

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

**MANAGEMENT PRÁCE SESTRY NA CHIRURGICKÉM
ODDĚLENÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

NIKOLA ŠLANCAROVÁ, DiS.

Praha 2017

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5

**MANAGEMENT PRÁCE SESTRY NA CHIRURGICKÉM
ODDĚLENÍ**

Bakalářská práce

NIKOLA ŠLANCAROVÁ, DiS.

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Ing. Martin Pala, MBA

Praha 2017



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00,

Šlancarová Nikola
3VS2

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 14. 10. 2016 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Management práce sestry na chirurgickém oddělení

The Work Management of a Nurse in the Surgical Ward

Vedoucí bakalářské práce: Ing. Martin Pala, MBA

Konzultant bakalářské práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH

V Praze dne: 25. 10. 2016


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 31.5.2017

.....

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucímu práce Ing. Martinu Palovi, MBA, za hodnotné rady, odbornou pomoc, ochotu a toleranci při psaní bakalářské práce.

ABSTRAKT

ŠLANCAROVÁ, Nikola. *Management práce sestry na chirurgickém oddělení*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Ing. Martin Pala, MBA. Praha. 2017. 50 s.

Tématem bakalářské práce je management práce sestry na chirurgickém oddělení. Práce se zabývá managementem na chirurgickém oddělení včetně detailů jednotlivých složek managementu a práce sester na chirurgickém oddělení. Zabývám se náročností práce jednotlivých pracovníků. Každodenní náplň práce sester, které jsou v přímém kontaktu s pacientem po dobu hospitalizace. Cílem práce je nahlédnutí do náročné práce zdravotní sestry, přiblížení jak funguje management v praxi a jeho využití.

Klíčová slova:

Management, Ošetřovatelství, Chirurgie, Všeobecná sestra

ABSTRACT

ŠLANCAROVÁ, Nikola. *Nurse management at the surgery department. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: Ing. Martin Pala., Prague. 2017. 50 pages.*

The topic of the bachelor thesis is the head of nurse work in the surgical department. The thesis deals with the management of the surgical department, including details of the individual components of management and nurses work in the surgical department. I deal with a hard work of individual workers. Daily job of nurse work that is in direct contact with the patient during hospitalization. The aim of the thesis is to look into the difficult work of the nurse, to get closer to how the management works in practice and the use of it..

Keywords:

Management, nursing, surgery, general nurse

OBSAH

1	HISTORIE	14
1.1	HISTORIE CHIRURGICKÉHO OBORU	14
1.2	DEFINICE OBORU	15
1.3	OPERACE	16
1.3.1	DRUHY OPERACÍ	17
1.3.2	OPERAČNÍ TÝM	17
2	MANAGEMENT	19
2.1	ORGANIZAČNÍ KULTURA	19
2.2	ORGANIZAČNÍ STRUKTURA	20
2.3	OŠETŘOVATELSKÝ MANAGEMENT	21
2.4	STYLY MANAGEMENTU	22
2.5	MANAGER	23
2.5.1	ČINNOSTI A KOMPETENCE MANAŽERA	24
2.5.2	ÚROVNĚ MANAGEMENTU	24
2.6	MOTIVACE	25
2.7	KVALITA VE ZDRAVOTNICTVÍ	26
2.7.1	ŘÍZENÍ KVALITY A MANŽER KVALITY V NEMOCNIČNÍM ZAŘÍZENÍ	27
3	OŠETŘOVATELSTVÍ A CHIRURGICKÝ TÝM	28
3.1	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES	29
3.2	OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE CHIRURGICKÉHO TÝMU ...	33
4	CHARAKTERISTIKA FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO	35
4.1	STRATEGIE FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO	36
5	CHIRURGICKÁ KLINIKA	37
5.1	FIREMNÍ KULTURA	37
5.1.1	ETICKÝ KODEX SESTER	37
5.2	ZJEDNODUŠENÁ ORGANIZAČNÍ STRUKTURA ODDĚLENÍ CHIRURGICKÉ KLINIKY	39

5.3	HISTORIE CHIRURGICKÉ KLINIKY	40
5.4	CHIRURGICKÝ TÝM.....	40
5.4.1	HODNOCENÍ TÝMU DLE ZDROJŮ MOTIVACE	40
5.5	VEDENÍ CHIRURGICKÉ KLINIKY	42
5.5.1	VRCHNÍ SESTRA.....	42
5.5.2	STANIČNÍ SESTRA	43
5.5.3	NELÉKAŘSKÝ ZDRAVOTNICKÝ PRACOVNÍK	43
5.6	ZAJIŠTĚNÍ PROVOZU	44
5.6.1	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES.....	45
5.7	SWOT ANALÝZA JIP CHIRURGICKÉ KLINIKY	47
5.8	DOPORUČENÍ PRO JIP CHIRURGICKÉ KLINIKY	48
	ZÁVĚR	50
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	51
	PŘÍLOHY.....	54

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

CHK	Chirurgická klinika
FN BRNO	Fakultní nemocnice Brno
FN.....	Fakultní nemocnice
ÚPV	Umělá plicní ventilace
NLZP	Nelékařský zdravotnický pracovník
ČR	Česká republika
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
INC	Zapsaný v rejstříku
JIP	Jednotka intenzivní péče
AJ.	A jiné
NAPŘ.	Například
TZV.	Tak zvaný
APOD.	A podobně
ARIP	Specializační vzdělávání v oboru Ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči
SWOT ANALÝZA	Zkratka pro vnitřní silné a slabé stránky organizace
ANA	American Nursing association – Sdružení amerických sester
SAK	Spojená akreditační komise, o.p.s.

(VELKÝ LÉKAŘSKÝ SLOVNÍK, 2017)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

INCIZE	Naříznutí, protětí
DIVERZE	Podvrácení
MR	Magnetická rezonance
CT	Počítačová tomografie
UZ	Neinvazivní vyšetřovací metoda využívající ultrazvuku a jeho grafické znázornění
NCO NZO	Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
ELEKTROKOAGULACE	Léčebná metoda spočívající v zástavě krvácení elektrických proudem
LAPAROSKOPIE	Optická vyšetřovací metoda dutiny břišní a jejích orgánů
THORAKOSKOPIE	Endoskopická metoda sloužící k přímému pozorování hrudní dutiny
OSTEOSYNTÉZA	Operativní léčebná metoda kostních zlomenin, při níž se úlomky k sobě připoutají kovovými hřeby, šroub a dlahami

(VELKÝ LÉKAŘSKÝ SLOVNÍK, 2017)

ÚVOD

Bakalářská práce je zaměřena na chod Chirurgického oddělení, kdy je potřeba dobrá koordinace a připravenost celého Chirurgického týmu. Práce sestry na Chirurgickém oddělení je náročná a vyžaduje jak dobré teoretické a praktické dovednosti, tak dobrou sebereflexi a určité schopnosti v oblasti koučingu. Nastanou totiž chvíle, kdy jde doslova o život pacienta a záleží na nás, jak dobře si postup práce zorganizujeme a jak celý průběh léčby bude probíhat. V těchto chvílích musí celý tým personálu táhnout za jeden provaz, aby práce byla bezchybná a pacient měl veškerou péči, jak je dáno ve standardech ošetrovatelské péče.

Bakalářská práce je rozčleněna na teoretickou část a praktickou. Teoretická část je zaměřena na základní pojmy v oblasti managementu, historii chirurgického oboru, jednotlivé části v oblasti chirurgického oboru pro kvalitně odvedenou práci vůči pacientovi. V dalších částech práce se věnuji ošetrovatelství a ošetrovatelskému procesu jako takovému. V poslední části se věnuji kvalitě ve zdravotnictví, která je v nemocničním zařízení velmi přísně hodnocena.

Praktická část hovoří o situaci na chirurgické klinice ve Fakultní nemocnici Brno, jak funguje chirurgická klinika z pohledu managementu v praxi. Výsledky práce je možné využít pomocí SWOT analýzy, která je východiskem této práce a lze ji použít pro zlepšení péče na chirurgické klinice Fakultní nemocnice Brno.

Také obsahuje:

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Zpracování souhrnného popisu teoretického základu dané problematiky

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Sběr dat s dokumentace organizace

Cíl 2: Popis a hodnocení současného stavu

Cíl 3: Zpracování dat a praktické návrhy

Vstupní literatura:

KELNAROVÁ, a kol. 2009. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty-1.ročník*, Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2830-8

NĚMCOVÁ, J. a kol., 2015. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Třetí vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-904955-9-3.

PLEVLOVÁ, a kol. 2012. *Management v ošetrovatelství*, Praha: Grada. ISBN 978-247-3871-0

SLEZÁKOVÁ, a kol. 2007. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty II*, Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2040-1

SYSEL, BELEJOVÁ, MASÁR, *Teorie a praxe ošetrovatelského procesu*, Bratislava. ISBN 978-80-263-0001-4

SLEZÁKOVÁ, a kol. 2007. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty II*, Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2040-1

Popis rešeršní strategie

Pro vyhotovení rešeršního protokolu jsem požádala elektronickou formou knihovnu Vysoké školy zdravotnické v Praze paní Mgr. Ivetu Turečkovou. Paní Turečková mi, na zadané téma „Management práce sestry na chirurgickém oddělení“ zaslíbila vyhotovení rešerši. Zadaná byla klíčová slova „management, chirurgie, ošetrovatelství“. Pro vypracování jsem požadovala hledat v českém a anglickém jazyku, v období 2007 až 2016. Čerpáno bylo z následujících základních pramenů: katalog Národní lékařské knihovny, jednotná informační brána, souborný katalog ČR, online katalog NCO NZO a volný internet. Rešerše mi byla vyhotovena do sedmi pracovních dnů a doručena v elektronické i tištěné podobě.

1 HISTORIE

Chirurgie je pojem pocházející ze starořeckého termínu cheirurgia, vzniklého kombinací slov chair (ruka) a ergein (pracovat) – doslova tedy „ruční práce“. Je to lékařský obor, který léčí nemoci, úrazy operativně manuálním a instrumentálním ošetřením. Profesionálové chirurgie se nazývají chirurgové.

Chirurgie může být místo, kde se konají chirurgické úkony, nebo jednoduše pracovní lékař- chirurg, dentista nebo veterináře, zpravidla takto ale označujeme chirurgické pracoviště jako celek. V britské angličtině pojem chirurgie (surgery) značí i pravidelný čas stanovený členem parlamentu na setkání se svými voliči a diskuzi o jejich zájmech (DUDA a kol., 2009).

1.1 HISTORIE CHIRURGICKÉHO OBORU

Chirurgie prošla dlouhým historickým vývojem. Její začátky jsou ve světě datovány již od doby prvobytně pospolné společnosti. První písemné doklady o chirurgickém oboru pocházejí z doby asi 3000 let př. n. l. ze starého Egypta. Dokument obsahuje návody k léčení ran, zlomenin, vymknutí, ale i k provádění různých operačních výkonů. Už tehdy lékaři prováděli incize, kastrace a odstraňování nádorů. Při léčbě zlomenin používali dřevěné dlahy a plátěná obinadla. Babylonská a asyrská medicína byla pod vlivem astrologie a pravidla pro člověka, který prováděl nějaký léčebný výkon, byla velmi krutá. Operátor mohl být potrestán dokonce i smrtí pokud se léčba nezdařila. Na vysoké úrovni byla chirurgická léčba v Indii. Mimo léčení zlomenin se prováděly i výkony v dutině břišní a také dodnes známé výkony v oboru plastické chirurgie. Vysoké úrovně dosáhla chirurgie ve starém Řecku asi ve 4. století př. n. l., znalosti anatomie se získávaly pitvami zvířat. Hippokrates popisuje léčení kýl, píštělí, hemeroidů a také hovoří o způsobech stavění krvácení. Autorem písemných dokumentů o stavu chirurgie byl Aulus Cornelius Celsus z počátku prvního století našeho letopočtu. Krvácení se už tehdy léčilo opichy a podvázání cév datujeme jej v prvním století, v druhém století tedy o něco později žáhání železem i otáčením torzí krvácejících cévních konců (SLEZÁKOVÁ, 2010).

Jedním z nejvýznamnějších lékařů byl Claudius Galenus jehož dílo bylo zdrojem poznatků po dobu několika dalších tisíc let. Chirurgické výkony prováděli různí

ranhojiči nebo lazebníci. Středověk byl charakteristický zakládáním a rozvojem univerzit, které byly přínosem v celkové vzdělanosti, ale k vývoji chirurgie mnoho pokroků nepřinesl. V 17. století patřili mezi významné osobnosti William Harvey, který se proslavil objevem krevního oběhu. Vyvrátil přetrvávající názor, že tepny vedou vzduch, odtud je odvozen původní název arterie. Francouzský lékař Jean Dominik Larrey dokázal, že střelné rány nejsou jedovaté, taktéž připomněl již zapomenutou techniku podvazování cév a zlepšil technický postup operací, především amputací. K obrovskému rozvoji chirurgie došlo v 19. století ke konci tohoto století byly do praxe uvedeny nové operační metody, např. radikální operace kýl, anastomózy, apendektomie, resekce na trávicím ústrojí, operace kostí a kloubů, kožní plastiky a jiné (SLEZÁKOVÁ, 2010).

Ve 20. století se zdokonalila diagnostika a operační technika. Během 1. světové války se uplatnily nové poznatky válečné chirurgie. Poválečné období bylo typické operacemi nádorů mozku a míchy, tuberkulózy plic, náhlých příhod břišních, osteosyntézu zlomenin, obličejových plastik apod. Začátek 20. století byl spojen s objevem krevních skupin a zanedlouho s objevem chemoterapeutik. Po 2. světové válce se zdokonalila anestezie, předoperační příprava a pooperační péče pacientů. K zdokonalení diagnostiky přispěly nové diagnostické metody např. endoskopické vyšetřovací metody, nové rentgenové vyšetřovací postupy, UZ, MR, CT. Vývoj samostatné české chirurgie datujeme k roku 1882, kdy se pražská univerzita rozdělila na českou a německou část (KELNAROVÁ, 2009).

