Using Maslow's Pyramid and the National Database of Nursing Quality Indicators™ to Attain a Healthier Work Environment

The strongest predictor of nurse job dissatisfaction and intent to leave is that of stress in the practice environment. Good communication, control over practice, decision making at the bedside, teamwork, and nurse empowerment have been found to increase nurse satisfaction and decrease turnover. In this article we share our experience of developing a rapid-design process to change the approach to performance improvement so as to increase engagement, empowerment, effectiveness, and the quality of the professional practice environment. Meal and non-meal breaks were identified as the target area for improvement. Qualitative and quantitative data support the success of this project. We begin this article with a review of literature related to work environment and retention and a presentation of the frameworks used to improve the work environment, specifically Maslow's theory of the Hierarchy of Inborn Needs and the National Database of Nursing Quality Indicators™ Survey. We then describe our performance improvement project and share our conclusion and recommendations.

The strongest predictor of nurse job dissatisfaction and intent to leave a job is stress in the practice environment (Zangaro & Soeken, 2007). The varied causes of job stress include patient acuity, work schedules, poor physician-nurse interactions, new technology, staff shortages, unpredictable workload or workflow, and the perception that the care provided is unsafe (Bowles & Candela, 2005; Leurer, Donnelly, & Domm, 2007; Shader, Broome, Broome, West, & Nash, 2001; Zangaro & Soeken, 2007).

In contrast, a healthy practice environment is characterized by an engaged nursing staff who exercise control over nursing-related issues, ground their practice in the evidence, and collaborate with colleagues from diverse disciplines (Kramer & Schmalenberg, 2008). Such an environment is associated with favorable clinical outcomes and a stable, satisfied workforce (Gallup, 2005). Good communication, control over practice, decision making at the bedside, teamwork, and nurse empowerment are aspects of the practice environment that increase satisfaction and decrease nurse turnover (DiMiglio et al., 2005; Heath, Johanson, & Blake 2003; Kalisch, Curley, & Stefanov, 2007).

Although much can be learned from experiences reported by others, care must be taken to critically assess perceptions of nurses at each individual facility, and each unit within that facility, to determine which practice environment improvement strategies would be most effective in a given situation. The National Database of Nursing Quality Indicators ™ (NDNQI®) 2009 RN Survey with Practice Environment Scale, henceforth called the NDNQI 2009 RN Survey with Practice Environment Scale, can help individualize practice improvement interventions to a given unit.

We will begin this article with a review of literature related to work environment and retention and a presentation of the frameworks used to improve the work environment, specifically Maslow's theory of the Hierarchy of Inborn Needs and the National Database of Nursing Quality Indicators™ Survey. We then describe our performance improvement project and share our conclusion and recommendations.

### [Frameworks for Improving the Work Environment](https://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=13&sid=9cec9a53-90a4-401d-ad7b-80b26c24b46d%40pdc-v-sessmgr02&bdata=JkF1dGhUeXBlPWlwLHNoaWImbGFuZz1jcyZzaXRlPWVkcy1saXZlJnNjb3BlPXNpdGU%3d#toc)

This section will describe two frameworks that we found helpful for improving the work environment. These frameworks included the National Database of Nursing Quality Indicators ™ Survey with Practice Environment Scale and Maslow's theory of the Hierarchy of Inborn Needs. Without a framework by which to approach practice environment improvements, the thousands of potential improvement strategies presented in the literature can be overwhelming. Therefore, we used Maslow's theoretical framework described below, along with survey data collected via the NDNQI 2009 RN Survey with Practice Environment Scale, to help focus our efforts and identify opportunities and strategies for improvement.

Maslow's Theoretical Framework

In the mid 1940s Abraham Maslow developed his theory of the Hierarchy of Inborn Needs (Maslow, 1943). Maslow conceptualized human needs as a pyramid with five levels in ascending order, ranging from physiologic needs at the base, through safety, belonging, and esteem, to self-actualization at the apex of the pyramid. Maslow posited that people are innately motivated toward psychological growth and self-development. He explained that humans work to achieve unmet needs at the lower levels before attending to those at the higher levels. As each lower-level need is satisfied, the next higher need occupies one's main attention until it is satisfied. The highest level need, self-actualization, is that of "becoming all that one is capable of becoming in terms of talents, skills and abilities" (Hoffman, 2008, p. 36). Applying this model to nursing practice suggests that when nurses do not feel that their basic practice environment needs are being met, they will be less motivated and less likely to progress to the higher-level functions (Chinnis, Summers, Doer, Paulson, & Davis, 2001). We developed the Figure to show the correspondence between the levels of Maslow's hierarchy and the practice environment needs that nurses face every day. We combined the needs for esteem and self-actualization because of the overlap of these needs as related to the practice environment.

We believe that patients want the assurance that they are being cared for by a nurse who is utilizing the best practices possible. This includes the integration of evidence-based, decision-making models into their daily practice. In this performance improvement study we utilized both an established theoretical framework and an established, systematic process for collecting data to guide our practice improvement intervention.

The National Database of Nursing Quality Indicators ™ (NDNQI) 2009 RN Survey with Practice Environment Scale

Within NDNQI there are three survey options. The option we chose to use was the NDNQI® RN 2009 Survey with Practice Environment Scale as endorsed by the National Quality Forum. It is a reliable and valid tool that measures the perceptions of nurses with respect to their practice environment (Montalvo, 2007). Each year thousands of nurses across the country participate in this survey, thus providing strong national benchmarking in addition to unit- and facility-specific comparisons. This tool is based on the RN Survey Practice Environment Scale of the Nursing Work Index which measures five parameters: nurse participation in hospital affairs, nursing foundations for quality care, nurse manager ability and support of nurses, staffing and resource adequacy, and collegial nurse-physician relationships (Lake, 2002). The tool also addresses work context items related to job plans and quality of care within the practice environment (Aiken, Clarke, & Sloane, 2002) and measures demographic data and job enjoyment.

### [Review of Literature](https://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=13&sid=9cec9a53-90a4-401d-ad7b-80b26c24b46d%40pdc-v-sessmgr02&bdata=JkF1dGhUeXBlPWlwLHNoaWImbGFuZz1jcyZzaXRlPWVkcy1saXZlJnNjb3BlPXNpdGU%3d#toc)

A literature search related to work environment and nurse retention was conducted in the fall of 2008 using PubMed and the Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL). Mesh terms included: nurses, retention, hospital, work environment, career mobility, personnel turnover, and intent to stay. These two searches identified 2,438 citations related to environment and retention. The search was refined by limiting studies to those that were reported in English and published no earlier than the year 2000. Studies that were unpublished doctoral dissertations; duplications from the two databases; conducted on a small subset of nurses outside of the United States; or not related to nurses at the bedside in an acute care setting, including long-term or home-care settings, were eliminated. After completing a title and abstract review of the remaining 535 references, we selected 171 for full-text consideration.

This review of the literature helped us identify various levels of practice environment needs related to nurse retention and realize that there are many reasons why bedside nurses leave their jobs. These reasons are complex and varied, and no single intervention to the practice environment will improve retention of bedside nurses for all hospitals (Institute of Medicine, 2004). However, in reviewing the literature we did identify common themes that suggested why nurses leave a given workplace and offered interventions that may promote retention.

The practice environment levels of needs that we identified corresponded with Maslow's framework, including nurses' need to feel safe in their environment and provide safe care for their patients, to have a sense of belonging to their organization, and to feel empowered to do what they believe they should be doing. Maslow's theory suggests that once nurses' basic needs are met, their focus will shift toward achieving higher level needs, including their sense of belonging, self-esteem, and self-actualization.

Inadequate staffing and daily hassles raise the stress level of nurses and drive many nurses to leave the profession (American Association of Colleges of Nursing [AACN] Nursing Shortage Fact Sheet, 2007). Verbal abuse and disruptive behavior on the part of physicians have also been associated with nurses' job dissatisfaction (Rosenstein, 2002). Daily 'hassles,' such as 'hunting and gathering activities,' deter nurses from meaningful patient care (Beaudoin & Edgar, 2003); an example of these activities is that of taking the time to find medications and supplies. These basic stressors can threaten patient safety and adversely affect the nurses' perceptions of their practice environment. These stressors relate to the lower practice environment levels of need. Nurse leaders are advised to address first the basic needs of nurses for adequate staffing and ability to provide safe nursing care (Cline, Reilly, & Moore, 2003).

The business management literature establishes job embeddedness (a higher level of practice environment need) as a predictor of nurse retention. Holtom and O'Neill (2004) have explained that job embeddedness includes a variety of parameters that influence employee retention. These parameters include the extent to which nurses' jobs and the community in which the nurses live are similar to, or fit with, other aspects of their life; the extent to which the nurses have links to other people and activities; and the ease with which the links can be broken. They have concluded that embeddedness in the organization is influenced by embeddedness in the social community of both the home and the practice environment.

Much of the literature on nurse empowerment is based on Kanter's theoretical framework of structural empowerment (Kanter, 1993; Laschinger, Almost, & Tuer-Hodes, 2003). Kanter conceptualized power as the ability to tap into the resources needed to get things done. When power is unavailable, work is impossible (Laschinger et al., 2003). Empowerment is linked to two dimensions of decision making in the nursing practice environment, namely the perception of autonomy and the perception of participative management in the work setting (Laschinger et al., 2003). Perceptions of empowerment increase when nurses perceive they have control over practice (Kramer et al., 2008).

We propose that if nurse leaders first embrace a Maslow-type emphasis on meeting nurses' basic practice environment needs, they subsequently will be more successful in meeting nurses' higher level needs, such as meaningful engagement and higher level performance. We further propose that failure to attend to basic needs may contribute to nurses' apathy and distrust of leadership, resulting in job discontent, decreased quality of care, and ultimately resignation from the institution.

