

UNIVERZITA KARLOVA
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství



Petronela Minaříková

**Spokojenost sester s pracovními podmínkami na
odděleních interního typu**

*Satisfaction of nurses with working conditions in
internal departments*

Bakalářská práce

Praha, 2019

Autorka práce: Petronela Minaříková

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Marie Zvoníčková

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství 3. LF UK**

Předpokládaný termín obhajoby: 24. 6. 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací. Potvrzuji, že tištěná i elektronická verze v Studijním informačním systému UK je totožná.

V Praze dne

Petronela Minaříková

Poděkování

Mé poděkování patří především PhDr. Marii Zvoníčkové za odborné vedení práce, její ochotu, podporu, vlídný přístup a cenné rady, které jsem dostávala v průběhu celého procesu od sběru dat až po formulování teoretické části.

Obsah

| | |
|--|-----------|
| OBSAH | 1 |
| ÚVOD..... | 2 |
| 1 TEORETICKÁ ČÁST | 3 |
| 1.1 CHARAKTERISTIKA INTERNÍHO ODDĚLENÍ | 3 |
| 1.1.2 <i>Ambulance</i> | 4 |
| 1.1.3 <i>Vyšetřovací část</i> | 5 |
| 1.1.4 <i>Lůžková část</i> | 5 |
| 1.1.5 <i>Akutní péče</i> | 6 |
| 1.1.6 <i>Nejčastější onemocnění pacientů na interním oddělení</i> | 6 |
| 1.2 CHARAKTERISTIKA PRÁCE SESTRY NA LŮŽKOVÉM ODDĚLENÍ INTERNÍHO TYPU | 7 |
| 1.2.2 <i>Charakteristické rysy moderního ošetrovatelství</i> | 7 |
| 1.2.3 <i>Poskytování ošetrovatelské péče</i> | 8 |
| 1.2.4 <i>Charakteristika pacientů hospitalizovaných na lůžkovém oddělení</i> | 9 |
| 1.3 PRACOVNÍ SPOKOJENOST | 12 |
| 1.3.1 <i>Spokojenost zdravotních sester</i> | 13 |
| 1.3.2 <i>Týmová práce</i> | 14 |
| 2 VÝZKUMNÁ ČÁST | 17 |
| 2.1 METODIKA | 17 |
| 2.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU | 19 |
| 2.3 GRAFY | 21 |
| 3 DISKUZE..... | 31 |
| 4 ZÁVĚR | 35 |
| 5 ZDROJE | 36 |

Úvod

Ve své bakalářské práci se věnuji výzkumu na téma *Spokojenost sester s pracovními podmínkami na odděleních interního typu*. Toto téma jsem zvolila primárně proto, že mě zajímá sesterská problematika, která je v současné době neustále politicky i veřejně řešena.

Teoretickou část své práce jsem rozdělila na tři hlavní kapitoly. V první kapitole charakterizují interní oddělení, jeho zaměření a části, které jsou nedílným článkem celkové hierarchie a chodu oddělení. Druhá kapitola se zaměřuje na práci sestry, a to konkrétně na lůžkovém oddělení interního typu. Definuji charakteristické rysy moderního ošetrovatelství a popisují jejich aplikaci do ošetrovatelské péče, prostřednictvím které musí sestra pokrýt široké pole působnosti ve významu vědomostním i schopnostním. V neposlední řadě přibližují i problémy pacientů na lůžkovém oddělení interního typu, se kterými se sestra (v ošetrovatelské péči) pravidelně potýká. Poslední kapitola teoretické části definuje pracovní spokojenost a popisují podněty, které mají vliv na její pozitivní či negativní manifestaci. Ve třetí kapitole popisují tým a týmovou práci, která je významným aspektem při pracovní spokojenosti sester.

Ve výzkumné části se nejdříve věnuji metodice výzkumu. Analyzuji deset otázek, které mě zaujaly, graficky je znázorňuji a výsledky popisují. V závěru následuje diskuze, kde pomocí odborných článků dokládám a vyzdvihuji důležitost probíraných otázek, které hrají významnou roli ve spokojenosti sester s pracovním prostředím stejně jako v jejich intencích opustit povolání.

1 Teoretická část

1.1 Charakteristika interního oddělení

Interní oddělení patří k základním oddělením nemocniční péče spolu s gynekologicko-porodnickým, dětským a chirurgickým oddělením. Jsou zde léčeni pacienti s onemocněním vnitřních orgánů. Základní medicínský obor, který se těmito onemocněními zabývá, se jmenuje vnitřní lékařství. Klener a kolektiv ve své knize *Základy vnitřního lékařství pro bakalářské studium* používá negativní definici vnitřního lékařství a označuje ho jako „*obor zabývající se chorobami neléčitelnými chirurgicky*“.

V minulém století totiž lékařská klinika zahrnovala všechny neoperativní obory, avšak dnes ji nazýváme interní klinikou neboli klinikou nemocí vnitřních. Historické události, jako byla druhá světová válka, odhalily nutnost specializovaných diagnostických i terapeutických postupů, které si vyžadují speciální vzdělání. Tímhle způsobem došlo k postupnému oddělení neurologie, psychiatrie a infekčních chorob. (Klener 1996; Klener 1999)

V rámci vlastní interny se formovaly další podobory:

- **pneumologie** – choroby dýchacího ústrojí
- **kardiologie** – choroby srdce
- **hematologie** – choroby krve a krvetvorné tkáně
- **revmatologie** – choroby pohybového ústrojí
- **gastroenterologie** – onemocnění trávicího ústrojí
- **endokrinologie** – choroby žláz s vnitřní sekrecí
- **hepatologie** – choroby jater a žlučových cest
- **nefrologie** – choroby ledvin a vývodných cest močových
- **diabetologie** – cukrovka (diabetes mellitus)
- **gerontologie** – problematika stáří (geriatrie)

Na interním oddělení se léčí i nemocní se zhoubnými novotvarami. Nádorovým bujením se zabývá **onkologie**, která tvoří samostatný obor. Při léčbě i vyšetření je však potřebná mezioborová spolupráce. (Klener 1996; Šafránková 2006)

Množství nových poznatků přinesla a stále přináší superspecializace, která je také nutným předpokladem vědeckého pokroku. Nese s sebou však i četné nevýhody. Vytrácí se schopnost interakce a vzájemných vazeb i celistvý pohled na nemocného. (Klener 1999; Šafránková 2006)

Základní zásady přístupu k nemocnému však zůstávají stejné i bez ohledu na zaměření interního oddělení. (Klener, 1999)

Základními částmi interního oddělení (kliniky vnitřního lékařství) jsou:

- 1) ambulance
- 2) vyšetřovací oddělení
- 3) lůžkové oddělení
- 4) lůžka akutní péče

1.1.2 Ambulance

Nemocný přichází na ambulanci na základě písemného doporučení praktického lékaře nebo v případě akutní příhody (dekompenzace diabetu, infarkt myokardu, embolizace aj.), kdy přijde pacient sám nebo je přivezen rychlou záchrannou službou. Pacienta na ambulanci vyšetří lékař ve spolupráci s ambulantní sestrou. Základním podkladem pro stanovení diagnózy je důkladné vyšetření nemocného. (Šafránková, 2006)

Mezi základní vyšetřovací metody patří: anamnéza, základní fyziologické funkce, fyzikální vyšetření, základní vyšetření krve a moče, EKG, RTG plic, případně další vyšetření podle indikace ošetřujícího lékaře. Na základě výsledků rozhodne lékař o dalším postupu. Zajistí nevyhnutnou léčbu v prvních momentech a rozhodne o potřebě hospitalizace. (Klener 1999; Šafránková 2006)

Ambulance je místo, kde dochází k prvnímu kontaktu nemocného se zdravotnickým personálem. Veškerý zdravotnický personál by si měl uvědomit, že pacient přichází se zdravotními obtížemi, a proto nepříjemné klima v mezilidských nebo individuálních vztazích personálu může jeho zdravotní stav a psychiku zhoršit nebo znepríjemnit. Empatický přístup, vlídné slovo, ohled na

studie pacienta a dostatek informací jsou důležité kroky k získání pacientovy důvěry. (Farkašová 2005; Šafránková 2006)

1.1.3 Vyšetřovací část

Vyšetřovací část interního oddělení je určena pro pacienty ambulantní, hospitalizované, přicházející z domova na doporučení lékaře po objednání či pro akutně přijaté nemocné.

Vyšetřovací metody můžeme rozdělit na:

- Základní, do kterých se řadí laboratoře k vyšetření biologického materiálu, rentgenologické oddělení, ultrazvukové oddělení a endoskopické oddělení.

- Speciální, kam se řadí ergometrie, spirometrie, pneumologické pracoviště, cévní vyšetřovna, aj.

Na těchto odděleních pracují lékaři specialisté, všeobecné sestry i sestry specialistky, laboranti, techničtí pracovníci a další zdravotničtí pracovníci nelékařských oborů. (Šafránková, 2006)

1.1.4 Lůžková část

Základ tvoří oddělení neboli standardní lůžková jednotka, jejichž počet i velikost závisí na velikosti nemocnice. Za organizaci a kvalitu poskytované péče odpovídá vedoucí lékař a staniční sestra dané lůžkové jednotky.

Na oddělení se nachází *pokoje pro nemocné, sociální zařízení, koupelna, jídelna, společenská místnost* (pro tyto účely je často využívána i jídelna), *kuchyňka, vyšetřovna, pracovna sester, prostory na uskladnění a místnost pro čištění pomůcek (čistička)*. (Šafránková, 2006)

1.1.5 Akutní péče

Akutní péče zajišťuje poskytování odborné specializované péče pacientům v ohrožení základních životních funkcí buď z důvodu náhlé změny zdravotního stavu, nebo je nutná monitorace pacienta kvůli plánovanému výkonu. (Šafránková, 2006)

Patří sem *JIP* (jednotka intenzivní péče), *metabolická jednotka*, *koronární jednotka* aj. Kromě běžného zařízení, které je i na standardní ošetrovací jednotce, je na oddělení akutní péče potřebné speciální přístrojové vybavení (ventilátory, defibrilátory, kardiostimulátory, odsávací zařízení, dialyzační přístroj, aj.). Pro manipulaci s nimi musí být sestry speciálně vyškoleny.

