, že je praxe pro ně při rozhodování důležitá. Při svém rozhodování sestry v 86,6 % rovněž získávají potřebné informace od lékařů a 74,2 % z nich se rozhoduje na základě těchto informací. Od kolegů získává informace 76,3 % sester intenzivní péče. Je vidět, že živě sdělená informace je pro sestry velmi důležitá a že jí přiřkládají velký význam.

Zajímalo nás rovněž, jestli sestry využívají oblast Evidence Based Nursing jako zdroj, ze kterého získávají informace potřebné k rozhodování. Z analýzy výsledků vyplývá, že pouze 11,3 % probandů využívá oblast EBN jako zdroj, ze kterého získávají informace potřebné k rozhodování. Z výsledků vyplývá, že ve skupině absolventů vysoké školy využívá poznatky EBN 10 % probandů, 70 % tyto poznatky nevyužívá a 20 % neví, o co jde (viz obr. 25). Ve skupině absolventů vyšší odborné školy nikdo EBN nepoužívá, z toho 68,7 % probandů neví, o co se jedná (viz obr. 26). Ve skupině absolventů střední zdravotnické školy podle jejich vyjádření využívá tyto poznatky 6,6 % probandů, 44,2 % probandů tyto poznatky nevyužívá a 49,2 % neví, o co se jedná. Je s podivem, že vysokoškolsky vzdělané sestry v tak vysokém procentu neznají tento pojem. Seznamování se s poznatky EBN znamená věnovat mnoho času studiu odborných článků (různě relevantních) a kriticky je posuzovat. Sestry, pracující ve dvanáctihodinových směnách na

jednotkách intenzivní péče, nemusí mít dostatek sil a chuti věnovat svůj zbylý volný čas takovému studiu, zejména pokud se musí starat o rodinu a malé děti. Je na organizaci, aby sestry podpořila v dalším vzdělávání, aby jim umožnila absolvování odborných kurzů, aktivní či alespoň pasivní účast na různých odborných konferencích apod., kde si mohou vyměňovat své zkušenosti a získávat nejnovější poznatky ze svého oboru. 41,2 % sester uvedlo, že získává informace právě z odborných konferencí, 86,6 % z odborné literatury, 64,9 % z odborných seminářů. Velkou výhodou při získávání potřebných poznatků představuje internet a odborné databáze. Je zřejmé, že všechny tyto zdroje v sobě skryté zahrnují i poznatky EBN. Současně jsme zjišťovali, zda standardy kliniky usnadňují sestřím rozhodování. Z výsledků vyplývá, že ačkoliv 88,7 % probandů má možnost se rozhodovat podle standardů kliniky, tuto možnost uvádí při rozhodování menší procento (62,9 %). Z analýzy vyplývá, že sestry o této možnosti vědí a mohou ji využít. V souhrnu lze říci, že sestřím nejvíce rozhodování usnadňuje praxe (96,9 % odpovědí), zaučení v problematice (81,4 % odpovědí), teoretická příprava (63,9 % odpovědí), znalost problému (62,9 % odpovědí), rozhodnutí kolegy (59,8 % odpovědí), rozhodnutí nadřízeného (44,3 % odpovědí) a standardy kliniky (42,3 % odpovědí). Jinou odpověď nikdo nenabídl.

Dále nás zajímalo, v kterých oblastech se mohou sestry samostatně rozhodovat. Na základě analýzy této otázky bylo zjištěno, že téměř 96 % sester v intenzivní péči se může samostatně rozhodovat v oblasti základní ošetrovatelské péče. Druhou nejčastější uváděnou oblastí byla edukace pacienta a/nebo jeho rodiny (v 85,6 %). Tuto oblast nejčastěji zvolily sestry s vyšším odborným vzděláním (93,8 %), zatímco vysokoškolsky vzdělané sestry podle jejich odpovědí rozhodují samy o edukaci pouze v 80 % případů, což je překvapivé zjištění, které by stálo za to dále analyzovat. Nadpoloviční většinu tvořily také odpovědi „úkony mimo pacienta“ (69,1 %) a „přístrojová technika“ (59,8 %). V pořadí třetí nejčastější oblastí rozhodování sester byly úkony mimo pacienta. Tuto oblast nejčastěji zvolily sestry středním zdravotnickým vzděláním (70,4 %), zatímco vysokoškolsky vzdělané sestry se v této oblasti rozhodují samy pouze v 65 % případů. V pořadí čtvrtou nejčastější oblastí rozhodování sester byla oblast přístrojové techniky. Tuto oblast nejčastěji zvolily sestry středním zdravotnickým vzděláním (63,9 %), vysokoškolsky vzdělané sestry se v této oblasti rozhodují samy v 60 % případů. Nejméně tuto možnost volily sestry s vyšším odborným vzděláním (43,8 %). Naopak v oblasti podávání léků bez indikace nebo s částečnou indikací lékaře se může samostatně