### [The Performance Improvement Project](https://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=13&sid=9cec9a53-90a4-401d-ad7b-80b26c24b46d%40pdc-v-sessmgr02&bdata=JkF1dGhUeXBlPWlwLHNoaWImbGFuZz1jcyZzaXRlPWVkcy1saXZlJnNjb3BlPXNpdGU%3d#toc)

Our performance improvement project included the following three goals

1. To administer the NDNQI ® 2009 RN Survey with Practice Environment Scale throughout the institution

* 2. To create for bedside nurses a toolkit that would enable them to interpret and analyze their unit survey results
* 3. To pilot an intervention designed to improve the nurses' perception of their practice environment and promote delivery of safe patient care

In this section we will describe how we implemented our practice improvement intervention and the outcomes of this intervention; we will also discuss our findings in relation to the literature and our organization.

Implementation

Our facility is a 300 bed, community medical center located on a suburban campus outside a large metropolitan area in the Mid-Atlantic region. Approximately 1200 nurses are employed; 900 provide direct patient care. Our institution does not require Institutional Review Board (IRB) review for quality improvement projects. The proposal was submitted to the IRB for review and was deemed a quality improvement project, therefore it was exempt from further review. The project had three phases. Phase I involved administering the NDNQI® 2009 RN Survey with Practice Environment Scale to all bedside nurses. Phase II utilized the rapid-design process to develop and implement a tool kit that would guide staff nurses in analyzing and interpreting the survey results for their nursing unit, with the goal of improving the practice environment. Phase III evaluated the outcomes of this pilot project.

Phase I: Administration of the NDNQI®. The project began with the administration of the on-line NDNQI® 2009 RN Survey with Practice Environment Scale to obtain a baseline measurement from all bedside nurses on all inpatient nursing units. All NDNQI® guidelines for implementation were strictly adhered to. Executive support was obtained and a communication strategy was developed. This included ongoing communication with the Nursing Leadership Council and also house-wide divisional and unit-level practice councils. 513 nurses responded to the survey. Sixty-nine percent were full-time Registered Nurses (RNs), 23% were part-time RNs, and 8% were per-diem RNs. The facility employs no LPNs. No assistive staff participated in the survey. An overall response rate of 62% was obtained.

Phase II: Performance improvement in the newborn nursery unit. Whereas the NDNQI® measurement was administered throughout the organization in Phase I, Phase II was initiated on a single patient care unit so as to promote full participation of this staff in the development, administration, and refinement of the tools to be used later on all nursing units. The pilot unit chosen for this project was the Newborn Nursery. This decision was based on the collaborative relationship between ourselves, the manager, and the staff. The Newborn Nursery has an average daily census of 31 newborns, and employs 35 registered nurses. Seventeen of these nurses have been prepared at the baccalaureate degree level in nursing, ten at the associate degree level, and eight at the diploma level. Ten of the nurses hold Low Risk Neonatal Certification and four are Lactation Specialists.

A steering committee of interested nurses in the Newborn Nursery was formed to coordinate all activities related to this pilot study. Participants included one day-shift charge nurse and three bedside nurses (2 from day shift and 1 from night shift). These nurses comprised 10% of the unit staff. Two of these nurses were members of the institution's unit-based practice council.

Analysis of the NDNQI® 2009 RN Survey with Practice Environment Scale produced a report which was more than 30 pages in length. While this report was clear and comprehensive to the Unit Steering Committees members, it would have required considerable staff time if all nurses were to learn to read and interpret the data. This would not have been the best use of staff time. Members of the Steering Committee (henceforth called the Committee) created and refined three tools to guide nurses in reading the findings and discussing, as a team, their unit-level data.

The Strategy Tool, was developed to help staff nurses use Maslow's theoretical framework to prioritize the opportunities to improve performance The first tool, The Discussion Guide, was developed to summarize the data and to focus the discussion about the unit's unique strengths and weaknesses. The second tool, The Strategy Tool, was developed to help staff nurses use Maslow's theoretical framework to prioritize the opportunities to improve performance based on the Discussion Guide. This tool arranged the various levels of practice environment needs described in our literature review in a hierarchical fashion to guide in determining which concerns of the nurses would be most appropriate to address first (See Figure). The last tool in the toolkit, The Analysis Packet, explained how to analyze the NDNQI® data.

The Committee identified the most significant opportunities for improvement of their unit to be related to Job Enjoyment and the Perceived Quality of Care. The Committee brainstormed potential causes for low scores in these two areas. The Committee posted on the bulletin board a list of possible causes for the low scores in these areas, along with potential interventions, such as improving teamwork between nurses and ancillary staff, improving communication between shifts, developing clearer guidelines surrounding assignments and floating, and improving the ability of the nurse to take breaks during their shift. The Committee sought input from the staff nurses.

The Committee then analyzed the information provided by the nurses and identified that the most pressing concern was the staff members' inability to take meal and non-meal breaks. The Committee then analyzed the information provided by the nurses and identified that the most pressing concern was the staff members' inability to take meal and non-meal breaks. The Committee found this to be a basic practice environment need located at the bottom of the hierarchy (See Figure), a need of importance to the unit staff, patient safety, and the practice environment.

Next guidelines were created that clearly outlined how breaks were going to be handled on all shifts. The Committee asked the nurse manager and charge nurses to meet with them to help develop these guidelines and to gain their support for the guidelines. The Committee also developed a log so that the charge nurses could track who took breaks and the duration of each break. A race car theme, with the catch phrase "we brake for breaks!," was decided upon and Kickoff Parties, with food provided for each break period, were held to stimulate interest in this performance improvement project. Staff were introduced to the specific guidelines during their staff meetings; reminders were a part of every shift report. In keeping with rapid-design process, ongoing verbal feedback was solicited during manager and educator rounds; and written feedback was encouraged via a poster hanging in the unit. Every two weeks the group decided upon necessary changes to the guidelines based on the comments and responses of the nursing staff. Three cycles of improvement were completed before the post test was administered.

Every two weeks the group decided upon necessary changes to the guidelines based on the comments and responses of the nursing staff. Phase III: Evaluation. The NDNQI 2009 RN Survey with Practice Environment Scale served as the pre-intervention test. The single meal/non-meal item was repeated, with permission, in survey monkey format, as the post-intervention test. Twenty-three nurses participated in the post test. Data were categorized for "meal breaks" according to the NDNQI 2009 RN Survey response options: no break, less than 30 minutes, or equal to or greater than 30 minutes. "Non-meal breaks" were categorized as: none, less than 20 minutes, or equal to or greater than 20 minutes. Data were collected in the same categories as the original NDNQI® baseline measure. An additional survey was also distributed to members of this pilot unit Steering Committee to evaluate the approach and the tools used to facilitate the performance improvement process. The last question on both of the surveys was an open-ended question encouraging nurses to share their experiences of planning and/or participating in the intervention.

Findings

The quantitative findings from this performance improvement study are presented in the Table and discussed below. A comparison of the pre- and post-intervention implementation revealed that:

\* At baseline nurses on the pilot unit frequently did not take breaks (25%).

\* The number of nurses who took a meal break lasting 30 minutes or longer increased from 29% to 39%.

\* The number of nurses unable to take any meal breaks during their shift decreased from 25% to 22%.

\* The number of nurses able to sit down free of patient care responsibility for meal breaks increased from 0% to 26%.

Additionally, 100% of the steering committee identified the toolkit and rapid-design process as "Very Helpful."

These nurses had indeed moved in the direction of attending more diligently to their personal needs and the safety of their patients by taking seriously the importance of adequate break times. Comments indicated that some nurses remained reluctant to leave their patients to take a break, or to call upon their equally busy colleagues to "double their patient load" so as to cover for them while on a break. In general these bedside nurses felt empowered by their participation. One nurse stated it was "exciting to be part of making a difference" on their unit. Another noted that it was "good to be part of the solution rather than stating issues but seeing no change." The nurses considered the tools to be very helpful in addressing the need for adequate break times.

more staff had a break that was free of patient care responsibilities post intervention. The first two aims of the project were clearly achieved. The third aim was partially achieved in that all indicators showed improvement except the 'less than 20 minute non-meal break indicator.' Although the number of nurses receiving non-meal breaks increased and the number who received a non-meal break of a full 20 minutes increased (both indicating improvement), the number of nurses receiving non-meal breaks that lasted less than the full 20 minutes also increased. The fact that the number of nurses receiving non-meal breaks of less than 20 minutes increased might have been due to the fact that post intervention, there were fewer nurses who indicated they had not received any non-meal break. These nurses who were currently not receiving any non-meal breaks might have 'moved into' the category of those who received a non-meal break, but this break was less than a 20 minute break. The bottom line is that regardless of the duration of the break, more staff had a break that was free of patient care responsibilities post intervention.

Steering Committee members and the leadership team of the pilot unit described the tool kit and the rapid-design process as invaluable in disseminating and responding to the NDNQI® data. Requests from other units to use the tools and replicate the performance improvement process further validated the usefulness of both. For example, the Labor and Delivery Practice Council implemented bedside report and the Surgical Intensive Care Unit implemented a project to improve physician-nurse collaboration.

Discussion

It was observed that some nurses were reluctant to leave their responsibilities and take a break. Some preferred to take no break at all. Others preferred to keep their phones with them in order to manage simple questions or coordinate the care of their patients. This staff reluctance to take a break is consistent with the literature (Hughes & Rogers, 2004; Scott, Hofmeister, Rogness, & Rogers, 2010). However, without a break, concentration and performance are impaired (Hughes & Rogers, 2004).

[To stimulate interest] a race car theme, with the catch phrase "we brake for breaks!," was decided upon One nurse manager reported in the literature her experience of attempting to change the nursing culture on her unit through a 'break initiative' using funding provided by the Robert Woods Johnson Foundation, Transforming Care at the Bedside (TCAB) Project. Staff nurses were encouraged to combine their meal and non-meal breaks to take a full-hour, off-unit respite. On this unit the major barrier identified was not in providing coverage, but rather in the nurses' own resistance to take a break (Stefancyk, 2009). Once the culture shift related to this TCAB project occurred, and nurses were taking their hour-long break, they reported returning as if they were just arriving for the day, refreshed and ready to work. Interestingly, applying our Maslow-based Strategy Tool to the findings of this TCAB project, we noted that improvement in meeting the need for breaks (a physiologic need) facilitated improvement in higher level needs. Stefancyk (2009) shared that these nurses reported a greater sense of camaraderie, community, and teamwork amongst the staff on this unit as they worked to implement their hour-long break initiative.