1.2 DEFINICE OBORU

V chirurgickém odvětví se k léčení nejčastěji využívá manuálních výkonů. Chirurgii dělíme na všeobecné a specializované obory, podstatou je maximální týmová spolupráce, která se opírá i o výsledky jiných lékařských oborů. Od všeobecné chirurgie se odštěpila oftalmologie, operativní gynekologie, neurochirurgie, plastická chirurgie, traumatologie, urologie, kardiochirurgie, ortopedie, stomatochirurgie a dětská chirurgie. K nejvyšší úrovni odborné chirurgické péče jsou zřizována specializovaná chirurgická centra, ve kterém probíhají extrémně složité a velmi nákladné výkony, které vyžadují specializované vzdělání a erudaci zdravotnických pracovníků, ale také technické a materiální vybavení. Ambulantní část poskytuje základní chirurgické ošetření pacienta.

Diagnostiku akutních, případně chronických onemocnění. Měly být stavebně přístupná pro vozidla záchranné služby s bezbariérovým přístupem pro úrazem postižené nebo handicapovaní klienty. Lůžková část obvykle bývá rozdělena několika způsoby nejčastěji podle pohlaví pro muže a ženy, nebo dle poskytované péče na aseptické oddělení, kde jsou hospitalizováni pacienti ke konzervativnímu způsobu terapie. Septické oddělení poskytuje léčebnou a ošetrovatelskou péči pacientům s hnisavým onemocněním. Na jednotce intenzivní péče je poskytována intenzivní péče pacientům po operačním zákroku (DUDA, a kol., 2009).

Operační léčbu provádíme na operačních sálech. Člení se na aseptický sál, polo-aseptický sál, septický sál a ambulantní sál. Operační sály jsou uspořádány centrálně. Začínají předsálím, kde jsou uloženy některé přístroje, místnost pro předoperační přípravu s vybavením pro anestezii, pokračují místností pro sledování pacienta v době po ukončení operce. Mezi další patří také vstupní filtr, kterým přicházejí členové operačního týmu a kde se také převlékají, sprchy, místnost k odpočinku, umývárna lékařů a instrumentářek, místnost pro mytí nástrojů, místnost pro uložení léků, nástrojů, prádla, přístrojů a dalších potřebných pomůcek. Operační sál je vybaven různou přístrojovou technikou např. přístroj pro elektrokoagulaci, odsávačky, laser, narkotizační přístroj, monitorovací zařízení, operačním stolem, operační lampou, rentgenovou technikou a různými druhy operačních nástrojů jako je skalpel, nůžky, pinzety, svorky, jehelce a šicí materiál (SLEZÁKOVÁ, 2010).

1.3 OPERACE

Operační léčba u klientů se provádí na operačních sálech. Člení se na aseptický sál, polo-aseptický, septický sál a ambulantní sál. Operační sály jsou uspořádány centrálně – je zde předsálí, kde jsou uloženy některé přístroje, místnost pro sledování klienta v době po ukončení operace. Mezi další patří vstupní filtr, kterým přicházejí členové operační skupiny a kde se také převlékají, sprchy, místnost k odpočinku, umývárna lékařů a instrumentářek, místnost pro umytí nástrojů, místnost pro uložení léků, nástrojů, prádla, přístrojů a jiných potřebných pomůcek. Operační sál je vybaven přístrojovou technikou např. přístroj pro elektrokoagulaci, odsávačky, laser, monitorovací zařízení), operačním stolem, operační lampou, rentgenovou technikou, a různými druhy operačních nástrojů (skalpely, nůžky, pinzety, různé klíšťky, svorky, jehelce, jehly, šicí materiál). Na operačním sále pracuje operační tým, který se skládá

z lékařů, instrumentářek a sálových sanitářů. Centrální operační sály mají vlastního vedoucího lékaře, vrchní sestru a na sále práci organizuje staniční sestra. Práce je řízena podle provozního řádu oddělení, se kterým je každý člen týmu seznámen. O každém operačním výkonu je proveden záznam do dokumentace (operační kniha, operační protokol, záznamy o průběhu a předání služeb, údaje o kontrolování přístrojů) (SLEZÁKOVÁ a kol., 2007).

1.3.1 DRUHY OPERACÍ

Chirurgické operace dělíme na léčebné operace např. radikální, kurativní tuto metodu operací využíváme tam, kde předpokládáme úplné vyléčení nemocného. Paliativní operační výkon dosáhne jen zlepšení stavu, aniž by základní příčina byla zcela vyléčena. Diagnostické operace se provádějí za účelem zjištění nebo upřesnění diagnózy. V průběhu výkonu se však může změnit na v operaci léčebnou. Individuálně se volí i operační přístup. Klasický operační přístup představuje násilný a nepřirozený zásah do organismu. Miniinvazivní přístup provádíme za pomoci videosystému a speciálních přístrojů zavedených do tělesných dutin bodovými incizemi. Endoskopický přístup snižuje operační zátěž, pooperační bolesti, snižují se pooperační komplikace, je lepší kosmetický výsledek a zkracuje se délka hospitalizace i doba rekonvalescence, který pacienti v 21. století velmi vyhledávají. Nevýhodou endoskopické techniky je nemožnost přímého palpačního vyšetření orgánů rukou. Operace prováděné robotickou metodou jsou prováděné tak, že i po dlouhé operaci je pacient v lepším stavu, než by byl po klasické. Jizvy, které po zákroku zůstanou, jsou mnohem menší a lépe se hojí. Při operaci prováděné robotem se do těla pacienta dostávají chirurgické nástroje jen několika malými řezy. Lékař sedí u speciálního ovládacího panelu a operuje, aniž by se ho musel dotýkat. Protože mu přitom pomáhá počítač. Tyto zákroky jsou mnohem přesnější a pro pacienta bezpečnější. Z důvodu velkého rizika jakéhokoliv operačního zásahu, vždy je nutné zvážit nutnost operace a celkový stav pacienta. Každá operace musí být zdůvodněna (JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ, 2013).

1.3.2 OPERAČNÍ TÝM

Na operačním sále pracuje operační tým, skládá se z lékařů, perioperačních sester neboli instrumentářek a sálových sanitářů. Centrální operační sály mají vlastního vedoucího lékaře, vrchní sestru a na sále práci organizuje staniční sestra. Práce se organizuje podle organizačního řádu oddělení, se kterým je každý pracovník seznámen.

O každém operačním výkonu je proveden záznam do operační knihy a operačního protokolu, který vyplňuje lékař. Sestry perioperační péče vedou záznam o pacientovi v operační sesterské dokumentaci, záznamy o průběhu, předání služeb, dokumentaci o kontrolách přístrojů (KELNAROVÁ, 2009).

2 MANAGEMENT

Management je v tržové ekonomice velmi často používaný pojem. Je odvozený od „to manage“ co znamená vést, řídit, vládnout. V managementu se objevuje až v polovině 19. Století v USA v souvislosti se vznikem nové disciplíny zobrazující problémy řízení podniků.

V literatuře se setkáváme s množstvím definic managementu. Dokonce můžeme říct, že co autor, to definice. Podstatou všech definic managementu je všeobecně konstatované, že management můžeme charakterizovat jako soustavu principů, metod, technik a postupů, které používají manažeři při výkonu svojí profese. Představuje komplex činností, které spolu vytváří to, čemu říkáme řízení. Mnoho autorů udává, že v současných podmínkách je management hlavně uměním, do kterého více proniká věda. Shodují se v názoru, že management je proces plánování a vykládání usilí, organizování a využívání zdrojů tak, aby se dosáhlo určitého vřed stanoveného cíle (KILÍKOVÁ, JAKUŠOVÁ, 2008).

2.1 ORGANIZAČNÍ KULTURA

V zdravotnických zařízeních má organizační kultura důležitou úlohu. Sestry ve vedoucích funkcích si musí uvědomit důležitost této funkce. Bez organizační kultury je takřka nemožné aplikovat například systém manažerské kvality. Organizační kulturou rozumíme hromadné vnímání toho, jako se organizace chová k lidem, k zaměstnancům, k pacientům a jak si představuje mezilidské chování. Odráží základní hodnoty managementu, a proto si zakládá na vzorci chování vrcholového managementu. Ve všeobecnosti platí, že každá organizace, každé oddělení má svoji organizační kulturu, která ovlivňuje i chování sester. Projevuje se způsobem oblékání, gesty, rituály, tradicí, a jinými formami chování, které se realizují proto, abychom dosáhli společného cíle. Organizační kultura je komplexní záležitost, proto je velmi těžké ji změnit. Je totiž založena na emocích, které jsou viditelné, když jsou ohrožené změnami. Je to faktor, který drží kolektiv, oddělení pohromadě.

Organizační kulturu jednotlivých složek je možné vyhodnotit. Nejčastěji se vyhodnocuje podle toho, jak se na oddělení pracuje – jakým způsobem se dosahuje úspěchů, uznání, jak se určují priority, jak a kolik energie se projevuje na dané aktivity. Rozhodujícím hodnotícím prvkem je motivace – co motivuje sestry k vyšší aktivitě, čím

a jak jsou motivované. Kvalitní organizační kultura je zárukou loajálnosti zaměstnanců, vysoké produktivity práce, kreativity, angažovanosti a dobrého přístupu k práci.

V praxi poznáváme podle faktorů podle podnikové kultury tři složky organizační kultury. Artefakty jsou projevy kultury, prostředí, způsoby kterými lidé mluví, píší aj. Podstatné jsou symboly organizace, které se někdy špatně definují, ale jejich význam je využíván v podobě loga, uniformy, firemní předměty. Hodnoty a normy slouží k hodnocení způsobu chování pracovníka v různých situacích. Hodnoty jsou v každé organizaci samozřejmě jiné. Poslední složkou je základní přesvědčení, představuje pro příslušníky kultury samozřejmé názory a myšlenky. Cizí člověk se tedy může v organizaci setkat s řadou věcí, které mu mohou připadat nezvyklé a zvláštní.

Složky organizační kultury v daném podniku jsou oficiální cíle a mise firmy. Poukazuje, jak by organizace chtěla vystupovat na veřejnosti. Jsou východiskem pro stanovení organizační kultury, k jejímu úplnému zpracování avšak nestačí. Jednání manažerů a ostatních zaměstnanců se především týká toho, jak organizace řeší problémy, jak jedná se zaměstnanci a zákazníky, co je postihováno a co tolerováno, jak se svými zaměstnanci komunikuje, zda se zajímá o jejich názory. Vztah pracovníků k organizaci a výrobkům. Jsou typy lidí, kteří jsou na organizaci pyšní, nebo naopak lidé používající pomlouvání a nadávání na organizaci v práci či mimo ni. Vnitřní směrnice, kdy se organizační kultura odráží do pravidel a zásad řízení lidí, především do odměňování zaměstnanců. Podnikové symboly, rituály a oslavy patří mimo jiné do symbolů statutu, které firma přiznává svým manažerům. Informují o vztahu mezi vyšším a nižším stavu řízení. Tradované příběhy se odvíjí od firemních mýtů, legend i skutečného vztahu firmy k její minulosti. Příběhy často prezentují hlavní osoby, s dobrými vlastnostmi, kterých si organizace váží. Často jsou vzorem pro ostatní členy organizace (KILÍKOVÁ, JAKUŠOVÁ, 2008).

2.2 ORGANIZAČNÍ STRUKTURA

Organizační struktury představují „kostru“ instituce, která umožňuje splnit plánované cíle. Jsou hierarchickým uspořádáním soustavy pracovníků a oddělení. Základnou organizační struktury zdravotnických zařízení tvoří nejčastěji skupina pracovníků, kteří jsou přímými vykonavateli úloh organizace. Odborníci se ztotožňují s názorem, že organizační struktura řídicího systému (managementu zdravotnického zařízení) tvoří základnu procesu efektivního řízení. V období častých změn ve

zdravotnictví i organizační struktury zdravotnických zařízení přecházejí kvalitativními a kvantitativními změnami. Vznik organizační struktury začíná procesem identifikace úloh, které jsou potřebné na dosažení cílů zdravotnického zařízení. Hlavním znakem organizační struktury je seskupení oddělní, klinik, útvarů a stanovení hierarchie nadřazenosti a podřazenosti vztahů (PLEVLOVÁ, 2012).

2.3 OŠETŘOVATELSKÝ MANAGEMENT

Management a ošetřovatelství se v každodenní praxi navzájem doplňují a podporují. V ošetřovatelství považujeme za nemožné poskytovat kvalitní ošetřovatelskou péči bez poznání teorie managementu. Management ošetřovatelství je soubor ověřených postupů, zkušeností a metod, které používají sestry – manažerky ošetřovatelství na zvládnutí činností potřebných k vytvoření optimálních podmínek na poskytování kvalitních ošetřovatelských služeb.

Management ošetřovatelství se pokládá za proces vykonávání práce prostřednictvím jiných, důsledně, načas a v rámci určitého rozpočtu. Shromažďuje, analyzuje, třídí a syntetizuje výsledky výzkumu, zevšeobecňuje zkušenosti z řídicí činnosti. Nachází se ve stádiu hledání odpovědí na svoje problémy v příbuzných vědách s cílem určit vztahy platné pro ošetřovatelství. Jeho cílem je vytvořit teoretický a metodologický základ (KILÍKOVÁ, JAKUŠOVÁ, 2008).

„Nový” tzv. moderní management ošetřovatelství se zakládá na aplikaci poznatků nových věd (informatiky, statistiky, operační analýzy, ekonomiky) do procesu řízení. Jde o uplatňování zásad interdisciplinárního přístupu. Potřeba manažerského vzdělání v řízení ošetřovatelství je definovaná i legislativou. Právní normy a většina organizačních předpisů, směrnic definuje nevyhnutelnou potřebu mít manažerské vzdělání na všech stupních řízení organizace. Všeobecně uznávaným kvalifikačním předpisem na obsazení funkce vedoucí sestry kliniky nebo oddělení je manažerské vzdělání přiměřeného stupně.