rozhodovat pouze necelých 40 % probandů, většinou podle domluvy s lékaři. V oblasti podávání léků bez indikace nebo s částečnou indikací se mohou nejvíce rozhodovat vysokoškolsky vzdělané sestry (55 % odpovědí), nejméně sestry se středním zdravotnickým vzděláním (32,8 % odpovědí). Sestry s vyšším odborným vzděláním se nacházejí uprostřed mezi oběma dalšími soubory (43,8 % odpovědí). Tyto výsledky odpovídají našim předpokladům.

Sestry pracující na operačním středisku uvedly, že mají možnost samostatného rozhodování v rámci přijímání tísňových výzev a telefonické asistované neodkladné resuscitaci. Jediný názor zazněl ve smyslu, že se sestra podřizuje rozhodnutí lékaře a plní jeho rozhodnutí. Z výsledků vyplývá, že minimálně ve čtyřech oblastech (tj. v oblasti základní ošetrovatelské péče, edukace pacienta a/nebo jeho rodiny, úkony mimo pacienta, přístrojová technika) se sestry v intenzivní péči mohou v nadpoloviční většině samostatně rozhodovat. Je otázkou dalšího šetření, co všechno zahrnuly sestry do kategorií „úkony mimo pacienta“ a „přístrojová technika“. Rovněž jsme chtěli zjistit, koho ze zdravotnického týmu tyto sestry preferují, mají-li se při rozhodování poradit. Nejvíce probandů (93,8 %) se v tomto případě obrací na lékaře. Z uvedených údajů vyplývá, že informace od lékařů jsou pro sestry důvěryhodné a že se na lékaře při rozhodování obracejí v nejvyšší míře.

Zajímalo nás taky, jak sestry pracující na oddělení intenzivní péče prožívají proces rozhodování. 72,2 % sester uvedlo, že prožívá během rozhodování stres. 61,9 % prožívá napětí, 48,5 % prožívá obavy, 34 % strach a 18,6 % úzkost. Naopak 33 % probandů uvedlo, že prožívá uspokojení, 26,8 % klid a 12,4 % radost. 55,7 % sester pociťuje vyšší hladinu stresu, ale po rozhodnutí se uklidní. Malou míru stresu, který se ihned po rozhodnutí vytratí, pociťuje 32 % sester. V 6,2 % případech sestry prožívají silný stres a dlouho jim trvá, než se uklidní. Z další analýzy vyplývá, že sestry nejvíce stresuje nedostatek času (80,4 % odpovědí). Druhou nejvíce frekventovanou odpovědí (59,8 %) bylo málo informací o vzniklém problému. 52,6 % sester stresují nedostatečné pokyny od lékaře, 48,5 % z nich stresuje neadekvátní chování lékaře a 47,4 % stresuje nepřítomnost lékaře. Sestry rovněž stresuje málo informací o pacientovi a nepřítomnost kolegů (43,3 % odpovědí), nedostatek znalostí (33 % odpovědí), interpersonální konflikt (21,6 %), nedostatek dovedností (17,5 %) a zbytečná přítomnost kolegů (16,5 % odpovědí). Jinou možnost označilo 9,3 % probandů. V rámci této možnosti zahrnuly sestry i možnost „*nestresuje mě nic*“. Ze všech těchto odpovědí vyplývá, že sestry v intenzivní péči se

rozhodují často ve stresu, který vzniká zejména při nedostatku času na dané rozhodování. Tento nedostatek času je však v oblasti intenzivní péče pochopitelný, protože pacientům jde v této chvíli o život. Sestry si uvědomují svoji zodpovědnost. Proto se taky některé z nich vyjádřily, že se samostatně rozhodují nerady. Nechtějí na sebe přijmout možné důsledky nesprávného rozhodnutí.

Zajímavým zjištěním bylo, že sestry, které absolvovaly střední zdravotnickou školu, hodnotí svá rozhodnutí (ať už rychlá, nebo pomalá) jako správná v největším počtu odpovědí (96,7 %). Sestry s vyšším odborným vzděláním hodnotí jako správná v 93,8 % případech. Sestry s vysokoškolským vzděláním se takto hodnotí v 85 %. Zdá se, že sestry s vyšším dosaženým vzděláním hodnotí kritičtěji svá rozhodnutí než kolegyně s nižším stupněm vzdělání.