In the past performance improvement activities at our institution were conducted in a top-down, hierarchical fashion. Institutional leaders identified which indicators would be measured and assumed the responsibility for data collection. A select group of nurses conducted audits, reviewed charts, and coordinated performance improvement activities. Bedside nurses were rarely involved in the process. This top-down approach provided for efficiency and control in the performance improvement process, but it did not engage staff or engender support for the projects. Although our bedside nurses, being new to the process of analyzing the NDNQI® did need support as they analyzed their unit data, the tool kit and guidance from nurse managers and educators provided the support they needed as they learned the process of analyzing their NDNQI® data.

### [Conclusions and Recommendations](https://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=13&sid=9cec9a53-90a4-401d-ad7b-80b26c24b46d%40pdc-v-sessmgr02&bdata=JkF1dGhUeXBlPWlwLHNoaWImbGFuZz1jcyZzaXRlPWVkcy1saXZlJnNjb3BlPXNpdGU%3d#toc)

The rapid-design process allowed bedside nurses to give ongoing feedback and see change occur based on that feedback.This kept the bedside nurses engaged in and supportive of this project. This article has described a successful performance improvement project that can increase nurse retention. Nurses found participation in this project to be an empowering experience. Bedside nurses managed the entire performance improvement initiative, including the data analysis and issue identification, development of an action plan, and implementation and evaluation of the change process. The rapid-design process allowed bedside nurses to give ongoing feedback and see change occur based on that feedback.This kept the bedside nurses engaged in and supportive of this project.

This project provided insight into one unit's unique needs. Opportunities for ongoing work identified by the nurses in this pilot unit included improving teamwork between nursing and ancillary personnel to accomplish breaks, increasing the nurses' understanding of the effects of fatigue on their ability to provide safe care for patients, and sharing creative ways nurses were able to accomplish their breaks.

Enhancing meal and non-meal breaks may seem like a small change. Yet, utilizing the concept of Maslow's hierarchy of needs and NDNQI® data, nurses were able to see how important it was to address this basic human need. Their ability to utilize the toolkit to interpret their data and create a successful action plan to enhance meal and non-meal breaks has increased their confidence. With this success, there is an increased likelihood that these nurses will be better equipped to 'move up' Maslow's hierarchy of needs and address identified higher level needs in the future. Ultimately, these successes will empower the bedside nurses, increase their satisfaction with their current work setting, and enable them to become the leaders in performance improvement activities rather than the followers.

Culture changes slowly; yet adequate data, appropriate tools, and strong leadership can facilitate this change. Hospitals need to be engaged in constant change. However, fluctuations in staffing and census, little downtime for staff, increased use of technology, computerized documentation, shortened length of stay, complexity, and reliance on multiple departments to accomplish work have created a chaotic practice environment. Anecdotal data, collective bargaining agreements, and case law suggest that nurses routinely sacrifice their breaks and meal periods to provide patient care in these very complex environments (Rogers, Hwang, & Scott, 2004). Such action on a routine basis, however, is neither prudent nor appropriate; it indicates a practice environment at odds with quality care. In this complex and chaotic environment, staff willingness to take meal and non-meal breaks will require a culture shift. Culture changes slowly; yet adequate data, appropriate tools, and strong leadership can facilitate this change. In this article we have provided an example of how this shift can occur with the help of a theoretical framework, such as Maslow's, to frame for participants the change needed; NDNQI® data; and a belief in the ability of bedside nurses to bring about changes that will enhance their work environment and the safety of patient care.

### [References](https://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=13&sid=9cec9a53-90a4-401d-ad7b-80b26c24b46d%40pdc-v-sessmgr02&bdata=JkF1dGhUeXBlPWlwLHNoaWImbGFuZz1jcyZzaXRlPWVkcy1saXZlJnNjb3BlPXNpdGU%3d#toc)

AACN. Nursing shortage fact sheet. (2007). Retrieved March 19, 2010 from [www.aacn.nche.edu/Media/FactSheets/NursingShortage.htm](http://www.aacn.nche.edu/Media/FactSheets/NursingShortage.htm)

Aiken, L.H., Clarke, S.P., & Sloane, D.M. (2002). Hospital staffing, organization and quality of care: cross national findings. International Journal for Quality in Health Care, 14, 5-13.

Beaudoin, L.E., & Edgar, L. (2003). Hassles: Their importance to nurses' quality of work life. Nurse Economy 21(3), 106-113.

Bowles, C., & Candela, L. (2005). First job experiences of recent RN graduates: Improving the work environment. Journal of Nursing Administration, 35(3), 130-137.

Chinnis, A.S., Summers, D.E., Doer, C., Paulson, D.J., & Davis, S.M. (2001). Q methodology: A new way of assessing employee satisfaction. Journal of Nursing Administration, 31(5), 252-259.

Cline, D., Reilly, C., & Moore, J.F. (2003). What's behind RN turnover? Nursing Management, 34(10), 50-53.

DiMiglio, K., Padula, C., Piatek, C., Korber, S., Barrett, A., Ducharme, M.,Corry, K. (2005). Group cohesion and nurse satisfaction: Examination of a team building approach. Journal of Nursing Administration, 35(3), 110-120.

Gallup. (2005). Nurse engagement key to reducing medical errors. Retrieved March 19, 2010 from: [www.gallup.com/poll/20629/nurse-engagement-key-reducing-medical-errors.aspx](http://www.gallup.com/poll/20629/nurse-engagement-key-reducing-medical-errors.aspx)

Heath, J., Johanson, W., & Blake, N. (2004). Healthy work environments: A validation of the literature. Journal of Nursing Administration, 34(11), 524-530.

Hoffman, E. (2008). The Maslow effect: A humanist legacy for nursing. American Nurse Today, 3(8), 36-37.

Holtom, B.C., & O'Neill, B.S. (2004). Job embeddedness: A theoretical foundation for developing a comprehensive nurse retention plan. Journal of Nursing Administration, 34(5), 216-227.

Hughes, R.G., & Rogers, A.E. (2004). Are you tired? Sleep deprivation compromises nurses' health--and jeopardizes patients. American Journal of Nursing, 104(3), 36-38.

Institute of Medicine. (2004). Keeping patients safe: Transforming the work environment of nurses. Retrieved March 20, 2010 from <http://books.nap.edu/openbook.php?record%5Fid=10851&page=48>

Kalisch, B.J., Curley, M., & Stefanov, S. (2007). An intervention to enhance nursing staff teamwork and engagement. Journal of Nursing Administration, 37(2), 77-84.

Kanter, R.M. (1993). Men and women of the corporation. 2nd Edition. New York, NY: Basic Books.

Kramer, M., & Schmalenber, C. (2008). Confirmation of a healthy work environment. Critical Care Nurse, 28, 56-63.

Kramer, M., Schmalenberg, C., Maguire, P., Brewer, B.B., Burke, R., Chmielewski, L., & Waldo, M. (2008). Structures and practices enabling staff nurses to control their practice. Western Journal of Nursing Research, 30(5), 539-559.

Lake, E.T. (2002). Development of the practice environment scale of the nursing work index. Research in Nursing & Health, 25, 176-188.

Laschinger, H.K.S., Almost, J., & Tuer-Hodes, D. (2003). Workplace empowerment and magnet hospital characteristics: Making the link. Journal of Nursing Administration, 33(7/8), 410-422.

Leurer, M.D., Donnelly, G., & Domm, E. (2007). Nurse retention strategies: Advice from experienced registered nurses. Journal of Health Organization and Management 21(3), 307-319.

Maslow, A.H. (1943). A theory of human motivation. Psychological Review 50, 70-396.

Montalvo, I. (2007). The national database of nursing quality indicatorsTM (NDNQI®). OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing, 12(3). DOI: 10.3912/OJIN.Vol12No03Man02

Rogers, A.E., Hwang, W.T., & Scott, L.D. (2004). The effects of work breaks on staff performance. Journal of Nursing Administration, 34(11), 512-519.

Rosenstein, A. (2002). Nurse-physician relationships: Impact on nurse satisfaction and retention. American Journal of Nursing, 102(6), 26-34.

Scott, L.D., Hofmeister, N., Rogness, N., & Rogers A.E. (2010). Implementing a fatigue countermeasures program for nurses: A focus group analysis. Journal of Nursing Administration, 40(5), 233-240.

Shader, K., Broome, M.E., Broome, C.D., West, M.E., & Nash, M. (2001) Factors influencing satisfaction and anticipated turnover for nurses in an academic medical center. Journal of Nursing Administration, 31(4), 210-216.

Stefancyk, A. (2009). One-Hour, Off-Unit Meal Breaks. American Journal of Nursing, 109(1), 64-66.