Henri Fayol, francouzský báňský inženýr, nejdříve praktik managementu v průmyslu, později přednášející na vysoké škole, významně ovlivnil teorii i praxi managementu svým funkčním přístupem. Fayol byl v podstatě první, kdo definoval management. Na základě své vlastní bohaté zkušenosti stanovil, že management má pět hlavních funkcí:

1. předvídání a plánování (smyslem této činnosti je odhadnout budoucnost a navrhnout plán opatření)
2. organizování (zde jde o tvoření podnikové struktury)
3. příkazování (smyslem této činnosti je udržet personál v pohybu)
4. koordinování (při této činnosti jde o uvedení všech činností do souladu)
5. kontrolování (je třeba dohlédnout na to, že se vše děje ve shodě s pravidly a příkazy)

Uvedené prvky jsou přirozené, logicky na sebe navazují a dohromady představují to, pod čím se rozumí strong – řízení. Fayol shrnul své vlastní zásady řízení do 14 principů managementu, principů, které se později staly základním manažerským know – how.

2.4 STYLY MANAGEMENTU

Teorie stylu vedení se zaměřuje na různé způsoby chování vedoucích pracovníků a předpokládají, že určité způsoby chování jsou efektivnější než jiné, chceme-li dosáhnout požadovaných cílů, nebo zajistit aby lidé odváděli tvrdou práci.

O vůdcovském stylu se začalo hlouběji uvažovat, když White a Lippitt v roce 1938 zveřejnili výsledky svého výzkumu o rozdílných stylech vedení v jednom chlapeckém klubu. Ve svém experimentu sledovali tři různé styly vedení. Autokratický styl vedení. Manager ošetřovatelství s autokratickým stylem vedení sám rozhoduje o tom, co a jak se bude dělat. Využívá svoji pozici a osobní moc. Vyhrazuje si právo určovat všechny cíle a vykonat všechny rozhodnutí samostatně. Na motivaci využívá svoje postavení, diferencované odměňování, o kterém rozhoduje, ale i postih podřízených. Podle názorů mnohých odborníků tento styl vedení v managementu ošetřovatelství vytváří nepřiměřené pracovní podmínky, v kterých se ošetřovatelství vykonává pod tlakem. V skutečnosti nejde o vedení lidí, ale o mechanické dirigování a vynucování přesného splnění úloh. Autokrat při rozhodování nebere do úvahy připomínky spolupracovníků. Podřízení musí bez rozmýšlení vykonávat přesné příkazy. Takový typ manažera se hodí do skupiny lidí s nižší odbornou a intelektovou úrovní. Autokratické vedení může podpořit vznik závislosti, strachu až agresivity (ŠKRLA, ŠKRLOVÁ, 2003).

Demokratický styl vedení, při kterém manažer ošetřovatelství přijímá rozhodnutí až po rozhovoru a diskusi s ostatními sestrami. Ocení schopnosti a kvality podřízených

sester. Sestry motivuje, aby si samy kladly cíle, rozvíjeli vlastní plány a řídili vlastní činnost. Demokraticky umožňuje každému vyslovit vlastní názor. Při svých rozhodnutích bere do úvahy názory ostatních. Manažer s demokratickým stylem vedení využívá svoje osobní schopnosti a pozici na realizaci koncepce ošetrovatelství. Výzkumy potvrdily, že vedení sester s demokratickým stylem zvyšuje kvalitu jejich práce. Sestra- manažerka demokratického typu se považuje za nejvhodnější typ člověka na vedení skupiny. Skupina vedená tímto typem manažera je poměrně výkonná a vykonává kvalitní práci. Volný styl vedení. Tento styl veden v řízení ošetrovatelství se označuje jako styl „volné ruky“. V tomto případě manažer ponechává událostem volný průběh. Neřídí, nevykonává dozor a neordinuje. Neřídí vzdělání zaměstnance, tok financí, spotřebu materiálu. Tento styl řízení může vyvolat anarchii, chaos, vzbudit nedůvěru, zklamání a prohloubit nezáměr o ošetrovatelství. Člověk s takovýmto přístupem nemá potřebnou autoritu na to, aby mohl vést skupinu, rozhodoval a přiděloval úkoly. Ve skupině chybí pořádek, disciplína, vzájemný respekt, vládní apatie a narušené jsou vnitřní vztahy (KILÍKOVÁ, JAKUŠOVÁ, 2008).

2.5 MANAGER

Manažer dle Bělohlávkové a kol. (2006) je především profese a její nositel je zodpovědný za dosahování cílů svěřené mu organizační jednotky s využitím kolektivu spolupracovníků a poskytnutých zdrojů, včetně tvůrčích účastí, za stanovení cílů a jejich zajištění. Pracovník na základě jmenování, pověření, ustanovení, zmocnění nebo zvolení aktivně realizuje řídicí činnost, pro kterou je vybaven příslušnými kompetencemi.

Kopřiva (2011) uvádí v publikacích, že i když historie trvá na tom, že manažer je současně i lídrem, realita se v tomto liší, a jasně vymezuje rozdíl mezi manažerem a lídrem. Lídr získává svou moc od svých následovníků, zatímco manažer dostane moc od svého nadřízeného. Manažer k úspěšnému řízení a vedení svého týmu potřebuje mít nadhled a osobní zralost, chuť brát na sebe zodpovědnost, rozhodnost a také širokou škálu odborných, organizačních a komunikačních dovedností. Oproti tomu manažer, který je současně i lídrem, povzbuzuje energii pracovníků, dodává jim sebedůvěru a táhne je vpřed svým osobním nasazením. Nestojí „proti“ svým kolegům a podřízeným, a tedy „nad“ nimi, nýbrž „spolu“ s nimi a udává směr. Lídr má charisma, vlastnost,

kteřá je nedefinovatelná - na rozdíl od inteligence či trpělivosti, ale vyvolává ten efekt, že lidé následují toho, kdo charisma má. (PLEVLOVÁ, a kol.,2012)

2.5.1 ČINNOSTI A KOMPETENCE MANAŽERA

Každý pracovník poskytující zdravotní péči musí mít jasně stanovené spektrum kompetencí (činností, které smí provádět). Ty jsou mu přidělovány nejen na základě jeho vzdělání, ale také na základě poslání nemocnice, spektra pacientů a jejich potřeb, specifických úkolů konkrétního pracoviště a v neposlední řadě osobních znalostí a dovedností zdravotního stavu a hodnotového systému daného pracovníka. Vzhledem k tomu, že se tyto kvality v čase mění, musí být kompetence všech pracovníků průběžně přehodnocovány. Při stanovení kompetencí je nutné vycházet z platné legislativy'' a je možné přihlídnout též například k doporučením některých odborných společností.

Při nástupu do zdravotnického pracovníka do zaměstnání jsou mu společně s popisem pracovní náplně přiděleny konkrétní kompetence, které jsou dále pravidelně (v intervalu stanoveném nemocnicí, nejméně však jednou ročně) aktualizovány, a to na základě pravidelného hodnocení, které je (tam, kde je možné) založeno na konkrétních datech o kvalitě práce daného jednotlivce. Aktuální spektrum kompetencí společně s pravidelným písemným hodnocením každého zdravotnického pracovníka je zaznamenáno v jeho osobním spise (SAK ČR, 2009). Každá kompetence obsahuje stručnou charakteristiku a je popsána pomocí projevů, které umožní rozpoznat v chování zaměstnance míru způsobilosti (PLEVLOVÁ, a kol., 2012).

2.5.2 ÚROVNĚ MANAGEMENTU

Vrcholový management řídí určité stupně vyžadující obyčejně jak taktické, tak střednědobé plánování. Tito pracovníci, koordinují výkonné operativní činnosti a zabývající se převážně získáváním a předáváním informací, musí umět sladit prvky koncepčního i operativního rázu a orientovat se v mezilidských vztazích (primáři, vrchní sestry, vedoucí oddělení). Top manažer má mít ošetrovatelské a manažerské vzdělání. Je zodpovědný za celkovou činnost ošetrovatelského úseku v rámci organizace. Podílí se na strategickém plánování a zabezpečení potřebných zdrojů pro činnost ošetrovatelského úseku (personálních, finančních, materiálních). Ve své práci se opírá o rady a informace svých přidružených, zástupců z jednotlivých oddělení a úseků, které buď spadají pod úsek ošetrovatelství, anebo jsou pro činnost ošetrovatelství

nepostradatelné (odborní, personalistika, technicko - hospodářský činnost apod.) Přímo mu podléhají vrchní sestry jednotlivých klinik a oddělení. Manažer na střední úrovni je nejvyšším pracovníkem a členem vedení kliniky nebo oddělení. Zodpovídá náměstkovi ošetrovatelské péče za činnost ošetrovatelského personálu. Neobejde se bez specializačního vzdělání v oboru ošetrovatelství a nezbytného vzdělání v oboru managementu. Liniovým manažerem je vedoucí pracovník ošetrovatelského týmu na daném oddělení tedy staniční sestra. Obvykle tuto funkci zastává zkušená sestra s dlouholetou praxí na příslušném oddělení. Musí mít specializační postgraduální vzdělání v oboru a předpoklady pro vedoucí funkci (PLEVLOVÁ, a kol., 2012).

2.6 MOTIVACE

Motivace má původní význam v latinském „movere” neboli hýbat. Vyjadřuje vnitřní hybné síly (pohnutky, motivy), které udržují lidské chování. Motivovat znamená vyvolat určitou reakci, směřovat ji k požadovanému cíli, vyvíjet tuto aktivitu uvědoměle. Motivace znamená důvod, abychom něco udělali. Má tři složky (směr) co se nějaká osoba pokouší udělat, (úsilí) s jakou snahou se o to osoba pokouší a (vytrvalost) jak dlouho se o to pokouší. Existují i různé typy motivace. Vnitřní, které lidé sami vytváří a které, je zároveň ovlivňují. Vnější faktory motivují lidi k dané činnosti zvnějšku, řadíme sem např. pochvaly, odměny, ale i tresty. Vědomá a nevědomá vychází z psychoanalýzy, z toho vyplývá, že lidé často neznají opravdové motivy. Primární a sekundární. Primární motivace je potěšení ze samotné činnosti. Naopak u sekundární motivace nevyhází toto potěšení z pracovní činnosti, ale z výdělků, prestiže či jiných.

Zdroje motivace jsou podněty nebo skutečnosti motivující člověka. Mezi zdroje motivace patří potřeby, které jsou považovány za nejcennější a nejvýznamnější zdroj motivace. Dochází k vyvinutí činnosti, která vede k odstranění vzniklého napětí. Tím nám dojde k naplnění potřeby. Hodnoty ukazují přístup člověka k základní oblasti života společně s hodnotovým systémem. Zájmy je možné považovat za trvalejší zaměření člověka na určitou oblast předmětů. Návyky jsou zautomatizované způsoby jednání člověka v dané situaci. Mohou se objevovat ve všech oblastech lidské činnosti. Ideály představují určitý význam o jedinci, který má významný cíl. Ideál je jako vzor, sloužící jako vodítko pro jeho jednání. Znalost motivů různých lidí, vede k úspěšné práci manažera. Motiv, který lidé vidí, jsou peníze. Pro většinu lidí představují velmi významný motiv. Osobní postavení, člověk má potřebu vést lidi, rozhodovat a řídit chod

věcí. Pracovní výsledky, jsou motivem pro lidi, kteří mají rádi svoji práci, snaží se v ní vyniknout. Mají potřebu srovnávat se s jinými lidmi, pokud se jim to nedaří, snaží se dělat vše pro to, překonat ostatní. Přátelství hraje důležitou roli pro lidi, kteří kladou důraz na dobrou atmosféru na pracovišti. Jistota je motivem pro lidi, kteří netouží po mimořádných situacích, jako je vysoký příjem peněz či vysoké postavení. Spokojí se naopak s málem. Tito lidé neradi riskují a vyhovuje jim, pokud mají své jisté. Odbornost je rozhodujícím motivem lidí, kteří preferují svůj profesní život. Snaží se vyniknout ve své profesi. Samostatnost je motivem lidí nesnášející osobu nadřízeného. Rádi si o všem rozhodují sami a dělat si o po svém. Tvořivost je motivačním faktorem pro lidi, kteří mají potřebu vytvářet něco nového, rádi přemýšlí a vymýšlí nové věci. Pracovní motivace je považována za cílevědomou, systematicky vykonávanou, tedy činnost motivovaná. Motivace je aspekt lidského chování, který je spojen s výkonem pracovní činnosti. Pokud jsou zaměstnanci dobře motivováni, mohou se pak lépe ztotožnit s úkolem. Lidé jsou individuální a neexistuje jeden způsob jak je motivovat. Motivačních existuje mnoho druhů např. Maslowova hierarchie potřeb, Herzbergova dvoufaktorová motivace, Teorie X a Y, Skinnerova teorie zesílených vjemů a další.

2.7 KVALITA VE ZDRAVOTNICTVÍ

Slovník akademických cizích slov popisuje pojem kvalita jako souhrn užitných a společenských významných vlastností, podstatná určenost předmětu, vzhledem k níž je předmětem daným a ne jiným předmětem, souhrn vlastností, jimiž se věc jako celek odlišuje o jiného. Souhrn typických nejčastěji kladných vlastností (KRAUS, 2005).

Specifickými znaky kvality bývají ve zdravotnictví označovány následující: včasnost, slušné chování, flexibilita, porozumění, dostupnost, důslednost, empatie, ochota, a schopnost podpořit celou pacientovu osobnost, profesionální chování, nebudit dojem uspěchanosti nebo netrpělivosti, pochopení lidské, ne pouze medicínské péče, dotek, úsměv, schopnost a ochota vyslechnout a efektivně komunikovat, odpovědět na dotazy nebo včas zajistit někomu kdo je schopen informaci podat, respektovat lidskou důstojnost, soukromí a práva pacienta. Základním pravidlem pro správné aplikování kvality ve zdravotnictví je vnímání příjemců kvality jako klientů nebo zákazníků nemocničního zařízení. Dle manželů Škrlových můžeme klienty těchto zařízení rozlišit na interní a externí. Do interních řadíme pacienty a veškerý zdravotnický personál nemocnice, do externích klientů můžeme zařadit studenty zdravotnických škol, vládní

orgány, dodavatelé, hosty nebo pacienty v ambulancích. Základním pravidlem pro správnou aplikaci kvality ve zdravotnictví je vnímání příjemců kvality popř. zákazníků nemocničního zařízení (ŠKRLA, ŠKRLOVÁ, 2003).