Toto šetření bylo koncipováno jako základní, hrubé, kvantitativní s využitím dotazníkového šetření, naznačující další směry zkoumání jednotlivých vztahů týkajících se rozhodování sester v intenzivní péči. Všechna zjištění bude třeba ještě dále ověřovat, odhalit skryté faktory, které sestry mohou ovlivňovat v jejich rozhodování. Pro praxi by bylo užitečné prozkoumat podrobněji vliv motivačních faktorů na rozhodování, vliv interpersonálních vztahů na rozhodování, korelaci mezi způsobem prožívání stresu a způsobem rozhodování apod. Tato zjištění mohou být důležitá jak pro sestry samotné, tak pro jejich zaměstnavatele.

ZÁVĚR

Cílem této diplomové práce bylo zjistit, které faktory převážně ovlivňují rozhodování sester v intenzivní péči a na základě čeho se tyto sestry rozhodují. Sledovali jsme četnost výskytu faktorů, které zmiňuje odborná literatura, hledali jsme souvislosti mezi jednotlivými aspekty rozhodování. Sledovali jsme vztah mezi délkou praxe a jejího vlivu na rozhodování, vztah mezi vzděláním a jeho vlivu na rozhodování. Zjišťovali jsme, jak hodnotí sestry svá rozhodnutí v rizikových situacích. Zjišťovali jsme četnost výskytu jednotlivých faktorů, které sestry ovlivňují v jejich rozhodování. Zjišťovali jsme, z jakých zdrojů sestry získávají informace, aby se mohly dobře rozhodovat, a na koho se obracejí v případech, kdy si nejsou svým rozhodnutím jisty nebo si neví rady.

Z analýzy dat vyplývá, že většina sester v intenzivní péči (72,4 %) není přesvědčena, že je škola teoreticky i prakticky připravena na rozhodování. Většina sester v intenzivní péči (79,4 %) je naopak přesvědčena, že jim vzdělání usnadňuje rozhodování. Většina sester v intenzivní (96,9 %) péči se domnívá, že jim praxe usnadňuje rozhodování. Většina sester v intenzivní péči (6,2 %) nepoužívá poznatky Evidence Based Nursing ke svému rozhodování. Mnohé z nich tento pojem vůbec neznají. Většina sester v intenzivní péči (95,9 %) tvrdí, že se mohou nejvíce samostatně rozhodovat v oblasti základní ošetrovatelské péče. Většina sester v intenzivní péči (88,7 %) má možnost rozhodovat podle standardů kliniky. Většina sester v intenzivní péči (72,2 %) prožívá během rozhodování stres. Sestry nejvíce stresuje nedostatek času (80,4 %). Zhruba třetina sester (33 %) však při rozhodování prožívá uspokojení. Sestry v intenzivní péči hodnotí svá rozhodnutí ve stresové situaci převážně (93,8 %) jako správná.

Výsledky tohoto šetření lze využít jako argument o nutnosti zařadit do praktické přípravy všeobecných sester cvičení zahrnující modelová řešení rozhodovacích situací. Z tohoto výzkumu vyplynulo, že by bylo vhodné v praktické přípravě sester cíleně spojovat získávané praktické zkušenosti s rozhodováním. Jde o to, aby se sestry naučily vyhodnocovat jednotlivé informace o stavu pacienta tak, aby se dokázaly rychle a správně rozhodovat počínaje jednoduchými situacemi až po složité, komplikované stavy. K tomu je nutno, aby sestry byly více podporovány v samostatném rozhodování nejen učiteli, ale také svými přímými nadřízenými, lékaři, eventuálně vedením zdravotnické organizace. Současně bude nutno věnovat se více sestrám v rámci supervize, aby se lépe vyrovnaly s novými úkoly. Rovněž je nutno věnovat větší podporu ošetrovatelství podloženém

důkazy. I to by mělo být více podporováno v rámci výuky sester a v praxi samotné. Bude pak možno lépe argumentovat při požadavcích na rozšíření kompetencí sester samostatně se rozhodovat.