Zangaro, G.A. & Soeken, K.L. (2007). A meta-analysis of studies of nurses' job satisfaction. Research in Nursing & Health 30, 445-458.

~~~~~~~~

By Lisa Groff Paris, DNP, RNC-OB, C-EFM and Mary Terhaar, DSNc, RN

Dr. Groff Paris is an Education Specialist at the Greater Baltimore (MD) Medical Center. She received her BSN from University of Maryland, her Master's Degree in Nursing Education from Hood College (Frederick, MD), and her DNP degree from Johns Hopkins School of Nursing (Baltimore). Lisa is certified in both Inpatient Obstetrical Nursing and Electronic Fetal Monitoring. She has worked for over 20 years developing and mentoring nurses in both academic and hospital-based, staff-development settings. She has focused her work on improving the practice environment of hospital bedside nurses, strengthening collaboration amongst healthcare professionals, and improving perinatal care outcomes. lgparis@gbmc.org.

Dr. Terhaar is an Assistant Professor at Johns Hopkins School of Nursing (Baltimore). She received her BSN degree from Emmanuel College (Boston, MA), and both her MSN and DNSc degrees from The Catholic University of America in Washington DC. Dr. Terhaar has over 30 years of experience improving outcomes, supporting clinicians in practice, and developing the workforce and leadership for the future of nursing and healthcare. Her expertise and scholarship focus on enhancing interdisciplinary collaboration, developing strong professional practice environments, refining systems to support excellent outcomes, and developing expertise in the areas of perinatal and neonatal nursing. mterhaa1@son.jhmi.edu.

Anglický originální článek na: <https://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=13&sid=9cec9a53-90a4-401d-ad7b-80b26c24b46d%40pdc-v-sessmgr02&bdata=JkF1dGhUeXBlPWlwLHNoaWImbGFuZz1jcyZzaXRlPWVkcy1saXZlJnNjb3BlPXNpdGU%3d#AN=21800926&db=mdc>

Český překlad

## Použití Maslowovy pyramidy a národní databáze ukazatelů kvality ošetřovatelství™ k dosažení zdravější pracovní prostředí

Nejsilnějším prediktorem nespokojenosti s prací zdravotních sester a záměru odejít je stres v cvičném prostředí. Bylo zjištěno, že dobrá komunikace, kontrola nad praxí, rozhodování u lůžka, týmová práce a posílení postavení zdravotních sester zvyšují spokojenost sester a snižují obrat. V tomto článku sdílíme naše zkušenosti s vývojem procesu rychlého návrhu, který změní přístup ke zlepšení výkonu tak, aby se zvýšila angažovanost, posílení, efektivita a kvalita profesionálního pracovního prostředí. Jako cílová oblast pro zlepšení byly určeny přestávky na jídlo a nehostové přestávky. Kvalitativní a kvantitativní údaje podporují úspěch tohoto projektu. Tento článek začínáme přehledem literatury týkající se pracovního prostředí a uchovávání a prezentací rámců používaných ke zlepšení pracovního prostředí, konkrétně Maslowovy teorie hierarchie vrozených potřeb a národní databáze ukazatelů kvality ošetřovatelství™ průzkum. Poté popíšeme náš projekt zlepšování výkonnosti a podělíme se o naše závěry a doporučení.

Klíčová slova: Nemocnice; retence zdravotních sester a ošetřovatelů; zapojení; spokojenost; pracovní prostředí; NDNQI® cvičné prostředí; úmysl zůstat; Maslowova hierarchie; přestávky na jídlo; proces rychlého návrhu

Nejsilnějším prediktorem nespokojenosti s prací zdravotních sester a záměru opustit práci je stres v cvičném prostředí (Zangaro & Soeken, 2007). Mezi různé příčiny pracovního stresu patří ostrost pacientů, pracovní rozvrhy, špatné interakce mezi lékařem a sestrou, nové technologie, nedostatek zaměstnanců, nepředvídatelná pracovní zátěž nebo pracovní postup a dojem, že poskytovaná péče není bezpečná (Bowles & Candela, 2005; Leurer, Donnelly, & Domm, 2007; Shader, Broome, Broome, Západ, & Nash, 2001; Zangaro & Soeken, 2007).

Naproti tomu zdravé cvičné prostředí je charakterizováno angažovaným ošetřovatelským personálem, který vykonává kontrolu nad otázkami souvisejícími s ošetřovatelstvím, zapracovává svou praxi na důkazech a spolupracuje s kolegy z různých oborů (Kramer & Schmalenberg, 2008). Takové prostředí je spojeno s příznivými klinickými výsledky a stabilní a spokojenou pracovní silou (Gallup, 2005). Dobrá komunikace, kontrola nad praxí, rozhodování u lůžka, týmová práce a posílení postavení zdravotních sester jsou aspekty cvičenského prostředí, které zvyšují spokojenost a snižují obrat zdravotních sester (DiMiglio et al., 2005; Heath, Johanson, & Blake 2003; Kalisch, Curley, & Stefanov, 2007).

Ačkoli se lze ze zkušeností oznámených jinými osobami hodně naučit, je třeba při kritickém posouzení vnímání zdravotních sester v každém jednotlivém zařízení a v každé jednotce v tomto zařízení posuzovat, aby se určilo, které strategie zlepšování životního prostředí praxe by byly v dané situaci nejúčinnější. Národní databáze ukazatelů kvality ošetřovatelství ™ (NDNQI®) 2009 RN Survey with Practice Environment Scale, od nynějška nazývaná NDNQI 2009 RN Survey with Practice Environment Scale, může pomoci individualizovat intervence ke zlepšení praxe pro danou jednotku.

Tento článek zahájíme přehledem literatury týkající se pracovního prostředí a uchovávání a prezentací rámců používaných ke zlepšení pracovního prostředí, konkrétně Maslowovy teorie hierarchie vrozených potřeb a národní databáze ukazatelů kvality ošetřovatelství™ průzkum. Poté popíšeme náš projekt zlepšování výkonnosti a podělíme se o naše závěry a doporučení.

### [Rámce pro zlepšení pracovního prostředí](https://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=13&sid=9cec9a53-90a4-401d-ad7b-80b26c24b46d%40pdc-v-sessmgr02&bdata=JkF1dGhUeXBlPWlwLHNoaWImbGFuZz1jcyZzaXRlPWVkcy1saXZlJnNjb3BlPXNpdGU%3d#toc)

Tato část popisuje dva rámce, které jsme zjistili, že jsou užitečné pro zlepšení pracovního prostředí. Tyto rámce zahrnovaly Národní databázi ukazatelů kvality ošetřovatelství ™ průzkum s měřítkem cvičné životní prostředí a Maslowovu teorii hierarchie vrozených potřeb. Bez rámce, podle kterého by bylo možné přistupovat ke zlepšení životního prostředí, mohou být tisíce potenciálních strategií zlepšení prezentovaných v literatuře ohromující. Proto jsme použili níže popsaný teoretický rámec společnosti Maslow spolu s údaji z průzkumu shromážděnými prostřednictvím průzkumu RN NDNQI 2009 s měřítkem praktického prostředí, abychom pomohli zaměřit naše úsilí a identifikovat příležitosti a strategie pro zlepšení.

Maslowův teoretický rámec

V polovině čtyřicátých let abraham Maslow rozvinul svou teorii hierarchie vrozených potřeb (Maslow, 1943). Maslow koncipoval lidské potřeby jako pyramidu s pěti úrovněmi ve vzestupném pořadí, od fyziologických potřeb na základně, přes bezpečnost, sounáležitost a úctu až po seberealizaci na vrcholu pyramidy. Maslow se zasaď o to, aby lidé byli vrozeně motivováni k psychologickému růstu a sebeaktu. Vysvětlil, že lidé pracují na dosažení nenasycené potřeby na nižších úrovních, než se ujímá těch na vyšších úrovních. Vzhledem k tomu, že každá potřeba nižší úrovně je uspokojována, další vyšší potřeba zabírá hlavní pozornost, dokud není uspokojena. Nejvyšší potřeba, seberealizace, je "stát se tím, čím je člověk schopen se stát, pokud jde o talenty, dovednosti a schopnosti" (Hoffman, 2008, str. 36). Použití tohoto modelu na ošetřovatelskou praxi naznačuje, že pokud zdravotní sestry nemají pocit, že jsou jejich základní potřeby v oblasti životního prostředí splněny, budou méně motivovány a bude méně pravděpodobné, že postoupí k funkcím vyšší úrovně (Chinnis, Summers, Doer, Paulson, & Davis, 2001). Vyvinuli jsme obrázek, abychom ukázali shodu mezi úrovněmi Maslowovy hierarchie a potřebami cvičného prostředí, které sestry čelí každý den. Spojili jsme potřeby úcty a seberealizace kvůli překrývání těchto potřeb v souvislosti s cvičným prostředím.

Věříme, že pacienti chtějí ujištění, že o ně pečuje zdravotní sestra, která využije osvědčené možné postupy. To zahrnuje začlenění rozhodovacích modelů založených na důkazech do jejich každodenní praxe. V této studii zlepšování výkonnosti jsme využili jak zavedený teoretický rámec, tak zavedený, systematický proces sběru dat, který řídí náš zásah do zlepšování praxe.

Národní databáze ukazatelů kvality ošetřovatelství ™ (NDNQI) 2009 RN s měřítkem cvičného prostředí

V rámci NDNQI existují tři možnosti průzkumu. Možnost, kterou jsme se rozhodli použít, byl průzkum NDNQI® RN 2009 s měřítkem cvičného prostředí, který schválilo Národní fórum kvality. Jedná se o spolehlivý a platný nástroj, který měří vnímání zdravotních sester s ohledem na jejich cvičné prostředí (Montalvo, 2007). Každý rok se tohoto průzkumu účastní tisíce zdravotních sester po celé zemi, což kromě srovnání specifických pro jednotlivé jednotky a zařízení poskytuje silné národní referenční hodnoty. Tento nástroj je založen na stupnici RN Survey Practice Environment Scale indexu ošetřovatelské práce, která měří pět parametrů: účast zdravotních sester v nemocničních záležitostech, ošetřovatelské nadace pro kvalitní péči, schopnost manažera zdravotních sester a podporu zdravotních sester, personální a přiměřenost zdrojů a kolegiální vztahy mezi zdravotními sestrami a lékaři (Jezero, 2002). Tento nástroj se také zabývá položkami pracovního kontextu souvisejícími s plány pracovních míst a kvalitou péče v rámci cvičné oblasti (Aiken, Clarke, & Sloane, 2002) a měří demografická data a požitek z práce.