2.7.1 ŘÍZENÍ KVALITY A MANŽER KVALITY V NEMOCNIČNÍM ZAŘÍZENÍ

V určitých nemocnicích se k řízení kvality využívá projektový přístup. Tento přístup má velmi široké uplatnění, je vhodný pro jakýkoliv podnik. Od stavebních prací, přes zemědělství až k poskytování služeb. Na práci na projektech se podílí několik specialistů různých kvalifikací. Tito vybraní lidé tvoří projektový tým. V jehož čele je manažer projektu. Aby bylo projektování správné, musí splňovat dané zásady. Je to zejména stanovení cíle, kdy musí být přesně dané, čeho má projekt dosáhnout. Projekt musí být uskutečnitelný a rozsah musí odpovídat stanovenému cíli, postup řešení je od obecného ke konkrétnímu a od všeobecného ke konkrétnímu (DOLANSKÝ, MĚKOTA, NĚMEC, 2002).

Řízením kvality v nemocničním zařízení bývá nejčastěji pověřen manažer kvality. Manažer kvality je součástí nejvyššího managementu a je na něj kladeno mnoho požadavků. Obecně se od něj požaduje schopnost jednat s lidmi, sociální citění, charisma, potřebu řídit, výkonově orientovaný a extrovertní. Dále je potřeba aby správný manažer měl odborné znalosti, praktické a technické dovednosti a sociálně-psychologické znalosti. Navíc by měl být v dobré tělesné a duševní kondici, protože práce manažera je velmi náročná. Dobrým manažerem nebývají introverti, neurotici a nevyrovnané osoby. Manažer kvality v nemocničním zařízení má za úkol vytvářet koncepci dané instituci se zaměřením na uspokojení zdravotních potřeb klientů, zajímat se o kvalitu péče, monitorovat a vytvářet podmínky pro kvalitní a efektivní péči, zajistit přiměřené zdroje pro provoz a rozvoj daného zařízení, dohlížet na racionální využívání všech zdrojů a zajišťovat efektivní komunikaci s příslušnými orgány uvnitř instituce i mimo ni (GLADKIJ a kol., 2003).

3 OŠETŘOVATELSTVÍ A CHIRURGICKÝ TÝM

Před více jak 140 lety Florence Nightingale, definovala ošetřovatelství jako „činnost využívající prostředí na pomoc při jeho uzdravení“. Od té doby, až asi do poloviny 20. století sestry poskytovaly svoje služby nemocným na základě písemného příkazu lékaře a tyto zásady byly zaměřeny více na specifické nemocné stavy, než na příjemce péče. Ošetřovatelská praxe, poskytovaná nezávisle od lékaře, se řídila více intuicí a zkušenostmi sestry než vědeckou metodou.

Od druhé poloviny 20. Století se v USA a v Kanadě začala celá řada sester věnovat teoretické bázi oboru ošetřovatelství. Termín „ošetřovatelský proces“ je relativně nový pojem, protože ho poprvé použila v roce 1955 Lýdie Hall, když konstatovala, že „ošetřovatelství je proces“. Od té doby proces ošetřovatelství opsaly různým způsobem vícere sestry, hlavně z USA a Kanady, které jsou považované za teoretičky ošetřovatelské vědy. V roce 1967 se konala schůzka americké mezistátní komise o vyšším vzdělávání, která doporučila používání 5 kroků ošetřovatelského procesu: percepci, komunikaci, interpretaci, intervenci a vyhodnocení. Tato komise označila ošetřovatelský proces za „vzájemný vztah“ mezi pacientem a sestrou v daném prostředí, co zahrnuje chování se pacienta a sestry a výsledné interakce. V roce 1973 bylo v USA legitimizované využití ošetřovatelského procesu v klinické praxi tím, že ANA (American Nursing Association) publikovala standard ošetřovatelské praxe, čím do praxe uvedla 5 kroků ošetřovatelského procesu: posuzování, diagnostika, plánování, realizace, hodnocení (SYSEL, BELEJOVÁ, MASÁR, 2011).

V dnešní době se prosazuje komplexní přístup k pacientům vycházející z filozofického směru holismu. Filozofický směr, nejvíce spojovaný s ošetřovatelstvím. Holismus je koncepce, základem je nadřazenost celku nad jeho částmi a zdůraznění celistvosti vůbec. Termín holismus označují teorie, které vycházejí z celostní koncepce a preferují význam celku nad jeho částmi. Vychází z řeckého slova holos, tz. Celek. Celek je v pojetí holismu něco, co nemůžeme vysvětlit z jeho částí. Holismus je kritickou reakcí na filosofii atomismu a redukcionismu, má také blízko ke strukturalismu. Jde o vnímání člověka jako celostní lidské bytosti, která se skládá z jednotlivých složek bio-psycho-socio-spirituálních. Teorii holismu dělíme na dvě části. Ontologickou, skutečnosti přisuzují celistvý charakter, kterou zavedl J.C. Smuts.

Metodologickou a epistemologickou, kterou vytvořil W. V. Quine. Tento filozofický směr udává, že se v člověku propojuje více složek najednou. V ošetrovatelství bychom měli pacienta vnímat jako holistickou osobu (BLECHA a kol., 2002).

3.1 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Před zavedením ošetrovatelského procesu do praxe se sestry řídily nejčastěji písemným příkazem lékaře a ošetrovatelské činnosti poskytované nezávisle na lékaři byly podloženy spíše institucí a zkušeností sester než vědeckou metodou. Termín ošetrovatelský proces poprvé použila v roce 1955 Lydia Hallová. Od této doby popsalo proces několik ošetrovatelských profesionálek různými způsoby. V české republice ošetrovatelský proces nebyl používán do konce 80. let minulého století. Až díky realizaci zahraničních projektů došlo k zavedení do klinické praxe (KOZIEROVÁ, ERBOVÁ, OLIVIEROVÁ 1995). Touto problematikou se zabývala v roce 1995 Kozierová, v dnešní době už používáme modernější zpracování v knižní podobě od Sysla, Belejová, Masár.

Ošetrovatelský proces je metoda, která je systematická a racionální při poskytování ošetrovatelské péče. Jeho zásadním cílem je zhodnotit zdravotní stav pacienta, reálné a potencionální problémy v péči o zdraví, stanovit si plány pro splnění daných cílů, poskytnout individuální ošetrovatelské intervence a zhodnotit jejich efekt. Obsahuje pět kroků, které nejsou samostatné, každý krok je potřeba neustále přizpůsobovat situaci, protože zdraví pacienta se neustále mění a ošetrovatelský proces se nám odvíjí od zdravotního stavu pacienta. Všechny jednotlivé kroky se navzájem prolínají a souvisejí spolu. Ke každému pacientovi přistupujeme individuálně, zajišťujeme individuální ošetrovatelský plán, řešení jednotlivých problémů, realizaci a hodnocení. Úspěch ošetrovatelského procesu se odvíjí především od otevřené a smysluplné komunikace, ale také od rozvoje vztahů mezi pacientem a sestrou.

Ošetrovatelský proces je několik vzájemně propojených činností, které jsou prováděny v prospěch nemocného sestrou, případně za spolupráce pacienta. Skládá se z pěti částí. Cílem ošetrovatelského procesu je prevence, odstranění nebo zmírnění problémů v oblasti individuálních potřeb pacienta (jedinců, rodin, skupin a komunit). Je zaměřený na jejich tělesné, psychické, sociální a spirituální potřeby. Lze jej použít jako

osnovu pro poskytování péče ve všech typech zařízení, kde se poskytuje jakákoliv ošetrovatelská péče, u pacientů všech věkových kategorií a s rozdílnými diagnózami.

V první fázi ošetrovatelského procesu posuzujeme úspěšnost jakékoliv lidské činnosti - ve velké míře závisí od informací, poznatků a zkušeností. Čím je činnost náročnější nebo složitější tím rozsáhlejší je i její informační systém. První krok ošetrovatelského procesu má dvě podkapitoly. V první řadě hovoříme o posuzování a v druhé o zpracování získaných informací. Posuzování je záměrný a systematický proces získávání údajů o pacientovi a to nejen při vstupním pohovoru, ale i během celé doby kontaktu pacienta se sestrou. Sestra získává informace nevyhnutelné pro aktivní i individuální ošetrovatelskou péči od pacienta doprovázející osoby, vlastním pozorováním nebo ze zdravotnické dokumentace. Tyto informace jsou získávány na základě odborných vědomostí a porozumění lidskému chování ve zdraví a nemoci pacienta. Informace které sestra získá, musí být písemně zaevidovány do daného formuláře, který má každá nemocnice vyhotovený na základě svých požadavků a specifik. Informace může sestra získávat buď rozhovorem, kdy je rozhovor vedený sestrou, doplnění o pacientovu neverbální komunikaci, přičemž je potřebné věnovat pozornost tónu řeči, rychlosti mluvení a hlasitosti. Abychom dosáhly úspěšného rozhovoru je třeba se držet určitých kritérií. Navození vztahu důvěry a spolupráce, příjemné a diskrétní prostředí s dostatkem času na jednotlivého pacienta. Důležitou součástí je abychom si stanovili cíle, kterých chceme dosáhnout a podle toho formulovaly otázky, abychom se dostali k podstatným informacím. Nejčastěji vedené otázky jsou zaměřené na anamnézu, subjektivní a objektivní údaje o současném stavu a aktivitách denního života, problémy psycho-sociálně-duchovní, přání a plány jakých chce pacient dosáhnout, vědomosti o současné nemoci a zdravém životním stylu. Informace lze také získávat posuzování, kdy je tato metoda používána pro posouzení somatického a psychického stavu nemocného, o jeho prožívání, chování se v podmínkách nemocnice. Předmětem pozorování bývají všechny projevy pacienta objasňující jeho problémy a potřeby v somatické, psychické a sociální oblasti. I řečový projev, neverbální a sociální komunikace poukazují na pacientovo chování (SYSEL, BELEJOVÁ, MASÁR).

V druhé fázi diagnostikujeme potřeby pacienta, vycházíme tedy ze subjektivních a objektivních příznaků. V etapě druhého kroku ošetrovatelského procesu sestra formuluje příčinné vztahy mezi zdravotními problémy a faktory, které je ovlivňují.

S jedním zdravotním problémem může souviset několik faktorů. Podstatné je určit, zda zjištěný problém je možné vyřešit samostatnými ošetrovatelskými výkony. Pokud tomu tak není, sestra má povinnost odeslat pacienta k příslušnému členovi zdravotnického týmu. Ošetrovatelská diagnóza je závěr, který lze vykonat pouze po pečlivém, důkladném a systematickém sběru dat. Za formulování ošetrovatelských diagnóz je zodpovědná profesionální sestra, jiný ošetrovatelský personál může pouze přispívat údaji do ošetrovatelského procesu. Diagnostický závěr však náleží pouze do kompetencí zdravotní sestry. Zdravotní problém je jakýkoliv stav, ve kterém pacient vyžaduje pomoc, při udržování, upevňování nebo znovuzískávání zdraví. Může být také využíván při zajištění klidné smrti. Ošetrovatelské diagnózy udávají skutečné zdravotní problémy, potencionální zdravotní problémy a oblast obohacení vlastního růstu. Ošetrovatelské diagnózy také zahrnují stavy, které nejsou sestry schopny zvládnout. Nejsou kompetentní diagnostikovat a léčit nemoci, sestra může pouze diagnostikovat problémy vedoucí k danému onemocnění. Tyto problémy je sestra schopna diagnostikovat, nejen v podobě formulací ošetrovatelských diagnóz, ale i za jejich ošetrovatelskou péči. Ošetrovatelské diagnózy vychází z nezávislých úloh sestry, z oblasti zdravotní péče specifické pro ošetrovatelství. Sestra je povinna vykonávat příkazy lékaře, stejně tak je povinná diagnostikovat a vykonávat praktické výkony v rozmezí praxe a kompetencí sestry. Závěrem druhého kroku ošetrovatelského procesu je všechny údaje shrnout do formulace. Diagnózy formulujeme ve dvousložkové nebo tří složkové ošetrovatelské diagnóze. Formulace dvousložkové ošetrovatelské diagnózy je typické pro potencionální problémy pacienta. Tří složková diagnóza je charakteristická pro aktuální ošetrovatelskou diagnózu, problém, etiologie, symptomy.

Třetí krok ošetrovatelského procesu znamená plánování nebo projektování něčeho, co je zaměřeno na dosažení určitého výsledku či cíle. Stanovení ošetrovatelských strategií nebo intervencí s cílem prevence, redukce, nebo eliminace pacientových bio – psycho – sociálně - duševního problémů, zjištěných během diagnostické fáze ošetrovatelského procesu. Fáze ve které se vykonává rozhodování o řešení pacientových problémů a které jsou nevyhnutelné na dosažení kvalitní ošetrovatelské péče. Na plánování se zúčastňuje jedna, nebo více sester, pacient, mohou taky jeho členové rodiny a osoby jiných zdravotnických profesí. Vytyčení priorit znamená stanovení pořadí, které problémy pacienta vyžadují řešení jako první nebo druhé. Nejčastěji používaný model pro stanovení priorit je Maslowa hierarchie potřeb,

podle které jsou fyziologické potřeby nevyhnutelné pro život, proto je řadíme na nejvyšší prioritu. Priority řadíme do třech kategorií. Vysokou prioritu, kdy problémy bezprostředně ohrožují život pacienta a vyžadují okamžité řešení. Střední priorita, problémy ohrožující zdraví pacienta a vyžadují rychlé řešení. Nízkou prioritu mají problémy, které nejsou pro udržení života nevyhnutelné a nevyžadují si urgentní medicínu. Stanovené priority a problémy nejsou neměnné, sestra je musí měnit tak, jak se mění stav a problémy pacienta. Následný cíl je očekávaný výsledek. Cíle se stanovují v době pacientova chtěného chování. Cíle jsou formulované všeobecně, proto je potřebné další specifika výsledných kritérií.