Toto šetření naznačuje další směry zkoumání jednotlivých aspektů rozhodování. Bude vhodné tento výzkum doplnit o kvalitativní studii, ve které budou zkoumány jednotlivé situace, jaké již sestry v intenzivní péči prožily, a motivy, které sestry při rozhodování v těchto situacích skrytě nebo otevřeně ovlivnily. Takto budeme moci vytvořit modely opakujících se situací v intenzivní péči, analyzovat jejich příčiny a důsledky a navrhnout vhodná řešení, která mohou pomoci zpětně sestrám v intenzivní péči v jejich rozhodování. Výsledky pak budou moci posloužit jako podklady pro standardy v ošetrovatelské péči. Je to důležité jak pro sestry samotné, tak pro jejich zaměstnavatele.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BANNING, M. A review of clinical decision making: models and current research. *Journal of Clinical Nursing*, January 2008, 17 (2), s. 187-195.
- BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2005. 188s. ISBN: 80-247-1197-4.
- BÁRTLOVÁ, S., HAJDUCHOVÁ, H. Předávání kompetencí mezi lékařem a sestrou. [Online] *Nový kontakt*, 1/2010. [Citace: 2011-03-08] Dostupné z <<http://www.zsf.jcu.cz/struktura/utvary/edicni-oddeleni/periodika/kontakt/novy-kontakt/1-2010/predavani-kompetenci-mezi-lekarem-a-sestrou/>>.
- BROŽOVÁ, H. *Rozhodovací modely a znalostní management*. [Online] SMEP – systém multimediální elektronické publikace. [Citace: 2011-04-2011] Dostupné z <<http://www3.czu.cz/sekce.php?id=publikace>>.
- DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 2. Dotisk 3. Vydání. Praha: Karolinum, Univerzita Karlova, 2005, 374 s. ISBN 80-246-0139-7.
- DRÁBKOVÁ, J. Rozhraní kompetence lékař/sestra v intenzivní medicíně. *Florence*, 4/2008, s. 164-167. ISSN: 1801-464X.
- ERBES, J. *Manažerské rozhodování v podmínkách rizika a neurčitosti*. [on-line]. [Citace: 2010-12-26]. Dostupné z <<http://www.agris.cz/etc/textforwarder.php?iType=2&PHPSESSID=a3>>
- FILIP, K., SECHSER, T. Medicína založená na důkazech Co je a co není? *REMEDIA*, 4/2006.
- GREENHALGH, T. *Jak pracovat s vědeckou publikací*. 1.vyd. Praha: Grada, 2003. 208 s. ISBN: 80-247-0310-6.
- GROHAR-MURRAY, M. E., DiCROCE, H. R. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2003. 317 s. ISBN: 80-247-0267-3.
- HAGBAGHERY, M. A., SALSALI, M., AHMADI, F. The factors facilitating and inhibiting effective clinical decision-making in nursing: a qualitative study. [online] *BMC Nursing*, 2004, 3 (2). [Citace: 2011-04-14]. Dostupný z: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6955/3/2>>.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. Praha: Galén, 1997. 297 s. ISBN: 80-85824-54-x.
- HAVLÍKOVÁ, M. Lidský faktor v systémech MMS. *Časopis výzkumu a aplikací v profesionální bezpečnosti* [online], 2009, 1 (1). [Citace: 2011-04-06]. Dostupný z:

- <http://www.bozpinfo.cz/win/josra/josra-01-2009/havlikova_lidsky-faktor.html>.
- HEYLAND, D. K., COOK, D. J., ROCKER, G. M., DODEK, P. M. et al. Decision-making in the ICU: perspectives of the substitute decision-maker. *Intensive Care Med*, 2003, 29, 75-82.
- HOFFMAN, K., DONOGHUE, J., DUFFIELD, C. Decision-making in clinical nursing: investigating contributing factors. *Journal of Advanced Nursing*. 45 (1), 53-62, Jan. 2004.
- HREHOVÁ, D., FRENOVÁ, J. Úžitkovost, kvalita, estetičnost pracovního prostředí vo firme a vplyv na zamestnancov. *Časopis výzkumu a aplikací v profesionální bezpečnosti* [online], 2011, 4 (1). [Citace: 2011-04-06]. Dostupný z: <<http://www.bozpinfo.cz/josra/josra-01-2011/vliv-pracovniho-prostredi.html>>.
- JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetrovatelství*. Praha: ISV nakladatelství, 2000. 133 s. ISBN: 80-85866-55-2.
- JONES, R., BECK, S. *Decision Making in Nursing*. USA: International Thomson Publishing Inc, 1995. ISBN: 0-8273-5684-6.
- KITE-POWELL, D. M., HICKEY, J. V. The Neuroscience ICU Nurse's Perceptions About End-of-Life Care. *Journal of Neuroscience Nursing*. [Online]. Jun 2007, 39(3), 143-50. [Citace: 2011-03-18]. Dostupné z <<http://search.proquest.com/nursing/docview/219221612/fulltext/12E2ED6CCF71AE5/>>
- KOLEKTIV AUTORŮ. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer press, 2003. 380 s. ISBN: 80-7226-996-8.
- KRAIRIKSH, M., ANTHONY, M. K. *Benefits and Outcomes of Staff Nurses' Participation in Decision Making*. [Online] Nursing&Ovid, 2001. [Citace: 2011-03-08] Dostupné z <<http://nursing.tx.ovid.com/sp-3.3.1a/ovidweb.cgi?&=IINPFPPCNODDKINONCCLOD>>.
- KROPÁČ, J. *Rozhodování za rizika a nejistoty. Prozatímní učební text*. [Online]. [Citace: 2011-03-08]. Dostupné z <<http://www.google.cz/search?hl=cs&source=hp&q=KROP%C3%81%C4%8C%2C+J.+Rozhodov%C3%A1n%C3%AD+za+rizika+a+nejistoty.&btnG=Vyhled%C3%A1v%C3%A1n%C3%AD+Google&aq=f&aqi=&aql=&oq>>.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. 198 s. ISBN: 80-247-0179-0.