Součástí oddělení pro akutní péči bývá i operační sálek pro invazivní zákroky (např. tracheotomie). Pracují zde sestry odborně připraveny pro ošetřování nemocných v intenzivní péči označované jako sestry specialistky. (Farkašová 2005 et al.; Šafránková 2006)

1.1.6 Nejčastější onemocnění pacientů na interním oddělení

Mezi nejčastější onemocnění pacientů na interním oddělení se řadí civilizační choroby jako hypertenze, infarkt myokardu a diabetes mellitus, který může vést k nepříjemným komplikacím spojeným až s amputací nohy. Často se vyskytuje také ischemická choroba srdeční, srdeční selhávání, trombóza a ischemická choroba dolních končetin a nemoci žil. V neposlední řadě se tady léčí cévní choroby, které patří mezi nejčastější příčiny úmrtnosti a nemocnosti v České republice.

Na interním oddělení se setkáváme i s pacienty přijatými pro život ohrožující stavy, jako je otrava návykovými látkami, léky nebo houbami. (Farkašová et al., 2005)

1.2 Charakteristika práce sestry na lůžkovém oddělení interního typu

Pro ošetrovatelský proces je charakteristická kontinuální práce sestry, kdy je v trvalém kontaktu s nemocným, jeho rodinou a pozná jeho sociální prostředí. (Staňková 1996; Šafránková 2006)

1.2.2 Charakteristické rysy moderního ošetrovatelství

Podle Koncepce českého ošetrovatelství z roku 2004 je hlavním cílem ošetrovatelství *„systematicky a komplexně uspokojovat potřeby člověka s respektem k individuální kvalitě života, vedoucí k udržení nebo navrácení zdraví, zmírnění fyzické i psychické bolesti v průběhu umírání. Při dosahování těchto cílů ošetrovatelský personál úzce spolupracuje s nemocným, lékaři, dalšími zdravotnickými pracovníky a jinými odbornými pracovníky.“*

Podle Koncepce jsou definovány i charakteristické rysy moderního ošetrovatelství, a to jako:

- *„Poskytování aktivní ošetrovatelské péče“*
- *„Poskytování individualizované péče pomocí ošetrovatelského procesu“*
- *„Poskytování ošetrovatelské péče na základě vědeckých poznatků podložených výzkumem“*
- *„Holistický přístup k nemocnému“*
- *„Preventivní charakter péče“*
- *„Poskytování péče ošetrovatelským týmem složeným z různě kvalifikovaných pracovníků“*

1.2.3 Poskytování ošetrovatelské péče

Sestry poskytují aktivní a pasivní ošetrovatelskou péči pomocí ošetrovatelského procesu.

Na interním lůžkovém oddělení pracují převážně všeobecné sestry (Absolventi střední zdravotnické školy – SZŠ pro poslední nastupující ročník 2003/2004, pro nastoupené od roku 2004/2005 už ukončení jako zdravotnický asistent. Všeobecná sestra byla přesunuta na vyšší či vysoké zdravotnické školy.) v třisměnném provozu. Spolupracují s ostatními nelékařskými pracovníky, jako jsou zdravotnický asistent, fyzioterapeut, nutriční terapeut/asistent aj.

Sestry se také mohou v různých oblastech specializovat na ošetrování pacientů prostřednictvím dalšího specializačního vzdělávání v akreditovaných vzdělávacích zařízeních. (Šafránková 2006)

Poskytování ošetrovatelské péče sestry vykonávají většinou prostřednictvím skupinového systému, nebo systému primárních sester. Na interním oddělení se často léčí starší, dlouhodobě chronicky nemocní a ležící pacienti, proto je náročnost ošetrovatelské péče na tomto oddělení vysoká. Sestry často zabezpečují komplexní základní ošetrovatelskou péči, která zahrnuje i zajištění veškeré obsluhy pacienta, polohování i péči o inkontinenci. Mimo to musí vykonávat i náročnou odbornou činnost. Je také nutné umět od pacientů získat potřebné informace pro stanovení ošetrovatelských problémů, plánování a uskutečnění ošetrovatelské péče. Následkem takové náplně práce je velké pracovní, psychické i fyzické vyčerpání sester. (Šafránková 2006)

Pro interní oddělení jsou kromě běžné ošetrovatelské péče charakteristické i činnosti:

- diagnostické
 - odběry biologického materiálu, příprava na vyšetření a ošetření pacienta po vyšetření

- potřeba znát techniky odběrů a postupy vyšetřovacích metod pro správnou přípravu a schopnost informovat pacienta
- terapeutické
 - podávání léků per os, injekcemi, inhalacemi aj., základní rehabilitace
 - potřeba znát různé skupiny léků a jejich účinky jako i správné podání, dostatečné odborné znalosti z rehabilitační péče
- preventivní
 - edukace při prevenci chorob, poučení o výživě a nácvik aplikace léků (např. inzulinu při diabetu)
 - potřebná velká trpělivost a pedagogicko-psychologické znalosti
- administrativní
 - shromažďování informací, zaznamenávání do dekursu a ošetrovatelské dokumentace, objednávání pacientů na vyšetření, psaní žádanek, zakládání výsledků vyšetření aj.
 - potřebná dobrá schopnost práce s počítačem

1.2.4 Charakteristika pacientů hospitalizovaných na lůžkovém oddělení

Národní program komplexní interní péče říká: *„Pozitivní trend prodlužování průměrného věku v naší zemi je jistě spojen s nárůstem polymorbidity, neboť celá řada osob se dožívá vyššího věku právě proto, že současná úroveň medicíny umožňuje přežití navzdory řadě současně se vyskytujícím onemocněním.“* (Češka, 2013)

Úmrtnostní tabulky ČSÚ (Český statistický úřad) z roku 2016 ukazují, že průměrně se muži dožívají věku 76,2 let a u žen dosahuje výška průměrného věku 82,1 roku. (Němečková, 2018)

Holmerová definuje věk 60–75 let jako rané stáří, věk v rozmezí 75–90 let jako vlastní stáří nebo senium a při věku nad 90 let jde o dlouhověkost. (Holmerová, 2007) I když se stáří samo o sobě mezi choroby neřadí, s narůstajícím věkem podíl zdravých jedinců výrazně klesá. (Klener, 1996)

Dost často se u starých lidí setkáváme s nižší intenzitou symptomatologie chorob, kdy může i závažné onemocnění probíhat prakticky bez příznaků. Může dojít k maskování onemocnění různými dlouhodobými nevýraznými symptomy, jako je deprese, apatie, únava, nebo se také může manifestovat symptomy postižení jiného orgánu, například infarkt myokardu se projeví mozkovou příhodou, případně zmateností kvůli nedostatečnému prokrvení mozku. Zhoršení sociální adaptace, kdy dochází ke ztrátě zájmu o okolí a sebe samého, může být také znakem závažného onemocnění. U akutních onemocnění starých lidí je častý protražovaný průběh onemocnění, který výrazně ovlivňuje zdravotní stav daného jedince (např. pneumonie). Velmi častý je také rozvoj komplikací. Například při fraktuře krčku stehenní kosti se objevují dekubity, vyskytuje se embolizace do plic a častá je i pneumonie. Velmi častá patologie u starých lidí je způsobována především snižováním pocitu žízně, což vede k rozvoji dehydratace, která se opět může projevit v centrálním nervovém systému, kde se manifestuje v podobě dezorientace nebo zmatenosti. (Klener, 1996)

Co se týče rehabilitace starých pacientů, je považována za zátěžovou a obtížně řešitelnou situaci, která zahrnuje sociální rehabilitaci, adaptaci na nové prostředí, komunikaci a kontakt se zdravotnickým personálem stejně jako se spolupacienty. V důsledku přechodu z důvěrně známého prostředí do méně familiárního s množstvím neznámých lidí je u hospitalizovaných častý výskyt dezorientace a amence. Změna zdravotního stavu je často důsledkem změny psychického rozpoložení nebo náhlé změny sociální situace jako například úmrtí manžela/ky. (Klener, 1996)

Ze strany sestry je u starých lidí potřebná větší pozornost než u pacientů mladého nebo středního věku, kteří mají onemocnění jasně definované. Mimo zvýšené potřeby běžné monitorace pacientů, například z důvodu změn účinnosti podávaných léků, je u starých pacientů nutná i pomoc s běžnými denními činnostmi a hygienou. Jejich nedostatečnost a zanedbání vedou ke vznikům infekcí a mají dopad i na psychické zdraví jedince z důvodu zvýšené izolace od okolí. Při zmatenosti starých pacientů je důležitá i monitorace tlumení pomocí medikamentů v souvislosti s omezením hybnosti a útlumem dýchání, což může mít za následek zhoršení zdravotního stavu. (Klener, 1996)

U těchto pacientů se často vyskytují také problémy s močením i stolicí nebo už jde o retenci či inkontinenci. Při inkontinenci se vyskytují dva problémy, a to buď zbytečné zavedení močového katétru, což může vést k rozvoji močové infekce, nebo může při špatném ošetřování dojít ke vzniku a rozvoji dekubitů. (Klener, 1996)

V případě, že to zdravotní stav dovoluje, je u starších pacientů potřebná časná a důsledná mobilizace, jako je posazování a postavování. Na pohybové rehabilitaci se kromě fyzioterapeuta podílí i sestra na oddělení, která musí polohovat na lůžku staršího pacienta i v případě zachovaného vědomí a nabádat ho k pohybu.

Starší pacienti si po vyřazení z domácího prostředí přijdou osamělí a opuštění. Sestra proto musí věnovat čas i psychickému stavu pacienta prostřednictvím komunikace. (Klener, 1996)

Oddělení, kde vyšší procento hospitalizovaných tvoří starší pacienti, jsou vždy z ošetrovatelského hlediska náročnější. U všech hospitalizovaných však platí, že cílem je zajistit co největší kvalitu života, nikoli jeho prodloužení. (Klener, 1996)

1.3 Pracovní spokojenost

Pojmem pracovní spokojenost či nespokojenost je vyjadřován vztah člověka k práci, který je zařazený do pracovního procesu. Řeší/hodnotí se jeho postoje k práci stejně jako důležitost práce v životě daného jedince. (Plevová, 2012)

Pod pracovní spokojenost spadají všechny projevy pracovníka ve vztahu k práci, kterou vykonává, k prostředí, ve kterém ji vykonává, a v neposlední řadě ve vztahu k pracovnímu kolektivu. V případě, že se shodují hodnoty organizace, ve které jedinec pracuje, s osobními hodnotami tohoto pracovníka a pokud jsou tyto hodnoty a přání uspokojovány při každodenních činnostech, dostavuje se pracovní spokojenost.