Ve čtvrtém kroku ošetrovatelského procesu se vykonává realizace, vykonání, neboli uplatnění ošetrovatelských intervencí zapsaných v plánu ošetrovatelské péče v praxi. Realizace znamená vykonání činností, je zaměřená na dosažení stanoveného cíle. Zahrnuje využití ošetrovatelských a medicínských ordinací. Při realizaci ošetrovatelských činností potřebujeme tři kategorie dovedností. Kognitivní zahrnují dovednosti intelektové, zajišťují řešení problémů, přijímání rozhodnutí, kritické myšlenky a kreativitu. Interpersonální dovednosti jsou činnosti, které může jedinec využívat při přímé vzájemné komunikaci. Interpersonální dovednosti jsou potřebné při všech ošetrovatelských činnostech a aktivitách. Technické dovednosti neboli manuální využívá sestra v práci s technickými zařízeními. Jsou vyžadovány přiměřené znalosti, včetně postupů při různých procedurách. Na ošetrovatelské péči se mohou podílet zdravotničtí pracovníci, rodina a podporné osoby. Činnost, kterou tyto osoby vykonávají, souvisí s rolí dané osoby. Ošetrovatelské činnosti vykonávané sestrou dělíme na nezávislé, závislé a součinné. Čas, který sestra věnuje závislé, nezávislé a součinné ošetrovatelské činnosti se liší podle klinické oblasti, typu instituce a specifické pozici sestry. Realizace naplánovaných ošetrovatelských intervencí se uskutečňuje pomocí péče, učení, komunikace, asistence a pomoci, respektování práv pacientů, vůdcovstvím a managementem. Sestry si vyměňují informace na poradě o ošetrovatelské péči nebo na vizitě sester u lůžka.

V posledním pátém kroku hovoříme o hodnocení. Hodnocení je posouzení změn ve zdravotním stavu pacienta, změn chování, reakcí na činnosti způsobené sestrou. Proces hodnocení je procesem hodnocení, to znamená, že se vykonává během celého trvání ošetrovatelské péče, kdy sestra může změnit průběh péče a tak pomoci dosáhnout plánovaného cíle. V terminálním, kdy sestra vykonává po ukončení ošetrovatelských

činností, čímž hodnotí, zda byly cíle pacienta splněny. Hodnocení cílevědomá činnost, prostřednictvím které se jsou sestry zodpovědné za svoji práci, nepokračují v neúčinných intervencích, ale stanovují místo nich účinnější. U kterých je možné dosáhnout stanovený cíl. Stanovení výsledných kritérií důležité pro hodnocení odpovědí, chování, reakcí pacienta na poskytovanou péči ve vztahu ke stanoveným cílům. Sestra může v konečné fázi dosáhnout tří variant hodnocení. Cíl byl splněn, cíl byl splněn částečně a cíl nebyl splněn. Důležité je určení vztahu mezi ošetřovatelskými intervencemi a výsledným stavem pacienta. Toto určení vyžaduje od sestry schopnost sebekritického myšlení a hodnocení (SYSEL, BELEJOVÁ, MASÁR).

3.2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE CHIRURGICKÉHO TÝMU

Při ošetřování nemocných provádějí členové ošetřovatelského týmu mnoho činností, které lze z hlediska jejich obsahu rozdělit do několika skupin.

V základní ošetřovatelské činnosti se jedná o činnosti zaměřené na uspokojování základních potřeb nemocného, které si nemocný nemůže zajistit, nebo onemocnění narušilo sebekpěči v této oblasti. Patří sem např. zajištění ranní hygieny, péče o lůžko, péče o výživu a vyprazdňování, spánek, odpočinek, ale i zabezpečení pocitu jistoty a bezpečí. Kvalitní základní ošetřovatelská péče je nedílnou součástí komplexní péče o nemocného, a to nejen z hlediska prevence různých komplikací.

Diagnosticko – terapeutická činnost obsahuje práce týkající se přípravy nemocného na různá vyšetření, včetně péče o nemocného a jeho ošetření po různých výkonech, které slouží k upřesnění lékařské diagnózy, dále také odběry biologického materiálu na vyšetření. Terapeutické činnosti členů ošetřovatelského týmu jsou zaměřeny na všechny výkony, které se týkají např. podávání léků různými způsoby, přípravu nemocného k operačním zákrokům, včetně pooperační péče, převazy ran, rehabilitační péči apod.

Administrativní práce jsou zaměřeny na vedení základní dokumentace o nemocném během hospitalizace, včetně dokumentace ošetřovatelské, která plně vypovídá o ošetřovatelských problémech nemocného a způsobech řešení členy ošetřovatelského týmu. Mezi administrativní práce patří také práce se žádankami na různá vyšetření, objednání léčiv a zdravotnického materiálu pro ošetřovací jednotku apod. Díky elektronickému zpracování dat ve zdravotnických zařízeních jsou administrativní práce

zjednodušeny a nejsou prováděny na úkor pacienta. Přípravné a dokončovací práce se týkají zejména přípravy pomůcek na různých ošetrovatelské, diagnostické a léčebné výkony u nemocných, péče o pomůcky, včetně jejich dezinfekce a sterilizace, doplňování spotřebního materiálu pro ošetrovací jednotku atd. Rozsah těchto prací se výrazně snižuje používáním pomůcek k jednorázovému použití a také centralizací pomocných služeb (centrální sterilizace, centrální úprava lůžek). Chirurgická část se člení na ambulantní, lůžkovou a operační úsek (KELNAROVÁ, a kol., 2007).

4 CHARAKTERISTIKA FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO

Fakultní nemocnice Brno je největším zdravotnickým zařízením na Moravě. Fakultní nemocnice Brno je příspěvkovou organizací, jejímž zřizovatelem je MZ ČR. Pacientům všech věkových kategorií poskytuje specializovanou a superspecializovanou péči ve všech oborech medicíny v souladu s dostupnými poznatky současné lékařské vědy. Management FN Brno vytváří podmínky pro aplikaci požadavků norem systému řízení kvality ve všech procesech. Své dobré výsledky a úspěchy na poli medicíny staví na vzdělaných a motivovaných zaměstnancích. Nezbytnou podmínkou prosperity organizace jsou pozitivní ekonomické výsledky a snaha o jejich trvanou udržitelnost. Moderní vybavení, týmy erudovaných odborníků, komplexní diagnosticko-léčebné zázemí a úzká vědecko-výzkumná spolupráce s Masarykovou univerzitou v Brně řadí Fakultní nemocnici Brno na jedno z předních míst českého zdravotnictví. Základem dnešní nemocnice je budova chorobince, kterou projektoval ing. Architekt Oskar Pořízka, která byla slavnostně otevřena 1934.

Po druhé světové válce se začalo stále hlasitěji hovořit o vybudování nemocnice pro Brno. Studii zpracoval ing. Architekt Bedřich Rozehnal. Teprve v roce 1969 se započalo se stavbou podle projektu ing. arch. Spurného, která byla otevřena až o 20 let později. Lůžkový objekt s kapacitou 1.028 lůžek, který se stal dominantou bohunické nemocnice, byl slavnostně otevřen na konci roku 1989, kdy začala pracovat velká většina klinik.

V roce 1992 zde byl vytvořen komplex centrálních operačních sálů, největší na Moravě. V roce 1999 se nemocnice se nemocnice rozšířila o další pracoviště a to Klinikou ústní, čelistní a obličejové chirurgie. V polovině roku 2001 byl slavnostně otevřen Patologicko-anatomický ústav a v dubnu 2002 došlo k dokončení stavby. Transfúzního oddělení a přestěhování pracoviště z Tomešovy ulice do bohunického areálu.

O rok později tedy v roce 2005 byly slavnostně otevřeny nové prostory Oddělení resuscitační a intenzivní medicíny, dnes již Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny. Ve stejném roce byl zahájen provoz nové přistávací plochy pro vrtulníky záchranné služby. V roce 2008 se bohunická část FN Brno stala Traumacentrem pro dospělé a to nejen pro kraj Jihomoravský a část Zlínského, ale také kraj Vysočina. Zrekonstruovány a zcela nově byly vybaveny Oddělení urgentního

příjmu, lůžkové oddělení Kliniky úrazové chirurgie v 5 patře. V roce 2010 pak byla nově vybudována Spinální jednotka a druhá Jednotka Intenzivní péče Ortopedické kliniky, které se staly posledním kamenem při budování mozaiky nového traumacentra FN Brno- největšího v zemi.

V roce 2017 byly slavnostně otevřeny zrekonstruované operační sály pro Klinikou popálenin a rekonstrukční chirurgie a Chirurgickou kliniku včetně nové jednotky intenzivní péče. V brzké době se chystá výstavba nové Porodnické kliniky, největší ve střední Evropě.

4.1 STRATEGIE FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO

Strategické řízení je základem práce vrcholového managementu Fakultní nemocnice Brno. V pravidelných tříletých cyklech vždy všechny útvary FN Brno potvrzují či pozměňují charakteristiky útvaru, provedou novou SWOT analýzu a vyhodnotí příležitosti či ohrožení do strategických cílů, které jsou zpracované do specifických cílů. Na základě toho jsou formulovány strategické operace, které jsou schvalovány strategickým vedením FN Brno, které tvoří zástupci vrcholového vedení FN Brno. Klíčovým strategickým cílem pro příštích 5 let je ekonomická a finanční stabilizace a nárůst platů všech zaměstnanců FN Brno. Strategie chirurgické kliniky je totožná se strategií Fakultní nemocnice Brno a strategické úkoly konkrétně pro CHK pro rok 2016 již byly téměř všechny splněny. CHK využívá pro svůj chod stejných metod jako celá nemocnice.

5 CHIRURGICKÁ KLINIKA

Chirurgická klinika FN Brno je univerzitní pracoviště specializující se na onkochirurgii trávicího traktu. Preferenčně řešenou oblastí je problematika hepato-pankreato-biliární chirurgie, dále chirurgie jícnu, žaludku, dvanáctníku, a kolorekta. Rutině jsou prováděny operace štítné žlázy, nadledvin, periferních tepen, plic a mediastina. Ve spolupráci s interní hepato-gastroenerologickou klinikou se chirurgická klinika podílí na komplexní léčbě pacientů s idiopatickými střevními záněty. Rozvinutá je rovněž bariatrická chirurgie nabízející jak výkony restikční (bandáž žaludku), tak malabsorpční (gastric bypass, bilio-pankreatická diverze). Všeobecnou snahou o miniinvazivitu. Proto jsou v indikovaných případech operace prováděny laparoskopicky resp. thorakoskopicky. Časně nádory aborální části rekta jsou resekovány metodou transanální endoskopické mikrochirurgie.

Výzkumný program zahrnuje problematiku chirurgické léčby primárních a sekundárních nádorů jater. Dlouhodobým výzkumným záměrem je studie onkogeneze, diagnostiky a léčby karcinomu pankreatu. Chirurgická klinika FN Brno je jediným pracovištěm v ČR, kde je prováděna radiofrekvenční ablace inoperabilních nádorů pankreatu. Na molekulární úrovni ve spolupráci s biofyzikálním ústavem LF MU probíhá kontinuální výzkum kolorektálního karcinomu.

5.1 FIREMNÍ KULTURA

První složkou firemní kultury jsou artefakty – vnější viditelná složka. FN Brno a tedy i CHK má tuto složku profesionálně vypracovanou – logo, firemní materiály, uniformy pracovníků, označení vozového parku.

Druhou složkou jsou hodnoty a normy. Také tato složka je na velmi profesionální úrovni. Hodnoty a normy jsou specifikovány v dokumentech FN Brno a navíc podporovány také např. etickým kodexem sester, který uvádíme níže. Vnitrofiremní dokumenty byly prostudovány, ale nebyla dovolena jejich publikace.

5.1.1 ETICKÝ KODEX SESTER

Mezinárodní etický kodex pro sestru byl poprvé přijat Mezinárodní radou sester v roce 1953. Od této doby byl několikrát přepracován a znovu schválen, poslední verze

je datována k roku 2000. Sestry mají čtyři základní povinnosti v popisu práce (pečovat o zdraví, předcházet nemocem, navracet zdraví a zmírňovat utrpení). Součástí ošetrovatelské péče je respektování lidských práv, jako je právo na život, na důstojnost a právo na zacházení s úctou. Ošetrovatelská péče není omezena, pokud jde o věk, barvu pleti, vyznání, kulturní zvyklosti, postižení nebo nemoc, pohlaví, národnost, politické přesvědčení, rasu nebo postavení pacienta ve společnosti. Etický kodex připravený ICN má čtyři hlavní části, které vymezují normy etického chování.

1. sestry a občané

Sestra má profesní odpovědnost hlavně vůči lidem, kteří potřebují ošetrovatelskou péči. Vytváří prostředí, v němž jsou respektována lidská práva. Zajišťuje, aby měl pacient dostatečné informace. Osobní informace o pacientovi sestra sděluje pouze po pečlivé úvaze a souhlasu pacienta.

2. sestry a jejich práce

Sestra je zodpovědná za svoji ošetrovatelskou praxi a za udržování své kvalifikace na potřebné výši průběžným studiem. Pečuje o vlastní zdraví, aby nebyla narušena její schopnost poskytovat péči. Za všech okolností dodržuje pravidla slušného chování, přispívá tím k dobré pověsti profese a zvyšuje důvěru občanů.

3. sestry a jejich povolání

Sestra se aktivně zapojuje do rozvoje základní soustavy odborných znalostí vycházejících z vědeckého poznání. Hraje rozhodující roli při určování a realizaci přijatelných norem klinické ošetrovatelské praxe, řízení, výzkumu a vzdělávání.