- KŘIVOHLAVÝ, J. *Sestra a stres*. 1. vyd. Praha: Grada 2010. 128 s. ISBN: 978-80-247-3149-0
- LÁLOVÁ, I. Kompetence sester na jednotkách intenzivní péče. [Online] *Cor Vasa* 2007; 49(10): Kardio, s. 293-294. [Citace: 2011-03-08]. Dostupné z <http://www.google.cz/#sclient=psy&hl=cs&rlz=1R2SKPB_en&q=L%C3%81LOV%C3%81%2C+I.+Kompetence+sester+na+jednotk%C3%A1ch+intenzivn%C3%AD+p%C3%A9%2C+De.&btnG=Vyhled%C3%A1v%C3%A1n%C3%AD+Google&aq=&aqi=&aqi=&oq=&pbx=1&rlz=1R2SKPB_en&fp=83e117c42f500df1>.
- MANGOLD, K. L., PEARSON, K. K., SCHMITZ, J. R., SPECHT, J. P. Perceptions and Characteristics of Registered Nurses' Involvement in Decision Making. *Nursing Administration Quarterly*. 30 (3), 2006, 266-272.
- McBRIDE ROBICHAUX, C., CLARK, A. P. Practice of Expert Critical Care Nurses in Situations of Prognostic Conflict at the End of Life. *American Journal of Critical Care*, Sep. 2006, 15 (5), 480-489.
- NOVÁK, I. *Intenzivní péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Galén a Karolinum, 2008. 572 s. ISBN: 078-80-246-1474-8 (Karolinum), ISBN: 978-80-7262-512-3 (Galén).
- O'CONNOR, M., ARANDA, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 324 s. ISBN: 80-247-1295-4.
- O'REILLY. *Barriers to effective clinical decision making in nursing*. [Online] Produkční společnost, 23. září 2006. [Citace: 2010-12-19] Dostupné z <<http://www.ciap.health.nsw.gov.au/hospolic/stvincents/1993/a04.html#3>>.
- PAGE, A. (Ed.) *Keeping patients safe: transforming the work environment of nurses*. Washington, D.C., 2004. ISBN 0-309-09067-9.
- PAUKNEROVÁ, D. A KOL. *Psychologie pro ekonomy a manažery*. 2. přepracované a aktualizované vydání. Praha: Grada, 2006. 256 s. ISBN: 80-247-1706-9.
- PELIKÁN, J. *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. Praha: Karolinum, 1998. 255 s. ISBN 80-7178-569-8.
- PENDRY, P. S. Moral Distress: Recognizing it to Retain Nurses. *Nursing economics*, July-August 2007, 25 (4), 217-221. [Online]. [Citace: 2011-03-18] Dostupné z <<http://search.proquest.com/nursing/docview/236937078/fulltextPDF/>>.
- PORTILLO, C. J., HOLZEMER, W. L. Theory and nursing science. In W. L. Holzemer: *Improving Health through Nursing Research*. USA: Wiley-Blackwell, 2010. ISBN: 978-1-4051-3411-8.