Míru pracovní spokojenosti je možné určit pomocí osobního ohodnocení prostřednictvím stupnice. Jeden konec stupnice je negativní, druhý pozitivní a uprostřed mají nulovou hodnotu. Nadměrná spokojenost či nespokojenost jsou však považovány za škodlivé. Jako optimální se uvádí „mírná spokojenost“ nebo někdy i „zdravá nespokojenost“, která může hrát klíčovou roli pro stimulaci potřebných změn. (Plevová, 2012)

Pracovní spokojenost není hodnota stálá, naopak se odvíjí od objektivních a subjektivních faktorů stejně jako od individuality jedince. V roli pracovní spokojenosti nejsou důležité pouze materiální stimuly, je potřeba se zaměřit i na podporu pozitivní motivace. (Plevová, 2012)

Mezi základní faktory, od kterých se pracovní spokojenost odvíjí, se také řadí:

- **Vnější** – významný vliv na pracovní spokojenost, na pracovníkovi nejsou závislé (vybavení pracoviště, styl a způsob vedení, mzda, charakteristika pracovní činnosti aj.)

- **Vnitřní** – mají prokazatelný dopad na pracovní spokojenost (osobnostní charakteristiky jedince jako pohlaví, věk, vzdělání, ale i vlastnosti a schopnosti daného jedince aj.)

Mzda je příkladem dissatisfaktoru, což znamená, že v případě její nedostatečnosti může dojít k pracovní nespokojenosti. Na druhé straně dostatek finančních prostředků nezajišťuje spokojenost z dlouhodobého hlediska. (Plevová, 2012)

Charakter práce určitě přispívá ke spokojenosti v případě, že je práce pestrá a zajímavá a umožňuje pracovníkovi seberealizaci. (Plevová, 2012)

Způsob vedení může působit negativně na pracovní spokojenost v případě nedůslednosti, nespravedlnosti a nerozhodnosti nebo nesprávně zvoleného stylu vedení. Naopak pozitivní efekt na spokojenost svých podřízených může mít způsob vedení v případě dostatečné sociální citlivosti, rozhodnosti, odborného růstu podřízených, možnosti podílet se na rozhodování a v neposlední řadě spravedlnosti ze strany vedení. (Plevová, 2012)

Vztahy na pracovišti zahrnující formální i neformální interakce se spolupracovníky (sdílení, přátelství, konflikty, neshody aj.). Jsou významným faktorem ovlivňujícím spokojenost v práci. (Plevová, 2012)

Fyzické podmínky práce hrají klíčovou roli v dopadu na pracovní spokojenost, zejména když jsou nepříznivé, nebo až škodlivé (proudění vzduchu, teplota, osvětlení nebo uspořádání pracoviště aj.) (Plevová, 2012)

Péče o pracovníky ve smyslu zaměstnaneckých výhod je důležitá pro udržení kvalitních pracovníků a zvýšení atraktivity pro pracovníky nastupující. Patří k významným faktorům přispívajícím k pracovní spokojenosti. (Plevová, 2012)

1.3.1 Spokojenost zdravotních sester

Zdravotnictví zaměstnává přibližně deset procent všech pracujících v celé Evropské unii. Udržení stávajících a získávání nových pracovníků se v současné době stává klíčovým tématem debat mnohých zdravotnických odborníků. Profese všeobecné sestry, která je komplikovaná znalostně, fyzicky i emocionálně, je

v současnosti pro společnost nepostradatelná. V porovnání se zahraničím však není dostatečně doceněna. (Vévoda, 2013)

Zdravotní péče od pracovníků ve zdravotnictví vyžaduje neustálou koordinaci, pozornost a integraci. Proto je důležitá týmová práce, kvalitní komunikace, prioritizace zdraví a bezpečnosti práce a způsobilost k výkonu povolání. Všechny tyto aspekty úzce souvisí s pracovní spokojeností. V současnosti se pozornost zaměřuje na vytvoření prostředí, díky kterému by se omezila fluktuace pracovníků ve zdravotnictví a je hmatatelná snaha zabránit problémům, které pramení z jejich nedostatku. (Vévoda, 2013)

Za příčiny nespokojenosti a odchodu sester ze zaměstnání se podle studie z roku 2001 považují stres a fyzicky namáhavé práce, nepravidelnost směn, neuspokojivé platové ohodnocení a malá příležitost k pracovnímu postupu, málo času na soukromý život, rodinu a děti a vysoké množství pracovních hodin. Významný faktor představoval i fakt, že sestry nemají podmínky a prostředky k takové péči o pacienty, jakou by si představovaly. (Vévoda, 2013)

Ze strany vedoucí sestry odborníci považují za důležitý faktor spokojenosti dobrou organizaci práce, povzbuzení, podporu a ocenění, motivaci a v neposlední řadě jistotu pracovního místa. (Vévoda, 2013) Jedním z nejdůležitějších aspektů spokojenosti sester v pracovním prostředí je komunikace s kolegy a jejich vzájemné interakce i týmová práce. (Vévoda, 2013)

1.3.2 Týmová práce

„Jednotlivci v týmu jsou na sobě vzájemně závislí, participují na dosažení společného cíle a jsou rovněž za jeho dosažení odpovědni. Jako celek sdílejí úspěch i neúspěch týmu.“ (Plevová, 2012)

1.3.2.1 Zdravotnický tým

Ve zdravotnickém oboru je nepředstavitelná myšlenka, že by zabezpečování komplexní holistické péče a zdraví lidí uskutečňoval jeden člověk. V důsledku zvyšujících se požadavků na ošetrovatelskou a medicínskou péči je kvalitní multidisciplinární tým ve zdravotnictví nevyhnutný. (Plevová, 2012)

Multidisciplinárním týmem je tým zdravotnický, pod který spadají lékaři, sestry, fyzioterapeuti, nutriční terapeuti, sanitáři, psychologové, knězi a další profese, ale také pacient i rodina. Všichni tito členové týmu mají společný cíl, kterým je zdravý, spokojený a soběstačný pacient. Jednotlivé profese mají jasně dané kompetence, na základě kterých je dána činnostní a právní zodpovědnost uvnitř zdravotnického týmu stejně jako dělba práce. Ve zdravotnickém týmu rozhoduje lékař. Sestra je v tomto týmu přímá a nejbližší spolupracovnice lékaře, také s pacientem tráví nejvíce času během plnění ošetrovatelské starostlivosti. (Staňková, 1996; Vytejčková, 2011)

1.3.2.2 Ošetrovatelský tým

Ošetrovatelský tým je součástí zdravotnického týmu a tvoří ho sestry, které mají různý stupeň kvalifikace, ošetrovatelé, sanitáři, pacient a rodina. (Staňková, 1996; Vytejčková, 2011)

Ošetrovatelská péče poskytovaná ošetrovatelským týmem je definována jako „*soubor odborných činností zaměřených na udržení, podporu a navrácení zdraví a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb změněných nebo vzniklých v souvislosti s poruchou zdravotního stavu jednotlivců nebo skupin, rozvoj, zachování nebo navrácení soběstačnosti.*“ (Vytejčková, 2011)

Ošetrovatelskou péči dělíme na:

- **Základní**
 - poskytována pacientům, jejich základní životní funkce nejeví známky patologických změn nebo jsou už stabilizovány

- zdravotní stav pacientům neumožňuje provádět běžné denní aktivity
- péče o výživu, hygienu, pohybovou aktivitu, vyprazdňování aj.
- **Specializovanou**
 - poskytována pacientům, u kterých se projevuje reálné riziko narušení základních životních funkcí nebo jejich psychický stav dosahuje změny patologického rázu, pacienti však neohrožují sebe ani svoje okolí
 - u pacientů dochází k výraznému omezení běžných denních aktivit (neumožnění ze strany zdravotního stavu nebo léčebno-diagnostického postupu)
 - mezi specializovanou péčí se řadí i starostlivost o pacienty trpící závažnými poruchami imunity nebo pacienty v terminálním stádiu, u kterých se nepředpokládá resuscitace
- **Vysoce specializována**
 - poskytuje se pacientům, u kterých základní životní funkce selhávají nebo jejich kopals bezprostředně hrozí
 - poskytuje se pacientům, u kterých nastaly patologické změny v psychickém stavu, které způsobí ohrožení na životě a zdraví pacienta nebo jeho okolí (potřeba omezujících prostředků a stálý dozor)

Součástí ošetrovatelské péče je i péče o nevléčitelně nemocné, kde je cílem zmírnit utrpení, zajistit klidné umírání a důstojnou smrt. (Vytejková, 2011)

2 Výzkumná část

2.1 Metodika

Cílem výzkumu bylo pomocí strukturovaného dotazníku získat data z velké fakultní nemocnice v České republice (ČR) o spokojenosti sester na pracovištích interního typu. Inspirací pro nás byla studie RN4CAST (dotazníková baterie pro sestry – část A).

Celému výzkumnému procesu předcházelo obeznámení vedení nemocnice a vedoucích sester s cílem výzkumu, jeho průběhem a s konkrétními dotazníky. Po udělení souhlasu vedení nemocnice s výzkumem následovalo představení výzkumného týmu sestrám na odděleních, kde jsme data sbírali.

Data pro tento výzkum jsem od sester sbírala během měsíce února 2019 na šesti odděleních interního typu ve velké fakultní nemocnici.

Sběr probíhal dotazováním prostřednictvím strukturovaného dotazníku v elektronické formě pomocí tabletu. Dotazník spokojenosti se sestával ze 70 otázek okruhu – *Vaše práce* – a byl zaměřen na individuální vnímání podmínek na pracovišti a přístup k sestrám ze strany nadřízených. Vyplnění dotazníku bylo dobrovolné a podmínky sběru a ukládání dat byli zabezpečeny tak, aby byla zaručena diskrétnost, soukromí, ochrana a mlčenlivost. Anonymita respondentů zapojených do výzkumu byla posílená jedinečným, individuálním kódem, který si každá sestra losovala sama, bezprostředně před vyplňováním dotazníku.