4. sestry a jejich spolupracovníci

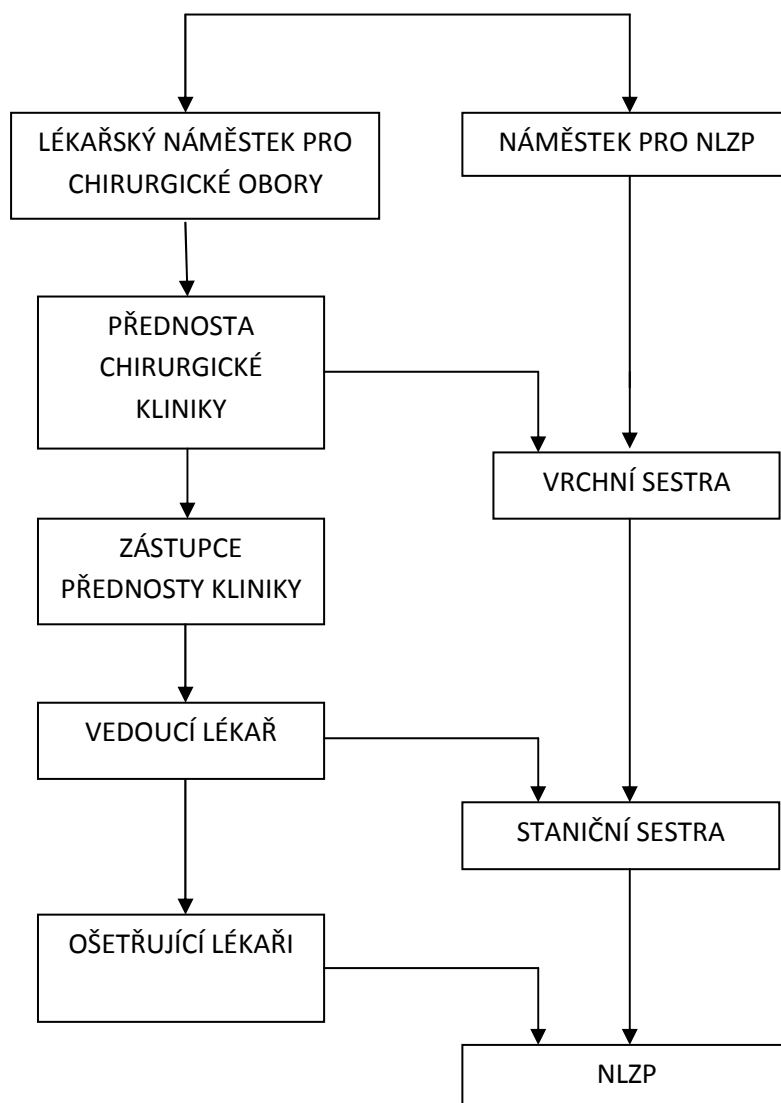
Sestra udržuje vztahy spolupráce se svými spolupracovníky z oboru ošetrovatelství a jiných oborů. Podnikne kroky, aby ochránila občany, když je jejich péče ohrožena jejím spolupracovníkem nebo jinou fyzickou osobou.

Etický kodex poskytuje návod k aktivitám vytvořený ze společenských hodnot a potřeb. Smysl bude mít jedině tehdy, pokud to bude živý dokument a bude aplikován na opravdové ošetrovatelské péči. Aby etický kodex plnil svůj účel, je potřeba, aby sestry pochopily a osvojily si jeho používání v praxi. Musí být k dispozici studentům v průběhu studia a sestrám v průběhu pracovního života. (cnaa.cz)

Třetí složkou je základní přesvědčení. Toto vyjadřují cíle a mise FN Brno, ale také způsob komunikace mezi zaměstnanci i vůči pacientům. Můžeme konstatovat, že i tato složka je profesionálně propracována a deklarovaná na webových stránkách i v interních dokumentech společnosti.

5.2 ZJEDNODUŠENÁ ORGANIZAČNÍ STRUKTURA ODDĚLENÍ CHIRURGICKÉ KLINIKY

Z organizační struktury je patrné, že NLZP mají dva vedoucí pracovníky. Lékařského a nelékařského nadřízeného.



Obr. 1 (zjednodušená organizační struktura chirurgické kliniky)

5.3 HISTORIE CHIRURGICKÉ KLINIKY

Historie chirurgické kliniky FN Brno je spojena s rokem 1991, kdy vzniklo, zcela nové pracoviště Chirurgické oddělení FN s poliklinikou v Brně Bohunicích. Již v roce 1994 bylo toto pracoviště ustanoveno Chirurgickou klinikou Lékařské fakulty Masarykovy univerzity a Fakultní nemocnice Brno – Bohunice. Jde o stěžejní pracoviště nemocnice, které poskytuje diagnostickou a terapeutickou péči jak v oboru všeobecné chirurgie, tak v řadě dalších chirurgických specializacích. V současné době CHK zajišťuje péči nejenom pro své spádové území. Základní i vysoce specializovanou chirurgickou péči.

Lékaři CHK FN Brno zavedli během existence tohoto pracoviště celou řadu nových diagnostických i terapeutických postupů, z nichž některé byly prioritně v ČR realizovány práce na tomto pracovišti.

Na chirurgické klinice je ročně hospitalizováno přes 4.500 nemocných a jejichmi ambulancemi projde více než 30.000 pacientů. Ročně uskuteční lékaři kliniky více než 3.500 operací plánovaných a několik set operací akutních.

5.4 CHIRURGICKÝ TÝM

Složení chirurgického týmu je velice různorodé, skladba takového pokud nebudu zahrnovat i tým lékařský, který k nám samozřejmě patří, začínáme u vrchní sestry která má na starosti veškerý personál na starosti, její pracovní náplň zahajuje v 6:00 hodin příchodem do práce společně se staniční sestrou, ta má na starosti chod našeho oddělení společně s vedoucím lékařem, pod staniční sestrou už pracují, všeobecné sestry, zdravotní asistenti, rehabilitační pracovníci, stomasestra, sanitář a různé pomocné profese, které potřebujeme k bezchybné péči každý den.

5.4.1 HODNOCENÍ TÝMU DLE ZDROJŮ MOTIVACE

Prvním zdrojem jsou peníze a také další benefity – finanční nebo nefinanční. Sestry pracují ve třísměnném provozu s odměnami za směnný provoz, za práci na JIP, jsou také propláceny přesčasy a to jednou za tři měsíce v dané výplatě, výplata je sestrám vyplácena dle tabulkového výměru, není tedy tomu tak že by si nemocnice stanovovala výplaty pro personál individuálně. Zaměstnancům ne jen naší kliniky jsou poskytovány různé benefity jako jsou různé zvýhodněné ceny v obchodech, restauracích nebo

volnočasových aktivitách. Každý rok má zaměstnanec nárok na příspěvek na dovolenou v hodnotě 3000,- samozřejmostí je doložení o zaplacení dovolené s následným proplacením. Nemocnice upřednostňuje zaměstnancům ošetrovatelskou péči, pokud jsou oni samy pacientem, nebo jejich rodinným příslušníkům.

Od pacientů je nejčastějším benefitem ústní poděkování a pochvaly za odvedenou práci, od nadřízených pracovníků už není pochvala tak častá, vím, že se lépe kritizuje a je potřeba upozornit na dané chyby jednotlivé sestry, ale každou z nás potěší od nadřízeného pochvala a hned se nám lépe pracuje a cítíme se daleko lépe než když je naše práce kritizována.

Druhým zdrojem je osobní postavení – mít postavení a kompetenci - řídit chod věcí. Na pracovišti JIP pracují sestry s různým stupněm vzdělání najdeme mezi námi sestry magistry, všeobecné sestry s vyšším odborným vzděláním, ale taky zdravotničtí asistenti, samozřejmostí jsou sestry s různým nadstavbovým vzděláním např. ARIP, katetrizace močového měchýře u muže, bazální stimulace a mnohé další. V našem týmu najdeme také různé věkové skupiny od starších velmi zkušených sester, které mají mnoho let praxe, ale i mladé teprve začínající sestry. Osobní postavení je dáno délkou praxe a dosaženým vzděláním a kvalifikací.

Třetím zdrojem jsou pracovní výsledky. Naše oddělení jednotky intenzivní péče poskytuje specializovanou péči maximálně 11 pacientům. Sestra ve službě má na starosti dva až tři pacienty, kterým se věnuje po dobu dvanácti hodinové služby. Skladba pacientů je individuální, někdy je pacient na ÚPV, jindy zase relativně soběstačný. Týmem CHK je dosahováno velmi dobrých pracovních výsledků.

Čtvrtým zdrojem je přátelství a příjemná atmosféra na pracovišti. Práce na JIP je velmi náročná proto je třeba, aby kolektiv byl jednotný a dobře spolupracoval v práci. Náš kolektiv je dle mého názoru dobrý, dokážeme si pomoci, zatnout zuby, ale i se společně zasmát což je většinou pro pacienta povzbuzující. Samozřejmě je důležitá i odezva jak od pacienta, tak od nadřízených pracovníků. Novým členům týmu zde velmi pomáhají supervize.

Pátým zdrojem je jistota pracovního místa a stálého příjmu. S ohledem na skutečnost, že na CHK je stálý podstav počtu NLZP, můžeme jistotu pracovní pozice hodnotit jako velmi vysokou.

Šestým zdrojem je odbornost. Na oddělení je kladen důraz na zvyšování odbornosti, zvláště ARIP, katetrizace močového měchýře nebo bazální stimulace.

Sedmým zdrojem je samostatnost, možnost samostatné práce a širokých kompetencí. Čím vyšší je kvalifikace a vzdělání, tím vyšší je samostatnost a kompetence, což působí motivačně.

Posledním a osmým zdrojem je tvořivost. Tento zdroj není silnou složkou naší práce, pouze v nestandardních situacích je nutný aktivní a tvořivý přístup.

Naše oddělení vykonává pro pacienty výbornou péči, ale určitě máme ještě na čem pracovat a v mnohých věcech se zdokonalovat.

5.5 VEDENÍ CHIRURGICKÉ KLINIKY

Vedení kliniky tvoří přednosta kliniky, jeho přímým podřízeným a pověřen jednotlivou funkcí je: zástupce přednosta kliniky pro léčebnou a preventivní péči, zástupce přednosta kliniky pro školství, zástupce přednosta kliniky pro vědu a výzkum. Tito lidé jsou v nejvyšším managementu chirurgické kliniky. V dalším stupni managementu nalezneme vrchní sestru a představitele vedení CHK pro kvalitu. Mají za povinnost chod a vedení chirurgického oddělení. Zodpovídají za koordinaci celé kliniky. Vedení kliniky pracuje jako tým. Pokud nefunguje vedení kliniky nemůže dobře fungovat ani ošetrovatelská péče.

5.5.1 VRCHNÍ SESTRA

Funkci vrchní sestry zastává zaměstnanec s ukončeným středoškolským vzděláním a pomaturitním specializačním studiem, vyšší odborným zdravotnickým vzděláním nebo vysokoškolským vzděláním příslušného směru.

Odpovídá za organizaci a koordinaci činnosti celé kliniky. V souladu s požadavky zajišťuje chod kliniky tak, aby vedoucí jednotlivých útvarů kliniky měli personálně a odborně zajištěnou činnost nutnou pro bezchybný chod kliniky. Je nadřízenou staniční sestry, která je přidělena na příslušné oddělení.

Na CHK má její stanovisko zásadní váhu při rozhodování v oblastech týkající se vzdělávání. Případně přijímá podněty od lékařů o vzdělávání NLPZ, personální změny. Její další úlohou je obsazení míst staničních sester a zdravotních sester, odměňování pracovníků v rámci poměrného rozdělení přidělený na ošetřující personál.

Provádí kontrolní činnost a stanovuje staničním sestřím kontrolní činnost jejich pořízených. Navrhuje ošetrovatelské dokumentace tak, aby byly sjednocené informace

od sestry s dokumentací vedenou lékaři a umožňovala oběma stranám vzájemnou informovanost o stavu klienta. Pravidelně se zúčastňuje porad vedení kliniky, informuje o problematice ošetrovatelské péče a přispívá k jejich řešení.

Hodnocení: S vrchní sestrou přicházejí NLZP do kontaktu pouze při denních službách na velké vizitě. Tým je toho názoru, že svou práci zvládá velmi profesionálně a kvalitně.

5.5.2 STANIČNÍ SESTRA

Odpovídá za přidělené oddělení vrchní sestrou tak, aby lékaři měli personálně a odborně zabezpečenou činnost, nutnou pro bezchybný chod příslušného oddělení. Spolupracuje s vrchní sestrou a vedoucím lékařem příslušného oddělení. Zpracovává měsíční rozpis služeb a harmonogram činností pro zdravotnické pracovníky.

Kontroluje práci v oblasti ošetrovatelské péče. O neplnění povinností a nesprávně provedených ošetrovatelských činnostech, pochybeních a neshodách informuje vrchní sestru a vedoucího lékaře, kdy je nutné okamžitě sjednat nápravu. Dle svých zkušeností a osobním charakteru řídí svůj pracovní tým NLZP.

Hodnocení: Se staniční sestrou přicházejí NLZP do kontaktu každý den při denních službách. Spolupracovníci jsou toho názoru, že si své manažerské a administrativní úkoly plní velmi dobře, ale bylo by možné zlepšení v oblasti vůdcovství a motivací pochvalou.

5.5.3 NELÉKAŘSKÝ ZDRAVOTNICKÝ PRACOVNÍK

Zdravotnický pracovník je podřízený staniční sestře, v míře je řízen staniční sestrou. Odborné ošetrovatelské činnosti vykonává podle ošetrovatelských standardů. Pokud pracovník zjistí neshodu v ordinaci lékaře, v ošetrovatelské péči a dopustí se chyby ve své vlastní práci, je povinen okamžitě informovat staniční sestru a ošetřujícího lékaře. Dalším stupněm NLZP je sanitář. Sanitář je podřízeným pracovníkem staniční sestry stejně jako zdravotní sestra. Kompetence jsou však odlišné. Staniční sestra mu stanovuje úkoly a kontroluje jejich odvedenou práci. Odbornou práci vykonává dle stanoveného harmonogramu na celý den. Sanitář je pomocnou rukou zdravotní sestry, vypomáhá s péčí o pacienty v oblasti hygieny, stravování. Na příslušném oddělení doplňuje potřebný materiál a zajišťuje doručení různých materiálů na jiná pracoviště.