- PURDY, I. B., MELWAK, M. A. Implementing Evidence- Based Practice. A Mantra for Clinical Change. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. 23 (3), 2009, pp. 263-269.
- REASON, J. *Human Error*, 1990. UK: Cambridge University Press. 316 s. ISBN: 0 521 31419 4.
- KSRZIS. *Registr intenzivní péče* [Online]. [Citace: 2011-01-12] Dostupné z <http://www.ksrzis.cz/dokumenty/registr-intenzivni-pece-rip_25_115_1.html>.
- Registr intenzivní péče [Online].
- RYCROFT-MALONE J., SEERS, K., TITCHEN, A., HARVEY, G., KITSON, A., MC CORMACK, B. What counts as evidence in evidence-based practice? [Online] *Journal of Advanced Nursing*, 47(1), 81–90, 2004.[Citace: 2011-01-12] Dostupné z <http://cys.bvsalud.org/lildbi/docsonline/0/9/190-101-What_counts_as_evidence.pdf>.
- SBÍRKA ZÁKONŮ č. 55/2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, s. 482. ISSN 1211-1244.
- SKŘEHOT, P. Spolehlivost člověka v pracovním systému. *Časopis výzkumu a aplikací v profesionální bezpečnosti* [online], 2008, 1 (1). [Citace: 2011-04-06]. Dostupný z: <http://www.bozpinfo.cz/win/josra/josra-01-2008/spolehlivost_cloveka_skrehot.html>.
- SKŘEHOT, P. Chyby lidského činitele a identifikace jejich příčin. *Časopis výzkumu a aplikací v profesionální bezpečnosti* [online], 2009, 1 (1). [Citace: 2011-04-06]. Dostupný z: <http://www.bozpinfo.cz/win/josra/josra-01-2009/skrehot_mips.html>.
- SMITH, P., JAMES, T. et al. *Evidence-Based Nursing And Health Care*. 1. vydání, Churchill Livingstone: 2004. ISBN: 0443 064377.
- SUCHÁNKOVÁ, A. *Management ve zdravotnictví – řízení kompetencí*. [online]. [Citace: 2010-12-06]. Dostupný z: <www.lf3.cuni.cz/...zdravotnictvi/.../Management_ve_zdravotnictvx-.ppt>.
- ŠKRLA, P. *Především neublížit. Cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči*. 1.vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 162 s. ISBN 80-7013-419-4.
- ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1. vydání. Praha: Grada, 2008. 200 s. ISBN 978-80-247-2616-8.
- THOMAS, J., COLLINS, A., COLLINS, D., HERRIN, D., DAFFERNER, D., GABRIEL, J. The Language of Business: A Key Nurse Executive Competency. *Nursing Economics*, 2008, 26 (2), 122-127.

- VAN STAA, A. L., VISSER, A., VAN DER ZOUWE, N. Caring for caregivers: experiences and evaluation of interventions for a palliative care team. *Patient Education and Counseling*, 41 (1), s. 93-105, 2000.
- VONDRÁČEK, L. *Právní předpisy nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN: 80-247-1198-2.
- VONDRÁČEK, L., DVOŘÁKOVÁ, V. Stížnosti v ošetrovatelské péči. *Florence* 4/2008, s. 168.
- VONDRÁČEK, L., VONDRÁČEK, J. *Odpovědnost při poskytování ošetrovatelské péče*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006. 30 s. ISBN 80-7262-392-3.
- VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V. *Sestra a její dokumentace. Návod pro praxi*. Praha: Grada Publishing, 2008. 88 s. ISBN: 978-80-247-2763-9.
- WAN, T.T.H. *Analýza a vyhodnocování systémů zdravotní péče. Integrovaný přístup k manažerskému rozhodování*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1998, 254 s. ISBN 80-7067-834-8.
- WESTON, M. J. Strategies for Enhancing Autonomy and Control Over Nursing Practice. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 2010, 15 (1), Manuscript 2. [Citace: 2011-03-26] Dostupné z <<http://www.medscape.com/viewarticle/723410>>.
- ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie. Teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada Publishing, 2007. 125 s. ISBN: 978-80-247-2068-5.
- ZÁKON č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících předpisů (o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů. [online], [cit. 2011-04-10]. Dostupné z: <<http://www.nconzo.cz>>.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ

ARIP Anesteziologicko-resuscitační intenzivní péče

EBN Evidence Based Nursing

SŠ Střední škola

VŠ Vysoká škola

VOŠ Vyšší odborná škola

VŠ Vysoká škola

SEZNAM OBRÁZKŮ

- Obr. 1 Model zpracování informace (převzato z Havlíková, 2009)
- Obr. 2 Interaktivní vztahy mezi proměnnými ovlivňujícími klinické rozhodování (převzato z Hagbaghery et al., 2004)
- Obr. 3 Složení testovaného souboru z hlediska pohlaví
- Obr. 4 Složení výzkumného souboru z hlediska délky praxe
- Obr. 5 Složení výzkumného souboru z hlediska vzdělání
- Obr. 6 Složení výzkumného souboru z hlediska specializace ARIP
- Obr. 7 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku 4
- Obr. 8 Rozdělení odpovědí na otázku 4 z hlediska ukončeného vzdělání
- Obr. 9 Rozdělení odpovědí na otázku 4 z hlediska specializace ARIP
- Obr. 10 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku 5
- Obr. 11 Rozdělení odpovědí na otázku 5 z hlediska ukončeného vzdělání
- Obr. 12 Rozdělení odpovědí na otázku 5 z hlediska specializace ARIP
- Obr. 13 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku 6
- Obr. 14 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku 7
- Obr. 15 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku 8
- Obr. 16 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku 9
- Obr. 17 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku 10
- Obr. 18 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku 11
- Obr. 19 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku 12
- Obr. 20 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku 13
- Obr. 21 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku 14
- Obr. 22 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku 15
- Obr. 23 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku 16
- Obr. 24 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku 17
- Obr. 25 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku 18
- Obr. 26 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku 19
- Obr. 27 Četnost samostatného rozhodování sester ve vztahu k praxi
- Obr. 28 Četnost odpovědi „Samostatně se nerozhodují“ ve vztahu k praxi
- Obr. 29 Využití poznatků EBN u skupiny absolventů vysoké školy
- Obr. 30 Využití poznatků EBN u skupiny absolventů vyšší odborné školy