Na sběr dat jsem chodila upravená jako na ošetrovatelskou praxi. Moje uniforma se skládala z bílých kalhot, bílých ponožek, vhodné obuvi a z modrých fakultních triček, které jsou hlavním poznávacím znamením studentů 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy. Nosila jsem i studentskou kartu kvůli identifikaci. Na oddělení jsem se nejdříve představila a se souhlasem přítomných sester se hned dohodla na sběru dat po denní směně. Při každém sběru jsem byla fyzicky

přítomna pro případ, že by bylo potřeba objasnit některou z otázek. Když se nejasnosti vyskytly, vše jsem si poznamenala a sledovala, zda se budou stejné dotazy k otázkám v dotazníku opakovat. Vždy jsem se snažila zajistit co nejvíce sester na určitou dobu a dohodnuté termíny i časy jsem zapisovala do tabulky, kterou jsem si vyrobila přímo pro tento účel. Tento způsob byl velmi přehledný a organizačně výhodný.

Při odběru dat byl nejčastějším důvodem pro nevyplnění celého dotazníku příjem nového pacienta nebo mimořádná událost, při které byly sestry zaneprázdněny, a musely jsme se tak dohodnout na jiný termín. Dalším důvodem neúspěšného odběru dat bylo bydliště sester, které dojížděly z větší vzdálenosti do zaměstnání a byly odkázány na určité dopravní spojení. Nemohly se tak zdržovat dotazníkem po skončení směny. V každém případě jsme vždy společně hledaly náhradní řešení, které by vyhovovalo oběma stranám, aby mohl být dotazník vyplněn. Sestry byly velmi ochotné i přesto, že po celé směně již cítily vyčerpání. Dotazníky vyplňovaly po skončení své pracovní doby, ve svém volném čase, což byl požadavek protokolu mezinárodní studie RN4CAST.

Za výhodu při sběru dat považuji odlišnou pracovní dobu na odděleních. Z oddělení, kde se sestry střídaly v šest hodin, jsem po odebrání dat pokračovala na oddělení, kde se měnila směna v sedm hodin. Tento příklad je ideální, protože ráno byla větší pravděpodobnost, že budou odebrána data od všech dohodnutých sester. Na odděleních, kde jsem odebírala data od sester po noční směně, jsme se zároveň dohodly na večerní odběr dat se sestrami, které nastoupily na denní směnu. Při ranním sběru dat jsem vždy zkontrolovala, nakolik jsou nabitě tablety, a zajistila jejich dobítí v místnosti, kterou jsme měli k dispozici.

Všechny vyplněné dotazníky byly vždy ihned po vyplnění automaticky odeslány do centrálního úložiště.

Pro svou bakalářskou práci jsem si z dotazníku vybrala deset otázek, které budou v další části podrobněji vyhodnoceny graficky:

- 1) Lékaři a sestry mají mezi sebou dobré pracovní vztahy (vzájemný respekt, komunikace, kolegiálnita, ochota pomoci si navzájem atd.).
- 2) Lékaři respektují sestry jako odborníky ve svém oboru.
- 3) Staniční sestra stojí za názorem ošetrovatelského personálu, i když je v rozporu se stanoviskem lékaře.
- 4) Vedení nemocnice naslouchá a reaguje na podněty zaměstnanců.
- 5) Oceňuje se dobře vykonaná práce.
- 6) Dostatek všeobecných sester ve službě poskytuje kvalitní péči o pacienta.
- 7) Ve směně je dostatek ošetrovatelského personálu k tomu, aby byla práce na konci směny hotová.
- 8) Dbá se na kontinuitu péče, což znamená, že stejná sestra pečuje o stejné pacienty během více směn.
- 9) Nově přijaté sestry procházejí adaptačním procesem.
- 10) Kdyby to šlo, opustil/a byste v blízké době (příští rok) nemocnici z důvodu pracovní nespokojenosti.

2.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Tabulka č. 0 – Výzkumný vzorek

| | | |
|--|------|-------------|
| Věk (medián, rozsah) | 33 | (20–68 let) |
| Vzdělání v ČR | 37 | 71,2 % |
| Vzdělání v SR | 9 | 17,3 % |
| Vzdělání v UA | 6 | 11,5 % |
| Bakalářské vzdělání | 9 | 17,3 % |
| Délka praxe všeobecné sestry (medián, rozsah) | 15,5 | (0–48 let) |

Výzkumný vzorek byl složen z 52 sester, jejichž věk se pohyboval od 20 do 68 let. Většina získala své odborné vzdělání v ČR, a to konkrétně 37 sester. Devět sester získalo odborné vzdělání na Slovensku (SR) a zbytek (6 sester) na Ukrajině (UA). Bakalářského stupně vzdělání dosáhlo devět sester z 53 dotazovaných.

Délka praxe dotazovaných sester v pozici všeobecné sestry se pohybuje od nuly do 48 let praxe – v závislosti na věku a dosaženém vzdělání.

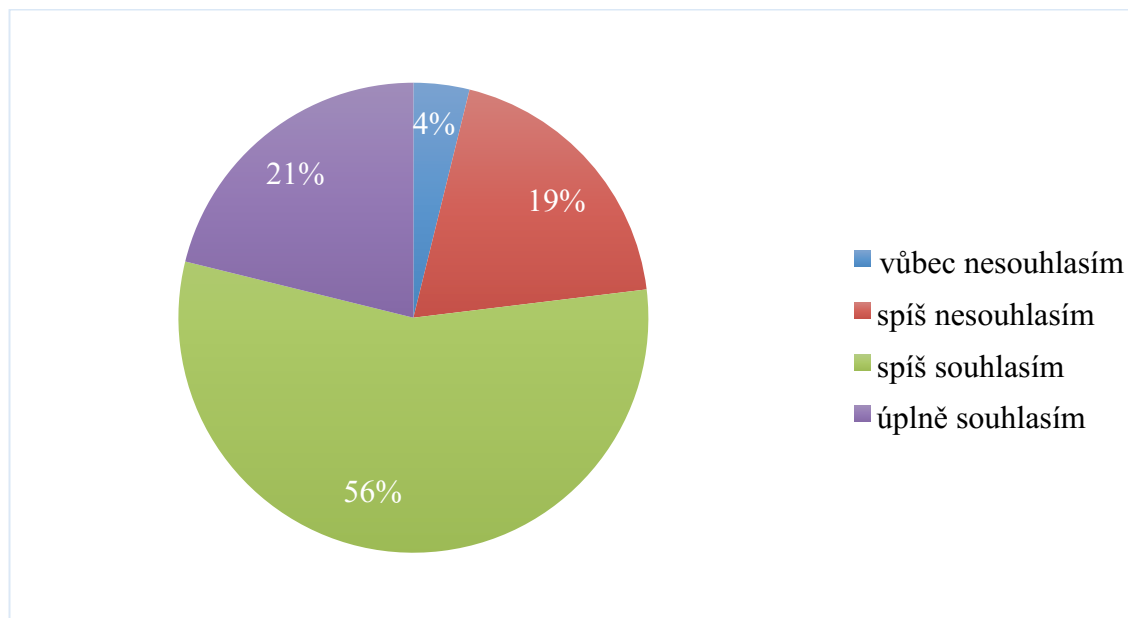
Z charakteristiky jsme vynechali pohlaví pro lepší zajištění anonymity z důvodu malého počtu mužů a možnosti jejich lehké identifikace.

2.3 Grafy

1. Pracovní vztahy sestra – lékař

V položce č. 1 „Lékaři a sestry mají mezi sebou dobré pracovní vztahy (vzájemný respekt, komunikace, kolegiální, ochota pomoci si navzájem atd.).“ z 52 dotazovaných sester **11 naprosto souhlasí** s tvrzením a **29** odpovědělo, že **spíše souhlasí** s tvrzením. K možnosti **spíše nesouhlasím** je nakloněno **10** sester a našly se **2**, které s tvrzením **naprosto nesouhlasí**. Tyto výsledky jsou znázorněny v grafu č.1 a tabulce č.1.

Graf č. 1 – Pracovní vztahy sestra – lékař



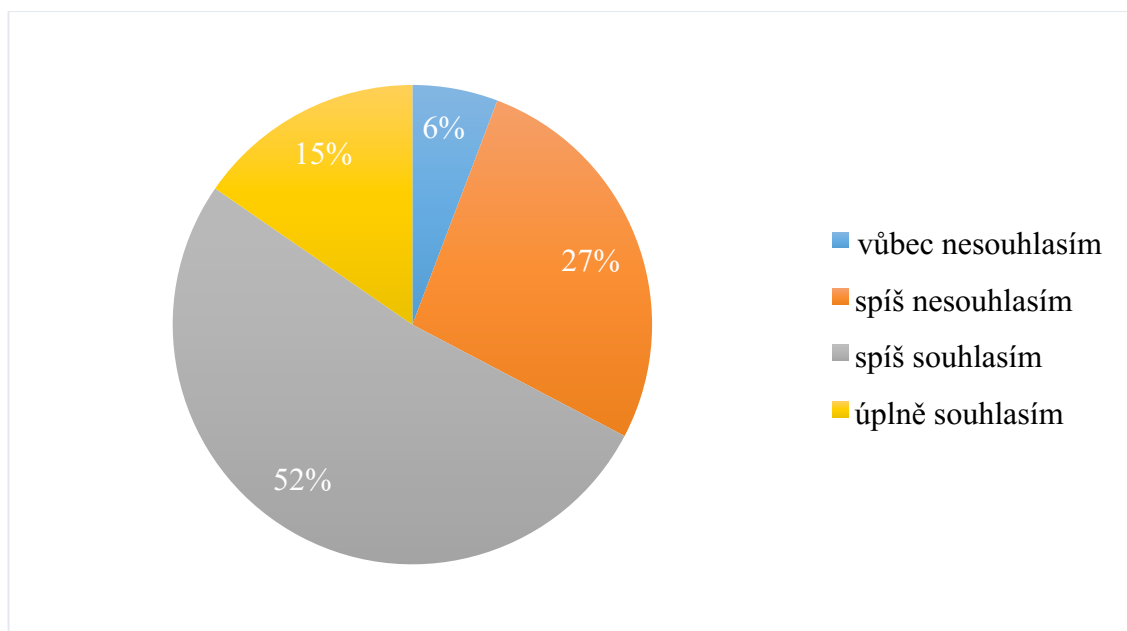
Tabulka č. 1 – Pracovní vztahy sestra – lékař

| Odpověď | Absolutní četnost (počet) | Relativní četnost(%) |
|---------------------|---------------------------|----------------------|
| Naprosto souhlasí | 11 | 21 |
| Spíše souhlasí | 29 | 56 |
| Spíše nesouhlasí | 10 | 19 |
| Naprosto nesouhlasí | 2 | 4 |

2. Lékaři respektují sestry jako odborníky ve svém oboru

V položce č. 2 jsou graficky znázorněny výsledky týkající se tvrzením, že „lékaři respektují sestry jako odborníky ve svém oboru“. **Naprostou souhlasí 8** sester z 52 dotázaných a **27** z nich zaškrtnulo odpověď **spíše souhlasím**. S tvrzením **spíše nesouhlasí 14** sester a zbylé **3 naprosto nesouhlasí**. Graficky jsou výsledky znázorněny v grafu č.2 rovněž tak i v tabulce č.2.