### [Přehled literatury](https://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=13&sid=9cec9a53-90a4-401d-ad7b-80b26c24b46d%40pdc-v-sessmgr02&bdata=JkF1dGhUeXBlPWlwLHNoaWImbGFuZz1jcyZzaXRlPWVkcy1saXZlJnNjb3BlPXNpdGU%3d#toc)

Vyhledávání literatury týkající se pracovního prostředí a uchovávání zdravotních sester bylo provedeno na podzim roku 2008 pomocí PubMed a Kumulativního indexu ošetřovatelské a spojenecké zdravotnické literatury (CINAHL). Síťové termíny zahrnují: zdravotní sestry, retenci, nemocnici, pracovní prostředí, kariérní mobilitu, fluktuaci personálu a záměr zůstat. Tato dvě vyhledávání identifikovala 2 438 citací týkajících se životního prostředí a uchovávání informací. Vyhledávání bylo zpřesněno omezením studií na studie, které byly hlášeny v angličtině a zveřejněny nejdříve v roce 2000. Studie, které byly nepublikované doktorské disertační práce; duplikace z obou databází; prováděny na malé podskupině zdravotních sester mimo Spojené státy; nebo nesouvisející se zdravotními sestrami u lůžka v prostředí akutní péče, včetně dlouhodobého nebo domácího zařízení, byly odstraněny. Po vyplnění názvu a abstraktní kontrole zbývajících 535 referencí jsme vybrali 171 pro fulltextové zvážení.

Tento přehled literatury nám pomohl identifikovat různé úrovně potřeb pracovního prostředí souvisejících s udržením zdravotních sester a uvědomit si, že existuje mnoho důvodů, proč sestry u postele opouštějí svou práci. Tyto důvody jsou složité a rozmanité a žádný jednotlivý zásah do cvičné praxe nezlepší udržení sester u lůžka ve všech nemocnicích (Lékařský ústav, 2004). Při přezkumu literatury jsme však identifikovali společná témata, která naznačovala, proč zdravotní sestry opouštějí dané pracoviště, a nabídli intervence, které mohou podpořit udržení.

Úroveň potřeb v oblasti cvičného prostředí, které jsme identifikovali, odpovídala Maslowovu rámci, včetně potřeby zdravotních sester cítit se bezpečně ve svém prostředí a poskytovat bezpečnou péči o své pacienty, mít pocit sounáležitosti s jejich organizací a cítit se oprávněni dělat to, co si myslí, že by měli dělat. Maslowova teorie naznačuje, že jakmile budou splněny základní potřeby sester, jejich zaměření se přesune k dosažení potřeb vyšší úrovně, včetně pocitu sounáležitosti, sebeúcty a seberealizace.

Nedostatečný počet zaměstnanců a každodenní nesnáz zvyšují úroveň stresu zdravotních sester a přivádí mnoho zdravotních sester k odchodu z této profese (American Association of Colleges of Nursing [AACN] Nursing Shortage Fact Sheet, 2007). Slovní zneužívání a rušivé chování ze strany lékařů bylo také spojeno s nespokojeností sester s prací (Rosenstein, 2002). Každodenní "nástěnky", jako jsou "lovecké a sběrné činnosti", odrazují sestry od smysluplné péče o pacienty (Beaudoin & Edgar, 2003); příkladem těchto činností je čas na nalezení léků a zásob. Tyto základní stresory mohou ohrozit bezpečnost pacientů a nepříznivě ovlivnit vnímání jejich cvičné prostředí sestrami. Tyto stresory se týkají nižší úrovně potřeby v oblasti cvičné praxe. Vedoucím sester se doporučuje, aby se nejprve zabývali základními potřebami zdravotních sester pro odpovídající personál a schopnost poskytovat bezpečnou ošetřovatelskou péči (Cline, Reilly, & Moore, 2003).

Literatura o řízení podniku stanoví pracovní potřeby (vyšší úroveň potřeby pracovního prostředí) jako prediktor udržení zdravotních sester. Holtom a O'Neill (2004) vysvětlili, že zabudování pracovních míst zahrnuje řadu parametrů, které ovlivňují udržení zaměstnanců. Tyto parametry zahrnují, do jaké míry jsou pracovní místa zdravotních sester a komunita, ve které zdravotní sestry žijí, podobné nebo v souladu s jinými aspekty jejich života; rozsah, v jakém mají zdravotní sestry vazby na jiné osoby a činnosti; a snadnost, s jakou mohou být odkazy přerušeny. Dospěli k závěru, že zabudování do organizace je ovlivněno zakořeněností ve společenské komunitě domácího i cvičeném prostředí.

Velká část literatury o posílení postavení zdravotních sester je založena na Kanterově teoretickém rámci strukturálního posílení (Kanter, 1993; Laschinger, Téměř, & Tuer-Hodes, 2003). Kanter konceptualizoval sílu jako schopnost využít zdroje potřebné k tomu, aby se věci udělaly. Když není k dispozici elektřina, práce je nemožná (Laschinger et al., 2003). Posílení je spojeno se dvěma rozměry rozhodování v prostředí ošetřovatelské praxe, a to vnímáním autonomie a vnímání participativního řízení v pracovním prostředí (Laschinger et al., 2003). Vnímání posílení se zvyšuje, když sestry vnímají, že mají kontrolu nad praxí (Kramer et al., 2008).

Navrhujeme, aby vedoucí zdravotních sester nejprve přijali důraz typu Maslow na splnění základních potřeb zdravotních sester v oblasti životního prostředí, budou následně úspěšnější při plnění potřeb zdravotních sester na vyšší úrovni, jako je smysluplné zapojení a výkon na vyšší úrovni. Dále navrhujeme, že nedodržování základních potřeb může přispět k apatii zdravotních sester a nedůvěře k vedení, což povede k nespokojenosti s prací, snížené kvalitě péče, a nakonec k rezignaci z instituce.

### [Projekt zlepšování výkonu](https://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=13&sid=9cec9a53-90a4-401d-ad7b-80b26c24b46d%40pdc-v-sessmgr02&bdata=JkF1dGhUeXBlPWlwLHNoaWImbGFuZz1jcyZzaXRlPWVkcy1saXZlJnNjb3BlPXNpdGU%3d#toc)

Náš projekt zlepšování výkonnosti zahrnoval následující tři cíle

1. Správa průzkumu RN NDNQI ® 2009 s rozsahem cvičného prostředí v celé instituci

* 2. Vytvořit pro noční sestry sadu nástrojů, která by jim umožnila interpretovat a analyzovat výsledky průzkumu jednotek
* 3. Pilotní zásah určený ke zlepšení vnímání jejich cvičné životní podmínky zdravotními sestrami a k podpoře poskytování bezpečné péče o pacienty

V této části popíšeme, jak jsme provedli náš zásah do zlepšování praxe a výsledky tohoto zásahu; budeme také diskutovat o našich zjištěních ve vztahu k literatuře a naší organizaci.

Provádění

Naše zařízení je 300 lůžek, komunitní lékařské centrum se nachází v příměstském kampusu mimo velkou metropolitní oblast ve středoatlantické oblasti. Je zaměstnáno přibližně 1200 zdravotních sester; 900 poskytuje přímou péči o pacienty. Naše instituce nevyžaduje přezkoumání projektů na zlepšení kvality institucionální revizní radou (IRB). Návrh byl předložen IRB k přezkoumání a byl považován za projekt zlepšování kvality, a proto byl vyňat z dalšího přezkumu. Projekt měl tři fáze. Fáze I zahrnovala správu průzkumu NDNQI® RN 2009 s měřítkem cvičného prostředí všem lůžkovým sestrám. Fáze II využila proces rychlého návrhu k vývoji a implementaci sady nástrojů, která by vedla zdravotní sestry při analýze a interpretaci výsledků průzkumu pro jejich ošetřovatelskou jednotku s cílem zlepšit cvičné prostředí. Fáze III hodnotila výsledky tohoto pilotního projektu.

Fáze I: Správa NDNQI®. Projekt byl zahájen správou on-line průzkumu RN NDNQI® 2009 s stupnicí cvičného prostředí s účelem získání základního měření od všech lůžkových sester na všech lůžkových pečovatelských jednotkách. Všechny pokyny NDNQI ® provádění byly přísně dodržovány. Byla získána výkonná podpora a vypracována komunikační strategie. To zahrnovalo průběžnou komunikaci s Radou pro vedení ošetřovatelů a také s celou řadou divizních a jednotkových cvičných rad. Na průzkum odpovědělo 513 zdravotních sester. Šedesát devět procent byly registrované zdravotní sestry na plný úvazek (ŽN), 23 % byly ŽN na částečný úvazek a 8 % ŘV na dobu diem. Zařízení neuživuje žádné LPN. Průzkumu se nezúčastnil žádný asistenční personál. Byla získána celková míra odpovědi ve výši 62 %.

Fáze II: Zlepšení výkonnosti novorozenecké mateřské školy. Zatímco měření NDNQI® bylo v rámci organizace ve fázi I podáváno, fáze II byla zahájena na jediné jednotce péče o pacienty, aby se podpořila plná účast tohoto personálu na vývoji, podávání a zdokonalování nástrojů, které mají být později použity na všech ošetřovatelských jednotkách. Pilotní jednotkou zvolenou pro tento projekt byla Novorozená školka. Toto rozhodnutí bylo založeno na společném vztahu mezi námi, manažerem a zaměstnanci. Novorozená školka má průměrné denní sčítání 31 novorozenců a zaměstnává 35 registrovaných sester. Sedmnáct z těchto zdravotních sester bylo připraveno na úrovni maturity v ošetřovatelství, deset na úrovni přidruženého studia a osm na úrovni diplomu. Deset sester je držiteli nízkorizikové novorozenecké certifikace a čtyři jsou laktační specialisté.

Byl vytvořen řídící výbor zainteresované sestry v Novorozenecké školce, který koordinuje všechny činnosti související s touto pilotní studií. Mezi účastníky byla jedna zdravotní sestra s denní směnou a tři noční sestry (2 ze denní směny a 1 z noční směny). Tyto zdravotní sestry tvořily 10 % personálu jednotky. Dvě z těchto zdravotních sester byly členy místní rady pro praxi.

Analýza průzkumu RN NDNQI ® 2009 s měřítkem cvičného prostředí vypracovala zprávu, která měla délku více než 30 stran. I když byla tato zpráva pro členy řídících výborů oddělení jasná a komplexní, vyžadovala by značný čas pro zaměstnance, pokud by se všechny zdravotní sestry naučily údaje číst a interpretovat. To by nebylo nejlepší využití času zaměstnanců. Členové řídícího výboru (dále jen "výbor") vytvořili a zpřesnili tři nástroje, které mají vést zdravotní sestry ke čtení zjištění a diskusi o údajích na úrovni jednotek jako tým.