- Obr. 31 Využití poznatků EBN u skupiny absolventů střední zdravotnické školy
- Obr. 32 Porovnání rozhodování v oblasti ošetrovatelské péče ve vztahu ke vzdělání
- Obr. 33 Porovnání rozhodování v oblasti edukace pacienta/rodiny ve vztahu ke vzdělání
- Obr. 34 Porovnání rozhodování v oblasti úkonů mimo pacienta ve vztahu ke vzdělání
- Obr. 35 Porovnání rozhodování v oblasti přístrojové techniky ve vztahu ke vzdělání
- Obr. 36 Porovnání rozhodování v oblasti podávání léků ve vztahu ke vzdělání
- Obr. 37 Četnost výskytu odpovědi „Rozhoduji se rychle a správně“ ve vztahu k délce praxe
- Obr. 38 Četnost výskytu odpovědi „Rozhoduji se pomalu a správně“ ve vztahu k délce praxe
- Obr. 39 Četnost výskytu odpovědi „Rozhoduji se pomalu a správně“ ve vztahu k úrovni vzdělání

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Dotazník

*Milá kolegyně/kolego,
obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku, týkajícího se rozhodování sester v intenzivní péči. Rozhodování patří do běžného života, neustále se o něčem rozhodujeme. Na sestru, pracující na ARO/JIP, je v dnešní době kladena velká zodpovědnost. Určitě jste se setkal/a se situací, ve které jste se musel/a rychle rozhodnout pro neoptimálnější postup při péči o pacienta v kritickém stavu. Dotazník má zjistit, jaká dilemata sestra při svém rozhodování prožívá a jaké faktory je mohou ovlivnit. Odpovědi jsou anonymní a budou zpracovány v rámci diplomové práce. Děkuji za Váš čas.*

Bc. Jana Vyskotová, studentka 2. ročníku NMgr. Intenzivní péče

Dotazník o rozhodování sester v intenzivní péči

1. Jak dlouhá je Vaše praxe na oddělení intenzivní péče?

- a) méně než rok
- b) 1 - 5 let
- c) 6 - 10 let
- d) déle jak 10 let

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Středoškolské
- b) Vyšší odborné
- c) Vysokoškolské

3. Máte specializaci ARIP?

- a) Ano
- b) Ne

4. Myslíte si, že Vás škola připravila na rozhodování v ošetrovatelské praxi?

(Zvolte odpověď, která je vám nejbližší.)

- a) Škola nás na tyto situace teoreticky i prakticky připravila.
- b) Škola nás na tyto situace připravila pouze teoreticky.
- c) Škola se o těchto situacích zmínila, ale necítím se dostatečně připraven/a na tyto situace.
- d) Škola nás na tyto situace vůbec nepřipravila.

5. Myslíte si, že Vaše vzdělání má vliv na rozhodování?

- a) Ano
- b) Ne

6. V kterých oblastech se můžete samostatně rozhodovat?

- | | | |
|--|-----|----|
| a) základní ošetrovatelská péče | ano | ne |
| b) podávání léků bez indikace nebo s částečnou indikací lékaře | ano | ne |
| c) přístrojová technika | ano | ne |
| d) edukace pacienta/rodiny | ano | ne |
| e) úkony mimo pacienta | ano | ne |
| f) jiné oblasti (vypište): | | |

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

7. Za jakých okolností se můžete na Vašem pracovišti samostatně rozhodovat v oblasti péče o pacienta?

- a) Samostatně se mohu rozhodovat v případě, kdy na danou situaci neexistuje standard.
- b) Samostatně se rozhoduji v případě, kdy cítím, že není potřeba rozhodnutí nadřízených.
- c) Samostatně se rozhoduji vždy, protože mám dlouholetou praxi a dostatek zkušeností v oblasti ošetrovatelské péče.
- d) Samostatně se nerad/a rozhoduji, je to velká zodpovědnost.
- e) Jiná odpověď:

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

8. Rozhodujete se na základě

- | | | |
|---|-----|----|
| a) vlastních zkušeností | ano | ne |
| b) zkušeností služebně starších sester | ano | ne |
| c) informací od pacienta | ano | ne |
| d) informací od rodiny pacienta | ano | ne |
| e) informací z monitoru, laboratoře, stavu pacienta | ano | ne |
| f) informací získaných z dalšího vzdělávání sester | ano | ne |
| g) na podkladě intuice | ano | ne |
| h) za nejistoty | ano | ne |
| i) vědomostí, znalostí získaných ve škole | ano | ne |
| j) informace od lékaře | ano | ne |

9. Na koho se obracíte v případě, že si nevíte ve svém rozhodování rady?

- | | | |
|--|-----|----|
| a) Na lékaře | ano | ne |
| b) Na směnovou sestru | ano | ne |
| c) Na služebně starší sestru | ano | ne |
| d) Na kolegyni, které důvěřuji | ano | ne |
| e) Na nikoho, vyhledám potřebné informace na internetu nebo v odborné literatuře | ano | ne |

10. Z jakého zdroje nejčastěji získáváte informace, které potřebujete ke svému rozhodování?

- | | | |
|-------------------------------------|-----|----|
| a) Z odborné literatury | ano | ne |
| b) Z odborných konferencí | ano | ne |
| c) Z odborných seminářů | ano | ne |
| d) Z internetu | ano | ne |
| e) Z oblasti Evidence Based Nursing | ano | ne |
| f) Od kolegů/kolegyň | ano | ne |
| g) Od lékařů | ano | ne |

11. Pomáhají Vám při rozhodování poznatky Evidence Based Nursing?

- a) Ano, využívám je při rozhodování.
- b) Ne, nevyžívám je.
- c) Nevím, o co jde.

12. Nastala u Vás situace, kdy jste se v rizikové situaci musel/a samostatně rozhodnout mezi více možnostmi řešení?

- a) Ne, dosud jsem se s takovou situací nesetkal/a.
- b) Ano a rozhodla jsem se správně.
- c) Ano, ale rozhodla jsem se nesprávně.

13. Ve stresových situacích se dokážete rozhodnout/reagujete:
(vyberte si možnost, která Vás nejvíce charakterizuje)

- a) rychle, většinou správně
- b) rychle, většinou špatně
- c) pomalu, většinou správně
- d) pomalu, většinou špatně
- e) pomalu, nevíte, jak máte reagovat

14. Co prožíváte během rozhodování?

- | | | |
|---------------|-----|----|
| a) Stres | ano | ne |
| b) Úzkost | ano | ne |
| c) Napětí | ano | ne |
| d) Obavy | ano | ne |
| e) Strach | ano | ne |
| f) Klid | ano | ne |
| g) Radost | ano | ne |
| h) Uspokojení | ano | ne |

15. Jak hodnotíte míru stresu při svém rozhodování?

- a) Pociťuji jen malou míru stresu, který se ihned po rozhodnutí vytratí.
- b) Pociťuji vyšší hladinu stresu, ale po rozhodnutí se uklidním.
- c) Prožívám silný stres a dlouho mi trvá, než se uklidním.
- d) Jiná odpověď

.....
.....

16. Co Vás na rozhodování nejvíc stresuje?

- | | | |
|---|-----|----|
| a) Nedostatek času | ano | ne |
| b) Nedostatek času | ano | ne |
| c) Málo informací o pacientovi | ano | ne |
| d) Málo informací o vzniklém problému | ano | ne |
| e) Nedostatek znalostí | ano | ne |
| f) Nedostatek dovedností | ano | ne |
| g) Zbytečná přítomnost kolegů | ano | ne |
| h) Nepřítomnost potřebných kolegů | ano | ne |
| i) Interpersonální konflikt | ano | ne |
| j) Neadekvátní chování lékaře | ano | ne |
| k) Nedostatečné pokyny od lékaře | ano | ne |
| l) Nepřítomnost lékaře u konkrétního pacienta | ano | ne |
| m) Jiné | ano | ne |

17. Co Vám usnadňuje rozhodování?

- | | | |
|--------------------------------|-----|----|
| a) Standardy kliniky | ano | ne |
| b) Teoretická příprava | ano | ne |
| c) Zaučení v dané problematice | ano | ne |
| d) Praxe | ano | ne |
| e) Rozhodnutí nadřízeného | ano | ne |

- | | | |
|----------------------------|-----|----|
| f) Rozhodnutí kolegy | ano | ne |
| g) Znalost daného problému | ano | ne |
| h) Jiné | ano | ne |

18. Máte možnost se rozhodnout dle standardů kliniky?

- a) Ano
- b) Ne

19. Uspadňují standardy Vaší kliniky rozhodování sester?

- a) Ano
- b) Ne

Jste:

- a) žena
- b) muž

Děkuji.