Graf č. 2 – Lékaři respektují sestry jako odborníky ve svém oboru



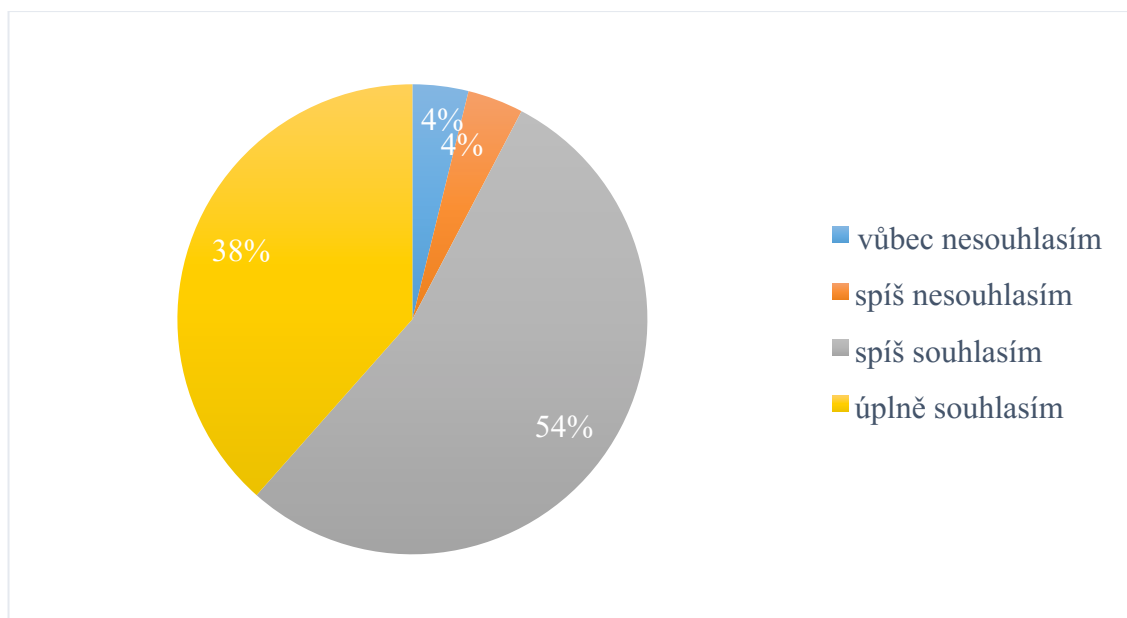
Tabulka č. 2 – Lékaři respektují sestry jako odborníky ve svém oboru.

| Odpověď | Absolutní četnost (počet) | Relativní četnost(%) |
|----------------------|---------------------------|----------------------|
| Naprostou souhlasí | 8 | 15 |
| Spíše souhlasí | 27 | 52 |
| Spíše nesouhlasí | 14 | 27 |
| Naprostou nesouhlasí | 3 | 6 |

3. Podpora a pomoc staniční sestry.

Položka č. 3 ukazuje, že s tvrzením „staniční sestra stojí za názorem ošetrovatelského personálu, i když je v rozporu se stanoviskem lékaře“ z výzkumného vzorku 52 sester **20 naprosto souhlasí** a **28** s tvrzením **spíše souhlasí**. **Dvě** sestry se vyjádřily, že **spíše nesouhlasí** a zbylé **2** sestry **naprosto nesouhlasí**. Položka č.3 je graficky znázorněna v grafe č.3 a rovnako jsou výsledky znázorněny v tabulce č.3.

Graf č. 3 – Podpora a pomoc staniční sestry



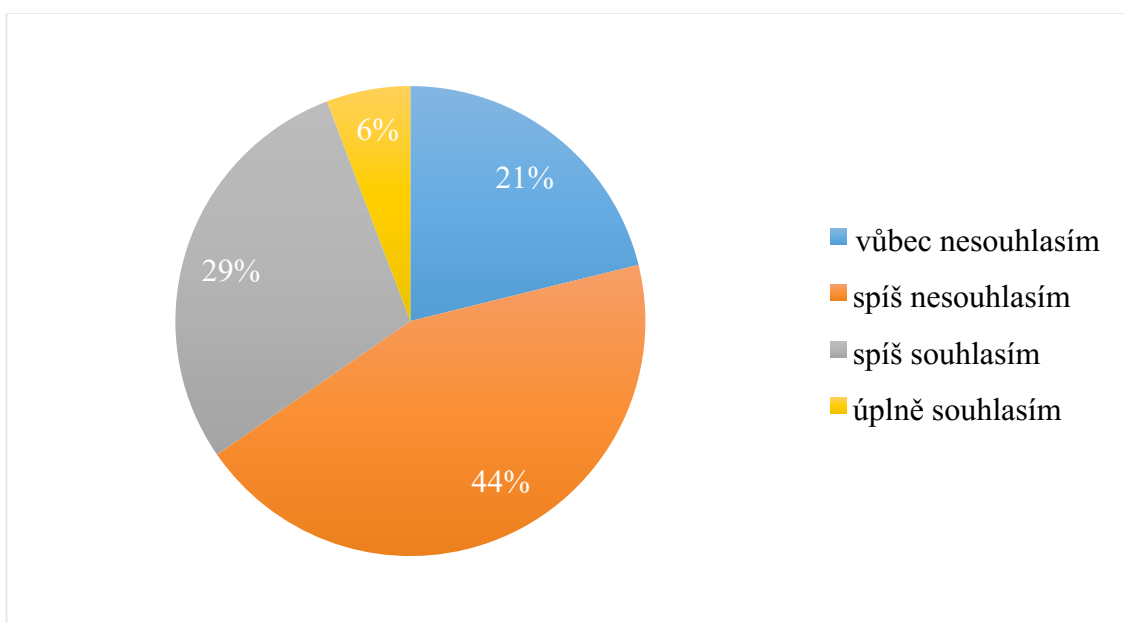
Tabulka č. 3 – Podpora a pomoc staniční sestry.

| Odpověď | Absolutní četnost (počet) | Relativní četnost (%) |
|---------------------|---------------------------|-----------------------|
| Naprosto souhlasí | 20 | 38 |
| Spíše souhlasí | 28 | 54 |
| Spíše nesouhlasí | 2 | 4 |
| Naprosto nesouhlasí | 2 | 4 |

4. Podpora a pomoc vedení nemocnice

V položce č. 4 s tvrzením, že „vedení nemocnice naslouchá a reaguje na podněty zaměstnanců“ **naprosto souhlasily 3** sestry a **spíše souhlasilo 15**. Z dotazovaných se **23** přiklonilo k odpovědi **spíše nesouhlasím** a **11** sester **naprosto nesouhlasí** s tím, že vedení nemocnice naslouchá a reaguje na podněty zaměstnanců. Položka č.4 je přibližena v grafu č.4 a tabulce č.4.

Graf č. 4 – Podpora a pomoc vedení nemocnice.



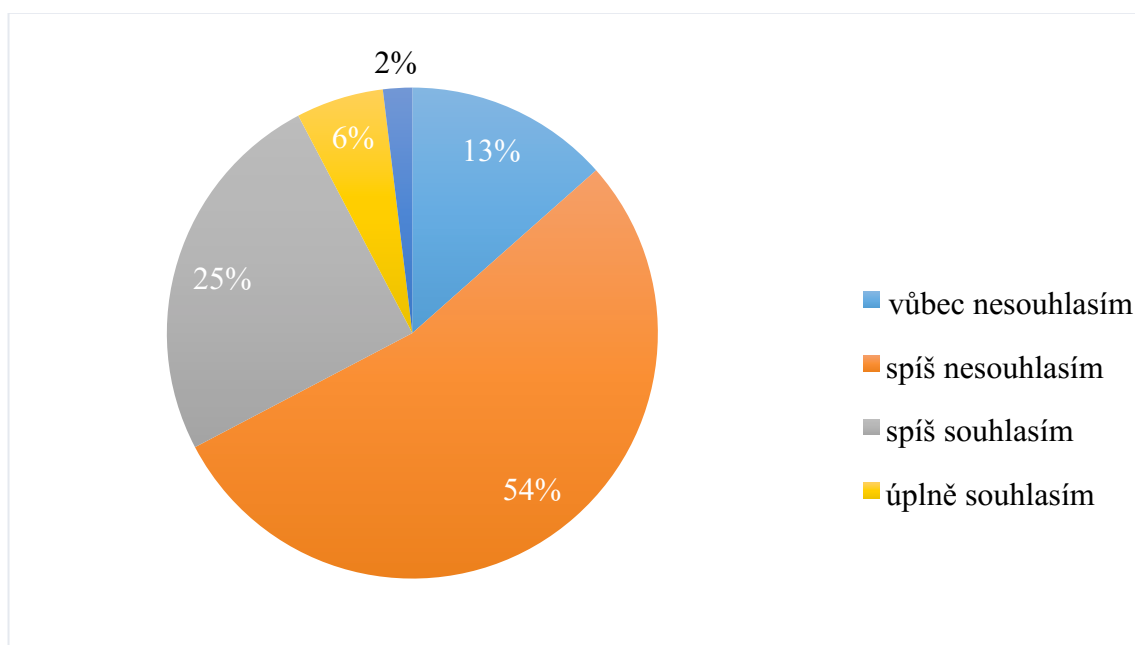
Tabulka č. 4 – Podpora a pomoc vedení nemocnice.

| Odpověď | Absolutní četnost (počet) | Relativní četnost (%) |
|---------------------|---------------------------|-----------------------|
| Naprosto souhlasí | 3 | 6 |
| Spíše souhlasí | 15 | 29 |
| Spíše nesouhlasí | 23 | 44 |
| Naprosto nesouhlasí | 11 | 21 |

5. Oceňuje se dobře vykonaná práce

S tvrzením „oceňuje se dobře vykonaná práce“ v položce č. 5 **naprosto souhlasí 3** sestry a **spíše souhlasí 13** sester. S tvrzením, že se oceňuje dobře vykonaná práce **spíše nesouhlasí 28** sester a **naprosto nesouhlasí 7**. **Jedna sestra** se k tvrzení **nevyjádřila**. Výsledky tvrzení jsou znázorněny v grafu č.5 a tabulce č.5.