Hodnocení: S ostatními kolegy NLZP v týmu se setkávají denně na všech službách. Kolektiv je toho názoru, že vzájemná spolupráce, ochota pomoci si vzájemně je na velmi dobré úrovni. Problém spočívá pouze v tom, že každý pracovník má svůj přístup k pacientům a ne vždy jim vyhovuje. Od toho se odvíjejí zpětné vazby od pacientů, kladné nebo záporné, které jsou zpravidla ústní a sdělené přímo pracovníkům NLZP s nimiž komunikují.

Pro zlepšení celého týmu CHK – manažerů i NLZP - by bylo vhodné zařadit vhodné společné aktivity pro lepší seznámení se a posílení sounáležitosti a týmové spolupráce.

5.6 ZAJIŠTĚNÍ PROVOZU

Provoz CHK je zabezpečený tak aby byl zajištěný provoz kvalitní ošetrovatelské péče po dobu 24 hodin denně. Organizace pracovní doby je zorganizovaná, tak aby zaměstnanci pokryly směnný provoz.

Personální zabezpečení zajišťuje Chirurgická klinika výběrem odborných pracovníků v oblasti lékařů a NLZP a vysokoškolským, vyšším odborným a středoškolským vzděláním. Pracovníci jsou na CHK rozděleni na jednotlivá oddělení dle rozpočtu kliniky, za naplněný stav lékařů zodpovídá přednosta kliniky a za naplnění plného počtu NLZP zodpovídá vrchní sestra.

Prostorové a technické vybavení je tvořeno ambulantní a lůžkovou částí. Ambulantní část je tvořena 5 ambulancemi a ambulantním sálkem. Lůžková část je tvořena jednotlivým standardním oddělením, a jednotkou intenzivní chirurgické péče. Technické vybavení je zajištěno v moderních prostorách, přístroji, materiálem, který je uložen v blízkosti pacienta pro zajištění rychlé a kvalitní péče. Viz. Příloha č. C.

Systém řízení kvality vychází z vize o rozvoji a činnosti FN Brno, tyto materiály navazují na výsledky dosažené v předchozím strategickém období a reflektují nové vstupy v oblasti zdravotní péče a možnosti realizace nejnovějších poznatků medicínského rozvoje. Politika kvality stanovuje globální program rozvoje FN Brno z oblasti řízení kvality produktů či poskytování služeb a je každoročně konkretizována v dokumentech pro příslušný rok. Některé konkrétní způsoby naplnění Politiky a Cílů kvality jsou zařazeny formou strategických operací. Vedení FN Brno vnímá své nezastupitelné postavení v rámci regionu i v rámci celého zdravotnictví České republiky a reflektuje veškeré vnější aspekty a aspekty vnitřního prostředí v rámci

kontextu organizace. FN Brno se zavazuje plnit veškeré požadavky vyplývající z normy ČSN EN ISO 9001 : 2016 a akreditačních standardů DIAS.

Kontinuální proces analýzy hlavních procesů, tvorby politiky kvality, cílů kvality a strategického plánování vytváří podmínky pro neustálé zlepšování systému řízení kvality při realizaci harmonického rozvoje FN Brno. Veškeré aktivity FN Brno jsou zaměřeny tak, aby s maximálním využitím disponibilních zdrojů byla klientům poskytnuta optimální zdravotní péče (léčebná, ošetrovatelská, preventivní, diagnostická, dispenzární, paliativní, léčebně rehabilitační, lékárenská a klinicko- farmaceutická). Nedílnou součástí komplexních zdravotnických služeb, jejímž cílem je poskytování pomoci a poradenství klientům při řešení jejich sociálních situací. Řízení FN Brno vychází z platné legislativy, požadavků zřizovatele a nejmodernějších poznatků z oblasti teorie řízení. Je strukturováno tak, že zásadní rozhodnutí jsou prováděna vedením FN Brno za spoluúčasti poradních orgánů (klinická rada, strategické komise, odborné komise, pracovní týmy vytvořené dle aktuální potřeby) a následně prostřednictvím delegace kompetencí na nižší stupně řízení a pracovní týmy. FN Brno se zavazuje naplňovat veškeré legislativní požadavky a přijaté normy kvality.

5.6.1 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Z praktického hlediska je ošetrovatelský proces základní metodou práce sestry. Jedná se o systematickou, racionální metodu plánování a poskytování ošetrovatelské péče. Jejím cílem je změna zdravotního stavu ve prospěch pacienta, která bude pozitivní a prospěšná. Nezbytné je zhodnotit pacientův zdravotní stav, tedy stav individuálních potřeb pacienty, rodiny nebo komunity, problémy reálné či potencionální. Zhodnotit problémy péče o zdraví, vytyčit si cíle, jichž má být dosaženo za dobu hospitalizace. Sestavit plány realizace, hodnocení potřeb, problémů pacienta a poskytnout specifické, individuální, ošetrovatelské zákroky k uspokojení potřeb a vyřešení problémů. V závěru zhodnotit průběh realizace a stav klienta před a po zákroku. Všechny aktivity sestry zastřešuje filozofie holismu, která určuje způsob přístupu sester ke klientům. Metoda ošetrovatelského procesu tak vyplývá ze základního cíle ošetrovatelství, kterým je uspokojování potřeb u pacientů, kteří jsou v roli příjemce ošetrovatelské péče a kde sestra má roli poskytovatele ošetrovatelské péče. Ošetrovatelský proces je pojímán jako standard ošetrovatelské praxe. Jeho jednotlivé kroky se neustále prolínají a opakují se.

Sestra v praxi využívá ošetrovatelský proces v prvotním setkání s pacientem. Při příjmu na oddělení společně hovoří o problémech v oblasti bio – psycho – sociálních. Sestra si zaznamenává aktuální a potencionální ošetrovatelské problémy. Situační analýza je výsledkem pro druhou část, kdy si sestra musí stanovit ošetrovatelské diagnózy pro každého pacienta zvlášť. Řazeny jsou dle priorit, které jsou nebezpečné. Život ohrožující musí být vždy na prvních místech. K daným diagnózám se sestra každou službu vyjádří, aby bylo možné zkontrolovat realizaci cílů, které jsou odvozeny od sesterské diagnózy. Realizace ošetrovatelského procesu se odvíjí od závislosti pacienta na sestře. Poté co sestra realizuje celý ošetrovatelský proces, musí vyhodnotit zda dosáhla cíle a do jaké míry. Poté můžeme vyhodnotit, zda byl cíl splněn, splněn částečně nebo splněn nebyl. Pokud pacient nemá uspokojeny všechny problémy musí sestra, proces upravit a začít znovu a lépe.

Tato metoda využívána v praxi nám garantuje kvalitní plánování ošetrovatelské péče k uspokojení potřeb pacientů, návaznost a kontinuitu péče. Pro sestry má význam v rámci jejich ošetrovatelského růstu, zvyšuje spokojenost při výkonu profese, odborný růst, umožňuje realizaci standardů ošetrovatelské praxe a má legislativní význam. Hodnocení: Ošetrovatelský proces jako je popsáný v teorii, se dodržuje jako dobrá praxe.

5.7 SWOT ANALÝZA JIP CHIRURGICKÉ KLINIKY

Silné stránky	Příležitosti
<ul style="list-style-type: none"> • Silná firemní kultura • Profesionální zpracování artefaktů • Technické vybavení je zajištěno v moderních prostorách, přístroji, materiálem • Profesionální zpracování vnitropodnikové dokumentace a směrníc • Jasně stanovená strategie FNB a v rámci ní i CHK • Vypracovaná vize FNB i CHK • Vypracovaná mise FNB i CHK • Zdroje motivace finanční i benefity jsou na velmi dobré úrovni • zdroj motivace pracovní - týmem CHK je dosahováno velmi dobrých pracovních výsledků • zdrojem motivace je přátelství a příjemná atmosféra na pracovišti • motivaci jistotou pracovní pozice hodnotíme jako velmi vysokou • na oddělení je kladen důraz na zvyšování odbornosti • motivace k samostatnosti je zajištěna zvyšováním kvalifikace • výborná a profesionální vrchní sestra • profesionální staniční sestra 	<ul style="list-style-type: none"> • zvyšování kvalifikací pracovníků kurzy ARIP, Katetrizace... • zdokonalit se v komunikaci s pacienty, aby se optimalizovaly přístupy jednotlivých pracovníků k pacientům • zařadit vhodné společné aktivity pro lepší seznámení se a posílení sounáležitosti a týmové spolupráce

<ul style="list-style-type: none"> • spolupracující a ochotný tým NLZP • ČSN EN ISO 9001 : 2016 • akreditační standardy DIAS. • dodržování 5 kroků ošetrovatelského procesu je dobrou praxí 	
Slabé stránky	Hrozby
<ul style="list-style-type: none"> • nedostatek zdroje motivace pochvalou • rozdílné přístupy personálu k pacientům 	<ul style="list-style-type: none"> • zhoršení vztahů a sounáležitosti týmu • vyhoření pracovníků, kteří jsou dlouho na oddělení JIP

5.8 DOPORUČENÍ PRO JIP CHIRURGICKÉ KLINIKY

Z výše uvedené SWOT analýzy nám vyplynulo, že na JIP CHK FNB převažují podstatně silné stránky. Je to dáno příslušností k největšímu a nejmodernějšímu zdravotnickému zařízení v regionu.

Vyplynula z ní následující doporučení:

1. Stálou výzvou je neustálé a průběžné zvyšování kvalifikací pracovníků kurzy ARIP, Katetrizace...
2. Zdokonalit se v komunikaci s pacienty, aby se optimalizovaly přístupy jednotlivých pracovníků k pacientům. Toho by mohlo být dosaženo vnitropodnikovým školením nebo tréninkem.
3. Možnost zařadit vhodné společné aktivity pro lepší seznámení se a posílení sounáležitosti a týmové spolupráce. Toho by se mohlo realizovat neformální nebo formální společnou aktivitou, kterou by celý tým oddělení absolvoval. Například společná akce v rámci některého svátku nebo společné výjezdové školení.

4. Zavedení malých aktivit nebo rituálů, které by zajistily udržování dobrých vztahů v týmu JIP a jejich další zlepšování (společné malé sportovní nebo společenské aktivity).
5. Průběžně zajišťovat vysokou úroveň fyzické, emocionální i duchovní podpory, aby nedocházelo k vyhoření pracovníků.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce na dané téma Management práce sestry na chirurgickém oddělení bylo zjistit, jak funguje management v praxi na chirurgickém oddělení Fakultní nemocnice Brno. Cíl, stanovený pro tvorbu teoretické části bakalářské práce - Zpracování souhrnného popisu teoretického základu dané problematiky – byl splněn v plné šíři.

Cíle, stanovené pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly následující:

Cíl 1: Sběr dat z dokumentace organizace byl splněn v plné šíři. Pouze nebylo možné jednotlivé vnitropodnikové dokumenty nebo jejich části publikovat z důvodu ochrany duševního vlastnictví FNB.

Cíl 2: Popis a hodnocení současného stavu byl splněn částečně s ohledem na výše uvedené, protože nebylo možné podrobně citovat vnitropodnikové materiály.

Cíl 3: Zpracování dat a praktické návrhy ze získaných podkladů a informací byl splněn v maximální možné míře. Data byla shrnuta a vyhodnocena ve SWOT analýze. Na jejím základě byla navržena doporučení pro praxi.

Vypracování bakalářské práce se ukázalo mnohem náročnějším úkolem, než jsem původně odhadovala. Její vypracování se tak pro mne stalo těžkou, ale cennou zkušeností.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ARMSTRONG, Michael. *Řízení lidských zdrojů: nejnovější trendy a postupy: 10. vydání*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 789 s. ISBN 978-80-247-1407-3.
- BLECHA, a kol., 2011. *Filosofický slovník*. Olomouc, nakladatelství Olomouc. ISBN: 80-7182-064-4
- DOLANSKÝ, MĚKOTA, NĚMEC, *Projektový management*. Praha: Grada 2002. ISBN 80-7169-287-5
- DUDA, a kol. 2009. *Historie chirurgie-vybrané statě olomoucké a moravské chirurgie*. Olomouc ISBN 978-80-244-2167-4
- GLADKIJ, a kol., 2003 *Management ve zdravotnictví*, Brno: Computer Press. ISBN: 80-7226-996-8
- HUGHES, 2008. *Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurse*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ, 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studium*, Praha: Grada. ISBN: 978-247-4412-4
- KELNAROVÁ, a kol. 2009. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty-1.ročník*, Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2830-8
- KILÍKOVÁ, JAKUŠOVÁ, 2008. *Teória a prax manažmentu v ošetrovatelstve*, ISBN 978-80-8063-290-8
- KOZIEROVÁ, ERBOV, OLIVIEROVÁ, *Ošetrovatelstvo I.,II.*, 1995. Martin, SR: Osveta. ISBN: 80-2170-528-0
- KRAUS, *akademický slovník cizích slov*, 2005. Academia nakladatelství. ISBN: 80-200-1415-2
- NĚMCOVÁ, J. a kol., 2015. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Třetí vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-904955-9-3.
- PLEVLOVÁ, a kol. 2012. *Management v ošetrovatelství*, Praha: Grada. ISBN 978-247-3871-0
- SLEZÁKOVÁ, a kol. 2007. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty II*, Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2040-1

SVOBODNÍK, 2009. *Management pro zdravotníky v kostce*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. ISBN: 978-80-7013-498-6

SYSEL, BELEJOVÁ, MASÁR, *Teorie a praxe ošetrovatelského procesu*, Bratislava. ISBN 978-80-263-0001-4

ŠKRLA, ŠKRLOVÁ, 2008. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*, Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-2616-8

VOKURKA, M., J. HUGO a kol., 2002. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf. ISBN 80-85912-70-8.