Strategický nástroj, který byl vyvinut s cílem pomoci sestrám zaměstnanců využít Maslowův teoretický rámec k upřednostnění příležitostí ke zlepšení výkonnosti První nástroj, The Discussion Guide, byl vyvinut, aby shrnul data a zaměřil diskusi o jedinečných silných a slabých stránkách jednotky. Druhý nástroj, Strategický nástroj, byl vyvinut s cílem pomoci sestrám zaměstnanců využít Maslowův teoretický rámec k upřednostnění příležitostí ke zlepšení výkonnosti na základě Diskusního průvodce. Tento nástroj uspořádal různé úrovně potřeb v oblasti životního prostředí popsaných v našem přehledu literatury hierarchickým způsobem, aby vedl k určení, které obavy zdravotních sester by bylo nejvhodnější řešit jako první (viz obrázek). Poslední nástroj v sady nástrojů, Analytický paket, vysvětlil, jak analyzovat data NDNQI® dat.

Výbor určil nejvýznamnější příležitosti pro zlepšení jejich jednotky, které souvisejí s požíváním zaměstnání a vnímanou kvalitou péče. Výbor promýšlel možné příčiny nízkého skóre v těchto dvou oblastech. Výbor zveřejnil na nástěnce seznam možných příčin nízkého skóre v těchto oblastech spolu s možnými zásahy, jako je zlepšení týmové práce mezi zdravotními sestrami a pomocný personál, zlepšení komunikace mezi směnami, vypracování jasnějších pokynů týkajících se úkolů a poznatků na zlepšení schopnosti zdravotní sestry mít přestávky během směny. Výbor si vyžádal podněty od zdravotních sester.

Výbor poté analyzoval informace poskytnuté zdravotními sestrami a zjistil, že nejnaléhavějším problémem je neschopnost zaměstnanců brát si přestávky na jídlo a jiné než jídlo. Výbor poté analyzoval informace poskytnuté zdravotními sestrami a zjistil, že nejnaléhavějším problémem je neschopnost zaměstnanců brát si přestávky na jídlo a jiné než jídlo. Výbor zjistil, že se jedná o základní potřeby v oblasti životního prostředí, které se nacházejí v dolní části hierarchie, potřebu důležitosti pro personál jednotky, bezpečnost pacientů a cvičné prostředí.

Byly vytvořeny další pokyny, které jasně nastínily, jak budou přestávky řešeny na všech směnách. Výbor požádal vedoucí zdravotní sestry a zdravotní sestry, aby se s nimi setkaly, aby pomohly vypracovat tyto pokyny a získaly jejich podporu pro pokyny. Výbor také vypracoval protokol, aby zdravotní sestry mohly sledovat, kdo si udělal přestávku a dobu trvání každé přestávky. Bylo rozhodnuto o tématu závodního vozu s hláškou "brzdíme pro přestávky!", a kickoff party, s jídlem poskytnutým pro každé období přestávky, byly drženy, aby podnítily zájem o tento projekt zlepšení výkonnosti. Zaměstnanci byli během svých schůzí zaměstnanců se svými zvláštními pokyny uvedeni; upomínky byly součástí každé zprávy o směnách. V souladu s procesem rychlého návrhu byla během kol vedoucích a pedagogů požadována průběžná verbální zpětná vazba; a písemná zpětná vazba byla podporována plakátem visícím v jednotce. Každé dva týdny skupina rozhodovala o nezbytných změnách pokynů na základě připomínek a odpovědí ošetřovatelského personálu. Před podáním posttestu byly dokončeny tři cykly zlepšení.

Každé dva týdny skupina rozhodovala o nezbytných změnách pokynů na základě připomínek a odpovědí ošetřovatelského personálu. Fáze III: Hodnocení. Průzkum RN NDNQI 2009 s stupnicí cvičného prostředí sloužil jako test před intervencí. Jako test po intervenci se s povolením opakovala jedna položka jídla/jídla ve formátu opičího průzkumu. Post testu se zúčastnilo 23 zdravotních sester. Údaje byly kategorizovány pro "přestávky na jídlo" podle možností odpovědi RN Průzkumu NDNQI 2009: žádná přestávka, méně než 30 minut nebo rovna nebo větší než 30 minut. "Přestávky bez jídla" byly kategorizovány jako: žádné, méně než 20 minut, nebo rovné nebo větší než 20 minut. Údaje byly shromážděny ve stejných kategoriích jako původní základní ® NDNQI. Členům řídícího výboru pilotní jednotky byl rovněž rozeslán dodatečný průzkum s cílem vyhodnotit přístup a nástroje používané k usnadnění procesu zlepšování výkonnosti. Poslední otázkou obou průzkumů byla otevřená otázka, která povzbudila zdravotní sestry, aby se podělily o své zkušenosti s plánováním a/nebo účastí na intervenci.

Zjištění

Kvantitativní zjištění z této studie zlepšení výkonnosti jsou uvedena v tabulce a popsána níže. Srovnání provádění před a po intervenci odhalilo, že:

\* U základních sester na pilotní jednotce často neměly přestávky (25 %).

\* Počet zdravotních sester, které si vzaly přestávku na jídlo trvalo 30 minut nebo déle, se zvýšil z 29 % na 39 %.

\* Počet zdravotních sester, které si během směny nemohou vzít přestávku na jídlo, se snížil z 25 % na 22 %.

\* Počet zdravotních sester schopných sedět bez odpovědnosti za péči o pacienty za přestávky na jídlo se zvýšil z 0 % na 26 %.

Kromě toho 100% řídícího výboru označilo sadu nástrojů a proces rychlého návrhu za "velmi užitečný".

Tyto sestry se skutečně ubíraly směrem k tomu, aby se pilněji chytly svých osobních potřeb a bezpečnosti svých pacientů tím, že braly vážně důležitost přiměřených přestávek. Komentáře naznačovaly, že některé sestry se stále zdráhají nechat své pacienty, aby si udělali přestávku, nebo aby zavolali své stejně zaneprázdněné kolegy, aby "zdvojnásobili svou zátěž pacienta", aby je během přestávky kryli. Obecně se tyto noční sestry cítily posíleny svou účastí. Jedna sestra uvedla, že je "vzrušující být součástí změny" na jejich jednotce. Další poznamenala, že je "dobré být součástí řešení, spíše než udávat problémy, ale nevidět žádnou změnu". Sestry považovaly nástroje za velmi užitečné při řešení potřeby přiměřených dob přestávek.

Více zaměstnanců mělo přestávku, která byla po intervenci bez odpovědnosti za péči o pacienty. Prvních dvou cílů projektu bylo jasně dosaženo. Třetího cíle bylo částečně dosaženo v tom, že všechny ukazatele vykazovaly zlepšení s výjimkou "méně než 20minutového ukazatele přestávky bez jídla". Přestože se zvýšil počet zdravotních sester, které nedostávají přestávky bez jídla, a zvýšil se počet zdravotních sester, které nedostaly přestávku bez jídla po celých 20 minut (což naznačuje zlepšení), zvýšil se také počet zdravotních sester, které dostávaly přestávky bez jídla, které trvaly méně než celých 20 minut. Skutečnost, že počet zdravotních sester, které dostávaly přestávky bez jídla kratší než 20 minut, se mohl zvýšit v důsledku skutečnosti, že po intervenci bylo méně zdravotních sester, které uvedly, že nedostaly žádnou přestávku bez jídla. Tyto zdravotní sestry, které v současné době nedostávaly žádné přestávky bez jídla, se možná "přesunuly" do kategorie těch, které dostaly přestávku bez jídla, ale tato přestávka byla kratší než 20minutová přestávka. Sečteno a podtrženo, bez ohledu na délku přestávky mělo více zaměstnanců přestávku, která byla po zásahu bez odpovědnosti za péči o pacienty.

Členové řídícího výboru a vedoucí tým pilotní jednotky označili sadu nástrojů a proces rychlého návrhu za neocenitelné při šíření údajů NDNQI a reakci na ® NDNQI. Požadavky ostatních jednotek na použití nástrojů a replikaci procesu zlepšování výkonu dále ověřily užitečnost obou. Například Rada pro pracovní a porodní praxi provedla zprávu u lůžka a chirurgická jednotka intenzivní péče realizovala projekt na zlepšení spolupráce mezi lékařem a zdravotní sestrou.

Diskuse

Bylo pozorováno, že některé sestry se zdráhají opustit své povinnosti a nechat si pauzu. Někteří dávali přednost tomu, aby si vůbec dali pauzu. Jiní dávali přednost tomu, aby si své telefony nechávali u sebe, aby mohli zvládat jednoduché otázky nebo koordinovat péči o své pacienty. Tato neochota zaměstnanců vzít si pauzu je v souladu s literaturou (Hughes & Rogers, 2004; Scott, Hofmeister, Rogness, & Rogers, 2010). Bez přestávky jsou však koncentrace a výkon narušeny (Hughes & Rogers, 2004).

[Pro stimulaci zájmu] téma závodního vozu s hláškou "brzdíme pro přestávky!", bylo rozhodnuto o jedné manažerce zdravotní sestry, která v literatuře uvedla své zkušenosti s pokusem změnit kulturu ošetřovatelství na své jednotce prostřednictvím "iniciativy přestávky" s využitím finančních prostředků poskytnutých nadací Robert Woods Johnson Foundation, Transforming Care at the Bedside (TCAB) Project. Sestry zaměstnanců byly povzbuzovány, aby spojily své jídlo a přestávky bez jídla, aby si vzaly celou hodinu oddechu mimo jednotku. Na této jednotce nebyla zjištěna hlavní zjištěná bariéra v poskytování pokrytí, ale spíše ve vlastním odporu sester, aby si udělaly přestávku (Stefancyk, 2009). Jakmile došlo ke kulturnímu posunu souvisejícímu s tímto projektem TCAB a sestry si vzaly hodinovou přestávku, hlásily, že se vracejí, jako by právě přijížděly na den, svěží a připravené k práci. Zajímavé je, že použitím našeho strategického nástroje založeného na Maslow na zjištění tohoto projektu TCAB jsme poznamenali, že zlepšení při plnění potřeby přestávek (fyziologická potřeba) usnadnilo zlepšení potřeb na vyšší úrovni. Stefancyk (2009) se podělil o to, že tyto sestry hlásily větší smysl pro kamarádství, komunitu a týmovou práci mezi zaměstnanci této jednotky, když pracovali na realizaci své iniciativy hodinové přestávky.