Graf č. 5 – Oceňuje se dobře vykonaná práce.



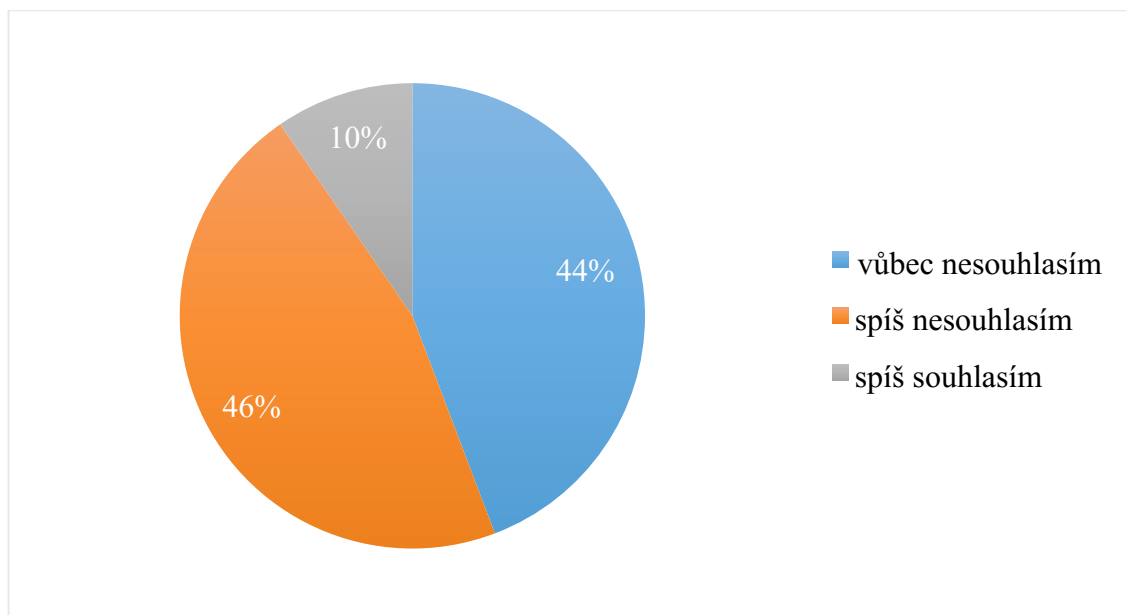
Tabulka č. 5 – Oceňuje se dobře vykonaná práce.

| Odpověď | Absolutní četnost (počet) | Relativní četnost (%) |
|---------------------|---------------------------|-----------------------|
| Naprosto souhlasí | 3 | 6 |
| Spíše souhlasí | 13 | 25 |
| Spíše nesouhlasí | 28 | 54 |
| Naprosto nesouhlasí | 7 | 13 |
| Bez odpovědi | 1 | 2 |

6. Dostatek všeobecných sester ve službě poskytuje kvalitní péči o pacienta

V položce č. 6 se sestry vyjadřovaly k tvrzení „dostatek všeobecných sester ve službě poskytuje kvalitní péči o pacienta“. *Nenašla se žádná sestra*, která by s tvrzením *úplně souhlasila*. *Spíše souhlasím* zaškrtnulo 5 sester. S tvrzením *spíše nesouhlasí* se ztotožnilo 24 sester a *naprosto nesouhlasí* 23. Graficky je položka č.6 znázorněna grafem č.6 a výsledky jsou rovněž znázorněny v tabulce č.6.

Graf č. 6 – Dostatek všeobecných sester ve službě poskytuje kvalitní péči o pacienta.



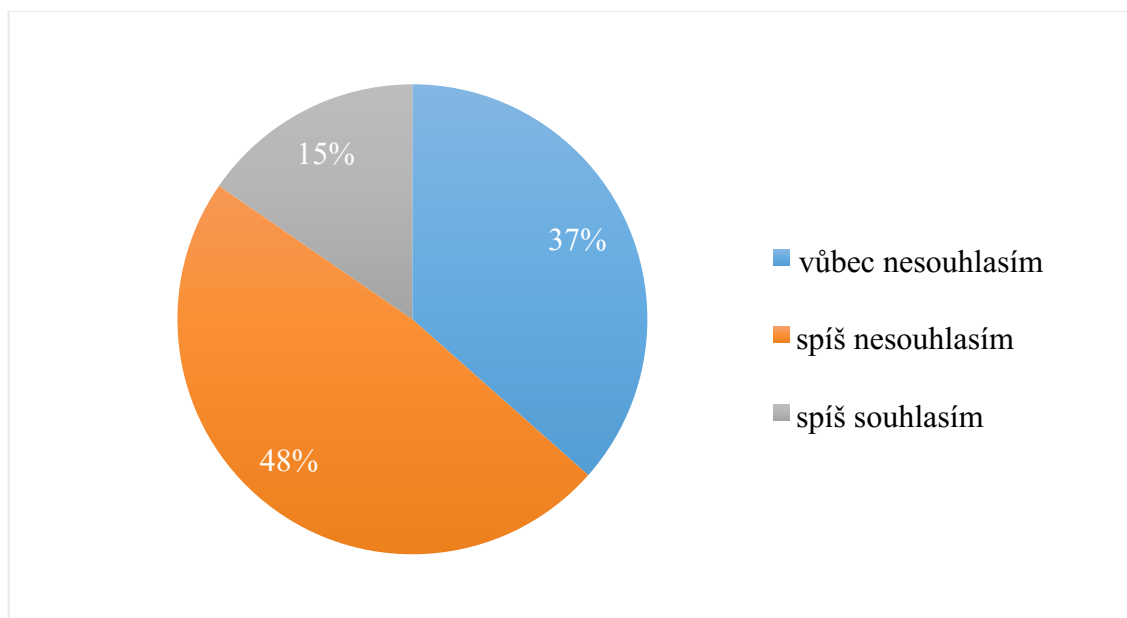
Tabulka č. 6 – Dostatek všeobecných sester ve službě poskytuje kvalitní péči o pacienta.

| Odpověď | Absolutní četnost (počet) | Relativní četnost(%) |
|---------------------|---------------------------|----------------------|
| Naprosto souhlasí | 0 | 0 |
| Spíše souhlasí | 5 | 10 |
| Spíše nesouhlasí | 24 | 46 |
| Naprosto nesouhlasí | 23 | 44 |

7. Dostatek ošetrovatelského personálu

V položce č. 7 „ve směně je dostatek ošetrovatelského personálu k tomu, aby byla práce na konci směny hotová“ se nenašla **žádná** sestra z 52 dotazovaných, která by označila odpověď **úplně souhlasím**. Odpověď **spíše souhlasím** označilo 8 sester a **25** se přiklonilo k odpovědi **spíše nesouhlasím**. Zbýlých **19** sester s tvrzením **naprosto nesouhlasí**. Položku č.7 znázorňuje i graf č.7 a tabulka č.7.

Graf č. 7 – Dostatek ošetrovatelského personálu.



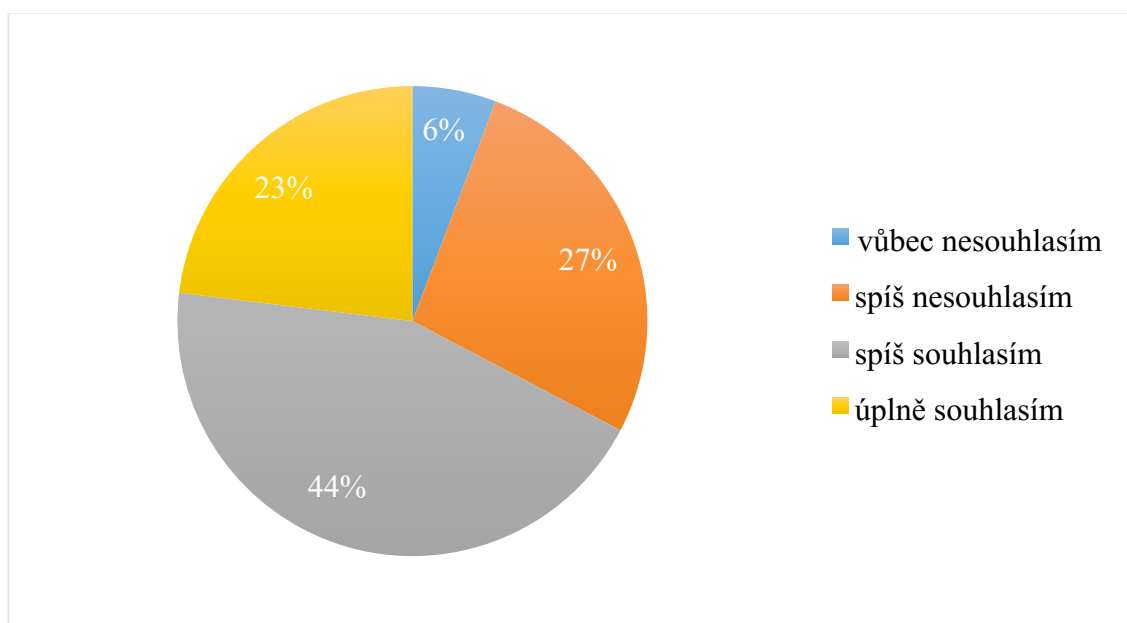
Tabulka č. 7 – Dostatek ošetrovatelského personálu.

| Odpověď | Absolutní četnost (počet) | Relativní četnost(%) |
|---------------------|---------------------------|----------------------|
| Naprosto souhlasí | 0 | 0 |
| Spíše souhlasí | 8 | 15 |
| Spíše nesouhlasí | 25 | 48 |
| Naprosto nesouhlasí | 19 | 19 |

8. Kontinuita péče

S tvrzením „dbá se na kontinuitu péče, což znamená, že stejná sestra pečuje o stejné pacienty během více směn“ v položce č. 8 **naprosto souhlasí 12** sester a **spíše souhlasí 23**. S tvrzením, že se dbá na kontinuitu péče **spíše nesouhlasí 14** sester a **naprosto nesouhlasí 3** sestry z 52 dotazovaných. Tvrzení je zobrazeno grafem č.8 a tabulkou č.8.

Graf č. 8 – Kontinuita péče.