HANZLOVÁ, BRABCOVÁ, 2008. *Management rizik ošetrovatelské péče v českých nemocnicích*. Sestra, 18(10), 30-31. ISSN: 1210-0404

Swot analýza [Online]. [cit. 2017-05-05]. Dostupné z:

<http://www.braintools.cz/toolbox/strategie/swot-analyza.htm>

Vzdělávací program oboru ošetrovatelská péče v chirurgických oborech, 2011. *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky*, č. 8, s. 30-58. ISSN: 1211-0868

Strategie pro období 2014-2019 [Online]. [cit. 2017-02-05] Fakultní nemocnice Brno. Dostupné z: <http://www.fnbrno.cz/nemocnice-v-datech/t3869>

Výroční zpráva pro období 2014-2019 [Online]. [cit. 2017-02-05] Fakultní nemocnice Brno. Dostupné z: <http://www.fnbrno.cz/vyrocní-zprava/t1178>

Funkce managementu [Online]. [cit. 2017-04-14]. Dostupné z:

<http://www.vedeme.cz/pro-vedeni/kapitoly-vedeni/55-management-vedeni-rizeni/154-management-fayol-mintzberg.html>

Velký lékařský slovník [Online]. Maxdorf, 2017 [cit. 2017-04-14]. Dostupné z:

<http://lekarske.slovniky.cz/>

Charakteristika ošetrovatelského procesu [Online]. [cit. 2017-04-14]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/osetrovatelska-anamneza.aspx?id=2>

Etický kodex sester [Online]. [cit. 2017-04-14]. Dostupné z:

<http://www.cna.cz/icn-eticky-kodex/>

Průručka kvality Chirurgické kliniky [Online]. [cit. 2017-02-10]. Dostupné z: Intranet Fakultní nemocnice Brno

Organizační řád Chirurgické kliniky [Online]. [cit. 2017-02-10]. Dostupné z: Intranet
Fakultní nemocnice Brno

Provozní řád Chirurgické kliniky [Online]. [cit. 2017-02-10]. Dostupné z: Intranet
Fakultní nemocnice Brno

Fakultní nemocnice Brno [Online]. [cit. 2017-04-14]. Dostupné z:
<http://www.fnbrno.cz/vitejte-ve-fakultni-nemocnici-brno/t1915>

PŘÍLOHY

Příloha A - Schválený protokol o sběru dat	II
Příloha B - Rešeršní protokol	III
Příloha E – Maslowova Hierarchie potřeb.....	IV
Příloha C – SWOT Analýza	V
Příloha D - Artefakty Chirurgické kliniky (vnější symboly, prostředí, uniformy) ...	VII
Příloha D - Čestné prohlášení studenta k získání podkladů	VIII

Příloha A – Protokol o sběru dat



FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO
Jihlavská 20, 625 00 Brno
tel: 532 231 111

ODBOR ORGANIZAČNÍCH, PRÁVNÍCH
VĚCÍ A PERSONALISTIKY (OOPVP)
Vedoucí útvaru:
JUDr. Alena Tobášová, MBA
tel.: 532 232 108, fax: 532 232 293
e-mail: tobiasova.alena@fnbrno.cz

ŽÁDOST O SBĚR DAT/POSKYTNUTÍ INFORMACE PRO STUDIJNÍ ÚČELY v souvislosti se závěrečnou diplomovou (odbornou) prací studentů škol

Vyplňuje žadatel:

Jméno a příjmení žadatele: Nikola Šlancarová.....
Datum narození: 10.4.1994..... Telefon: 608209993..... E-mail: slancarova.nikola@email.cz
Adresa trvalého bydliště: Moutnice 22, 66455 Brno-venkov.....
Přesný název školy/fakulty: Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Duškova 7, 150 00 Praha
Obor studia: Všeobecná sestra
Forma studia: prezenční kombinovaná

Téma závěrečné práce: Management práce sestry na chirurgickém oddělení

Účel žádosti:

- sběr dat/zjišťování informací pro zpracování diplomové/bakalářské práce
 sběr dat/zjišťování informací pro zpracování seminární/odborné práce
 sběr dat/zjišťování informací pro jiný účel: (uveďte):

Žadatel je zaměstnancem/rodinným příslušníkem zaměstnance FN Brno:

- ANO Pracoviště/Jméno zaměstnance FN Brno: ...Klinika úrazové chirurgie JIP 1..... NE
(informace slouží k posouzení žádosti v případě dotazníkové akce – benefit pro zaměstnance FN Brno a rodinné příslušníky)

Požadavek na (zaškrtněte):

V případě, že žadatel potřebuje získat informaci o počtech vyšetření/ošetření a **předem má souhlas konkrétního pracoviště**, že tato data mu budou poskytnuta vedením tohoto pracoviště bez nutnosti jeho nahlížení do zdravotnické dokumentace pacientů, vyplní oddíl „Ostatní – statistická data“. Jinak vyplní oddíl „Nahlížení do zdr. dokumentace“.

- Dotazníková akce** pro pacienty FN Brno pro zaměstnance FN Brno

Počet respondentů, kteří budou vyplňovat dotazník:

Termín, kdy proběhne vyplnění dotazníků: od: do:

Pracoviště, kde bude dotazníková akce probíhat:

K vyplněné žádosti je nutno doložit vzor vašeho dotazníku!

Nahlížení do zdravotnické dokumentace

Předpokládaný počet kusů zdravotnické dokumentace, do které bude žadatel nahlížet:

Termín, ve kterém bude žadatel nahlížet do zdravotnické dokumentace: od do

Pracoviště, ze kterého/kterých bude zdravotnická dokumentace pacientů:

Přesná specifikace co bude žadatel vyhledávat ve zdravotnické dokumentaci:

Ostatní

kazuistika – počet:

vedení rozhovoru s pacientem FN Brno – počet pacientů: z kterého pracoviště:

vedení rozhovoru se zaměstnancem FN Brno – počet zaměstnanců: povolání:

z kterého pracoviště:

statistická data – informace o počtech např. zdravotnických výkonů, vyšetření, určité agendy (např. porodnost), přístrojích

jiné (specifikujte): organizační normy, směrnice, vize chirurgického oddělení popřípadě celé nemocnice.....

5-292/16/6

Za které období budou data zjišťována:
Kdy proběhne sběr dat žadatelem: od: 1. 2. 2014 do: 28. 2. 2014
Pracoviště, kde bude sběr dat probíhat:
Přesná specifikace co bude žadatel zjišťovat:

Budete FN Brno uvádět jako „zdroj dat“ ve své práci?: ANO NE

Poučení: Žadatel bere na vědomí, získaná data mohou být použita pouze pro účel uvedený v této žádosti. Další nakládání s daty bez souhlasu FN Brno pro jiný účel je považováno za neoprávněné.

Žadatel souhlasí se zpracováním jeho osobních údajů v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění pro účely této žádosti. Zavazuje se zachovat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat/informací. V případě, že žadatel uvádí FN Brno jako „zdroj informací“, je jeho povinností předložit zpracované výsledky ke schválení příslušnému vedoucímu zaměstnanci přímo podřízenému řediteli FN Brno, který žádost o sběr dat/poskytnutí informace ve FN Brno povolil. Prezentace výsledků s uvedením jména Fakultní nemocnice Brno je možná pouze s jeho souhlasem.

Vyplněnou žádost odešlete do FN Brno:

a) **elektronicky** (bez vašeho podpisu, který je nahrazen tím, že odesíláte žádost ze své e-mailové adresy) na adresu: Kostovova.Jarmila@fnbrno.cz

b) nebo **v listinné formě** (s vaším podpisem na žádosti) na adresu:
Fakultní nemocnice Brno
Oddělení organizace řízení – Jarmila Kostovová
Jihlavská 20,
625 00 Brno

Datum:

Podpis:

Vyplňuje a potvrzuje FN Brno:

Oddělení organizačních, právních věcí a personalistiky - Oddělení organizace řízení:

Zaevidováno na OOR dne: 31-01-2017 pod číslem: 2014/JOP/PGI/FN/BRNO-1294

Vyjádření vedoucího zaměstnance příslušného útvaru, kde bude probíhat sběr dat/informací:

souhlas/nesouhlas - útvar: CHK

Vedoucími zaměstnanci v přímé podřízenosti ředitele FN Brno postoupeno dne 31-01-2017

Žadatel je zaměstnancem FN Brno od: 1. 1. 2016 útvaru: CHK na pozici: VF-HEPMA

Žadatel je rodinným příslušníkem zaměstnance FN Brno:

V Brně dne 31-01-2017

referent/vedoucí OOR

Oddělení organizačních, právních věcí a personalistiky - Oddělení organizace řízení:

V případě placené služby dle Ceníku EO č. 45/2013-09.5:

souhlas žadatele s placenou službou nesouhlas žadatele s placenou službou, požadavek na storno žádosti ze strany žadatele

Žpůsob platby: na pokladně FN Brno fakturou na účet FN Brno

Částka připsána na účet FN Brno dne:

Žádost uzavřena dne: 31-01-2017

podpis vedoucího/referenta OOR

5-292/16/6



Management práce sestry na chirurgickém oddělení

Klíčová slova: management, chirurgie, ošetřovatelství

Rešerše č. 87/2016

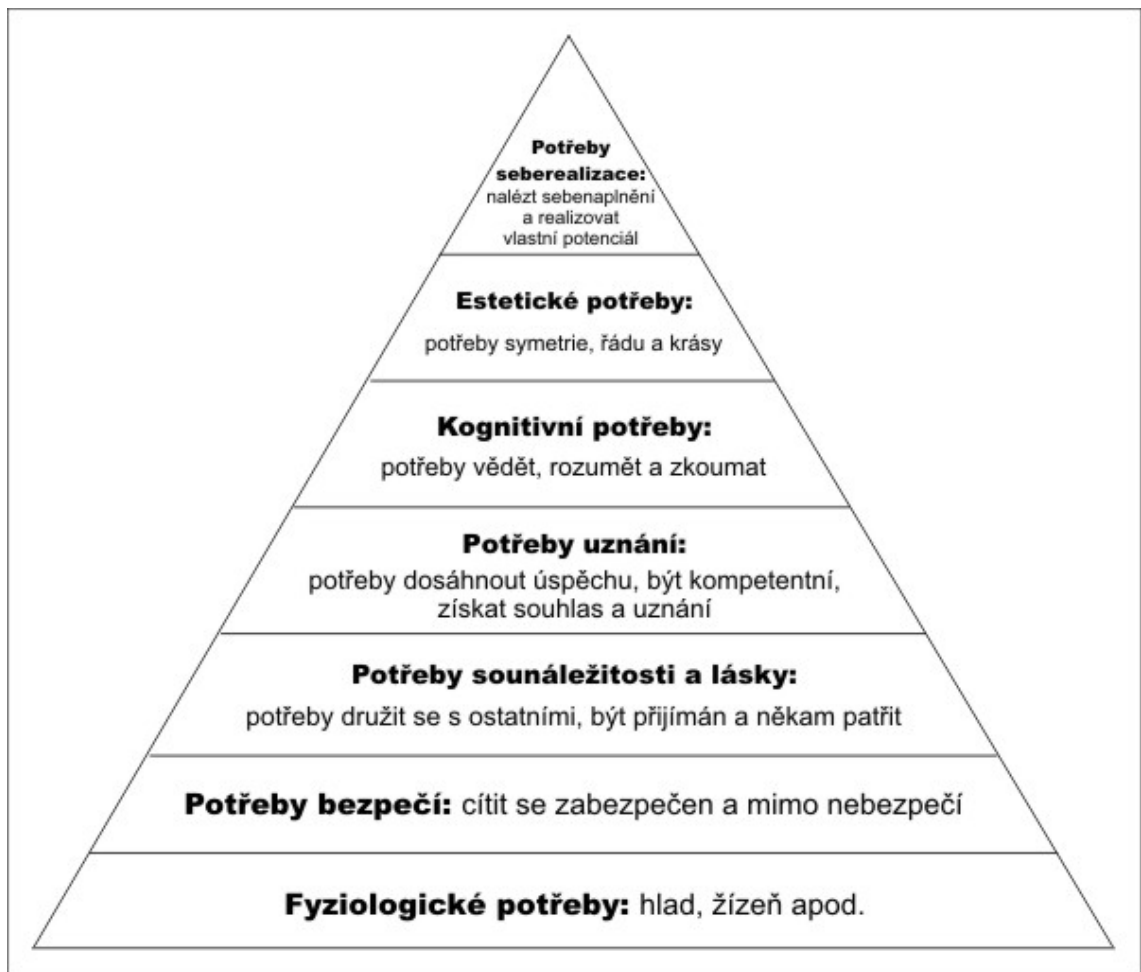
Bibliografický soupis

Počet záznamů:	celkem 40 záznamů (kvalifikační práce – 4, monografie – 16, ostatní – 20)
Časové omezení:	2007 - současnost
Jazykové vymezení:	čeština, angličtina
Druh literatury:	knihy, články a příspěvky ve sborníku
Datum:	12. 12 2016

Základní prameny:

- katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz)
- Jednotná informační brána (www.jib.cz)
- Souborný katalog ČR (<http://sigma.nkp.cz>)
- Online katalog NCO NZO
- volný internet

Příloha C - Maslowova Hierarchie potřeb



Příloha D – SWOT Analýza

	POMOCNÉ dosažení cíle	ŠKODLIVÉ dosažení cíle
VNITŘNÍ PŮVOD atributy organizace	S SILNÉ STRÁNKY strenghts	W SLABÉ STRÁNKY weaknesses
VNĚJŠÍ PŮVOD atributy prostředí	O PŘÍLEŽITOSTI opportunities	T HROZBY threats

Příloha E – Artefakty Chirurgické kliniky (vnější symboly, prostředí, uniformy)



Prostředí Jednotky intenzivní péče Chirurgické kliniky



Zázemí sester na Jednotce intenzivní péče



Centrální operační sály Chirurgické kliniky



Nejvyšší management Chirurgické kliniky

Příloha F – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Management práce sestry na chirurgickém oddělení v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne 31.5. 2017

.....

Šlancarová Nikola