V minulosti byly aktivity ke zlepšení výkonnosti v naší instituci prováděny hierarchicky shora dolů. Vedoucí představitelé institucí určili, které ukazatele budou měřeny, a převzali odpovědnost za shromažďování údajů. Výjimečná skupina zdravotních sester prováděla audity, recenzované grafy a koordinované činnosti ke zlepšení výkonnosti. Noční sestry byly do tohoto procesu zapojeny jen zřídka. Tento přístup shora dolů zajišťoval efektivitu a kontrolu v procesu zlepšování výkonnosti, ale nezapojoval zaměstnance ani nevytvářel podporu projektů. Ačkoli naše noční sestry, které byly v procesu analýzy NDNQI nové® potřebovaly podporu při analýze dat svých jednotek, sada nástrojů a pokyny od manažerů zdravotních sester a pedagogů poskytovaly podporu, kterou potřebovaly, když se dozvěděly proces analýzy svých dat NDNQI®.

### [Závěry a doporučení](https://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=13&sid=9cec9a53-90a4-401d-ad7b-80b26c24b46d%40pdc-v-sessmgr02&bdata=JkF1dGhUeXBlPWlwLHNoaWImbGFuZz1jcyZzaXRlPWVkcy1saXZlJnNjb3BlPXNpdGU%3d#toc)

Proces rychlého návrhu umožnil sestrám u lůžka, aby poskytly průběžnou zpětnou vazbu a na základě této zpětné vazby viděly změnu. To udržovalo noční sestry zapojené a podporující tento projekt. Tento článek popisuje úspěšný projekt zlepšení výkonu, který může zvýšit retenci zdravotních sester. Zdravotní sestry zjistily, že účast na tomto projektu je posilující zkušeností. Noční sestry řídily celou iniciativu na zlepšení výkonnosti, včetně analýzy dat a identifikace problému, vypracování akčního plánu a provádění a hodnocení procesu změn. Proces rychlého návrhu umožnil sestrám u lůžka, aby poskytly průběžnou zpětnou vazbu a na základě této zpětné vazby viděly změnu. To udržovalo noční sestry zapojené a podporující tento projekt.

Tento projekt poskytl vhled do jedinečných potřeb jedné jednotky. Příležitosti k průběžné práci, které zdravotní sestry v této pilotní jednotce identifikovaly, zahrnovaly zlepšení týmové práce mezi ošetřovatelským a pomocný personál, aby bylo možné dosáhnout přestávek, zvýšení povědomí zdravotních sester o účincích únavy na jejich schopnost poskytovat bezpečnou péči o pacienty a sdílení kreativních způsobů, jak byly sestry schopny dosáhnout svých přestávek.

Zlepšení stravy a přestávky bez jídla se mohou zdát jako malá změna. Přesto, s využitím konceptu Maslowovy hierarchie potřeb a dat NDNQI® byly sestry schopny zjistit, jak důležité je řešit tuto základní lidskou potřebu. Jejich schopnost využít sadu nástrojů k interpretaci jejich dat a vytvoření úspěšného akčního plánu pro zlepšení přestávek na jídlo a bez jídla zvýšila jejich důvěru. S tímto úspěchem existuje zvýšená pravděpodobnost, že tyto sestry budou lépe vybaveny k tomu, aby "posunuly" Maslowovu hierarchii potřeb a řešily zjištěné potřeby na vyšší úrovni v budoucnu. Tyto úspěchy nakonec posílí noční sestry, zvýší jejich spokojenost se současným pracovním prostředím a umožní jim stát se lídry v činnostech zlepšování výkonnosti spíše než následovníky.

Kultura se mění pomalu; tuto změnu však mohou usnadnit odpovídající údaje, vhodné nástroje a silné vedení. Nemocnice se musí neustále měnit. Avšak výkyvy v personálním sčítání, malé prostoje zaměstnanců, zvýšené využívání technologií, počítačová dokumentace, zkrácená délka pobytu, složitost a spoléhání se na více oddělení k dokončení práce vytvořily chaotické cvičné prostředí. Neoficiální údaje, kolektivní smlouvy a judikatura naznačují, že zdravotní sestry běžně obětují své přestávky a dobu jídla, aby poskytovaly péči o pacienty v těchto velmi složitých prostředích (Rogers, Hwang, & Scott, 2004). Taková rutinní činnost však není ani obezřetná, ani vhodná; označuje cvičné prostředí v rozporu s kvalitní péčí. V tomto složitém a chaotickém prostředí bude ochota personálu brát jídlo a přestávky bez jídla vyžadovat kulturní posun. Kultura se mění pomalu; tuto změnu však mohou usnadnit odpovídající údaje, vhodné nástroje a silné vedení. V tomto článku jsme uvedli příklad toho, jak k tomuto posunu může dojít pomocí teoretického rámce, jako je Maslowův, který účastníkům zarámuje potřebnou změnu; NDNQI® údaje; a víru ve schopnost sester u lůžka provádět změny, které zlepší jejich pracovní prostředí a bezpečnost péče o pacienty.

### [Odkazy](https://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=13&sid=9cec9a53-90a4-401d-ad7b-80b26c24b46d%40pdc-v-sessmgr02&bdata=JkF1dGhUeXBlPWlwLHNoaWImbGFuZz1jcyZzaXRlPWVkcy1saXZlJnNjb3BlPXNpdGU%3d#toc)

AACN. Informační přehled o nedostatku ošetřovatelů. (2007). Získáno 19. března 2010 od [www.aacn.nche.edu/Media/FactSheets/NursingShortage.htm](http://www.aacn.nche.edu/Media/FactSheets/NursingShortage.htm)

Aiken, L.H., Clarke, S.P., & Sloane, D.M. (2002). Nemocniční personál, organizace a kvalita péče: přeshraniční nálezy. Mezinárodní časopis kvality ve zdravotnictví, 14, 5-13.

Beaudoin, L.E., & Edgar, L. (2003). Pohostiny: Jejich význam pro kvalitu pracovního života zdravotních sester. Sestra Ekonomika 21(3), 106-113.

Bowles, C., & Candela, L. (2005). První pracovní zkušenosti nedávných absolventů RN: Zlepšení pracovního prostředí. Časopis ošetřovatelské správy, 35(3), 130-137.

Chinnis, A.S., Summers, D.E., Doer, C., Paulson, D.J., & Davis, S.M. (2001). Metodika Q: Nový způsob hodnocení spokojenosti zaměstnanců. Časopis ošetřovatelské správy, 31(5), 252-259.

Cline, D., Reilly, C., & Moore, J.F. (2003). Co stojí za obratem RN? Ošetřovatelský management, 34(10), 50-53.

DiMiglio, K., Padula, C., Piatek, C., Korber, S., Barrett, A., Ducharme, M., Corry, K. (2005). Soudržnost skupiny a spokojenost zdravotních sester: Zkoumání přístupu k budování týmu. Časopis ošetřovatelské správy, 35(3), 110-120.

Gallup. (2005). Klíč zapojení zdravotní sestry ke snížení lékařských chyb. Načteno 19. března 2010 od: [www.gallup.com/poll/20629/nurse-engagement-key-reducing-medical-errors.aspx](http://www.gallup.com/poll/20629/nurse-engagement-key-reducing-medical-errors.aspx)

Heath, J., Johanson, W., & Blake, N. (2004). Zdravé pracovní prostředí: Potvrzení literatury. Časopis ošetřovatelské správy, 34(11), 524-530.

Hoffman, E. (2008). Maslowův efekt: Humanistický odkaz pro ošetřovatelství. Americká sestra Dnes, 3(8), 36-37.

Holtom, B.C., & O'Neill, B.S. (2004). Pracovní místo: Teoretický základ pro vypracování komplexního plánu retence zdravotních sester. Časopis ošetřovatelské správy, 34(5), 216-227.

Hughes, R.G., & Rogers, A.E. (2004). Jsi unavený? Spánková deprivace ohrožuje zdraví sester - a ohrožuje pacienty. Americký časopis ošetřovatelství, 104(3), 36-38.

Lékařského ústavu. (2004). Udržování pacientů v bezpečí: Transformace pracovního prostředí zdravotních sester. Načteno 20. března 2010 od <http://books.nap.edu/openbook.php?record%5Fid=10851&page=48>

Kalisch, B.J., Curley, M., & Stefanov, S. (2007). Intervence ke zlepšení týmové práce a angažovanosti ošetřovatelského personálu. Časopis ošetřovatelské správy, 37(2), 77-84.

Kanter, R.M. Muži a ženy z korporace. 2. vydání. New York, NY: Základní knihy.

Kramer, M., & Schmalenber, C. (2008). Potvrzení zdravého pracovního prostředí. Sestra v kritické péči, 28, 56-63.

Kramer, M., Schmalenberg, C., Maguire, P., Brewer, B.B., Burke, R., Chmielewski, L., & Waldo, M. (2008). Struktury a postupy umožňující zdravotním sestrám kontrolovat jejich praxi. Western Journal of Nursing Research, 30(5), 539-559.

Jezero, E.T. (2002). Vývoj měřítka cvičné životní prostředí indexu ošetřovatelské práce. Výzkum v ošetřovatelství a zdraví, 25, 176-188.

Laschinger, H.K.S., Almost, J., & Tuer-Hodes, D. (2003). Posílení pracoviště a magnet nemocniční charakteristiky: Vytvoření spojení. Časopis ošetřovatelské správy, 33(7/8), 410-422.

Leurer, M.D., Donnelly, G., & Domm, E. (2007). Strategie uchovávání zdravotních sester: Poradenství od zkušených registrovaných zdravotních sester. Časopis zdravotnické organizace a managementu 21(3), 307-319.

Maslow, A.H. (43. Teorie lidské motivace. Psychologická recenze 50, 70-396.

Montalvo, I. (2007). Národní databáze ukazatelů kvality ošetřovatelstvíTM (NDNQI®). OJIN: Online časopis problémů v ošetřovatelství, 12(3). DOI: 10.3912/OJIN. Vol12No03Man02

Rogers, A.E., Hwang, W.T., & Scott, L.D. (2004). Vliv pracovních přestávek na výkon zaměstnanců. Časopis ošetřovatelské správy, 34(11), 512-519.

Rosenstein, A. (2002). Vztahy mezi sestrou a lékařem: Dopad na spokojenost a udržení zdravotních sester. Americký časopis ošetřovatelství, 102(6), 26-34.

Scott, L.D., Hofmeister, N., Rogness, N., & Rogers A.E. (2010). Implementace programu protiopatření proti únavě pro sestry: Analýza skupiny zaměření. Časopis ošetřovatelské správy, 40(5), 233-240.

Shader, K., Broome, M.E., Broome, C.D., West, M.E., & Nash, M. (2001) Faktory ovlivňující spokojenost a očekávaný obrat zdravotních sester v akademickém lékařském centru. Časopis ošetřovatelské správy, 31(4), 210-216.

Štefánikova, A. (2009). Hodinové přestávky na jídlo mimo jednotku. Americký časopis ošetřovatelství, 109(1), 64-66.

Zangaro, G.A. & Soeken, K.L. (2007). Metaanalýza studií spokojenosti sester s prací. Výzkum v ošetřovatelství & zdraví 30, 445-458.