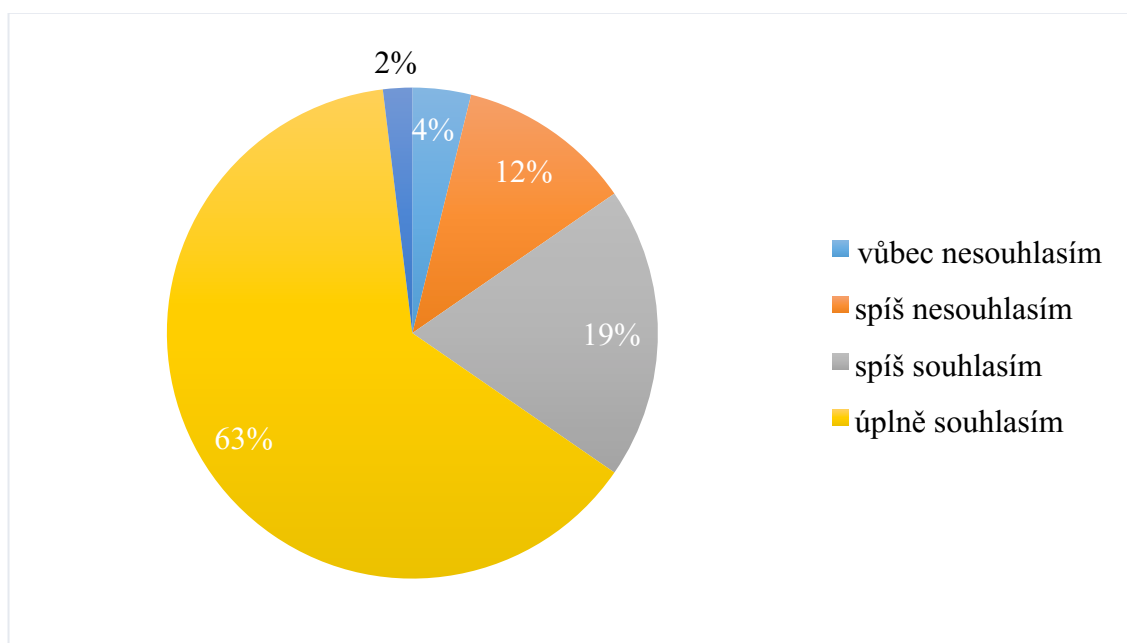
Tabulka č. 8 – Kontinuita péče.

| Odpověď | Absolutní četnost (počet) | Relativní četnost(%) |
|----------------------------|---------------------------|----------------------|
| Naprosto souhlasí | 12 | 23 |
| Spíše souhlasí | 23 | 44 |
| Spíše nesouhlasí | 14 | 27 |
| Naprosto nesouhlasí | 3 | 6 |

9. Adaptační proces

V položce č. 9 s tvrzením, že „nově přijaté sestry procházejí adaptačním procesem“ **naprosto souhlasí 33** sester z 52 dotázaných. **Spíše souhlasí 10** sester a odpověď **spíše nesouhlasím** zaškrtno **6** sester. **Naprosto nesouhlasí** s tvrzením **2** sestry. **Neodpověděla 1** sestra. Položka č.9 je graficky znázorněna grafem č.9 a výsledky zobrazuje i tabulka č.9.

Graf č. 9 – Adaptační proces.



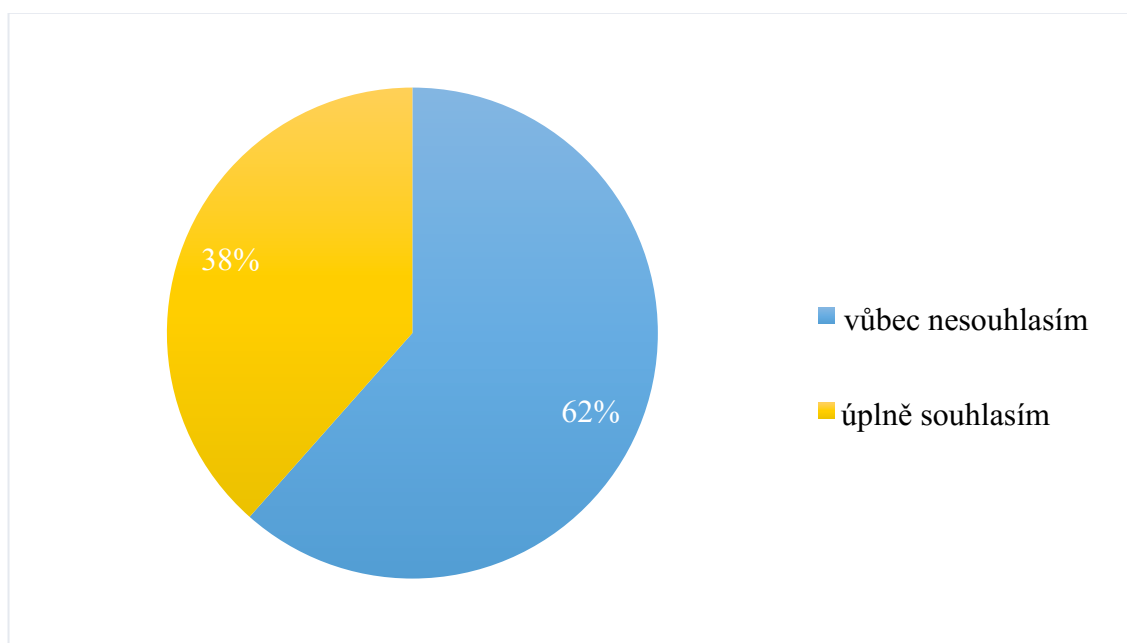
Tabulka č. 9 – Adaptační proces.

| Odpověď | Absolutní četnost (počet) | Relativní četnost(%) |
|---------------------|---------------------------|----------------------|
| Naprosto souhlasí | 33 | 63 |
| Spíše souhlasí | 10 | 19 |
| Spíše nesouhlasí | 6 | 12 |
| Naprosto nesouhlasí | 2 | 4 |
| Bez odpovědi | 1 | 2 |

10. Intence opustit povolání

Položka č. 10 ukazuje, že podle odpovědí na otázku „kdyby to šlo, opustil/a byste v blízké době (příští rok) nemocnici z důvodu pracovní nespokojenosti?“ by v blízké době **opustilo nemocnici 20** sester z 52 dotázaných a zbylých **32 by na pracovišti zůstalo**. Položku č. 10 znázorňuje graf č.10 a tabulka č.10.

Graf č. 10 – Intence opustit povolání.



Tabulka č. 10 – Intence opustit povolání

| Odpověď | Absolutní četnost (počet) | Relativní četnost(%) |
|---------|---------------------------|----------------------|
| Ano | 20 | 38 |
| Ne | 32 | 62 |

3 Diskuze

Sestry jsou největší početní skupinou zdravotnických pracovníků, kteří poskytují přímou péči. Plánování pracovní síly sester má zásadní dopad na společenské i legislativní úrovni, protože jejich práce zásadně ovlivňuje stav pacientů, jejich bezpečí a náklady na péči. (Sermeus et al, 2011)

Na první tvrzení „*lékaři a sestry mají mezi sebou dobré pracovní vztahy (vzájemný respekt, komunikace, kolegialita, ochota pomoci si navzájem atd.)*“ odpovědělo všech 52 dotazovaných sester. Většina sester se k tomuto tvrzení vyjádřila kladně, a to konkrétně 11 sester (21 %) s tvrzením naprosto souhlasilo a 29 sester (56 %) se vyjádřilo, že spíše souhlasí. Celkem 10 sester (19 %) se vyjádřilo, že spíše nesouhlasí a zbylé 2 (4 %) naprosto nesouhlasí.

Na druhé tvrzení týkající se též vztahu sestry – lékař: „*lékaři respektují sestry jako odborníky ve svém oboru*“, odpověděla opět většina sester kladně. S tvrzením naprosto souhlasí 8 sester a spíše souhlasí 27 dotázaných sester. Naopak spíše nesouhlasí 14 sester a naprosto nesouhlasí 3 sestry.

Studie z Islandu poukazuje na důležitost vztahů mezi sestrami a lékaři. Vyjádření výzkumného vzorku 695 sester z nemocnice Landspítali University Hospital, Reykjavík ukázala, že snaha o zdokonalení a udržení sesterských vztahů s jejich vedoucími a lékaři, stejně jako pohled managementu na personální obsazení, mají dopad na pracovní uspokojení sester a udržování zaměstnanců, navíc se tímto způsobem může zvýšit kvalita péče o pacienta. Vztah sestry – lékař se ukazuje jako jediný signifikantní ukazatel kvality péče o pacienta při zohlednění všech ostatních studovaných faktorů: podpora přímých nadřízených, množství a vzájemná podpora personálu, podpora nejvyššího managementu a podpora celoživotního vzdělávání. (Gunnarsdottir et al., 2009)

V položce č. 5 jsem získávala od sester informace, zda je oceňována dobře vykonaná práce. Nízký počet souhlasících sester je alarmující. Naprosto

souhlasily jenom 3 sestry a spíše souhlasilo 13. Naopak s názorem, že se dobře vykonaná práce oceňuje, spíše nesouhlasí 28 a naprosto nesouhlasí 7 sester.

AACN (American Association of Critical Care Nurses) tvrdí, že uznání hodnoty a smysluplnosti přispívání k organizaci a práci sestry je základní lidskou potřebou a nevyhnutelným předpokladem osobního a profesionálního rozvoje. Lidé, kterým se nedostává uznání a ocenění, se cítí neviditelní, podhodnocení, nemotivovaní a nerespektovaní. (American Association of Critical Care Nurses, 2005)

Při šestém tvrzení, že *„dostatek všeobecných sester ve službě poskytuje kvalitní péči o pacienta“* se nenašla žádná sestra, která by s tvrzením úplně souhlasila. Spíše souhlasím označilo 5 sester (10 %). Odpověď spíše nesouhlasím označilo 24 sester (46 %) a naprosto nesouhlasí 23 sester (44 %).

Při tvrzení číslo sedm: *„ve směně je dostatek ošetřovatelského personálu k tomu, aby byla práce na konci směny hotová“* se opět nenašla ani jedna sestra z 52 dotazovaných, která by s tvrzením úplně souhlasila. Odpověď spíše souhlasím označilo 8 sester (15 %) a 25 sester (48 %) se přiklonilo k odpovědi spíše nesouhlasím. Zbýlých 19 sester (37 %) s tvrzením naprosto nesouhlasí.