~~~~~~~~

Lisa Groff Paris, DNP, RNC-OB, C-EFM a Mary Terhaar, DSNc, RN

Dr. Groff Paris je specialistou na vzdělávání v Lékařském centru Greater Baltimore (MD). BSN získala na University of Maryland, magisterský titul v ošetřovatelském vzdělávání na Hood College (Frederick, MD) a titul DNP na Johns Hopkins School of Nursing (Baltimore). Lisa je certifikována jak v lůžkové porodní péči, tak v elektronickém monitorování plodu. Více než 20 let pracuje na vývoji a mentoringu zdravotních sester v akademickém i nemocničním prostředí pro rozvoj zaměstnanců. Svou práci zaměřila na zlepšení praxe nemocničních sester, posílení spolupráce mezi zdravotnickými pracovníky a zlepšení výsledků perinatální péče. lgparis@gbmc.org.

Dr. Terhaar je odborným asistentem na Johns Hopkins School of Nursing (Baltimore). Titul BSN získala na Emmanuel College (Boston, MA) a tituly MSN i DNSc na Katolické univerzitě Ameriky ve Washingtonu DC. Dr. Terhaar má více než 30 let zkušeností se zlepšováním výsledků, podporou klinických lékařů v praxi a rozvojem pracovní síly a vedení pro budoucnost ošetřovatelství a zdravotní péče. Její odborné znalosti a stipendia se zaměřují na posílení interdisciplinární spolupráce, rozvoj silného prostředí odborné praxe, zdokonalování systémů na podporu vynikajících výsledků a rozvoj odborných znalostí v oblasti perinatálního a novorozeneckého ošetřovatelství. mterhaa1@son.jhmi.edu.

Výkladový slovník

Human needs – lidské potřeby

Physiogical needs – fyziologické potřeby

Safety – bezpečnost

Belonging – sounáležitost

Esteem – úcta

self-actualization – seberealizace

nursing practice suggests – ošetřovatelská praxe naznačuje

best practices possible – osvědčené ošetřovatelské metody

decision-making models – rozhodující modely

nurse – zdravotní sestra

quality of care – kvalitní péče

Low Risk Neonatal Certification – nízkorizikový novorozenecký certifikát

Lactation Specialists – laktační specialisté

Surgical Intensive Care Unit implemented – chirurgická jednotka intenzivní péče

Coordinate the care – koordinace péče

Major barrier – zjištěná bariéra

Bedside nurse – noční sestra

improving teamwork between nursing and ancillary personnel -

basic human need – základní lidské potřeby

computerized documentation – počítačová dokumentace

departments – oddělení

Výklad textu z vybraného článku

Tento článek mě zaujal díky prokázání působení Maslowově pyramidě v hierarchii lidských potřeb, na sesterský personál. Článek sám o sobě pojednává o studii na novorozeneckém oddělení, kde byla použita na sestrách právě metoda této teorie, která v závěru skutečně prokázala účinek a dopad, který je díky plnění potřeb v této pyramidě velice úspěšný.

Výzkum se zaměřuje hlavně na pauzy, jak na oběd, tak i jen na trochu oddechu. Prokázalo se totiž, že hlavním aspektem, který sestry nedodržují jsou právě přestávky. Ve většině případů dochází k tomu, že se sestry vůbec nezastaví na pauzu na oběd. Proto se studie v první fázi zaměřila hlavně na dodržování přestávek, díky kterým by sestry měli být schopné obnovit svou energii k práci. Nejčastější příčinou odchodu sester z nemocnic je stres na pracovištích. Studie chtěla prokázat, že pokud budou všechny aspekty pyramidy splněny bude situace na pracovištích méně stresující. Sestry tedy dostaly jednotlivé metody postupů, kterými se měli řídit, aby se situace na oddělení zlepšila. Sestry tudíž dodržovali nejen tyto metody, ale také přestávky na oběd. Díky tomu došlo po nějaké době k viditelnému zlepšení nejen podmínek na pracovištích, jak mezi sestrami, tak i pomocného personálu, ale také sestry se cítili mnohem lépe díky odpočinku, který dodržovali.

 Mezi první a druhou fází tohoto projektu byli vytvořeny tzv. nástroje, které měli právě sestrám a pomocnému personálu dopomoci ke zlepšení komunikace. Prvním nástrojem byl strategický nástroj, určující rozvržení sdělování a struktury předávaných informací. Druhým nástrojem byla diskusní metoda, tedy zaměření se na co nejlepší komunikační možnosti v diskuzi při předávání směn. A posledním nástrojem byl analytický, který shrnoval, jak zprostředkovat a vyhodnotit data sdělená, nebo sdělovaná členům týmu. Díky těmto nástrojům byla vylepšena nejen technika komunikace mezi jednotlivými členy personálu, ale i mezi sestrami a doktory.

Celý výzkum byl tedy rozdělen do tří fází, ve kterých se zkoumal postup právě zlepšení. V každé fázi byl sestrám dán dotazník, kde mohli nejen odpovídat předem danými odpověďmi, ale na konci dotazníku byla také možnost pro postřehy a nápady na zlepšení. Tyto nápady byli pro každou fázi vyhodnoceny výborem, který následně ustanovil, jaké poznámky přidělit do další fáze. Na konci třetí fáze bylo jasně prokázáno, že se u sester o několik procent vždy posunuli výsledky k lepšímu. Do tohoto procesu byli také zapojeny sestry nočních směn, které se díky pravidlům a postupům pro sdělování informací, také mohli vyjadřovat k vylepšením či poznatkům. Dle zpětných vazeb, které jsou v článku uvedeny, si sestry tento pokus užili a odnesli si z něj několik dobrých poznatků.

Další velkou částí tohoto článku, je sdělování a sběr těchto dat od sester. K tomu sloužil, jak už jsem psala dotazník, ve kterém byli otázky s určenými odpověďmi. Tedy pokud otázka zněla: „Jak dlouhou máte pauzu na oběd?“ odpověď zněla: „a) méně než dvacet minut b) dvacet až třicet minut c) více než třicet minut“ Touto formou otázek se tedy o prvním šetření zjistilo, že většina sester nemá pauzy na oběd buďto vůbec nebo méně než dvacet minut. Po sestavení plánu se tedy dalo za úkol, aby si každá sestra vzala minimálně půl hodiny na oběd, kdy nebude řešit nic z oddělení, také bylo doporučeno obědvat jinde než na oddělení, čímž se změní prostředí a měl by polevit tlak na sestry. Většina sester, která toto doporučení dodržela, významně pocítila zlepšení, nejen v podobě menšího stresu, ale i v podobě odpočinku, který byl potřeba. Druhé šetření prokázalo procentuální zlepšení, někdy až o deset procent. Díky tomu, jak byl tento projekt sestaven, zde hráli velkou roli i noční sestry, které napomáhali k analýze dat i doporučeným změnám.

Závěrem je v článku dodatek o změnách v průběhu doby, ke kterým dochází jako je například převádění dat a veškerých poznámek a dokumentací do počítačové formy. Také spoléhání se již i na jiná oddělení, nejen na jedno jediné. Změna prostředí také zahrnuje i změnu v péči, která se také neustále vyvíjí a vylepšuje, aby byla ke prospěchu hlavně pacientům, ale i sestrám. Není dáno, že při zlepšení kvality péče pro pacienty, je vyloučena kvalita péče pro sestry, právě naopak, je tento systém „péče“ uveden právě pro sestry, které mnohdy upřednostňují své pacienty nad svými vlastními potřebami a tím se dostávají do situací, které mohou být stresující a mnohdy vedou právě k brzkému ukončení pracovního poměru.

Závěrem bych ráda dodala, jak byl tento článek inspirativní a dopomohl mnoha sestrám ke zlepšení jejich psychického stavu. Díky této studii bylo prokázáno, že péče o sebe, je stejně důležitá jako péče o druhé. Proto je důležité nenabírat na sebe příliš mnoho úkonů a dokázat si také odpočinout a oddělit práci od soukromí. Dále je nutné naplnit nejen potřeby druhých, ale i ty své v míře, která je individuálně dána našimi pocity a potřebami.