Zjištění retrospektivní studie ze 799 nemocnic z 11 států USA přibližuje spojitosti mezi zaměstnanými sestrami a kvalitou péče. Zjištění objasňují vztah mezi úrovní zaměstnaných sester a kvalitou starostlivosti. Našli se konzistentní důkazy o asociaci mezi vyšší úrovní personálního obsazení všeobecnými zdravotními sestrami a nižší mírou nežádoucích událostí. Vyšší počet všeobecných sester na směně vede k poskytování lepší péče pro hospitalizované pacienty. Zjištění této studie ukazují, že vzdělání a dovednosti vedou ke zlepšení péče o pacienta. (Needleman et al., 2002)

V osmé položce se dotazují na kontinuitu péče. S tvrzením *„dbá se na kontinuitu péče, což znamená, že stejná sestra pečuje o stejné pacienty během více*

směn“ naprosto souhlasí 12 sester a spíše souhlasí 23. Celkem 14 sester se vyjádřilo, že spíše souhlasí a zbylé 3 naprosto nesouhlasí.

Pro pacienty a jejich rodiny je zkušenost s kontinuitou vnímáním toho, že poskytovatelé znají jejich dosavadní stav, že různí poskytovatelé souhlasí s plánem péče a že poskytovatel, který je zná, se o ně bude starat v budoucnu. Jestliže jde o poskytovatele, zkušenost s kontinuitou souvisí s jejich vnímáním toho, že mají dostatečné vědomosti a informace o pacientovi, aby co nejlépe využili svou odbornou způsobilost. (Haggerty et al., 2003)

V položce č. 9 jsem zjišťovala do jaké míry sestry souhlasí s tvrzením, že *„nově přijaté sestry procházejí adaptačním procesem“*. Z 52 dotazovaných sester až 33 naprosto souhlasí s tvrzením a 10 spíše souhlasí. Spíše nesouhlasí 6 sester a s tvrzením naprosto nesouhlasí dvě sestry.

Důležitost adaptačního procesu vyzdvihuje i článek z lékařské akademie v Polském Lublinie. Podle zkoumaných sester je správný průběh, správné připravení a realizování adaptačního programu vnímáno jako pomoc při snižování profesních těžkostí a vede ke zlepšení kvality a efektivity ve péči o hospitalizované pacienty.

Jako faktory ovlivňující průběh odborné adaptace byly kromě jiného definovány: adaptační program, výběr adaptačního lektora, organizace pracovního procesu a alokace úkolů během adaptace, vztahy ve skupině a vybavení oddělení. (Rogala-Pawelczyk G et al., 2002)

V položce č.10 jsem se dotazovala na intence opustit nemocnici z důvodu pracovní nespokojenosti. Z výzkumu vyšlo, že až 20 sester by v blízké době zaměstnání opustilo a 32 by na pracovišti setrvalo.

Studie v deseti zemích Evropské unie, která zhodnocovala data od 28 561 sester, prokázala, že závažný nedostatek kvality týmové práce (mezilidské vztahy, možnosti rozvoje kariéry, nejistota ohledně léčby) je spojen s

pětinasobným rizikem změny zaměstnání v 7 zemích. (Estryn-Béhar et al., 2007)
Tato studie také souvisí s položkami č. 3 a č. 4.

V položce č. 3 se pojednává o podpoře a pomoci staniční sestry, přičemž průzkum ukázal, že o podpoře z její strany vůbec nepochybuje 20 dotazovaných sester. S tvrzením, že „*staniční sestra stojí za názorem ošetrovatelského personálu, i když je v rozporu se stanoviskem lékaře*“ spíše souhlasí 28 sester. Jenom dvě sestry se vyjádřily, že spíše nesouhlasí, a zbylé 2 sestry naprosto nesouhlasí s tvrzením.

V položce č. 4, týkající se podpory a pomoci ze strany vedení nemocnice, s tvrzením, že „*vedení nemocnice naslouchá a reaguje na podněty zaměstnanců*“, naprosto souhlasily jenom 3 sestry a spíše souhlasilo 15. Většina sester se přiklonila k záporným možnostem, a to konkrétně 23 z 52 sester. Naprosto nesouhlasí 11 sester.

Důležitost a zájem o činnosti vedení nemocnice podporuje i studie, která proběhla v 22 belgických nemocnicích. Zkoumala 9638 sester a jejich vnímání pracovního prostředí a otázek pracovní síly, kvality starostlivosti, spokojenosti s prací a profesionální rozhodování. A výsledek ve vztahu ke staničním sestram?

Studie identifikovala několik oblastí napětí v ošetrovatelské profesi. Závazek být kompetentními poskytovateli kvalitní péče byl mezi sestrami pozoruhodně silný, také ale vnímaly mnohé komplexní bariéry v pracovním prostředí – obavy o kvalitu vedení a řízení, nedostatečný personál, časové nároky a stresující pracovní prostředí se projevují jako překážky při poskytování dobré ošetrovatelské starostlivosti. Studie ukázala, že až 4 z 10 sester by si nevybraly sesterskou profesi znova a více než polovina sester uvádí, že by v blízké době profesi opustila.

K efektivnímu řešení odborných a pracovních problémů ve zdravotnictví by se investice měly soustředit na inovaci pracovního prostředí, které podporuje sestry v provázání celkové profesionální starostlivosti. (Milisen et al., 2006)

4 Závěr

V této bakalářské práci jsem se věnovala výzkumu, ve kterém jsem podrobněji analyzovala deset otázek či tvrzení ze strukturovaného dotazníku určeného pro sestry. Na šesti odděleních interního typu v jedné fakultní nemocnici ho sestry vyplňovaly pomocí tabletu během února 2019.

Výsledky ukazují, že nejlepší vztahy mají sestry se svými staničnými sestrami, které vnímají jako velikou oporu. Co se týče vztahů s lékaři, většina sester také potvrdila pozitivní přístup, respekt i dobrou komunikaci. Nejhorší je vnímáno vedení nemocnice, ve kterém sestry nevidí oporu ať už pro ně samotné, nebo pro pacienty.

Hodnotil se i adaptační proces, který sestry vnímají jako dostupný a postačující. Kladné vyjádření a výsledky si vysloužila i kontinuita ošetrovatelské péče, která má podle jejich slov význam jak pro pacienta, tak pro sestru. Nejhorší výsledky se objevují při otázkách týkajících se množství personálu, které sestry většinou hodnotí jako nedostatečné. Míru ohodnocení a povzbuzení sestry považují za velmi nízkou až nulovou.

Všechny výše uvedené dotazy hrají klíčovou roli při analýze spokojenosti sester s pracovními podmínkami. Poslední otázka studie řešila zájem sester o opuštění své pracovní pozice z důvodu pracovní nespokojenosti v blízké době. Až 38 % sester potvrdilo intence odchodu z povolání.

Vzhledem k tomu, že jsem ve svém výzkumu zkoumala jen vzorek 52 sester, nemůžeme výsledky považovat za směrodatné. Doufám však, že budou fungovat alespoň jako motivace pro zajištění většího vzorku a následného zavedení potřebných změn pro zlepšení a zkvalitnění jak ošetrovatelské péče, tak i spokojenosti sester.

5 Zdroje

1. American Association of Critical-Care Nurses. (2005). *AACN standards for establishing and sustaining healthy work environments: A journey to excellence*. Aliso Viejo, CA: American Association of Critical-Care Nurses.
2. ČEŠKA, Richard. *Národní program komplexní interní péče: vnitřní lékařství jako páteřní obor zdravotního systému ČR*. Brno: Facta Medica, c2013. ISBN 978-80-904731-4-0.
3. Estryn-Béhar M, Van der Heijden BI, Ogińska H, Camerino D, Le Nézet O, Conway PM, Fry C, Hasselhorn HM, NEXT Study Group: The impact of social work environment, teamwork characteristics, burnout, and personal factors upon intent to leave among European nurses. *Med Care* 2007, 45:939-950.
4. FARKAŠOVÁ, Dana, Helena KOŇOŠOVÁ, Ludmila KUBICOVÁ, Mária MUSILOVÁ a Vlasta ZÁVODNÁ. *Ošetrovatel'stvo - teória*. Martin: Osveta, 2005. ISBN 80-8063-182-4.
5. Gunnarsdottir S, Clarke SP, Rafferty AM, Nutbeam D: Front-line management, staffing and nurse-doctor relationships as predictors of nurse and patient outcomes. a survey of Icelandic hospital nurses. *Int J Nurs Stud*. 2009, 46: 920-927. 10.1016/j.ijnurstu.2006.11.007.
6. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*. 2003 Nov 22;327(7425):1219-21.
7. HOLMEROVÁ, Iva, Božena JURAŠKOVÁ a Květuše ZIKMUNDOVÁ. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: EV public relations, 2007. ISBN 978-80-254-0179-8.
8. KLENER, Pavel. *Základy vnitřního lékařství pro bakalářské studium*. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-121-8.
9. KLENER, Pavel, HOUDEK, Lubomír, ed. *Vnitřní lékařství*. Ilustroval Martin ŠKARDA. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-853-0.

10. Milisen K, Abraham I, Siebens K, Darras E, Dierckx de Casterlé B: Work environment and workforce problems: a cross-sectional questionnaire survey of hospital nurses in Belgium. *Int J Nurs Stud* 2006, 43:745-754.
11. NEEDLEMAN, Jack, Peter BUERHAUS, Soeren MATTKE, Maureen STEWART a Katya ZELEVINSKY. Nurse-Staffing Levels and the Quality of Care in Hospitals. *New England Journal of Medicine* [online]. 2002, 346(22), 1715-1722 [cit. 2019-05-07].
12. Michaela Němečková. Žijeme o dva roky méně než průměrný Evropan. *Statistika&My*. 2018, roč. 10, č. 2, s. 23-24. ISSN 1804-7149.
13. PLEVOVÁ, Ilona. Management v ošetrovatelství. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3871-0.
14. Rogala-Pawelczyk G et al.: Professional adaptation of nurses as a factor influencing the efficiency of medical care for hospitalised patients. *Wiad Lek*. 2002;55 Suppl 1:422-7.
15. Sermeus et al. *BMC Nursing* 2011, 10:6
16. STAŇKOVÁ, Marta. *Základy teorie ošetrovatelství: učební texty pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-243-5.
17. ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ. *Interní ošetrovatelství 1*. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1148-5.
18. VÉVODA, Jiří. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4732-3.
19. VYTEJČKOVÁ, Renata. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3419-4.